

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุ
โรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข

ปราณี เรียนถาวร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร)
สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2556

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุ
โรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข

.....

นางปราณี เรียนถาวร

ผู้วิจัย

.....

รองศาสตราจารย์อรรวรรณ แก้วบุญชู,

Ph.D. (Medical science)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทัศนีย์ รวีวรกุล,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.,ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ปาหนัน พิษขนิญโญ,

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุ
โรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข
ในวันที่ 11 ธันวาคม พ.ศ. 2556

นางปราณี เรียนถาวร

ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ป้าหนัน พิชยภิณูญ,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ชนัดดา แยมเกษร,
Ph.D. (Medical science)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทัศนีย์ รวีวรกุล,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์อรรณณ แก้วบุญชู,
Ph.D. (Medical science)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,
พ.บ.,อ.ว. (ระบาควิทยา)
คณบดี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ อรรถพร แก้วบุญชู และผู้ช่วยศาสตราจารย์ทัศนีย์ รวีวรกุล ที่กรุณาให้แนวคิดว่า ความรู้ คำแนะนำ ชี้แนะและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ เสนอแนะแนวทาง อีกทั้งคอยห่วงใยและเป็นที่ กำลังใจ ทำให้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีความสมบูรณ์และประสบผลสำเร็จ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง ผู้วิจัยซาบซึ้งในพระคุณและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ รองศาสตราจารย์อำภาพร เผ่าวัฒนา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ณพชาติ ลิ้มปยยอม และเรืออากาศโทหญิงทศพร ศรีบริกิจ ที่ได้ให้ความกรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และให้คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ซึ่งมี คุณค่าอย่างยิ่งในการพัฒนาเครื่องมือวิจัยที่สามารถนำมาใช้ได้ในการศึกษานี้

ผู้วิจัยซาบซึ้งในความช่วยเหลือที่ได้รับจากอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน บริการ สาธารณสุข ๔๖ กันตารัตติอุทิศ และผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชนทุกท่านที่ให้ความร่วมมือใน การดำเนินการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่ง

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ร่วมงานทุกท่าน เพื่อนร่วมหลักสูตรและสมาชิกใน ครอบครัวทุกคน ที่คอยเอาใจใส่ สนับสนุนและเป็นที่กำลังใจที่สำคัญมาโดยตลอด

ปราณี เรียนถาวร

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัคร
สาธารณสุข

THE EFFECTS OF A SELF-EFFICACY SKILLS ENHANCEMENT PROGRAM FOR
HEALTH VOLUNTEERS CARING FOR THE ELDERLY WITH KNEE
OSTEOARTHRITIS

ปราณี เรียนถาวร 5237526 PHPH/M

วทม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : อรพรรณ แก้วบุญชู, Ph.D.(MEDICAL SCIENCE),
ทัศนีย์ รวีวรกุล, Ph.D.(NURSING)

บทคัดย่อ

โรคข้อเข่าเสื่อมนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ แม้จะไม่ใช่อันตรายถึงชีวิต แต่มีผลเสีย
ต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการ
ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็น
อาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 30 คนโดยกลุ่ม
ทดลองจะได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วย
กิจกรรม การบรรยาย การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์
ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t - test Independent t – test และ Chi-square test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโครงการ กลุ่มทดลอง มีความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ผลลัพธ์ที่คาดหวังของอาสาสมัคร
สาธารณสุข และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ของอาสาสมัครสาธารณสุข สูงกว่ากลุ่ม
เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.001$) และเพิ่มสูงขึ้นก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ($p < 0.001$) เป็นการสนับสนุนแนวทางการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรค
ข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขได้เป็นอย่างดีในพื้นที่กรุงเทพมหานครต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน / การส่งเสริมทักษะ/การดูแลผู้สูงอายุ/
โรคข้อเข่าเสื่อม/อาสาสมัครสาธารณสุข

THE EFFECTS OF A SELF-EFFICACY SKILLS ENHANCEMENT PROGRAM FOR
HEALTH VOLUNTEERS CARING FOR THE ELDERLY WITH KNEE
OSTEOARTHRITIS

PRANEE REINTHAVORN 5237526 PHPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) PROGRAM IN PUBLIC HEALTH NURSING

THESIS ADVISORY COMMITTEE: ORAWAN KAEWBOONCHOO,
Ph.D. (MEDICAL SCIENCE), TASSANEE RAWIWORRAKUL, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

Objective: Osteoarthritis has long been regarded as a widespread and persistent public health problem. Although it is not a life-threatening condition, it can affect human health in both direct and indirect ways. The purpose of this experimental study was to determine the effectiveness of a Skills Enhancement Program designed to promote skills required by health volunteers caring for the elderly with knee osteoarthritis.

Materials and Method: Sixty subjects were divided into two groups, A) the Experimental Group (n=30) and B) the Comparison Group (n=30). The Skills Enhancement Program included activities involving lectures, demonstrations, and actual practice. This program was introduced to the Experimental Group. Feedback data was obtained using questionnaires. Paired t-test, Independent t-test, and Chi-square test were used to analyze the data gathered from the questionnaires.

Results: The results revealed that after intervention, the Experimental Group had improved knowledge about self-efficacy, better expected outcome, and improved practical skills required in the care of elderly with knee osteoarthritis. The results show that the Experimental Group achieved significantly higher scores than those demonstrated by the Comparison Group ($p < .001$) as well as their own prior to participating in the program ($p < .001$).

Conclusion: The Skills Enhancement Program developed for this study can be used to provide training and promote Self-efficacy approaches for health workers and volunteers caring for the elderly with knee osteoarthritis, as well as other conditions.

KEY WORDS: SELF-EFFICACY PROGRAM / SKILLS ENHANCEMENT /
ELDERLY CARE / KNEE OSTEOARTHRITIS /
HEALTH VOLUNTEERS

147 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์ทั่วไป	6
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	7
ตัวแปรในการวิจัย	7
คำจำกัดความในการวิจัย	8
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	11
2.1 ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม	11
2.2 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข	19
2.3 แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy)	24
2.4 รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง	27

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	34
3.1 รูปแบบการวิจัย	34
3.2 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง	35
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	38
3.4 วิธีการดำเนินการวิจัย	42
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	45
บทที่ 4 ผลการวิจัย	47
บทที่ 5 อภิปรายผล	56
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	61
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	65
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	80
บรรณานุกรม	91
ภาคผนวก	97
ประวัติผู้วิจัย	147

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
4.1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป	48
4.2	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	51
4.3	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและในกลุ่มเปรียบเทียบ	52
4.4	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวังและทักษะในการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการทดลอง	54

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและผลลัพธ์ที่คาดหวัง	24
2.2 ความแตกต่างระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและผลลัพธ์ที่คาดหวัง	25
2.3 กรอบแนวคิดการวิจัย	33
3.1 รูปแบบการวิจัย	34
3.2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล	46

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นผู้มีความสำคัญในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย เป็นต้นแบบในการสร้างสุขภาพ โดยการสื่อสารการสร้างสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังในชุมชน (กองสนับสนุนสุขภาพประชาชน กระทรวงสาธารณสุข, 2556) สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสถานการณ์สุขภาพ การมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ถือเป็นทรัพยากรกำลังสำคัญในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ ได้รับความเชื่อถือเป็นผู้อนุทิศตนให้กับการทำงานเพื่อชุมชน มีความรู้ และใส่ใจเรื่องสุขภาพ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ์, 2552) กรุงเทพมหานครได้นำกลวิธีทางสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนเช่นเดียวกัน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน มีการพัฒนาศักยภาพของประชาชนให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) โดยคัดเลือกหรือรับสมัครประชาชนเข้ารับการอบรมปฐมนิเทศ และรับการสอนต่อเนื่องในหลักสูตรอาสาสมัครสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร ให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ในชุมชนตามความรู้และบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย และเป็นแกนนำในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชน (กองส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2551) เป็นการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ปัญหาสุขภาพในชุมชนที่มีโรคเรื้อรัง และความเสี่ยงด้านสุขภาพที่แตกต่างไปจากเดิม (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550:168) เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นผู้ที่อาศัยและมีความใกล้ชิดกับชุมชน หรือเป็นญาติกับผู้สูงอายุ จึงนับเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีความสำคัญ มีความเหมาะสมกับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งสถานการณ์ในปัจจุบันพบผู้สูงอายุในชุมชนป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคข้อเข่าเสื่อม

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เป็นสาเหตุของความพิการ การสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม 21,000,000 คน (Wright, 2008:26) มีการประมาณค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในสหรัฐอเมริกา

ถึง 80.8 พันล้านเหรียญสหรัฐ (Hemlick. et al.,2008:15)ในประเทศไทยต้นทุนค่ารักษาโรคข้อเข่าเสื่อมเฉลี่ย 84,419.80 บาทต่อราย ใช้เวลาการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 6.59 วัน (วันทนา วีระถาวร,2547:5) อุบัติการณ์ของโรคข้อเข่าเสื่อมในไทยสูงกว่าประเทศทางตะวันตก เนื่องจาก ปัจจัยเสริมหลายอย่างประกอบกันเช่น น้ำหนักเกิน การใช้ข้อเข่าในชีวิตประจำวันมากกว่า เช่นการนั่งพับเพียบ การนั่งยองๆ หรือคุกเข่าไหว้พระ บ่อยๆนานๆ หรือกระทำติดต่อกันเป็นเวลาหลายปี (บรรลุ สิริพานิช,2551; อารี ตนาวลี,2553) แม้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าวนี้ไม่รุนแรงถึงเสียชีวิต แต่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวด หากปล่อยทิ้งไว้ อาจทำให้ไม่สามารถลุกขึ้นยืน หรือเดินได้ด้วยตนเอง มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน โรคข้อเข่าเสื่อมจึงเป็นประเด็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งในการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุในอนาคต (ไพจิตร วราจิต,2553)

จากสถิติของผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อในไทยของมูลนิธิโรคข้อ ในปี พ.ศ.2549 มีผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่า 6 ล้านคน และมีแนวโน้มสูงมากขึ้น โดยพบว่าทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 75 ปีจะป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่าร้อยละ80-90 หรือคิดเป็นร้อยละ 34.5-45.6 ของประชากรทั้งประเทศ (วิไล คุปต์นิรัตศัยกุล,2548) จากรายงานการสำรวจและการติดตามเยี่ยมบ้านในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 46 ก้นดาร์ดิอุทิส เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานครประจำปี 2552 พบผู้สูงอายุโรคระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อยึดเสริม 284 ราย จำแนกเป็นผู้สูงอายุที่มีอาการข้อเข่าเสื่อม 146 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.4 ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ที่สูงกว่าสถานการณ์ของประเทศ

การดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม คือลดอาการที่เป็นอยู่และรักษาสภาพข้อที่คงอยู่ไม่ให้ทรุดกว่าเดิม ทำให้ข้อมีการทำงานดีที่สุด ลดความพิการของข้อ โดยการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต การใช้ข้ออย่างระมัดระวัง การบริหารกล้ามเนื้อรอบข้อ การควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม (สิทธิศักดิ์ หารรษาเวก, 2549:135-136) การศึกษาของไรท์ (Wright,2008:27) เสนอวัตถุประสงค์หลักของแนวทางในการ ปฏิบัติกับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม คือการบรรเทาอาการปวด เพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหว และการเพิ่มคุณภาพชีวิต โดยหลีกเลี่ยงการใช้ยา การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย สมาชิกครอบครัว เพื่อนหรือผู้ดูแลและการสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับอาการปวดที่เรื้อรัง ลดอาการปวดข้อเข่า การไปพบแพทย์น้อยลง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปร่าง โครงสร้างและทางเคมี กระดูกอ่อนบริเวณผิวของข้อเข่า (วิไล คุปต์นิรัตศัยกุล,2548) เมื่อเริ่มมีการสึกกร่อนของกระดูกอ่อนในระยะแรกอาจไม่มีอาการ เมื่อผิวกระดูกถูกทำลายมากยิ่งขึ้นก็จะมีอาการอักเสบมากยิ่งขึ้น การเคลื่อนไหวของข้อลดลง เกิดน้ำในข้อเข่ามากขึ้นทำให้เคลื่อนไหวได้น้อยลง จนไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ถ้าทิ้งไว้นานจะเกิดกระดูกงอกออกมารอบๆข้อ บางรายอาจมีอาการกล้ามเนื้อ

ขาเล็บเล็กลง กล้ามเนื้อรอบเข่าอ่อนแรง อาจเกิดการพลัดตกหกล้มได้ (สุรเกียรติ์ อาษานานูภาพ, 2551:752-755) สาเหตุของการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่พบว่าเกี่ยวข้องกับ การใช้งานของข้อเข่าเป็นประจำ และรับน้ำหนักมากเกินไป อาจมีสาเหตุจากพันธุกรรม น้ำหนัก ตัวมาก อาชีพที่ต้องใช้ข้อเข่ามาก และอายุเป็นปัจจัยสำคัญที่สุด (สิทธิศักดิ์ ธรรมาเวก, 2549:133) สอดคล้องกับการศึกษาความรุนแรงของอาการเจ็บปวดข้อเข่า มีความสัมพันธ์กับอาชีพ (พิพัฒน์ เพิ่มพูล, 2553) การศึกษาสภาพปัญหา และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของ ประชาชนในเขตบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลเมืองสรวง พบว่าร้อยละ 71.3 ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มี พฤติกรรมยกของหนักเป็นประจำ ร้อยละ 50.3 มีพฤติกรรมนั่งอเข่าเป็นเวลานานๆ ร้อยละ 45.9 มี พฤติกรรมการขึ้นลงบันไดบ่อย (ดวงเดือน ศรีมาดี, 2554)

การเสื่อมของข้อเข่าทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ (กรมอนามัย, 2546:26) และเนื่องจากขนบธรรมเนียมประเพณีไทย ที่ต้องนั่งคุกเข่า พับเพียบ ขัดสมาธิ ซึ่งเป็นท่าที่เข่าถูกกดทับ เอ็น กล้ามเนื้อและกระดูก ถูกยืดมาก กล้ามเนื้ออ่อนสมรรถภาพ ทำให้เป็นข้อเข่าเสื่อมได้ง่าย (กรมอนามัย, 2546:141) และการศึกษาของ (สุภาพ อารีเอื้อและคณะ, 2551:177) พบว่าการเป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จะหลีกเลี่ยงอาการปวดเข่า โดยลดการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมบางอย่างเช่นการออกกำลังกาย การเดินทาง หรือการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการ และ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมพบว่า ปัจจัยที่มีผลในทางบวกได้แก่การออกกำลังกายสม่ำเสมอ (สุภาพร ศศิจันทร์, 2553)

การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เน้นการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วย ที่เป็นผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยตรง ทั้งที่โรงพยาบาลและในชุมชน เช่นการศึกษาผลของการประคบด้วยความร้อนชื้น การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาและการสนับสนุนที่บ้านต่อระดับอาการปวด และการทำกิจวัตรประจำวันใน ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ โดยการให้ความรู้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว (ทัศนวรรณ สังฆรักษ์, 2554:64-84) และการศึกษาการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ มีผลต่อการดูแลตนเองและ ควบคุมอาการโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง (เบญจยามาศ พิลายนต์, 2552)

แต่จากการศึกษาสถานการณ์พบผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆเนื่องด้วย โครงสร้างประชากรที่ เริ่มขยับไปสู่การมีประชากรสูงอายุมากขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นจำนวน 7 ล้าน คน จากพ.ศ. 2548 มีผู้สูงอายुर้อยละ 10.4 พ.ศ. 2549 ร้อยละ 10.5 และพ.ศ. 2550 ร้อยละ 10.7 ของ ประชากรไทยทั้งประเทศ 65.69 ล้านคน และในจำนวนนี้ผู้สูงอายุมีผู้ดูแลในเรื่องการทำกิจวัตร ประจำวันร้อยละ 10.9 และร้อยละ 1.1 ต้องการผู้ดูแลแต่ไม่มี โดยที่ในกรุงเทพมหานคร มีเพื่อน/ พยาบาล/ลูกจ้างเป็นผู้ดูแลคิดเป็นร้อยละ 18.7 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550:44-49)

ปัจจุบันการสาธารณสุขพัฒนาไปถึงจุดที่ท้าทายการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพที่ดี ครอบคลุมและทั่วถึง และไม่สามารถที่จะดำเนินการได้ หากต้องอาศัยแต่เพียงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากขึ้นในชุมชนเป็นเหตุให้พยาบาลต้องพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีคุณภาพ คุ่มทุน และมีประสิทธิภาพ (วรรณ ประสานอิทธิคม, 2549: 99-113)

แหล่งสนับสนุนสำคัญทางสังคมที่มีส่วนช่วยทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้นได้แก่กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข เนื่องจากได้รับรู้บทบาทหน้าที่ของตนที่พึงกระทำ (กันยาลักษณ์ เศษะ พงศ์วรชัย, 2548: 197) การสร้างระบบงาน และการสนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขต้องมีการฝึกอบรมเนื้อหาใหม่ๆ ที่ต้องการความรู้ทางเทคนิคที่เฉพาะ จึงมีความจำเป็นต้องหากวิธีในการให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข ให้ได้มีความรู้ ความเชื่อมั่นในสมรรถนะตนเอง มีความคาดหวังในผลลัพธ์ และมีทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่มมากขึ้น อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นบุคคลที่สำคัญต่อความสำเร็จ การพัฒนาความรู้และทักษะควรใช้วิธีการที่เหมาะสม สัมพันธ์กับการศึกษาปัจจัยที่เป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่การให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำ ดูแลการทำงานอย่างใกล้ชิด มีการจัดประชุมอบรมเพิ่มเติมความรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ (อมรนิมิตร มงคลเวหา, 2552: 5) สอดคล้องกับการศึกษา การพัฒนาการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดลพบุรี (นิรชา ปานทอง, 2549: 4) พบแนวทางการพัฒนาได้แก่การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการปฏิบัติงาน และการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุขศูนย์บริการสาธารณสุข 46 กันตารัตน์อุทิศ จำนวน 11 คน พบว่าร้อยละ 81.8 ไม่สามารถในการให้คำแนะนำผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้ เมื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรคการให้คำแนะนำ พบว่าขาดความรู้ ไม่มั่นใจ ไม่มีทักษะในการดูแล ร้อยละ 54.5 เคยได้รับความรู้ในระยะเวลาสั้นๆ มาบ้างจากคำแนะนำของจากบุคลากรทางการแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่ตนไปรักษาโรคอื่นๆ และได้รับฟังการบรรยายจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาบ้าง แต่ไม่สามารถนำไปให้คำแนะนำ ปรีกษาหรือสาธิตให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเข้าใจได้ เนื่องจากการส่วนใหญ่การอบรมมีหลายเรื่องในเวลาจำกัด ไม่เคยทดลองปฏิบัติ และไม่สามารถจดจำในรายละเอียดได้

ในทางจิตวิทยาเชื่อว่าความรู้เพียงอย่างเดียวยังไม่สามารถเป็นหลักประกันความสำเร็จ ยังมีปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำคือ สมรรถนะแห่งตน เป็นกลไกที่เชื่อมโยงความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมของบุคคล จากทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (The Self-

efficacy Theory) ของแบนดูรา(Bandura,1997)ได้กล่าวถึงสมรรถนะแห่งตน หมายถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการเพื่อให้กิจกรรมนั้นบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด เมื่อบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนว่าสามารถกระทำได้ จะเกิดความอดทนอดทน พยายามที่จะทำกิจกรรมโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค

การพัฒนาให้อาสาสมัครสาธารณสุข มีความรู้ ความมั่นใจและทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Bandura,1997) เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขมีอายุ ระยะเวลาและประสบการณ์การปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข การรับรู้ การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่แตกต่างกัน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติกิจกรรมใดๆเป็นสิ่งที่กระตุ้นเตือนให้มีการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว เป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมของบุคคล

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบมีประชากรทั้งสิ้น 76,737 คน โดยมีสัดส่วนประชากร 12,798 คนต่อพยาบาล 1 คน ซึ่งเกินมาตรฐานที่สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้ให้พยาบาล 1 คนดูแลผู้รับบริการ 10,000 คน (สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ,2551;7) ทำให้ปัจจุบันการดำเนินงานบริการเชิงรุกด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นในชุมชน เป็นไปอย่างไม่ทั่วถึงและขาดความต่อเนื่อง ขณะเดียวกันมีการเปลี่ยนแปลงในระบบครอบครัวที่มีขนาดเล็กลง ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้ดำเนินชีวิตอยู่ตามลำพัง การจัดการปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุถูกจำกัด ไม่สามารถดูแลสุขภาพอนามัยและพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีได้ จึงควรมีการดำเนินงานเชิงรุก ให้เกิดความผสมผสานกันระหว่างการรักษาในสถานพยาบาลและการพยาบาลในชุมชน โดยการนำชุมชนและท้องถิ่นเป็นฐานการดูแลให้มากขึ้น เสริมสร้างศักยภาพแกนนำในชุมชน ได้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข เนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนในพื้นที่มากที่สุด มีบทบาทและอิทธิพลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ สามารถเป็นที่ปรึกษา ทำตนเป็นตัวอย่างที่ดี ถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ และชักนำการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่เหมาะสมได้ (ธวัช วิเชียรประภา,2555;55)

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข สามารถเพิ่มความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ผลลัพธ์ที่ความคาดหวังและทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ของอาสาสมัครสาธารณสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนการทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ของอาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ของอาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ขอบเขตการวิจัย

เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตลาดกระบัง ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึง กรกฎาคมพ.ศ. 2555 ระยะเวลา 10 สัปดาห์

ตัวแปรในการวิจัย

1. **ตัวแปรต้น** คือ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข

2. **ตัวแปรตาม:** คือการเปลี่ยนแปลงของอาสาสมัครสาธารณสุขในด้านต่างๆ ได้แก่

2.1 ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

-ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ อาการแสดง แนวทางการรักษา

-การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันเพื่อชะลอความรุนแรงของโรค

-การออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรงของข้อเข่า

-การควบคุมอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว

2.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในเรื่อง

-การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันเพื่อชะลอความรุนแรงของโรค

-การออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรงของข้อเข่า

-การควบคุมอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว

2.3 ผลลัพธ์ที่คาดหวังในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในเรื่อง

-การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันเพื่อชะลอความรุนแรงของโรค

-การออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรงของข้อเข่า

-การควบคุมอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว

2.4 ทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในเรื่อง

-การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันเพื่อชะลอความรุนแรงของโรค

-การออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรงของข้อเข่า

-การควบคุมอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว

คำจำกัดความในการวิจัย

1. โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข หมายถึง รูปแบบการเสริมสมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของเบนคูรา โดยการจัดกิจกรรม เพื่อพัฒนา ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความคาดหวังผลลัพธ์และทักษะ การดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย การให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์เดิมของผู้เรียน การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูงโน้มน้าว การกระตุ้นทางอารมณ์ การสะท้อนคิด การใช้คู่มือ การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การได้รับโอกาสให้ซักถาม การแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล การทดลองและปฏิบัติในสถานการณ์จริง

2. อาสาสมัครสาธารณสุข หมายถึงประชาชนในชุมชนที่ได้รับการคัดเลือกหรือสมัครเข้ารับการอบรมให้มีความรู้ด้านสุขภาพอนามัย เป็นผู้มีความสำคัญในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน เป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย โดยการสื่อสาร สร้างสุขภาพ เฝ้าระวัง และควบคุมโรคติดต่อและไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ทำตนเป็นต้นแบบและตัวอย่างที่ดีในด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนในชุมชน (กองส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2551 และกองสนับสนุนสุขภาพประชาชน กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

ในการศึกษานี้ หมายถึงบุคคลที่อาศัย และปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร และได้รับการคัดเลือกเข้าอบรมตามหลักสูตรของกองส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย ให้มีความรู้ ด้านสุขภาพ มีประสบการณ์การปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี มีความสนใจสมัครเข้าร่วมโครงการ

3. ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม หมายถึงการจดจำข้อเท็จจริงต่างๆรวมทั้งการพัฒนาความสามารถทางสติปัญญา โดยมีพฤติกรรมที่จำได้ เข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผล (สุรเดช สำราญจิตและมณฑนา ธนะพันธ์, 2550) ในเรื่องที่เกี่ยวข้องสาเหตุ อาการ อาการแสดง แนวทางการรักษา การปรับเปลี่ยนท่าทาง อริยาบถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อชะลอความรุนแรงของโรค การออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรงของข้อเข่า การควบคุมอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ในการศึกษานี้ หมายถึง การจดจำเข้าใจ และการนำไปใช้ในข้อเท็จจริง หรือความรู้ที่เกี่ยวข้องสาเหตุ อาการ อาการแสดง แนวทางการรักษา การปรับเปลี่ยนท่าทางอริยาบถในการ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อการชะลอความรุนแรงของโรค การออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรงของข้อเข่า การควบคุมอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ประเมินจากคะแนนแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรง และทบทวนการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึงความเชื่อมั่นของบุคคล ว่าตนเองมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการนั้นจนประสบความสำเร็จ ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ เป็นความคาดหวังที่เกิดก่อนการกระทำพฤติกรรม เป็นความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการ และดำเนินการกระทำพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยที่ความเชื่อนั้นจะกำหนดแนวความคิด ความรู้สึก เกิดแรงจูงใจให้บุคคลสามารถกระทำได้แม้ต้องเผชิญกับปัญหาหรืออุปสรรค (Bandura, 1997: 18-21)

ในการศึกษานี้การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อมั่นของอาสาสมัครสาธารณสุขว่าตนเองมีความสามารถในการให้คำแนะนำ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยสามารถให้ความรู้ คำแนะนำในเรื่อง การปรับเปลี่ยนท่าทางและอริยาบถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อชะลอความรุนแรงของโรค การควบคุมน้ำหนักตัว และสาธิตการบริหารกล้ามเนื้อต้นขาเพื่อความแข็งแรงของข้อเข่า ด้วยความมั่นใจแก่ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่อาสาสมัครสาธารณสุขดูแล ประเมินจากคะแนนแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาและทบทวนการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5. ผลลัพธ์ที่คาดหวัง หมายถึงความเชื่อหรือความรู้สึที่บุคคลประเมินว่าพฤติกรรมที่ตนกระทำนั้นนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ (Bandura, 1997:22) ประกอบด้วย ความคาดหวังทางบวก คือสิ่งจูงใจให้กระทำ และความคาดหวังทางลบคือสิ่งที่ไม่จูงใจให้กระทำ

ในการศึกษานี้ความคาดหวังผลลัพธ์ หมายถึงความเชื่อหรือความรู้สึที่อาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมภายหลังจากที่ตนให้คำแนะนำเรื่อง การปรับเปลี่ยนท่าทางและอริยาบถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อชะลอความรุนแรงของโรค การควบคุมน้ำหนักตัว และสาธิตการบริหารกล้ามเนื้อต้นขาเพื่อความแข็งแรงของข้อเข่า แก่ผู้สูงอายุที่อาสาสมัครสาธารณสุขให้การดูแล ซึ่งประเมินจากคะแนนการตอบแบบสอบถามผลลัพธ์ที่คาดหวังการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาและทบทวนการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6. ทักษะการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม หมายถึงการปฏิบัติจนเกิดความชำนาญสูง ซึ่งต้องอาศัยระยะเวลานาน โดยที่การฝึกปฏิบัติกิจกรรมนั้นบ่อยๆ จะสามารถปฏิบัติได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง (สุรเดช ตำราญจิตและมันทนา ธนะพันธ์, 2550) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเรื่อง การปรับเปลี่ยนท่าทางและอริยาบถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อชะลอความรุนแรงของโรค การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาเพื่อความแข็งแรงของข้อเข่า การควบคุมน้ำหนักตัว

ในการศึกษานี้ หมายถึงการที่อาสาสมัครสาธารณสุขมีความสามารถในการให้คำแนะนำให้คำปรึกษาและสาธิต การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในเรื่อง การปรับเปลี่ยนท่าทางและอริยาบถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อชะลอความรุนแรงของโรค การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาเพื่อความแข็งแรงของข้อเข่า การควบคุมน้ำหนักตัว แก่ผู้สูงอายุที่อาสาสมัครสาธารณสุขให้การดูแล ซึ่งประเมินจากคะแนนแบบสอบถามทักษะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และการสังเกตของผู้วิจัยระหว่างการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้วิจัยได้ศึกษาจากเอกสาร งานวิจัยครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม
2. บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข
3. แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
4. รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม

โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นภาวะการสึกกร่อนของกระดูกอ่อนที่นุ้ยอยู่บนผิวข้อต่อกระดูกส่วนมากเป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายตามอายุ พบได้บ่อยในผู้หญิงอายุมากกว่า 50 ปี หรือคนอ้วน(สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ,2551:753) พบได้เกือบทุกคนเมื่ออายุเกิน 65 ปีไปแล้ว โดยที่ลักษณะของข้อเข่าเสื่อมจะมีการเปลี่ยนแปลงที่กระดูกอ่อนคลุมปลายกระดูกทibia และปลายกระดูกFemur ในระยะแรกจะไม่มีอาการปวดมาก เมื่อผิวกระดูกอ่อนถูกทำลายมากขึ้น จะมีการอักเสบของเยื่อข้อเข่า ทำให้เคลื่อนไหวข้อได้น้อยลง มีน้ำในข้อเข่า เมื่อน้ำมากขึ้นเข้าจะงอไม่ได้ การมีกิจวัตรประจำวันต่างๆจะลดลง (สถาบันเวชศาสตร์ฟื้นฟู,2550:1) เมื่อผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิต ด้วยลักษณะของการมีกิจวัตรประจำวันที่ไม่เหมาะสม เช่นการขึ้นลงบันได การนั่งยองๆ การนั่งพับเพียบ การนั่งขัดสมาธิ การมีอาการปวดที่เรื้อรังทำให้มีความพิการ ผิดรูป ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง จะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากยิ่งขึ้น จัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ (วิไล คุปต์นิริติศัยกุล,2548:149;สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ,2551:754)

สาเหตุการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัด (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ ,2551:752)

1. อายุ และเพศ พบว่าภาวะข้อเข่าเสื่อมมักเกิดในผู้สูงอายุมากกว่า 50 ปีหลังการหมดประจำเดือน เนื่องจากการพร่องของฮอร์โมนเอสโตรเจน ในเพศชายมักพบอายุน้อยกว่า 50 ปี
2. กรรมพันธุ์ ผู้มีประวัติครอบครัวเป็นข้อเสื่อม มีโอกาสเป็นข้อเข่าเสื่อมเมื่ออายุน้อย
3. ความอ้วน ทำให้เกิดแรงกดดันต่อข้อเข่า เกิดการเสื่อมได้เร็วขึ้น
4. การได้รับบาดเจ็บ (เช่นการวิ่ง การเล่นกีฬา) ที่มีแรงกระแทกข้อเข่า
5. การใช้ข้อเข่ามาก ๆ นาน ๆ การก้ม การนั่งงอเข่า การขึ้นลงบันได การยืนนาน ๆ การยกของหนัก จะทำให้เกิดแรงกดดันต่อข้อเข่า
6. กล้ามเนื้ออ่อนแอ เช่นกล้ามเนื้อต้นขา (Quadriceps muscle) ทำให้ข้อเข่าเสื่อมเร็วขึ้น
7. เป็นโรคข้ออักเสบเรื้อรัง เช่น โรครูมาตอยด์ เกาต์
8. มีการอักเสบติดเชื้อที่ข้อเข่า
9. คนที่มีลักษณะขาโก่ง ทำให้น้ำหนักตัวลงไปที่ด้านใดด้านหนึ่งของเข่า กระดูกอ่อนที่อยู่ด้านในของข้อเข่าจะเสื่อมเร็วกว่าปกติ

อาการของโรคข้อเข่าเสื่อม (สิทธิศักดิ์ หารยาเวก,2549:134 ; สุรศักดิ์ ศรีสุขและคณะ ,2552:3-5)

1. อาการปวด (pain) เริ่มตั้งแต่อาการปวดเล็กน้อยจนปวดมากจนเดินไม่ได้ เกิดที่เข่าข้างเดียว หรือทั้งสองข้าง เมื่องอเข่าหรือเหยียดเข่าจะมีอาการปวดมากขึ้น ปวดมากขึ้นเมื่อลงน้ำหนัก ในรายที่มีอาการมากจะปวดเวลากลางคืน เมื่อนอนพักอาการปวดจะทุเลาลง มีความสัมพันธ์กับสภาพภูมิอากาศ เมื่ออากาศเย็นและชื้นอาการปวดจะเป็นมากขึ้น
2. อาการข้อฝืด ติดแข็ง (stiffness) หลังการหยุดพักข้อเป็นเวลานาน ๆ เช่นหลังตื่นนอน นั่งทำเดิยวนาน ๆ อาการข้อฝืดมักเป็นในระยะสั้น ๆ ไม่นาน และเกิดขึ้นชั่วคราว เมื่อได้เคลื่อนไหวข้อก็จะดีขึ้น
3. อาการบวม (swelling) เมื่อเปรียบเทียบกับข้อเข่าอีกข้างขณะยืนพบว่าข้างที่มีอาการปวดจะบวมกว่าอีกข้าง แต่ถ้าเป็นทั้งสองข้างจะเปรียบเทียบได้ยากเนื่องจากมีอาการบวมทั้งสองข้างเท่าๆกัน เข่าข้างที่บวมจะงอได้น้อยกว่าข้างที่ไม่เป็น และเมื่อเป็นนานๆจะไม่สามารถงอเข่าข้างนั้นได้

4. มีเสียงดังในเข่า (crepitation) ในข้อเข่าที่มีความเสื่อมมากๆจนเกิดน้ำภายในข้อเข่า และมีกระดูกมาพอกรอบๆข้อต่อ เมื่อเอียงหรือเหยียดจะมีเสียงดังครืดคราด ภายในข้อต่อ

5. ข้อเข่าผิดรูป (deformity) เป็นผลจากการไม่ใช้ข้อเข่าเป็นเวลานาน ทำให้กล้ามเนื้อต้นขาฝ่อลีบลง มีการสึกของกระดูกด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าอีกด้านทำให้เกิดอาการขาโก่ง (genu varus or bow leg) หรือขาโก่ง (genu valgum or knock knee)

อาการปวดข้อเข่าแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (พนิดา กุลประสูตรศิลป, 2546:28-34)

1) อาการระยะแรก ไม่ปรากฏอาการให้รู้สึกตัว เมื่อเปลี่ยนท่า เช่นลุกขึ้นยืน เริ่มก้าวเดิน จะรู้สึกเจ็บแปลบๆ เมื่อต้นนอนเวลาเช้ารู้สึกหัวเข่าฝืดเหมือนมีอะไรถ่วง รู้สึกปวดเมื่อนั่งลงทับเข่า หรือนั่งกับพื้น ขณะก้าวเดินขึ้นบันไดรู้สึกหนักที่หัวเข่า

2) อาการระยะกลาง ช่องว่างในเข่าแคบลง ปวดนานขึ้น รู้สึกปวดขณะที่เดินบนที่ราบเรียบ เหยียดขาตรงไม่ได้ เข่าบวม ร้อน มีน้ำขัง นั่งทับขา หรือนั่งกับพื้นไม่ได้

3) อาการระยะสุดท้าย ปวดจนออกจากบ้านไม่ได้ ช่องว่างในเข่าหมดไป ทำให้กระดูกเสียดสีกัน ขาโก่งมากขึ้น เอ็นยึดเข่าหลวม เข่าเอียง กระดูกอ่อนสึก เกิดหินปูนทำให้หัวเข่าใหญ่อย่างชัดเจนส่งผลต่อสภาพจิตใจ อาการปวดเข่าทำให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นไปได้อย่างจำกัดหรือไม่สามารถปฏิบัติได้

โรคข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่พบได้ในเพศหญิงที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป พบได้เกือบทุกคนเมื่ออายุเกิน 65 ปีไปแล้ว อาจมีสาเหตุจาก อายุ เพศ กรรมพันธุ์ การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน น้ำหนักเกิน การได้รับบาดเจ็บ การใช้ข้อเข่ามาก กล้ามเนื้อต้นขาอ่อนแรง มีการอักเสบของข้อเข่า หรือความพิการของขา ความรุนแรงจะมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิต และมีกิจวัตรประจำวันที่ไม่เหมาะสม ปัญหาที่พบคืออาการปวดข้อเข่า ข้อฝืดติดแข็งอาการบวม มีเสียงดังในเข่า การผิดรูปร่าง การสูญเสียหน้าที่ของข้อ สามารถประเมินความรุนแรงของโรคได้จากประวัติ อาการ และอาการแสดงของผู้ป่วย

การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม (สิทธิศักดิ์ ธรรมาเวก, 2549:135 ; สุรศักดิ์ ศรีสุข, 2552:13)

1. การให้ความรู้ในเรื่องต่างๆดังนี้

1.1 การดำเนินของโรคซึ่งสามารถรักษาให้ดีขึ้นได้ถ้าปฏิบัติตามคำแนะนำ

1.2 พยาธิสภาพการเกิดโรค ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย และการใช้งาน

1.3 การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต อาชีพ งานที่ทำอยู่ประจำ การแบกของหนัก

1.4 การออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าให้แข็งแรง เพื่อลดอาการปวด

1.5 การควบคุมอาหารและน้ำหนักตัว ควบคุมอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งมีการเผาผลาญอาหาร และเมตาโบลิซึมต่ำ ไม่ควรรับประทานอาหารที่มากเกินไป และควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมตามดัชนีมวลกาย

1.6 การไม่ใช้ข้ออย่างหักโหม หรือเป็นเวลานานๆ ในการทำงานหรือเล่นกีฬา

2.การใช้ยา

หลักการสำคัญคือเพื่อบรรเทาอาการปวด ให้ข้อเข่าสามารถเคลื่อนไหวได้ ยาพื้นฐานที่ใช้ได้แก่ยาพาราเซตามอล (Paracetamol) เนื่องจากลดอาการปวดได้โดยไม่มีผลต่อกระเพาะอาหาร ให้ในขนาด 500 มก. 1-2 เม็ด ซ้ำได้ทุก 6 ชั่วโมง วันละไม่เกิน 8 เม็ด และไม่ควรรับประทานติดต่อกันหลายวัน เพราะมีผลเสียต่อดับและไต (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2551:754) นอกจากนั้นแพทย์อาจให้ยาประเภท ยาต้านอักเสบที่ไม่มีสเตียรอยด์ (NSAIDS) ยากลุ่มนี้มีผลข้างเคียงต่อการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร และลำไส้ แต่ในปัจจุบันมียา COX-2 specific inhibitor สามารถช่วยลดอาการข้างเคียงได้ หรือการใช้ยาเฉพาะที่ ทาบริเวณผิวหนัง ใช้ทาทำให้ผิวหนังเกิดอาการแสบ ร้อน หรือการใช้ยาทาบริเวณผิวหนังใกล้ข้อสามารถช่วยบรรเทาอาการปวดได้

3.การทำกายภาพบำบัด และการออกกำลังกาย

การทำกายภาพบำบัด การใช้ความร้อน ความเย็น การใช้เครื่องช่วยพยุงตัวสามารถลดอาการปวด ลดความฝืดแข็งของข้อ ลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ และทำให้กล้ามเนื้อรอบข้อแข็งแรงขึ้น ช่วยพยุงข้อได้ดีขึ้น การออกกำลังกาย เป็นสิ่งสำคัญในการทำให้อาการดีขึ้น (สิทธิศักดิ์ หารยาเวก, 2549) ช่วยลดอาการปวด ทำให้กล้ามเนื้อรอบข้อสามารถทำหน้าที่ได้ดีขึ้น การเคลื่อนไหวข้อคล่องตัวขึ้น โดยการทำให้กล้ามเนื้อรอบข้อแข็งแรง เพิ่มความกระชับ ลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อป้องกันกล้ามเนื้อและเอ็นหดรัด เมื่อกล้ามเนื้อรอบข้อแข็งแรง ทำให้การดำเนินโรคช้าลง ข้อเข่ามีความมั่นคงมากขึ้น อาการต่างๆลดลง และการปรับเปลี่ยนกิจวัตรประจำวันให้เหมาะสม เป็นสิ่งที่มีประโยชน์อย่างมาก เช่น ไม่นั่งคุกเข่า ไม่นั่งพับเพียบกับพื้น ไม่นั่งบนเก้าอี้ที่นุ่มเกินไป

4. การรักษาด้วยวิธีผ่าตัด

การผ่าตัดจะทำเมื่อไม่สามารถรักษา โดยการใช้ยาไม่ได้และใช้ยาแล้วไม่ได้ผล หรือผู้ป่วยยังคงมีอาการปวดมาก หรือข้อมีการถูกทำลายอย่างมาก ข้อมีการผิดรูป มีการสูญเสียการทำ

หน้าที่ของข้อหรือมีการกดเส้นประสาท การผ่าตัดเป็นการเสริมแต่งสภาพข้อให้คงเดิม ช่วยให้การทำหน้าที่ของข้อดีขึ้น เสริมความมั่นคงของข้อ ลดอาการเจ็บปวด อาจใช้วิธีการผ่าตัดเอาเศษกระดูกออก การผ่าตัดตกแต่งภายในข้อ การผ่าตัดตกแต่งกระดูกที่โค้งงอให้ตรง และการผ่าตัดใส่ข้อเทียม

การปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม (พนิดา กุลประสูตรดิลก, 2546:130 -166)

1. การดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนกิจวัตรประจำวันในการดำเนินชีวิต โดย

- 1.1 เปลี่ยนกิจวัตรประจำวันที่ต้องนั่งกับพื้นเป็นการนั่งเก้าอี้
- 1.2 ใช้ไม้เท้าช่วยเดินหรือฐานเหยียบ ป้องกันการหกล้ม
- 1.3 ดัดตั้งราวจับผนัง ที่บันได ทางเดิน ห้องน้ำ ฯลฯ
- 1.4 ทำงานบ้านโดยไม่ต้องก้มตัวหรือนั่งยองๆ เช่นการใช้ไม้กวาดและไม้ถูพื้นด้ามยาว
- 1.5 การขึ้นลงบันได ใช้ขาข้างปกติก้าวขึ้นไปก่อน และใช้ข้างที่เจ็บก้าวลงไปก่อน
- 1.6 ใช้รองเท้าชนิดพิเศษช่วยอาการขาโก่ง
- 1.7 ใช้ผ้ายืดพยุงหัวเข่า
- 1.8 ใช้ประคบความร้อนบรรเทาอาการปวดเรื้อรัง
- 1.9 ประคบความเย็นขณะเข่ามีอาการอักเสบปวดร้อน

2. การออกกำลังกายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ อาจทำให้ผู้ป่วยปวดข้อหรือกล้ามเนื้อ

ในขณะที่ออกกำลังกายได้ แต่อาการปวดไม่ควรนานเกิน 2 ชั่วโมงหลังหยุดการออกกำลังกาย กล้ามเนื้อต้องไม่มีการปวดเข่าอ่อนแรง พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไม่ลดลง ไม่มีการอักเสบ หรือบวมมากขึ้น (วิไล คุปต์นิริตศัยกุล, 2548:152) การบริหารเข่าเพื่อให้อกกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า (Quadriceps muscle) แข็งแรงขึ้น และให้ข้อเข่ามีการเคลื่อนไหวได้อย่างปกติโดยไม่มีอาการเจ็บปวด การฝึกกล้ามเนื้อควรเริ่มเมื่ออาการปวดทุเลาแล้ว ระยะแรกฝึกวันละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 5-10 นาที จนรู้สึกกล้ามเนื้อแข็งแรง ไม่เมื่อยง่ายจึงเพิ่มเป็นวันละ 3-5 ครั้ง (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2551:755) หัวใจสำคัญของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมคือการลดความเจ็บปวด และชะลอความเสื่อมให้ช้าลง ฝึกออกกำลังกายกล้ามเนื้อรอบๆข้อเข่าให้แข็งแรง การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาที่ดีต้องสามารถทำได้ที่บ้าน ขั้นตอนง่าย ไม่ต้องใช้อุปกรณ์พิเศษที่ยุ่งยาก (เบญจยา มาศ พิลายนต์, 2552)

2.1 การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า (Quadriceps exercise) (วิไล คุปต์นริศชัยกุล, 2548:152)

2.1.1 Quadriceps setting ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งเหยียดเข่าตรง หรือนอน แล้วเกร็งกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า พร้อมกับกระดกเท้าขึ้น ถ้าปฏิบัติถูกต้องจะเห็นการเคลื่อนไหวของสะบ้า ขาอีกข้างให้ยกข้อขึ้นไว้เพื่อป้องกันการปวดหลัง

2.1.2 Straight-leg raising ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงาย เข่าข้างที่จะออกกำลังกายอยู่ในท่าเหยียดตรง อีกข้างอยู่ในท่าชันเข่า ให้กระดกข้อเท้าขึ้นแล้วยกขาโดยให้เข่าเหยียดตรงตลอดเวลา เริ่มแรกให้ยกขาทำมุม 45 องศา กับข้อสะโพก เมื่อมีกำลังกล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น ให้ลดลงเหลือ 30 องศา แล้วลดลงอีกเหลือ 15 องศา ในที่สุดเหลือ 2-3 องศา (การยกขาสูงออกแรงน้อยกว่า)

2.1.3 Short arc terminal extension ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงาย หรือนั่งวางหมอนเล็กไว้ใต้ข้อพับเข่า ทำให้เข่าอยู่ในท่าที่งอเล็กน้อย แล้วเกร็งกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้าจนเข่าเหยียดตรงแล้วพัก ถ้าอยู่ในท่านั่ง ให้เท้าอีกข้างวางไว้ด้านหลัง เพื่อวางปลายเท้าข้างที่ออกกำลังกาย

2.1.4 Full arc extension ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงาย หรือนั่ง เข่าข้างที่จะออกกำลังกายให้งอ 90 องศา แล้วค่อยๆ เหยียดเข่าตรง วางเท้าลงบนเก้าอี้เดี่ยวๆ ในขณะที่เหยียดเข่าลง

2.2. การบริหารกล้ามเนื้อ ต้นขาด้านหลัง (Hamstring exercise)

2.2.1 Hamstring-setting exercise ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงาย หรือนั่งเหยียดขาตรง ให้งอเข่าโดยใช้สันเท้ากดลงพื้นจนรู้สึกว่าการเกร็งกล้ามเนื้อต้นขาด้านหลังมีการเกร็ง

2.2.2 multiple-angle isometric exercise ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงาย หรือนั่งเหยียดขา จัดให้ข้อเข่าในมุมที่ต่างๆ กัน แล้วเกร็งกล้ามเนื้อต้นขาด้านหลังที่มุมนั้นๆ

2.2.3 Hamstring curls ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนคว่ำ วางหมอนกลมใบเล็กไว้ที่ต้นขาเหนือสะบ้า งอเข่าด้านกับแรงโน้มถ่วงที่มุม 90 องศา (แรงต้านจะมีมากที่สุดเมื่อเริ่มที่ 0 องศา เมื่อกำลังกล้ามเนื้อขาดีขึ้นให้เริ่มการถ่วงน้ำหนักที่ข้อเท้า

3. การควบคุมอาหารและน้ำหนักตัว การควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วน เนื่องจากความอ้วนจะทำให้การรองรับน้ำหนักมากเกิดการเสียดของข้อเร็วขึ้น ผู้สูงอายุข้อโรคข้อเข่าเสื่อมจึงต้องมีการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม มี 3 วิธีคือ

3.1 การมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม ประกอบด้วยการประเมินภาวะโภชนาการเบื้องต้น และการควบคุมอาหารโดยการประเมินภาวะโภชนาการเบื้องต้นโดยการดูแลน้ำหนักตัวให้เหมาะสม น้ำหนักเป็นเครื่องบ่งชี้ที่สำคัญของภาวะสุขภาพ แต่ละคนควรมีน้ำหนักตัวที่เหมาะสมตามวัย และโครงสร้างของร่างกาย (กอบกุล วุฒิวงศ์, 2550) โดยมีรูปแบบการประเมินดังต่อไปนี้

ก.วิธีอย่างง่าย โดยใช้ส่วนสูงในการคำนวณ

ผู้ชาย น้ำหนักตัวที่เหมาะสม = ส่วนสูง- 100

ผู้หญิง น้ำหนักตัวที่เหมาะสม = ส่วนสูง- 105

ข. ใช้ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index :BMI) เป็นเกณฑ์ โดยใช้สูตร

$$BMI = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง(เมตร)}^2}$$

องค์การอนามัยโลกกำหนดค่าปกติของ BMI สำหรับผู้ใหญ่ (สำหรับชาวเอเชีย) อายุ 20 ปีขึ้นไปดังนี้

ค่าBMI ปกติ = 18.5-22.9

BMI น้อยกว่า 18.5 แสดงว่าน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์หรือผอม

BMI 23.0-24.9 แสดงว่าน้ำหนักเกิน

BMI 25ขึ้นไป แสดงว่าน้ำหนักเกินหรืออ้วน

3.2 การวัดเส้นรอบเอว

ผู้หญิงควรมีเส้นรอบเอวไม่เกิน 32 นิ้ว (80 เซนติเมตร)

ผู้ชายควรมีเส้นรอบเอวไม่เกิน 36 นิ้ว (90 เซนติเมตร)

สัดส่วนเส้นรอบเอวต่อเส้นรอบสะโพก ช่วยประเมินภาวะโภชนาการ โดยมีอัตราส่วนผู้หญิง ไม่ควรเกิน 0.8 และผู้ชาย ไม่ควรเกิน1.0

3.3 การเลือกรับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว เนื่องจากภาวะน้ำหนักเกินหรือความอ้วนทำให้เขารองรับน้ำหนักมาก เกิดการเสื่อมของข้อเร็วขึ้น การควบคุมน้ำหนักโดยการรับประทานอาหารที่ถูกหลัก เน้นอาหารที่มีกากใย ผลผลไม้มากกว่าการรับประทานอาหารที่มีไขมัน หรือน้ำตาลมาก รับประทานอาหารโปรตีนมากขึ้น อาหารคาร์โบไฮเดรตลดลง (สุภาพ อารีเอื้อ,2551) โดยปกติพบว่าใน1วันปริมาณอาหารสำหรับผู้สูงอายุ 60ปีขึ้นไป ควรได้รับคือ 1,600 กิโลแคลอรี ให้ครบวันละ 5 หมู่ดังนี้ (กรมอนามัย, 2546:7-11)

หมู่ที่ 1 อาหารประเภทโปรตีน วันละ 6 ช้อนได้แก่อาหารประเภทเนื้อสัตว์ และถั่วต่างๆ เลือกรับประทานชนิดที่เคี้ยวง่าย ย่อยง่าย และไขมันต่ำ เช่นปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ คึ่นนมพร่องมันเนย

หมู่ที่ 2 อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตวันละ 8 ทักพีได้ แก่ ข้าว แป้ง น้ำตาล เผือก มันรับประทานข้าวเป็นหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ ลดอาหารที่ทำจากแป้งและน้ำตาล

หมู่ที่ 3 ผักต่างๆบริโภคหลายชนิด โดยไม่จำกัดอย่างน้อยวันละ 6 ทักพี ควรต้มหรือนึ่งให้สุกเพื่อป้องกันอาการท้องอืด และกากใยช่วยในการขับถ่าย ลดการสะสมของโคเลสเตอรอล

หมู่ที่ 4 ผลไม้วันละ 4 ส่วน เป็นผลไม้สุกเนื้อนุ่ม เคี้ยวง่าย ผู้ที่อ้วนไม่ควรรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัดมาก

หมู่ที่ 5 ไขมัน ให้งดไขมันจากสัตว์ ควรใช้ไขมันจากพืชเช่นน้ำมันรำข้าว ถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว น้ำมันข้าวโพด หลีกเลี่ยงน้ำมันพืชที่มีไขมันอิ่มตัว เช่นน้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว กะทิ เนยเทียม มาการีน ไม่รับประทานอาหารที่ทอด หรือผัด เลือกอาหารที่ใช้ไขมันเพียงเล็กน้อยในการปรุง

4. การประคบด้วยความร้อน หมายถึงการทำกายภาพบำบัด ด้วยการใช้ความร้อน (วิไล คุปต์นิติพิศัยกุล, 2548:151-152) ได้แก่

4.1 ความร้อนตื้น ที่ใช้ในปัจุบันได้แก่พาราฟินเหลว กระเป๋าน้ำร้อน ลูกประคบสมุนไพร ขวดน้ำร้อน สามารถทำได้สะดวก หาได้ง่าย ราคาไม่แพง ใช้ได้เองที่บ้าน ความร้อนทำให้ลดอาการปวด ลดการอักเสบ ช่วยคลายกล้ามเนื้อที่เกร็งและตึง เพิ่มความยืดหยุ่นของเอ็นและกล้ามเนื้อ

4.2 ความร้อนลึก เช่น short wave diathermy, microwave diathermy และ ultrasound สามารถให้ความร้อนถึงชั้นกล้ามเนื้อส่วนลึก เชื้อหุ้มข้อและกระดูก ไม่ควรทำนานเกิน 20 นาที เพราะจะทำให้เกิดอาการไหม้บริเวณผิวหนังได้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541:29)

5. การประคบด้วยความเย็น หมายถึงการประคบในระยะเฉียบพลันของการปวด จากการกระแทก หรือการทำงานหนักของข้อเข่า เมื่อข้อเข่าบวม ความเย็นสามารถลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ ลดความไวของเซลล์ประสาท อาการบวมจะลดลง (วิไล คุปต์นิติพิศัยกุล, 2548:151-152)

6. การให้ยาบรรเทาปวด เพื่อให้ข้อเข่าสามารถเคลื่อนไหวได้ ยาที่อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถแนะนำให้ได้ ได้แก่ยาพาราเซตามอล (Paracetamol) และยาแก้ปวด

(Methyl salicylic acid) เนื่องจากลดอาการปวดได้โดยไม่มีผล ต่อกระเพาะอาหาร เป็นยาสามัญประจำบ้านที่มีฤทธิ์บรรเทาอาการปวดระดับน้อยถึงปานกลาง(สิทธิศักดิ์ ธรรมาเวก,2549;136)

7. การใช้ไม้เท้าเพื่อพุงน้ำหนักตัว ผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บเข่าจะหิ้วน้ำหนักตัวไปที่ขาข้างตรงข้ามเพื่อปกป้องขาข้างที่ปวด ทำให้ขาข้างตรงข้ามรับภาระหนักมากขึ้น การใช้ไม้เท้าจะช่วยพุงและแบ่งรับน้ำหนักตัว ทำให้เดินสะดวกขึ้น (พนิดา กุลประสูตรดิถ, 2546: 136-139)

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่ถูกต้องเหมาะสม ได้แก่ การปรับเปลี่ยนกิจวัตรประจำวันในการดำเนินชีวิตประจำวัน การเลือกรับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว เพื่อไม่ให้ข้อเข่ารองรับน้ำหนักมากเกินไปทำให้เกิดการเสื่อมของข้อเร็วขึ้น การออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า เป็นสิ่งสำคัญ ในการทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ลดอาการปวด ทำให้กล้ามเนื้อรอบข้อเข่าแข็งแรงสามารถทำหน้าที่ได้ดีขึ้น การเคลื่อนไหวข้อคล่องตัวขึ้น เพิ่มความกระชับ ลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ ป้องกันกล้ามเนื้อและเอ็นหดรัด ทำให้การดำเนินโรคช้าลง ข้อเข่ามีความมั่นคงมากขึ้น ส่งผลดีต่อสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมด้านร่างกาย จิตใจและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขและมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องภายใต้ความร่วมมือจากบุคลากรทางการแพทย์ และญาติ เนื่องจากความรุนแรงของโรคมีส่วนเกี่ยวข้องกับแผนการดำเนินชีวิต การปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยโดยตรง อาการของโรคที่เรื้อรังจำเป็นจะต้องได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง อย่างเฉพาะเจาะจงกับปัญหาเป็นระยะ เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี (สุภาพ อารีเอื้อ,2551;128-131) จากสถานการณ์ปัจจุบันที่ความไม่เพียงพอของบุคลากรพยาบาลสาธารณสุข กับการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน ที่มีการเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ไม่สามารถให้การพยาบาลได้อย่างทั่วถึงนั้น นอกจากความร่วมมือของสมาชิกในครอบครัวแล้ว ด้วยบทบาทการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่มีอยู่ในเกือบทุกชุมชน สามารถเป็นเครือข่ายด้านสุขภาพที่สำคัญที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพได้ โดยการจัดกิจกรรมให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับความรู้ และพัฒนาทักษะ เพื่อสร้างสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชนได้ต่อไป

2.2 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขได้นำแนวคิดและกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานมาดำเนินการ เนื่องจากประเทศไทยได้ทำข้อตกลงในการประชุมใหญ่ขององค์การอนามัยโลกที่เมืองอัลมาตา ประเทศรัสเซียในปีพ.ศ.2521 ให้ประชาชนทุกคนในประเทศด้อยพัฒนามีโอกาส และสิทธิเท่าเทียมกันในเรื่องสุขภาพอนามัยที่ดีของตนเอง มีเป้าหมายให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า และ

ต้องส่งเสริมประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน จึงมีการจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และกำหนดคุณสมบัติ ให้เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย คือการให้คำแนะนำ เผยแพร่ความรู้และให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ ใน 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย กรุงเทพมหานคร ได้นำกลวิธีทางสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ ตามแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2525 -2529) ในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนเช่นกัน(สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร,2551:98-101)โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน มีการพัฒนาศักยภาพของประชาชน และมีการปรับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในพื้นที่ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหา และสภาพความต้องการของประชาชนในชุมชนตลอดมา

ปัจจุบันกรุงเทพมหานครมีอาสาสมัครสาธารณสุข(อสส.)มากกว่า 20,000คน (สิทธิ สัตย์ เจียมวงศ์แพทย์,2551) โดยมีศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่ให้บริการและมีบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานในพื้นที่ เพื่อตอบสนองนโยบายของสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร กิจกรรมต่างๆที่ส่งเสริมและสนับสนุนและหากกลวิธีที่จะทำทำให้ประชาชนพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีสุขภาพดี (สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2551:107) รวมทั้งการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ โดยมีแนวคิดหลักคือการสาธารณสุขมูลฐาน ที่มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทเจ้าหน้าที่ของรัฐจากผู้ให้บริการเป็นผู้คอยกระตุ้นให้คำแนะนำ และให้การสนับสนุน (สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2551:39) สอดคล้องกับการศึกษาของ(พรทิพย์ จักขุทิพย์,2551) ได้ทำการประเมินและเปรียบเทียบการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับ และไม่ได้รับค่าตอบแทนในกรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขคือการนิเทศติดตามเพื่อช่วยแก้ไขปัญหา สนับสนุนและพัฒนาศักยภาพการทำงาน โดยการจัดอบรมให้มีความรู้ ให้คำแนะนำ และเป็นที่ปรึกษาแก่อาสาสมัครสาธารณสุข

หน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข

(คู่มืออาสาสมัครสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2551)

1. เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข

1.1 สืบหาข้อมูลชุมชน

1.2 ประชุมผู้นำชุมชน

1.3 จัดระบบข่าวสาร ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ

1.4 จัดทำโปสเตอร์ ภาพพลิก เพื่อแสดงข้อมูล กิจกรรม ของชุมชน และ

ความรู้ด้านสุขภาพ

2. เป็นผู้ให้บริการ และดำเนินกิจกรรมตามองค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน14 ประการ

ประชาชน

2.1การให้สุขศึกษา

- ให้คำแนะนำ ความรู้เรื่องโรคภัยไข้เจ็บต่างๆแก่ประชาชน
- จัดหาสื่อ เอกสาร สานิต จัดนิทรรศการ เพื่อเผยแพร่ความรู้แก่

ตามวัย

2.2 การโภชนาการ

- เฝ้าระวังภาวะโภชนาการในเด็ก และผู้ใหญ่ โดยการชั่งน้ำหนัก
- เฝ้าระวังโรคที่เกิดจากการขาดสารอาหาร
- ร่วมแก้ไขปัญหาลดการขาดสารอาหารโดยการแนะนำ สานิตอาหาร

2.3 การอนามัย แม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว

- ติดตาม แนะนำหญิงมีครรภ์ให้ฝากครรภ์ และตรวจครรภ์ตามกำหนด
- ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ให้ได้รับการตรวจสุขภาพ และพัฒนาการ

2.4 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

- ติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามที่กำหนด
- ให้คำปรึกษาเรื่องการให้วัคซีนแก่ทารกตามวัย

2.5 การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อการเก็บอุจจาระตรวจหาไข่พยาธิ

- กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย
- การเก็บอุจจาระตรวจหาไข่พยาธิ
- การเก็บเสมหะส่งตรวจเชื้อวัณโรค
- แนะนำเจ้าของสุนัขให้นำไปฉีดวัคซีน และร่วมกำจัดสุนัขเถื่อน

2.6 จัดหาน้ำสะอาดและกำจัดขยะมูลฝอยสิ่งปฏิกูล

- แนะนำการเก็บกักน้ำไว้ใช้เมื่อจำเป็น
- แนะนำประชาชนในการบริโภคน้ำสะอาด
- การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์พาหะนำโรค แมลงวัน หนู ยุง
- ร่วมกับประชาชนณรงค์กำจัดสิ่งปฏิกูล ขุดลอกคูคลองระบายน้ำ

2.7 การรักษาพยาบาลเบื้องต้น

- ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการโดยใช้ยาสามัญประจำบ้าน
- ปฐมพยาบาลก่อนการส่งต่อ เช่น ทำแผล เข้าเฝือกชั่วคราว ตัดไหม
- ตรวจวัดความดันโลหิต วัดอุณหภูมิของร่างกาย นับชีพจร และการ

หายใจ

- ตรวจปัสสาวะค้นหาโรคเบาหวาน

2.8 จัดหาที่จำเป็นไว้ใช้ในชุมชน

- จัดหา และให้คำแนะนำการใช้ยาสามัญประจำบ้าน
- ส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาการใช้สมุนไพร

2.9 ทันตสาธารณสุข

- ให้ความรู้ จัดนิทรรศการ สาธิต การป้องกัน และรักษาโรคในช่องปาก
- จัดหา จำหน่ายแปรงสีฟัน ยาสีฟัน
- ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลรักษาฟัน

2.10 สุขภาพจิต และยาเสพติด

- จัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกัน แก้ไขปัญหา ยาเสพติด
- ส่งเสริมให้มีกลุ่มชมรมต่างๆ ในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชน
- จัดกิจกรรมออกกำลังกาย
- จัดกิจกรรมทางศาสนา และประเพณีต่างๆ

2.11 การป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ

- เฝ้าระวังและค้นหาภาวะความดันโลหิตสูงโดยการตรวจวัดความดัน

โลหิต

- เฝ้าระวังและตรวจค้นหาผู้ป่วยเบาหวาน
- ให้ความรู้ แนะนำในการป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัย

2.12 การคุ้มครองผู้บริโภค

- ให้ความรู้ แนะนำการบริโภคที่เป็นอันตราย เช่น ยาหมอมดอายุ สีส้ม

อาหาร สารกันบูด

- จัดกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภค

2.13 การป้องกัน แก้ไขมลภาวะสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ เป็นภัย

- ร่วมจัดสภาพแวดล้อมของชุมชน เช่น การปลูกต้นไม้ในชุมชน ที่

สาธารณะ

- ร่วมมือประสานงานกับองค์กรต่างๆ เพื่อเฝ้าระวังและจัดการ

สิ่งแวดล้อมในชุมชน

2.14 การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์

- ให้ความรู้ เผยแพร่ข่าวสาร การป้องกันโรคเอดส์
- ให้ความช่วยเหลือ แนะนำการดูแลผู้ป่วยตามอาการ
- ให้คำแนะนำ ประชาชน ญาติ ให้ยอมรับผู้ป่วยติดเชื้อ ให้สามารถอยู่

ร่วมกันในชุมชน

3. เป็นผู้ประสานงานสาธารณสุข และงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

- ประสานงานกับอาสาสมัครสังคมสงเคราะห์ในเรื่องความรุนแรงในเด็กและสตรี
- ร่วมสนับสนุนกิจกรรมชุมชน

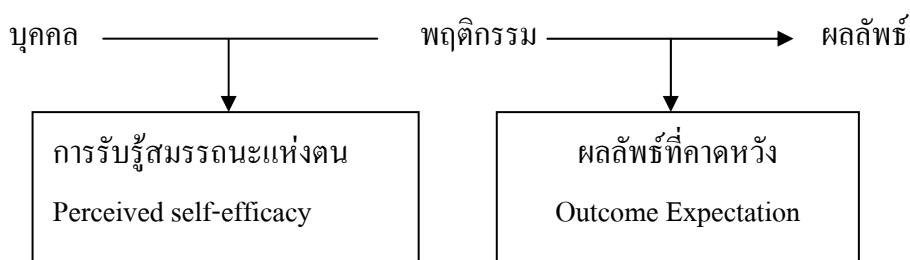
อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นตัวแทนของประชาชนในชุมชนที่ได้รับการคัดเลือก หรือสมัคร เข้าอบรมความรู้ และฝึกปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพในเบื้องต้น สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชนตามความรู้ และบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย (สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2551:1) จากบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นผู้มีความสำคัญในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยเป็นต้นแบบในการสร้างสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มอายุตั้งแต่เด็กจนถึงผู้สูงอายุ และเป็นผู้ประสานข้อมูลข่าวสารระหว่างประชาชนในชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากการศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน

จากการสอบถามอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบจำนวน 11 ราย ไม่สามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ เนื่องจากปัจจุบันกระบวนการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขแผนการสอน และสื่อการสอนที่ใช้ ยังไม่มีแบบแผนไปในทางเดียวกัน(สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2551:9-10) อาสาสมัครสาธารณสุข ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ยังไม่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มศักยภาพ อาสาสมัครบางรายไม่สามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่ประชาชนในชุมชนได้อย่างสัมฤทธิ์ผล การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จึงมีความจำเป็น เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีความเชื่อมั่นในการถ่ายทอดความรู้ เกิดทักษะ มีความมั่นใจ สามารถสื่อสารข้อมูล ให้คำแนะนำ ปรึกษาการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้อย่างยั่งยืนต่อไป

2.3 แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน(Self-efficacy) ของแบนดูรา (Bandura ,1997)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีแนวคิดพื้นฐานจากการศึกษาพฤติกรรมมนุษย์ มีการวิเคราะห์เงื่อนไขและสิ่งเร้าของพฤติกรรมโดยที่พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมไม่แยกจากกัน มีความเชื่อว่า บุคคลถ้ามีการรับรู้สมรรถนะของตนเอง โดยทราบว่าจะต้องทำอะไร ทำอย่างไรและเมื่อทำสำเร็จแล้วผลที่เกิดขึ้นจะได้ผลตามที่คาดหวังไว้ บุคคลก็จะกระทำสิ่งนั้นๆ ดังนั้นถ้าบุคคล มีความเชื่อในสมรรถนะของตนเอง และมีแรงจูงใจที่จะพยายามไปสู่ความสำเร็จ และจะสามารถควบคุมตนเองให้เกิดพฤติกรรมหรือการกระทำที่ต้องการ

ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของบุคคลจะมีส่วนในการตัดสินใจในการปฏิบัติครั้งต่อไป และพฤติกรรมของบุคคลจะเปลี่ยนไปในทิศทางใด ขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ที่ได้รับจากสังคม และสิ่งแวดล้อมที่จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับบุคคล แบนดูรา(Bandura,1997) ได้อธิบายและทำนายพฤติกรรมของบุคคลมีประกอบด้วย 2 ส่วนคือการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และผลลัพธ์ที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้น โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองมีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆของบุคคล (แผนภูมิที่ 2.1)



แผนภูมิที่ 2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Bandura,1997:22)

1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) หมายถึงการรับรู้ของบุคคลว่าตนเองมีสมรรถนะ ความสามารถที่จะปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมที่ต้องการนั้นจนได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ เป็นความคาดหวังที่เกิดก่อนการกระทำพฤติกรรม การรับรู้ที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับ 3 มิติ (Bandura, 1997:43)

1.1 ระดับความยากง่าย (Level or Magnitude) หมายถึงการรับรู้ระดับความยากง่ายของบุคคลในการเลือกกระทำสิ่งต่างๆ ซึ่งเช่นถ้ามอบหมายงานที่ยากเกินไปให้กับบุคคลที่มีสมรรถนะแห่งตนต่ำ งานก็จะล้มเหลว

1.2 ความเป็นสากล (Generality) หมายถึงการรับรู้ถึงความสำเร็จที่เคยประสบ แล้วส่งผลต่อสมรรถนะแห่งตน มีความเชื่อมั่นไปยังสถานการณ์อื่นๆด้วย เนื่องจากประสบการณ์บางอย่างก่อให้เกิดความสามารถในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกันได้

1.3 ความเข้มแข็ง (Strength) หมายถึงการรับรู้ว่าคุณมีสมรรถนะความสามารถเพียงพอที่จะกระทำโดยการพิจารณาจากความเป็นไปได้

2. ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Outcome Expectation) หมายถึงความคาดหวังผลที่เกิดจากความเชื่อที่บุคคลประเมินแล้วว่าพฤติกรรมที่ตนเองกระทำนั้นจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตนเองต้องการ เป็นคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการได้กระทำพฤติกรรมแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ด้านกายภาพ ด้านสังคม และด้านการประเมินตนเอง ในแต่ละด้านประกอบด้วยความคาดหวังในทางบวกคือสิ่งที่จูงใจให้กระทำพฤติกรรม และความคาดหวังในทางลบคือสิ่งที่จูงใจไม่ให้เกิดพฤติกรรมนั้น

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

		สูง	ต่ำ
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำ แน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ แน่นอน

แผนภูมิที่ 2.2 ความแตกต่างระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Bandura, 1997:22)

จากแผนภูมิที่ 2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการ และดำเนินการกระทำพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยที่ความเชื่อนั้นจะกำหนดแนวความคิด ความรู้สึก เกิดแรงจูงใจให้บุคคลสามารถกระทำได้ในระดับใด บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงและมีความคาดหวังในผลลัพธ์ความสำเร็จ มีแนวโน้มที่จะกระทำ แม้ต้องเผชิญกับปัญหาที่ยุ้งยากหรือพบสิ่งท้าทายจะสามารถแก้ไขได้โดยใช้ความพยายาม เมื่อพบความล้มเหลวผิดพลาดจะประเมินว่ามีความพยายามไม่เพียงพอ หรือขาดความรู้ ขาดทักษะ ในทางตรงข้ามบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ จะประเมินงานที่ยากเป็นภาวะคุกคาม จะ

พยายามหลบหลีกหนีการกระทำนั้นและเมื่อพบความผิดพลาดจะมองว่าตนเองด้อยค่า ขาดความสามารถ

กลวิธีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มี 4 วิธี (Bandura , 1997:79 -113) ได้แก่

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) แบนดูรา เชื่อว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาความรู้และสมรรถนะของตน และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าวิธีอื่นๆ เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรง ประสบการณ์ความสำเร็จเป็นสิ่งที่เพิ่มความสมรรถนะของตนเองโดยที่บุคคลเชื่อว่าสามารถทำได้ ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการรับรู้สมรรถนะของตนเองจำเป็นต้องฝึกให้มีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จและได้ใช้ทักษะที่ฝึกปฏิบัติมาได้อย่างมากที่สุด บุคคลที่รับรู้สมรรถนะแห่งตนจะไม่ยอมแพ้ หรือท้อถอย แต่จะมีความพยายามเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

2. การได้รับประสบการณ์จากบุคคลอื่นหรือการใช้ตัวแบบ (Vicarious Experience) ทั้งที่ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว จากการที่ได้เห็นผู้อื่นแสดงพฤติกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจะทำให้บุคคลรับรู้สมรรถนะ ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะบุคคลที่อยู่วัยใกล้เคียงกัน ความสามารถและประสบการณ์ในอดีตที่ไม่ต่างกัน บุคคลนั้นจะเกิดความรู้สึกว่าสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้ามีความพยายาม และไม่ย่อท้อ ลักษณะของตัวแบบที่ส่งผลให้บุคคลมีสมรรถนะที่จะกระทำได้เช่น การแก้ปัญหาของผู้ที่มีความกลัว การดูตัวแบบทำให้อลดความกลัวในการแก้ปัญหาลงได้

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) การได้รับคำพูดโน้มน้าวของผู้อื่นมาช่วยเสริมกำลังใจ เป็นการสื่อสารที่จะทำให้เกิดความร่วมมือ จะทำให้บุคคลนั้นกระทำให้เกิดความสำเร็จได้ เป็นวิธีที่ใช้ง่าย และเป็นที่ยอมรับกันแพร่หลาย แบนดูรา(Bandura,1997:101) กล่าวว่าควรใช้ร่วมกับการประสบความสำเร็จของบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไปตามลำดับขั้นตอน พร้อมกับการใช้คำพูดชักจูงด้วยจะได้ผลดีในการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนของบุคคล

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) บุคคลที่อยู่ในสภาพอารมณ์ที่มีความวิตกกังวล ความเครียด ความกลัว ความอ่อนล้า ความเจ็บปวด จะนำไปสู่สมรรถนะแห่งตนที่ต่ำลง ถ้าอารมณ์ดังกล่าวมีมากขึ้นทำให้บุคคลไม่สามารถแสดงสมรรถนะแห่งตนออกมาได้ นำไปสู่ประสบการณ์แห่งความล้มเหลว แต่ถ้าบุคคลนั้นสามารถลด ระวัง หรือควบคุมอารมณ์นั้นได้ จะทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนดีขึ้น สามารถแสดงออกได้ดีขึ้น

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ตามแนวคิดของแบนดูรา(Bandura,1997) ซึ่งนำมาประยุกต์ใช้ โดยใช้กลวิธีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การ

ได้รับประสบการณ์จากบุคคลอื่นโดยใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นทางอารมณ์ ด้วยการให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับข้อมูลความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ได้มีโอกาสทดลองปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ได้เห็นผู้วิจัยสาธิตทำการบริหารกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า ได้เห็นรูปภาพจากคู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ได้เห็นภาพจากวิดีโอวีดิทัศน์เรื่องการดูแลรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม ได้รับฟังคำพูดโน้มน้าว ให้กำลังใจ ได้รับการกระตุ้นและระบายความรู้สึก และมีการซักถามโดยใช้หลักการและเหตุผลในการอธิบาย การเชื่อมบ้านกับอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อประเมินทักษะที่อาสาสมัครสาธารณสุขได้นำไปปฏิบัติกับผู้สูงอายุที่ดูแลในชุมชน ทักษะที่เพียงพอจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นและประสบความสำเร็จและบรรลุถึงเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชนได้อย่างมั่นใจ

2.4 รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทัศนวรรณ สังวรภัย (2554) ศึกษาผลของการประคบด้วยความร้อนต้น การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา และการสนับสนุนที่บ้านต่อระดับอาการปวดข้อ ข้อฝืดและการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ ที่มีระดับความรุนแรงอยู่ในระดับน้อยถึงมาก จำนวน 78 คน แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองจำนวน 39 คนได้รับการสนับสนุนที่บ้านประกอบด้วยการให้ความรู้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่บ้านเกี่ยวกับการดูแลข้อเข่า ฝึกทักษะการประคบด้วยความร้อนต้น การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการทดลองพบว่าอาการปวดเข่าลดลง อาการข้อฝืดลดลง และสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จุฑาวดี วงษ์สมบัติ (2553 : 57) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อเส้นรอบเอว ดัชนีมวลกายและความดันโลหิต ของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัวเกิน เป็นการวิจัยกึ่งทดลองกับผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัวเกินจำนวน 90 คนแบ่งเป็น 2 กลุ่มทดลอง กลุ่มทดลองที่1ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดิน อีก1 กลุ่มได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายแบบซิทก และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ใช้เวลา 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัวเกินของกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จิตติมา อินทร์เนตร์ (2553:109-111) ศึกษาการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนกึ่งเขตเมือง กลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คนใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์โดยมีกิจกรรมการให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุพบว่า หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นิชริมา ศรีจันทร์ (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างคือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกจำนวน 30 คน ได้รับการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำปรึกษาทางโทรศัพท์ ระยะเวลา 6 สัปดาห์ และติดตามผลหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนการรับรู้ความสามารถ และคะแนนความคาดหวังผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มยุรี บุญวรรณ (2553:53) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะและความยั่งยืนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการในคลินิกอนามัยการเจริญพันธุ์ ศูนย์อนามัยที่ 11 จังหวัดนครราชสีมา ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ได้แก่แบบสอบถามและแบบประเมิน เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลองประกอบด้วยหุ่นจำลองเต้านม แผนการสอน ภาพพลิก แผ่นพับ วิดีทัศน์เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และตัวแบบบุคคลจากสตรีที่ประสบความสำเร็จในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยในกลุ่มควบคุม 32 ราย ได้รับการสอนตามกิจวัตรจากเจ้าหน้าที่ กลุ่มทดลอง 32 ราย ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากผู้วิจัย ผลการวิจัยพบว่าสตรีกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีคะแนนทักษะในการตรวจเต้านมสูงกว่าสตรีกลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามกิจวัตรจากเจ้าหน้าที่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รัตนาวลี ภักดีสมัย (2553) ศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาปวดข้อเข่าของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านบาก อำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษาปัญหา และพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่า และข้อเข่าฝืดในตอนเช้าจำนวน 30 คนโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ดูแล ประธานอสม. ผู้ใหญ่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่า อาการปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุเกิดจากการใช้ข้อผิดวิธี น้ำหนักเกินมาตรฐาน และเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการขาดแนวทางในการให้การดูแล จึงใช้วิธีการประชุมระดมสมองหาแนวทาง

วางแผนการดูแล มีการพัฒนา และใช้คู่มือในการอบรม อสม.แกนนำ การเยี่ยมบ้าน ให้ความรู้ ร่วมกับการใช้คู่มือบริหารข้อเข้า การประเมินผลหลังการปฏิบัติการ 1 เดือน พบว่าผู้สูงอายุสามารถ บริหารข้อเข้าได้ด้วยตนเอง และปรับวิถีชีวิต ลดอาการปวดของข้อเข้าทำให้การเคลื่อนไหวสะดวก ขึ้น

สุภาพร ศศิจันทร์ (2553:5) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการ ข้อเข้าในโรคข้อเข้าเสื่อมของผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคข้อเข้าเสื่อมโรงพยาบาล ปทุมธานี พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความรุนแรงของอาการข้อเข้าในโรคข้อเข้า เสื่อม ได้แก่ค่าดัชนีมวลกาย และการใช้ไม้เท้าช่วยพยุงเวลาเดิน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทางลบกับ ความรุนแรงของอาการข้อเข้าในโรคข้อเข้าเสื่อม ได้แก่อาชีพหลักในปัจจุบัน ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพ ชีวิตโดยรวม ได้แก่ความรุนแรงของอาการข้อเข้าในโรคข้อเข้าเสื่อม ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคข้อเข้า เสื่อม การนั่งยองๆ การมีโรคแทรกซ้อนและการนั่งคุกเข่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับ คุณภาพชีวิตโดยรวม ได้แก่การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของโรคข้อเข้า เสื่อม และระยะเวลาที่รับการรักษาด้วยวิธีการแพทย์แผนปัจจุบัน

เบญจยามาศ พิลายนต์ (2552:85-87) ศึกษาผลของระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ ความรู้ต่อการดูแลตนเองและควบคุมอาการ โรคข้อเข้าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง กรุงเทพมหานคร โดยออกแบบแผนกิจกรรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้จากการ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura,1997) โดยการให้ความรู้และออก กำลังกาย ใช้เวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีอาการ โรคข้อเข้าเสื่อม การจัด อภิปรายกลุ่มย่อยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองร่วมกันในประเด็นการ ควบคุมน้ำหนัก การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา การจัดการความปวด และการปรับเปลี่ยนอริยาบท ให้ ข้อมูลย้อนกลับและชี้แนะการเสนอตัวแบบ การแข่งขันชิงรางวัล การเยี่ยมบ้าน การกระตุ้นเตือน ศักยภาพในการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมอาการของโรคข้อเข้าเสื่อมโดยไม่ต้องใช้ยา พบว่าสามารถ เพิ่มการรับรู้ ความคาดหวังผลลัพธ์ พฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมอาการ โรคข้อเข้าเสื่อม ในผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ยังขาดความต่อเนื่อง และไม่ยั่งยืน

สุภาวดี เจียชุม (2551:45-53) ศึกษาประสิทธิผลของโครงการป้องกันการเกิดอาการ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเอง (Bandura,1997) ร่วมกับแรง สนับสนุนทางสังคมของกลุ่มแม่บ้านจักสานกระจุในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปวดเมื่อย กล้ามเนื้อ จังหวัดพัทลุง ใช้เวลาในการดำเนินการวิจัย 9 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลอง 31 คนได้รับ กิจกรรมการเรียนรู้ตามโปรแกรมการบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม คู่มือปฏิบัติ การเรียนรู้จากตัวแบบ การสาธิต และฝึกปฏิบัติจริงสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ประกอบด้วย การให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับระบบ

กล้ามเนื้อ ความผิดปกติ การเกิดอาการปวดเมื่อย และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เน้นผลดีของการปฏิบัติเพื่อให้เกิดความหวังในผลดี และการรับรู้ความสามารถของตน การอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับระยะเวลาในการทำงานที่เหมาะสม และการทำกิจกรรมระหว่างพัก การสนับสนุนทางสังคมโดยจัดให้มีการเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ และเป็นการกระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดี พฤติกรรมการป้องกันการปวดเมื่อย การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมดีขึ้น และระดับการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แคมเบลล์ และคณะ (Campbells et al.,2008:162-167) ศึกษาการยอมรับของประชาชนต่อบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในประเทศแอฟริกาใต้ เนื่องจากความขาดแคลนบุคลากรด้านสาธารณสุข การเพิ่มบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 23 คน มีการประชุมอภิปราย 17 ครั้ง ได้แก่การสัมภาษณ์เชิงลึก 12 ครั้ง ละการประชุมกลุ่ม (Focus group) 5 ครั้ง โดยความพยายามหาแนวทางการเพิ่มความรู้ ทักษะ การฝึกปฏิบัติในการพยาบาลแบบปฐมภูมิที่บ้านผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่มใช้เวลา 3 ปี พบว่าการเพิ่มบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขและความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ จำเป็นต้องเพิ่มความพยายาม การแลกเปลี่ยนความคิดของอาสาสมัครสาธารณสุข การสนับสนุนจากสังคม และต้องมีโครงสร้างการสนับสนุน เช่นค่าจ้าง

เพลล์และคณะ (Pells et al.,2007:340-347) ศึกษาสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ สมรรถนะแห่งตนในการต่อต้านการรับประทานอาหารสัมพันธ์กับความปวด การจำกัดความเคลื่อนไหว และพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบที่มีอาการปวดเข่า น้ำหนักเกินและอ้วนจำนวน 174 คน มีค่า BMI 25-42 ปรากฏว่าสมรรถนะแห่งตนสัมพันธ์กับความปวด 14% สัมพันธ์กับการจำกัดการเคลื่อนไหว 10% สมรรถนะด้านอารมณ์และสมรรถนะแห่งตนในการต่อต้านการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์ 21% กับตัวแปรความไม่สบายด้านจิตใจ แต่ไม่สามารถทำนายสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมความปวดและการทำหน้าที่ของร่างกายได้ อย่างไรก็ตามสมรรถนะแห่งตน มีความสำคัญในการทำความเข้าใจความปวดและพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบที่มีอาการปวดเข่า น้ำหนักเกิน และอ้วนได้

ยิปและคณะ(Yip et al.,2007:113-121) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในประเทศฮ่องกง เพื่อบรรเทาอาการปวด การทำหน้าที่ของข้อและการรับบริการด้านสุขภาพ โดยประยุกต์ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (The Self-efficacy) ของแบนดูรา(Bandura) ระหว่างธ.ค. 2002-พ.ค.2003 กิจกรรมโปรแกรม ประกอบด้วยการเรียนรู้ครั้ง

ละ 2 ชั่วโมง 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีการนำกลุ่มโดยพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกฝนกลุ่มย่อย เรียนรู้พื้นฐานการจัดการตนเอง จุดมุ่งหมายการเรียนรู้คด ขสร้างข้อตกลงเบื้องต้น มุ่งที่การวางแผน ดำเนินการและการสอนให้กลุ่มตัวอย่าง เรื่องวิธีการต่างๆในการจัดการกับโรคข้อเข่าเสื่อม เช่น จัดการอาการปวดเข่า ความเมื่อยล้า ข้อจำกัดการเคลื่อนไหวในแต่ละวันและความเครียด โดยมีการ ออกแบบให้กลุ่มตัวอย่างได้มีทักษะความสามารถในการจัดการตนเอง หัวข้อครอบคลุมถึง 1) รูปแบบการจัดการตนเอง 2) ความคาดหวังด้านการแพทย์ในการจัดการความปวด 3)การป้องกันข้อ เข่า 4) กิจกรรมทางกาย 5) การรักษาที่เหมาะสม 6)การจัดการความเครียด 7)โภชนาการ8)ทักษะการ สื่อสารที่เหมาะสม โดยมีพื้นฐานการศึกษานำร่อง กลุ่มตัวอย่างหลายคนได้แสดงความคิดเห็นต่อห การเรียน การออกกำลังกาย การเคลื่อนไหวและการลดอาการปวดเข่า มีการตั้งเป้าหมายของการออก กกำลังกาย และได้รับการตอบรับเชิงบวกจากพยาบาลในทุกๆสัปดาห์ การออกกำลังกายมี 3 แบบ ได้แก่ การยืดเหยียด การเดิน และไทเก็ก เป็นการทำให้มีการเคลื่อนไหวของข้อเพิ่มขึ้น ค่าเฉลี่ย ผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาการปวดข้อลดลง ความ เมื่อยล้าลดลง มีการออกกำลังกายต่อสัปดาห์เพิ่มขึ้นความสามารถงอเข่าได้มากขึ้น และเพิ่มควา สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การพบแพทย์เรื่องปวดข้อโดยไม่ได้นัดนัดน้อยลงประมาณ 3 เท่าในกลุ่มทดลอง ไม่มีการเปลี่ยนแปลงความแข็งแรงของกล้ามเนื้อทั้ง 2 กลุ่ม การได้รับกิจกรรมนี้ ส่งผลดีในการช่วยลดความปวด ความเมื่อยล้า การหมุนของข้อเข่า การออกกำลังกายเป็นประจำ การ พบแพทย์เรื่องการปวดข้อโดยไม่ได้นัดนัดหมาย และการทำงานของข้อดีขึ้น หลัง 16 สัปดาห์

เชลบีและคณะ (Shelby et al.,2008:912-919) ศึกษาสมรรถนะแห่งตน ในการบรรเทา อาการปวดและข้อจำกัดการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีน้ำหนักเกินและอ้วน กลุ่ม ตัวอย่าง 192 คนพบว่าการปวดสามารถบรรเทาได้ต้องใช้กลวิธีการเรียนรู้ และสมรรถนะแห่งตน สามารถเพิ่มได้ จากการได้รับการฝึกปฏิบัติทักษะร่วมกับความสามารถส่วนบุคคล

กล่าวโดยสรุป การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นแนวคิดที่นำมาประยุกต์ใช้ในการสร้าง ความเชื่อมั่นให้กับบุคคลได้ โดยมีวิธีการพัฒนาจากประสบการณ์ความสำเร็จ การใช้ประสบการณ์ จากคนอื่นหรือตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูง การกระตุ้นทางอารมณ์ สามารถเพิ่มความรู้ การรับรู้ สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติ หรือการกระทำในการดูแลผู้ โภลัชิต หรือผู้อื่นได้ดีขึ้น เป็นความเชื่อมั่นในสมรรถนะความสามารถของตนเอง เพื่อจัดการ พฤติกรรมและการดำเนินการกระทำนั้นให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ให้สำเร็จ ปัจจุบันประชาชน ในชุมชนสามารถเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพของรัฐได้อย่างทั่วถึง โดยอาศัยรูปแบบการนำชุมชน เข้ามามีส่วนร่วม ผู้ดูแลที่ดี มีความสามารถในการให้บริการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม จำเป็นต้อง

เป็นผู้ที่ได้รับความรู้ ได้รับการฝึกปฏิบัติ ให้มีความสามารถ มีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น และมีทักษะในการดูแลเฉพาะด้านอย่างมีประสิทธิภาพ

ในปัจจุบันบุคลากรด้านสุขภาพที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข ปฏิบัติหน้าที่ดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชนอยู่ทั่วทุกชุมชน นับเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่สำคัญในการดูแลประชาชนทุกกลุ่ม แต่เนื่องจากข้อจำกัดของหลักสูตร ปฐมนิเทศของอาสาสมัครสาธารณสุข มีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นเท่านั้น จึงต้องมีการอบรมเพิ่มพูนความรู้ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง การเพิ่มพูนความรู้เฉพาะเรื่อง การนำประสบการณ์ การเสริมสร้างความรู้ ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การคาดหวังในผลลัพธ์ จากการดูแล และการพัฒนาทักษะ ไปประยุกต์ใช้การดูแลสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุข ครอบครัว และชุมชนได้อย่างกว้างขวาง (Rifkin, 1996 as cited in Cambell, 2008:164)

ถ้าอาสาสมัครสาธารณสุขมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชนก็จะมีความกระตือรือร้น พยายามที่จะกระทำกิจกรรมให้สำเร็จโดยไม่ย่อท้อ ในทางตรงกันข้ามถ้าหากอาสาสมัครสาธารณสุขมีสมรรถนะแห่งตนต่ำ อาจส่งผลให้การปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมน้อยลงหรือไม่ปฏิบัติเลย ซึ่งมีผลต่อการติดตามดูแล ผู้สูงอายุ ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน นอกจากความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพให้ความสนใจศึกษาเรื่องสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยนำทฤษฎี สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ทั้งนี้เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนา และการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

**โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน
ต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของ
อาสาสมัครสาธารณสุข**

ประกอบด้วย

การให้ความรู้ เรื่อง

- โรคข้อเข่าเสื่อม
- การปรับเปลี่ยนนริยาบทในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อชะลอความรุนแรงของโรค
- การออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรงของข้อเข่า
- การควบคุมอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว

การใช้ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ

- การสาธิต การทดลองฝึกปฏิบัติ
- การฝึกทักษะจากง่ายไปยาก การทำซ้ำจนประสบความสำเร็จ
- การเยี่ยมบ้าน

การรับประสบการณ์จากบุคคลอื่นหรือตัวแบบ

- การแลกเปลี่ยนประสบการณ์
- การใช้คู่มือ และชมวิดีโอ

การชักจูงด้วยคำพูด และการกระตุ้นทางอารมณ์

- การใช้คำพูดโน้มน้าวให้กำลังใจ
- การอธิบายด้วยหลักการและเหตุผล

ตัวแปรตาม

1. ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุข
3. ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
4. ทักษะการให้คำแนะนำของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

แผนภูมิที่ 2.3 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยมีองค์ประกอบวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. วิธีการดำเนินการวิจัย
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest – posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มทดลองได้รับ การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ศึกษาผลก่อน และหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง

O1	X1	X2	X3	X4	H					O2
สัปดาห์	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

กลุ่มเปรียบเทียบ

O3										O4
สัปดาห์	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

แผนภูมิที่ 3.1 รูปแบบการวิจัย

O1 O3 หมายถึง การรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม

O2 O4 หมายถึง การรวบรวมข้อมูลภายหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม

X1 หมายถึง การรับความรู้จากชมวิทัศน์ และผู้วิจัยบรรยายเนื้อหาความรู้โรคข้อเข่าเสื่อม แจกคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

X2 หมายถึง การทบทวนความรู้ การสาธิต การฝึกปฏิบัติ ในเรื่องการบรรเทาอาการปวดโดยการปรับเปลี่ยนท่าทาง อริยาบถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา

X3 หมายถึง การทบทวนความรู้และเพิ่มทักษะในเรื่องการบรรเทาอาการปวด โดยการปรับเปลี่ยนท่าทาง อริยาบถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา การประคบด้วยความร้อนและความเย็น โดยการใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นหรือน้ำเย็นประคบให้ทั่วบริเวณข้อเข่าเสื่อมเป็นสถานที่จำลองในห้องประชุมเพื่อการเรียนรู้ร่วมกัน

X4 หมายถึง การทบทวนความรู้และเพิ่มทักษะในเรื่องการบรรเทาอาการปวดโดยการปรับเปลี่ยนท่าทาง อริยาบถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา เพื่อความแข็งแรงของข้อเข่า การควบคุมน้ำหนักตัว การประคบด้วยความร้อนและความเย็น โดยใช้ตัวแบบเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้ฝึกการมีประสบการณ์ที่สำเร็จด้วยตนเอง สร้างสมรรถนะความมั่นใจ ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนการนำไปปฏิบัติจริงในชุมชน

H หมายถึง การร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมผู้วิจัยสังเกต ทักษะการให้คำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโดยการเยี่ยมบ้านพร้อมอาสาสมัครสาธารณสุข รายละ 1 ครั้ง

3.2 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

32.1 ประชากร

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้มีการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีลักษณะเบื้องต้นก่อนการศึกษาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันได้แก่ เพศ อายุ การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขปฏิบัติหน้าที่และอาศัยในพื้นที่เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขเขตลาดกระบัง ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 46 กันตารัตนุทิศ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ซึ่งมี 4 แขวง ประกอบด้วยแขวงลาดกระบัง แขวงทับยาว แขวงชุมทอง และแขวงลำปลาทิว ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขปฏิบัติหน้าที่และรับผิดชอบประชาชนในชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ ซึ่งมีลักษณะเป็นชุมชนชานเมือง ประชาชนมีความเป็นอยู่และวิถีชีวิตที่คล้ายคลึงกัน ใช้การสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากเลือกแขวงเพื่อแบ่งกลุ่มได้แก่แขวงลาดกระบัง และแขวงชุมทอง เป็นกลุ่มทดลอง แขวงทับยาวและแขวงลำปลาทิว เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ หลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และให้กลุ่มตัวอย่างมีความใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยพิจารณาองค์ประกอบด้านเพศ อายุ (ต่างกันไม่เกิน 5 ปี) แล้วสุ่มเข้ากลุ่มตัวอย่างและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 ราย

การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อเข้าร่วมการทดลองตามเกณฑ์ดังนี้

1) เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

- อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
- มีความสามารถในการอ่าน เขียนหนังสือและสามารถสื่อสารได้
- มีผู้สูงอายุขอเข้าเยี่ยมในความรับผิดชอบอย่างน้อย 1 คน
- มีประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างน้อย 1 ปี
- มีความยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้

2) เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

- ผู้เข้าร่วมวิจัยมีการย้ายสถานที่ทำงานหรือที่อยู่อาศัย

3.2.3 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ใช้การคำนวณประมาณค่า Effect size โดยมีการนำค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความแตกต่างของประชากร 2 กลุ่มมาคำนวณ (Cohen, 1988:21)

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

d = ขนาดอิทธิพล (Effect size) ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

m_1 = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

m_2 = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มเปรียบเทียบ

σ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

การหาค่ากลางของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Cohen, 1988:21)

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sigma_1^2 + \sigma_2^2}{2}}$$

σ_1 = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง

σ_2 = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มเปรียบเทียบ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาที่ใกล้เคียงกันคือการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (จิตติมา อินทร์เนตร์, 2553:92) โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) จึงนำค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง(55.2, 8.4) ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนภายหลังการทดลอง (64.1, 7.7) มาคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) โดยการแทนค่าในสูตร ได้ผลดังนี้

$$\text{ขนาดอิทธิพล} = \frac{|64.1 - 55.2|}{\sqrt{\frac{(8.4)^2 + (7.7)^2}{2}}} = 1.1$$

จากการคำนวณได้ค่าขนาดอิทธิพล มีค่ามากกว่า 0.80 ประมาณค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ จึงนำค่าขนาดอิทธิพล = 0.80 นำไปเปิดตารางประมาณค่าขนาดตัวอย่าง กำหนดค่า $\alpha = .05$ (Polit & Hungler, 1999:492) ที่ Power = 80 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คนเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 20 % จึงมีขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งหมด 60 คน

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข หมายถึงโปรแกรมการให้ความรู้ เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมในหัวข้อเรื่องสาเหตุ อาการ อาการแสดง การรักษา การปรับเปลี่ยนท่าทาง อริยาบถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อชะลอความรุนแรงของโรค การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา เพื่อความแข็งแรงของข้อเข่า การควบคุมน้ำหนักตัว การประคบด้วยความร้อนและความเย็น การใช้ยาบรรเทาอาการปวด ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมประกอบด้วยแผนกิจกรรมดังนี้

1) แผนการจัดกิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) เป็นแผนการให้ความรู้จากการชมวิดีโอทัศน์ และผู้วิจัยบรรยายเนื้อหาความรู้โรคข้อเข่าเสื่อม เกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ อาการแสดง การรักษา โดยการปรับเปลี่ยนท่าทาง อริยาบถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อชะลอความรุนแรงของโรค แจกคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

2) แผนการจัดกิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) เป็นการทบทวนความรู้ การสาธิต การฝึกปฏิบัติ ในเรื่องการบรรเทาอาการปวดโดยการปรับเปลี่ยนท่าทาง อริยาบถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา

3) แผนการจัดกิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) เป็นแผนการทบทวนความรู้และเพิ่มทักษะในเรื่องการบรรเทาอาการปวด โดยการปรับเปลี่ยนท่าทาง อริยาบถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา การประคบด้วยความร้อนและความเย็น โดยปฏิบัติตามบทบาทสมมติ ให้อาสาสมัครสาธารณสุขให้คำแนะนำผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นสถานการณ์ที่จำลองในห้องประชุมเพื่อการเรียนรู้ร่วมกัน

4) แผนการจัดกิจกรรมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) เป็นแผนการทบทวนความรู้และเพิ่มทักษะในเรื่องการบรรเทาอาการปวดโดยการปรับเปลี่ยนท่าทาง อริยาบถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา เพื่อความแข็งแรงของข้อเข่า การควบคุมน้ำหนักตัว การประคบด้วยความร้อนและความเย็น โดยการใช้ตัวแบบเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้ฝึกการมีประสบการณ์ที่สำเร็จด้วยตนเอง สร้างสมรรถนะความมั่นใจ ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนการนำไปปฏิบัติจริงในชุมชน

5) แผนการติดตามเยี่ยมบ้าน (สัปดาห์ที่ 5 และ 6) เป็นแผนการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมพร้อมอาสาสมัครสาธารณสุขรายละ 1 ครั้ง ผู้วิจัยสังเกต ทักษะการให้คำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครัวเรือน ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบ และการได้รับความรู้เรื่องข้อเข่าเสื่อมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม ที่ผู้วิจัยสร้างจากการศึกษาดำรงและการทบทวนวรรณกรรม โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ อาการแสดง การรักษา การบรรเทาอาการปวดโดยการปรับเปลี่ยนท่าทาง อริยาบถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา เพื่อความแข็งแรงของข้อเข่า การควบคุมน้ำหนักตัว การประคบด้วยความร้อนและความเย็น การใช้ยาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นแบบเลือกตอบจำนวน 12 ข้อ (ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน) โดยมีการประเมินแบบอิงเกณฑ์ของบลูม(Bloom,1976) มีช่วงคะแนน 0-12 คะแนนค่าความเชื่อมั่นโดยวิธี Kruder-Richardson (KR-20) = 0.68 กำหนดเป็น 3 ระดับได้แก่

ระดับสูง	คะแนนมากกว่าร้อยละ 80	ช่วงคะแนนที่ 9-12
ระดับปานกลาง	คะแนนร้อยละ 60-79	ช่วงคะแนนที่ 5-8
ระดับต่ำ	คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60	ช่วงคะแนนที่ 1-4

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในเรื่องการบรรเทาอาการปวดโดยการปรับเปลี่ยนท่าทาง อริยาบถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา เพื่อความแข็งแรงของข้อเข่า การควบคุมน้ำหนักตัว การประคบด้วยความร้อนและความเย็น การใช้ยาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนตำราและงานวิจัยอื่น มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อมีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

มั่นใจมาก	4 คะแนน
มั่นใจปานกลาง	3 คะแนน
มั่นใจเล็กน้อย	2 คะแนน
ไม่มั่นใจ	1 คะแนน

หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) = 0.71

ผลรวมของคะแนนการรับรู้ระหว่าง 36-48 คะแนน (คะแนนสูง) หมายถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนดีในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ส่วนที่ 4 แบบประเมินผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นชุดคำถามที่แสดงถึงความเชื่อของอาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น ภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนตำราและงานวิจัยอื่นๆประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า การให้คะแนนรายข้อขึ้นกับระดับความรู้สึกรู้สึกของอาสาสมัครสาธารณสุข มี 5 ระดับดังนี้

คะแนนรายข้อ	ด้านบวก
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
เห็นด้วย	4
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) = 0.90

ส่วนที่ 5 แบบประเมินทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในเรื่องการออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรงของข้อเข่า การควบคุมอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว โดยการใช้แบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามของฐิติมา อินทร์เนตร์ (2553) และจากการทบทวนตำราและงานวิจัยอื่น มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

ทำได้ถูกต้อง	2 คะแนน
ทำได้ถูกต้องบางส่วน	1 คะแนน
ทำไม่ได้	0 คะแนน

ผลรวมของคะแนนทักษะระหว่าง 10-20 คะแนน (คะแนนสูง) หมายถึงการมีทักษะดีในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมค่าความเชื่อมั่นโดยวิธี Kruder-Richardson (KR-20) = 0.78

3.3.3 การดำเนินการสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

- 1) ศึกษาเนื้อหาทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จากตำรางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ อาสาสมัครสาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม
- 2) กำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหาแบบสอบถามให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย
- 3) สร้างข้อคำถามและกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน

3.3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีขั้นตอนดังนี้

- 1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยการนำแบบสอบถาม และคู่มืออาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ (1.ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ 2.ผู้เชี่ยวชาญด้านกระดูก และกล้ามเนื้อ 3.ผู้เชี่ยวชาญด้านอาสาสมัครสาธารณสุข) เมื่อผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาความถูกต้องเหมาะสม ชัดเจน และครอบคลุมของเนื้อหา และมีการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะแล้ว นำแบบสอบถามมาคำนวณหาค่าความเที่ยงตรงและความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ
- 2) การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Try out) โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างและไม่ใช้อยู่ในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจำนวน ในแขวงคลองสองต้นนุ่น เขตลาดกระบัง จำนวน 35 คน เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเครื่องมือ
- 3) การนำเครื่องมือไปใช้ ภายหลังจากทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการนำไปทดลองใช้และมาทำการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือด้านต่างๆแล้ว ได้มีการนำแบบสอบถามมาปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสมด้านรูปแบบและภาษาก่อนการนำไปใช้จริงในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บข้อมูลจนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย โดยผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์และขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล การขอความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ ชี้แจงด้วยวาจา และมีการลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาที่ต้องการโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล การตอบแบบสัมภาษณ์ไม่มีการระบุชื่อ นามสกุล ผู้วิจัยจะถือข้อมูลทั้งหมดเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล ข้อมูลทั้งหมดจะนำเสนอการอภิปราย พิมพ์เผยแพร่ ในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น ขั้นตอนการวิจัยไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อกลุ่มทดลอง

3.4 วิธีการดำเนินการวิจัย

ขั้นเตรียมการ

- 1) ภายหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยส่งหนังสือแนะนำตัวและขอเก็บข้อมูลในชุมชนไปยัง ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 46 กันตารัตติ อุทิศ ประธานชุมชนและประธานอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการวิจัย
- 2) ผู้วิจัยประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดโครงการ ให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการลงนามในหนังสือยินยอมตนด้วยความสมัครใจ
- 3) ผู้วิจัยจัดเตรียมคู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข
- 4) ผู้วิจัยจัดเตรียมสถานที่ และอุปกรณ์ที่จำเป็นใช้ในการวิจัย

ขั้นดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง ใช้ระยะเวลา 10 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมติดต่อกัน 4 สัปดาห์สัปดาห์ละ 1 ครั้งครั้งละ 2 ชั่วโมง ดังต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1 (แผนการจัดกิจกรรมครั้งที่ 1) เป็นแผนการให้ความรู้จากชมวิดิทัศน์ และผู้วิจัยบรรยายเนื้อหาความรู้โรคข้อเข่าเสื่อม เกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ อาการแสดง การรักษา การบรรเทาอาการปวดโดยการปรับเปลี่ยนท่าทาง อริยาบถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวผู้วิจัย อาสาสมัครสาธารณสุขแนะนำตัวกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์การจัดกิจกรรมในครั้งนี้
3. นำเข้าสู่บทเรียน บอกสถานการณ์ และสอบถามความรู้เดิม และสิ่งที่ต้องการเรียนรู้
4. นำเสนอวิดิทัศน์โรคข้อเข่าเสื่อม
5. กลุ่มช่วยกันสรุปโดยผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมส่วนที่ขาด
6. แจกคู่มือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข
7. นัดหมายการร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่2 (แผนการจัดกิจกรรมครั้งที่ 2)เป็นการทบทวนความรู้ การสาธิต การฝึกปฏิบัติ ในเรื่องการปรับเปลี่ยนท่าทางอริยาบถในชีวิตประจำวันเพื่อชะลอความรุนแรงของโรค การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิก ทบทวนสิ่งที่ได้จากกิจกรรมครั้งที่แล้ว
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์การจัดกิจกรรมในครั้งนี้
3. นำเข้าสู่บทเรียน การสุ่มถามความรู้โรคข้อเข่าเสื่อมและเชื่อมโยงเข้าสู่บทเรียน
4. ผู้วิจัยอธิบาย รายละเอียด วิธีการใช้คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม
5. ให้เรียนรู้ตามใบงาน (เรื่องการออกกำลังกายกล้ามเนื้อขาและการควบคุมอาหาร)
6. กลุ่มช่วยกันสรุปโดยผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมส่วนที่ขาดเพื่อส่งเสริมความมั่นใจให้อาสาสมัครได้กลับไปให้คำแนะนำผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม
7. นัดหมายการร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่3 (แผนการจัดกิจกรรมครั้งที่3) เป็นแผนการทบทวนความรู้และเพิ่มทักษะในเรื่องการ โดยการปรับเปลี่ยนท่าทาง อริยาบถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา การประคบด้วยความร้อนและความเย็น โดยการใช้คู่มือการปฏิบัติในบทบาทสมมติ อาสาสมัครฝึกการให้คำแนะนำผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ใช้สถานการณ์ที่จำลองในห้องประชุมเพื่อการเรียนรู้ร่วมกัน

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิก ทบทวนสิ่งที่ได้จากกิจกรรมที่ผ่านมาและผู้วิจัยสอบถามปัญหาอุปสรรคในการนำไปใช้จริง อาสาสมัครสาธารณสุขได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์การจัดกิจกรรมในครั้งนี้เข้าสู่บทเรียน
3. ให้อาสาสมัครสาธารณสุขแสดงบทบาทสมมติ ฝึกทักษะและหาแนวทางร่วมกันการให้คำแนะนำ ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน
4. กลุ่มช่วยกันสรุปโดยผู้วิจัยกล่าวชื่นชมในความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อปฏิบัติหน้าที่ในการช่วยเหลือส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน
5. นัดหมายการร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 4 (แผนการจัดกิจกรรมครั้งที่ 4) เป็นแผนการทบทวนความรู้และเพิ่มทักษะในเรื่องการปรับเปลี่ยนท่าทาง อริยาบถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อชะลอความรุนแรงของโรค การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา เพื่อความแข็งแรงของข้อเข่า การควบคุมน้ำหนักตัว การประคบด้วยความร้อนและความเย็น โดยการใช้ตัวแบบเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้ฝึกการมีประสบการณ์ที่สำเร็จด้วยตนเอง สร้างสมรรถนะความมั่นใจ ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนการนำไปปฏิบัติจริงในชุมชน

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิก ทบทวนสิ่งที่ได้จากกิจกรรมที่ผ่านมาและผู้วิจัยสอบถามปัญหาอุปสรรคในการนำไปใช้จริง อาสาสมัครสาธารณสุขได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การจัดกิจกรรมในครั้งนี้
3. ผู้วิจัยสาธิต ถ่ายทอดการให้คำแนะนำความรู้และทักษะการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมแก่อาสาสมัครสาธารณสุข
4. อาสาสมัครสาธารณสุขได้ฝึกทักษะการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโดยการใช้ตัวแบบเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมจากชุมชน
5. ผู้วิจัยใช้คำพูดชักจูงให้เกิดการปฏิบัติซ้ำหลายๆครั้งเพื่อส่งเสริมสมรรถนะ ความมั่นใจในการการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน
6. นัดหมายเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมพร้อมอาสาสมัครสาธารณสุขคนละ 1 ครั้ง
7. นัดหมายการร่วมกิจกรรมอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 10

สัปดาห์ที่ 5-6 ผู้วิจัยร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมคนละ 1 ครั้ง

สัปดาห์ที่ 7-9 ไม่มีกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 10 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเป็นครั้งที่ 2 ซึ่งเป็นระยะหลังการทดลอง(Post-test) และกล่าวยุติการดำเนินกิจกรรม

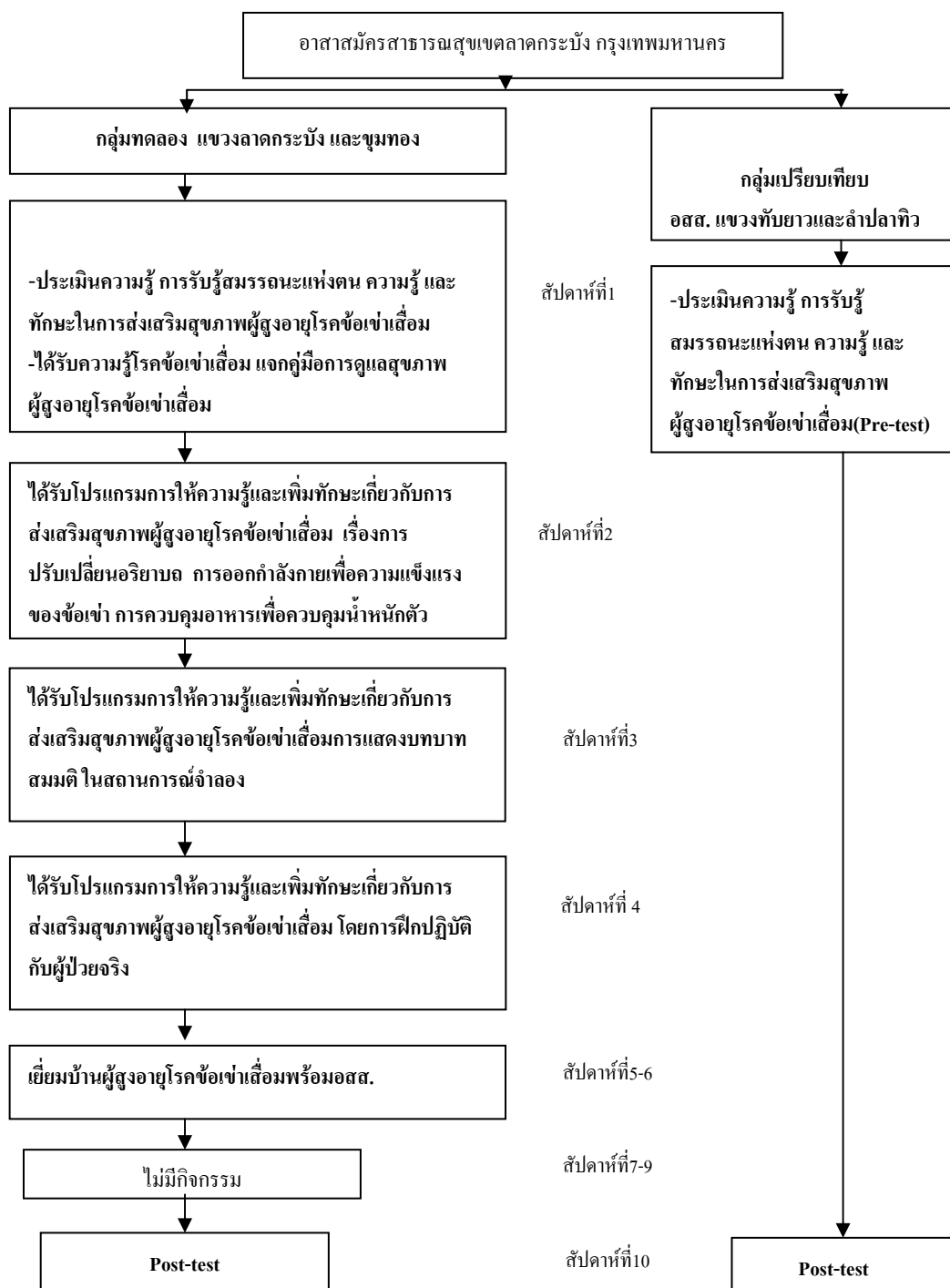
ขั้นตอนการในกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ ๒ ภายหลังการทดลองแล้ว ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมโดยใช้การบรรยายและสื่อวีดิทัศน์ พร้อมมอบคู่มือดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มเปรียบเทียบทุกราย

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยการนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดังนี้

1. ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์กลุ่มตัวอย่างนำมาแจกแจงความถี่โดยการนำเสนอในรูปแบบตารางแสดงจำนวนและร้อยละ
2. การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมใช้สถิติวิเคราะห์ Paired t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%
3. การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ใช้สถิติวิเคราะห์ Chi-square Test และ Independent t- test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%



แผนภูมิที่ 3.2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานี้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ของศูนย์บริการสาธารณสุข 46 กันตารัตินุทิศ เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร ดำเนินการศึกษาดังแต่เดือนพฤษภาคม ถึง กรกฎาคม 2555 ระยะเวลาทั้งหมด 10 สัปดาห์ มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในสัปดาห์แรก และสัปดาห์สุดท้ายของการทดลอง นำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐาน

2.1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนการทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

2.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2.3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (30คน)		กลุ่มเปรียบเทียบ (30คน)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	6	20.0	6	20.0	
หญิง	24	80.0	24	80.0	
อายุ					
20-45	6	20.0	3	10.0	0.56 ^a
46-60	12	40.0	14	46.7	
>60	12	40.0	13	43.3	
$\bar{x} \pm SD$	57.6 $\pm$ 10.746		59.1 $\pm$ 9.767		
สถานภาพสมรส					
โสด	2	6.7	2	6.7	0.67 ^b
คู่	25	83.3	19	63.3	
หม้าย/หย่า/แยก	3	10.0	9	30.0	
ศาสนา					
พุทธ	25	83.3	28	93.3	0.51 ^b
อิสลาม	5	16.7	2	6.7	

^a independent t-test

^b chi-square test

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (30คน)		กลุ่มเปรียบเทียบ (30คน)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	12	40.0	20	66.7	0.95 ^b
มัธยมศึกษา	7	23.3	5	16.7	
อนุปริญญา/ปวช./ปวส.	4	13.3	2	6.7	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	7	23.3	3	10.0	
อาชีพ					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	26.7	22	73.3	0.24 ^b
รับจ้าง	7	23.3	4	13.3	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	8	26.7	2	6.7	
อื่นๆ	7	23.3	2	6.7	
รายได้ (บาท)					
0-2,000	7	23.3	9	30.0	0.81 ^a
2,001-5,000	7	23.3	9	30.0	
5,001-10,000	11	36.7	11	36.7	
มากกว่า 10,000	5	16.7	1	3.3	
$\bar{x} \pm SD$	6173.33	± 5012.51	5886.67	± 3910.70	

^a independent t-test^b chi-square test

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (30คน)		กลุ่มเปรียบเทียบ(30คน)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่อส. (ปี)					
1-5	5	16.7	3	10.0	0.48 ^a
6-10	6	20.0	6	20.0	
มากกว่า 10	19	63.3	21	70.0	
จำนวนผู้สูงอายุที่ดูแล (คน)					
1-2	14	46.7	6	20.0	0.03 ^a
3-5	11	36.7	8	26.7	
มากกว่า 5	5	16.7	16	53.3	

^a independent t-test

จากตารางที่ 4.1 ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขสูงทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีลักษณะข้อมูลทั่วไปคล้ายคลึงกัน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80 ทั้งสองกลุ่ม) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 57.6ปี (S.D.=10.74) กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 59.1ปี (S.D.=9.76) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 83.3 และ 63.3 ตามลำดับ นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 83.3 และ 93.3 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40 และ 66.7 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 26.7 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 26.7 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 73.3 กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยคือ 6,173 บาทต่อเดือน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้เฉลี่ย 5,886 บาทต่อเดือน ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขมากกว่า 10 ปี ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีจำนวนผู้สูงอายุที่ดูแล 1-2 คน ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีจำนวนผู้สูงอายุที่ดูแลมากกว่า 5 คนและทั้งสองกลุ่มภายในระยะเวลา 1 ปีไม่เคยได้รับการอบรมความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมาก่อน

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบ

2.1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t-test	df	p-value
	(n=30)		(n=30)				
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม	7.03	1.771	6.53	1.408	1.210	58	0.230
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	33.07	2.947	31.67	5.973	1.151	58	0.254
ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	28.57	1.633	28.70	2.037	-0.280	58	0.781
ทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุข	8.17	1.555	10.57	3.245	-3.653	58	0.001

จากตารางที่ 4.2 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คนเมื่อเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดค่า ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.05 ($p < 0.01$) พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนการทดลอง เท่ากับ 0.50 ($t = 1.210$ $p = 1.327$) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนการทดลอง เท่ากับ 1.40 ($t = 1.151$ $p = 0.254$) คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ที่คาดหวัง ก่อนการทดลองเท่ากับ -0.133 ($t = -0.228$ $p = 0.781$) คะแนนเฉลี่ยทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนการทดลอง เท่ากับ -2.40 ($t = -3.653$ $p = 0.001$) สถิติ ยกเว้นคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบ สูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$)

จึงสรุปผลการศึกษาค้นคว้าได้ว่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม สมรรถนะ แห้งตุน และผลลัพธ์ที่คาดหวัง ก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบ สูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$)

2.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห้งตุน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง และในกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห้งตุน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง และในกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อน		หลัง		t-test	df	p-value
	การทดลอง		การทดลอง				
	(n=30)		(n=30)				
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม							
กลุ่มทดลอง	7.03	1.771	10.20	1.423	10.304	29	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	6.53	1.408	5.73	1.874	1.897	29	0.068
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน							
กลุ่มทดลอง	33.07	2.947	44.07	2.778	17.343	29	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	31.67	5.973	31.13	3.381	0.436	29	0.666
ผลลัพธ์ที่คาดหวัง							
กลุ่มทดลอง	28.57	1.633	44.77	3.450	24.233	29	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	28.70	2.037	33.90	3.089	9.695	29	< 0.001
ทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุข							
กลุ่มทดลอง	8.16	1.555	17.10	1.647	20.711	29	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	10.57	3.245	10.73	2.935	1.153	29	0.258

จากตารางที่ 4.3 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนเฉลี่ย

ในกลุ่มทดลอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน เมื่อเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.05 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนการทดลอง เท่ากับ 7.03 หลังการทดลอง เท่ากับ 10.20 ($t=10.304$, $p < 0.001$) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนการทดลอง เท่ากับ 33.07 หลังการทดลอง เท่ากับ 44.07 ($t=17.343$, $p < 0.001$) คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ที่คาดหวังก่อนการทดลองเท่ากับ 28.56 หลังการทดลอง เท่ากับ 44.76 ($t=24.233$, $p < 0.001$) คะแนนเฉลี่ยทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนการทดลอง เท่ากับ 8.16 หลังการทดลอง เท่ากับ 17.10 ($t=20.711$, $p < 0.001$) (ตารางที่ 4.3)

จึงสรุปผลการศึกษานี้ได้ว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$

ในกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน เมื่อเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.05 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนการทดลอง เท่ากับ 6.53 หลังการทดลอง เท่ากับ 5.73 ($t= -1.897$ $p = 0.068$) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนการทดลอง เท่ากับ 31.67 หลังการทดลอง เท่ากับ 31.13 ($t=0.436$ $p = 0.666$) คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ที่คาดหวังก่อนการทดลองเท่ากับ 28.70 หลังการทดลอง เท่ากับ 33.90 ($t=9.695$ $p < 0.001$) คะแนนเฉลี่ยทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนการทดลอง เท่ากับ 10.57 หลังการทดลอง เท่ากับ 10.73 ($t=1.153$ $p = 0.258$) (ตารางที่ 4.3)

จึงสรุปผลการศึกษานี้ได้ว่าภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ ยกเว้นผลลัพธ์ที่คาดหวัง ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$

ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวังและทักษะในการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการทดลอง

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t-test	df	p-value
	(n=30)		(n=30)				
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม	10.20	1.424	5.73	1.874	10.394	58	<0.001
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	44.07	2.778	31.13	3.381	16.188	58	<0.001
ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	44.77	3.451	33.90	3.089	12.851	58	<0.001
ทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุข	17.10	1.647	10.73	2.935	10.360	58	<0.001

จากตารางที่ 4.4 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คนเมื่อเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.05 ($p < 0.01$) พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม ภายหลังการทดลอง เท่ากับ 4.467 ($t = 10.394$, $p < 0.001$) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนภายหลังการทดลอง เท่ากับ 12.933 ($t = 16.188$, $p < 0.001$) คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ที่คาดหวัง ภายหลังการทดลองเท่ากับ 10.867 ($t = -12.851$, $p < 0.001$) คะแนนเฉลี่ยทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุข ภายหลังการทดลอง เท่ากับ 6.367 ($t = 10.360$, $p < 0.001$) จึงสรุปผลการศึกษานี้ได้ว่าภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ของอาสาสมัครสาธารณสุข ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$

สรุปผลการเปรียบเทียบ ภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$

บทที่ 5 อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขของศูนย์บริการสาธารณสุข 46 กันตารัตนุทิศ เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึง เดือนกรกฎาคม 2555 ระยะเวลาทั้งหมด 10 สัปดาห์ โดยก่อนเริ่มการทดลอง มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในสัปดาห์แรกและสัปดาห์สุดท้ายของการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล อภิปรายผลการวิจัยดังนี้

1) อภิปรายตามคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 46-60 ปี สถานภาพสมรส คู่ นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท มีระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขนานกว่า 10 ปี ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้สูงอายุ 1-2 คน กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้สูงอายุ มากกว่า 5 คน ในกลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาที่สูงกว่า และมีการประกอบอาชีพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชชชัย วีระกิติกุล (2552:78),เอกรินทร์ โปตะเวช (2551:269) พรทิพย์ จักขุทิพย์ (2551:11) และรัชช วิเชียรประภา (2555:57) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส คู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเฉลี่ย 13.6 ปี เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4.1)

2) อภิปรายผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ยกเว้นคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบ สูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) แต่ภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยทักษะของกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งไม่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ไม่แตกต่างจากก่อนทดลอง

สรุปได้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยทักษะ จากการได้รับกิจกรรมตามโปรแกรม ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เป็นไปตามแนวคิดของเบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการรับรู้ การตัดสินใจพิจารณาของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะทำการตอบสนองบางอย่างโดยเฉพาะ ความสามารถนั้นไม่ตายตัว ยืดหยุ่นได้ตามสภาพการณ์ โดยสิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก ขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาวะการณ์นั้นๆ และจะแสดงความสามารถนั้นออกมา

3) อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย 1 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมสูงกว่าก่อนการทดลอง

ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย คือภายหลังการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

จากตารางที่ 4.2 ซึ่งอธิบายได้ว่าจากรูปแบบโปรแกรมที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนแนวความคิดของ แบนดูรา (Bandura, 1997) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาที่ยุ่งยาก หรือขาดความรู้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาวดี เจียชุม (2551:45-53) ศึกษาประสิทธิผลของโครงการป้องกันการเกิดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มแม่บ้านจักสานกระจุคในการเปลี่ยนแปลงการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถ ผลลัพธ์ที่คาดหวังของพฤติกรรมป้องกันการปวดเมื่อยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ภายหลังได้รับกิจกรรมการให้ความรู้พื้นฐาน การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม มีคู่มือปฏิบัติ และการฝึกปฏิบัติจริง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อในความสามารถของตน มีแรงจูงใจและพยายามที่จะปฏิบัติหรือกระทำไปสู่ความสำเร็จ เพื่อให้เกิดผลตามที่คาดหวังไว้ และจะควบคุมตนเองให้เกิดพฤติกรรมตามต้องการได้ โดยมีปัจจัยแห่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4 ประการ ได้แก่ 1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) 2. การใช้ตัวแบบ (Modeling) 3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) 4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) สอดคล้องกับการศึกษาของบุศรินทร์ รัตนาสีธิ (2547:50-58) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถ ความเครียด ความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา ผลการวิจัยพบว่าญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของกนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ (2554:31-47) ศึกษาผลการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกายและค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura ที่ประกอบด้วย แผนการสอน ภาพพลิก ตัวอย่างอาหาร ตัวแบบผู้สูงอายุ วีดีโอ ซีดีและคู่มือพฤติกรรมกรบริโภคและการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุจะเน้นเฉลี่ยพฤติกรรมกรบริโภคและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความคาดหวังในผลลัพธ์เกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นนั้น เป็นการตัดสินใจว่าจะเกิดผลใดจากการกระทำเช่นการยอมรับจากสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของนิธิตา ธารีเพียร(2548:113-116) ศึกษาผลของการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของผู้ประกอบอาชีพทำอิฐมอญ พบว่าความคาดหวังผลลัพธ์ของการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างในกลุ่มทดลองเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของเบญจยามาศ

พิลายนต์ (2552:85-87) ศึกษาผลของระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเอง และควบคุมอาการโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง(Bandura,1997) พบว่าเพิ่มการเรียนรู้และความคาดหวังผลลัพธ์ในพฤติกรรม การดูแลตนเองและควบคุมอาการโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความเชื่อเรื่องความสามารถของตนเองในการจัดการ และดำเนินกิจกรรมตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ เป็นความรู้สึกเชื่อมั่นหรือคาดหวังก่อนการกระทำใน 3 มิติ ประกอบด้วยมิติของระดับความคาดหวัง(Level of magnitude) การรับรู้ความยากง่ายของการกระทำ มิติของระดับความคาดหวัง(Generality) เป็นความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตน การรับรู้ถึงความสำเร็จที่ผ่านมา ส่งผลให้เกิดประสบการณ์ในการกระทำ และมิติของความเข้มแข็ง ความมั่นใจ (Strength) เป็นความสามารถที่จะพิจารณาตนเองว่ามีความสามารถที่จะกระทำ จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติตนในเรื่องเฉพาะอย่างได้ และประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจะมีส่วนในการตัดสินใจครั้งต่อไป การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน จำเป็นต้องฝึกให้มีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จ และได้ใช้ทักษะที่ฝึกปฏิบัติมาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของมยุรี บุญวรรณ (2553:41-52) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะและความยั่งยืนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura,1997) พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะการตรวจด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานการวิจัย 2 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความคาดหวังผลลัพธ์ และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย กล่าวคืออาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความคาดหวังผลลัพธ์ และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากตารางที่ 4 ซึ่งอธิบายได้จากรูปแบบโปรแกรมที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิด การรับรู้สมรรถนะแห่งตน(Bandura,1997) ประกอบด้วยการให้ความรู้ เรื่องสาเหตุ อาการ การแสดง การรักษา การเปลี่ยนท่าทาง และอธิบายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อชะลออาการของโรค การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา การควบคุมน้ำหนักตัว การประคบด้วยความร้อนและความเย็น ซึ่งมีเนื้อหาที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม การเรียนรู้จากสิ่งที่เคยกระทำทำให้ประสบ

ความสำเร็จ และมีประสิทธิภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข ได้ทดลองฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง นับเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ การรวมกลุ่มได้เห็นตัวแบบพฤติกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขคนอื่นๆ ที่อยู่ในวัยใกล้เคียงกัน มีความสามารถและประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่ไม่แตกต่างกัน มีความมุ่งมั่นที่จะประสบความสำเร็จได้เช่นเดียวกัน การได้รับคำพูดโน้มน้าวและสร้างแรงจูงใจจากผู้วิจัย และอาสาสมัครสาธารณสุขคนอื่น ทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่มมากขึ้น มีการจัดกิจกรรมการพูดโน้มน้าว สร้างแรงจูงใจ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การใช้สื่อวีดิทัศน์ การใช้คู่มือ เน้นการให้ความรู้ ทั้งนี้จากการสังเกตขณะติดตามการเยี่ยมบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถให้คำแนะนำและสาธิต ทำให้ได้รับการยอมรับและเชื่อถือจากผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว มีผลทำให้อาสาสมัครสาธาณสุขกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะของกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้รับโปรแกรมก่อนและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของจิตติมา อินทร์เนตร์ (2553: 111) ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ทำให้ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (two-group pretest posttest quasi-experimental research) การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบผลตามโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ของศูนย์บริการสาธารณสุข 46 กันตารัตนุทิศ เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 60 ราย และจับฉลากสุ่มแบบง่ายได้อาสาสมัครสาธารณสุขแขวงลาดกระบัง และแขวงชุมทอง เป็นกลุ่มทดลองอาสาสมัครแขวงทับยาวและแขวงลำปลาทิวเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการอบรมความรู้และรับคู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมภายหลังการวิจัย ระยะเวลาการศึกษาทั้งสิ้น 10 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม 3) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4) แบบประเมินผลลัพธ์ที่คาดหวัง 5) แบบประเมินทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุข ตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วนำแบบสอบถามไปทดสอบคุณภาพเครื่องมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 คน นำค่าคะแนนความรู้และแบบประเมินทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ได้ไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Kuder-Richardson, KR-20) เท่ากับ 0.68 และ 0.78 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบประเมินความคาดหวังในผลลัพธ์ นำไปวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟา ครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.71 และ 0.90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการคำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square Test) ความแตกต่างในตัวอย่าง 2 กลุ่มอิสระจากกัน (Independent t-test) และความแตกต่างในตัวอย่าง 2 กลุ่มไม่อิสระจากกัน (Paired t-test)

สรุปผลการวิจัย

1) ข้อมูลทั่วไป

อาสาสมัครสาธารณสุขทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีลักษณะข้อมูลทั่วไปส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80 ทั้งสองกลุ่ม) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 57.6 ปี กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 59.1 ปี ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนา พุทธ กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 66.7 ซึ่งมากกว่ากลุ่มทดลองที่ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา น้อยกว่าคิดเป็นร้อยละ 40.0 กลุ่มทดลองใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 26.7 และไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 26.7 ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพคิดเป็นร้อยละ 73.3 กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยคือ 6,173 บาทต่อเดือน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้เฉลี่ย 5,886 บาทต่อเดือน ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ปฏิบัติหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุขมากกว่า 10 ปี ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีจำนวนผู้สูงอายุที่ดูแล 1-2 คน ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีจำนวนผู้สูงอายุที่ดูแลมากกว่า 5 คน

2) ผลจากการศึกษา

พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยที่ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุข ของกลุ่มเปรียบเทียบสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) แสดงให้เห็นชัดเจนว่า การที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ในเรื่องความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ด้านการบริการ

พยาบาลสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน มาใช้เป็นรูปแบบในการให้ความรู้ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้อื่น ร่วมกับการใช้สื่อ คู่มือ การฝึกปฏิบัติ และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถ สมรรถนะแห่งตน และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขในการปฏิบัติหน้าที่ เป็นการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย ที่ช่วยให้เกิดการพัฒนาแนวทางการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่สำคัญในชุมชนต่อไป โดย

1.1 การนำรูปแบบโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนไปใช้ในการให้ความรู้และส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลสุขภาพประชาชน ควรมีการประยุกต์รูปแบบพัฒนาสื่อการสอนให้สามารถเข้าใจได้ง่าย มีความถูกต้องชัดเจน สะดวกในการนำไปใช้ ควรมีการแบ่งกลุ่มการให้ความรู้เป็นกลุ่มที่มีขนาดเล็กลง ใช้สถานที่ฝึกอบรมในชุมชน หรืออยู่ใกล้ชุมชนให้มากที่สุดเพื่อความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุข

1.2 มีการติดตามการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อเพิ่มสมรรถนะแห่งตน และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน

1.3 กระตุ้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนได้เป็นแกนนำในการขยายเครือข่ายความรู้ และเพิ่มทักษะให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขคนอื่น ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน

2. ด้านการศึกษา

2.1 พยาบาลสาธารณสุขควรมีการเพิ่มสมรรถนะแห่งตน ในเรื่องของการสร้างแรงจูงใจ การใช้คำพูดชักจูง โน้มน้าวอาสาสมัครสาธารณสุขให้เกิดแรงจูงใจ ส่งเสริมการสร้างสมรรถนะแห่งตน และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการปฏิบัติหน้าที่เป็นเครือข่ายการดูแลสุขภาพของบุคคล และครอบครัวในชุมชน

2.2 พยาบาลสาธารณสุขควรศึกษารูปแบบการนำชุมชนกลุ่ม กลุ่มต่างๆ เช่น คณะกรรมการชุมชน เยาวชน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ฯลฯ เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของบุคคล และครอบครัวในชุมชน นอกเหนือจากกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข

3. ด้านการวิจัย

จากการศึกษาพบว่าโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งคนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข มุ่งเสริมสร้างสมรรถนะแห่งคนของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยวิธีการให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้อื่น การใช้สื่อ การฝึกปฏิบัติ และการติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้านร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข สร้างความเชื่อมั่นให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนการนำไปปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน ควรมีการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะแห่งคนร่วมกับแนวความคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้สูงอายุ และชุมชน เพื่อหาแนวทางเหมาะสมมีความยั่งยืน ในการดูแลสุขภาพตามความต้องการของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ให้ครบทั้ง ๔ มิติ ของการพยาบาล ซึ่งได้แก่ การรักษาพยาบาล เบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและ การฟื้นฟูสภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาติดตามความยั่งยืนของโปรแกรมการศึกษาเพื่อประเมินผลการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
2. ศึกษาติดตามผลระยะยาวของโปรแกรมการศึกษาจากผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่อาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มทดลองให้การดูแลในชุมชน
3. ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งคนต่อทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพประชาชนกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ หรือโรคติดต่อที่พบบ่อยในชุมชน โดยพิจารณารูปแบบการปฏิบัติหน้าที่ร่วมกับเจ้าหน้าที่ และผู้เกี่ยวข้องอื่นในชุมชน

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข

THE EFFECTS OF SELF- EFFICACY PROGRAM ON PROMOTION SKILLS AMONG HEALTH VOLUNTEERS IN CARING THE ELDERLY WITH KNEE OSTEOARTHRITIS

ปราณี เรียนถาวร 5237526 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : อรพรรณ แก้วบุญชู, Ph.D.(MEDICAL SCIENCE),
ทัศนีย์ รวีวรกุล, Ph.D.(NURSING)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความสำคัญและที่มาของการศึกษา

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยมากในผู้สูงอายุ เป็นสาเหตุของความพิการ การสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นสาเหตุที่พบบ่อยมากในผู้ป่วยโรคข้อทั้งหมด ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม 21,000,000 คน (Wright,2008:26) สำหรับประเทศไทยพบผู้สูงอายุ 60-70 ปี ข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 46.7 จากรายงานการสำรวจและการติดตามเยี่ยมบ้านประชากรในพื้นที่รับผิดชอบของ ศูนย์บริการสาธารณสุข 46 กันตารัตินุทิศ เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร พบว่ามีผู้ป่วยด้วยอาการปวดเข่าจากภาวะข้อเข่าเสื่อม มากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งในปี พ.ศ. 2552 พบผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 51.4 ของผู้ป่วยโรคที่เกี่ยวข้องกับ กระดูก กล้ามเนื้อ และข้อทั้งหมด

สาเหตุของการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด (สิทธิศักดิ์ หรรษาเวก ,2549) แต่พบว่าเกี่ยวข้องกับการใช้งานของข้อเข่าซ้ำๆเป็นประจำ หรือข้อเข่ารับน้ำหนักมากเกินไป อาจมีสาเหตุจากพันธุกรรม น้ำหนักตัวมาก อาชีพที่ต้องใช้ข้อมาก และอายุเป็นปัจจัยสำคัญที่สุด เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบภายในข้อทำให้กระดูกเสื่อมมากขึ้น

โดยเฉพาะคนไทยที่มีการนั่งพับเพียบ ขัดสมาธิ นั่งยองๆ การสีกหรือจึงเกิดได้มากกว่าปกติ ดังนั้นข้อเข่าเสื่อมจึงเป็นปัญหาหนึ่งของผู้สูงอายุ (บรรลุ ศิริพานิช, 2551) สอดคล้องกับการดำเนินวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตลาดกระบังที่ในปัจจุบัน ยังคงมีวิถีชีวิตแบบกึ่งชนบท การนั่งบนพื้นเพื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเช่นการนั่งรับประทานอาหาร การสวดมนต์ไหว้พระ การนั่งพับเพียบนั่งขัดสมาธิ หรือการนั่งยองๆ การเลี้ยงดูหลานที่เป็นเด็กเล็ก ใช้วิธีการอุ้ม เปรียบเสมือนการยกของหนัก ข้อเข่าต้องรับน้ำหนักมากเกินปกติ ทำให้มีอาการข้อเข่าเสื่อมได้มากยิ่งขึ้น เกิดผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม ได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการปวด จนไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ จนทำให้รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง และการศึกษาของไรท์ (Wright, 2008:27) เสนอแนวทางในการปฏิบัติกับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อวัตถุประสงค์หลักคือการบรรเทาอาการปวด เพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหว โดยหลีกเลี่ยงการใช้ยา การให้ความรู้ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยเพื่อนหรือผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับอาการปวดที่เรื้อรัง ลดอาการปวดข้อเข่า มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เน้นการศึกษากับผู้ป่วยในโรงพยาบาลและในชุมชน แต่จากการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ยังพบผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่ต้องการคำแนะนำช่วยเหลือในชุมชนอีกเป็นจำนวนมาก ตามแนวนโยบายกรุงเทพมหานครในปัจจุบัน เน้นการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี นับเป็นงานที่ท้าทายของพยาบาลสาธารณสุข แต่เนื่องจากข้อจำกัดของจำนวนพยาบาลที่ให้บริการในชุมชน ควรต้องมีการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อให้มีคุณภาพ ครอบคลุมในทุกพื้นที่ จึงมีความจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเป็นเครือข่ายด้านสุขภาพที่มีอยู่ในเกือบทุกชุมชน เป็นผู้ที่ผ่านมาการอบรมพื้นฐานเรื่องการพยาบาล และการดูแลสุขภาพเบื้องต้น และได้รับรู้บทบาทหน้าที่ที่ตนพึงกระทำมาแล้ว (กันยาลักษณ์ เตชะพงศ์วรชัย, 2548:197) จึงเป็นผู้ที่เหมาะสมในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน แต่จากการสัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน และทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบกิจกรรม ที่จะทำให้นุคคลสามารถปฏิบัติงานได้ จะต้องพัฒนาให้มีความรู้ ความสามารถ และมีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ตามแนวความคิดการรับรู้ความสามารถตนเองของเบนดูรา (Bandura, 1997:5) การศึกษาที่ผ่านมายังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการอบรมให้อาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม มีการศึกษาการนำระบบการพยาบาลสนับสนุน การให้ความรู้ และการเพิ่มการรับรู้ในความสามารถของตนเอง และคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นภายหลังการดูแลตนเอง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดกิจกรรม (เบญจยามาศ พิลายนต์

,2552) พบว่าสามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมอาการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนเขตเมือง กรุงเทพมหานคร ได้ แต่ยังคงติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงออกแบบกิจกรรมการให้ความรู้ เน้นการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผลลัพธ์ที่คาดหวัง การเพิ่มทักษะ โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura,1997)โดยมีการออกแบบการจัดอบรมให้ความรู้ โดยใช้สื่อ กลุ่มมือ การฝึกปฏิบัติ ในสถานการณ์จำลอง และสถานการณ์จริง รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อประเมินทักษะในการให้คำแนะนำ การดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน เพื่อส่งเสริมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข จึงเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดการบริการสุขภาพที่เหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ของอาสาสมัครสาธารณสุข

สมมติฐานการวิจัย

1.ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ของอาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขสูงกว่าก่อนการทดลอง

2.ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ของอาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest – posttest design)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้คำนวณค่า ขนาดอิทธิพล (Effect size) Power = 80 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คนเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 20 % จึงมีขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งหมด 60 คน

กลุ่มทดลอง คืออาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่แขวงลาดกระบัง และแขวงชุมทอง ได้รับโปรแกรมกิจกรรม

กลุ่มเปรียบเทียบ คืออาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่แขวงทับยาว และแขวงลำปลาทิว ได้รับความรู้ และคู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมภายหลังสิ้นสุดโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขหมายถึงโปรแกรมการให้ความรู้โรคข้อเข่าเสื่อมในหัวข้อเรื่องสาเหตุ อาการ อาการแสดง การรักษา การปรับเปลี่ยนท่าทาง อริยาบถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อชะลอความรุนแรงของโรค การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา เพื่อความแข็งแรงของข้อเข่า การควบคุมน้ำหนักตัว การประคบด้วยความร้อนและความเย็น การใช้ยาบรรเทาอาการปวด ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมประกอบด้วยแผนกิจกรรมดังนี้

1) แผนการจัดกิจกรรมครั้งที่ 1 เป็นแผนการให้ความรู้ในเรื่อง สาเหตุ อาการ อาการแสดง การรักษา การบรรเทาอาการปวดโดยการปรับเปลี่ยนท่าทาง อริยาบถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา เพื่อความแข็งแรงของข้อเข่า การควบคุมน้ำหนักตัว การ

ประกอบด้วยความร้อนและความเย็น การใช้ยาบรรเทาอาการปวด ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

2) แผนการจัดกิจกรรมครั้งที่ 2 เป็นแผนการทบทวนความรู้ การสาธิต การเพิ่มทักษะในเรื่องการปรับเปลี่ยนท่าทาง อริยาบถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อชะลอความรุนแรงของโรค การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา เพื่อความแข็งแรงของข้อเข่า การควบคุมน้ำหนักตัว การประกอบด้วยความร้อนและความเย็น การใช้ยาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

3) แผนการจัดกิจกรรมครั้งที่ 3 เป็นแผนการทบทวนความรู้และเพิ่มทักษะในเรื่องการปรับเปลี่ยนท่าทาง อริยาบถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อชะลอความรุนแรงของโรค การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา เพื่อความแข็งแรงของข้อเข่า การควบคุมน้ำหนักตัว การประกอบด้วยความร้อนและความเย็น การใช้ยาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยการปฏิบัติในห้องประชุม เป็นสถานการณ์สมมติเป็นเหตุการณ์ที่จำลองเพื่อการเรียนรู้ร่วมกัน

4) แผนการจัดกิจกรรมครั้งที่ 4 เป็นแผนการทบทวนความรู้และเพิ่มทักษะในเรื่องการปรับเปลี่ยนท่าทาง อริยาบถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อชะลอความรุนแรงของโรค การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา เพื่อความแข็งแรงของข้อเข่า การควบคุมน้ำหนักตัว การประกอบด้วยความร้อนและความเย็น การใช้ยาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้ตัวแบบเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้ฝึกการมีประสบการณ์ที่สำเร็จด้วยตนเอง สร้างความมั่นใจในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วนคือ

ส่วนที่1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครัวเรือน ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบ และการได้รับความรู้เรื่องข้อเข่าเสื่อมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

ส่วนที่2 แบบวัดความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม ที่ผู้วิจัยสร้างจากการศึกษาดำรงและการทบทวนวรรณกรรม โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ อาการแสดง การรักษา การบรรเทาอาการปวดโดยการปรับเปลี่ยนท่าทาง อริยาบถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา เพื่อความแข็งแรงของข้อเข่า การควบคุมน้ำหนักตัว การประกอบด้วยความร้อนและความเย็น การใช้ยาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นแบบเลือกตอบจำนวน 12 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธี Kruder-Richardson (KR-20) = 0.68

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในเรื่องการบรรเทาอาการปวดโดยการปรับเปลี่ยนท่าทาง อริยาบถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา เพื่อความ

แข็งแรงของข้อเข่า การควบคุมน้ำหนักตัว การประคบด้วยความร้อนและความเย็น การใช้ยาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) = 0.71

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความคาดหวังผลลัพธ์จากการดูแล เป็นชุดคำถามที่แสดงถึงความเชื่อของอาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นต่อผู้สูงอายุ ภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) = 0.90

ส่วนที่ 5 แบบประเมินทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในเรื่องการมีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธี Kruder-Richardson (KR-20) = 0.78

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองไปวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาบรรยายข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Paired t - test Independent t - test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และ Chi-Square test

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป

อาสาสมัครสาธารณสุขทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีลักษณะข้อมูลทั่วไปคล้ายคลึงกัน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80 ทั้งสองกลุ่ม) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 57.6 ปี กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 59.1 ปี ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 83.3 และ 63.3 ตามลำดับ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว และไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 26.7 เท่ากัน กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 73.3 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยคือ 6,173 บาทต่อเดือน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้เฉลี่ย 5,886 บาทต่อเดือน ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ปฏิบัติหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุขมากกว่า 10 ปี ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีจำนวนผู้สูงอายุที่ดูแล 1-2 คน กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีจำนวนผู้สูงอายุที่ดูแลมากกว่า 5 คน และทั้งสองกลุ่มภายในระยะเวลา 1 ปีไม่เคยได้รับการอบรมความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมาก่อน

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มทดลอง และในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ในกลุ่มทดลอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน เมื่อเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.05 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนการทดลองเท่ากับ 7.03 หลังการทดลอง เท่ากับ 10.20 ($t=10.304$ $p<0.001$) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนการทดลองเท่ากับ 33.07 หลังการทดลอง เท่ากับ 44.07 ($t=17.343$ $p<0.001$) คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ที่คาดหวังก่อนการทดลองเท่ากับ 28.56 หลังการทดลอง เท่ากับ 44.76 ($t=24.233$ $p<0.001$) คะแนนเฉลี่ยทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนการทดลอง เท่ากับ 8.16 หลังการทดลอง เท่ากับ 17.10 ($t=20.711$ $p<0.001$) (ตารางที่ 1)

จึงสรุปผลการศึกษาค้นคว้าได้ว่าภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$

ในกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน เมื่อเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.05 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนการทดลองเท่ากับ 6.53 หลังการทดลอง เท่ากับ 5.73 ($t=-1.897$ $p=0.068$) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนการทดลองเท่ากับ 31.67 หลังการทดลอง เท่ากับ 31.13 ($t=0.436$ $p=0.666$) คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ที่คาดหวังก่อนการทดลองเท่ากับ 28.70 หลังการทดลอง เท่ากับ 33.90 ($t=9.695$ $p<0.001$) คะแนนเฉลี่ยทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนการทดลอง เท่ากับ 10.57 หลังการทดลอง เท่ากับ 10.73 ($t=1.153$ $p=0.258$) (ตารางที่ 1)

จึงสรุปผลการศึกษานี้ได้ว่าภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ ยกเว้นผลลัพธ์ที่คาดหวังภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในกลุ่มทดลอง และในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อน		หลัง		t-test	df	p-value (two-tailed)
	การทดลอง		การทดลอง				
	(n=30)		(n=30)				
	x̄	SD	x̄	SD			
ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม							
กลุ่มทดลอง	7.03	1.771	10.20	1.423	10.304	29	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	6.53	1.408	5.73	1.874	1.897	29	0.068
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน							
กลุ่มทดลอง	33.07	2.947	44.07	2.778	17.343	29	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	31.67	5.973	31.13	3.381	0.436	29	0.666
ผลลัพธ์ที่คาดหวัง							
กลุ่มทดลอง	28.57	1.633	44.77	3.450	24.233	29	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	28.70	2.037	33.90	3.089	9.695	29	< 0.001
ทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุข							
กลุ่มทดลอง	8.16	1.555	17.10	1.647	20.711	29	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	10.57	3.245	10.73	2.935	1.153	29	0.258

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวังและทักษะในการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการทดลอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คนเมื่อเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.05 ($p < 0.01$) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม ภายหลังการทดลอง เท่ากับ 4.467 ($t = 10.394$ $p < 0.001$) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภายหลังการทดลอง เท่ากับ 12.933 ($t = 16.188$ $p < 0.001$) คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ที่คาดหวัง ภายหลังการทดลอง เท่ากับ 10.867 ($t = -12.851$ $p < 0.001$) คะแนนเฉลี่ยทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุข ภายหลังการทดลอง เท่ากับ 6.367 ($t = 10.360$ $p < 0.001$) จึงสรุปผลการศึกษานี้ได้ว่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ภายหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวังและทักษะในการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการทดลอง

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t-test	df	p-value (two-tailed)
	(n=30)		(n=30)				
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม	10.20	1.424	5.73	1.874	10.394	58	<0.001
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	44.07	2.778	31.13	3.381	16.188	58	<0.001
ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	44.77	3.451	33.90	3.089	12.851	58	<0.001
ทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุข	17.10	1.647	10.73	2.935	10.360	58	<0.001

การอภิปรายผล

การอภิปรายผลการศึกษา ได้ผลดังนี้

1) อภิปรายตามคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 46-60 ปี สถานภาพสมรส คู่ นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท มีระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขมากกว่า 10 ปี กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้สูงอายุ 1-2 คน กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้สูงอายุ มากกว่า 5 คน ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาวิจัย วีระกิติกุล (2552:78), เอกรินทร์ โปตะเวช (2551:269) พรทิพย์ จักขุทิพย์ (2551:11) และธวัช วิเชียรประภา (2555:57) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเฉลี่ย 13.6 ปี เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าในด้าน เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส รายได้ การพอเพียงของค่าใช้จ่าย ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข และการได้รับความรู้เรื่องข้อเข่าเสื่อมในรอบ 1 ปี พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในกลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาที่สูงกว่า และมีการประกอบอาชีพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ในกลุ่มเปรียบเทียบมีจำนวนผู้สูงอายุที่อาสาสมัครสาธารณสุขดูแลสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย 1 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมสูงกว่าก่อนการทดลอง

ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย กล่าวคืออาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากตารางที่ 2 ซึ่งอธิบายได้ว่าจากรูปแบบโปรแกรมที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการรับรู้

สมรรถนะแห่งตนและผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนแนวความคิดของ แบนดูรา (Bandura, 1997) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อหรือความมั่นใจ ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการ และดำเนินการกระทำพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ จนประสบความสำเร็จ ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ เป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นก่อนกระทำพฤติกรรม เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาที่ยุงยาก หรือขาดความรู้ ด้านผลลัพธ์ที่คาดหวังเป็นความเชื่อที่บุคคลประเมินว่า พฤติกรรมที่ตนเองกระทำนั้นจะนำไปสู่ผลการกระทำที่ตนเองคาดหวังไว้เป็นการคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมของตน และทักษะเป็นความสามารถเกิดขึ้นได้จากการเรียนรู้จนสามารถปฏิบัติได้ ขึ้นอยู่กับเวลาที่ใช้ปฏิบัติ การสังเกตขณะปฏิบัติงาน และผลของงานก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากพฤติกรรมเดิมไปเป็นพฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร เป็นผลที่ได้จากประสบการณ์ โดยไม่ใช่ผลจากการตอบสนองตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นโดยบังเอิญ

สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาวดี เข้ายุม (2551:45-53) ศึกษาประสิทธิผลของโครงการป้องกันการเกิดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของ แบนดูรา (Bandura, 1997) ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มแม่บ้านจักสานกระจูดในการเปลี่ยนแปลงการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถ ผลลัพธ์ที่คาดหวังของพฤติกรรมป้องกันการปวดเมื่อยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ภายหลังได้รับกิจกรรมการให้ความรู้พื้นฐาน การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม มีคู่มือปฏิบัติ และการฝึกปฏิบัติจริง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อในความสามารถของตน มีแรงจูงใจและพยายามที่จะปฏิบัติหรือกระทำไปสู่ความสำเร็จ เพื่อให้เกิดผลตามที่คาดหวังไว้ และจะควบคุมตนเองให้เกิดพฤติกรรมตามต้องการได้ โดยมีปัจจัยแห่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4 ประการ ได้แก่ 1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) 2. การใช้ตัวแบบ(Modeling) 3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) 4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) สอดคล้องกับการศึกษาของ บุศรินทร์ รัตนาสีทธิ (2547:50-58) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถ ความเครียด ความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา ผลการวิจัยพบว่าญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของกนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ (2554:31-47) ศึกษาผลการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกายและค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura ที่ประกอบด้วย แผนการสอน ภาพพลิก ตัวอย่างอาหาร ตัวแบบผู้สูงอายุ วิดีโอ ซีดีและคู่มือพฤติกรรมบริโภคและการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรม

การเพิ่มสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความคาดหวังในผลลัพธ์เกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นนั้น เป็นการตัดสินใจว่าจะเกิดผลใดจากการกระทำเช่นการยอมรับจากสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของนิธิตา ธารีเพียร(2548:113-116) ศึกษาผลของการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของผู้ประกอบอาชีพทำอิฐมอญ พบว่าความคาดหวังผลลัพธ์ของการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างในกลุ่มทดลองเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของเบญจยามาศ พิลายนต์ (2552:85-87) ศึกษาผลของระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองและควบคุมอาการโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง(Bandura,1997) พบว่าเพิ่มการรับรู้และความคาดหวังผลลัพธ์ในพฤติกรรม การดูแลตนเองและควบคุมอาการโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความเชื่อเรื่องความสามารถของตนเองในการจัดการ และดำเนินกิจกรรมตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ เป็นความรู้สึกเชื่อมั่นหรือคาดหวังก่อนการกระทำใน 3 มิติ ประกอบด้วยมิติของระดับความคาดหวัง(Level of magnitude) การรับรู้ความยากง่ายของการกระทำ มิติของระดับความคาดหวัง(Generality) เป็นความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตน การรับรู้ถึงความสำเร็จที่ผ่านมา ส่งผลให้เกิดประสบการณ์ในการกระทำ และมิติของความเข้มแข็ง ความมั่นใจ (Strength) เป็นความสามารถที่จะพิจารณาตนเองว่ามีความสามารถที่จะกระทำ จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติตนในเรื่องเฉพาะอย่างได้ และประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจะมีส่วนในการตัดสินใจครั้งต่อไป การพัฒนารูปแบบการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จำเป็นต้องฝึกให้มีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จ และได้ใช้ทักษะที่ฝึกปฏิบัติมาให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของชนินฐา นาคะและมยุรี บุญวรรณ (2553:41-52) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะและความยั่งยืนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura,1997) พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะการตรวจด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานการวิจัย 2 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข คณะเนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความคาดหวังผลลัพธ์ และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย กล่าวคืออาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความคาดหวังผลลัพธ์ และทักษะ

ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากตารางที่ 4 ซึ่งอธิบายได้ว่าจากรูปแบบโปรแกรมที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิด การรับรู้สมรรถนะแห่งตน(Bandura,1997) ประกอบด้วยการให้ความรู้ เรื่องสาเหตุ อาการ อาการแสดง การรักษา การเปลี่ยนท่าทาง และอธิบายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อชะลออาการของโรค การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา การควบคุมน้ำหนักตัว การประคบด้วยความร้อนและความเย็น ซึ่งมีเนื้อหาที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม การเรียนรู้จากสิ่งที่เคยกระทำทำให้ประสบความสำเร็จ และมีประสิทธิภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขได้ทดลองฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง นับเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ การรวมกลุ่มได้เห็นตัวแบบพฤติกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขคนอื่นๆ ที่อยู่ในวัยใกล้เคียงกัน มีความสามารถและประสบการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ไม่แตกต่างกัน มีความมุ่งมั่นที่จะประสบความสำเร็จได้เช่นเดียวกัน การได้รับคำพูดโน้มน้าวและสร้างแรงจูงใจจากผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุขคนอื่น ทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่มมากขึ้น มีการจัดกิจกรรมการพูดโน้มน้าว สร้างแรงจูงใจ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การใช้สื่อวีดิทัศน์ การใช้คู่มือ เน้นการให้ความรู้ การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งนี้จากการสังเกตขณะติดตามการเยี่ยมบ้านร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรม อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถให้คำแนะนำและสาธิต ทำให้ได้รับการยอมรับและเชื่อถือจากผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว มีผลทำให้อาสาสมัครสาขาทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะ ของกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้รับโปรแกรมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของปววรรณ วิทย์วานูกุล (2552 : ง) ศึกษาผลของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกายต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้แนวคิดของ Bandura (1986,1997) พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ด้านการบริการ

พยาบาลสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน มาใช้เป็นรูปแบบในการให้ความรู้ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้อื่น ร่วมกับการใช้สื่อ คู่มือ การฝึกปฏิบัติ และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถ สมรรถนะแห่งตน และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขในการปฏิบัติหน้าที่ เป็นการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย ที่ช่วยให้เกิดการพัฒนาแนวทางการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่สำคัญในชุมชนต่อไป โดย

1.1 การนำรูปแบบโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนไปใช้ในการให้ความรู้และส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลสุขภาพประชาชน ควรมีการประยุกต์รูปแบบพัฒนาสื่อการสอนให้สามารถเข้าใจได้ง่าย มีความถูกต้องชัดเจน สะดวกในการนำไปใช้ ควรมีการแบ่งกลุ่มการให้ความรู้เป็นกลุ่มที่มีขนาดเล็กลง ใช้สถานที่ฝึกอบรมในชุมชน หรืออยู่ใกล้ชุมชนให้มากที่สุดเพื่อความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุข

1.2 มีการติดตามการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อเพิ่มสมรรถนะแห่งตน และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน

1.3 กระตุ้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนได้เป็นแกนนำในการขยายเครือข่ายความรู้ และเพิ่มทักษะให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขคนอื่น ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน

2. ด้านการศึกษา

2.1 พยาบาลสาธารณสุขควรมีการเพิ่มสมรรถนะแห่งตน ในด้านการใช้คำพูดชักจูง โน้มน้าวอาสาสมัครสาธารณสุขให้เกิดแรงจูงใจ ในการปฏิบัติหน้าที่เป็นเครือข่ายการส่งเสริม และดูแลสุขภาพของบุคคล และครอบครัวในชุมชน

2.2 พยาบาลสาธารณสุขควรศึกษารูปแบบการนำชุมชนกลุ่ม กลุ่มต่างๆ เช่นคณะกรรมการชุมชน เยาวชน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ฯลฯ เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของบุคคล และครอบครัวในชุมชน นอกเหนือจากกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข

3. ด้านการวิจัย

จากการศึกษาพบว่าโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งคนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข มุ่งเสริมสร้างสมรรถนะแห่งคนของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยวิธีการให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้อื่น การใช้สื่อ การฝึกปฏิบัติ และการติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้านร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข สร้างความเชื่อมั่นให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนการนำไปปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน ควรมีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะแห่งคนร่วมกับแนวความคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้สูงอายุ และชุมชน เพื่อหาแนวทางเหมาะสมมีความยั่งยืน ในการดูแลสุขภาพตามความต้องการของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ให้ครบทั้ง ๔ มิติ ของการพยาบาล ซึ่งได้แก่ การรักษาพยาบาล เบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและ การฟื้นฟูสภาพ

THE EFFECTS OF A SELF- EFFICACY SKILLS ENHANCEMENT PROGRAM FOR HEALTH VOLUNTEERS CARING FOR THE ELDERLY WITH KNEE OSTEOARTHRITIS

PRANEE REINTHAVORN 5237526 PHPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN PUBLIC HEALTH NURSING

THESIS ADVISORY COMMITTEE: ORAWAN KAEWBOONCHOO, Ph.D.(MEDICAL SCIENCE),TASSANEE RAWIWORRAKUL, Ph.D.(NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance

Osteoarthritis has long been regarded as a widespread and persistent public health problem. Although it is not a life-threatening condition, it can affect human health in both direct and indirect ways. There were 21,000,000 patients with osteoarthritis in the United States. (Wright, 2008:26). Founded 46.7 percent of Osteoarthritis in Thai older aged 60-70 years. The data of The Health Center 46 in Lad Krabang district Bangkok founded increasingly of patients with knee pain due to osteoarthritis, in the year 2552 B.E. founded 51.4 percent of patients which bone and muscles problems in the community.

The cause of osteoarthritis is not known maybe associate with the use of the knee repeatedly regularly and excessive weight gain, genetic and their own occupation (Hansawake,S.,B.E.2549). Aging is the most important factor because of changing the bone surface elements. Squatting and cross-legged position caused of osteoarthritis in the elderly (Siriphanich.B., B.E. 2551). The ways semi-rural lifestyle of the older adults in the area of Lad Krabang, Bangkok; sitting on the floor to perform daily activities such as dining, praying, raising grandchildren like heavy lifting to get more weight on the knees than usual. Base on the physical, mental, social, economic,

have been suffering from pain. It is unable to perform daily activities to self-esteem decreased (Chansoontaree,P.,B.E.2543:5). Approaching to treat patients with osteoarthritis, the main purpose is to relieve the pain and for more ability to move by avoiding drug, educating family members, or caregiver for helping patients deal with chronic pain for better quality of life. (Wright, 2008:27)

Early studies focused mainly on the study with patients in the hospital and in the community, but also founded that there were a lot of older people with osteoarthritis living in the community. According The Bangkok Metropolitan guideline focus on caring for the elderly for the better quality of life. It is a challenging task of public health nurses should be developed. However, due to the lack of public health nurses. It is necessary to rely on the community health network to join the action including the health volunteers who were trained on basic nursing and primary care and know their role. (Techapongvorachai.K., B.E. 2548:197). From interviewing with most of health volunteers lack of knowledge and skills on caring the older adults with knee Osteoarthritis so that the purpose of this experimental study was to determine the effectiveness of a Skills Enhancement Program designed with The Self-efficacy Theory. (Bandura, 1997) to promote skills required by health volunteers caring for the elderly with knee osteoarthritis.

There is no empirical evidence of training the health volunteers on caring the older adults with knee osteoarthritis. Nursing support systems and educating with applying the Self-efficacy theory increased awareness of their own abilities and self-care outcome-expectation to increase self-care behaviors in the elderly who live in an urban community, but the lack of tracking continues. (Pilayont.B.,B.E.2552)

Applying the theory of Self-efficacy (Bandura, 1997), researcher was to design activities to educate increasing the perceived efficacy, outcome-expectation and caring skills for older adults with knee osteoarthritis in volunteers. Designed of training knowledge, using the media, the manual for guide practice stimulation and the actual situation including home visit with volunteers for assessing the skills .The development of health services model of the older adults with knee osteoarthritis in community.

Research Objectives

To compare the knowledge, perceived self- efficacy, outcome expectations and skills of health volunteers on caring skills for older adults with knee osteoarthritis within the experimental group, between the experimental group and the comparison group before and after intervention.

Research Hypothesis

1) After an experimental, the health volunteers within the experimental group had better knowledge, perceived self- efficacy, outcome expectations and skills.

2) After an experimental, the health volunteers in the experimental group had better knowledge, perceived self- efficacy, outcome expectations and skills than the comparison group.

Research Methodology

The research was a quasi-experimental design with pretest- posttest two group designs.

Population and sample

In this study, effect size of (Power=80), determining at least 25 samples per group were required for each group in the study . Concerning the attention rate of 20%, at least 30 people per group were needed. Total 60 people were divided in experimental and comparison group.

The experimental group was the volunteers living in Lat krabang and Khum thong Zone and received program for 10 weeks.

The comparison group was the volunteers living in Tupyaw and Lumplathew Zone did not received activities. However, they would receive knowledge and manual after intervention completed.

Research Instruments

1) Instrument of experimental

Include teaching plan of activities for 4 sections (2 hours per session). Session1 for emphasized knowledge of Knee Osteoarthritis. Session 2-4 emphasized Perceive self-efficacy, Outcome expectation and Skills. Teaching materials include manual and VDO about the caring Knee Osteoarthritis.

2) Instrument for the data collection consisted 5 parts of questionnaires.

Part 1: Personal information.

Part 2: Knowledge of Knee Osteoarthritis disease.

Part 3: Perceived Self-efficacy on caring older adults with Knee Osteoarthritis.

Part 4: Outcome expectations on caring older adults with Knee Osteoarthritis.

Part 5: Skills on caring older adults with Knee Osteoarthritis

Data Collection

The study data was collected by using the questionnaires including Personal information, Knowledge of Knee Osteoarthritis disease. , Perceived Self-efficacy, Outcome expectations and Skills before and after intervention.

Data Analysis

The data were analyzed by the statistical program, and present by percentage, mean, standard deviation, Independent t-test, Paired t-test and Chi-square test. The level of significant was less than 0.05.

Results

1) Socio-demographic characteristic

Most of the experimental group and the comparison group were female, aged between 46-60 years and Buddhist. Most graduated education in elementary and most had no occupation. Monthly income mainly between 5,001-10,000 baht and in the experimental group had a higher average income than the comparison group (experimental group 5,012 baht, comparison group 3910 baht). The health volunteers of both groups were in operation period over 10 years. The experimental group care for 1-2 older adults with knee osteoarthritis and the comparison group care for more than 5 people. During the last year, all of the experimental group and the comparison group were not educated of knee osteoarthritis by officers.

2) Comparison of means scores of Knowledge of knee osteoarthritis disease, Perceived self- efficacy, Outcome expectation and Skills within the experimental group and comparison group before and after the intervention.

After the intervention in the experimental group, the means scores of Knowledge of knee osteoarthritis disease, Perceived self- efficacy, Outcome expectation and Skills were statistically significant higher than before intervention ($p < 0.001$) (Table 1)

Table 1 Comparison of average Knowledge of knee osteoarthritis disease, Perceived self- efficacy, Outcome expectation and Skills within the experimental group before and after the experimental.

variable	Before		After		t-test	df	p-value
	Experiment		Experimental				
	al		(n=30)				
	(n=30)						
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD			
knowledge							
experimental group	7.03	1.771	10.20	1.423	10.304	29	< 0.001
comparison group	6.53	1.408	5.73	1.874	1.897	29	0.068
Perceive self-efficacy							
experimental group	33.07	2.947	44.07	2.778	17.343	29	< 0.001
comparison group	31.67	5.973	31.13	3.381	0.436	29	0.666
Outcome expectations							
experimental group	28.57	1.633	44.77	3.450	24.233	29	< 0.001
comparison group	28.70	2.037	33.90	3.089	9.695	29	< 0.001
Skills							
experimental group	8.16	1.555	17.10	1.647	20.711	29	< 0.001
comparison group	10.57	3.245	10.73	2.935	1.153	29	0.258

3) After the experimental, the health volunteers between the experimental group had higher knowledge, perceived self- efficacy, outcome expectations and skills than the comparison group.

After the intervention in the experimental group, the mean scores of Knowledge of knee osteoarthritis disease, Perceived self- efficacy, Outcome expectation and Skills were statistically significant higher than the comparison group. ($p < 0.001$). (Table 2)

Table 2. Comparison of average Knowledge of knee osteoarthritis disease, Perceived self- efficacy, Outcome expectation and Skills between the experimental group and the comparison group after the experimental

variable	Experimental		Comparison		t-test	df	p-value
	Group		Group				
	(n=30)		(n=30)				
	x –	SD	x –	SD			
Knowledge	10.20	1.424	5.73	1.874	10.394	58	<0.001
Perceived self- efficacy	44.07	2.778	31.13	3.381	16.188	58	<0.001
Outcome expectation	44.77	3.451	33.90	3.089	12.851	58	<0.001
Skills	17.10	1.647	10.73	2.935	10.360	58	<0.001

Discussion

1) The knowledge of osteoarthritis.

The results showed that after participating in the program, the experimental group had average knowledge increase than before the experiment higher than the comparison group statistically significant ($p < 0.001$), which different from the comparison group who did not receive the program activities. The knowledge score averaged before the trial and after the trial did not differ significantly statistically ($p = 0.068$), which such changes can be described as the result of the activities of the program to promote the performance of health volunteers skills caring for the elderly with knee osteoarthritis. Increasing knowledge about the causes, signs, symptoms, treatment, pain relief, posture change, management thigh muscles, weight control, hot and cold packing. Which the content is necessary to promote for caring health volunteers the health care of the elderly with knee osteoarthritis. Perceived efficacy beliefs of individuals is the ability to manage actions to achieve the goals, the concept of Bandura (Bandura, 1997).

2) Perceived Self-efficacy

The results showed that after participating in the program. Experimental group had an average increase in their efficacy than before the experiment, higher than the comparison group statistically significant ($p < 0.001$), which differ from the comparison group who did not receive the program activities. The average perceived efficacy before trial and after the experiment did not differ significantly statistically ($p = 0.666$) result of the activities of the program to promote skills. Including learning from what had been done successfully. Health volunteers have experimented with their own practice in the relief of pain to the motion, management thigh muscles, weight control, heat and the cold packing had been learned and practiced. Health volunteers can see the behavior of other subjects that are similar in age, ability and experience for caring the elderly which is not different to achieving them. By getting a convincing and motivating volunteers from researchers and others. The perceived efficacy of health care in the elderly osteoarthritis increases. Consistent with the study of personality Burin Ratanasith (2004:50-58), who has studied the effects of support programs to educate caregivers of knowledge and perception can only stress, anxiety in patients with stroke. Result showed that the experimental group caregivers with knowledge of self-efficacy were higher than the comparison group, and statistically significant. Support the concept of Bandura (Bandura, 1997), perceived self-efficacy is the belief in their abilities by motivation and effort to perform or commit to success. Outcome expectations control their own behavior according to the determinant of the efficacy its 4 items of 1. Mastery experience 2. Modeling 3. Verbal Persuasion 4. Emotional Arousal.

3) Outcome expectations

The results showed that after participating in the program. Experimental group had average expected output increase than before the experiment, higher than the comparison group statistically significant ($p < 0.001$) was explained as a result of the activities of the program to promote their performance skills of health volunteer in caring the elderly with knee osteoarthritis. In this study presents the persuasive speaking activities, motivation, the exchange of experience, video of the media to focus on this education to promote health care of the older adults with osteoarthritis.

The contents were the management thigh muscles, weight control and the heat and cold packing. The health volunteers would have to be motivated to promote the health care of the older adults with knee osteoarthritis. The health volunteers have been trusted and accepted by the elderly and family members while the researcher's observation from the monitoring visits with volunteers during the program. Support the concept of Bandura (Bandura, 1997). Outcome expectations effect to occur a decision that would result from any such acts of social acceptance.

4) Skills in caring the elderly with knee osteoarthritis

The results showed that after participating in the program. Experimental group had average skills in the older adults with osteoarthritis increases than before the experiment, higher than the comparison group statistically significant ($p < 0.001$), which differ from the comparison group who did not receive the program activities. The average perceived efficacy before and after experiment were not significantly different statistically ($p = 0.258$). Which such change is explained as a result of the activities of the program to promote their performance skills in the volunteers. In this study, the activities to increase their knowledge and perceived performance of their duties to volunteers to promote the health of the older adults with osteoarthritis. Support the concept of Bandura (Bandura, 1997). Believing about their own ability. The implement helpt the experimental group feel confident or expected before the actions in the three dimensions of expectations (Level of magnitude) the perceived difficulty of the action. (Generality) as expectations about their abilities and recognizing the achievement of the past, the experience resulted in action. Dimension of strength and confidence (Strength) is the ability to consider themselves as having the ability to act. The self-efficacy need to practice the skills effectively as possible enough to succeed.

Reccommendation from this research

1) Community Health Service.

Community health nurses can use a program to promote self-efficacy, achieved the exchange of experiences from others, with the media guide practice and home visit patients at home with volunteers, to enhance the knowledge and capability efficacy and skills of volunteers .The development of guidelines for health care providers, caring the older adults in the community further.

1.1 Implementing a program to promote efficacy to the knowledge and skills to enhance their performance in public health care. The application form should be developed teaching materials that can be easily understood, dividing into smaller groups to educate and take place in the community or near the communities as much as possible to facilitate the participation of volunteers.

1.2. At least 1 time per month for tracking the performance of volunteers continues to maximize efficacy and skills on caring the older adults with knee osteoarthritis in the community.

1.3 Encourage volunteers to join the promoting self-efficacy has become a mainstay in the expansion of the knowledge and skills on caring the older adults with knee osteoarthritis in the community to volunteers to the others.

2) Education

2.1 Community health nurses should have increased self-efficacy motivation, stimulating health volunteers by influence words. Promotion self-efficacy and skills of volunteers on duty is a network of community and family care.

2.2 Community health nurses should study in such as community councils, community groups, women's groups, youth groups, etc. taking them in the part of nursing and caring people in the community.

3) Research

The study found that the efficacy of promoting the skills for health volunteers for caring the elderly with knee osteoarthritis aimed at strengthening the capacity of health volunteers by providing knowledge, exchange of experiences from others, the media practice and follow-up home visits to the knee osteoarthritis older adults with health volunteers. Model should be developed to enhance the performance of its combination with other concepts for the critical health care ,both physically and mentally needs of the elderly in the community.

บรรณานุกรม

- กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ.(2554).ผลการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกายและค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 25(3),31.
- กันยาลักษณ์ เตชะพงศ์วรชัย.(2548).ผลของการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาล สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี,54(3),197-208.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2543). คู่มือการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม.กรุงเทพฯ:วงศ์มกลโปรดักชั่นจำกัด.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2546). คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.(พิมพ์ครั้งที่6). นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์.(2550). อาสาสมัครสาธารณสุข จัดอาสาสมัครสุขภาพไทย.กรุงเทพฯ:มีดีกราฟฟิค.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ปารณัฐ สุขสุทธิ.(2552).ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข:บทบาทและบริบทที่เปลี่ยนไปในสังคมไทย..กรุงเทพฯ:มีดีกราฟฟิค.
- กอบกุล วุฒิวงศ์.(2550). กินอย่างไรห่างไกลโรค โครงการรณรงค์ขำราชการไทยและครอบครัว. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กองส่งเสริมสุขภาพสำนักอนามัย.(2551). คู่มืออาสาสมัครสาธารณสุข.ม.ป.ท.:ม.ป.พ.
- กองสนับสนุนสุขภาพประชาชน กระทรวงสาธารณสุข.(2556).คู่มือ อสม.นั้กจัดการสุขภาพชุมชน.(พิมพ์ครั้งที่ 2).นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- จุฑาหวดี วงศ์สมบัติ.(2553). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพต่อเส้นรอบเอว ดัชนีมวลกายและความดันโลหิต ของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัวเกิน.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิตติมา อินทร์เนตร์.(2553).การพัฒนาสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข,บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ดวงเดือน ศรีมาติ. (2554). สภาพปัญหาและพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกัน โรคข้อเข่าเสื่อม ของประชาชนในเขตบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลเมืองสรวง. วิทยานิพนธ์ปริญญาการ บริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทัศนาวรรณ์ สังฆรักษ์.(2554). ผลของการประคบด้วยความร้อนต้น การออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขา และการสนับสนุนที่บ้านต่อระดับอาการปวด ข้อฝืดและการทำกิจวัตรประจำวันใน ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ. วารสารการพยาบาลสาธารณสุข,25(1),64-84.
- ธวัช วิเชียรประภา.(2555). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน จังหวัดจันทบุรี. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา,7(2),53-68.
- ธวัชชัย วีระกิติกุล.(2552).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการจัดการระบบสุขภาพ ,มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- นิรชา ปานทอง.(2549). การพัฒนาการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุข หมู่ที่2 ตำบลอนนใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี.ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขายุทธศาสตร์การพัฒนามหาวิทยาลัยเทพกษัตรีศรี.
- นิชธิมา ศรีจำนงค์. (2553).ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข,บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิธิดา ธารีเพียร.(2552). ศึกษาผลของการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการสนับสนุน ทางสังคมต่อการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง ของผู้ประกอบอาชีพทำอิฐมอญ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการ พยาบาลสาธารณสุข,บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2551) .การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ.(พิมพ์ครั้งที่ 8).กรุงเทพฯ:พิมพ์ดี.
- บุศรินทร์ รัตนสิทธิ.(2546).ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถและความเครียด จากความกังวลในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือด สมอง.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอก การพยาบาลสาธารณสุข,บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- เบญจยามาศ พิลายนต์.(2552).ผลกระทบของระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองและควบคุมอาการโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองกรุงเทพมหานคร.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข,บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พนิดา กุลประเสริฐคิด.(2546).คู่มือรักษาอาการเจ็บเข่า.กรุงเทพฯ:เอมี เทรคดิง.
- พิพัฒน์ เพิ่มพูล.(2553).ความรุนแรงของโรคและพฤติกรรมกาดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลศิริราช.ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการสุขภาพ,บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- พรทิพย์ จักขุทิพย์.(2551).การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับและไม่ได้รับค่าตอบแทนในกรุงเทพมหานคร.วารสารชมรมสายงานพยาบาล สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, (16), 6-19.
- ไพจิตร วราจิต. แนวทางการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม.[Online].Available from <http://www.bangkokhealth.com/index.php>. [Accessed September7,2010].
- มยุรี บุญวรรณ.(2553).ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะและความยั่งยืนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยง.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(การพยาบาลผู้ใหญ่), มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- รัตนาวลี ภักดีสมัย.(กุมภาพันธ์,2555).การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาปวดเข่าของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านบาก อำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด.เอกสารการประชุมวิชาการนำเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 13 , มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- วันทนา วีระถาวร.(2547).ต้นทุนค่ารักษาผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของโรงพยาบาลรามารับดี.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไล คุปต์นิรติชัยกุล.(2548).เวชศาสตร์ฟื้นฟู สำหรับเวชศาสตร์ทั่วไป.กรุงเทพฯ: เอ็น. พี.เพรส.
- วรรณ ประสานอิทธิคม. (กรกฎาคม,2549).การส่งเสริมสุขภาพของเฝ้าระวังผู้สูงอายุ. เอกสารการประชุมวิชาการ, โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ก,กรุงเทพมหานคร.
- สถาบันเวชศาสตร์ฟื้นฟู กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2550).ข้อเข่าเสื่อม.นนทบุรี.
- สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2551).คู่มือปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ(สำหรับหน่วยบริการในกรุงเทพมหานคร). ม.ป.ท.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2547).รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย.สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย.พ.ศ.2547. [Online]. Available from <http://www.m-society.go.th>. [Accessed November18, 2012].
- สิทธิศักดิ์ ھرรษาเวก.(2549). ก้าวทันชีวเคมีทางการแพทย์: สูงวัยห่างไกลโรค.กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิทธิศักดิ์ เข็มวงษ์แพทย์.(2551). คู่มืออาสาสมัครสาธารณสุข.ม.ป.ท.
- สุภาวดี เข้มขุม.(2551). ประสิทธิผลของโครงการป้องกันการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ: กรณีศึกษาในกลุ่มจักสานกระจูด บ้านทะเลน้อย จังหวัดพัทลุง.วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 23,(2),45-61.
- สุภาพ อารีเอื้อ.(2551) โรคข้อเสื่อมปัญหาหญิงสูงอายุและบทบาทพยาบาล. ราชบัณฑิตยบาล สาร,5,(2),126-132.
- สุภาพ อารีเอื้อ.(2551). และ นภาพรณ ปิยะจรโรจน์.(2551). ผลลัพธ์ของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการออกกำลังกายที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม.วารสารสภาการพยาบาล,23(3)72-84.
- สุภาพร ศศิจันทร์.(2553).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการข้อเข่าในโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลปทุมธานี.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วิทยาการระบาด), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ.(2551).ข้อเสื่อม.ตำราตรวจโรคทั่วไป.กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- สุรเดช ตำราญจิต และมันทนา ณะพันธ์.(2550).พฤติกรรมการสอนวิชาสุขศึกษา1. กรุงเทพมหานคร:สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สุรศักดิ์ ศรีสุข,เล็ก ปรีวิสุทธิ์และนวลอนงค์ ชัยปิยะพร.(2552).ปวดเข่า.(พิมพ์ครั้งที่12). กรุงเทพมหานคร:พิมพ์ดี.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2541). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.กรุงเทพฯ:ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อมรนิมิตร มงคลเวหา.(2552).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่เขตเทศบาลตำบลบ้านนิเวศน์.อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต,มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.

อารี คณาณัติ.(2553).สุขภาพทั่วไป.[Online].Available from <http://www.thaihealth.or.th/node/7036/>
[Accessed September 7,2010].

เอกรินทร์ โปตะเวช.(2551). *ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย.วิทยานิพนธ์ รป.ม.สาขานโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.*

Bandura, A .(1997). *Self-efficacy The exercise of control*. W.H. Freeman and company.

Bloom.(1956).B.S. *Taxonomy of education objectives: The classification of educational*.New York,David Mackay.

Campbell,C.,Gibbs,A., Maimaine,S. community voice:, Nair,Y.(2008). Hearing community voice:grassroots perceptions of intervention to support health volunteer in South Affrica. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 5(4),162-167.

Cohen,J. (1998). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Science*. Newjer : Hillsdale.

Hemlick,C.G.,Felson, D.T., Lawrence, R.C.,Gabriel,S. ,Hirsch., Re veille, J.D., & Stone, J.H.: National Arthritis Data Workgroup(2008).*Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part I*.Arthritis & Rhumatism,58(1),15-25.

Pells, J.J., Shelby, R.A.,K eefe., Blumenthal, J.A., LaCaille, J.M.,Schmit,D., L.,Tucker, Caldwell,D.S.,Kraus, Verginia B.(2008). Arthritis self- efficacy for resisting eating: relationships to pain, disability, and eating behavior in overweight and obese individuals with osteoarthritic knee pain. *International Association for the Study of Pain*, 136,340-347.

Polit D.F. & Hungler, B.P.(1999).*Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia, PA:J.B. Lippincott.

Shelby, A.R., Somers, J.T., Keefe, J.F. Pell, J.J., Dixon, E.K., Blumenthal, A.J.(2008).Domain Specific Self-Efficacy Mediates the Impact of Pain Catastrophizing on Pain Disability in Overweight and Obese Osteoarthritis Patients. *The Journal of Pain*,9(10),912-919.

Wright, L.W.(2008). Management of Mild - to – Moderate Osteoarthritis. *The Journal of Nurse Practitioners*, 123(1),25-34

Yip, Y.B., Sit,W.J., Fung, K.Y.K., Wong, Y.S.D., Chong, Y.C.S.(2007). Impact of an arthritis self-management programme with an added exercise component for osteoarthritic knee suffer on improving pain , functional outcome, and use of health service: an experimental study. *Journal of Patient Education and Counseling*, 65,113-121.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ ดร. อาภาพร เผ่าวัฒนา
ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ณพชาติ ลิมปะพยอม
ภาควิชาออร์โธปิดิกส์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. เรืออากาศโทหญิงทศพร ศรีบริกิจ
หัวหน้าพยาบาลกลุ่มพยาบาลและบริหารทั่วไป
ศูนย์บริการสาธารณสุข 35 หัวหมาก
สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ภาษาไทย



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารรับรองเลขที่ MUPH 2011-118

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อ
เข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข

รหัสโครงการ : 10/2554

ชื่อหัวหน้าโครงการ : นางปราณี เรือนถาวร

หน่วยงานที่สังกัด : หลักสูตร วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับรอง : 22 มีนาคม 2554

วันที่หมดอายุ : 21 มีนาคม 2555

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศเฮลซิงกิ
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ลงนาม
(รองศาสตราจารย์สุณีย์ ละกำป็น)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม
(รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ภาษาอังกฤษ



Certificate of Approval
Ethics Committee for Human Research
Faculty of Public Health, Mahidol University

COA. No. MUPH 2011-118

Protocol Title : THE EFFECTS OF SELF-EFFICACY PROGRAM ON PROMOTION SKILLS
AMONG HEALTH VOLUNTEERS IN CARING THE ELDERLY WITH KNEE
OSTEOARTHRITIS

Protocol No. : 10/2554

Principal Investigator : Mrs. Pranee Reinthavorn

Affiliation : Master of Science (Public Health) Program in Public Health Nursing
Faculty of Public Health, Mahidol University

Date of Approval : 22 March 2011

Date of Expiration : 21 March 2012

The aforementioned project and informed consent have been reviewed and approved
by Ethics Committee for Human Research, according to the Declaration of Helsinki.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Sunee Lagampan'.

(Assoc. Prof. Sunee Lagampan)

Chairman of Ethics Committee for Human Research

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Phitaya Charupoonphol'.

(Assoc. Prof. Phitaya Charupoonphol)

Dean of Faculty of Public Health

ภาคผนวก ง

เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของกรุงเทพมหานคร



No. พ. 43

Ethics Committee
For

Researches Involving Human Subjects, the Bangkok Metropolitan Administration

Title of Project : The Effects of Self-Efficacy Program
on Promotion Skills among Health Volunteers
in Caring the Elderly with Knee Osteoarthritis

Registered Number : 019.54

Principal Investigator : Mrs. Pranee Reinthavorn

Name of Institution : Health Department

The aforementioned project has been reviewed and approved by Ethics
Committee for Researches Involving Human Subjects, based on the Declaration of
Helsinki.

P. Saicheua
..... Chairman
(Mr. Pirapong Saicheua)
Deputy Permanent Secretary for BMA

DATE OF APPROVAL ... 3.0. MAR. 2011

ภาคผนวก จ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามชุดที่ 1 ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินผลลัพธ์ที่คาดหวัง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ส่วนที่ 2. ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม

คำชี้แจง แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข มีจำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อมีให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก คือ ก ข ค ง โปรดทำเครื่องหมาย x ทับลงบนตัวเลือกหน้าข้อความที่ถูกต้องที่สุดเพียงตัวเลือกเดียว

1. ข้อใดถูกต้อง

- ก. โรคข้อเข่าเสื่อมพบเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังเท่านั้น
- ข. ข้อเข่าเสื่อมมีการเสื่อมสลายของผิวกระดูกอ่อนในข้อเข่า
- ค. ข้อเข่าเสื่อมมักเกิดกับข้อเข่าที่ละข้างและไม่เกิดพร้อมกันทั้งสองข้าง
- ง. การออกกำลังกายด้วยการวิ่งไม่ทำให้เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมเร็วกว่าปกติ

2. อาการที่สำคัญในระยะเริ่มต้นของโรคข้อเข่าเสื่อมคือข้อใด

- ก. เขยิบขาตรงไม่ได้
- ข. เข่ามีขนาดใหญ่ขึ้น
- ค. รู้สึกเจ็บเมื่อเริ่มก้าวเดิน
- ง. มีเสียงดังในขณะขยับข้อเข่า

‘
,
,
,
,
,
,

12. ข้อใดกล่าวถูกต้องในเรื่องการใช้ยารักษาโรคข้อเข่าเสื่อม

- ก. การนวดเข้าข้อเข่าสามารถฉีดได้บ่อยเท่าที่ต้องการหายจากอาการปวด
- ข. เมื่อเริ่มมีอาการปวดข้อเข่าไม่สามารถบรรเทาได้ด้วยยาพาราเซตามอล
- ค. การใช้ยาเป็นการรักษาที่จำเป็นอย่างเร่งด่วนในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระยะเริ่มต้น
- ง. ผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคข้อเข่าเสื่อมได้แก่ ไตวาย แผลในกระเพาะอาหาร และหลอดเลือดอักเสบ อุดตัน

ส่วนที่ 3. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

คำชี้แจง ข้อความดังกล่าวเป็นข้อความที่แสดงถึงความเชื่อมั่นของท่านที่มีต่อความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม มีจำนวน 12 ข้อ

ขอให้ท่านตอบหรือเลือกช่องโดยทำเครื่องหมาย ✓ ที่ตรงกับระดับความรู้สึกรของท่านมากที่สุด ไม่มีการตัดสินว่าถูกหรือผิด

- 4 = มั่นใจมาก หมายถึง ท่านมีความมั่นใจว่าจะกระทำได้ในระดับมาก
 3 = มั่นใจปานกลาง หมายถึง ท่านมีความมั่นใจว่าจะกระทำได้ในระดับปานกลาง
 2 = มั่นใจเล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความมั่นใจว่าจะกระทำได้ในระดับน้อย
 1 = ไม่มั่นใจ หมายถึง ท่านไม่มีความมั่นใจว่าจะกระทำได้

ข้อความ	4 มั่นใจ มาก	3 มั่นใจ ปานกลาง	2 มั่นใจ เล็กน้อย	1 ไม่ มั่นใจ
1. ท่านสามารถปฏิบัติหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้อย่างถูกต้อง				
2. ท่านสามารถให้คำแนะนำวิธีการปรับเปลี่ยนท่าทางและอริยาบทที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้อย่างถูกต้อง				
12. ท่านสามารถให้คำแนะนำ การสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคข้อเข่าเสื่อมแก่ผู้สูงอายุได้				

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความคาดหวังผลลัพธ์ของอาสาสมัครสาธารณสุข

คำชี้แจง ข้อความดังกล่าวเป็นข้อความที่แสดงถึงความเชื่อของท่านเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นต่อผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล มีจำนวน 10 ข้อ

ขอให้ท่านตอบหรือเลือกข้อโดยทำเครื่องหมาย ✓ ที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ไม่มีการตัดสินว่าถูกหรือผิด

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก
เห็นด้วย	หมายถึง ข้อความนั้นค่อนข้างตรงกับความรู้สึกของท่าน
ไม่แน่ใจ	หมายถึง ท่านไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ข้อความนั้นค่อนข้างไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านมาก

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. การให้คำแนะนำและดูแลช่วยเหลือการปรับเปลี่ยนท่าทางและอริยาบถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันช่วยบรรเทาอาการปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้					
2. การให้คำแนะนำผู้สูงอายุให้ระมัดระวังในการทำกิจกรรมต่างๆช่วยลดการเกิดอันตรายต่อข้อเข่าได้					
10. การให้คำแนะนำการใช้ยารักษาโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างถูกวิธีแก่ผู้สูงอายุจะช่วยลดโอกาสเกิดอาการข้างเคียงเช่น แผลในกระเพาะอาหารได้					

ส่วนที่ 5 แบบประเมินทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุข

คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงถึงการสังเกต สิ่งที่อยู่สส. ปฏิบัติหรือกระทำ กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม มีจำนวน 10 ข้อ
2. ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย X ลงบน ☐ และระบุ ตรงกับสิ่งที่อยู่สส. ปฏิบัติ หรือกระทำ กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของตัวเอง

1. การให้คำแนะนำผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเรื่องการปรับเปลี่ยนท่าทางและอริยาบถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่นการขึ้นลงบันได การใช้ห้องน้ำ การถูพื้น ฯลฯ

- ☐ ทำได้ถูกต้อง
- ☐ ทำได้ถูกต้องบางส่วน ระบุ.....
- ☐ ทำไม่ได้ ระบุ.....

2. การให้คำแนะนำข้อควรหลีกเลี่ยงและระมัดระวังที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อข้อเข่าในการทำกิจกรรมต่างๆของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจาก การนั่ง การยืน การเดิน การยกของหนัก ฯลฯ

- ☐ ทำได้ถูกต้อง
- ☐ ทำได้ถูกต้องบางส่วน ระบุ.....
- ☐ ทำไม่ได้ ระบุ.....

10. การให้คำแนะนำการสังเกตผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคข้อเข่าเสื่อมแก่ผู้สูงอายุ

- ☐ ทำได้ถูกต้อง
- ☐ ทำได้ถูกต้องบางส่วน ระบุ.....
- ☐ ทำไม่ได้ ระบุ.....

แผนการจัดกิจกรรม

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลสุขภาพ

ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข

ระยะก่อนจัดกิจกรรม

1. ภายหลังการได้รับอนุมัติ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยส่งหนังสือแนะนำตัว ไปยังผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 46 กันตารัตติกุทิศ และ ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการวิจัย
2. ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดโครงการ ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการลงนามในหนังสือยินยอมตนด้วยความสมัครใจ
3. จัดเตรียมคู่มือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข
4. จัดเตรียมสถานที่ และอุปกรณ์ที่จำเป็นใช้ในการวิจัย

ระยะดำเนินกิจกรรม

การดำเนินกิจกรรมในการศึกษานี้ใช้ระยะเวลา 10 สัปดาห์ ประกอบด้วยการจัดกิจกรรม 4 ครั้งโดยประยุกต์จากแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพิ่มความมั่นใจในตนเอง คาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น และเกิดทักษะในการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมครั้งที่ 1 แผนการให้ความรู้เรื่องข้อเข่าเสื่อม

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมครั้งที่ 2 แผนการทบทวนความรู้และฝึกทักษะ

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมครั้งที่ 3 แผนการทบทวนความรู้ เพิ่มความมั่นใจและฝึกทักษะ

ในสถานการณ์จำลอง

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมครั้งที่ 4 แผนการทบทวนความรู้เพิ่มความมั่นใจและเพิ่มทักษะ

ในสถานการณ์จริง

สัปดาห์ที่ 5 -6 ติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข

สัปดาห์ที่ 7 -9 ไม่มีกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 10 ประเมินผล

แผนกิจกรรมครั้งที่ 1 แผนการให้ความรู้เรื่องข้อเข่าเสื่อม

วิธีดำเนินกิจกรรม

วัตถุประสงค์ของกิจกรรม	การดำเนินกิจกรรม	เหตุผลเชิงทฤษฎีสมรรถนะแห่งคน
เพื่อให้อาสาสมัคร สาธารณสุขมีความรู้ เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมและ เพิ่มความคาดหวังใน ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ใช้เวลา 2 ชั่วโมง	-ผู้วิจัยกล่าวทักทาย และ แนะนำตัว -อาสาสมัครสาธารณสุข แนะนำตัว -กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ -ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการ จัดกิจกรรมครั้งที่ 1 - ตั้งเป้าหมายการดำเนิน กิจกรรม -สอบถามความรู้เดิมและสิ่งที่ ต้องการเรียนรู้ - เรียนรู้ตามใบคำถามความรู้ เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม และ นำเสนอ -สรุปโดยกลุ่มใหญ่ ผู้วิจัย เพิ่มเติมส่วนที่ขาด -นำเสนอวิธีทัศนเรื่องการดูแล รักษาโรคข้อเข่าเสื่อม -แจกคู่มือการดูแลผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อมนำกลับไป เรียนรู้ด้วยตนเอง	-เป็นการเพิ่มความคาดหวังใน ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นภายหลังการ กระทำ(outcome expectation) -เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรียนรู้จากการปฏิบัติของผู้อื่นเพื่อ กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมี สมรรถนะที่จะทำได้เช่นกันร่วมกับการ ฝึกทักษะจากง่ายไปยาก การ ทำซ้ำจนประสบความสำเร็จ(mastery expectation) -เป็นการใช้สื่อ(modeling)ที่เป็นตัว แบบสัญลักษณ์ ที่แสดงการ เปลี่ยนแปลงของข้อเข่า การเกิดโรค ข้อเข่าเสื่อม เปรียบเทียบกับสิ่งที่ตน ได้พบ หรือเคยเกิดขึ้นกับตนเอง

เนื้อหาสาระสำคัญ

ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม

โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นโรคเรื้อรัง เกิดจากการสึกกร่อนของกระดูกอ่อนที่บุอยู่บนผิวข้อต่อกระดูก โดยมากเกิดจากความเสื่อมของร่างกายตามอายุพบได้บ่อยในเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 50 ปี โดยมีอาการปวดข้อเข่าอาจเป็นข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง ข้อฝืดติดขัด มีเสียงดังในเข่า บวมบริเวณรอบข้อเข่า ถ้าเป็นเวลานานหรือรุนแรงทำให้เกิดข้อเข่าผิดรูป มีผลรบกวนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลรักษาเพื่อวัตถุประสงค์ในการบรรเทาอาการปวดเข่าและป้องกันความพิการ มี 3 รูปแบบคือ 1. การรักษาโดยไม่ใช้ยาได้แก่ การให้ความรู้ในเรื่องการดำเนินของโรคและการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่นการปรับเปลี่ยนกิจวัตรและอริยาบทในการดำเนินชีวิตประจำวัน การออกกำลังกาย และการบริหารกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า การใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยพยุงข้อเข่า การควบคุมอาหารและน้ำหนักตัว การใช้ความร้อนและความเย็น 2. การรักษาโดยใช้ยาบรรเทาอาการปวดเข่า และ 3. การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด

สื่อและอุปกรณ์

1. ใบคำถามความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม
2. วิดีทัศน์เรื่องการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม
3. คู่มือดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข
4. กระดาษปรีฟ และปากกาเมจิก

ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

สถานที่ ห้องประชุมศูนย์บริการสาธารณสุข 46 กันตารัตนุทิศ

การประเมินผล

1. การสังเกตการมีส่วนร่วมกิจกรรม
2. การตอบคำถามและการร่วมแสดงความคิดเห็น

แผนกิจกรรมครั้งที่ 2 แผนการทบทวนความรู้และฝึกทักษะการบรรเทาอาการปวดเข่า

วิธีดำเนินกิจกรรม

วัตถุประสงค์ของกิจกรรม	การดำเนินกิจกรรม	เหตุผลเชิงทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน
เพื่อทบทวนความรู้และฝึกทักษะอาสาสมัครสาธารณสุขในเรื่องการบรรเทาอาการปวดเข่าได้แก่การปรับเปลี่ยนท่าทาง อริยาบถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา การควบคุมน้ำหนักตัว การประคบด้วยความร้อนและความเย็น ใช้เวลา 2 ชั่วโมง	-ผู้วิจัยกล่าวทักทายอาสาสมัครสาธารณสุข -ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมครั้งที่2 -สุ่ม สอบถาม ความรู้ และ ประสิทธิภาพการบรรเทาอาการปวดเข่า -เรียนรู้ตามใบความรู้ที่ 2 เรื่องการบรรเทาอาการปวดเข่าและนำเสนอ -ผู้วิจัยสรุปและเพิ่มเติมส่วนที่ขาด -ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดการใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมและเสนอแนะให้นำไปใช้ในชุมชน	-เป็นการเพิ่มความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น (outcome expectation)ให้มีความมั่นใจ ด้วยการชักจูงด้วยคำพูด และเปิดโอกาสให้มีการชักจูง(verbal persuasion) -เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทบทวนผลลัพธ์ที่ได้กระทำในอดีต กระตุ้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับรู้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จและเป็นการฝึกทักษะจากง่ายไปยาก การทำซ้ำจนประสบความสำเร็จ(mastery expectation) -เป็นการใช้สื่อตัวแบบสัญลักษณ์ที่ประกอบด้วยภาพ (modeling) มีผลต่อกระบวนการตั้งใจ เกิดทักษะด้านความคิด เก็บจำเป็นการกระทำ

เนื้อหาสาระสำคัญ

การทบทวนความรู้และฝึกทักษะโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ อาการแสดง การรักษาและการบรรเทาอาการปวด โดย การปรับเปลี่ยนท่าทาง และอริยาบถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาเพื่อความแข็งแรงของข้อเข่า การควบคุมน้ำหนักตัว การประคบด้วยความร้อนและความเย็น การใช้ยาบรรเทาอาการปวด โดยมุ่งเน้นให้ได้รับการเสริมหรือเพิ่มเติมความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ ตลอดจนพัฒนาความรู้ ความเข้าใจได้ดียิ่งขึ้น นอกเหนือจากสื่อเอกสารการสอน รวมทั้งเสริมในรายละเอียด เป็นการเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างกันและกัน ซึ่งจะก่อให้เกิดการพัฒนาทางความคิด ความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ได้ดียิ่งขึ้น

สื่อและอุปกรณ์

1. คู่มือดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข
2. ใบคำถามความรู้เรื่อง การบรรเทาอาการปวดเข่า
3. กระดาษปาร์ฟ และปากกาเมจิก

ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

สถานที่ ห้องประชุมศูนย์บริการสาธารณสุข 46 กันตารัตนุทิศ

การประเมินผล

1. การสังเกตการมีส่วนร่วมกิจกรรม
2. การตอบคำถามและการร่วมแสดงความคิดเห็น

แผนกิจกรรมครั้งที่ 3 แผนการทบทวนความรู้ เพิ่มความมั่นใจและฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในสถานการณ์จำลอง

วิธีดำเนินกิจกรรม

วัตถุประสงค์ของกิจกรรม	การดำเนินกิจกรรม	เหตุผลเชิงทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน
เพื่อให้อาสาสมัคร สาธารณสุขมีความรู้สึก มั่นใจในสมรรถนะ ความสามารถของตนเอง และฝึกทักษะที่จะปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อม ใช้เวลา 2 ชั่วโมง	-ผู้วิจัยกล่าวทักทายอาสาสมัคร สาธารณสุข -ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการจัด กิจกรรมครั้งที่ 3 -สอบถามปัญหาอุปสรรคในการ ไปให้คำแนะนำผู้สูงอายุโรคข้อ เข่าเสื่อมในชุมชน - ให้อาสาสมัครแสดงบทบาท สมมติ ฝึกทักษะ หาแนวทาง ร่วมกันในการให้คำแนะนำ ดูแล ช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคข้อเข่า เสื่อมในชุมชน และนำเสนอ - ผู้วิจัยสรุป เพิ่มเติมส่วนที่ขาด และกล่าวชื่นชมในความร่วมมือ ของอาสาสมัครสาธารณสุข	-เป็นการเพิ่มความคาดหวังใน ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น (outcome expectation) ให้มีความมั่นใจ ด้วย การชักจูงด้วยคำพูด และเปิด โอกาสให้มีการชักจูง(verbal persuasion) -เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทบทวนผลลัพธ์ที่ได้กระทำใน อดีต กระตุ้นให้อาสาสมัคร สาธารณสุขได้รับรู้ประสบการณ์ ที่ประสบความสำเร็จและเป็นการ ฝึกทักษะจากง่ายไปยาก การทำซ้ำ จนประสบความสำเร็จ(mastery expectationและการใช้สื่อจากตัว แบบ (modeling)

เนื้อหาสาระสำคัญ

อาสาสมัครแสดงบทบาทสมมติ ฝึกทักษะ หาแนวทางร่วมกันในการให้คำแนะนำ ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน การแสดงบทบาทสมมติเป็นวิธีการสร้างสถานการณ์และบทบาทโดยการสมมติขึ้นจากความเป็นจริง ให้อาสาสมัครสาขารณสุขได้แสดงออกตามที่คิดว่าจะเป็น ใช้การแสดงออกทั้งทางด้านความรู้ ความคิด และพฤติกรรมของผู้แสดงมาเป็นพื้นฐานในการให้ความรู้ และสร้างความเข้าใจ ทำให้เข้าใจเนื้อหาสาระของบทเรียนอย่างลึกซึ้ง และสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความเข้าใจในพฤติกรรมและความรู้สึกรู้สีกของผู้อื่น ได้ใช้ความรู้ความคิดในการแก้ปัญหาและตัดสินใจ ได้มีโอกาสแสดงออก มีความใกล้ชิดกับสภาพความเป็นจริงมากขึ้น โดยที่การแสดงบทบาทสมมติแบบแก้ปัญหานั้นอาสาสมัครสาขารณสุขจะได้รับทราบสถานการณ์หรือเรื่องราวที่เป็นปัญหาก่อนการแสดงบทบาทสมมติ

สื่อและอุปกรณ์

1. คู่มือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมสำหรับอาสาสมัครสาขารณสุข
2. กระเป๋าน้ำร้อน, กระเป๋าน้ำเย็นและผ้าห่อ
3. กระดาษปาร์ฟ และปากกาเมจิก

ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

สถานที่ ห้องประชุมศูนย์บริการสาขารณสุข 46 กันตารัตติกต

การประเมินผล

1. การสังเกตการมีส่วนร่วมกิจกรรม
2. การตอบคำถามและการร่วมแสดงความคิดเห็น

แผนกิจกรรมครั้งที่ 4 แผนการทบทวนความรู้เพิ่มความมั่นใจและเพิ่มทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในสถานการณ์จริง

วิธีดำเนินการกิจกรรม

วัตถุประสงค์ของกิจกรรม	การดำเนินการกิจกรรม	เหตุผลเชิงทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน
เพื่อให้อาสาสมัคร สาธารณสุขมีความรู้สึก มั่นใจในสมรรถนะ ความสามารถของ ตนเอง และเพิ่มทักษะ ที่จะปฏิบัติกิจกรรมการ ดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่า เสื่อม	-ผู้วิจัยกล่าวทักทายอาสาสมัคร สาธารณสุข -ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการจัด กิจกรรมครั้งที่ 3 -สอบถามปัญหาอุปสรรคในการ ไปให้คำแนะนำผู้สูงอายุโรคข้อ เข่าเสื่อมในชุมชน -ผู้วิจัย สาธิต ถ่ายทอดการให้ คำแนะนำผู้สูงอายุโรคข้อเข่า เสื่อมในชุมชน - ให้อาสาสมัครสาธารณสุข ฝึก ทักษะ การให้คำแนะนำ ดูแล ช่วยเหลือโดยการใช้ตัวแบบเป็น ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม	-เป็นการเพิ่มความคาดหวังใน ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น (outcome expectation) -เป็นการทบทวนผลลัพธ์ที่ได้กระทำ ในอดีต กระตุ้นให้อาสาสมัคร สาธารณสุขได้รับรู้ประสบการณ์ที่ ประสบความสำเร็จ จาก ประสบการณ์ตรงที่จะทำให้เกิด ความเชื่อว่าตนเองมีความมั่นใจใน สมรรถนะมากพอที่จะปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่า เสื่อมได้(mastery expectation) -เป็นการใช้เหตุผลอธิบายตาม หลักการ กระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) การใช้สื่อตัว แบบบุคคล (modeling)ได้มีโอกาส สังเกต และมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง และ เป็นการฝึกทักษะจากง่ายไป ยาก การทำซ้ำจนประสบความสำเร็จ (mastery expectation)

เนื้อหาสาระสำคัญ

การฝึกทักษะอาสาสมัครสาธารณสุขในการให้คำแนะนำ เรื่องการบรรเทาอาการปวด โดยการปรับเปลี่ยนท่าทางและอริยาบถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาเพื่อ ความแข็งแรงของข้อเข่า การควบคุมน้ำหนักตัว การประคบด้วยความร้อนและความเย็น การใช้ยา บรรเทาอาการปวด จะสามารถช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับประสบการณ์ตรงจากตัวแบบที่ เป็นผู้ป่วย มีชีวิตจริงสามารถมีปฏิสัมพันธ์หรือสังเกตได้โดยไม่ต้องผ่านสื่อหรือสัญลักษณ์อื่นๆ เสริมความมั่นใจ และเพิ่มทักษะในการปฏิบัติหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน

สื่อและอุปกรณ์

1. ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม
2. คู่มือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข

ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

สถานที่ ห้องประชุมศูนย์บริการสาธารณสุข 46 กันตารัตนุทิศ

การประเมินผล

1. การสังเกตการมีส่วนร่วมกิจกรรม
2. การตอบคำถามและการร่วมแสดงความคิดเห็น

ใบความรู้ที่ 1 ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม

ความหมายของโรคข้อเข่าเสื่อม หมายถึงโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงของกระดูกอ่อนของผิวข้อและกระดูกบริเวณใกล้ข้อเข่า โดยกระดูกอ่อนของผิวข้อเข่าจะบางลง ส่วนใหญ่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายตามอายุ และการใช้งานข้อเข่ามากเกินไป ทำให้เกิดการสึกกร่อน และมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของข้อเข่าดังนี้

1. หน้าที่ในด้านการกระจายแรงที่ผ่านข้อเข่า เสียไป
2. หน้าที่ในการให้กระดูกเคลื่อนผ่านกันอย่างนุ่มนวลเสียไป ทำให้เกิดเสียงดังในข้อเข่าเวลาเคลื่อนไหว
3. มีการเปลี่ยนแปลงของกระดูกที่อยู่ใกล้ข้อเข่า เช่นมีกระดูกงอกทางด้านข้างของข้อเข่าข้อเข่าโตขึ้นถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง จะเกิดความพิการตามมา เช่นข้อเข่าหลวม ข้อเข่าโก่ง ข้อเข่าบิดเบี้ยว รูปร่างข้อเข่าผิดไป
4. มีการหนาตัวขึ้นของกระดูกได้รื้อต่อกระดูกอ่อน ทำให้เกิดอาการต่างๆ เช่น ปวดข้อ ข้อฝืด ข้อติดแข็ง มีเสียงดังที่ข้อ เข่า
5. องศาหรือมุมของการเคลื่อนไหวของข้อเข่าลดลง

สาเหตุการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม เกิดจากปัจจัยหลายอย่างร่วมกัน ได้แก่

1. อายุ และเพศ ภาวะข้อเข่าเสื่อมพบได้บ่อยในผู้หญิงอายุมากกว่า 50 ปี และเมื่ออายุ 65 ปี จะมีโอกาสเป็นข้อเข่าเสื่อมได้เท่ากันทั้งเพศหญิง และเพศชาย โดยที่อายุเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นกระดูกอ่อนผิวข้อมีความทนต่อแรงกดลดลงตามลำดับ และจากการเปลี่ยนแปลงของสารที่อยู่ในกระดูกอ่อนผิวข้อ ร่วมกับประสาทส่วนปลายเมื่ออายุมากขึ้นจะทำงานลดลง ทำให้โรคข้อเข่าเสื่อมเกิดได้เร็วขึ้น ในผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีอัตราการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมมากขึ้น แต่อายุที่มากขึ้นไม่ใช่สาเหตุสำคัญอย่างเดียว มักจะมีปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย
2. กรรมพันธุ์ พบว่ามียีนที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค ผู้มีประวัติครอบครัวเป็นข้อโรคข้อเสื่อม มีโอกาสเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมเมื่ออายุยังน้อย
3. การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน พบว่าฮอร์โมนเอสโตรเจนอาจมีบทบาทต่อสาเหตุการเกิดโรคโดยพบโรคข้อเข่าเสื่อมมากขึ้นในผู้หญิงภายหลังหมดประจำเดือน
4. ภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกิน ทำให้เกิดแรงกดดันต่อข้อเข่า เกิดการเสื่อมได้เร็วขึ้นพบการเกิดถุงน้ำด้านหน้าข้อเข่าได้บ่อยในผู้หญิงอ้วน หรือ ผู้ที่ต้องคุกเข่าทำงาน ซึ่งโดยทั่วไปในคน

ปกติขณะเดินจะมีแรงผ่านข้อเข่าประมาณ 4-5 เท่าของน้ำหนักตัว ในการนั่งของๆ ข้อเข่าต้องรับแรงเพิ่มเป็น 10 เท่าของน้ำหนักตัว ถ้าทำการลดน้ำหนักได้ จะสามารถลดอาการของโรคได้

5. การได้รับบาดเจ็บ หรืออุบัติเหตุก่อนที่ข้อเข่า อาจเกิดขึ้นทันที หรือเคยได้รับมาก่อน จากแรงกระแทกที่มากกระทำต่อข้อเข่า ทำให้ข้อเข่าผิดรูปหรือผิวข้อแตกหัก เส้นเอ็นและกระดูกอ่อนรองข้อฉีก ลดความมั่นคงของข้อ ทำให้มีอาการปวดข้อเข่าหรือข้อเข่าบวม เช่น จากการวิ่ง การเล่นกีฬาที่รุนแรง

6. การใช้ข้อเข่าที่ไม่ถูกต้อง เช่น นั่งพับเข่าซ้ำหลายๆ นานๆ เป็นประจำ หรือทำงานหนัก ต้องแบกรับน้ำหนักมากเป็นเวลานานๆ หรือการทำงานหรือเล่นกีฬา ที่ต้องมีการกระแทกข้อเข่าเป็นประจำ เช่นการก้ม การนั่งงอเข่า การขึ้นลงบันได การยืนนานๆ หรือการยกของหนัก จะทำให้เกิดแรงดันต่อข้อเข่ามากขึ้น

7. กล้ามเนื้อต้นขาอ่อนแอ ทำให้ข้อเข่าเสื่อมเร็วขึ้น

8. เป็นโรคข้ออักเสบเรื้อรัง มีการอักเสบติดเชื้ที่ข้อเข่า เช่น โรครูมาตอยด์ เกาต์

9. มีความพิการผิดรูปของข้อเข่าหรือแนวขา ตั้งแต่เกิดหรือเกิดขึ้นในภายหลัง คนที่มีลักษณะขาโก่ง ทำให้น้ำหนักตัวลงไปที่ด้านใดด้านหนึ่งของเข่า กระดูกอ่อนที่อยู่ด้านในของข้อเข่าจะเสื่อมเร็วกว่าปกติ

อาการและอาการแสดงของโรคข้อเข่าเสื่อม

1. อาการปวด เริ่มตั้งแต่อาการปวดเล็กน้อยจนปวดมากถึงเดินไม่ได้ เกิดได้ที่เข่าข้างเดียวหรือทั้งสองข้างมีอาการปวดมากขึ้นเมื่องอเข่าหรือเหยียดเข่า และเมื่อลงน้ำหนัก ในรายที่มีอาการมากจะปวดเวลากลางคืน เมื่อนอนพักผ่อนอาการปวดจะทุเลาลง มีความสัมพันธ์กับสภาพภูมิอากาศ เมื่ออากาศเย็นและชื้นอาการปวดจะเป็นมากขึ้น

2. ข้อฝืด ข้อเข่ายึด หรือติดแข็ง หลังการหยุดพักข้อเป็นเวลานานๆ เช่นหลังตื่นนอน การนั่งท่าเดียวนานๆ มักเป็นในระยะสั้นๆ ไม่นานและเกิดขึ้นชั่วคราว เมื่อมีการเคลื่อนไหวข้อสักระยะหนึ่งอาการจะดีขึ้น

3. อาการเข่าบวม อาจมีอาการนี้เป็นๆหายๆจากน้ำในข้อเข่าที่มากผิดปกติบางครั้งอาจมีอาการอักเสบ บวมแดงร่วมด้วย เมื่อเปรียบเทียบกับข้อเข่าอีกข้างขณะยืนพบว่าข้างที่มีอาการปวดจะบวมกว่าอีกข้าง แต่ถ้าเป็นทั้งสองข้างจะเปรียบเทียบได้ยากเนื่องจากอาจมีอาการบวมทั้งสองข้างเท่าๆกัน เข่าข้างที่บวมจะงอได้น้อยกว่าข้างที่ไม่บวม เมื่อเป็นนานๆจะไม่สามารถงอเข่าข้างนั้นได้

4. มีเสียงดังในช่อง ในช่องเข้าที่มีความเลื่อมมามากจนเกิดน้ำภายในช่องเข้าและมีกระดูกมาพองกรอบๆข้อต่อ เมื่องอหรือเหยียดจะมีเสียงดังกรูบกรับภายในข้อ

5. พิสัยการเคลื่อนไหวข้อเข่าลดลง โดยอาจมีอาการงอหรือ เหยียดเข้าได้ไม่สุดมักมีอาการเจ็บถ้าพยายามฝืนให้งอเหยียดมากขึ้น

6. ข้อเข่าผิดรูป ข้อเข่าหลวม ไม่มั่นคงในการทรงตัว เวลายืน หรือเดิน เป็นผลจากการไม่ใช้ข้อเข่าเป็นระยะเวลานาน ทำให้กล้ามเนื้อต้นขาลีบเล็กลง มีการสึกของกระดูกด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าอีกด้าน ทำให้เกิดอาการขาโก่ง หรือขาฉีก

อาการปวดข้อเข่าแบ่งออกเป็น 3 ระยะ

1) อาการระยะแรก ไม่ปรากฏอาการให้รู้ตัว เมื่อเปลี่ยนท่า เช่นลุกขึ้นยืน เริ่มก้าวเดินจะรู้สึกเจ็บแปลบๆ เมื่อต้นนอนเวลาเช้ารู้สึกขาหิวเข่าฝืดเหมือนมีอะไรถ่วง รู้สึกปวดเมื่อนั่งลงทับเข่า หรือนั่งกับพื้น ขณะก้าวขึ้นบันไดรู้สึกหนักที่หัวเข่า

2) ระยะกลาง ช่องว่างในเข่าแคบลง ปวดมากขึ้น รู้สึกปวดขณะเดินบนที่ราบเรียบเหยียดขาตรงไม่ได้ เข่าบวม ร้อน มีน้ำขัง นั่งทับขาหรือนั่งกับพื้นไม่ได้

3) ระยะสุดท้าย ปวดจนออกจากบ้านไม่ได้ ช่องว่างในเข่าหมดไป ทำให้กระดูกเสียดสีกัน ขาโก่งมากขึ้น เอ็นยึดเข่าหลวม กระดูกอ่อนสึก เกิดหินปูนทำให้หัวเข่าใหญ่เห็นชัดเจน ส่งผลต่อสภาพจิตใจ อาการปวดเข่ามากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นไปได้อย่างจำกัดหรือไม่สามารถปฏิบัติได้

การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม

เพื่อลดอาการที่เป็นอยู่ รักษาสภาพข้อที่คงอยู่ไม่ให้ทรุดมากกว่าเดิม และเพื่อการทำหน้าที่ของข้อให้ได้ดีที่สุด ลดความพิการ สิ่งสำคัญคือขจัดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม มี 3 วิธี ได้แก่

1. วิธีไม่ใช้ยา
2. วิธีใช้ยา
3. วิธีผ่าตัด

1. วิธีไม่ใช้ยา

1.1 การให้ความรู้เรื่องข้อเข้าเสื่อม การดำเนินของโรคและการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เพื่อลดความเจ็บปวดและทักษะการอยู่ร่วมกับโรค การให้ความรู้อาจเป็นแบบเฉพาะตัวหรือเป็นกลุ่มย่อย

1.2 การออกกำลังกายและการบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่า เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางและมีหลักฐานสนับสนุนที่เชื่อถือได้ ถึงประสิทธิภาพการออกกำลังกาย เป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลดีสำหรับผู้ป่วยข้อเข่า ช่วยลดอาการปวด รวมทั้งเพิ่มความสามารถในการใช้งานข้อเข่า

การออกกำลังกายที่ดีประกอบด้วย

- การบริหารเพื่อเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวข้อเข่า
- การบริหารเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขาและกล้ามเนื้อน่อง
- การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เป็นการออกกำลังกายเพื่อความฟิต

พร้อมของระบบต่างๆ ในร่างกาย เช่น หัวใจแข็งแรง ปอดดี กระดูกไม่บาง กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ กระชับ มีความแข็งแรงและใช้งานได้ทนทาน ตัวอย่างการออกกำลังกายแบบแอโรบิกในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ การฝึกเดิน การเดินช้าๆ การตีขาในสระว่ายน้ำ การออกกำลังกายในน้ำ การขี่จักรยาน โดยปรับให้อานอยู่สูงกว่าปกติเพื่อลดการงอเข่ามากเกินไป ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายบางอย่าง เช่น การวิ่ง การกระโดด การเดินแอโรบิก เนื่องจากมีแรงกระทำผ่านเข่าอย่างมาก หรือมีการบิดงอเข่าเกิน

1.3 การใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยต่างๆ พิจารณาตามความรุนแรงของโรคและสถานะผู้ป่วย

- การใช้ไม้เท้าหรือร่มจะช่วยแบ่งเบาแรงกระทำต่อข้อเข่าได้ประมาณร้อยละ 25 ของน้ำหนักตัว
- การเสริมรองเท้าเป็นลิ่มทางด้านนอก ในผู้ที่เริ่มมีขาโก่งน้อยๆ
- การใช้เครื่องพยุงเข่า ทำให้เข่ากระชับขึ้น แต่ถ้าใส่นานๆ จะมีผลให้

กล้ามเนื้อลีบเล็กลง

1.4 การลดหรือควบคุมน้ำหนักตัว การตรวจสอบน้ำหนัก ว่าเกินเกณฑ์หรืออ้วนเกินไปหรือไม่ตั้งวัตถุประสงค์การลดน้ำหนักตั้งเป้าหมาย

1.5 การใช้วิธีการอื่นๆ ได้แก่ การรักษาด้วยเลเซอร์ การฝังเข็ม การใช้ความร้อนและการใช้สนามแม่เหล็ก วิธีการเหล่านี้ควรให้แพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะทางเป็นผู้พิจารณาการรักษา

2. การรักษาโดยวิธีใช้ยา

2.1 ยากิน วิธีการใช้ยา แพทย์ เป็นผู้พิจารณาการรักษาโดย

1) พิจารณาพยาธิสภาพตามอวัยวะเป็นอันดับแรก ซึ่งมีหลักการสำคัญคือเพื่อให้ข้อเข่าสามารถเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น ยาพื้นฐานที่ใช้ได้แก่ยาพาราเซตามอล เนื่องจากบรรเทาอาการปวดได้เป็นครั้งคราวโดยไม่มีผลต่อกระเพาะอาหาร ให้ในขนาด 500 มก. 1-2 เม็ด ซ้ำได้ทุก 6 ชั่วโมง วันละไม่เกิน 8 เม็ด และไม่ควรรับประทานติดต่อกันหลายวัน เพราะมีผลเสียต่อดับและไต

2) ยาที่เฉพาะที่ประเภทด้านการอักเสบ อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถให้คำแนะนำการใช้ยาที่เฉพาะที่ ประเภทเมนทอล และจี้ผึ้งชาลิซิลิก ทานวดผิวหนังใกล้ข้อเข่าทำให้เกิดความร้อน ช่วยบรรเทาอาการปวดข้อเข่าได้

แพทย์อาจให้ยาด้านการอักเสบชนิดกินและทาเช่น ยาไดโครฟีแนค ยาโคโรฟีแนค ยาไพร็อกซิแคม และเจลาฟริก ผลข้างเคียงของยานี้ คือ ผลต่อไต ระคายเคืองกระเพาะอาหารและลำไส้ อาจทำให้กระเพาะอาหารทะลุ มีแผลในกระเพาะอาหาร เลือดออกในกระเพาะอาหาร ทำให้อุจจาระดำ ผลต่อหลอดเลือด และมียาในกลุ่มใหม่อีกกลุ่มที่ออกฤทธิ์ยับยั้งเอ็นไซม์ มีราคาแพงกว่า มีผลระคายเคืองกระเพาะอาหารต่ำกว่า แต่มีผลต่อเซลล์ของผนังหลอดเลือด เกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจและสมองอุดตันได้เช่นกัน

3) ยานี้ด เป็นยาจำพวกสเตียรอยด์ เป็นการฉีดเข้าข้ออักเสบเฉพาะที่ มีข้อเสียได้แก่

- ทำให้ข้อเสื่อมเร็วขึ้น การฉีดยาจะเป็นการตัดสัญญาณเตือนภัย คืออาการเจ็บปวด (แต่ข้อเข่ายังคงมีอาการอักเสบอยู่) เมื่อฉีดยาแล้วอาการปวดหมดไป ผู้ป่วยจะเริ่มใช้งานข้อเข่าเช่น เริ่มเดินหรือยืนตามปกติ ข้อเข่าจะอักเสบ และเสื่อมเร็วขึ้น

- มีโอกาสติดเชื้อภายในข้อจากเทคนิคการฉีดที่ไม่สะอาดพอ

- ยาสเตียรอยด์จะตกตะกอนในข้อ ทำให้ข้อเสื่อมเร็วขึ้น

ข้อบ่งชี้การฉีดยา คือ มีอาการปวดที่รุนแรง หรือข้อมีอาการอักเสบรุนแรง โดยเฉพาะการมีของเหลวในข้อเข่า ยานี้จะส่งผลกระทบปวดในช่วงสั้น การฉีดเข้าข้อเข่าไม่ควรฉีดเกิน 3 ครั้งต่อปี เนื่องจากผลของยาจะทำลายกระดูกอ่อนข้อต่อ เมื่อฉีดแล้วต้องพักข้อข้างที่ฉีดให้เต็มที่ ไม่ให้น้ำหนักหรือใช้งานเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์

3. การรักษาโดยการผ่าตัด แพทย์จะแนะนำการรักษาแบบผ่าตัด ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้ยาฉีดเข้าข้อเข่าเกิน 3 ครั้งต่อปีเพื่อลดอาการปวด การผ่าตัดมีหลายวิธี ได้แก่

3.1 การเจาะเข่า ล้างเข่าด้วยน้ำเกลือปกติ โดยการโดยฉีดยาเฉพาะที่ ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำผ่าตัดใหญ่โดยล้างด้วยน้ำเกลือปกติในปริมาณ 2 ลิตร เพื่อทำความสะอาดข้อเข่า การล้างเข่าสามารถลดการยึดติดและลดการอักเสบในเข่า

3.1. การล้างข้อเข่าโดยการส่องกล้อง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการฉีกขาดของเยื่อหุ้มข้อ วิธีการนี้สามารถเห็นพยาธิสภาพภายในข้อเข่า เป็นการล้างเพื่อบรรเทาอาการและลดการอักเสบในเข่า

3.2. การผ่าตัดเพื่อจัดแนวกระดูกที่โก่งให้ตรง เพื่อเปลี่ยนแนวการรับน้ำหนักของกระดูกอ่อนข้อต่อ พิจารณาในกรณีที่ผู้ป่วยมีการผิดรูปของข้อเข่าที่โครงสร้างเข่าถูกทำลายเพียงบางส่วน การผ่าตัดมีหลายวิธี ราคาถูกกว่าการเปลี่ยนข้อเทียมสามารถชะลอการสึกกร่อนของข้อได้ประมาณ 5-10 ปี

3.3 การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม พิจารณาในกรณีที่ผู้ป่วยที่มีอาการปวดและทุพพลภาพ ภาพรังสีแสดงการเปลี่ยนแปลงที่รุนแรงของข้อเข่าเสื่อม

ข้อพิจารณาความเสี่ยงต่อการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. เพศชาย หญิง อายุ 40 ปีขึ้นไป		
2. มีน้ำหนักตัวมาก (ค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25)		
3. มีกิจกรรมการทำงาน ที่ต้องเดินอยู่ตลอดเวลา		
4. มีอาการเข่ายึด ผิด หรืออ ลำบาก		
5. มีเสียงดังก๊อบ แก้ว ที่เข่าขณะเคลื่อนไหว		
6. มีอาการปวดที่ข้อเข่า หรือขาเวลาเดิน หรือลงบันได		
7. มีอาการปวด เจ็บแปล็บ ที่ข้อเข่าเวลาเดิน		
8. มีอาการปวดข้อเข่าเวลานอน		
9. มีปัญหาปวดข้อเข่าเวลาใส่ถุงเท้า รองเท้า หรือขณะลุกนั่ง		
10. มีอาการปวดปวมอักเสบที่ข้อเข่า		
11. ไม่สามารถเดินได้ปกติ ต้องเดินโยกตัว		
12. ขาโก่งงอผิดรูป		

ผู้ใดมีอาการเหล่านี้ ตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไปแสดงว่า มีความเสี่ยงต่อโรคข้อเข่าเสื่อม

ใบความรู้ที่ 2 เรื่องการบรรเทาอาการปวดเข่า

1. การปรับเปลี่ยนท่าทาง และอริยาบถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยวิธีต่างๆ ดังนี้ เพื่อให้มีการใช้ข้อเข่าน้อยลง หลีกเลี่ยงการใช้งานที่เกินกำลังและท่าทางที่ทำให้ข้อเข่ามีแรงดันเพิ่มมากขึ้น เช่น

1.1 เมื่อมีอาการปวดเข่าต้องพักผ่อน โดยการนอนสักระยะหนึ่งเพื่อลดอาการปวดของข้อ และทำการบริหารกล้ามเนื้อต้นขาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อความแข็งแรงและบรรเทาอาการที่เป็นอยู่ ไม่ทำให้กลับเป็นซ้ำได้

1.2 การชักผ้า ให้ชักทีละน้อยไม่มากขึ้น และนั่งชักบนเก้าอี้เตี้ยๆ โดยเหยียดเข่าออกทั้ง 2 ข้าง หรือชักโดยใช้เครื่องชักผ้า

1.3 การรีดผ้า หลีกเลี่ยงการนั่งพื้นรีดผ้า ควรนั่งบนเก้าอี้ หรือยืนรีดโดยมีเก้าอี้เตี้ยๆมารองพกขาข้างหนึ่งไว้เพื่อช่วยในการพกก้นขา และหลัง

1.4. หลีกเลี่ยงการก้มถูพื้นบ้าน ควรยืนถู โดยใช้ไม้ถูพื้นมีด้ามจับ(ไม่มีขอบ)

1.5. การไปวัด นั่งสมาธิ ฟังเทศน์ ทำบุญ ควรนั่งที่ขอบบันได บนเก้าอี้ หรือถ้าจำเป็นต้องนั่งกับพื้นควรนั่งเหยียดเข่า

1.6 หลีกเลี่ยงการนั่งพื้นเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ เช่นการเลี้ยงเด็ก เตรียมอาหาร

1.7 ไม่ควรคัดเข่าให้มีการงอพับ ทำให้เกิดอาการปวดและข้อเข่าเสื่อมมากขึ้น

1.8 การใช้ส้วม ควรหลีกเลี่ยงการใช้โถส้วมซึมแบบนั่งยองๆ อาจปรับใช้ม้านั่งสามขา สำหรับนั่งคร่อมบนส้วมซึม ใช้กระโถน หรือใช้โถแบบชักโครกแทน ควรทำที่จับยึดบริเวณด้านข้างโถนั่ง เพื่อใช้จับพยุงตัวเวลาจะลงนั่งหรือจะลุกขึ้นยืน ไม่ควรนั่งยองๆ เพราะผิวข้อเข่าเสียดสีกันมาก และเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงขาถูกกดทับ ทำให้เลือดไปเลี้ยงขาได้ไม่ดี

1.9 ควรนอนบนเตียงที่มีความสูงระดับเข่า เมื่อนั่งห้อยขาที่ขอบเตียงแล้วฝ่าเท้าจะแตะพื้นพอดี ไม่ควรนอนราบบนพื้น เพราะต้องงอเข่าเวลาจะนอนหรือลุกขึ้น ทำให้ผิวข้อเสียดสีกันมาก ข้อเข่าจะเสื่อมเร็วขึ้น

1.10. หลีกเลี่ยงการยืนหรือนั่งในท่าเดิมนาน ๆ ถ้าจำเป็นก็ให้ขยับเปลี่ยนท่า หรือ เหยียด-งอข้อเข่า บ่อย

1.11 การยืน ควรยืนตรง กางขาออกเล็กน้อย ให้น้ำหนักตัวลงบนขาทั้งสองข้างเท่า ๆ กันไม่ควร ยืนลงน้ำหนักตัวบนขาข้างใดข้างหนึ่ง จะทำให้เกิดอาการปวดเข่าที่รับน้ำหนักมากกว่า

1.12 การเดิน ควรเดินบนพื้นราบ หลีกเลี่ยงการขึ้นลงบันได เนื่องจากเข่าจะมีแรงมีกระทำจากการเดินขึ้นลงบันไดสูงถึง 3-4 เท่าของน้ำหนักตัว และไม่ควร เดินบนพื้นที่ไม่เสมอกัน เช่น ทางลาดเอียงที่ชันมาก หรือ ทางเดินที่ขรุขระ เพราะทำให้น้ำหนักตัวที่ลงไปที่เข่าเพิ่มมากขึ้น และ อาจเกิดอุบัติเหตุหกล้มได้ง่าย

1.13 ควรใส่รองเท้าแบบมีส้นเตี้ย (สูงไม่เกิน 1 นิ้ว) หรือไม่มีส้น พื้นรองเท้านุ่ม และ มีขนาดที่พอเหมาะเวลาสวมรองเท้าเดินแล้วรู้สึกว่กระชับพอดี ไม่หลวมหรือคับเกินไป

1.14 ควรใช้ไม้เท้า เมื่อจะยืนหรือเดิน เพื่อช่วยแบ่งเบาแรงที่มากกระทำต่อข้อเข่า และเพื่อช่วยเพิ่มความมั่นคงในการทรงตัว เวลาขึ้นหรือเดิน ควรมีจุดที่ยึดเท้าเพื่อเกาะเกี่ยวด้วย โดยเฉพาะ ผู้ที่มีอาการปวดมากหรือมีข้อเข่าโก่งผิดรูป เพื่อช่วยลดน้ำหนักตัวที่ลงบนข้อเข่า และ ช่วยพยุงตัวเมื่อจะล้ม วิธีถือไม้เท้าในผู้ที่ปวดเข่ามากข้างเดียว ให้ถือในด้านตรงข้ามกับเข่าที่ปวด แต่ถ้าปวดทั้งสองข้างให้ถือในข้างที่ถนัด

2. การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาเพื่อความแข็งแรงของข้อเข่า หัวใจสำคัญของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมคือ เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวด และชะลอความเสื่อมให้ช้าลง ฝึกการออกกำลังกายกล้ามเนื้อรอบๆข้อเข่าให้แข็งแรง กล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้าเหนือหัวเข่า เป็นกล้ามเนื้อสำคัญที่สุดสำหรับข้อเข่า ซึ่งทำงานเต็มที่เมื่อเหยียดเข่าเกือบสุดเท่านั้น ดังนั้นการออกกำลังกายจึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะต้องเหยียดเข่าจนสุดเสมอ การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาสามารถทำได้ที่บ้าน ขั้นตอนง่าย ใช้เวลาน้อย สามารถใช้อุปกรณ์รอบตัวได้เช่น ขวดใส่น้ำ (ขวดน้ำ 1 ลิตร ใส่น้ำจะมีน้ำหนัก 1 กิโลกรัม , ขวดน้ำ 1 ลิตรใส่น้ำทรายจะมีน้ำหนัก 2-3 กิโลกรัม) วัสดุต่างๆคือในแต่ละท่ายก 10 ครั้ง ไม่ควรปวด หลักการที่สำคัญสำหรับการบริหารคือ ต้องเริ่มช้าๆ เบาๆ และน้อยๆก่อนเสมอ และจึงค่อยๆเพิ่มระยะเวลามากขึ้น ค่อยๆเพิ่มน้ำหนัก หรือความยากมากขึ้น การบริหารเข่าเพื่อให้กล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้าแข็งแรงขึ้น และให้ข้อเข่ามีการเคลื่อนไหวได้อย่างปกติ โดยไม่มีอาการเจ็บปวด การฝึกกล้ามเนื้อควรเริ่มเมื่ออาการปวดทุเลาแล้ว

การบริหารกล้ามเนื้อข้อเข่า เพื่อให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง และเพิ่มความมั่นคงของข้อและลดแรงกระทำต่อข้อเข่า การบริหารทุกท่า ควรเริ่มทำจากน้อยไปมาก โดยทำประมาณ 10-20 ครั้ง/รอบ วันละ 2-3 รอบ และค่อยๆเพิ่มมากขึ้นตามกำลังความสามารถของกล้ามเนื้อ จะทำให้กล้ามเนื้อรอบเข่ามีความแข็งแรงและทนทานมากขึ้นตามลำดับ สามารถทำได้ ที่บ้าน เป็นประจำ โดยมีท่าต่างๆ ดังนี้

(1) **ท่านอนหงาย หมอนหนุนใต้เข่า** นอนศีรษะหนุนหมอนที่ไม่สูงมาก ใช้หมอนหรือม้วนผ้าขนาดสูงประมาณ 3 นิ้ว รองใต้เข่าทั้งสองข้าง เข่าจะงอประมาณ 15 องศา แล้วกดเข่าทั้งสองข้างลงบนหมอนหรือม้วนผ้านั้น พร้อมกระดกข้อเท้าขึ้น เกร็งไว้ นับ 1-10 ทำซ้ำ 10-20 ครั้ง นับเป็น 1 รอบ วันละ 2-3 รอบ



(2) **ท่านอนหงายชันเข่า** ชันเข่าขึ้นข้างหนึ่ง ขาอีกข้างหนึ่งเหยียดตรง ค่อยๆยกขาข้างที่เหยียดให้สูงประมาณ 1 ฟุต เกร็งค้างไว้ นับ 1-10 เอาขาที่เหยียดลง ทำซ้ำ 10-20 ครั้ง นับเป็น 1 รอบ สลับข้างซ้าย ขวา วันละ 2-3 รอบ



(3) ทำนั่งบนเก้าอี้เหยียดขาทีละข้าง โดยนั่งบนเก้าอี้วางเท้าทั้งสองข้างราบกับพื้น แล้วค่อยๆยกขาขึ้นข้างหนึ่ง จนขาเหยียดตรง เกร็งค้างไว้ นับ 1-10 งอเข่าลงช้าๆ ให้อ่างเท้าราบลงกับพื้นเช่นเดิม ทำซ้ำ 10-20 ครั้ง นับเป็น 1 รอบ สลับข้างซ้าย ขวา วันละ 2-3 รอบ



(4) ทำนั่งไขว้ขา ใช้เข่าด้านตรงข้ามไขว้กดลงบนขาอีกข้างหนึ่ง ในขณะที่พยายามยกขาด้านล่างให้เหยียดและเกร็งค้างไว้ นับ 1-10 ทำซ้ำ 10-20 ครั้ง นับเป็น 1 รอบ สลับกันไขว้ซ้าย ขวา วันละ 2-3 รอบ



3. การประคบด้วยความร้อนความเย็น

3.1 การประคบด้วยความร้อน หมายถึง การประคบ โดยการใช้ความร้อนที่ในปัจจุบันสามารถใช้ได้สะดวก ง่าย ราคาไม่แพง ทำได้ที่บ้าน มีฤทธิ์ลดอาการปวด ลดการอักเสบ ช่วยคลายกล้ามเนื้อที่เกร็งและตึง เพิ่มความยืดหยุ่นของเอ็นและกล้ามเนื้อได้แก่ ลูกประคบสมุนไพร ขวดน้ำร้อน การแช่น้ำอุ่น ใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำอุ่นประคบข้อเท้า การใช้ถุงซอตแฟ็ค (ภายในถุงมีสารดูดความร้อนคล้ายเจลลี่) หรือ กระเป๋าน้ำร้อน ซึ่งต้องห่อด้วยผ้าอีกชั้นหนึ่งเพื่อป้องกันการเกิดแผลจากความร้อน ก่อนนำมาประคบบริเวณที่ปวด ครั้งละประมาณ 10-15 นาที วันละ 2-3 ครั้ง

3.2 การประคบด้วยความเย็น หมายถึง การประคบในระยะเฉียบพลันของการปวด จากการกระแทกหรือการทำงานหนักของข้อเข่า และเมื่อข้อเข่าบวม ความเย็นจะสามารถลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ ลดความไวของเซลล์ประสาท ลดอาการบวม ได้แก่ การใช้กระเป๋าน้ำแข็ง (ไอซ์แพ็ค) การใช้ผ้าชุบน้ำเย็นหรือ การใช้ถุงน้ำแข็ง ประคบทันทีเมื่อมีอาการบาดเจ็บเฉียบพลัน เฉพาะบริเวณที่เป็นปัญหานั้นประมาณ 15-20 นาที ทุก 2-4 ชั่วโมง ร่วมกับการยกขาให้สูง

4. การควบคุมน้ำหนักตัว เนื่องจากความอ้วนจะทำให้ข้อเข่ามีการรองรับน้ำหนักมาก เกิดการเสียดของข้อเร็วขึ้น ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจึงต้องมีการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม โดยการประเมินภาวะโภชนาการเบื้องต้น การดูแลน้ำหนักตัว และการควบคุมอาหาร

(1) การประเมินภาวะโภชนาการเบื้องต้นโดยการดูน้ำหนักตัว น้ำหนักตัวเป็นเครื่องบ่งชี้ที่สำคัญของภาวะสุขภาพ แต่ละคนควรมีน้ำหนักตัวที่เหมาะสมตามวัย และโครงสร้างของร่างกาย (กอบกุล วุฒิวังศ์, 2550; 7) โดยมีรูปแบบการประเมินดังต่อไปนี้

1) วิธีอย่างง่าย โดยใช้ส่วนสูงในการคำนวณ

ผู้ชาย น้ำหนักตัวที่เหมาะสม = ส่วนสูง - 100

ผู้หญิง น้ำหนักตัวที่เหมาะสม = ส่วนสูง - 105

2) ใช้ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) เป็นเกณฑ์ โดยใช้สูตร

$$BMI = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^2}$$

องค์การอนามัยโลกกำหนดค่าปกติของ BMI สำหรับผู้ใหญ่ (สำหรับชาวเอเชีย) อายุ 20 ปีขึ้นไปดังนี้

ค่า BMI ปกติ = 18.5-24.9

BMI น้อยกว่า 18 น้ำหนักเกิน .5 แสดงว่าน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์หรือผอม

BMI 22.9-24.9 แสดงว่าปกติ

BMI 25 ขึ้นไป แสดงว่าน้ำหนักเกินหรืออ้วน

3) การวัดเส้นรอบเอว

ผู้หญิงควรมีเส้นรอบเอวไม่เกิน 32 นิ้ว (80 เซนติเมตร)

ผู้ชายควรมีเส้นรอบเอวไม่เกิน 36 นิ้ว (90 เซนติเมตร)

การวัดสัดส่วนเส้นรอบเอวต่อเส้นรอบสะโพก ช่วยประเมินภาวะโภชนาการโดยมีอัตราส่วนผู้หญิง ไม่ควรเกิน 0.8 และผู้ชาย ไม่ควรเกิน 1.0

(2) การเลือกรับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว เนื่องจากภาวะน้ำหนักเกินหรือความอ้วนทำให้เขารองรับน้ำหนักมาก เกิดการเสื่อมของข้อเร็วขึ้น การควบคุมน้ำหนักโดยการรับประทานอาหารที่ถูกหลัก เน้นอาหารที่มีกากใย ผักผลไม้มากกว่าการรับประทานอาหารที่มีไขมัน หรือน้ำตาลมาก รับประทานอาหารโปรตีนมากขึ้น อาหารคาร์โบไฮเดรตให้ลดลง โดยปกติพบว่าใน 1 วันปริมาณอาหารที่ควรได้รับคือ 1,600 กิโลแคลอรี สำหรับผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป อาหารที่ผู้สูงอายุควรได้รับในหนึ่งวันแบ่งเป็น 5 หมู่ดังนี้

หมู่ที่ 1 อาหารประเภทโปรตีนวันละ 6 ช้อนกินข้าว ได้แก่อาหารประเภทเนื้อสัตว์ และถั่วต่างๆ เลือกรับประทานชนิดที่เคี้ยวและย่อยง่าย ไขมันต่ำเช่นปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ถั่วเมล็ดแห้ง ถั่วเหลือง โปร่งมันเนย

หมู่ที่ 2 อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตวันละ 8 ทัพพี ได้แก่ ข้าว แป้ง น้ำตาล เผือก มัน รับประทานข้าวเป็นหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ ลดอาหารที่ทำจากแป้งและน้ำตาล

หมู่ที่ 3 ผัก บรืโภคหลายๆชนิด ไม่จำกัดอย่างน้อยวันละ 6 ทัพพี ต้ม หรือนึ่งให้สุกเพื่อป้องกันอาการท้องอืด และกากใยช่วยในการขับถ่ายลดการสะสมของโคเลสเตอรอล

หมู่ที่ 4 ผลไม้ วันละ 4 ส่วน เป็นผลไม้สุก เคี้ยวง่าย ไม่ควรรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด

หมู่ที่ 5 ไขมัน ให้งดไขมันจากสัตว์ ควรใช้ไขมันจากพืช เช่นน้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว น้ำมันข้าวโพด หลีกเลี่ยงน้ำมันพืชที่มีไขมันอิ่มตัว เช่นน้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว กะทิ เนยเทียม มาการีน ไม่รับประทานอาหารที่ทอดหรือผัดเป็นประจำ เลือกอาหารที่ใช้ไขมันน้อยในการปรุงเช่นการนึ่ง ต้ม อบ ย่าง

5. การใช้ยาบรรเทาอาการปวด หมายถึงการใช้ยา เพื่อให้ข้อเข่าสามารถเคลื่อนไหวได้ ยาพื้นฐานที่อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถแนะนำได้ ได้แก่ยาพาราเซตามอล (Paracetamol)) เนื่องจากลดอาการปวดได้โดยไม่มีผลต่อกระเพาะอาหารและมีฤทธิ์ในการบรรเทาอาการปวดในระดับน้อยถึงปานกลาง ให้ในขนาด 500 มก. 1-2 เม็ด เข้าได้ทุก 6 ชั่วโมง วันละไม่เกิน 8 เม็ด ไม่ควรรับประทานติดต่อกันหลายวัน เพราะมีผลเสียต่อดับและไต และยาพาราเซตามอลมีผลข้างเคียงกับตับ ซึ่งเป็นยาสามัญประจำบ้าน มีในศูนย์สุขภาพชุมชน

ใบงานที่ 1 ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม

ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม ตามข้อคำถามที่ได้รับ

1. จงบอกความหมายของคำว่า “โรคข้อเข่าเสื่อม”
2. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงอะไรบ้างที่จะทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม
3. อาการใดบ้างที่เป็นอาการและอาการแสดงของโรคข้อเข่าเสื่อมการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

ในแต่ละระยะมีอาการอย่างไร

4. มีเป้าหมายและวิธีการอย่างไรในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม
5. อสส. มีบทบาทอย่างไร ในการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน

ใบงานที่ 2 การบรรเทาอาการปวดข้อเข่า

ให้อ่าน. ระดมความคิด และอธิบายในคำถามที่ได้รับ สำหรับการให้คำแนะนำและช่วยเหลือ เพื่อบรรเทาอาการปวดข้อเข่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

1 วิธีการปรับเปลี่ยนท่าทาง อริยาบถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การชักผ้า การรีดผ้า การถูพื้นบ้าน การเตรียมปรุงประกอบอาหาร การนั่ง การยืน การเดิน การนอน การขึ้นบันได การใช้ส้วม การนอน การเลือกใส่รองเท้า การใช้ไม้เท้า

2 การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาในท่านั่ง ท่านอน และการประคบด้วยความร้อนความเย็นมีวิธีการและข้อควรระวังอย่างไร

3 การควบคุมน้ำหนักตัว การประเมินภาวะโภชนาการเบื้องต้น และการเลือกรับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนัก และการใช้ยาบรรเทาปวด ยาแก้อักเสบและยาทาประเภทใดบ้าง ที่อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถให้คำแนะนำในการใช้ยา มีผลข้างเคียงและอาการแพ้ยาอย่างไร มีข้อควรระวังหรือข้อห้ามการใช้ยาอย่างไรบ้าง

ใบงานบทบาทสมมติ

ฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ในสถานการณ์จำลอง

1. ให้เรียนรู้ 3 กรณี

กรณีที่ 1 การปรับเปลี่ยนท่าทาง และอธิบายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

กรณีที่ 2 การบริหารกล้ามเนื้อข้อเข่า และการประคบด้วยความร้อน ความเย็น

กรณีที่ 3 การควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วน การใช้ยาบรรเทาปวด

ฝึกทักษะการให้การปรึกษาให้ฝึกบทบาทสมมติ โดยให้อสส.สวมบทบาทเป็น

ก : ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม 1 คน

ข : อสส.ผู้ให้คำแนะนำ 1 คน

ค : ผู้สังเกตการณ์ คือ สมาชิกที่เหลือเป็นผู้สังเกตการณ์ คอยจับประเด็นและให้สะท้อนข้อมูลกลับเมื่อจบการแสดงบทบาทสมมติ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการให้คำแนะนำผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

2. ให้ข้อมูลสะท้อนกลับคือ

2.1(ก) : ผู้สังเกตการณ์ บอกข้อดีและข้อควรปรับปรุง

2.2(ข) : อสส. เล่าความคิดและความรู้สึกของตน

2.3(ก) : ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม วิจารณ์ตนเอง

และ ขั้นตอนสุดท้ายผู้วิจัยให้ข้อมูลสะท้อนกลับ

สรุปผลการแสดงบทบาทสมมติ ได้แก่ กระบวนการให้คำแนะนำผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นอย่างไร มีข้อขัดข้องอย่างไร ทักษะที่ใช้ได้ดีหรือควรปรับปรุง มีอะไรบ้าง ข้อมูลที่จำเป็นอย่างยิ่งหรือไม่ ได้ทราบปัญหาสาเหตุ ความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม หรือไม่ อย่างไร

คู่มือ

ดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข



จัดทำโดย ปราณี เรียนถาวร นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

โรคข้อเข่าเสื่อม

โรคข้อเข่าเสื่อม หมายถึงโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงของ ผิวกระดูกอ่อนข้อเข่า เกิดการสึกกร่อน ทำให้การทำงานข้อเข่าเสียไป^(1,2)

การเปลี่ยนแปลงของโรคข้อเข่าเสื่อม⁽³⁾ ได้แก่

1. **ผิวของข้อเข่า** ซึ่งเป็นกระดูกอ่อน เริ่มสึกหรอ ทำให้ผิวข้อไม่เรียบ การเคลื่อนไหวข้อ มีอาการติดขัด ฝืด หรือมีเสียงดังคล้ายกระดาษทรายถูกัน
2. **การกระจายการรับน้ำหนักของกระดูกผิวข้อ** มีการกระจายตัวมากขึ้นไม่เท่ากัน ทำให้การรับน้ำหนักผิดปกติ มีอาการปวด
3. **เยื่อหุ้มข้อ** มีการระคายเคือง เกิดการอักเสบ และสร้างน้ำในข้อมากขึ้น ทำให้เกิดอาการปวดบวม และข้อมีความร้อนเพิ่มขึ้น
4. **กล้ามเนื้อรอบข้อเข่า** มีความแข็งแรงน้อยลง แรงกระทำจึงเกิดกับข้อเข่ามากขึ้น
5. **เอ็นยึดข้อ** บางส่วนหย่อนยาน ทำให้ข้อแกว่ง หรือหลวมเพิ่มการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ
6. **แนวแกนขา** เริ่มผิดปกติ จากน้ำหนักที่มากขึ้น ร่วมกับเอ็นยึดข้อที่หย่อนยาน ทำให้เข่าโก่งออก หรือขาเก
7. **กระดูกรอบข้อเกิดการปรับตัว** โดยสร้างกระดูกงอกขึ้นภายในข้อ ทำให้ข้อเคลื่อนไหวได้น้อยลง กระดูกบริเวณข้อเข่าและรอบๆข้อเข่าบางลง

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม⁽¹⁾ ได้แก่

1. **อายุ** เป็นปัจจัยสำคัญที่สุด แต่ไม่ใช่ปัจจัยเพียงอย่างเดียวที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม โดยเมื่ออายุมากขึ้น กระดูกอ่อนผิวข้อเข่ามีความทนต่อแรงกดลดลง มีการเปลี่ยนแปลงของสารที่อยู่ในกระดูกอ่อนผิวข้อ และประสาทส่วนปลายทำงานลดลง ทำให้เกิดข้อเข่าเสื่อมได้
2. **การใช้ข้อเข่าที่ไม่ถูกต้อง** การทำงานหนักทำให้ข้อเข่าต้องแบกรับน้ำหนักมาก การนั่งพับเข่าเป็นประจำ หรือจากการเล่นกีฬาที่มีการกระแทกข้อเข่าเป็นประจำ
3. **น้ำหนักตัวมากเกินไป** คนที่มีน้ำหนักปกติขณะเดินจะมีแรงผ่านข้อเข่าประมาณ 4-5 เท่าของน้ำหนักตัว ในการนั่งยองๆ ข้อเข่ารับแรงเพิ่มเป็น 10 เท่าของน้ำหนักตัว ดังนั้นผู้ที่มีน้ำหนักตัวมาก ทำให้ข้อเข่าต้องรับแรงเพิ่มมากขึ้น

4. การบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุที่ข้อเท้า อาจเกิดขึ้นทันที หรือเคยได้รับมาก่อน จนเกิดอาการ กล้ามเนื้อข้อเท้า เส้นเอ็น อักเสบหรือ นึกขาด ข้อเท้า แดงหรือ เคลื่อน หรือ ทำให้มีอาการปวดข้อหรือข้อบวม

5. มีการอักเสบในข้อเข่ามาก่อน เช่น เอ็นยึดข้อเข่าอักเสบ เกาต์ หรือ รูมาตอยด์

6. มีความพิการผิดรูปของข้อเท้าหรือแนวขา ตั้งแต่เกิดหรือจากการได้รับอุบัติเหตุ

ข้อพิจารณาความเสี่ยงต่อการเป็นโรคข้อเท้าเสื่อม⁽⁴⁾

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. เพศชาย หญิง อายุ 40 ปีขึ้นไป		
2. มีน้ำหนักตัวมาก (ค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25)		
3. มีกิจวัตรการทำงาน ที่ต้องเดินอยู่ตลอดเวลา		
4. มีอาการเข้ายึด ฝืด หรืออึด ลำบาก		
5. มีเสียงดังก๊อบ แก๊บ ที่เข่าขณะเคลื่อนไหว		
6. มีอาการปวดที่ข้อเท้า หรือขาเวลาเดิน หรือลงบันได		
7. มีอาการปวด เจ็บแปลบ ที่ข้อเท้าเวลาเดิน		
8. มีอาการปวดข้อเท้าเวลานอน		
9. มีปัญหาปวดข้อเท้าเวลาใส่ถุงเท้า รองเท้า หรือขณะลุกนั่ง		
10. มีอาการปวดปวมอักเสบที่ข้อเท้า		
11. ไม่สามารถเดินได้ปกติ ต้องเดินโยกตัว		
12. ขาโก่งงอผิดรูป		

ผู้ใดมีอาการเหล่านี้ ตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไปแสดงว่า มีความเสี่ยงต่อโรคข้อเท้าเสื่อม

อาการและการแสดงของโรคข้อเข่าเสื่อม^(5,6)

1. **มีอาการปวดข้อเข่า** เริ่มต้นจะเป็นๆหายๆโดยมีอาการปวดลดลงเมื่อหยุดพักการใช้งานข้อเข่า และปวดมากขึ้นเมื่อใช้งาน เช่น ยืน เดิน โดยเฉพาะเดินขึ้นลงบันได ในรายที่เป็นมากอาจมีอาการปวดตลอดเวลา มีความลำบาก ทรมานในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

2. **มีเสียงดังในข้อเข่า** เวลาขยับงอหรือเหยียดข้อเข่า

3. **มีการข้อเข่าฝืด หรือข้อเข่ายึด** รู้สึกได้หลังหยุดการใช้ข้อเข่าเป็นเวลานาน เช่น หลังตื่นนอนตอนเช้า หรือหลังจากนั่งพักนานๆ เมื่อมีการเคลื่อนไหวสักระยะหนึ่ง จึงขยับได้มากขึ้น

4. **เข่าบวม** อาการนี้เป็นๆหายๆ เนื่องจากน้ำในข้อเข่าที่มากผิดปกติ บางครั้งมีอาการอักเสบ บวมแดง ร่วมด้วย

5. **พิสัยการเคลื่อนไหวข้อเข่าลดลง** การงอหรือเหยียดเข่าได้ไม่สุด มักมีอาการเจ็บถ้าพยายามฝืนให้งอหรือเหยียดมากขึ้น

6. **ข้อเข่าผิดรูป** ลักษณะข้อเข่าจะผิดรูปร่างจากเดิม อาจคลำพบหินปูน มองเห็นข้อเข่าใหญ่ขึ้น หรือมีลักษณะเข่าโก่งแยกออกจากกันเวลายืนตรง

7. **ข้อเข่าหลวม** ทำให้ไม่สามารถทรงตัวได้อย่างมั่นคง เมื่อยืนหรือเดิน

ระยะของอาการปวดข้อเข่า⁽⁷⁾ แบ่งได้เป็น 3 ระยะได้แก่

1. **อาการปวดข้อเข่าระยะเริ่มต้น** ที่สำคัญคืออาการฝืดของข้อเข่าในตอนเช้า หรือเมื่อมีการใช้งานเช่น ยืน หรือ เดิน มากๆ ข้อเข่าข้างที่เป็นจะมีการบวมแดงร้อน เมื่อเทียบกับข้างปกติ เป็นสัญญาณเตือนให้พักข้อเข่าและลดการใช้งานลง

2. **อาการปวดข้อเข่าระยะปานกลาง** เมื่อกระดูกอ่อนเริ่มสึกกร่อน ข้อจะมีการอักเสบรุนแรงขึ้นภายหลังการใช้งาน คืออาการบวม คลำข้อมีความอุ่น หรือร้อนกว่าข้างปกติ กล้ามเนื้อรอบข้อเริ่มปวดเมื่อย อ่อนแรง อาจมีการฝืดขัดภายในข้อ หรือมีเสียงดังขณะขยับ ข้อเข่าเริ่มโก่ง ระยะนี้มีอาการปวดเข่าข้างขวาสลับกับข้างซ้าย ข้อเข่าเริ่มหลวมจากการหย่อนยานของเอ็นยึดเข่า

3. **อาการปวดข้อเข่าระยะรุนแรง** เมื่อกระดูกอ่อนสึกกร่อนมากขึ้น อาการปวดเข่ารุนแรงขึ้นและมีอาการทั้ง 2 ข้าง ข้อเข่าหลวมไม่มั่นคง มีกระดูกงอกหนาขึ้น คลำได้ที่บริเวณด้านในข้อเข่า ข้อเข่าโก่งผิดรูปชัดเจน เวลาเดินต้องกางขาข้างขึ้นเพิ่มเสริมความมั่นคง กล้ามเนื้อรอบข้อเข่าลีบเล็กลง การเคลื่อนไหวเริ่มติดขัด ไม่สามารถเหยียดหรืองอเข่าได้สุดเหมือนปกติ ขณะลุกขึ้นจากท่านั่งจะมีอาการปวดรุนแรง มีความลำบากมากในการขึ้นลงบันได

การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม⁽⁸⁾ ขึ้นกับอาการ ปวดข้อเข่า และความรุนแรงที่โครงสร้างของกระดูกอ่อนข้อเข่าที่ถูกทำลายไป แนวทางการรักษามี 3 วิธี ได้แก่

1. วิธีไม่ใช้ยา
2. วิธีใช้ยา
3. วิธีผ่าตัด

1.การรักษาโดยวิธีไม่ใช้ยา

1.1 การให้ความรู้เรื่องข้อเข่าเสื่อม การให้ความรู้แบบเฉพาะตัวหรือเป็นกลุ่มย่อยเรื่อง การดำเนินของโรคและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เพื่อบรรเทาความปวดของข้อเข่า

1.2 การออกกำลังกายและการบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่า เป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลดี ในการบรรเทาอาการปวด เพิ่มความสามารถในการใช้งานข้อเข่า โดยการออกกำลังกายที่ดีประกอบด้วย

- การบริหารเพื่อเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวข้อเข่า
- การบริหารเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขาและกล้ามเนื้อน่อง
- การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เพื่อความพร้อมของระบบหัวใจ ระบบ

หายใจ และโครงสร้างกระดูก กล้ามเนื้อ มีความแข็งแรงเช่น การเดินช้าๆ การตีขาในสระว่ายน้ำ การออกกำลังกายในน้ำ การขี่จักรยานอยู่กับที่ หรือการขี่จักรยานโดยปรับให้อานอยู่สูงกว่าปกติ เพื่อลดการงอของข้อเข่า หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่มีแรงกระแทกหรือมีการบิดของข้อเข่ามากเกินไป เช่น การวิ่ง การกระโดด การเดินแอโรบิก

1.3 การใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยต่างๆ

• การใช้ไม้เท้าหรือร่ม โดยถือด้านตรงข้ามกับข้อที่ปวดเพื่อช่วยในการลดแรงกระแทกที่ข้อเข่าได้ประมาณร้อยละ 25 ของน้ำหนักตัว

- การเสริมรองเท้าเป็นลิ่มทางด้านนอก ในผู้ที่เริ่มมีขาโก่งน้อยๆ
- การใช้เครื่องพยุงช่วยกระชับข้อเข่า อุปกรณ์รัดข้อชนิดต่างๆ จะเสริมความมั่นคงของข้อให้กระชับขึ้น ลดโอกาสการผิดรูปของข้อ แต่ถ้าใส่นานๆ มีผลให้กล้ามเนื้อลีบเล็กลง

1.4 การลดน้ำหนัก เนื่องจากขณะ เดินจะมีน้ำหนักลงที่เข่าประมาณ 4-5 เท่าของน้ำหนักตัว ขณะวิ่งน้ำหนักจะลงที่เข่าเพิ่มขึ้นเป็น 7 – 10 เท่าของน้ำหนักตัว การถีบจักรยาน เข่าจะรับน้ำหนักเพียง 1.5 เท่าของน้ำหนักตัวเท่านั้น^(5,9) ดังนั้น ถ้าน้ำหนักตัวได้ เขาก็จะรับน้ำหนักน้อยลง ทำให้เข่าเสื่อมช้าลง น้ำหนักที่เกินจะกระตุ้นการเสื่อมของข้อเข่าโดยตรง

การตรวจสอบน้ำหนักตัวว่าอยู่ในเกณฑ์ หรืออ้วนเกินไปใช้เครื่องมือวัดกาย การควบคุมน้ำหนักทำได้ด้วยการควบคุมทั้งชนิดและปริมาณอาหาร อาทิการลดอาหารรสหวาน งดของมัน รับประทานอาหารแต่พออิ่ม ดื่มน้ำให้มาก

1.5 การใช้วิธีการอื่นๆ ได้แก่ การรักษาด้วยเลเซอร์ การฝังเข็ม การใช้ความร้อนและการใช้สนามแม่เหล็ก วิธีการเหล่านี้ควรให้แพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะทางเป็นผู้พิจารณาการรักษา

2. การรักษาโดยวิธีใช้ยา แนะนำให้ผู้สูงอายุปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร

2.1 ยาเกิน วิธีการใช้ยาอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ เป็นผู้สั่งการรักษาโดย

1. พิจารณาอาการและตามอณูชนิดกินเป็นอันดับแรก และยาต้านการอักเสบ เช่นยาไพร็อกซิแคม ผลข้างเคียงของยาต้านการอักเสบ คือ ผลต่อไต ระคายเคืองอาหารและลำไส้ อาจทำให้ระคายเคืองอาหารทะเล มีแผลในกระเพาะอาหาร เลือดออกในกระเพาะอาหาร หลอดเลือดหัวใจและสมองเกิดการอุดตันได้

2. ยาที่เฉพาะที่ เช่น ยาทาไพร็อกซิแคม

3. ยาฉีด เป็นการฉีดยาจำพวกสเตียรอยด์ มีข้อเสียคือ

- ทำให้ข้อเสื่อมเร็วขึ้น เมื่อผู้ป่วยจะใช้งานข้อเข่าตามปกติอีก
- มีโอกาสติดเชื้อภายในข้อ จากเทคนิคการฉีดที่ไม่สะอาดพอ
- สเตียรอยด์จะตกตะกอนในข้อ ทำให้ข้อเสื่อมเร็ว

ข้อบ่งชี้การฉีดยา คือ มีอาการปวด หรือมีอาการอักเสบรุนแรง ยาฉีดมีผลระงับปวดในช่วงสั้น ไม่ควรฉีดเกิน 3 ครั้งต่อปี เนื่องจากผลของยาจะทำลายกระดูกอ่อนของข้อต่อ หลังฉีดแล้วต้องพักข้อเข่าข้างที่ฉีด ไม่ให้รับน้ำหนักหรือใช้งานเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์

3. การรักษาโดยการผ่าตัด ในรายที่จำเป็น เช่น ได้รับยาฉีดเข้าข้อเข่าเกิน 3 ครั้งต่อปี เพื่อลดอาการปวด การผ่าตัดมีหลายวิธี เช่นการเจาะเข้า ล้างข้อด้วยน้ำเกลือ การผ่าตัดเพื่อจัดแนวกระดูก การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถให้คำแนะนำสนับสนุน ส่งเสริม และสอนสาธิตให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถปฏิบัติได้เองที่บ้าน เพื่อชะลอหรือบรรเทาอาการปวดให้น้อยลง เพียงพอที่จะประกอบกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น ด้วยคำแนะนำและช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตนในเรื่องต่างๆดังนี้

1. การหยุดพักการใช้ข้อเข่าเมื่อมีอาการปวดข้อเข่ามาก ช่วยป้องกันข้อไม่ให้เสียหายเพิ่มขึ้น ควรพักการใช้งานของข้อนั้น อาจใช้ผ้ายืดพันเข้าไว้ เมื่ออาการปวดลดลงจึงเริ่มให้มีการเคลื่อนไหวเบาๆ

2. การใช้ความร้อน หรือ ความเย็นประคบข้อเข่า เพื่อลดอาการปวดและการเกร็งของกล้ามเนื้อ ช่วยให้โลหิตไหลเวียนได้สะดวก ดังนี้

2.1 การใช้ความร้อนประคบ ได้แก่การใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำอุ่นประคบข้อเข่า การใช้ถุงหอต पै็ค (ภายในถุงมีสารดูดความร้อนคล้ายเจลลี่) หรือ กระเป๋าน้ำร้อนซึ่งต้องห่อด้วยผ้าอีกชั้นหนึ่งเพื่อป้องกันการเกิดแผลจากความร้อน ก่อนนำมาประคบบริเวณที่ปวด ครั้งละประมาณ 15-20 นาที วันละ 2-3 ครั้ง

2.2 การใช้ความเย็นประคบ ได้แก่การใช้กระเป๋าน้ำแข็ง (ไอซ์แพ็ค) การใช้ผ้าชุบน้ำเย็นหรือ การใช้ถุงน้ำแข็ง ประคบทันทีเมื่อมีอาการบาดเจ็บข้อเข่าอย่างเฉียบพลัน เฉพาะบริเวณที่ปวดนานประมาณ 15-20 นาที ทุก 2-4 ชั่วโมง ร่วมกับการยกขาให้สูง เพื่อลดอาการบวมของข้อเข่า และลดการอักเสบปวดร้อน

3. การบริหารกล้ามเนื้อข้อเข่า^(5,10) เพื่อให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง และเพิ่มความมั่นคงของข้อและลดแรงกระทำต่อข้อเข่า การบริหารทุกท่า ควรเริ่มทำจากน้อยไปมาก โดยทำประมาณ 10-20 ครั้งต่อรอบ วันละ 2-3 รอบ และค่อยๆเพิ่มมากขึ้นตามกำลังความสามารถของกล้ามเนื้อ จะทำให้กล้ามเนื้อรอบเข่ามีความแข็งแรงมากขึ้น การเคลื่อนไหวข้อเข่าได้ดีขึ้น สามารถทำได้ที่บ้านเป็นประจำทุกวัน ได้แก่

(1) ท่านอนหงาย หมอนหนุนใต้เข่า นอนศีรษะหนุนหมอนที่ไม่สูงมาก ใช้หมอนหรือม้วนผ้าขนาดสูงประมาณ 3 นิ้ว รองใต้เข่าทั้งสองข้าง เข่าจะงอประมาณ 15 องศา แล้วกดเข่าทั้งสองข้างลงบนหมอนหรือม้วนผ้านั้น พร้อมกระดกข้อเท้าขึ้น เกร็งไว้ นับ 1-10 ทำซ้ำ 10-20 ครั้ง นับเป็น 1 รอบ วันละ 2-3 รอบ



(2) ทำนอนหงายชันเข่า ชันเข่าขึ้นข้างหนึ่ง ขาอีกข้างหนึ่งเหยียดตรง ค่อยๆยกขาข้างที่เหยียดให้สูงประมาณ 1 ฟุต เกร็งค้างไว้นับ 1-10 เอาขาที่เหยียดลง ทำซ้ำ10-20 ครั้งนับเป็น1รอบ สลับข้างซ้าย ขวา วันละ2-3 รอบ



(3) ทำนั่งบนเก้าอี้ เหยียดเข่าทีละข้าง โดยนั่งบนเก้าอี้ วางเท้าทั้งสองข้างราบกับพื้น แล้วค่อยๆยกขาขึ้นข้างหนึ่ง จนเข่าเหยียดตรง เกร็งค้างไว้นับ 1-10 งอเข่าลงช้าๆให้วางเท้าราบลงกับพื้นเช่นเดิม ทำซ้ำ10-20 ครั้งนับเป็น1รอบ สลับข้างซ้าย ขวา วันละ2-3 รอบ



(4) ทำนั่งไขว่ขา ใช้ขาข้างตรงข้ามไขว่กอดลงบนขาอีกข้างหนึ่ง ในขณะที่พยายามยกขา ด้านล่างให้เหยียดและเกร็งค้างไว้ นับ 1-10 ทำซ้ำ 10-20 ครั้ง นับเป็น 1 รอบ สลับกันไขว่ซ้าย ขวา วันละ 2-3 รอบ



4. การปรับเปลี่ยนอริยาบถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน⁽¹⁰⁾ เพื่อให้มีการใช้ข้อเข่าน้อยลง โดยการปรับเปลี่ยนอริยาบถให้เหมาะสม หลีกเลี่ยงการใช้งานที่เกินกำลังและท่าทางที่ทำให้ข้อเข่ามีแรงดันเพิ่มมากขึ้น เช่น

4.1 การซักผ้า ให้ซักทีละน้อยไม่มากชิ้น และนั่งซักบนเก้าอี้เตี้ยๆ โดยเหยียดเข่าออกทั้ง 2 ข้าง หรือซักโดยใช้เครื่องซักผ้า

4.2 การรีดผ้า หลีกเลี่ยงการนั่งพื้นรีดผ้า ควรนั่งบนเก้าอี้ หรือยืนรีดโดยมีเก้าอี้เตี้ยๆมารองพาดขาข้างหนึ่งไว้เพื่อช่วยในการพับกลัมนื้อขา และหลัง

4.3 หลีกเลี่ยงการก้มถูพื้นบ้าน ควรยืนถู โดยใช้ไม้ถูพื้นมีด้ามจับ(ไม่มี
อบ)

4.4 การไปวัด นั่งสมาธิ ฟังเทศน์ ทำบุญ ควรนั่งบนเก้าอี้ หรือถ้าจำเป็นต้องนั่งกับพื้นควรนั่งเหยียดเข่าตรง

4.5 หลีกเลี่ยงการนั่งพื้นเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ เช่นการเลี้ยงเด็ก เตรียม
อาหาร

4.6 การใช้ส้วม ควรหลีกเลี่ยงการใช้โถส้วมซึมแบบนั่งของๆ อาจปรับใช้ม้าสามขา สำหรับนั่งครอบบนส้วมซึม ใช้กระโถน หรือใช้ชักโครกแทน ทำที่จับยึดบริเวณด้านข้างโถนั่ง เพื่อใช้จับพยุงตัวเวลาจะนั่งลงหรือจะลุกขึ้นยืน ไม่ควรนั่งของๆ เพราะผิวข้อเข่าเสียดสีกันมาก เส้นเลือดถูกกดทับทำให้เลือดไปเลี้ยงขาได้ไม่ดี ข้อเข่าจะเสื่อมเร็วขึ้น

4.7 ควรนอนบนเตียงที่มีความสูงระดับเข่า เมื่อนั่งห้อยขาที่ขอบเตียงแล้วฝ่าเท้าจะแตะพื้นพอดีไม่ควรนอนราบบนพื้น เพราะต้องงอเข่าเวลาจะนอนหรือลุกขึ้น ทำให้ผิวข้อเสียดสีกัน เกิดข้อเข่าเสื่อมเร็วขึ้น

4.8 หลีกเลี่ยงการยืนหรือนั่งท่าเดิวนานๆ ถ้าจำเป็นให้ขยับเปลี่ยนท่าหรือเหยียดข้อเข่าบ่อยๆ

4.9 การยืน ควรยืนตรง กางขาออกเล็กน้อย ให้น้ำหนักตัวลงบนขาทั้งสองข้างเท่า ๆ กัน

ไม่ควร ยืนลงน้ำหนักตัวบนขาข้างใดข้างหนึ่ง จะทำให้เกิดอาการปวดเข่าที่รับน้ำหนักมากกว่า

4.10 การเดิน ควรเดินบนพื้นราบ หลีกเลี่ยงการขึ้นลงบันได เนื่องจากจะมีแรงมากระแทกข้อเข่า และไม่ควรเดินบนพื้นที่ไม่เสมอกัน เช่น ทางลาดเอียงที่ชันมาก หรือทางเดินที่ขรุขระ เพราะทำให้น้ำหนักตัวที่ลงไปที่เข่าเพิ่มมากขึ้น และ อาจเกิดอุบัติเหตุหกล้มได้ง่าย

4.11 ควรใส่รองเท้าแบบมีส้นเตี้ย (สูงไม่เกิน 1 นิ้ว) หรือไม่มีส้น พื้นรองเท้านุ่มและ มีขนาดที่พอเหมาะเวลาสวมรองเท้าเดินแล้วรู้สึกว่กระชับพอดี ไม่หลวมหรือคับเกินไป

4.12 ควรใช้ไม้เท้า เพื่อช่วยแบ่งเบาแรงที่มากกระทำต่อข้อเข่า และเพื่อช่วยเพิ่มความมั่นคงในการทรงตัว เวลาขึ้นหรือเดิน และควรมีจุดยกที่ปลายไม้เท้าเพื่อกันลื่นหกล้มด้วย วิธีถือไม้เท้าในผู้ที่ปวดเข่ามากข้างเดียว ให้ถือด้านตรงข้ามกับเข่าที่ปวด ถ้าปวดทั้งสองข้างให้ถือข้างที่ถนัด

5. การรับประทานยาบรรเทาอาการปวดเข่า เช่นพาราเซตามอล ตามแพทย์สั่งเป็นครั้งคราว เป็นยาที่ควรเลือกใช้เป็นลำดับแรก ขนาดยา 500 มก. ทุก 6 ชั่วโมง (10 - 15 มก./กก./ครั้ง) วันละไม่เกิน 4 กรัม (8 เม็ด) มีข้อควรระวังในการใช้ยา คือการเกิดพิษต่อตับ ทำให้ตับไม่ทำงานอย่างเฉียบพลัน เป็นอันตรายถึงตายได้ ในผู้ป่วยที่มีโรคตับเรื้อรังหรือผู้ที่ดื่มสุราจะมีความเสี่ยงมากขึ้น จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ยานี้

ถ้าพบว่ามีการใช้ยาพาราเซตามอลมากเกินไป ควรรีบทำให้อาเจียน เช่น ใช้น้ำล้างเข้าไปเจือยที่ผนังลำคอ แล้วรีบพาส่งโรงพยาบาลทันที แพทย์จะทำการล้างท้องและให้ยาด้านพิษ เพื่อป้องกันมิให้ตับถูกทำลาย ยานี้ไม่กักระเพาะ สามารถกินขณะท้องว่างได้ ไม่จำเป็นต้องกินหลังอาหารและ อาการแพ้ที่เกิดจากยาพบได้น้อยมาก⁽¹¹⁾

6. การลดน้ำหนักหรือควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม^(12,13)

การตรวจสอบน้ำหนัก ว่าเกินเกณฑ์หรือไม่ โดย

$$\text{ใช้สูตร คำนวณมวลกาย (BMI)} = \frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร}^2\text{)}}$$

เกณฑ์ คำนวณมวลกาย (BMI) = ระหว่าง 18.5 - 24.9 ถือว่าปกติ

คำนวณมวลกาย (BMI) = ตั้งแต่ 25 ขึ้นไป ถือว่าน้ำหนักเกิน

วิธีการลดน้ำหนัก

- ตั้งวัตถุประสงค์การลดน้ำหนัก เช่น ให้น้ำหนักเข้าสู่เกณฑ์ปกติ
- ตั้งเป้าหมายเป็นน้ำหนักตัวที่ต้องการจะลด
- คำนึงถึงโรคของคนอื่น เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อเสื่อม
- ดื่มน้ำเปล่า ก่อนรับประทานอาหารทุกมื้อ
- ลดอาหารรสหวานทุกชนิด เช่น ขนมหวาน ผลไม้รสหวาน น้ำอัดลม ฯลฯ
- งดของทอด ของมัน กะทิทุกชนิด
- รับประทานอาหารเพียงเพื่อพอกินทุกมื้อ ห้ามกินเกินอิ่ม ไม่กินจุบจิบ
- ควรรับประทาน อาหารที่มีประโยชน์ ครบคุณค่าทางโภชนาการ

7. การสวมใส่สนับเข่า ในรายที่ข้อเข่าเสียความมั่นคง สนับเข่าจะช่วยกระชับข้อเข่า ลดอาการปวด เหมาะสำหรับใส่เวลาขึ้นหรือเดิน ควรใส่และถอดออกเป็นบางครั้ง ร่วมกับบริหาร กล้ามเนื้อรอบข้อเข่าให้แข็งแรง เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบจากการขาดการใช้งาน

8. การปรึกษาแพทย์ เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นภายหลังได้รับการรักษา

อาการผิดปกติที่ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมควรไปพบแพทย์⁽¹⁴⁾

1. มีการบวมและร้อนของข้อเข่าหรือบริเวณรอบๆ
2. มีการเปลี่ยนแปลงสีของผิวหนังบริเวณขา หรือ เท้าเมื่อเดินนาน ๆ
3. มีอาการข้อติดหรือข้อขัด เคลื่อนไหวข้อไม่เต็มที่ มีอาการปวดร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้
4. มีอาการปวดมากขึ้นเรื่อย ๆ
5. มีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ไข้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ต่อม่าน้ำเหลืองโต ฯลฯ
6. มีกล้ามเนื้อต้นขาลีบ มีอาการขาหรืออ่อนแรงของขา

บรรณานุกรม

1. สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. ข้อเสื่อม. ตำราตรวจโรคทั่วไป. กรุงเทพฯ. พิมพ์ดี; 2551.
2. พงษ์ศักดิ์ วัฒนา. เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับข้อเข่าเสื่อม. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ. ม.ป.ท.; 2545.
3. ข้อเข่าเสื่อม. [ออนไลน์]. ธันวาคม 2551. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2554]:
เข้าถึงได้จาก <http://allforblue.wordpress.com/2>.
4. รู้ทันโรคข้อเข่าเสื่อม. [ออนไลน์]. ธันวาคม 2552. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2554]:
เข้าถึงได้จาก http://www.samitivejhospitals.com/allhealth_pfe_detail/รู้ทันโรคข้อเข่าเสื่อม_446/th
5. สถาบันเวชศาสตร์ฟื้นฟูผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. E Book สำหรับประชาชน การดูแลข้อเข่าเสื่อม. [ออนไลน์]. 2554 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 มกราคม 2554]: เข้าถึงได้จาก F:\การดูแลข้อเข่าเสื่อม เวชศาสตร์ผศอ.มท .
6. สิทธิศักดิ์ หรรษาเวก. สูญวิหังไกลโรค. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
7. ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การศึกษาผลของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมแนวใหม่ต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2550.
8. สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข .แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยและรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2548.
9. ปวดเข่า, สาเหตุ, สัญญาณ, วิธีรักษา, ข้อแนะนำในการดูแลรักษาด้วยตนเอง. [ออนไลน์]. พฤศจิกายน 2551. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2554]: เข้าถึงได้จาก
<http://www.annisaa.com/forum/index.php?>.
10. วิไล คุปต์นิริติชัยกุล. เวชศาสตร์ฟื้นฟู สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เอ็น.พี.เพรส.; 2548.

11. วันชัย ตรียะประเสริฐ. การใช้ยาในโรคข้อเสื่อม[ออนไลน์]. กุมภาพันธ์ 2545. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2554]: เข้าถึงได้จาก.
http://www.pharm.chula.ac.th/clinic101_5/article/artitis.htm.
12. กอบกุล วุฒิวงศ์. กินอย่างไรห่างไกลโรค โครงการรณรงค์ภัยไข้เจ็บชาวไทยและครอบครัว. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
13. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. คู่มือฉลาดรู้ ฉลาดทำ ฉลาดกิน ฉลาดออกกำลังกาย. ม.ป.ท.; 2551.
14. พนมกร ดิษฐสุวรรณ. ปวดเข่า. [ออนไลน์]. กันยายน 2552. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2554]: เข้าถึงได้จาก. <http://www.playfc.com/www2/bbs/redirect.php?tid=2712&goto=lastpost>.

คำบรรยายวิทัศน์ เรื่องการดูแลรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม

คำบรรยาย	ภาพ
โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่พบได้บ่อยมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ หลายคนเคยมีอาการปวด หรือรู้สึกขัดที่ข้อเข่าบ่อยๆ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า กำลังเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นโรคที่มีการสึกกร่อนของผิวกระดูกอ่อนของข้อเข่า อันเนื่องมาจากความเสื่อมตามอายุขัย และการใช้งานมาก ทำให้มีการขัดสีและถลอก ของผิวกระดูกอ่อนที่หุ้มอยู่รอบเข่าจนถึงเนื้อกระดูก เทียบได้กับกระเบื้องที่ปูพื้นบ้าน มีการหลุดลอกออกจากบ้านของเรา โดยที่ปกติแล้วกระดูกรอบๆบางส่วน จะมีการซ่อมแซมตัวเอง และพอกตัวหนาขึ้นมากกว่าเดิม เกิดเป็นกระดูกงอกขรุขระขึ้นภายในข้อ ทำให้การเคลื่อนไหวติดขัด เสียงดัง และเจ็บปวด ผู้ที่เป็็นโรคข้อเข่าเสื่อม จะมีอาการปวดบวมที่บริเวณข้อเข่า อาการปวดจะเริ่มจากน้อยๆ แล้วค่อยๆปวดมากขึ้น มักรู้สึกขาข้อยึดในตอนเช้าๆ หรือในตอนเริ่มต้นเดินใหม่ๆ เข่าจะเริ่มมีอาการโก่ง ผิดรูปมากขึ้นจนเห็นได้ชัด จนกระทั่งในที่สุดจะมีอาการปวดมาก แม้ขณะที่อยู่เฉยๆ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โดยดูจากอาการประกอบการตรวจร่างกาย ดูการเคลื่อนไหว มุมงอเหยียดของข้อเข่า ร่วมกับ ตำแหน่งที่เจ็บ และเอกซเรย์ข้อเข่าเพิ่มเติม เพื่อยืนยันการรักษา และดูความรุนแรงของโรค ภาพเอกซเรย์ในโรคข้อเข่าเสื่อมจะเห็นได้ว่า ช่องว่างระหว่างกระดูกแคบลง อันเนื่องมาจากการสึกกร่อนของผิวข้อ บางครั้งอาจเห็นว่ามีการงอกในข้อได้ การดูแลรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมขึ้นอยู่กับ 1. ระยะเวลาและความรุนแรงของโรค 2. อายุของผู้ป่วย 3. ความมากน้อยในการใช้งาน 4. การให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย	ภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมกำลังเดิน -ภาพลักษณะข้อเข่าปกติ -ภาพลักษณะข้อเข่าเริ่มเสื่อม -ภาพลักษณะข้อเข่าเสื่อม -ภาพอาการและอาการแสดงโรคข้อเข่าเสื่อม -ภาพผู้สูงอายุเข่าโก่งผิดรูป -ภาพแพทย์ตรวจร่างกายผู้ป่วยในการวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อม -ภาพถ่ายเอกซเรย์ข้อเข่า

คำบรรยาย	ภาพ
โดยเมื่อเริ่มมีอาการของข้อเข่าเสื่อมในระยะต้นๆ ควรชะลอการเสื่อมของข้อด้วยวิธีดื่มน้ำหนัก หรือควบคุมไม่ให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น -หลีกเลี่ยงการนั่งยองๆ นั่งคุกเข่า นั่งพับเพียบ หรือนั่งขัดสมาธิ -ใช้ไม้เท้าช่วยเดินเวลาที่มีอาการปวด หรือเมื่อต้องเดินระยะทางไกลๆ -ทานยาพาราเซตามอล ตามที่แพทย์จ่ายให้เป็นครั้งคราวเมื่อมีอาการ -หมั่นออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อต้นขา โดยวิธีนั่งเหยียดเข่าเกร็งค้างไว้ 10 วินาที แล้วอเข่าดังเดิม นับเป็น 1 รอบ ทำซ้ำวันละ 100-200 รอบ	-ภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมและข้อความการดูแลรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม -ภาพผู้สูงอายุน้ำหนักเกิน (อ้วน) -ภาพผู้สูงอายุนั่งยองๆ -ภาพผู้สูงอายุใช้ไม้เท้าช่วยเดิน -ภาพผู้สูงอายุรับประทานยา -ภาพการออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อต้นขา

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ

นางปราณี เรียนถาวร

วัน เดือน ปีเกิด

3 มีนาคม 2505

สถานที่เกิด

กรุงเทพมหานคร

วุฒิการศึกษา

พยาบาลศาสตรบัณฑิต (เทียบเท่าปริญญาตรี)

วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

พ.ศ.2523-2527

วิทยาศาสตรบัณฑิต (โภชนวิทยา)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ.2534-2535

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2552-2556

ที่อยู่

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

346 ซอยพัฒนาการ 52 แขวง-เขตสวนหลวง

กรุงเทพมหานคร

โทรศัพท์ 089-1085473

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ทำงาน

ศูนย์บริการสาธารณสุข 46 กันตารัตนุทิศ

523/2 ถนนลาดกระบัง เขตลาดกระบัง

กรุงเทพมหานคร