



ใบรับรองวิทยานิพนธ์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

ปริญญา

.....
สุขศึกษา

สาขา

.....
พลศึกษา

ภาควิชา

เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

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

นามผู้วิจัย พันตรีหญิง รจนา สุขสุนิตย์

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

ประธานกรรมการ

(.....
รองศาสตราจารย์เรณูมาศ มานูน, ค.ค.)

กรรมการ

(.....
รองศาสตราจารย์อลิสรา นิตธีรรม, ค.ม.)

กรรมการ

(.....
รองศาสตราจารย์จลองค์ชัย สุรวัฒนบุรณ, ค.ม.)

หัวหน้าภาควิชา

(.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทรงศักดิ์ นุ่มสินธุ์, ศศ.ม.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

(.....
รองศาสตราจารย์วันัย อางคงหาญ, M.A.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ 1 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2549

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

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

โดย

พันตรีหญิง รจนา สุขสุนิตย์

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)
พ.ศ. 2549

ISBN 974-16-2693-2

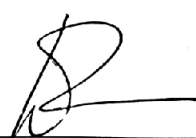
รจนา สุขสุนิตย์, พันตรีหญิง 2549: ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้าง
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) สาขาวิชาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา
ประธานกรรมการที่ปรึกษา: รองศาสตราจารย์เรณูมาศ มาอุ่น, ค.ศ. 166 หน้า
ISBN 974-16-2693-2

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองในสถานการณ์จริง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา
ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัด
เปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยการเลือก
แบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 60 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน การวิเคราะห์
ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ค่าสถิติที่ใช้ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
และทดสอบค่าที

ผลการวิจัยเพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา สรุปได้ว่า 1) ภายหลังการให้
โปรแกรมสุขศึกษาทันทีและภายหลัง 14 วัน กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ระดับความเครียดจากการผ่าตัด
เปลี่ยนข้อเข่า และการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
สุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 2) ภายหลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาทันทีและ
ภายหลัง 14 วัน กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 3) ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันทีและภายหลัง 14 วัน
กลุ่มทดลองมีความเครียดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .05 4) ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันทีและภายหลัง 14 วัน กลุ่มทดลอง
มีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
และ .001 ตามลำดับ

พ.ต.หญิง รจนา สุขสุนิตย์
ลายมือชื่อนิติ


ลายมือชื่อประธานกรรมการ

25, ตค, 49

Rochana Suksunit, Major 2006: The Effectiveness of Health Education Program for Promoting Self-care Behaviors in Patients with Total Knee Arthroplasty in Phramongkutklao Hospital. Master of Science (Health Education), Major Field: Health Education, Department of Physical Education. Thesis Advisor: Associate Professor Ranumas Ma-oon, Ph.D. 166 pages.
ISBN 974-16-2693-2

The applied field experimental research had its purpose for studying the effectiveness of Health Education Program for Promoting Self-care Behaviors in Patients with Total Knee Arthroplasty in Phramongkutklao Hospital.

The samples of the study, selected by purposive sampling, were consisted of 60 patients, which were randomly assigned to experimental group and control group; they were 30 patients in each group. The analysis of data were employed for percentage, mean standard deviation and t – test.

The study results revealed that the Health Education Program for Promoting Self-care Behaviors in Patients with Total Knee Arthroplasty in Phramongkutklao Hospital, constructed by researcher, was effectiveness, pointed out by the results of the experiment, which were 1) after having health education program immediately and 14 days, the experimental group had significantly better in knowledge about Total Knee Arthroplasty, knowledge about self-care for pre and post Total Knee Arthroplasty, stress level and self-care behaviors for pre and post Total Knee Arthroplasty than before having health education program, at the level of .001. 2) after having health education program immediately and 14 days, the experimental group had significantly better in knowledge about Total Knee Arthroplasty, than the control group, at the level of .001. 3) after having health education program immediately and 14 days, the experimental group had significantly lesser in Total Knee Arthroplasty stress level than the control group, at the level of .05. 4) after having health education program immediately and 14 days, the experimental group had significantly better in self-care behaviors for pre and post Total Knee Arthroplasty than the control group, at the level of .01 and .001 accordingly.

Rochana Suksunit

Student's signature

Ranumas

Thesis advisor's signature

24 / 10 / 2006

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี โดยได้รับความกรุณาช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากคณาจารย์หลายท่าน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.เรณู มาอ่อน ประธานกรรมการที่ปรึกษาที่ได้ช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา แนะนำทาง ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ และให้โอกาสผู้วิจัยได้เรียนรู้ ประสบการณ์อันมีค่ายิ่งในการทำวิทยานิพนธ์ ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์อติสา นิตธรรม กรรมการวิชาเอก รองศาสตราจารย์ฉลองชัย สุวัฒนบุรณ กรรมการวิชารอง และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรีชา บุญญสิทธิ ผู้แทนบัณฑิตวิทยาลัย ที่ให้ข้อคิดและคำแนะนำต่าง ๆ รวมทั้งพิจารณาตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่องในทุกขั้นตอนในการทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจเครื่องมือให้คำแนะนำ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ ขอกราบขอบพระคุณศัลยแพทย์และพยาบาล กองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ เอื้อเฟื้อในการรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ และให้การต้อนรับเป็นอย่างดี

ผู้วิจัยขอขอบคุณบิดา มารดา และทุกคนในครอบครัวสุขสันต์ พันตรีหญิงสายพิณสุนทร และนางภาฯ ปลื้มจิตต์ ที่ให้กำลังใจตลอดมา รวมทั้งขอขอบคุณเพื่อน ๆ นิสิตปริญญาโท สาขาสุขศึกษา (ภาคพิเศษ) รุ่นที่ 7 ที่ให้ความช่วยเหลือในทุก ๆ ด้าน จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

รจนา สุขสันต์

ตุลาคม 2549

สารบัญ

หน้า

สารบัญ	(1)
สารบัญตาราง	(3)
สารบัญภาพ	(7)
คำนำ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
ขอบเขตของการวิจัย	4
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	4
นิยามปฏิบัติการของตัวแปรและนิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง	6
การตรวจเอกสาร	8
ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า	8
ทฤษฎีที่อธิบายปัจจัยเชิงสาเหตุของการเกิดพฤติกรรม	18
ทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียด	23
กลวิธีทางสุขศึกษา	41
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	55
กรอบแนวคิดในการวิจัยแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร	56
สมมติฐานการวิจัย	57
อุปกรณ์และวิธีการ	58
รูปแบบการวิจัย	58
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	59
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	59
การเก็บรวบรวมข้อมูล	64
การวิเคราะห์ข้อมูล	64
การนำเสนอผลงานวิจัย	65
สถานที่และระยะเวลาในการวิจัย	65

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ผลการวิจัยและวิจารณ์	66
ผลการวิจัย	66
ข้อวิจารณ์	97
สรุปและข้อเสนอแนะ	101
สรุป	101
ข้อเสนอแนะ	108
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	110
ภาคผนวก	116
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ	117
ภาคผนวก ข แบบสัมภาษณ์	119
ภาคผนวก ค โปรแกรมสุขศึกษา	134
ประวัติการศึกษาและการทำงาน	166

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ลักษณะทางชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง	67
2	ระดับความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ที่วัดก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา	73
3	ระดับความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ที่วัดหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา	73
4	ระดับความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดข้อเข่าเทียมของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ที่วัดหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน	74
5	ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่วัดก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา	76
6	ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่วัดหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันที	77
7	ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ที่วัดหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน	77
8	ระดับความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าที่วัดก่อนได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา	79
9	ระดับความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าที่วัดหลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาทันที	80
10	ระดับความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าที่วัดหลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน	81
11	ระดับการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ที่วัดก่อนได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา	83
12	ระดับการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ที่วัดหลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาทันที	83
13	ระดับการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าต่อเนื่องที่บ้าน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่วัดหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน	84

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
14	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา	85
15	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา	85
16	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา	86
17	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติตนเองของผู้ป่วย หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา	86
18	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษาและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันที	87
19	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษาและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน	88
20	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษาและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันที	89
21	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษาและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน	89
22	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเครียดเกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษาและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันที	90

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
23	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเครียดเกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษาและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน	90
24	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษาและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันที	91
25	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษาและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน	92
26	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันที	93
27	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน	93
28	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันที	94
29	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน	94
30	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความเครียดจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันที	95

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
31	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความเครียดจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับ โปรแกรม สุขศึกษา 14 วัน	96
32	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเอง หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาทันที	96
33	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเอง หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน	97

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	การจัดท่าเตรียมผ่าตัดข้อเข่า	9
2	ตำแหน่งการเปิดแผลผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า	10
3	ส่วนประกอบของข้อเข่าเทียมของ Femur และ Tibia ที่ส่วนเป็น Polyethylene	11
4	ส่วนประกอบข้อเข่าเทียมของ Patella	11
5	โครงสร้างทฤษฎีความสามารถตนเอง	19

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

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

คำนำ

โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นสภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของผิวข้อหรือสึกหรอตามการใช้งาน เป็นโรคที่พบมากที่สุดและผู้สูงอายุของไทยโดยยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของโรค แต่สันนิษฐานว่ามีปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน รูปร่างที่ผิดปกติ การได้รับบาดเจ็บที่ข้อเข่า เข่าถูกใช้งานมากเกินไปเนื่องจากพฤติกรรม และวิถีชีวิตของธรรมชาติ และสังคมไทย ซึ่งเป็นการเพิ่มแรงกดภายในข้อเข่า เช่น การนั่งพับเพียบ การนั่งยองๆ การขึ้นลงบันได และการนั่งสมาธิ นอกจากนี้ความอ้วนและกรรมพันธุ์ก็เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการเสื่อมของข้อเข่า (ธีรารัตน์, 2545)

อาการของโรคข้อเข่าเสื่อมจะมีอาการปวดเข่า ข้อเข่าติด มีความผิดปกติของท่าเดินทำให้เดินลำบากหรือเดินไม่ไหว ซึ่งมีสาเหตุจากอาการปวด ข้อติดผิดรูป การปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างลดลงหรือทำไม่ได้ ถ้าทิ้งไว้นาน ๆ จะมีผลต่อจิตใจและพฤติกรรม มีปัญหาเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ความเจ็บป่วยเรื้อรังทรมานทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นเวลานานและต่อเนื่อง เพื่อที่จะควบคุมอาการของโรคไม่ให้ลุกลาม และรุนแรงมากขึ้น ส่วนภาวะด้านจิตใจก็เกิดภาวะซึมเศร้า ส่วนการสูญเสียสมรรถภาพของร่างกายจะส่งผลให้ความสามารถในการทำงานหรืออื่น ๆ ลดน้อยลง ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองคุณค่าในตนเองลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น อีกทั้งถ้าภาพลักษณ์เปลี่ยนไปกระดุกองผิดรูปทำให้ขาดความมั่นใจในการเข้าสังคม เกิดการแยกตัวจากสังคม และในรายที่มีการดำเนินของโรครุนแรงจะมีการทำลายข้อเข่าไปมาก ต้องรักษาโดยวิธีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงราคา 60,000 บาท จนถึง 100,000 บาท (ดำรงค์, 2545) ซึ่งเกิดผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวประกอบกับการเข้ามานอนในโรงพยาบาลรอรับการผ่าตัด พบว่ามีผลกระทบต่อสภาพจิตใจและอารมณ์เป็นอย่างมาก ผู้ป่วยจะรู้สึกวิตกกังวลจากการที่ต้องแยกจากครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด อดมาประสบสิ่งแวดล้อมใหม่ 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) ที่ว่าเมื่อเกิดสถานการณ์ความสับสนระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นประเมินว่ามีผลกระทบต่อความปกติสุขของตนเอง และต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในสถานการณ์นั้นอย่างเต็มที่หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในสถานการณ์นั้น จะมีความเครียดเกิดขึ้นและมีการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดเพื่อที่จะแก้ไขปัญหาหรือลดความเครียดลงโดยแต่ละบุคคลมีวิธีการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกันไปแม้อยู่ในเหตุการณ์เดียวกัน

จากการศึกษาของ McDonald et al. (2004) พบว่าในผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก และเปลี่ยนข้อเข่าที่มีความต้องการสลับซับซ้อนมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป การให้โปรแกรมสุขศึกษาที่ตรงกับความต้องการ และภาวะของแต่ละบุคคลประกอบกับการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนจะทำให้ลดระยะเวลาการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และการให้สุขศึกษาก่อนผ่าตัดที่ตอบสนองต่อความเครียดในตัวผู้ป่วยหรือในผู้ป่วยที่มีความต้องการความช่วยเหลือสูงกว่าผู้ป่วยอื่นซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำกิจกรรมบางอย่างได้ด้วยตนเอง หรือขาดความช่วยเหลือทางสังคมและครอบครัว จะทำให้ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีความวิตกกังวลน้อยลง นอกจากนี้ยังพบว่าการให้สุขศึกษาที่มีมาตรฐานสูงกว่าการให้คำแนะนำก่อนผ่าตัด โดยทั่วไปจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีหลังผ่าตัด โดยเฉพาะในด้านความเจ็บปวด การทำงานของอวัยวะที่ถูกผ่าตัด ระยะเวลาการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และมีการยืนยันได้ว่า การให้สุขศึกษาก่อนผ่าตัดที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง และจากการที่ความวิตกกังวลลดลงก็จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีหลังการผ่าตัด

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นโรงพยาบาลในสังกัดกรมแพทยทหารบก กระทรวงกลาโหม จากสถิติของห้องผ่าตัดออร์โทปิดิกส์ พ.ศ. 2547 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าจำนวน 282 ราย จากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด 2,634 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.71 ประกอบกับ กองออร์โทปิดิกส์ยังมิได้จัดระบบการให้สุขศึกษาที่ชัดเจนแก่ผู้ป่วยเตรียมผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญที่จะจัดทำโปรแกรมสุขศึกษาซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีความสามารถ ในการดูแลตนเองมาเป็นแนวคิด เพื่อลดความวิตกกังวล ความเครียดแก่ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการผ่าตัดด้วยดี สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง ลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาตัวชี้วัดประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา คือการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาในเรื่องต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า
2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า
3. ความเครียดจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า
4. การปฏิบัติตนที่ถูกต้องก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ในการวิจัยครั้งนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ที่สำคัญ ดังนี้

1. ผลการวิจัยสามารถไปกำหนดแนวรูปแบบการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อลดความเครียดในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ผลการวิจัยสามารถนำไปปรับปรุงและพัฒนางานเสริมสร้างพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
3. ผลการวิจัยสามารถนำไปกำหนดแนวทางในการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขอื่น ๆ
4. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยต่อไปในด้านการเสริมสร้างพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองรวมทั้งการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

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 กระบวนการของโปรแกรมสุขภาพ 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

นียมปฏิบัติกรของตัวแปรและนียมศัพท์ที่เกี่ยวข้อง

เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้มีความเข้าใจถูกต้องตรงกัน ผู้วิจัยจึงขอกำหนดนียมปฏิบัติกรของตัวแปรและนียมศัพท์ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. นียมปฏิบัติกรของตัวแปรอิสระ

โปรแกรมสุศึกษา หมายถึง กระบวนจัดกิจกรรมสุศึกษาให้ผู้ป่วยเปลี่ยนข้อเข่า โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถตนเอง ในการปฏิบัติเพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก่อนและหลังผ่าตัด มีความเชื่อมั่นในตนเองในการปฏิบัติตัว เพื่อลดความเครียด โปรแกรมสุศึกษาประกอบด้วย เนื้อหา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า และความรู้เกี่ยวกับการเผชิญความเครียดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า กระบวนการให้สุศึกษาเป็นการให้สุศึกษารายบุคคล โดยใช้สื่อประกอบ ได้แก่ ภาพพลิก เอกสารแผ่นพับ และแบบจำลองข้อเข่าเทียม การสาธิตฝึกหายใจเพื่อลดความเครียด และการฝึกการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

2. นียมปฏิบัติกรของตัวแปรตาม

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด
หมายถึง ความสามารถในการจำและเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนวิธีการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดอย่างถูกต้องเพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

2.2 ระดับความเครียด หมายถึง ระดับความเครียดที่เกิดจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ในระยะรอการผ่าตัดในผู้ป่วยเปลี่ยนข้อเข่า

2.3 การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า เพื่อให้สามารถใช้ข้อเข่านั้นได้ตามปกติ และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกต่าง ๆ หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

3. นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง

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

3.2 ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า หมายถึง ผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล รอคอยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า 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) เมื่อเข่ามีการงอกระดูกส่วนล่างของกระดูกต้นขาจะหมุนและสัมผัสกับส่วนบนสุดของกระดูกหน้าแข้ง (Tibia) ที่มีพื้นผิวเรียบ กระดูกส่วนที่ 3 คือ กระดูกลูกสะบ้า (Patella) จะเคลื่อนอยู่ด้านหน้าของกระดูก (Femur) ในข้อเข่าที่มีพยาธิสภาพที่ดี พื้นผิวของกระดูกทั้ง 3 ส่วน จะมีการปกป้องกันด้วยกระดูกอ่อน (Cartilage) ที่มีความลื่นและเรียบ ข้อเสื่อมเกิดจากการสึกหรอของพื้นผิวกระดูกและกระดูกอ่อน ซึ่งเป็นส่วนที่กระดูกมีการเสียดสีกัน ซึ่งการสึกหรอของพื้นผิวกระดูกเหล่านี้ทำให้เกิดความเจ็บปวดได้

การรักษาโรคข้อเสื่อมมีหลายวิธี วิธีหนึ่งคือการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า เป็นวิธีที่แพทย์จะเลือกรักษาเป็นวิธีสุดท้ายหลังจากไม่ประสบความสำเร็จในการรักษาด้วยวิธีอื่น ในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่านั้นแพทย์จะทำการผ่าตัดพื้นผิวของกระดูกและกระดูกอ่อนที่เสื่อมออกและแทนที่ด้วยข้อเทียมซึ่งทำมาจากโลหะและพลาสติกที่ออกแบบมาเพื่อใช้รักษาโรคข้อเข่าเสื่อมโดยเฉพาะ หรือเรียกข้อเทียมว่า "Implants or Prosthesis"

การเริ่มการผ่าตัด

อารี (2548) ได้อธิบายไว้ว่าผู้ป่วยจะถูกพาไปที่ห้องผ่าตัดและวางยาสลบ หลังจากยาสลบออกฤทธิ์ผิวบริเวณรอบ ๆ เข่าจะถูกทำความสะอาดและฆ่าเชื้อโดยน้ำยาฆ่าเชื้อ เข่าของคนไข้จะถูกจัดให้อยู่ในท่าที่ข้อเข่าประมาณ 90 องศา และส่วนขาหน้าข้างรวมไปถึงเท้าจะถูกจัดวางให้ปลอดภัยตลอดการทำการผ่าตัด สายรัดห้ามเลือดจะถูกรัดไว้ที่ส่วนต้นขา เพื่อช่วยห้ามเลือดในระหว่างทำการผ่าตัด การเปิดแผลจะทำตรงพื้นผิวของข้อเข่าตรงเหนือหัวเข่าไปจนถึงใต้หัวเข่า ซึ่งแผลจะลึกไปจนถึงกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อต่าง ๆ จนถึงกระดูกข้อ



ภาพที่ 1 การจัดทำเตรียมผ่าตัดข้อเข่า

ที่มา: อารี (2548)

พื้นผิวกระดูกที่เสื่อมและกระดูกอ่อนจะถูกผ่าตัดออก ซึ่งก่อนการผ่าตัดจะมีการวัดด้วยเครื่องมือต่าง ๆ เพื่อให้การผ่าตัดนั้นมีความแม่นยำและถูกต้องมากยิ่งขึ้น การวัดจะช่วยหาข้อเข่าที่แทนที่ด้วยข้อเทียมแล้วนั้นยังอยู่ในมุม และองศาที่สมดุลกับข้อเข่าที่เป็นธรรมชาติของคนไข้ กระดูกจะถูกตัดออกเพียงเล็กน้อยทั้งทางด้านหน้า ด้านล่าง และด้านหลังของกระดูกที่เสื่อมของ Femur ซึ่งการตัดรูปแบบนี้จะใส่ข้อเทียมได้อย่างพอดี ความหนาของกระดูกที่ตัดออกนั้นจะขึ้นอยู่กับ

กับความเสื่อมของกระดูกคนไข้ด้วย ส่วนด้านบนของกระดูกหน้าแข้งที่เสื่อมจะถูกตัดออกเพียงเล็กน้อยเช่นกัน และจะตัดให้เป็นลักษณะพื้นผิวที่เรียบ ด้านหลังของกระดูกสะบ้าจะมีการตัดกระดูกที่เสื่อมออกด้วยในบางกรณี



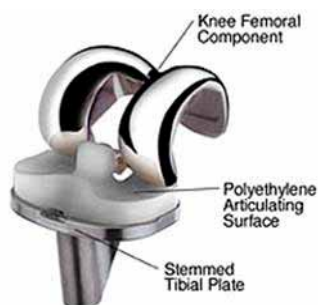
ภาพที่ 2 ตำแหน่งการเปิดแผลผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

ที่มา: อารี (2548)

การใส่ข้อเข่าเทียม

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



ภาพที่ 3 ส่วนประกอบของข้อเข่าเทียมของ Femur และ Tibia ที่ส่วนเป็น Polyethylene

ที่มา: อารี (2548)

ข้อเทียมที่ใส่ด้านหลังของกระดูกกลูสะบ้าจะทำด้วยพลาสติก (Polyethylene) ที่คงทน



ภาพที่ 4 ส่วนประกอบข้อเข่าเทียมของ Patella

ที่มา: อารี (2548)

การปิดแผล

ในบางกรณีแพทย์จะทำการปรับแต่งกล้ามเนื้อบริเวณรอบ ๆ ข้อเข่าเพื่อให้ได้ประสิทธิภาพในการรักษามากยิ่งขึ้น เมื่อแพทย์ได้ใส่ข้อเทียมเรียบร้อยแล้ว แพทย์จะทำการเย็บแผลภายในตรงส่วนที่เป็นเนื้อเยื่ออ่อน และจะมีการใส่สายท่อ (Drain) เพื่อระบายเลือดที่เสียออกในระหว่าง 2-3 ชั่วโมง แรกหลังการผ่าตัด หลังจากนั้นแพทย์จะทำการเย็บแผลที่ผิวข้อเข่า และปิดแผลด้วยผ้าพันแผลที่ฆ่าเชื้อแล้ว คนไข้จะถูกพาไปที่ห้องพักรพต่อไป

ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

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

ความหมายของแผนการดูแลรักษา ร่วม (Clinical Pathway, Care Path หรือ Care Map)

แผนการดูแลรักษา ร่วมเป็นวิธีการที่ผู้ป่วยจะมีโอกาสในการได้รับการดูแลรักษาครบทุกด้านแบบองค์รวมคือ ทั้งทางด้านมาตรฐานวิชาชีพทางการแพทย์ มีการเตรียมตัวด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมเพื่อให้ผู้ป่วย และญาติรับรู้รับทราบว่าทีมแพทย์พยาบาลจะมีแผนให้การดูแลรักษาอย่างไร ในตั้งแต่ก่อนเข้ารับการรักษาใน รพ. ในวันผ่าตัด ในวันหลังผ่าตัด และการเตรียมตัวก่อนกลับบ้านและการปฏิบัติตัวที่บ้าน การจัดทำแผนการดูแลรักษา ร่วมจึงเป็นวิธีที่สำคัญที่จะเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรคที่รักษายากหรือซับซ้อน แผนนี้เกิดจากการประชุมปรึกษาโดยศัลยแพทย์ทางออร์โธปิดิกส์ วิทยุญแพทย์ วิทยุญพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด และพยาบาลประจำตึกผู้ป่วย และในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคทางอื่น เช่น เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง ก็จำเป็นต้องปรึกษาแพทย์เฉพาะทางด้านนั้น ๆ ด้วย

แผนการดูแลรักษา ร่วมของกองออร์โธปิดิกส์ ได้ใช้แนวทางจาก Clinical Pathway ของประเทศแคนาดา และประเทศสหรัฐอเมริกา และนำมาปรับให้เหมาะสมกับประเทศไทยด้วยวิธีพัฒนาคุณภาพของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยแบ่งการดูแลรักษาตามช่วงเวลาออกเป็น 7 ช่วง คือ

ช่วงที่ 1 ตั้งแต่ผู้ป่วยมาติดต่อแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอกจนถึงวันนัดรับเข้านอน และเตรียมตัวก่อนผ่าตัดในหอผู้ป่วย

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)

ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการรับการรักษาผ่าตัดข้อเข่าเทียมที่มีการใช้แผนการดูแลรักษา

1. ได้รับการแก้ไขปัญหาลำบากได้ตรงตามมาตรฐานวิชาชีพมากขึ้น
2. ได้รับการแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค ส่งผลให้มีการหายจากโรคได้ดีขึ้น
3. ได้รับการเตรียมการและการรักษาที่ดี ทำให้ต้องการการนอนพักในโรงพยาบาลน้อยลง
4. ค่าใช้จ่ายจะลดลงเนื่องมาจากการดูแลที่มีประสิทธิภาพ กลับบ้านได้เร็ว ไม่มีผลแทรกซ้อน
5. ผู้ป่วยจะมีความพึงพอใจสูงมากขึ้น
6. เฉพาะหน่วยงานที่มีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทำหน้าที่ Case Manager จะมีพยาบาลผู้ประสานงานเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อประเมินผลความต้องการที่แตกต่างกันในแต่ละราย และประสานการดูแลรักษาของทีมแพทย์และพยาบาลให้สอดคล้องกัน

บทบาทของผู้ป่วยและญาติในแผนการดูแลรักษา

ช่วงที่ 1 ตั้งแต่ผู้ป่วยมาติดต่อแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอกจนถึงวันนัดรับเข้านอน และวันเตรียมตัวก่อนผ่าตัดในหอผู้ป่วย

เป้าหมายในการดูแลรักษาในช่วงนี้คือ ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งร่างกาย และจิตใจ และสภาพทางสังคมเศรษฐกิจ พร้อมทั้งจะรับการผ่าตัดในวันรุ่งขึ้นหลังจากรับเข้านอนในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า จะได้รับการประเมินความพร้อมทางร่างกายด้วยการตรวจทั่วไป และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการล่วงหน้า ในกรณีที่มีโรคทางด้านอื่นๆ เช่น เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง จะได้รับการส่งปรึกษาอายุรแพทย์ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าจะสามารถรับการผ่าตัดได้อย่างไม่มีผลแทรกซ้อน ในด้านจิตใจจะมีการประเมินความพร้อมที่จะเข้ารับการผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมมักจะเป็นผู้ป่วยสูงอายุ จึงมักจะเชิญญาติใกล้ชิดมาร่วมรับฟังและร่วมในการประเมินด้วย ในด้านสังคมเศรษฐกิจ เนื่องจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าจะมีค่าใช้จ่ายสูง สำหรับข้าราชการจะเบิกตามสิทธิได้เพียงบางส่วน และจำเป็นจะต้องจ่ายเงินส่วนเกินสิทธิ ดังนั้นจึงมีการจัดทำรายการราคาอุปกรณ์ข้อเข่าเทียม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้มีการเตรียมความพร้อมในส่วนนี้

ในวันนี้ผู้ป่วยจะได้รับแจกเอกสารคู่มือในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า และได้รับคำแนะนำในการเตรียมตัวและวิธีปฏิบัติตัวในวันรุ่งขึ้น เพื่อให้พร้อมที่สุดที่จะให้การผ่าตัดได้ผลดี

ช่วงที่ 2 ตั้งแต่เข้าวันผ่าตัดไปจนถึงผู้ป่วยกลับจากห้องรอฟื้น และกลับไปหอผู้ป่วย

เป้าหมายในการรักษาในช่วงนี้ คือ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามแผน และได้มีการประเมินหลังผ่าตัดว่าต้องมีการดูแลใกล้ชิดหรือไม่ รวมทั้งได้ให้การป้องกันการอุดตันของหลอดเลือดดำที่ขา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยหลังผ่าตัด

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

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

ช่วงที่ 3 วันรุ่งขึ้นซึ่งเป็นวันหลังผ่าตัดวันแรก

เป้าหมายในการดูแลรักษาในช่วงนี้คือ ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด และเริ่มบริหารเข้าแบบ Isometric พบว่าเป็นที่นิยมมากขึ้นที่จะมีการฉีดยาแก้ปวดเข้าไขสันหลังทั้งแบบมีสายต่อหรือชนิดฉีดครั้งเดียว ซึ่งช่วยลดความเจ็บปวดได้ดีมาก อย่างไรก็ตามจะมีทีมวิสัญญีมาประเมินผล หากผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือคันให้แจ้งพยาบาลให้ทราบ

ผู้ป่วยควรจะบริหารให้มากขึ้นโดยมีการบริหาร 4 อย่างคือ ลูกนั่ง หายใจลึก ๆ ขยับข้อเท้า เช่น เมื่อวาน และเริ่มบริหารเกร็งกำลังเข้าตามวิธีในคู่มือ ซึ่งจะเป็นการเกร็งเหยียดโดยยังไม่งอเข่า เนื่องจากยังมีสายระบายเลือดติดอยู่ในแผลผ่าตัด

ช่วงที่ 4 วันที่ 2 หลังการผ่าตัด

เป้าหมายการดูแลรักษาในช่วงนี้คือ ผู้ป่วยได้รับการถอดสายสวนปัสสาวะ สายระบายเลือด และเปิดทำแผล รวมทั้งเริ่มการบริหารงอเข่า

ในวันนี้ ทีมแพทย์จะมาถอดสายที่พันรัดหัวเข่าออก ถอดสายระบายเลือด และเปิดทำแผล หลังจากนั้นจะพันผ้ารัดแบบยืด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกโล่งสบายหัวเข่า ผู้ป่วยควรจะออกกำลังตามแบบวันก่อนมากขึ้น เน้นการออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขา โดยเพิ่มจำนวนขึ้นเป็นข้างละ 20 ครั้ง ทำวันละ 3 รอบ เช้า กลางวัน เย็น และให้เพิ่มการบริหารงอเข่าได้ ซึ่งจะค่อย ๆ เริ่มทำบนเตียงก่อน เมื่อทำได้ดีให้นั่งงอเข่าข้างเดียวโดยมีเก้าอี้รองปลายเท้า

ช่วงที่ 5 วันที่ 3 หลังการผ่าตัด

เป้าหมายการดูแลรักษาในช่วงนี้คือ งดการให้ยาปฏิชีวนะที่ฉีดเข้าทางหลอดเลือด ผู้ป่วยเริ่มยืน และเดินด้วยเครื่องช่วยพยุง (วอล์กเกอร์)

ไม่มีความจำเป็นในการให้ยาปฏิชีวนะนานเกินไป แพทย์บางท่านจะให้เพียง 24 ชั่วโมง บางท่านให้ 48 ชั่วโมง ซึ่งในวันนี้ถึงกำหนดงดการให้ยาฉีดเข้าหลอดเลือดในผู้ป่วยทุกราย ซึ่งจะช่วยให้การฝึกเดินสะดวก

ก่อนการจัดทำแผนการดูแลรักษา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะกลัว และไม่ยอมเดิน หรือ บางรายก็เดินมากจนเกินไปจนเข่าบวม หลังจากทำแผนการดูแลรักษาและให้มีพยาบาลมานะนำในการเดินพบว่าผู้ป่วยจะเดินได้เหมาะสมทุกราย

ช่วงที่ 6 ตั้งแต่วันที่หลังการผ่าตัดวันที่ 4 เป็นต้นไป

เป้าหมายในการรักษาช่วงนี้คือ ผู้ป่วยเดินได้เองด้วยเครื่องพยุง (วอล์กเกอร์) สามารถขยับงอเข่าได้มากขึ้น โดยไม่ปวด

เมื่อมาถึงวันนี้แสดงว่าการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้ผลดี และไม่มีปัญหาแทรกซ้อน ผู้ป่วยได้รับการเตรียมตัวเพื่อให้กลับบ้าน ซึ่งสิ่งที่สำคัญคือ การที่สามารถขับเหยี่ยวข้อเข่าได้ โดยไม่ปวดและสามารถใช้เครื่องพยุงในการขึ้นและเดิน

ช่วงที่ 7 ช่วงการประเมินเพื่อเตรียมตัวกลับบ้านจนถึงกลับบ้าน

เป้าหมายการดูแลรักษาช่วงนี้คือ การประเมินว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะกลับบ้านตามแผนการรักษา คือ ภายใน 7 วัน นับจากวันที่มานอนในโรงพยาบาล

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

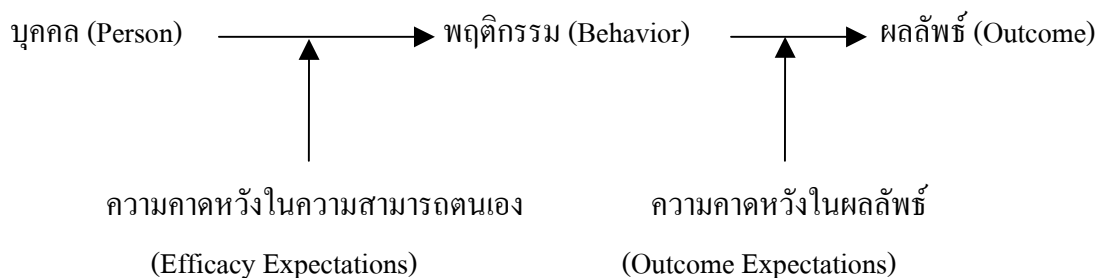
แผนการดูแลรักษาร่วมสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า (Clinical Pathway for Total Knee Replacement) จะเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ให้ได้รับการแก้ไข ปัญหาได้ตรงตามมาตรฐานวิชาชีพ ได้รับการแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค ได้รับการเตรียม การและการรักษาที่ดี ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และกลับบ้านได้เร็ว และผู้ป่วยจะมีความพึงพอใจ สูงมากขึ้น เมื่อร่วมกับการจัดให้มีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ทำหน้าที่ประสานงานดูแลผู้ป่วย (Case Manager) จะทำให้มีความสอดคล้องในการดูแลรักษาของทีมแพทย์พยาบาล

ทฤษฎีที่อธิบายปัจจัยเชิงสาเหตุของการเกิดพฤติกรรม

ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-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

โครงสร้างทฤษฎีความสามารถตนเอง



ภาพที่ 5 โครงสร้างทฤษฎีความสามารถตนเอง

ที่มา: Bandura (1977b)

จากโครงสร้างทฤษฎี อธิบายได้ ดังนี้

1. ความคาดหวังในความสามารถตนเอง เป็นส่วนที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ เป็นการประมาณค่าหรือให้คุณค่าของบุคคลต่อผลลัพธ์ เกิดขึ้นว่า พฤติกรรมที่กระทำนั้นจะให้ผลลัพธ์อะไรอย่างเจาะจง (Bandura, 1977b)

ความแตกต่างระหว่างความคาดหวังในความสามารถตนเองกับผลลัพธ์

ความแตกต่างระหว่าง ความคาดหวังในความสามารถตนเองกับผลลัพธ์ ไม่ใช่สิ่งเดียวกัน เพราะว่าบุคคลแต่ละบุคคลมีความเชื่อว่า การกระทำเฉพาะอย่างทำให้เกิดผลลัพธ์อย่างเจาะจง แต่ถ้าบุคคลนั้นสงสัยว่าการกระทำเฉพาะอย่าง อย่างที่บอกกล่าวนั้นมีความสามารถจะทำได้หรือไม่ ก็จะไม่มียุทธพลให้เกิดการปฏิบัติ

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) บุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถตนเองต่ำ จะหมดความพยายามได้ง่ายเมื่อไม่เป็นไปตามผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ ในขณะที่ผู้ที่มีความคาดหวังในความสามารถตนเองสูง จะยังใช้ความพยายามต่อไป เพื่อให้ถึงผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้

แหล่งที่มาของความคาดหวังในความสามารถตนเอง (Sources of Efficacy Expectations)

Bandura (1977b) ได้เสนอแหล่งที่มาของความคาดหวังในความสามารถตนเอง ดังนี้ คือ

1. ความสำเร็จในการทำงาน (Performance Accomplishment) การปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเอง เป็นแหล่งที่สำคัญที่สุด ที่จะช่วยเพิ่มความคาดหวังในความสามารถตนเองให้มากขึ้น
2. การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experience) เป็นการเรียนรู้จากแบบจำลอง (Modeling) การดูการกระทำของบุคคลอื่นที่มีความยากลำบาก โดยไม่มีผลเสียตามมา สามารถสร้างความคาดหวังในความสามารถตนเองให้กับผู้สังเกตได้ว่าตนเองก็สามารถทำให้ประสบความสำเร็จได้ ถ้ามีความตั้งใจและความพยายาม
3. การพูดชักจูงใจจากผู้อื่น (Verbal Persuasion) บุคคลจะถูกนำผ่านการแนะนำชักชวนให้มีความเชื่อว่าเขาสามารถต่อสู้จนประสบความสำเร็จได้ ถึงแม้ในอดีตจะไม่เคยประสบความสำเร็จ

4. ความตื่นตัวทางอารมณ์ (Emotional Arousal) ในสถานการณ์ที่ถูกคามจะมีอิทธิพลต่อความคาดหวังในความสามารถตนเอง

Bandura กล่าวว่าการเรียนรู้จากตัวแบบเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยบุคคลจะสังเกตพฤติกรรมของบุคคลอื่น แล้วสร้างความคิดว่าจะสร้างพฤติกรรมใหม่ได้อย่างไร ได้แก่

1. กระบวนการใส่ใจ (Attention Process) ความใส่ใจของผู้สังเกตจะทำหน้าที่คัดสรรใจเลือกสิ่งที่ได้รับ 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

ประเภทของตัวแบบ

การเสนอตัวแบบ Bandura ได้เสนอ 2 รูปแบบ ดังนี้คือ

1. ตัวแบบที่มีชีวิตจริง (Live Model) หมายถึง ตัวแบบซึ่งผู้สังเกตสามารถปฏิสัมพันธ์หรือสังเกตได้โดยตรง โดยไม่ผ่านสื่อหรือสัญลักษณ์อื่น ๆ

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

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

1. ให้ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง (Performance Accomplishment) โดยให้ผู้ผู้ป่วยได้รับรู้ความสามารถของตนเองจากประสบการณ์ของผู้ป่วยเอง มีทักษะในการดูแลตนเองในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวเพื่อลดความเครียด

2. การพูดชักจูง (Verbal Persuasion) การจัดโปรแกรมสุขศึกษาผู้วิจัยใช้การพูดชักจูงให้ผู้ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเกิดกำลังใจ การพูดกระตุ้นหรือชักจูงใจให้ผู้ผู้ป่วยเกิดความสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การให้ข้อมูล การอธิบาย การแสดงบทบาทสมมติ การสื่อสารที่ออกในรูปแบบต่าง ๆ (ประภาเพ็ญ, 2534) ได้เสนอความคิดเห็นว่าการที่จะเปลี่ยนแปลงทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพนั้น นักสุขศึกษาจะต้องตระหนักว่าคุณลักษณะและความเชื่อถือได้ของแหล่งข่าวสารจะมีผลต่อการยอมรับของผู้ป่วย การจูงใจผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพนั้น จึงขึ้นอยู่กับลักษณะของเนื้อหาที่จะสร้างให้เกิดอารมณ์ในผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด (สุริย์, 2527) กล่าวว่าการจูงใจเป็นเทคนิคสำคัญในการดำเนินงานให้บริการด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยกระตุ้นให้บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้น ๆ ด้วยความกระตือรือร้น สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้คำพูด การพูดสนับสนุนให้เกิดกำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ มีความพยายามในการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง แสดงความคิดเห็น วิเคราะห์ และแก้ปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตน

3. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) การทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกความสามารถของตนเอง ผู้ป่วยจะถูกรุกเร้าทางอารมณ์ ซึ่งนักวิชาการบางท่านกล่าวว่าการปลุกเร้าทางอารมณ์จะก่อให้เกิดการพัฒนา การให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้ความสำคัญในการดูแลตนเอง การจัดระดับการกระตุ้นอย่างสม่ำเสมอจะเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญที่จะบอกถึงการเพิ่มหรือลดความสามารถของผู้ป่วย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำสิ่งล่อใจมาใช้หลายรูปแบบ เช่น การใช้สื่อแผ่นพลิก เอกสารแผ่นพับ และแบบจำลองข้อเข่าเทียม

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

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดและหลักการของทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-efficacy Theory) มาประยุกต์ใช้กับโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

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 ซิมพาเทติก และต่อมพิทูอิทารี แบ่งย่อยออกเป็น 2 ระยะคือ

1.1 ระยะช็อก (Shock Phase) เป็นระยะที่บุคคลถูกรบกวน เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงความสมดุลของร่างกาย ทำให้มีการผลิตฮอร์โมนต่าง ๆ ออกมาซึ่งมีผลต่อร่างกาย

1.2 ระยะต้านช็อก (Countershock Phase) เป็นระยะที่ร่างกายมีการปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุล

2. ระยะต่อต้าน (Stage of Resistance) เป็นระยะที่มีการปรับตัวเต็มที่ ทำให้อาการดีขึ้น แต่ถ้าวระยะนี้ได้รับการกระตุ้นจากสิ่งที่ย่อให้เกิดความเครียดอยู่ อาจจะทำให้มีการสูญเสียการปรับตัวอีก และเข้าสู่ระยะที่ 3

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

Lazarus and Folkman (1984) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นสถานการณ์ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นประเมินว่ามีผลกระทบต่อความปกติสุขของตนเอง และต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในสถานการณ์นั้น

จะเห็นได้ว่าจากแนวคิดของนักทฤษฎีทั้ง 2 ท่าน มองความเครียดแตกต่างกัน กล่าวคือ Selye (1976) มองความเครียดว่าเป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของเคมีในร่างกาย แต่ไม่ได้อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร ส่วน Lazarus and Folkman (1984) มองความเครียดว่าเป็นสถานการณ์ ที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่บุคคลต้องใช้กระบวนการทางสติปัญญา ความรู้ในการประเมินสถานการณ์นั้นว่า เป็นความเครียด ซึ่งมีผลต่อจิตใจของบุคคล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) เพื่ออธิบายถึงความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในระบอรผ่าตัด ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยตลอดเวลาว่า เมื่อเกิดสถานการณ์มากระทบต่อผู้ป่วยแล้ว มีการประเมินว่ามีผลต่อความปกติสุขของตนเอง ต้องย้ายจากบ้านมารักษา ในโรงพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สถานที่ บุคลากร อาหาร กฎระเบียบต่าง ๆ ของโรงพยาบาล ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้

สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด (Stressor)

สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดมีมากมายในการดำเนินชีวิตของบุคคล อาจเกิดทั้งภายนอก และภายในตัวบุคคลแล้วมีผลทำให้เกิดความเครียดขึ้น ซึ่งได้สรุปสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดไว้ 3 อย่าง คือ

1. ความเครียดจากพัฒนาการทางด้านร่างกาย (Developmental Stress) เมื่อมีการพัฒนาการของร่างกายจากวัยหนึ่งไปสู่อีกวัยหนึ่ง ย่อมจะมีการเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดความเครียดได้ เช่น เด็กเข้าสู่วัยรุ่น, การมีประจำเดือน เป็นต้น
2. ความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ (Biological Stress) เช่น มีการเปลี่ยนแปลงจากความสวยงามเป็นความเหี่ยวช่นชราภาพ 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. จุลชีพและปรสิต ซึ่งก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ ในร่างกาย

4. ปัจจัยทางด้านจิตใจและอารมณ์ ซึ่งเกิดจากความต้องการของบุคคลในแต่ละช่วงอายุเพศ 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 ต้องประสบกับ
ภาวะมลพิษ อันตรายจากเครื่องจักรกล และพิษจากสารเคมีรวมทั้งในวงการแพทย์

10. การเปลี่ยนแปลงไปสู่อนาคตที่รวดเร็ว ส่งผลให้บุคคลเตรียมตัวหรือปรับตัวไม่ทัน
กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

Lazarus and Folkman (1984) ไม่ได้กล่าวถึงสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดไว้ชัดเจนนัก
แต่จะเน้นถึงความเครียดว่าเป็นสถานการณ์ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่ผ่าน
กระบวนการทางสติปัญญา ความรู้ในการประเมิน (Cognitive Appraisal) แล้วตัดสินใจว่าสถานการณ์นั้น
เป็นความเครียดหรือไม่ ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการคือ

1. ปัจจัยทางด้านสถานการณ์ (Situation Factors) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการประเมิน
ด้วยสติปัญญา โดยขึ้นอยู่กับสิ่งต่อไปนี้

1.1 ความแปลกใหม่ของสถานการณ์ (Novelty)

1.2 ความสามารถในการทำนายสถานการณ์ (Predictability)

1.3 สถานการณ์หรือเหตุการณ์นั้นมีความไม่แน่นอน (Event Uncertainty)

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

2. ปัจจัยทางด้านบุคคล (Personal Factors) เป็นความแตกต่างภายในบุคคลเองในคนต่าง ๆ
ได้แก่

2.1 พันธสัญญาของแต่ละบุคคล (Commitments) ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

2.2 ความเชื่อ (Beliefs)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ความเครียดเป็นสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าความเครียดโดยมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการประเมินสถานการณ์นั้น คือปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในตัวบุคคล

การเผชิญความเครียด (Coping)

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 แล้วบุคคลมีการคิดไตร่ตรองอย่างมีเหตุผลสามารถแยกแยะได้ว่าสถานการณ์นั้นมีผลต่อตนอย่างไร ซึ่งบุคคลสามารถประเมินเหตุการณ์นั้นโดยโครงสร้างการทำงานของสมองส่วนที่มีหน้าที่ในการเรียนรู้และความจำ มีการประเมิน 3 ขั้นตอน คือ

1.1 การประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary Appraisal) เมื่อมีสถานการณ์มากระทบต่อบุคคล บุคคลนั้นจะมีการประเมินว่าสถานการณ์นั้นมีผลต่อตนเองอย่างไร ซึ่งผลลัพธ์ของการประเมินอาจเป็นด้านใดด้านหนึ่งใน 3 ด้านต่อไปนี้คือ

1.1.1 ไม่มีผลได้ผลเสีย (Irrelevant) คือประเมินว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ไม่มีผลกระทบใดที่เกี่ยวข้องกับตนเอง

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 สูญเสียวัยหรือบุคคลที่เรารัก สูญเสียสถานภาพทางสังคมสูญเสียคุณค่าของความเป็นบุคคล เป็นต้น

1.1.3.2 การคุกคาม (Threat) ซึ่งเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดอันตรายหรือเกิดการสูญเสีย หรือเมื่อเกิดอันตรายและสูญเสียขึ้นแล้ว บุคคลนั้นได้คิดต่อเนื่องไปถึงความยุ่งยากที่จะเกิดตามมา การแสดงออกจะเป็นลักษณะความกลัว ความวิตกกังวลหรือกลัวความลำบาก

1.1.3.3 การท้าทาย (Challenge) เป็นการคาดการณ์ว่าจะสามารถแก้ไขสถานการณ์ การแสดงออกจะเป็นลักษณะความกระตือรือร้น ความตื่นตัวหรือความร่าเริง อาจจะเกิดภาวะคุกคามหรือท้าทายพร้อมๆ กัน เพราะการที่ถูกคุกคามนั้นอาจจะมีความรู้สึกท้าทายร่วมอยู่ด้วย ทำให้บุคคลมีความมุ่งหวังที่จะเอาชนะสถานการณ์ที่จะเกิดตามมาได้

เมื่อบุคคลประเมินแล้วว่าสถานการณ์ที่มากระทบนั้น ก่อให้เกิดอันตราย คุกคาม ท้าทายต่อชีวิตหรือสุขภาพ บุคคลจะมีปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียดนั้น 3 ด้าน คือ

1) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ (Psychological Change) จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ มีความวิตกกังวล คับข้องใจ

2) การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมทางสังคม (Social Behavioral Change) จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมในสังคมความเป็นอยู่ หรือความสามารถในการปฏิบัติงานต่าง ๆ

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

จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของบุคคลดังกล่าว ซึ่งเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียด บุคคลจะพยายามใช้กระบวนการทางสติปัญญา ความรู้ในการประเมิน ประเมินสถานการณ์นั้นต่อไปเพื่อที่จะลดหรือจัดความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อให้สภาพทางร่างกายและจิตใจเกิดความสมดุล คือการประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary Appraisal)

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

1.2.1 สุขภาพและพลังงาน (Health and Energy) บุคคลที่มีสุขภาพเสื่อมโทรม จะมีพลังน้อยในการเผชิญปัญหา ซึ่งต่างจากคนที่มีสุขภาพดี จะมีความอดทนต่อภาวะเครียดและปัญหา รวมทั้งมีพลังในการแก้ปัญหาได้ดีกว่า

1.2.2 ความเชื่อในทางบวก (Positive Belief) เป็นแหล่งประโยชน์ทางจิตใจที่ทำให้บุคคลมีความหวังและสามารถเผชิญกับความเครียดได้

1.2.3 ทักษะในการแก้ปัญหา (Problem-solving Skills) เป็นความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะหาข้อมูล วิเคราะห์และเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ดี ซึ่งการมีประสบการณ์ในการแก้ปัญหจะทำให้บุคคลสะสมความรู้และความสามารถเป็นแหล่งประโยชน์ที่อาจนำไปใช้ในสถานการณ์อื่นได้

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

1.2.5 การสนับสนุนจากสังคม (Social Support) เป็นการได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคม ทำให้บุคคลมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้น

1.2.6 แหล่งประโยชน์ทางวัตถุ (Material Resources) ได้แก่ เงินหรือสิ่งของ หรือบริการที่ต้องใช้เงิน เป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยในการเผชิญความเครียด ช่วยให้ผู้คน มีทางเลือกวิธีการเผชิญได้มากขึ้น

1.3 การประเมินซ้ำ (Reappraisal) เป็นกระบวนการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อความเครียดทางร่างกายและอารมณ์ของบุคคลยังไม่ลดลง โดยประเมินจากข้อมูลใหม่ที่ได้ เพิ่มเติมจากบุคคลหรือจากการประเมินผลวิธีการเผชิญความเครียดที่ได้กระทำไปแล้ว นำมา ประกอบการตัดสินใจในการที่จะเลือกวิธีการเผชิญความเครียดเพื่อลดหรือแก้ไขภาวะเครียดต่อไป

2. กระบวนการเผชิญความเครียด (Coping process)

การเผชิญความเครียดคือ ความพยายามทางด้านสติปัญญา และพฤติกรรมที่จะจัดการ กับความต้องการที่เฉพาะเจาะจงทั้งภายนอกและหรือภายใน ที่ถูกประเมินว่าต้องใช้แหล่งประโยชน์ ที่มีอยู่ในกระบวนการเผชิญความเครียดมีลักษณะที่สำคัญ 3 ประการ คือ

2.1 ในการสังเกตและการประเมิน จะให้ความสำคัญกับสิ่งที่บุคคลนั้นคิดหรือกระทำ อย่างแท้จริง

2.2 สิ่งที่บุคคลนั้นคิดหรือกระทำอย่างแท้จริงนั้นตรวจสอบได้จากสถานการณ์ หรือ บริบทที่เฉพาะเจาะจง (Specific Context) เท่านั้น เนื่องจากพฤติกรรมหรือวิธีการเผชิญความเครียด จะเกิดขึ้นในเงื่อนไขที่เฉพาะเจาะจงเท่านั้น

2.3 การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่หมายถึงการเปลี่ยนแปลงในความคิด และการกระทำในแง่มุมของการเผชิญหน้า (Encounter) อย่างเปิดเผย ในครั้งหนึ่งบุคคลอาจจะเชื่อถือ หรือใช้วิธีการเผชิญความเครียดอย่างหนึ่ง เช่น การปฏิเสธ แต่ในอีกครั้งหนึ่งจะใช้วิธีการเผชิญ ความเครียดวิธีอื่น เช่น วิธีการแก้ไขปัญหานั้น เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นกับการเปลี่ยนแปลงในการปฏิสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม

ในกระบวนการเผชิญความเครียดนี้ จะเกิดคาบเกี่ยวกับกระบวนการใช้สติปัญญาความรู้ในการประเมิน โดยผลหลังจากที่บุคคลได้ตรองและดึงแหล่งประโยชน์มาใช้เพื่อจะตัดสินใจในการเผชิญความเครียดแล้ว 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) เป็นวิธีการแก้ไขปัญหาดโดยตรง วิธีนี้จะใช้สติปัญญาในการศึกษาหาข้อมูล หาสาเหตุของปัญหาและเลือกวิธีการแก้ไขซึ่งอาจจะได้จากประสบการณ์หรือการเรียนรู้ เพื่อที่จะจัดการแก้ปัญหา

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

นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญความเครียดคือ

1. ลักษณะของสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด ถ้าสถานการณ์ความเครียดเกิดขึ้นเป็นเวลานาน จะมีผลต่อความสามารถในการเผชิญความเครียดของบุคคล 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 ส่วนเพศชายพฤติกรรมเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพมากกว่า เพศหญิงสอดคล้องกับการศึกษาของ Gass and Chang (1989) พบว่าเพศชายจะมีการนำเอาทรัพยากรต่าง ๆ มาใช้เพื่อปรับพฤติกรรมตอบสนองต่อภาวะคุกคามได้ดีกว่าเพศหญิง

4. อายุ เมื่ออายุมากขึ้นทำให้บุคคลมีวุฒิภาวะทางอารมณ์มั่นคง เนื่องจากมีประสบการณ์การเรียนรู้ที่จะแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการผ่านเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตมานาน โดยมีความสามารถในการคิดไตร่ตรอง และตัดสินใจเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น (Lazarus and Folkman, 1984)

5. ระดับการศึกษา เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลมีพัฒนาการทางสติปัญญาและมีความสามารถในการเรียนรู้และปรับตัว ผู้ที่มีการศึกษาคือจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล 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 และสมาชิกคนหนึ่งเป็นผู้ดูแลและผู้ป่วย 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 แต่ไม่สามารถที่จะใช้ได้เนื่องจาก การแปลความหมายของการช่วยเหลือนั้น เขาอาจปฏิเสธการช่วยเหลือที่เสนอให้ เพราะคิดว่านั้น หมายถึงว่าเขาขัดสนหรือหมดหนทาง หรืออาจไม่ต้องการเป็นหนี้บุคคลใด หรือไม่ไว้วางใจถึงเบื้องหลังของการช่วยเหลือนั้น

2. ข้อจำกัดด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Constraints) การต้องแข่งขันใช้แหล่งประโยชน์เดียวกันและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่จำกัด

3. ผลลัพธ์ของการปรับตัว (Adaptational Outcome)

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

3.1 การทำหน้าที่ในสังคม (Social Functioning) เป็นวิถีทางในการปฏิบัติตามบทบาทของแต่ละบุคคล และความพึงพอใจต่อสันทนาการในสังคม หรือหมายถึงทักษะในการคงไว้ซึ่งบทบาทและสันทนาการในสังคม การที่บุคคลสามารถทำหน้าที่ในสังคมได้ตามปกติ จะบ่งบอกถึงความสามารถในการเผชิญความเครียดในชีวิตประจำวัน หากบุคคลเกิดความล้มเหลว ไม่แน่ใจหรืออ่อนแอ จะไม่ประสบผลสำเร็จในการทำหน้าที่ในสังคม

3.2 ขวัญ (Morale) เป็นผลลัพธ์ทางอารมณ์ ซึ่งแตกต่างกันไปตามสิ่งกระตุ้นและเป็นผลจากการประเมินว่าจะประสบผลสำเร็จเพียงใด บุคคลพอใจกับการเผชิญความเครียดนั้นหรือไม่

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

การประเมินวิธีการเผชิญความเครียด (Assessment of Coping)

เนื่องจากวิธีการเผชิญความเครียดซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ ชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญหและชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์ ตามแนวคิดของ Lazarus นั้นไม่ได้สร้างเครื่องมือประเมินว่าบุคคลมีพฤติกรรมใดบ้างที่แสดงถึงการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแต่ละชนิดดังกล่าว ต่อมาในปี ค.ศ.1979 Jalowiec ได้สร้างเครื่องมือวิธีการเผชิญความเครียดเรียกว่า Jalowiec Coping Scale (JCS) ขึ้นตามแนวคิดดังกล่าวประกอบด้วย ชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญห 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 อาจประเมินว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อความเป็นปกติสุขของตนและเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดขึ้น

วิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในระยะรอผ่าตัด

วิธีการเผชิญความเครียดเป็นตัวเชื่อมความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมกับผลลัพธ์ของการปรับตัว ซึ่งเป็นความพยายามทั้งพฤติกรรมและความรู้สึกลึกซึ้ง ที่จะคลี่คลายเหตุการณ์ที่เป็นความเครียด โดยที่แต่ละบุคคลใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับการประเมินของบุคคลในการจำแนกความหมายและความสำคัญที่มีต่อการเป็นปกติสุข ซึ่งขึ้นกับปัจจัยด้านสถานการณ์และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมในระยะรอผ่าตัด ยังมีการศึกษาน้อย ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคนี้

จากการค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีความเครียดในผู้ป่วยและผู้ป่วยในระยะผ่าตัด มีดังนี้

Gurklis and Menke (1988) ได้ทำการศึกษาสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและการใช้วิธีการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผลการศึกษา พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียด โดยความเครียดทางด้านร่างกายมีความสัมพันธ์กับการใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญหา ส่วนความเครียดทางด้านจิตใจ พบว่าผู้ป่วยที่รอการปลูกถ่ายหัวใจ ใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยใช้แหล่งสนับสนุนจากครอบครัวและแหล่งสนับสนุนทางจิตวิญญาณ การปฏิเสธการสร้างอารมณ์ขัน และหาโอกาสพูดคุยกับผู้ป่วยคนอื่นที่เคยปลูกถ่ายอวัยวะมาแล้ว

Murphy and Sutton (1989) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดและรูปแบบของการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนไต จำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่าสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยสูงสุด ได้แก่ ปัจจัยทางการเงิน กลัวการปฏิเสธไต ถ้วนน้ำหนักรจะเพิ่มขึ้น รู้สึกไม่แน่นอนในอนาคตและข้อจำกัดของการมีกิจกรรมทางด้านร่างกาย สิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์ แต่ละคะแนนของสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนการเผชิญความเครียดโดยรวมและการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญหา วิธีการเผชิญความเครียดที่ใช้มากได้แก่ การยึดศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ พยายามมองปัญหาอย่างรอบคอบทุกครั้งตามสภาพที่เป็นจริงโดยปราศจากอคติ พยายามควบคุมสถานการณ์เท่าที่จะทำได้ พยายามหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสถานการณ์เพื่อให้ควบคุมสถานการณ์ได้ดีขึ้น และพยายามนำประสบการณ์เดิมในอดีตมาใช้ในการแก้ไขปัญห และนอกจากนี้ยังพบอีกว่าผู้ป่วยใช้การเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญหามากกว่าชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์

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

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

Jalowiec et al. (1994) ศึกษาสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดของผู้รอปลูกถ่ายหัวใจ พบว่าสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดของผู้ป่วยรอปลูกถ่ายหัวใจ 10 อันดับแรก ได้แก่ การรอปลูกถ่ายหัวใจ การเป็นโรคหัวใจที่อยู่ในระยะสุดท้าย ความกังวลของครอบครัว อาการแสดงความเจ็บป่วย การรอผู้บริจาคหัวใจ ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคต การไม่มีแรงพล้งจะทำกิจกรรมต่าง ๆ ความรู้สึกเหนื่อยที่มีตลอดเวลา การควบคุมชีวิตได้น้อยลงและการพึ่งผู้อื่น และยังพบว่าผลกระทบจากระยะเวลาในการรอปลูกถ่ายหัวใจผู้ป่วยรับรู้วาระเวลาที่รอนานเป็นปัจจัยทีทำให้ความเครียดเพิ่มขึ้น

Ma et al. (1996) ได้ศึกษาการฝึกการผ่อนคลายเพื่อตอบสนองความเครียดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความวิตกกังวลทางด้านจิตใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กนกวรรณ (2545) ได้ศึกษาถึงความเครียดของผู้ป่วยต่อกระจกในระยระผัดัด พบว่าสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด 5 อันดับแรก ได้แก่ การไม่สามารถทำงานได้เหมือนเมื่อก่อน การมองเห็นบกพร่อง ความกังวลกลัวตาบอดหลังการผ่าตัดต่อกระจก การต้องพึ่งพาบุคคลภายในครอบครัว และความกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดมากที่สุด คือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดจากด้านร่างกาย การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยต่อกระจกในระยระผัดัด คือ สวดมนต์ ไหว้พระ อธิษฐานไว้วางใจกับพระเจ้า พยายามพูดคุยปัญหากับผู้ป่วยที่รอผ่าตัดต่อกระจก เปรียบเทียบตนเองกับผู้ป่วยที่รอผ่าตัดต่อกระจก พยายามทำให้ชีวิตเป็นปกติเท่าที่จะทำได้ กังวลกับปัญหาและยอมรับสถานการณ์ และการเผชิญความเครียดหลายด้านที่กลุ่มตัวอย่างใช้เป็นบางครั้ง ได้แก่ ด้านการยอมรับในโชคชะตา ด้านการให้การสนับสนุนด้านการมองโลกในแง่ดี ด้านการพึ่งตนเอง และด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา

ชนิษฐา (2534) ได้ศึกษาความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนผ่าตัดในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ แต่มีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในระดับสูง

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

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

การมองโลกในแง่ดี ด้านการพึ่งตนเอง ด้านการเผชิญหน้าปัญหา ตามลำดับ แต่เมื่อพิจารณาการเผชิญปัญหาตามรายชื่อ พบว่าผู้ป่วยพยายามทำชีวิตประจำวันให้เป็นปกติ ยอมรับสถานการณ์ ปรับปรุงตนเองเพื่อที่จะจัดการสถานการณ์ พยายามหันเหความสนใจโดยทำสิ่งอื่นแทน เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่า เมื่อผู้ป่วยมีความเครียดเกิดขึ้นแล้วมีการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดเพื่อเปลี่ยนแปลงความเครียดหรือลดความเครียดลง วิธีการเลือกใช้แตกต่างกันขึ้นอยู่กับการประเมินสถานการณ์ของผู้ป่วย และในการเลือกวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับประสบการณ์และแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วยแต่ละคน ทำนองเดียวกันในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ซึ่งมีความเครียดในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตต้องมีการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียด เพื่อคงความสมดุลของร่างกายจิตใจไว้เช่นกัน

แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับวิธีการทางสุขศึกษา และการจัดโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพและลดความเครียด

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

สุขศึกษา คือ กระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ ซึ่งมีผลทำให้บุคคล ครอบครัว หรือชุมชนได้รับความรู้ เกิดทัศนคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือการใช้วิธีการหรือกระบวนการทางการศึกษาเพื่อให้บุคคล ครอบครัว หรือชุมชนมีสุขภาพที่ดี

ดังนั้นกิจกรรมทางสุขศึกษาจะช่วยให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้และเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้าน พุทธิปัญญา ทักษะ และ การปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยในทางที่ถูกต้อง

วิธีการสอนสุขศึกษา หมายถึง วิธีการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้รวมทั้ง การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ ตลอดจนสภาพที่เอื้อต่อการส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียน เพราะ การเรียนรู้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้นในตัวผู้เรียน ดังนั้นวิธีการสอนสุขศึกษา จึงหมายถึง การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยแก่บุคคลหรือประชาชน เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นเกิดการเรียนรู้ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยแก่บุคคลหรือประชาชนเพื่อให้ บุคคลเหล่านั้นเกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม ซึ่งจะต้องเลือกวิธี การสอนสุขศึกษาให้เหมาะสมกับผู้เรียน จึงจะช่วยให้เกิดการถ่ายทอดความรู้ไปยังกลุ่มเป้าหมาย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวคิดของการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

การพัฒนาการสาธารณสุขมุ่งหวังเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดีและมีคุณภาพชีวิต ที่ดีขึ้น ซึ่งในการพัฒนาสาธารณสุขกับการพัฒนางานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์มีความจำเป็นที่ จะต้องเร่งรัดพัฒนาควบคู่ไปกับการพัฒนาการสาธารณสุข เพราะงานสุขศึกษาเป็นงานที่สำคัญที่จะ ส่งเสริมให้ประชาชนได้รับความรู้ความสามารถในการพัฒนาสุขภาพ และสามารถแก้ไขปัญหา สุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้ การที่ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง ควบคุมโรคและส่งเสริมสุขภาพอนามัยของครอบครัวและชุมชนได้นั้น ประชาชนจำเป็นจะต้องมี องค์ความรู้และประสบการณ์ในระดับหนึ่ง ตลอดจนได้รับข่าวสารความรู้ที่จำเป็น ทันสมัยและ ต่อเนื่อง จึงจะช่วยให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองในเรื่องสุขภาพได้

กระบวนการสุขศึกษา เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคล หรือกลุ่มบุคคลเกิดการเรียนรู้เรื่อง สุขภาพใน 3 ด้านด้วยกัน คือ ด้านความรู้ความเข้าใจ เกิดเจตคติ ค่านิยมและการปฏิบัติไปพร้อม ๆ กัน จะขาดส่วนหนึ่งส่วนใดมิได้ เพราะจะทำให้การเกิดพฤติกรรมสุขภาพไม่สมบูรณ์ตามต้องการ เป้าหมายสุดท้ายของการเรียนรู้ตามกระบวนการสุขศึกษา ก็บุคคลสามารถตัดสินใจปฏิบัติตน ที่เป็นผลดีต่อสุขภาพของตนเอง และตัดสินใจไม่ปฏิบัติตนในเรื่องที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพของ ตนเอง

การดำเนินการตามกระบวนการสุศึกษา จะต้องดำเนินการตามกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ คือ ต้องวิเคราะห์ สังเคราะห์ หาข้อเท็จจริงว่าพฤติกรรมใดเป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหาหรือไม่ต้องการ พฤติกรรมใดเป็นพฤติกรรมที่ต้องการ และจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้ด้วยวิธีการใด อย่างไรก็ตาม จะต้องกำหนดกิจกรรมหรือการกระทำให้กลุ่มเป้าหมายปฏิบัติเพื่อให้บุคคลได้เรียนรู้ จนเกิด พฤติกรรมที่ต้องการได้ในที่สุด

การดำเนินการสุศึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาราชาธนาสุ จาเป็นจะต้องวิเคราะห์และสังเคราะห์ พฤติกรรมที่ต้องการปรับเปลี่ยน เพื่อนามาใช้ประโยชน์ในการกำหนดวัตถุประสงค์ของแผนงาน หรือโครงการสุศึกษา และจะต้องวิเคราะห์หาสาเหตุหรือปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว ทั้งพฤติกรรมที่พึงประสงค์และพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์เพื่อนำปัจจัยต่าง ๆ เหล่านั้นมาใช้ ประโยชน์ในการกำหนดวิธีการหรือกิจกรรมทางสุศึกษาในการแก้ไขพฤติกรรมหรือปลูกฝัง พฤติกรรม จึงจะทำให้การดำเนินงานสุศึกษาได้ผลและมีประสิทธิภาพ

กลวิธีทางสุศึกษา

สุริย์ (2527) ได้กล่าวว่ากลวิธีทางสุศึกษาเป็นกระบวนการที่วางแผนไว้อย่างมีระบบและมีจุดมุ่งหมายที่จะทำให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน สามารถคิดและหาเหตุผลด้วยตนเองรวมทั้ง การเลือกและการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตนในทางที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดสุภาพที่ดีตลอดไป

กลวิธีทางสุศึกษามีหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีก็มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เฉพาะ สำหรับแต่ละเรื่องราวและกลุ่มเป้าหมายไม่มีวิธีใดที่ใช้ได้อย่างเหมาะสมกับทางเรื่องราวและ ทุกกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้นผู้รับผิดชอบในการจัดกิจกรรมสุศึกษาจำเป็นต้องเลือกใช้วิธีต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและเรื่องราวที่ต้องการจะให้รู้

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุภาพอาจจะเปลี่ยนเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง หรือ เกิดการเปลี่ยนแปลงพร้อมกันหลายด้านก็ได้ ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงตามแนวคิดหลักของสุศึกษา จะสมบูรณ์ต่อเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ด้าน เกิดขึ้นในตัวบุคคล คือ

1. การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ (Knowledge)

2. การเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติ (Attitude)

3. การเปลี่ยนแปลงด้านการปฏิบัติตน (Practice)

ลักษณะกลวิธีทางสุศึกษา กลวิธีทางสุศึกษาที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบันสามารถแบ่งตามลักษณะของการปฏิบัติได้หลายแบบด้วยกัน ได้แก่

1. วิธีการสุศึกษารายบุคคล คือ การให้สุศึกษาเฉพาะบุคคล โดยพิจารณาเรื่องให้เหมาะสมกับบุคคลนั้น ๆ ได้แก่

1.1 การถาม – ตอบ

1.2 การบรรยาย

1.3 การสาธิต

1.4 การใช้แบบเรียนสำเร็จรูป

1.5 การให้คำปรึกษา

2. วิธีการสุศึกษาเป็นกลุ่ม คือ การให้สุศึกษากับบุคคลที่รวมกลุ่มกันและมีความใกล้เคียงในเรื่องของปัญหา ได้แก่

2.1 การอภิปรายกลุ่ม

2.2 บรรยาย

2.3 การสาธิต

2.4 สัมมนา

2.5 อภิปรายหมู่

2.6 นิทรรศการ

3. วิธีการสุศึกษาชุมชน คือ การให้สุศึกษานอกระบบการศึกษา วิธีดังกล่าวจะต้องอาศัยความร่วมมือของสมาชิก ได้แก่

3.1 การจัดชุมชนหรือการเตรียมชุมชน

3.2 การบรรยายชุมชน

3.3 การฝึกอบรม

3.4 การใช้ต้นแบบ

4. วิธีการสุศึกษามวลชน คือ การให้สุศึกษาโดยผ่านสื่อต่าง ๆ ได้แก่

4.1 วิทยู

4.2 โทรทัศน์

4.3 หนังสือพิมพ์

4.4 สิ่งตีพิมพ์รูปเล่ม เช่น ตำรา วารสาร จุลสาร

4.5 หอกระจายข่าว

กลวิธีทางสุศึกษาดังกล่าวต่างก็มีความสำคัญและมีประโยชน์อย่างมากในการนำไปใช้ลักษณะที่แตกต่างกัน

เกณฑ์การเลือกวิธีการสุศึกษา การเลือกใช้วิธีสุศึกษาที่เหมาะสมเป็นเรื่องสำคัญ และ จำเป็นจะต้องมีเกณฑ์หรือองค์ประกอบต่าง ๆ สำหรับการพิจารณาซึ่งพอสรุปได้ ดังนี้

1. ผู้จัดกิจกรรมสุศึกษา จะต้องมีความรู้และประสบการณ์ในเรื่องที่จัดกิจกรรมสุศึกษา รวมทั้งการมีบุคลิกภาพเป็นที่ยอมรับ

2. ผู้รับหรือกลุ่มเป้าหมาย จำเป็นต้องพิจารณาเลือกวิธีการสุศึกษาให้สอดคล้องกับ ขนาดของกลุ่ม ระดับสติปัญญา พื้นฐานการศึกษาประสบการณ์เดิม อายุ รวมทั้งสังคมสิ่งแวดล้อม และขนบธรรมเนียมประเพณี หรือวัฒนธรรมของกลุ่มเป้าหมาย จึงทำให้การจัดกิจกรรมสุศึกษา ในการถ่ายทอดความรู้ ทักษะ ทักษะ และฝึกทักษะเพื่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความเชื่อ และค่านิยมต่าง ๆ ยังเกิดผลในทิศทางที่ถึงประสงค์

3. วัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมสุศึกษา จะต้องมีการกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ว่าจะต้องให้ผู้รับการเปลี่ยนแปลงถึงขั้นไหน ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ ทักษะ และการปฏิบัติตัว การมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนจะเป็นสิ่งสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการสุศึกษาได้ถูกต้องและเหมาะสม

4. เนื้อหาสาระ ในแต่ละเรื่องจะมีเนื้อหาสาระที่มีลักษณะพิเศษเฉพาะซึ่งจะใช้วิธีการสุศึกษาไม่เหมือนกัน เช่น วิธีการทำน้ำให้สะอาด อาจจะต้องใช้การบรรยายประกอบการสาธิต

5. เวลาและสิ่งอำนวยความสะดวก พิจารณาได้ดังนี้

5.1 เวลาสำหรับการเตรียมการ ถ้าเวลาเตรียมการน้อยจำเป็นต้องเลือกวิธีง่าย แต่ถ้ามีเวลามากก็สามารถที่จะเลือกวิธีที่ซับซ้อนและมีประสิทธิภาพ

5.2 ช่วงเวลาของวัน มีผลเป็นอันมากต่อการเลือกใช้วิธีการสุศึกษา เช่น ในช่วงเช้า ผู้เรียนยังมีความกระปรี้กระเปร่า อาจจะใช้วิธีการบรรยายได้ แต่ในช่วงบ่ายอาจจะต้องเปลี่ยนเป็นวิธีการประชุมกลุ่มย่อย เพื่อให้ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ เป็นต้น

5.3 สิ่งอำนวยความสะดวก เช่น สถานที่สำหรับการประชุมกลุ่ม สื่อในการจัดกิจกรรม
 สุขศึกษา ฯลฯ ถ้าสิ่งต่าง ๆ ดังกล่าวมีพร้อมจะไม่ใช่เป็นปัญหาต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการศึกษา
 ที่เหมาะสม

ประภาเพ็ญ (2534) ได้กล่าวว่า วิธีการให้สุศึกษาที่ดีที่สุดวิธีเดียวไม่ได้ แต่ควรใช้หลาย ๆ
 วิธีให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์และสิ่งแวดล้อมในการถ่ายทอดความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติไป
 ยังกลุ่มเป้าหมาย โดยคำนึงถึงเนื้อหาการสอนสุศึกษาที่เกี่ยวกับสิ่งที่ปัญหาของกลุ่มเป้าหมาย
 ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มเป้าหมายมีความสนใจในเรื่องนั้นๆ มากขึ้น และสามารถนำไปปฏิบัติได้ในชีวิตจริง
 สุริย์ (2527) กล่าวว่าวิธีการสอนสุศึกษา โดยการบรรยายนั้นเป็นการถ่ายทอดความรู้ และ
 ประสบการณ์แก่ผู้ฟังได้มากในเวลาจำกัดไม่เสียเวลาให้ผู้ฟังจะไปศึกษาเอง ทั้งยังใช้ได้เป็นอย่างดี
 กับหลักการพื้นฐาน และข้อเท็จจริงต่าง ๆ นอกจากนี้ เมื่อให้ความรู้เสร็จแล้วควรมีการแจกเอกสาร
 แผ่นพับ เพื่อเป็นการเตือนความจำหรือเป็นคู่มือของผู้เรียนต่อไป

ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกกระบวนการทางสุศึกษา ได้แก่ การสนทนารายบุคคล
 โดยเลือกใช้สื่อประกอบ ได้แก่ เอกสารแผ่นพับ และภาพพลิก และการฝึกการหายใจเพื่อ
 ผ่อนคลายความเครียด

การสนทนารายบุคคล

กลุ่มงานสุศึกษา โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร (2546) การสนทนารายบุคคลเป็นการสื่อสาร
 แบบสองทาง (Two Way Communication) ของบุคคลสองคน ที่จะต้องมีปฏิสัมพันธ์กันในการเป็น
 ผู้ให้ข่าวสาร และผู้รับข่าวสาร ซึ่งมีพฤติกรรมของการสื่อสารนั้นจะเกิดประสิทธิผลเพียงใดขึ้นอยู่กับ
 ปัจจัย 4 ประการ คือ

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

การสนทนารายบุคคลเป็นวิธีการหนึ่งของกระบวนการสุศึกษาที่นิยมใช้ในทีมสุศึกษา เพื่อให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ รวมทั้งใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ จากการศึกษาวิจัยด้านพฤติกรรมศาสตร์ พบว่า การสื่อสารของบุคคลต่อบุคคล มีประสิทธิภาพดีกว่าการใช้สื่อต่าง ๆ เพราะผู้ให้ข่าวสารและผู้รับข่าวสารได้มีโอกาสทำความเข้าใจร่วมกันและตรงกันต่อข่าวสารนั้น ๆ รวมทั้งสามารถซักถาม พูดคุยเสนอแนะ อันจะนำไปสู่การสร้างสรรค์ในกระบวนการสื่อสารได้ ซึ่งในกลวิธีการสุศึกษาที่นิยมใช้มากที่สุดในโรงพยาบาล คือ การสนทนารายบุคคล ที่เกิดขึ้นตลอดเวลาของการให้และรับบริการ

วัตถุประสงค์ของการสนทนารายบุคคลในงานสุศึกษา

กลุ่มงานสุศึกษา โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช (2546) มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อแลกเปลี่ยน / ถ่ายทอด ข้อมูลข่าวสารด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใช้บริการและผู้รับบริการ
2. เพื่อสร้างความเข้าใจต่อกันทั้งผู้ให้และผู้รับ ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลตนเองขณะเจ็บป่วย
3. เพื่อสร้างการรับรู้ต่อบทบาทหน้าที่ของตนเองทั้งของผู้ให้และผู้รับว่าจะต้องทำอะไรและทำอย่างไร
4. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันทั้งผู้ให้และผู้รับ เกิดความคุ้นเคย การยอมรับและเชื่อถือ
5. เพื่อประเมินสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค ของพฤติกรรมสุขภาพ อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด และความต้องการบริการ ทั้งของผู้ให้และผู้รับบริการ

สื่อภาพพลิก

หลักในการเลือกสื่อการเรียนการสอน (ภาควิชาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการศึกษา สถาบันราชภัฏสวนดุสิต, 2539) คือให้สื่อนั้น

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

คุณค่าของสื่อ (ภาควิชาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการศึกษา สถาบันราชภัฏสวนดุสิต, 2539)

1. ช่วยให้ผู้เรียน เรียนรู้ได้ดีขึ้นจากประสบการณ์ที่มีความหมายในรูปแบบต่าง ๆ
2. ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ได้มากขึ้นจากการเห็นภาพจริงประกอบการอธิบายและใช้เวลา
น้อยลง
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 เนื่องจากในโปรแกรมสุขศึกษานั้นเป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยมีความต้องการรับทราบและต้องปฏิบัติอย่างถูกวิธีเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ลดความเครียดและภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลมาจากความเครียดจากการผ่าตัด

ในการวิจัยผู้วิจัยได้เลือกสื่อที่จะนำมาถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความเหมาะสมกับสภาพและวัยของผู้ป่วย ลักษณะเนื้อหา ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยสูงสุด ซึ่งได้แก่ภาพพลิก ซึ่งเป็นภาพถ่ายจากสถานที่และสถานการณ์จริง เป็นการจัดลำดับเรียงเนื้อหาก่อนหลัง เป็นเรื่องที่มีความเกี่ยวข้องกันเรื่องเดียวกันตลอดตั้งแต่ต้นจนจบ

การฝึกหายใจ

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

สถานที่ และผู้ป่วยที่อยู่ในขณะผ่าตัดนั้น ต้องนอนนิ่ง ๆ เพื่อให้แพทย์ทำผ่าตัด ดังนั้นการฝึกหายใจ จึงเป็นวิธีที่ผู้วิจัยเลือกใช้เพื่อลดความเครียด ตามปกติคนทั่วไปจะหายใจตื้น ๆ โดยใช้กล้ามเนื้อ หน้าอกเป็นหลัก ทำให้ได้ออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายน้อยกว่าที่ควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลาเครียด คนเราจะยิ่งหายใจถี่ และตื้นมากขึ้นกว่าเดิม ทำให้เกิดการถอนหายใจเป็นระยะ ๆ เพื่อให้ได้ออกซิเจนมากขึ้น

การฝึกหายใจช้า ๆ ลึก ๆ โดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณหน้าท้องจะช่วยให้ร่างกายได้ อากาศเข้าสู่ปอดมากขึ้น เพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือดและยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงแก่กล้ามเนื้อ หน้าท้อง และถ้าได้ด้วยการฝึกการหายใจอย่างถูกวิธี จะทำให้หัวใจเต้นช้าลง สมองแจ่มใสเพราะ ได้ออกซิเจนมากขึ้น และการหายใจออกอย่างช้า ๆ จะทำให้รู้สึกว่าได้ปลดปล่อยความเครียดออกไปจากตัวจนหมดสิ้น

วิธีการฝึก

นั่งในท่าที่สบาย หลังตรง เอามือประสานไว้บริเวณหน้าท้อง ค่อย ๆ หายใจเข้า พร้อม ๆ กับ นับ 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้า ๆ 1...2...3...4... ให้มีรู้สึกว่าท้องพองออก

กลืนหายใจเอาไว้มือรู้ นับ 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้า ๆ เช่นเดียวกับเมื่อหายใจเข้า

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

ทำซ้ำอีก โดยหายใจเข้าช้า ๆ กลืนไว้ แล้วหายใจออก โดยช่วงที่หายใจออกให้นานกว่าช่วง หายใจเข้า

ผลดีจากการฝึกคลายเครียด

ขณะฝึกอัตราการเผาผลาญอาหารในร่างกายลดลง อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง อัตราการ หายใจลดลง ความดันโลหิตลดลง ความตึงเครียดของกล้ามเนื้อลดลง

หลังการฝึก ใจเย็น ความวิตกกังวลลดลง สบายใจขึ้น สมาธิดีขึ้น ความจำดีขึ้น ความสัมพันธ์กับผู้อื่นดีขึ้น มองแจ่มใส คิดแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ดีขึ้น

การฝึกปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่จะปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการผ่าตัดใส่ข้อเข่าเทียม

จะช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกายได้กลับคืนสู่สภาพปกติหรือใกล้เคียงสภาพเดิมให้มากที่สุด กิจกรรมต่าง ๆ ต้องค่อยเป็นค่อยไปตามสภาพร่างกายของผู้ป่วยแต่ละบุคคล และตามดุลพินิจของแพทย์เจ้าของไข้

วันที่ 1 ของการผ่าตัด

1. นอนราบยกขาสูงเล็กน้อยโดยใช้หมอนรองใต้ขาข้างที่ทำการผ่าตัด (เพื่อลดการคั่งของเลือดบริเวณปลายเท้า)
2. กระจกข้อเท้าขึ้นลงทุกครั้งเมื่อรู้สึกตัว

วันที่ 2 ของการผ่าตัด

1. ออกกำลังข้อเท้าด้วยการกระจกข้อเท้าขึ้นลงแล้วหมุนเป็นวงกลมนานครั้งละ 5-10 นาที
2. ลูกนั่งทุก 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. เมื่อแพทย์เอาท่อระบายเลือดที่ตักล้างออกแล้ว ขาข้างที่ผ่าตัดเคลื่อนไหวได้มากขึ้น ออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขา และเพิ่มจำนวนขึ้นเป็นข้างละ 20 ครั้ง ทำวันละ 3 รอบ เช้า กลางวัน เย็น และยังคงใช้หมอนรองที่เข่าให้สูงและห้ามงอเข่าข้างที่ทำผ่าตัด

วันที่ 3-4 ของการผ่าตัด

1. ออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขาต่อ
2. เมื่อแพทย์เอาเครื่องพุงออก (Jones's Bandage) พยายามให้ขาข้างที่ผ่าตัดเหยียดตรง และยกสูงวางบนหมอน 2 ใบ
3. ลองยกขาสูงด้วยตนเอง โดยมีพยาบาลหรือญาติคอยช่วยใกล้ ๆ
4. พยายามช่วยตนเองให้มากที่สุด

วันที่ 4-5 ของการผ่าตัด

1. ออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาต่อและทำให้มากขึ้นอาจเพิ่มเป็นรอบละ 30 ครั้ง
2. เมื่อแพทย์อนุญาตให้หัดนั่งห้อยขา, งอขาข้างที่ผ่าตัดพยายามกดเข่าให้สูงมากที่สุด ให้ได้อย่างน้อย 90 องศา

วันที่ 5-7 ของการผ่าตัด

1. ออกกำลังกายเหมือนวันที่ 4-5 หลังผ่าตัด
2. เคลื่อนย้ายตัวลงเก้าอี้ นั่ง ยืน พยายามงอเข่าให้ได้ 90 องศา (เพื่อป้องกันข้อเข่าเทียมติดแข็ง)
3. หัดขึ้นและเดินโดยใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker ลงน้ำหนักข้างที่ทำการผ่าตัดให้เต็มที่ หรือเท่าที่จะทนได้

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 มีหนองหรือเลือดไหลออกมาจากบาดแผล
- 5.3 ขี้เถ้าถูกกระแทกแรง ๆ เช่น การล้ม

การปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

1. การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อเข้าข้างที่ได้รับการผ่าตัด

1.1 ระวังอย่าให้น้ำเข้าแผลผ่าตัด จนกว่าจะตัดไหมหรือนำลวดที่เย็บที่แผลผ่าตัดออก ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 2 สัปดาห์

1.2 มีผ้าสะอาดปิดแผลผ่าตัดตลอดเวลา

2. อาหาร

ควรรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก ได้แก่ ผักใบเขียว ตับ ซึ่งมีความสำคัญต่อการหายของแผลและส่งเสริมให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง การดื่มน้ำอย่างเพียงพอ

3. การป้องกันอุบัติเหตุต่อข้อเท้าที่ผ่าตัด

ควรระวังมิให้หกล้มโดยใช้เครื่องพยุง เป็นอุปกรณ์ฝึกการช่วยเดินชนิด 4 ขา มาช่วยจนกว่าจะสามารถเดินและนั่งได้อย่างคล่องแคล่ว เพราะการเกิดกระดูกหักบริเวณข้อเท้าเทียมจะรักษาได้ยากกว่าการผ่าตัดกระดูกหักธรรมดา

4. ควรตรวจการมีเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเท้า 6-8 สัปดาห์

5. หลีกเลียงอิริยาบถที่ทำให้ข้อเข่าเทียมหลุดได้ 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 งอเข่าลากข้อเท้าเข้ามาชิดตัวและขณะลากงอเข่ามาในท่านอนหงายครั้งละ 5-10 นาที ประมาณ 3-4 ครั้งหลังอาหาร
 - 10.3 ประมาณ 4-6 สัปดาห์ สามารถเพิ่มการบริหารให้มากขึ้นตามลำดับโดย
 - 10.3.1 นอนยกขาข้างผ่าตัดขึ้นสูง
 - 10.3.2 นั่งบนเตียงใช้ผ้าคล้องขาข้างผ่าตัด ออกแรงดึงผ้าเพื่อช่วยให้งอเข่ามากขึ้น แล้วเหยียดเข่าออกให้ทำ 10-20 ครั้ง ทำประมาณ 3-4 เวลาหลังอาหาร

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โดยใช้วิธีการทางสุศึกษาและการจัดโปรแกรมสุศึกษาที่ใช้กับผู้ป่วยรอการผ่าตัดมีดังนี้

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

Gaskey (1987) รายงานการประเมินผลของการเชื่อมก่อนการผ่าตัดโดยวิธีโอเทป ผลพบว่าผู้ป่วยที่ดูวิดีโอเทปก่อนการผ่าตัดมีความรู้และปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับทราบความรู้สึกได้ดีกว่าผู้ที่รับคำแนะนำจากพยาบาลวิชาชีพ

นันทพร (2540) ได้ศึกษา ผลการเชื่อมก่อนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยพยาบาลห้องผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของหญิงมีครรภ์ ผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลของหญิงมีครรภ์ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะอยู่ที่หอผู้ป่วยหนึ่งวันก่อนผ่าตัด และก่อนเข้ารับการผ่าตัด

สรินญา (2543) ได้ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการให้สุศึกษาตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาเพื่อลดความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต โรงพยาบาลของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการให้สุศึกษาตามทฤษฎีการให้คำปรึกษา สามารถลดความเครียดของญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตได้เมื่อได้รับคำสุศึกษาอย่างต่อเนื่องและติดตามประเมินผล

McDonald et al. (2004) ได้ศึกษาพบว่า โปรแกรมสุศึกษาที่ตรงกับความต้องการและภาวะของผู้ป่วยแต่ละบุคคล ประกอบกับการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนจะช่วยลดความวิตกกังวลและระยะเวลาการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และยังพบว่าการให้สุศึกษาที่มีมาตรฐานสูงกว่า

การให้คำแนะนำทั่วไปจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีหลังผ่าตัดในด้านความเจ็บปวด การทำงานของ
อวัยวะที่ถูกผ่าตัด ระยะเวลาในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังรายละเอียดข้างต้น ผู้วิจัยได้นำมา
กำหนดกรอบแนวคิดในงานวิจัยที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการวิจัย และสมมติฐาน
การวิจัยดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัยแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ตัวแปรอิสระ

โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรม การดูแลตนเองผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

เนื้อหา

1. ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า
2. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและ
หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า
3. ความรู้เกี่ยวกับการเผชิญกับความเครียด
ต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

กระบวนการ

1. การสอนรายบุคคลโดยใช้สื่อประกอบ
ได้แก่ ภาพพลิก เอกสารแผ่นพับ
และแบบจำลองข้อเข่าเทียม
2. การสาธิตฝึกหายใจเพื่อลดความเครียด
3. การฝึกการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยน
ข้อเข่า

ตัวแปรตาม

1. ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยน
ข้อเข่า
2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง
ก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า
3. ระดับความเครียดต่อการผ่าตัด
เปลี่ยนข้อเข่า
4. การปฏิบัติตนเองก่อนและ
หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

ตัวแปรอธิบาย

ปัจจัยทางชีวสังคม

1. เพศ
2. ระดับการศึกษา
3. อาชีพ
4. รายได้
5. ชนิดของครอบครัว

สมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาและการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันทีและนาน 14 วัน กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาในเรื่อง

- 1.1 ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า
- 1.2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า
- 1.3 ระดับความเครียดจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า
- 1.4 การปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

สมมติฐานที่ 2 ภายหลังการได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาทันทีและนาน 14 วัน กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงดีกว่ากลุ่มควบคุมในเรื่อง

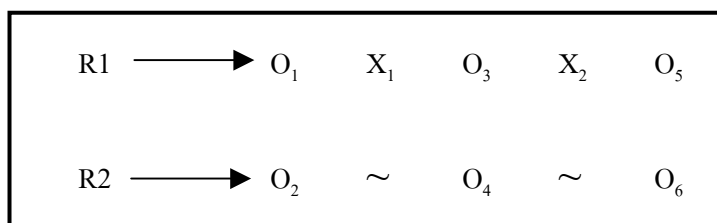
- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า
- 2.2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า
- 2.3 ระดับความเครียดจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า
- 2.4 การปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

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)
- O₁ O₂ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre – test)
- O₃ O₄ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post – test)
- O₅ O₆ หมายถึง การติดตามการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า หลังการผ่าตัด 14 วัน โดยใช้เครื่องมือชุดเดิม
- ~ หมายถึง การได้รับการให้สุศึกษาตามปกติ
- X₁ X₂ หมายถึง โปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดย
- X₁ หมายถึง กิจกรรมที่ 1 วันที่ 1 เป็นการบรรยายประกอบภาพพลิก แผ่นพับและแบบจำลองข้อเข่าเทียม เรื่องลดความเครียดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า การสาธิตฝึกหายใจเพื่อลดความเครียด การฝึกการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า
- X₂ 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) จากผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ในช่วงเดือนเมษายน 2549 ถึง กรกฎาคม 2549 จำนวน 60 คน

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

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชนิด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยผ่านการตรวจสอบ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย

1.1 เนื้อหาของโปรแกรมสุขศึกษาได้แก่

1.1.1 ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

1.1.2 ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

1.1.3 ความรู้เกี่ยวกับการเผชิญกับความเครียดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

1.2 กระบวนการขอโปรแกรมสุขภาพ ได้แก่

1.2.1 การสอนรายบุคคลโดยใช้สื่อประกอบ

1.2.2 การสาธิตฝึกหายใจเพื่อลดความเครียด

1.2.3 การฝึกการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

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

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปเป็นแบบสัมภาษณ์ที่เกี่ยวกับผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ชนิดของครอบครัว

ตอนที่ 2 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 คะแนนสูงแสดงว่ามีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าสูง

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 สามารถปฏิบัติกิจกรรมนี้ได้บ้าง
- 1 หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมนี้ได้

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. ศึกษาค้นคว้าหนังสือทางวิชาการ ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาโปรแกรมสุขศึกษา ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย
3. นำข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการศึกษามาสร้างโปรแกรมสุขศึกษา โดยกำหนดโครงสร้างเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย
4. นำโปรแกรมสุขศึกษาที่สร้างขึ้น เสนอกรรมการที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบโครงสร้างเนื้อหาของโปรแกรมสุขศึกษา และภาษาที่ใช้ แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขเพื่อนำมาใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

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 โดยการให้กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมได้ทำแบบสัมภาษณ์ชุดเดิม 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. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในเรื่องความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า 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

จากการวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อลดความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นการศึกษาเชิงทดลองในสถานการณ์จริงโดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการลดความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้า ระดับความเครียดจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้า และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้า ก่อนการได้รับโปรแกรมสุขศึกษา และภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้า ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ที่สำคัญคือ การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาในด้านความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้า ระดับความเครียดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้า การปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้า และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้า 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
≤ 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 93.33 เป็นครอบครัวขยาย และร้อยละ 6.67 เป็นครอบครัวเดี่ยว

ลักษณะทางชีวสังคมของกลุ่มควบคุม

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 ทั้งหมดเป็นครอบครัว ขยาย

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 $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
ระดับต่ำ	ค่าคะแนนอยู่ระหว่างคะแนนต่ำสุดถึง $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$

รายละเอียดของผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงไว้ในตารางที่ 2-33

1. ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด

ระดับคะแนนความรู้มีดังนี้

ก่อนการให้โปรแกรมสุขภาพศึกษา

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
	$\bar{X} = 6.27$	S.D. = 2.50	$\bar{X} = 6.00$	S.D. = 1.44

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 46.67 รองลงมา มีความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีความรู้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 20.00 ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมา มีความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 33.33 และ มีความรู้ในระดับต่ำ 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
	$\bar{X} = 10.17$	S.D. = 2.87	$\bar{X} = 7.50$	S.D. = 1.25

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 36.67 รองลงมา มีความรู้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีความรู้ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 30.00 ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมา มีความรู้ อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 26.67 และมีความรู้ในระดับสูง 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
	$\bar{X} = 11.27$	S.D. = 3.03	$\bar{X} = 9.33$	S.D. = 2.11

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมา มีความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีความรู้ อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 26.67 ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมา มีความรู้ อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีความรู้ในระดับสูง 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 ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม 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
	$\bar{X} = 8.33$	S.D. = 5.30	$\bar{X} = 8.63$	S.D. = 4.88

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่วัดก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาพบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 46.67 รองลงมา มีความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 30.00 และมีความรู้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 23.33 ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 43.33 รองลงมา มีความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 26.67 และมีความรู้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 20.00

ตารางที่ 6 ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ที่วัดหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพทันที

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
	$\bar{X} = 12.13$	S.D. = 7.81	$\bar{X} = 9.47$	S.D. = 3.59

จากตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่วัดหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพทันที พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 43.33 รองลงมา มีความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 30.00 และมีความรู้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 26.67 ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.34 รองลงมา มีความรู้ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีความรู้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 23.33

ตารางที่ 7 ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ที่วัดหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพ 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
	$\bar{X} = 16.10$	S.D. = 6.12	$\bar{X} = 13.67$	S.D. = 4.26

จากตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้า ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่วัดหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาพบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 46.66 และมีความรู้ในระดับสูงและต่ำ คิดเป็นร้อยละ 26.67 ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้ากลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมา มีความรู้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 36.67 และมีความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 23.33

3. ความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้า

ระดับคะแนนความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้ามีดังนี้

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
	$\bar{X} = 77.33$	S.D. = 7.25	$\bar{X} = 77.33$	S.D. = 7.30

จากตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ระดับความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่วัดก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพพบว่า 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 ระดับความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าที่วัดหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพทันที

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
	$\bar{X} = 70.77$	S.D. = 11.78	$\bar{X} = 76.50$	S.D. = 5.51

จากตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ระดับความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่วัดหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพทันทีพบว่า 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
	$\bar{X} = 69.67$	S.D. = 15.01	$\bar{X} = 70.87$	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 ที่วัดก่อนได้รับโปรแกรม
สุขศึกษา

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
	$\bar{X} = 57.97$	S.D. = 4.81	$\bar{X} = 57.83$	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 ที่วัดหลังได้รับโปรแกรม
สุขศึกษาทันที

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
	$\bar{X} = 65.37$	S.D. = 9.27	$\bar{X} = 58.37$	S.D. = 4.48

จากตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์ระดับการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าที่วัดหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันที พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.33 รองลงมา มีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 40.00 และมีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 16.67 และผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.67 รองลงมา มีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 30.00 และมีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 13.33

ตารางที่ 13 ระดับการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าต่อเนื่งที่บ้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่วัดหลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา 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
$\bar{X} = 67.53$		S.D. = 8.75	$\bar{X} = 59.87$	S.D. = 6.28

จากตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์ระดับการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าต่อเนื่งที่บ้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่วัดหลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าต่อเนื่งที่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมา มีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าต่อเนื่งที่บ้านอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 30.00 และมีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าต่อเนื่งที่บ้านอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 20.00 ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าต่อเนื่งที่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.66 รองลงมา มีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าต่อเนื่งที่บ้านอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 26.67 และมีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าต่อเนื่งที่บ้านอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 16.67

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

ตอนที่ 3.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความเท่าเทียมกันของตัวแปรระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ก่อนการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐาน ได้ตรวจสอบความเท่าเทียมกันของตัวแปร
ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการทดสอบค่าที (t – test)

ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 14-18

ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าของกลุ่ม
ทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา

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

จากตารางที่ 14 พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีความรู้เกี่ยวกับ
การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าก่อนได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า
ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลัง
ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา

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 มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาไม่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา

การทดสอบความเครียด	n	$\bar{X}$	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	$\bar{X}$	S.D.	t
กลุ่มทดลอง	30	57.97	4.81	0.11
กลุ่มควบคุม	30	57.83	4.71	

จากตารางที่ 17 พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีการปฏิบัติตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ก่อนได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 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	$\bar{X}$	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 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษาและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน

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

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .001$

จากตารางที่ 19 พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

สรุป ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 1.1 พบว่ายอมรับสมมติฐานที่ 1.1 ทั้งหมด

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

ผลการวิเคราะห์ปรากฏในตารางที่ 20-21

ตารางที่ 20 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลัง
ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษาและหลัง
ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันที

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 พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง
ก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันทีสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
สุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตารางที่ 21 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลัง
ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษาและหลัง
ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 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 พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง
ก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
สุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 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 ภายหลังจากได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าดีกว่าได้รับโปรแกรมสุขศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้ด้วยสถิติการทดสอบค่าที (Paired Samples t-test)

ผลการวิเคราะห์ปรากฏในตารางที่ 24-25

ตารางที่ 24 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษาและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันที

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

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .001$

จากตารางที่ 24 พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันทีดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตารางที่ 25 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัด
เปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษาและ
หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 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 พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนเองก่อนและ
หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

สรุป ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 1.4 พบว่ายอมรับสมมติฐานที่ 1.4
ทั้งหมด

ตอนที่ 3.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 2

3.3.1 สมมติฐานที่ 2.1 กำหนดไว้ว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผู้ป่วยผ่าตัด
เปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าดีกว่ากลุ่มควบคุม การวิเคราะห์
ข้อมูลส่วนนี้ด้วยสถิติการทดสอบค่าที (Independent Samples t-test)

ผลการวิเคราะห์ปรากฏในตารางที่ 26-27

ตารางที่ 26 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า
ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาทันที

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 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า
ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา 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 ภายหลังจากได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 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 พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าหลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 2.2 พบว่าไม่ยอมรับสมมติฐานที่ 2.2

3.3.3 สมมติฐานที่ 2.3 กำหนดไว้ว่า ภายหลังการได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีความเครียดลดลงกว่ากลุ่มควบคุม การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้ด้วยสถิติการทดสอบค่าที (Independent Samples t-test)

ผลการวิเคราะห์ปรากฏในตารางที่ 30-31

ตารางที่ 30 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความเครียดจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาทันที

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 พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีความเครียดหลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาทันทีลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 31 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความเครียดจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา 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 พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้ากลุ่มทดลองมีความเครียดหลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 2.3 พบว่าไม่ยอมรับสมมติฐานที่ 2.3

3.3.4 สมมติฐานที่ 2.4 กำหนดไว้ว่า ภายหลังการได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้ากลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าดีกว่ากลุ่มควบคุม การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้ด้วยสถิติการทดสอบค่าที (Independent Samples t-test)

ผลการวิเคราะห์ปรากฏในตารางที่ 32-33

ตารางที่ 32 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาทันที

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 พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าหลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาทันทีดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 33 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา 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 พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าหลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

สรุป ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 2.4 พบว่ายอมรับสมมติฐานที่ 2.4 ทั้งหมด

ข้อวิจารณ์

จากการวิเคราะห์ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ระดับความเครียดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า หลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาดีกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งสามารถวิจารณ์ได้ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาของผู้ป่วยผ่าตัดกลุ่มทดลองร้อยละ 46.67 มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดสูงมากขึ้น คือร้อยละ 33.33 แสดงว่าโปรแกรมสุขศึกษาทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าสูงมากขึ้น ซึ่งแสดงว่าโปรแกรมสุขศึกษามีประสิทธิผลสูง

2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าก่อนที่จะได้รับโปรแกรมสุขศึกษาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ร้อยละ 46.67 มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ามากขึ้นคือร้อยละ 26.67 แสดงว่าโปรแกรมสุขศึกษา ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าสูงมากขึ้น ซึ่งแสดงว่าโปรแกรมสุขศึกษามีประสิทธิผลสูง

ซึ่งสอดคล้องกับ Gaskey (1987) รายงานการประเมินผลของการเยี่ยมก่อนการผ่าตัด โดยวิธีโอเทป พบว่าผู้ป่วยที่ดูวิดีโอเทปก่อนการผ่าตัดซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของโปรแกรมสุขศึกษา มีความรู้และปฏิบัติตัวเกี่ยวกับยาระงับความรู้สึกได้ดีกว่าผู้รับคำแนะนำจากพยาบาลวิชาชีพ ศิริพร (2544) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง ในการลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยกระดูกขาหักในโรงพยาบาลเลิดสิน พบว่า โปรแกรมสุขศึกษาสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังและการผ่าตัด การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น ความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดลดลง พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเพ็ญแข (2547) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการลดความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าซึ่งได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความเครียดลดลง มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติเพื่อลดความเครียด ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติเพื่อลดความเครียด มีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด และการได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง ดีกว่าการทดลอง และดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบ

3. ความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าก่อนที่จะได้รับโปรแกรมสุขศึกษาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองร้อยละ 36.67 มีความเครียดอยู่ในระดับสูง หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ร้อยละ 43.33 มีความเครียดต่อการผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกพร (2527) ได้ศึกษา ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อภาวะเครียด ความวิตกกังวลและพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดใน ไอ.ซี.ยู. ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดเข้าไปในหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า การสอนอย่างมีแบบแผนช่วยลดภาวะเครียดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยได้มากกว่าการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดใน ไอ.ซี.ยู. ของผู้ป่วยที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนดีกว่าของผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภาวะเครียดและความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดใน ไอ.ซี.ยู. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นันทพร (2540) ได้ศึกษาผลการเยี่ยมก่อนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยพยาบาลห้องผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของหญิงมีครรภ์ ผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลของหญิงมีครรภ์ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะอยู่ที่หอผู้ป่วยหนึ่งวันก่อนผ่าตัด และก่อนเข้ารับการผ่าตัด ศรีบุญญา (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) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการลดความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าซึ่งได้รับขระจับความรู้สึทางช่องน้ำไขสันหลังในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความเครียดลดลง มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติเพื่อลดความเครียด ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติเพื่อลดความเครียด มีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด และการได้รับขระจับความรู้สึทางช่องน้ำไขสันหลังดีกว่าการทดลอง และดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบ

จากการค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความเครียดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า และการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในกลุ่มทดลอง และข้อมูลจากการวิเคราะห์ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ทักษะต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความเครียดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า และการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า กลุ่มทดลองมีระดับสูงขึ้น

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 ทักษะการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า และการปฏิบัติตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ก่อนการได้รับโปรแกรมสุขศึกษา และภายหลังการได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเอง และกลวิธีทางสุขศึกษามาใช้ในการสร้างโปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งประกอบด้วย การให้สุขศึกษาโดยวิธีบรรยาย การสนทนารายบุคคล สื่อภาพพลิก แผ่นพับ และการฝึกปฏิบัติ ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวจะทำให้ได้ข้อสรุปของการศึกษาวิจัย อันจะนำไปกำหนดนโยบาย แนวทางการปฏิบัติและแบบแผนการดำเนินงานสุขศึกษา เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

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

ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป เริ่มดำเนินการศึกษาวิจัย ตั้งแต่เดือนเมษายน 2548 ถึง กรกฎาคม 2549
สรุปผลการวิจัย ดังนี้

สรุปผลตามวัตถุประสงค์หลักของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลักของการวิจัย คือ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อลดความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่นำทฤษฎีความสามารถของตนเองและกลวิธีทางสุขศึกษาเป็นหลักในการจัดเนื้อหา และรูปแบบการให้โปรแกรมสุขศึกษา ทำให้ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มควบคุมมีความรู้และการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าดีขึ้น แต่มีความเครียดลดลง จากการวัดประสิทธิผลของคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า และการปฏิบัติตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มควบคุมแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่สร้างขึ้นมีประสิทธิภาพ

สรุปตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

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 โปรแกรมสุขศึกษา เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเองก่อนและหลัง ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความรู้เกี่ยวกับการเผชิญกับความเครียดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า และตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้เรื่องการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความเครียดของผู้ป่วยต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า และการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า สรุปผลการวิเคราะห์ดังนี้

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 46.67 รองลงมาที่มีความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีความรู้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 20.00

2.2 ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันที พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 36.67 รองลงมาที่มีความรู้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีความรู้ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 30.00

2.3 ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมาความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีความรู้ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 26.67

2.4 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าก่อนได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาของกลุ่มทดลองพบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้ อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 46.67 รองลงมาความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 30.00 และมีความรู้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 23.33

2.5 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าหลังได้รับ โปรแกรมทันที ของกลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้ อยู่ในระดับระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 43.33 รองลงมาความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 30.00 และมีความรู้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 26.67

2.6 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าหลังได้รับ โปรแกรม 14 วัน ของกลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้ อยู่ในระดับระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 46.67 และมีความรู้ในระดับสูงและต่ำ คิดเป็น ร้อยละ 26.67

2.7 ความเครียดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 40.00 รองลงมาความเครียดอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 36.67 และมีความเครียดอยู่ใน ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 23.33

2.8 ความเครียดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ทันที พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.33 มีความเครียดอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 36.67 และมีความเครียดอยู่ใน ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 20.00

2.9 ความเครียดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม
 สุขศึกษา 14 วัน พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับ
 ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมา มีความเครียดอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 33.33 และ
 มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 16.67

2.10 การปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองก่อนได้รับ
 โปรแกรมสุขศึกษา พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนเอง
 ก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมา มีการปฏิบัติ
 ตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 30.00 และมีการปฏิบัติตนเอง
 ก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 20.00

2.11 การปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองหลังได้รับ
 โปรแกรมสุขศึกษาทันที พบว่าส่วนใหญ่ ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติ
 ตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.33 รองลงมา
 มีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 40.00 และ
 มีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 16.67

2.12 การปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าต่อเนืองที่บ้านของกลุ่มทดลอง
 หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติ
 ตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าต่อเนืองที่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.00
 รองลงมา มีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าต่อเนืองที่บ้านอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็น
 ร้อยละ 30.00 และมีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าต่อเนืองที่บ้านอยู่ในระดับสูง
 20.00

สรุปผลตามการทดสอบสมมติฐานทั้งหมด

โดยสรุปแต่ละสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานที่ 1

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

สมมติฐานที่ 1.2 กำหนดไว้ว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันทีและนาน 14 วัน กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1.2 คือกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.001 สนับสนุนตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1.3 กำหนดไว้ว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันทีและนาน 14 วัน กลุ่มทดลองมีความเครียดลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1.3 คือกลุ่มทดลองมีความเครียดลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.001 สนับสนุนตามสมมติฐาน

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

สมมติฐานที่ 2

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 ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม สุขศึกษาทันที อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 และแตกต่างอย่าง ไม่มีนัยสำคัญ ตามลำดับ สนับสนุนสมมติฐาน บางส่วน

สมมติฐานที่ 2.4 กำหนดไว้ว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันทีและนาน 14 วัน กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าดีกว่ากลุ่มควบคุม ผลการทดสอบ สมมติฐานที่ 2.4 คือกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าหลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาทันที ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.01 และ 0.001ตามลำดับ สนับสนุน ตามสมมติฐาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

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

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

ผลการวิจัยพบว่า การเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า คือ ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า และความรู้เกี่ยวกับการเผชิญกับความเครียดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ฉะนั้นเพื่อการดำเนินงานการให้สุขศึกษาที่มีประสิทธิภาพควรกำหนดแนวทางในการให้สุขศึกษาดังนี้

1. จัดให้มีการให้โปรแกรมสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเอง โดยการใช้การสนทนารายบุคคล
2. การที่ผู้ป่วยเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลตนเอง ในครั้งนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในทางที่ดีขึ้น และลดความเครียดต่อการผ่าตัด ดังนั้นควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยน

ข้อเข้ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาถ่ายทอดความรู้และประโยชน์ที่ได้จากการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาไปยังผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าที่ยังไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา

3. การเสริมสร้างพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าจะต้องดำเนินการเสริมสร้างพฤติกรรม การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่องโดยมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ

4. ควรกำหนดเป็นนโยบายให้มีการให้สุขศึกษาโดยใช้โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าทุกคนในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรม การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและป้องกันไม่ให้เกิดความเครียด หรือมีความเครียดน้อยที่สุดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำวิธีการจัดโปรแกรมสุขศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ไปประยุกต์เพื่อลดความเครียด และส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยผ่าตัดอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกสันหลัง แก่ผู้ป่วยในกองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบวิธีลดความเครียดต่อการผ่าตัด โดยวิธีอื่น เพื่อจะได้เลือกรูปแบบที่เหมาะสมที่สุดในการลดความเครียด เช่น การจัดให้มีกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Help Self Group) การสวนมนต์ การฟังเพลง การนวดศีรษะ เพื่อผ่อนคลาย เป็นต้น

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

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

กนกพร สุคำวัง. 2527. ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อภาวะเครียด ความวิตกกังวลและ
พฤติกรรมเผชิญความเครียดในไอ.ซี.ยู.ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดเข้าไปใน
หัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

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

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

กองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. 2545. รายงานสถิติประจำปี 2547. โรงพยาบาล
 พระมงกุฎเกล้า, กรุงเทพฯ.

กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. 2546. การสนทนารายบุคคล. สุพรรณบุรี.
 (อัคราณา)

เกษร ลำเกาทอง. 2536. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกัน
โรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชนิษฐา นาคะ. 2534. ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์
 ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

คณาจารย์ภาควิชาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการศึกษา. 2539. สื่อการสอน. เอกสารประกอบ
การสอนวิชาเทคโนโลยีการศึกษา. คณะครุศาสตร์ สถาบันราชภัฏสวนดุสิต, กรุงเทพฯ.

- จันทนา ทองชื่น. 2545. ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จารุณี นันทวโนยาน. 2539. การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองในการบรรเทาอาการปวดเข่าของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เจียงคำ อินทวิชัย. 2533. การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดของมารดาเด็กป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เฉลิมพล ต้นสกุล. 2536. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดำเนินงานสุขศึกษาโดยใช้อบรมกลุ่มเพื่อนในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มผู้ใช้แรงงาน โรงงานฟอกหนังจังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาเอก, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดำรงค์ ธนะชานันท์. 2545. การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมโดยการผ่าตัด. เข่าเสื่อม. บริษัท เนชั่นมัลติมีเดีย กรุ๊ป จำกัด (มหาชน), กรุงเทพฯ.
- ธีรรัตน์ แก้วกาญจน์. 2545. สาหร่ายและประสบการณ์เรื่องข้อเข่าเสื่อม. เข่าเสื่อม. บริษัท เนชั่นมัลติมีเดีย กรุ๊ป จำกัด (มหาชน), กรุงเทพฯ.
- นงลักษณ์ บุญเยี่ย. 2537. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทพร แสนศิริพันธ์. 2540. ผลการเย็บก่อนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยพยาบาลห้องผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของหญิงมีครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตยา เวียงพิทักษ์. 2546. ความเครียดและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและญาติในหอผู้ป่วยในระยะวิกฤติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พนมพร เลขาเจริญ. 2532. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ของคนงานในโรงงาน
อุตสาหกรรม เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรรณี ฐั้นประดับ. 2538. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทาง
สังคมกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

เพ็ญแข วิจิตร. 2547. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง
ในการลดความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าซึ่งได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำ
ไขสันหลัง ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัย
เกษตรศาสตร์.

ไพพร แซ่เตีย. 2544. สิ่งที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ
และคอภายหลังได้รับการฉายรังสี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

เบญจมาศ ม่วงทอง. 2544. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค
ข้อเข่าเสื่อมที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,
มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2534. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพ. เจ้าพระยา
การพิมพ์, กรุงเทพฯ.

รุ่งทิพย์ โพธิ์ขุ่ม. 2544. ต้นเหตุความเครียด ระดับความเครียด และวิธีเผชิญความเครียด
ในนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,
มหาวิทยาลัยมหิดล.

วนิดา ยืนยง. 2537. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยบางประการ
กับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรด้วยโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,
มหาวิทยาลัยมหิดล.

วราภรณ์ นาครัตน์. 2533. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม
การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

วรรณิ สัตยนิวัฒน์. 2539. การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ. การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์.
โรงพิมพ์อักษรไทย, กรุงเทพฯ.

ศิริพร ยุทธวราภรณ์. 2544. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถ
ตนเองในการลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยกระดูกขาหักในโรงพยาบาลเลิดสิน.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริมา เขมะเพชร. 2540. ประสิทธิภาพโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถ
ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดระดูที่คลินิก
วัยทอง โรงพยาบาลตำรวจ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัย
มหิดล.

ศุภาพร สาลิกา. 2544. ความเครียด สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด และวิธีการลดความเครียด
ในการปฏิบัติงานของพนักงานขับรถจักรกลหนักในเขตจังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยสารคาม.

สุกัญญา นัตรสุวรรณ. 2529. ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มในการสนับสนุนผู้ป่วยต่อระดับความวิตก
กังวลก่อนผ่าตัดผู้ป่วยโรคต่อกระฉก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุริย์ จันทรโมลี. 2527. วิธีการทางสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. เจริญวิทย์การพิมพ์, กรุงเทพฯ.

สุดารัตน์ หนูหอม. 2544. อิทธิพลของเขาวังอารมณ์ที่มีต่อความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญ
ความเครียดของพยาบาล: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์. 2545. สื่อให้ความรู้ทางสุขภาพ. การเขียนแผนการให้ความรู้ทาง
สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. ชลบุรีการพิมพ์, ชลบุรี.

อารี ตनावลี. 2548. ทำความเข้าใจเรื่องข้อเข้าเทียม.การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียม. แหล่งที่มา
<http://www.orthochula.com /tka.html>, 28 มิถุนายน 2548.

อุรวดี เจริญไชย. 2541. ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการ ความรู้สึก และ
 คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมาน
 ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัย
 ขอนแก่น.

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

_____. 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 state 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 widow and widowers. **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. Psychometric 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.ธนาธิปไตย โชติบุญดี พบ.
 ตำแหน่ง ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ กองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
 คณะอนุกรรมการผ่าตัดโรคข้อเข่าและข้อสะโพก ราชวิทยาลัยออร์โธปิดิกส์
 แห่งประเทศไทย
3. พ.ต.หญิง ธมนพัชร สิมากร พย.ม. (สาขาการบริหารพยาบาล)
 ตำแหน่ง ที่ปรึกษาศูนย์บริหารคุณภาพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
 พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse Case Manager) ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า
 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ภาคผนวก ข

แบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์สำหรับการวิจัย

เอกสารพิทักษ์สิทธิ

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิ

ดิฉัน พ.ต.หญิง รจนา สุขสุนิตย์ นิสิตปริญญาโท สาขาสุศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ สนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษา 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 ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วย
ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

โครงสร้าง

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทางด้านชีวสังคม

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยภายในของผู้ป่วย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

ส่วนที่ 4 แบบวัดการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

ตอนที่ 1 ข้อมูลทางด้านชีวสังคม

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.....

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยภายในของผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องขวามือที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละคำตอบดังนี้

ใช่ หมายความว่า ท่านเห็นว่าข้อเข่าข้อนั้นถูกต้อง
 ไม่ใช่ หมายความว่า ท่านเห็นว่าข้อเข่าข้อนั้นไม่ถูกต้อง
 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 แผลผ่าตัดจะถูกพันด้วยสำลีม้วน และผ้าพันแผลเพื่อลดอาการบวมของข้อเข่า			
9. เมื่อนอนพักฟื้นหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าประมาณ 1 ชั่วโมง ถ้าไม่มีอาการแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ผู้ป่วยก็จะถูกส่งกลับไปยังห้องพักฟื้นต่อยังดึกผู้ป่วย			
10. การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมมีหลายวิธี ได้แก่ การใช้ยา การรักษาโดยวิธีทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู ในระยะที่อาการของโรคยังไม่รุนแรง			
11. ก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ท่านจะได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง หรือ ฉายาผลบ			
12. ก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ท่านจะได้รับการพันแถบรัดห้ามเลือด เพื่อช่วยห้ามเลือดในระหว่างผ่าตัด ซึ่งท่านอาจจะรู้สึกตึงตื้อขาเล็กน้อยระหว่างผ่าตัด			
13. ก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ท่านจะได้รับการจัดทำที่เหมาะสมแก่การผ่าตัด			
14. ก่อนการผ่าตัดเพื่อลดปัญหาของการอันปัสสาวะหรือปัสสาวะไม่ออกหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่แพทย์จะสวนกลาสายปัสสาวะและถุงปัสสาวะไว้และถอดออกภายหลัง			
15. ก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ท่านจะได้รับการทำความสะอาดด้วยน้ำสบู่ และน้ำยาฆ่าเชื้อบริเวณเข่าที่จะได้รับการผ่าตัด			

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องขวามือที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละคำตอบดังนี้

ใช่ หมายความว่า ท่านเห็นว่าข้อเข่าข้อนั้นถูกต้อง

ไม่ใช่ หมายความว่า ท่านเห็นว่าข้อเข่าข้อนั้นไม่ถูกต้อง

ไม่ทราบ หมายความว่า ท่านไม่ทราบหรือไม่รู้ว่าข้อนั้นถูกหรือผิด

ข้อความ	คำตอบ		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1. ในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ถ้าผู้ป่วยมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงจะต้องได้รับการปรึกษา และการดูแลจากอายุแพทย์ก่อน			
2. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า จะพบในผู้ป่วยสูงอายุ ดังนั้นญาติ และครอบครัวจึงมีบทบาทร่วมอันสำคัญในการดูแลผู้ป่วย			
3. หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าวันแรก ผู้ป่วยสามารถขยับ ข้อเท้าขยับตัวเบา ๆ เพื่อลดความปวดเมื่อย และเพื่อไม่ให้ เกิดแผลกดทับได้ตั้งแต่วางในเตียงในวันแรกที่ผ่าตัด			
4. เมื่อได้รับยาแก้ปวดหลังผ่าตัด หากมีอาการคลื่นไส้ สามารถแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลท่านได้			
5. การรับประทานอาหารตามที่โรงพยาบาลได้จัดให้นั้น ทีมโภชนาการได้จัดอาหารให้มีสารอาหารเหมาะสม ได้แก่ ธาตุเหล็ก โปรตีน ช่วยการหายของแผล ทำให้ กล้ามเนื้อแข็งแรง			
6. ควรดื่มน้ำอย่างเพียงพอวันละ 1-2 ลิตร เพื่อทดแทน การเสียเลือดจากการผ่าตัด			
7. การดูแลแผลผ่าตัดไม่ควรเปิดแผลผ่าตัดเอง			
8. ควรดูแลไม่ให้แผลผ่าตัดเปียกน้ำ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ			
9. ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า คือ การติดเชื้อของแผลผ่าตัด			

ข้อความ	คำตอบ		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
11. ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า คือ การเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันของเส้นเลือดบริเวณขา			
12. อาการเริ่มแรกของการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน คือ ปวดบวมที่ต้นขา น่อง ข้อเท้า และถ้ากดบริเวณดังกล่าว จะเจ็บปวดร่วมด้วย			
13. การบริหารหลังการผ่าตัดวันแรก โดยการขยับข้อเท้า ขึ้นลงและหมุนข้อเท้า ช่วยให้มีการไหลเวียนของเลือด ดีขึ้น และป้องกันการอุดตันของเส้นเลือด			
14. ท่านจะได้รับการถอดสายสวนปัสสาวะ สายระบายเลือด ในวันที่ 2 หลังการผ่าตัด			
15. การบริหารเข่าที่ถูกต้องจะช่วยลดความเจ็บปวด ลดบวม และทำให้สามารถเดินได้เร็วมากขึ้น			
16. การบริหารในวันแรกหลังการผ่าตัด สามารถเกร็งเข่าได้ โดยไม่เกิดปัญหาต่อแผลผ่าตัดที่ข้อเข่า			
17. เมื่อถอดสายระบายเลือด และถอดสำลีสักที่พ้นเข่าออกแล้ว จึงเริ่มฝึกบริหารข้อเข่า โดยเริ่มจากท่าบนเตียงก่อน และเมื่อทำได้ดีจึงให้ฝึกทำข้างเตียง			
18. ท่านจะเริ่มบริหาร โดยการนั่งห้อยขาข้างเตียง ใช้เท้าของ ขาที่ไม่ได้ผ่าตัด ประคองขาข้างที่ผ่าตัดได้ในวันที่ 3 ของ การผ่าตัด			
19. ท่านสามารถใช้อุปกรณ์ในการช่วยเดินเป็นเครื่องพยุง (วอล์กเกอร์) ได้หลังการผ่าตัดในวันที่ 3-4 หลังการผ่าตัด			
20. ท่านควรหลีกเลี่ยงการนั่งขัดสมาธิ การนั่งยอง ๆ หรือ การนั่งพับเพียบ หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า			
21. การออกกำลังกายที่ห้ามทำหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า คือ การวิ่งการกระโดด เพื่อลดการกระแทกของข้อเข่าเทียม			

ข้อความ	คำตอบ		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
23. ควรตรวจการมีเพศสัมพันธ์หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า 6-8 สัปดาห์			
24. ถ้ามีการอักเสบ ติดเชื้อของอวัยวะต่าง ๆ เช่น เกิดแผลตามร่างกาย ฟันผุ ควรรีบพบแพทย์ เพื่อป้องกันเชื้อโรคกระจายไปตามกระแสเลือดและอาจไปพัวพันบริเวณข้อเข่าเทียม			
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 ดึงเครียด 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. ท่านรู้สึกกังวลกลัวว่าจะไม่สามารถปฏิบัติตามได้ถูกต้องตามคำแนะนำของทีมเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล
 (...) 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. ท่านกังวลว่าการผ่าตัดมีผลต่อชีวิตการทำงานของ ท่าน
(...) 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 ท่านสามารถยับยั้งข้อเท้า ช่างที่ทำผ่าตัดได้ตั้งแต่วันแรกหลังผ่าตัด เพื่อลดความปวดเมื่อยแผลกดทับ และเพิ่มการไหลเวียนของโลหิต
(...) เห็นด้วยอย่างยิ่ง (...) เห็นด้วย (...) ไม่เห็นด้วย (...) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
5. ท่านเชื่อว่า ท่านสามารถแจ้งอาการแก่แพทย์หรือพยาบาล ถึงอาการแพ้ยาแก้ปวดที่ให้หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าได้โดยสังเกตจากอาการคลื่นไส้ คื่น เป็นต้น
(...) เห็นด้วยอย่างยิ่ง (...) เห็นด้วย (...) ไม่เห็นด้วย (...) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
6. ท่านสามารถรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก เช่น ผักใบเขียว ดับ รวมทั้งเนื้อสัตว์ เพื่อช่วยในการหายของแผลผ่าตัด และทำให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง
(...) เห็นด้วยอย่างยิ่ง (...) เห็นด้วย (...) ไม่เห็นด้วย (...) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

7. ท่านสามารถดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้เปียกน้ำ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

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

8. ท่านสามารถดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้เปิดโดยผู้อื่น ยกเว้นแพทย์และพยาบาล

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

9. ท่านสามารถทราบอาการที่เป็นภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อที่อาจพบหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าได้

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

10. ท่านสามารถทราบอาการที่เป็นภาวะแทรกซ้อนจากลิ่มเลือดอุดตันในเส้นเลือดหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าได้

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

11. ท่านสามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ได้ด้วยตนเอง

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

12. ท่านสามารถบริหารข้อเข้าและกล้ามเนื้อขาข้างที่ผ่าตัดได้โดยตนเองด้วยความสนใจ

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

13. ท่านสามารถฝึกหัดการใช้อุปกรณ์ในการช่วยเดินเป็นเครื่องพยุง (วอล์กเกอร์) ได้

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

14. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการนั่งยอง ๆ ขัดสมาธิ หรือการนั่งพับเพียบ หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้า เพื่อป้องกันการหลุดของข้อเข้าเทียม

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

15. ท่านสามารถทำการบริหาร ออกกำลังกายได้ตามคำแนะนำของแพทย์

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

16. ท่านสามารถระมัดระวังข้อเข้าเทียมไม่ให้ถูกกระแทกได้

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

17. ท่านสามารถดูแลผิวหนังให้สะอาดโดยการอาบน้ำ ฟอกสบู่ทุกวัน

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

18. ท่านเชื่อว่า ท่านสวมเสื้อผ้าที่สะอาดเพื่อสามารถป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดที่ข้อเข้าได้

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

19. ท่านมั่นใจว่า ท่านสามารถงดการมีเพศสัมพันธ์หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าได้นานถึง 6-8 สัปดาห์

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

20. ท่านสามารถตรวจสอบร่างกายของท่านถึงการติดเชื้อของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกาย เช่น ฟันผุ มีแผลที่ผิวหนัง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่บริเวณข้อเข้าเทียม

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

21. ท่านสามารถมาตรวจตามนัดได้ทุกครั้ง เพราะท่านเชื่อว่า ท่านจะได้รับประโยชน์ต่อสุขภาพ และข้อเข้าเทียมของท่านเอง

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

22. ท่านสามารถป้องกันอันตรายจากการใส่ข้อเข้าเทียมที่เป็นโลหะ โดยแจ้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบทุกครั้ง

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

ภาคผนวก ค

โปรแกรมดูศึกษา

โปรแกรมสุขศึกษา เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า แนวคิดสำคัญของโปรแกรมคือ ถ้ามีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าจะช่วยลดความเครียดจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

คำอธิบายลักษณะเฉพาะของโปรแกรม

เป็นโปรแกรมที่ใช้ในการให้สุขศึกษาเป็นรายบุคคล โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลและภูมิหลังของผู้ป่วย

จุดมุ่งหมายของโปรแกรม เพื่อ

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า
2. เพื่อลดความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า
3. เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

กิจกรรมของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

แผนการสอนกิจกรรมครั้งที่ 1

กิจกรรมที่ 1 การนำเข้าสู่โปรแกรม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า จำนวน 30 คน

วิธีการ บรรยาย

ระยะเวลา 15 นาที

วิทยากร พ.ต.หญิงรจนา สุขสุนิตย์

แนวคิดที่สำคัญ

การเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ตลอดจนทราบถึงอาการแทรกซ้อนเบื้องต้น รวมทั้งสามารถปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อเตรียมความพร้อมของกลุ่มทดลองในการร่วมโปรแกรมสุขศึกษา

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
เมื่อบรรยายจบแล้วผู้เข้ารับ การอบรมสามารถ - บอกวัตถุประสงค์ของ การจัดโปรแกรมสุขภาพ ได้อย่างถูกต้อง - บอกประโยชน์ที่จะได้รับ จากการเข้าร่วมโปรแกรม สุขภาพได้	วิทยากรกล่าวสวัสดิ์แนะนำตนเอง และให้ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมแนะนำตนเองสั้น ๆ เพื่อทำ ความรู้จักกัน วิทยากรชี้แจงว่า กำลังดำเนินการวิจัยเกี่ยวกับ โปรแกรมสุขภาพเพื่อลดความเครียดของผู้ป่วย ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าใน แต่ละราย ซึ่งท่านจะเป็นผู้ได้รับ โปรแกรมสุขภาพ ที่สร้างขึ้น วิทยากรกล่าวชี้แจงวัตถุประสงค์ของโปรแกรม เกี่ยวกับกิจกรรมในโปรแกรมว่า เพื่อให้ผู้เข้าร่วม โปรแกรมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ตลอดจนทราบถึงอาการแทรกซ้อนเบื้องต้น รวมทั้งสามารถปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้านได้	- วิทยากรกล่าวทักทายกลุ่ม และแนะนำตนเอง - วิทยากรบอกวัตถุประสงค์ ของการดำเนินโปรแกรม สุขภาพ - วิทยากรชี้แจงประโยชน์ ที่จะได้รับจากการเข้าร่วม โปรแกรม - วิทยากรชี้แจงเกี่ยวกับ กิจกรรมต่าง ๆ ที่จะดำเนิน ไปตลอดจนจบโปรแกรม - วิทยากรบอกวัน เวลา ที่จะต้องเข้าร่วม โปรแกรม ทั้งหมดให้กลุ่มทราบ		- สังเกตความสนใจ ของกลุ่ม - สังเกตการตอบ คำถามของกลุ่ม

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	อย่างถูกต้อง กิจกรรมที่จะดำเนินทั้งหมดมี 3 ครั้ง โดยกำหนดวันและเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งกิจกรรมในวันนี้เป็นครั้งที่ 1 ซึ่งเป็นการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเพื่อให้ท่านมีความพร้อมก่อนผ่าตัดในวันพรุ่งนี้ ครั้งที่ 2 เป็นการพบหลังท่านผ่าตัดเสร็จ และครั้งที่ 3 เป็นการพบกันเมื่อท่านมาพบแพทย์ตามนัดอีกครั้ง ประมาณ 2 สัปดาห์ หลังจากออกจากโรงพยาบาล	- วิทยากรเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัย แล้ววิทยากรตอบข้อซักถาม เหล่านั้นกระจ่างชัดเจน - วิทยากรขอบคุณผู้เข้าร่วมโปรแกรม พร้อมทั้งย้ำเตือนกำหนดนัดหมายของการดำเนินการตามโปรแกรมในขั้นตอนต่อไป		

กิจกรรมที่ 2

การให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

วิธีการ

บรรยาย การสอนรายบุคคล การสาธิตและการฝึกปฏิบัติ

ระยะเวลา

1 ชั่วโมง

วิทยากร

พ.ต.หญิงรจนา สุขสุนิตย์

แนวคิดที่สำคัญ

ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด จะทำให้เกิดการปฏิบัติตนที่ถูกต้องหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะไม่ทำให้เกิดความสูญเสียอวัยวะ เสียเวลา เสียงบประมาณของประเทศชาติ รวมถึงก่อให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ทั้งแก่ตัวผู้ป่วยเอง โรงพยาบาล และประเทศชาติ อันเนื่องมาจากการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องเหมาะสมของผู้ป่วย ดังนั้นการให้โปรแกรมสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าจะสามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องในการเตรียมความพร้อมก่อนรับการผ่าตัด เป็นการลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตน ก่อน ขณะและหลังผ่าตัดได้ถูกต้องเหมาะสม

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
เมื่อผ่านการเข้าร่วมโปรแกรมในส่วนนี้แล้ว ผู้ป่วยสามารถ 1. บอกถึงโครงสร้างของข้อเข่าได้อย่างถูกต้อง	โครงสร้างของข้อเข่า ข้อเข่าเป็นข้อที่มีขนาดใหญ่ มีโครงสร้างและการทำงานที่สลับซับซ้อน มีหน้าที่สำคัญในการรับน้ำหนักตัว และมีบทบาทเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ซึ่งสัมพันธ์กับกระดูกต้นขา (Femur) กระดูกหน้าแข้ง (Tibia) เอ็นต่างๆทั้งในและนอกข้อร่วมกับการทำงานของกล้ามเนื้อมัดต่าง ๆ รอบข้อเข่า ข้อเข่าเปรียบเสมือนบานพับซึ่งประกอบด้วยกระดูก 3 ส่วน ส่วนล่างสุดของกระดูกต้นขา (Femur) ส่วนบนสุดของกระดูกหน้าแข้ง (Tibia) เมื่อเข่ามีการงอ กระดูกส่วนล่างของกระดูกต้นขาจะหมุนและสัมผัสกับส่วนบนสุดของกระดูกหน้าแข้ง (Tibia) ที่มีพื้นผิวเรียบ กระดูกส่วนที่ 3 คือกระดูกลูกสะบ้า (Patella) จะเคลื่อนอยู่ด้านหน้าของกระดูกอ่อน (Cartilage) ที่มีความลื่นและเรียบ ข้อเสื่อมเกิดจากการสึกหรอของพื้นผิวกระดูกและ	1. <u>ขั้นนำ</u> (5 นาที) วิทยากรกล่าวทักทาย ผู้เข้าร่วมโปรแกรม พร้อมทั้งสร้างบรรยากาศให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย โดยการเสนอให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมนั่งในท่าสบาย ๆ บนเก้าอี้ หรือโซฟาที่จัดไว้ให้ 2. <u>ขั้นนำเสนอเนื้อหา</u> (45 นาที) 2.1 วิทยากรนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับโครงสร้างของข้อเข่า โดยเริ่มจากการซักถามเกี่ยวกับโครงสร้าง	- แบบจำลองข้อเข่า	- สังเกตความสนใจของผู้ป่วย - สังเกตการมีส่วนร่วมในการตอบคำถามและการแสดงความคิดเห็นของผู้ป่วย - ผู้ป่วยสามารถตอบข้อซักถามถึงโครงสร้างของข้อเข่าได้อย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	กระดุกอ่อน ซึ่งเป็นส่วนที่กระดุกมีการเสียดสีกัน การเสียดสีหรือของพื้นผิวกระดุกเหล่านี้ทำให้เกิดความเจ็บปวดได้ การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมมีหลายวิธีโดยมีจุดมุ่งหมายในการรักษา คือ การลดอาการปวดเข่า และทำให้การเคลื่อนไหวของข้อเป็นไปตามปกติ ป้องกันหรือแก้ไขการผิดรูปร่างของข้อเข่า และทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือทำงานได้ตามปกติ	ของข้อเข่า (คาดว่าคำตอบจะยังไม่สมบูรณ์) 2.2 วิทยากรอธิบายโครงสร้างของข้อเข่า ประกอบการใช้แบบจำลองข้อเข่า 2.3 เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ชักถามปัญหาและข้อสงสัย และวิทยากรตอบคำถามจนเกิดความเข้าใจชัดเจน 2.4 วิทยากรสรุปประเด็นที่สำคัญ	- แบบจำลองข้อเข่าเทียม	

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
2. บอกถึงการรักษาโรค ข้อเข่าเสื่อมได้อย่างถูกต้อง	วิธีการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมมีดังนี้ 1. การ<u>ใช้ยา</u> ส่วนใหญ่การใช้ยารักษาโรคนี้นักใช้ในการรักษาอาการปวด ยาที่ใช้ ได้แก่ ยาแก้ปวดหรือยาด้านอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ ส่วนการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้ออาจทำให้อาการปวดหายไปได้ แต่มักจะหายไปชั่วคราว การฉีดสเตียรอยด์เข้าข้อบ่อยๆ ก็อาจทำให้การเสื่อมของข้อมากขึ้น 2. การรักษาโดยวิธีทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู การรักษาโดยวิธีนี้จะช่วยลดอาการปวดและเพิ่มสมรรถภาพของข้อทำให้ข้อเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น ไม่พิการ การรักษาวิธีนี้ ได้แก่ 2.1 การใช้ความร้อน ความเย็น หรือการกระตุ้นด้วยไฟฟ้า 2.2 การออกกำลังกายเพื่อให้กล้ามเนื้อที่ยึดข้อ	2.5 วิทยากรขอให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมบอกการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมที่ตนเองได้รับ 2.6 วิทยากรอธิบายวิธีการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่มเติมโดยใช้ภาพ พิกแสดงการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมประกอบ และให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรม สรุปถึงวิธีการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมของตนเอง 2.7 วิทยากรสรุปวิธีการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม	- ภาพพิกแสดง การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม	- สามารถบอกถึงวิธีการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมได้ถูกต้อง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	อาการไม่มาก อาจรักษาโดยการทำกายภาพบำบัด แต่อย่างเดียว โดยไม่ต้องใช้ยาแก้ปวด การรักษาทาง เวชศาสตร์ฟื้นฟูควรกระทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งอาจลดภาวะเสื่อมของข้อได้ เข่าแข็งแรง มีผลทำให้อาการปวดข้อลดลง สมรรถภาพในการทำงานของข้อดีขึ้น 2.3 การใช้เครื่องช่วยพยุงเพื่อลดแรงกดต่อ ข้อเข่า เช่น การใช้ไม้ค้ำยัน ไม้เท้าหรือเครื่องช่วย พยุงเดิน 2.4 การจัดโปรแกรมทางกายภาพบำบัด ที่เหมาะสม การรักษาโดยวิธีทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็นสิ่ง สำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้ป่วยที่มี 3. <u>การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า</u> เป็นวิธีที่แพทย์จะ เลือกรักษาเป็นวิธีสุดท้ายหลังจากไม่ประสบ ความสำเร็จในการรักษาด้วยวิธีอื่นซึ่งจะพบใน			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
3. บอกถึงความหมายและผลการรักษาหลังผ่าตัดได้	รายที่พยาธิสภาพของโรคมีความรุนแรง มีอาการปวดข้อเข่าเรื้อรัง และสมรรถภาพการทำงานของข้อเข่าเสียไป มีความผิดปกติของรูปร่างของข้อเข่า การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า หมายถึง การผ่าตัดเพื่อตัดกระดูกที่ประกอบเป็นข้อเข่าได้แก่ กระดูกต้นขา (Femur) กระดูกหน้าแข้ง (Tibia) และกระดูกสะบ้า (Patella) ในส่วนที่มีพยาธิสภาพของการเกิดข้อเข่าเสื่อมออก และนำข้อเข่าเทียม (Knee Prosthesis) ใสเข้าไปทดแทนโดยใช้สารซีเมนต์ (Cement) ยึดระหว่างกระดูกของผู้ป่วยและข้อเข่าเทียมที่ใสเข้าไปทดแทนโดยมีจุดมุ่งหมายคือ 1. ลดความเจ็บปวดของข้อเข่า 2. ทำให้ข้อเข่าเคลื่อนไหวอย่างแข็งแรงและมั่นคง 3. แก้ไขรูปร่างของข้อเข่าให้เป็นปกติ	2.8 วิทยากรซักถามถึงผลการรักษาหลังผ่าตัดและอธิบายเพิ่มเติมโดยใช้ภาพพลิกแสดงการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าประกอบ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ โดย - วิทยากรตอบข้อซักถามนั้น จนผู้เข้าร่วมโปรแกรมเข้าใจชัดเจน	- ภาพพลิกแสดงการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า	- ผู้ป่วยสามารถบอกถึงความหมายของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า - ผู้ป่วยสามารถบอกถึงผลการรักษาหลังผ่าตัดได้

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<u>ขั้นตอนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า</u> ผู้ป่วยจะถูกพาไปที่ห้องผ่าตัดหลังจากที่ได้รับยาระงับความรู้สึก ซึ่งได้แก่ การให้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังหรือดมยาสลบ ผู้ป่วยจะมีแถบรัดห้ามเลือด (Tourniquet) รัดไว้ส่วนที่ต้นขาข้างที่จะได้รับการผ่าตัดเพื่อช่วยห้ามเลือดในระหว่างทำการผ่าตัด หลังจากนั้นแพทย์จะทำความสะอาด ผิวหนังบริเวณรอบๆ เข่าด้วยสบู่และน้ำยาฆ่าเชื้อ เข่าของผู้ป่วยจะถูกจัดให้อยู่ในท่าที่เอียงประมาณ 90 องศา และส่วนบริเวณขาหน้าข้างรวมไปถึงเท้าจะถูกจัดวางให้ปลอดภัยและสะดวกแก่การผ่าตัด การเปิดแผลจะทำตรงพื้นผิวของข้อเข่าตรงเหนือหัวเข่าไปจนถึงใต้หัวเข่า ซึ่งแผลจะลึกลงไปจนถึงกล้ามเนื้อและผ่านชั้นเนื้อเยื่อต่างๆ จนถึงกระดูกข้อพื้นผิวกระดูกที่เสื่อมและกระดูกอ่อนจะถูกผ่าตัดออกโดยมีการวัดด้วยเครื่องมือเฉพาะในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า โดย เพื่อให้การผ่าตัดมีความ			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	แม่นยำและถูกต้องมากขึ้น การวัดจะช่วยให้ข้อเท้าที่ถูกตัดซึ่งและแทนที่ด้วยข้อเทียมนั้นอยู่ในมุมและองศาที่สมดุลกับข้อเท้าที่เป็นธรรมชาติของผู้ป่วย กระดูกต้นขา (Femur) ที่เสื่อมจะถูกตัดออกทางด้านหน้า ด้านล่าง และด้านหลัง โดยความหนาที่ถูกตัดออกนั้นจะขึ้นอยู่กับความเสื่อมของกระดูกด้วย การตัดกระดูกในลักษณะนี้เพื่อจะได้ใส่ข้อเทียมได้อย่างพอดี ส่วนด้านบนของกระดูกหน้าแข้ง (Tibia) ที่เสื่อมจะถูกตัดออกเล็กน้อยและให้อยู่ในลักษณะพื้นผิวที่เรียบ ในรายที่มีการเสื่อมของกระดูกสะบ้า (Patella) ร่วมด้วยก็จะถูกตัดออกด้วยเช่นกัน <u>การใส่ข้อเทียม</u> ข้อเทียมจะถูกใส่เข้าไปทั้ง 3 ส่วนของกระดูกที่ถูกตัดออกโดยใช้สารซีเมนต์ (Cement) ชนิดพิเศษซึ่งเป็นตัวยึดซึ่งใช้สำหรับกระดูกโดยเฉพาะ ซึ่งข้อเทียมนี้อาจมีลักษณะที่คล้ายกับข้อเท้าจริง เมื่อ			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	ข้อเข่าเทียมมีการเคลื่อนไหว จะมีการเคลื่อนไหวในลักษณะที่คล้ายกับข้อเข่าจริงในขณะที่มีพยาธิสภาพที่ดี ข้อเทียมที่ใส่เข้ากับกระดูกต้นขา (Femur) บริเวณด้านบนจะทำด้วยโลหะ (Metal) ซึ่งจะมีลักษณะพื้นผิวที่เรียบและลื่นข้อเทียมที่ใส่เข้ากับกระดูกหน้าแข้ง (Tibia) บริเวณด้านบนประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นโลหะ (Metal) จะติดกับพื้นผิวที่เรียบหลังจากตัดกระดูกที่เสื่อมออกออกแล้ว อีกส่วนหนึ่งจะเป็นพลาสติก (Polyethylene) ที่คงทน จะติดบนโลหะที่วางบนกระดูกหน้าแข้ง (Tibia) อีกที่หนึ่งทำหน้าที่คล้ายกับกระดูกอ่อน (Cartilage) อยู่ระหว่างข้อเทียมของ Femur และ Tibia ในรายที่มีการตัดกระดูกสะบ้า (Patella) ที่เสื่อม ออกด้วย ก็จะมีการใส่ข้อเทียมบริเวณ			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	ด้านหลังของกระดูกสะบ้า ซึ่งจะทำด้วยพลาสติก (Polyethylene) <u>การปิดแผลผ่าตัด</u> ในบางกรณีแพทย์จะทำการปรับแต่งกล้ามเนื้อบริเวณรอบ ๆ ข้อเข่าเพื่อให้ได้ประสิทธิภาพในการรักษามากยิ่งขึ้น เมื่อใส่ข้อเข่าเทียมเรียบร้อยแล้ว แพทย์จะทำการเย็บแผลภายในตรงส่วนที่เป็นเนื้อเยื่ออ่อน และจะมีการใส่สายท่อ (Drain) เพื่อระบายเลือดที่เสียออกในระหว่าง 2-3 ชั่วโมงแรก หลังการผ่าตัด หลังจากนั้นจะเย็บแผลที่ผิวข้อเข่า และปิดแผลด้วยสำลีและผ้าพันแผล (Elastic Bandage) ที่ปราศจากเชื้อเพื่อลดอาการบวมของข้อเข่า มีการคลายแถบรัดห้ามเลือดบริเวณต้นขาออก ผู้ป่วยจะถูกพาไปพักฟื้นที่ห้องพักรักษาตัวหลังการผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยมีสภาพที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ก็จะถูกส่งไปพักฟื้นที่หอผู้ป่วยต่อไป			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
4. เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าได้อย่างถูกต้อง	<u>การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด</u> จะเน้นถึงการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนี้ <u>การเตรียมตัวทางด้านจิตใจ</u> 1. ผู้ป่วยควรทำจิตใจให้สบาย ไม่พยายามวิตกกังวลมากเกินไป 2. ถ้ามีปัญหาสงสัยเกี่ยวกับการผ่าตัด สุขภาพร่างกาย ให้ซักถามพยาบาลหรือแพทย์ <u>การเตรียมตัวทางด้านร่างกาย</u> 1. การดูแลความสะอาดทั่วไป เช่น สระผม โกนหนวด ตัดเล็บ เช็ดล้างสีเล็บ อาบน้ำ หรือเช็ดตัวเช้าวันผ่าตัด การทำความสะอาดปากและฟัน	2.9 วิทยากรแนะนำวิธีปฏิบัติตนก่อนเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า 2.10 เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมและญาติซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด โดยวิทยากรตอบข้อซักถามนั้น จนผู้เข้าร่วมโปรแกรมเข้าใจชัดเจน 2.11 วิทยากรแนะนำการฝึกการหายใจและสาธิตการฝึกการหายใจ แล้วให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้ฝึกการหายใจ	- ภาพพลิก - คำแนะนำในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด	- ผู้ป่วยสามารถบอกถึงการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดได้ - ผู้ป่วยปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
		2.12 วิทยาการอธิบายสรุปถึง การปฏิบัติตนก่อนผ่า ตัดเปลี่ยนข้อเข่า		

กิจกรรมที่ 3

กลุ่มเป้าหมาย

การให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน

ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

วิธีการ

บรรยาย การสอนรายบุคคล และการฝึกปฏิบัติ

ระยะเวลา

1 ชั่วโมง

วิทยากร

พ.ต.หญิงรจนา สุขสุนิตย์

แนวคิดที่สำคัญ

ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด จะทำให้เกิดการปฏิบัติตนที่ถูกต้องหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะไม่ทำให้เกิดความสูญเสียอวัยวะ เสียเวลา เสียงบประมาณของประเทศชาติ รวมถึงก่อให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ทั้งแก่ตัวผู้ป่วยเอง โรงพยาบาล และประเทศชาติ อันเนื่องมาจากการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องเหมาะสมของผู้ป่วย ดังนั้นการให้โปรแกรมสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าจะสามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องในการเตรียมความพร้อมก่อนรับการผ่าตัด เป็นการลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนหลังผ่าตัดขณะอยู่บ้านได้ถูกต้องและเหมาะสม

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
5. เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยขณะผ่าตัด	ความรู้ที่ถูกต้องขณะผ่าตัดและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า จะทำให้เกิดการปฏิบัติตนที่ถูกต้องหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า สามารถทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ถูกต้องขณะและหลังผ่าตัด เป็นการลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า การปฏิบัติตนขณะผ่าตัด 1. แพทย์และพยาบาลวิสัญญีจะฉีดยาเข้าไขสันหลังหรือดมยาสลบให้ปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมวิสัญญี 2. ถ้ามีอาการกลัวให้หายใจเข้าออกลึก ๆ ช้า ๆ 3. ขณะทำการผ่าตัด ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น เจ็บหน้าอก หายใจติดขัด ให้รีบแจ้งพยาบาลวิสัญญีทราบทันที	1. <u>ขั้นนำ</u> (5 นาที) วิทยากรกล่าวทักทายผู้เข้าร่วมโปรแกรม พร้อมทั้งสร้างบรรยากาศให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย โดยการเสนอให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมนั่งในท่าสบาย ๆ บนเก้าอี้ หรือโซฟาที่จัดไว้ให้ 2. <u>ขั้นนำเสนอเนื้อหา</u> (45 นาที) 2.1 วิทยากรนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า 2.2 วิทยากรอธิบาย	- ภาพพลิคแสดงการปฏิบัติตน - การสาธิตการฝึกการหายใจ	- ผู้ป่วยสามารถบอกถึงการปฏิบัติตนขณะผ่าตัดได้ถูกต้อง - ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องและปลอดภัยในขณะผ่าตัด

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
		การปฏิบัติตนขณะและ หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ประกอบการใช้ภาพพลิก แสดงการปฏิบัติตนประกอบ 2.3 เปิดโอกาสให้ ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ชักถาม ปัญหาและข้อสงสัย และ วิทยากรตอบคำถามจนเกิด ความเข้าใจชัดเจน 2.4 วิทยากรสรุป ประเด็นที่สำคัญ 2.5 วิทยากรแนะนำวิธี การปฏิบัติตนขณะผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่าแก่ผู้เข้าร่วม โปรแกรม 2.6 เปิดโอกาสให้		

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
6. สามารถปฏิบัติฝึการหายใจ เพื่อลดความเครียดได้	การปฏิบัติเพื่อผ่อนคลายความเครียดสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การนวดผ่อนคลายความเครียด การนั่งสมาธิ การฝึกหายใจ การฟังเพลง เป็นต้น แต่ที่เลือกการฝึกการหายใจเพื่อลดความเครียด เพราะเป็นวิธีที่ง่าย ใช้ได้ทุกสถานที่ และผู้ป่วยที่อยู่ในขณะผ่าตัดนั้น ต้องนอนนิ่งๆ เพื่อให้แพทย์ทำ	ผู้เข้าร่วมโปรแกรมและญาติซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ โดยวิทยากรตอบข้อซักถามนั้นจนผู้เข้าร่วมโปรแกรมเข้าใจชัดเจน 2.7 วิทยากรสรุปสภาพห้องผ่าตัด ขั้นตอนของการเข้ารับการผ่าตัดจนกระทั่งผู้เข้าร่วมโปรแกรมผ่าตัดเสร็จและถูกส่งกลับไปยังหอผู้ป่วย 2.8 วิทยากรสาธิตการฝึกการหายใจ เพื่อลดความเครียดแก่ผู้เข้าร่วมโปรแกรม 2.9 เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมซักถาม	- ภาพพลิกสภาพภายในห้องผ่าตัด	- ผู้ป่วยสามารถบอกถึงขั้นตอนการฝึกหายใจเพื่อลดความเครียดได้ - ผู้ป่วยสามารถหายใจเพื่อลด

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	ผ่าตัดดัดงันการฝึกหายใจจึงเป็นวิธีที่ผู้วิจัยเลือกใช้เพื่อลดความเครียด ตามปกติคนทั่วไปจะหายใจตื้นๆ โดยใช้กล้ามเนื้อ หน้าอก เป็นหลัก ทำให้ได้ออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายน้อยกว่าที่ควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลาเครียด คนเราจะยิ่งหายใจถี่ และตื้นมากขึ้นกว่าเดิม ทำให้เกิดการถอนหายใจเป็นระยะๆ เพื่อให้ได้ออกซิเจนมากขึ้น การฝึกหายใจช้าๆ ลึกๆ โดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณหน้าท้องจะช่วยให้อากาศเข้าสู่ปอดมากขึ้น เพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือดและยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงแก่กล้ามเนื้อหน้าท้อง และถ้าได้ด้วยการฝึกการหายใจอย่างถูกวิธี จะทำให้หัวใจเต้นช้าลง สมองแจ่มใสเพราะได้ออกซิเจนมากขึ้น และการหายใจออกอย่างช้าๆ จะทำให้รู้สึกว่าได้ปลดปล่อยความเครียดออกไปจากตัวจนหมดสิ้น	ข้อสงสัยต่าง ๆ โดยวิทยากร ตอบข้อซักถามนั้นจนผู้เข้าร่วมโปรแกรมเข้าใจชัดเจน 2.10 วิทยากรสาธิตซ้ำถึงการฝึกการหายใจ เพื่อลดความเครียด		ความเครียดได้

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	วิธีการฝึก นั่งในท่าที่สบาย หลับตา เอามือประสานไว้บริเวณหน้าท้อง ค่อยๆ กายใจเข้า พร้อมๆ กับนับ 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้าๆ 1...2...3...4... ให้มีรู้สึกวาท้องพองออก กลืนหายใจเอาไว้ชั่วคราว นับ 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้าๆ เช่นเดียวกับเมื่อหายใจเข้า ค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออก โดยนับ 1 ถึง 8 อย่างช้าๆ 1...2...3...4...5...6...7...8... พยายามไล่ลมหายใจออกมาให้หมด สังเกตว่าหน้าท้องแฟบลง ทำซ้ำอีก โดยหายใจเข้าช้าๆ กลืนไว้ แล้วหายใจออก โดยช่วงที่หายใจออกให้นานกว่าช่วงหายใจเข้า ผลดีจากการฝึกคลายเครียด ขณะฝึก อัตราการเผาผลาญอาหารในร่างกายลดลง อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง อัตรา			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
7. บอกถึงการปฏิบัติตน หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าได้	การหายใจลดลง ความดันโลหิตลดลง ความตึงเครียดของกล้ามเนื้อลดลง หลังการฝึก ใจเย็น ความวิตกกังวลลดลง สบายใจขึ้น สมาธิดีขึ้น ความจำดีขึ้น ความสัมพันธ์กับผู้อื่นดีขึ้น สมองแจ่มใส คิดแก้ปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่จะปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการผ่าตัดใส่ข้อเข่าเทียม จะช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกายให้กลับคืนสู่สภาพปกติหรือใกล้เคียงสภาพเดิมให้มากที่สุด กิจกรรมต่าง ๆ ต้องค่อยเป็นค่อยไปตามสภาพร่างกายของผู้ป่วยแต่ละบุคคล และตามดุลพินิจของแพทย์เจ้าของไข้	2.11 วิทยากรแนะนำ วิธีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าแก่ผู้เข้าร่วมโปรแกรม 2.12 เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมและญาติซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ โดยวิทยากรตอบข้อซักถามนั้น จนผู้เข้าร่วม	- ภาพพลิก คำแนะนำในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า	- ผู้ป่วยสามารถบอกถึงการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าได้ - ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	วันที่ 1 ของการผ่าตัด 1. นอนราบยกขาสูงเล็กน้อยโดยใช้หมอนรองใต้ขาข้างที่ทำการผ่าตัด (เพื่อลดการคั่งของเลือดบริเวณปลายเท้า) 2. กระดกข้อเท้าขึ้นลงทุกครั้งเมื่อรู้สึกตัว วันที่ 2 ของการผ่าตัด 1. ออกกำลังข้อเท้าด้วยการกระดกข้อเท้าขึ้นลงแล้วหมุนเป็นวงกลมนานครั้งละ 5-10 นาที 2. ลูกนั่งทุก 2 ชั่วโมง โดยการโหนจับบาร์ ดึงตัวขึ้นนั่งออกกำลังแขนทั้ง 2 ข้าง และเปลี่ยนอิริยาบถบ่อย ๆ เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ 3. นั่งและหายใจลึก ๆ เพื่อบริหารปอด 4. ออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขา (Quadriceps exercise) โดยการเกร็งข้อเท้าให้ติดพื้น นับ 1-5 อย่างช้า ๆ พัก 3-5 วินาที ทำจนครบ 10 ครั้งแล้วเปลี่ยนบริหารเข้าข้างดีเช่นเดียวกันนับเป็น 1 รอบ	โปรแกรมเข้าใจชัดเจน - วิทยากรอธิบายสรุปการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข้า		

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	วันที่ 2-3 หลังผ่าตัด 1. เมื่อแพทย์เอาท่อระบายเลือดที่ตักข้างออกแล้ว ขาข้างที่ผ่าตัด เคลื่อนไหวได้มากขึ้น ออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขา และเพิ่มจำนวนขึ้นเป็นข้างละ 20 ครั้ง ทำวันละ 3 รอบ เช้า กลางวัน เย็น และยังคงใช้หมอนรองที่เข้าให้สูงและห้ามงอเข่าข้างที่ทำผ่าตัด วันที่ 3-4 หลังผ่าตัด 1. ออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขาต่อ 2. เมื่อแพทย์เอาเครื่องพุงออก (Jone's Bandage) พยายามให้ขาข้างที่ผ่าตัดเหยียดตรง และยกสูงวางบนหมอน 2 ใบ 3. ลองยกขาสูงด้วยตนเอง โดยมีพยาบาลหรือญาติคอยช่วยใกล้ ๆ 4. พยายามช่วยตนเองให้มากที่สุด			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	วันที่ 4-5 หลังผ่าตัด 1. ออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาต่อและทำให้มากขึ้นอาจเพิ่มเป็นรอบละ 30 ครั้ง 2. เมื่อแพทย์อนุญาตให้หัดนั่งห้อยขา, งอขาข้างที่ผ่าตัดพยายามกดเข้าในหัวมากที่สุด ให้ได้อย่างน้อย 90 องศา วันที่ 5-7 หลังผ่าตัด 1. ออกกำลังกายเหมือนวันที่ 4-5 หลังผ่าตัด 2. เคลื่อนย้ายตัวลงเก้าอี้ นั่ง ยืน พยายามงอขาให้ได้ 90 องศา (เพื่อป้องกันข้อเข่าเทียมติดแข็ง) 3. หัดขึ้นและเดินโดยใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker ลงน้ำหนักข้างที่ทำการผ่าตัดให้เต็มที่หรือเท่าที่จะทนได้ หลังจากตัดไหมในวันที่ 7 หรือ 10 หลังผ่าตัด 1. ออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาต่อ 2. ยืน – เดิน ได้ตามปกติโดยใช้เครื่องช่วยเดิน เดิน			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	3. จอเหยียดเข้าข้างที่ทำการผ่าตัดได้เต็มที่ คือ งอเข้าได้ 90 องศา หรือมากกว่า <u>สิ่งที่ควรปฏิบัติ</u> 1. รับประทานยาที่แพทย์สั่งให้ครบ ห้ามหยุดยาเอง 2. บริหารกล้ามเนื้อต้นขาอย่างสม่ำเสมอ 3. ดูแลรักษาความสะอาดของผิวหนังให้สะอาดและแห้ง 4. ดูแลรักษาสุขภาพ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ โดยเฉพาะแคลเซียม วิตามินซี และควมคุมไม่ให้น้ำหนักเพิ่ม โดยรับประทานผักและผลไม้ที่ไม่หวานจัด 5. ถ้ามีอาการผิดปกติต่าง ๆ ให้มาพบแพทย์ก่อนเวลานัด เช่น - อาการบวม แดง ร้อน หรือปวดมาก - มีของเหลวไหลออกมาจากบาดแผล			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
8. บอกถึงการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้านได้	- ข้อเข้าถูกระแทกแรง ๆ เช่น ล้ม การปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 1. การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อเข้าข้างที่ได้รับการผ่าตัด 1.1 ระวังอย่าให้น้ำเข้าแผลผ่าตัด จนกว่าจะตัดไหมหรือนาลวดที่เย็บที่แผลผ่าตัดออก ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 2 สัปดาห์ 1.2 มีผ้าปิดแผลผ่าตัดตลอดเวลา 2. อาหาร ควรรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก ได้แก่ ผักใบเขียว ตับ ซึ่งมีความสำคัญต่อการหายของแผล และส่งเสริมให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง การดื่มน้ำอย่างเพียงพอ 3. การป้องกันอุบัติเหตุต่อข้อเข้าที่ผ่าตัด ควรระวังมิให้หกล้มโดยใช้เครื่องพยุง เป็นอุปกรณ์ฝึกรช่วยเดินชนิด 4 ขา มาช่วยจนกว่าจะสามารถเดินและนั่งได้อย่างคล่องแคล่ว เพราะการ	2.13 วิทยากรแนะนำวิธีปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน 2.14 เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมและญาติซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ โดยวิทยากรตอบข้อซักถามนั้น จนผู้เข้าร่วมโปรแกรมเข้าใจชัดเจน	- ภาพพลิคคำ แนะนำในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน	- ผู้ป่วยสามารถบอกถึงการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	เกิดกระดูกหักบริเวณข้อเข่าเทียมจะรักษาได้ยากกว่าการผ่าตัดกระดูกหักธรรมดา 4. ควรดการมีเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า 6-8 สัปดาห์ 5. หลีกเลี่ยงอิริยาบถที่ทำให้ข้อเข่าเทียมหลุดได้ ได้แก่ การนั่งพับเพียบ การนั่งยอง ๆ การนั่งไขว่ห้าง 6. การออกกำลังกายที่ห้ามทำหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า คือ การวิ่ง การกระโดด เพื่อลดการกระแทกของข้อเข่าเทียม 7. ถ้ามีการอักเสบติดเชื้อของอวัยวะต่าง ๆ เช่น เกิดแผลตามร่างกาย ฟันผุ ควรรีบไปพบแพทย์เพื่อป้องกันเชื้อโรคกระจายไปตามกระแสเลือดและอาจไปฟักตัวบริเวณข้อเข่าเทียม 8. หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าต้องพบแพทย์ผ่าตัดตามนัดเพื่อตรวจดูสภาพของข้อเข่าเทียมและการได้รับการรักษา ซึ่งส่วนใหญ่จะนัด 2			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	สัปดาห์จากนั้นปรับเป็นทุก 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และทุก 1 ปี 9. ข้อเข้าเทียมเป็นส่วนผสมของโลหะ เมื่อต้องรับการตรวจการวินิจฉัยจากเครื่องตรวจด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) หรือต้องผ่าตัดที่มีการใช้อุปกรณ์ไฟฟ้าห้ามเลือด หรือต้องเดินทางโดยเครื่องบิน ต้องแจ้งให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบ 10. การออกกำลังกายที่บ้านเมื่อกลับไปพักที่บ้าน 10.1 ให้บริหารเหมือนกับที่อยู่โรงพยาบาล 10.2 งอเข่าลากงอข้อเท้าเข้ามาชิดตัวและขณะลากงอเข้ามาในท่านอนหงาย ครั้งละ 5-10 นาที ประมาณ 3-4 ครั้งหลังอาหาร 10.3 ประมาณ 4-6 สัปดาห์ สามารถเพิ่มการบริหารให้มากขึ้นตามลำดับ			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	โดย 10.3.1 นอนยกขาข้างผ่าตัดขึ้นสูง 10.3.2 นั่งบนเตียงใช้ผ้าคล้องขาข้าง ผ่าตัด ออกแรงดึงผ้าเพื่อช่วยให้ข้อเข่ามากขึ้นแล้ว เหยียดเข่าออกให้ทำ 10-20 ครั้ง ทำประมาณ 3-4 เวลาหลังอาหาร			

ประวัติการศึกษาและการทำงาน

ชื่อ-นามสกุล	พันตรีหญิงรจนา สุขสุนิตย์
วัน เดือน ปีที่เกิด	4 กันยายน 2510
สถานที่เกิด	จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ปีการศึกษา 2528 – 2532
ประวัติการทำงาน	พ.ศ.2532 – ปัจจุบัน รับราชการเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	พยาบาลช่วยหัวหน้าห้องผ่าตัดออร์โธปิดิกส์ กองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า