

ปัจจัยคัศสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่



นางสาววิภาวรรณ เชื้อตาเล็ง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE AMONG
KNEE OSTEOARTHRITIC ADULT PATIENTS

Miss Thirawan Chuetaleng

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค
ข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่

โดย

นางสาวธิดารวรรณ เชื้อตาเล็ง

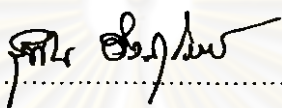
สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์


อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก


รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์

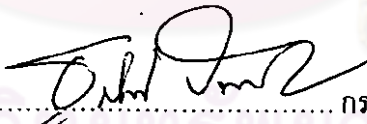
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ)


.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)


.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิต)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ธีรารวรรณ เชื้อตาเล็ง : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ (SELECTED FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE AMONG KNEE OSTEOARTHRITIC ADULT PATIENTS) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ.ดร.สุรียพร ธนศิลป์, 218 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร คือ อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า อายุ ดัชนีมวลกายกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ จำนวน 150 คน เลือกโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคกระดูกและข้อของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลศิริราช เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินอาการปวด แบบประเมินความรุนแรงของโรค แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิต ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และหาค่าความเที่ยงได้เท่ากับ .76, .75, .92, .91, .92, และ .92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยในระดับสูง ($\bar{X} = 2.74$, $SD = .50$)
2. ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .30$ และ .36 ตามลำดับ)
3. อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค และ ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.33$, $-.34$, และ $-.18$ ตามลำดับ) ส่วนภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.65$)
4. อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = -.06$)

สาขาวิชา..... พยาบาลศาสตร์..... ลายมือชื่อนิสิต..... *ศิวาภรณ์ เหลืองทอง*
ปีการศึกษา.....2553..... ลายมือชื่อ อ. ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก..... *[Signature]*

5277574236 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: QUALITY OF LIFE / OSTEOARTHRITIC ADULT PATIENT, SEVERITY, PAIN/ SELF CARE ABILITY/ SOCIAL SUPPORT/ DEPRESSION:

THIRAWAN CHUETALENG: SELECTED FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE AMONG KNEE OSTEOARTHRITIC ADULT PATIENTS. ADVISOR: ASSOC. PROF. SUREEPORN THANASILP, D.N.S., A.P.N., RN, 218 pp.

The purposes of this study were to explain quality of life and to investigate the relationships between pain, severity, self care ability, social support, depression, age, body mass index, and quality of life among knee osteoarthritic adult patients. The study subjects consisted of 150 out-patients with knee osteoarthritis at the Bhumibol Adulyadej Hospital Royal Thai Airforce, Lerdsin Hospital and Siriraj Hospital selected by a multistage random sampling. Six questionnaires were used to collecting data Pain, Severity of disease, Self care ability, Social support, Depression and Quality of life questionnaire. All questionnaires were tested for content validities by five panel of experts, and reliabilities that alpha Cronbach ' s coefficient were .76, .75, .92, .91, .92, and .92, respectively. Descriptive statistics (e.g., percent, mean, and standard deviation) and Pearson's Product Moment Correlation were used to analyze data. The major findings were as follows:

1. The quality of life of knee osteoarthritis adult patients were at the high level ($\bar{X} = 2.74$, SD = 0.5)
2. There were positive statistically significant relationships between self care ability, social support and quality of life of knee osteoarthritic adult patients at the low and low level (r .30, .36 , respectively, $p < .05$)
3. There was negative statistically significant relationship between pain, severity of disease, depression, body mass index and quality of life of knee osteoarthritic adult patients at the low, low, high and low level (r = -.33, r = -.34, r = -.65, r = -.18 , respectively, $p < .05$)
4. There was no significant relationship between age and quality of life of osteoarthritis adult patients (r = -.06 , $p > .05$)

Field of Study : Nursing Science

Academic Year : 2010

Student's Signature Thirawan.

Advisor's Signature Sureeporn

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความรู้ และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่สละเวลาทั้งในเวลาราชการ และนอกเวลาราชการ ช่วยแนะนำ ให้ข้อคิดเห็น ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ และเมตตาอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณที่ให้กำลังใจ ให้ความหวังใจ และดูแลใส่ใจทั้งการทำ วิทยานิพนธ์ และเมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ ได้ให้ข้อเสนอแนะ และให้คำแนะนำในการดำเนินชีวิตที่ดี และเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่ได้รับเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณ เป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ ที่กรุณาให้เกียรติ เป็นประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะต่างๆ ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบ ขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาในคณะ พยาบาลศาสตร์

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาสละเวลาให้ข้อเสนอแนะ ในการ ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรค กระดูกและข้อ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชกรมแพทย์ทหารอากาศ โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลศิริราช ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วยเป็นอย่างดี ขอกราบ ขอบพระคุณผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อมูลด้วยความร่วมมือและเต็มใจ ขอกราบ ขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณพี่ๆ และเพื่อนร่วมงาน หอผู้ป่วยสลากรีนแบ่ง 5 ทุกคนที่สละเวลาขึ้นปฏิบัติงาน และให้ผู้วิจัยได้แลกเปลี่ยนปฏิบัติงานเพื่อใช้ในการศึกษารั้งนี้ และ ขอขอบคุณเพื่อนๆ ที่ศึกษาด้วยกันที่ช่วยเหลือ ห่วงใยกัน และ ขอขอบคุณพี่ที่อยู่เป็นกำลังใจให้กัน เวลาที่เหนื่อย ท้อ ขอขอบคุณที่อยู่ข้างๆ กันทำให้รู้สึกอบอุ่น และมีความรู้สึกที่ดี เป็นหนึ่งแรงใจที่ทำให้ ผู้วิจัยมีกำลังใจ และมีความพยายามจนทำให้ผู้วิจัยสามารถประสบความสำเร็จได้ในครั้งนี้

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อเกรียงศักดิ์ คุณแม่ณภา เชื้อตาเล็ง ที่ได้มอบ ความรัก ความหวังใจ และให้สิ่งที่ดีกับลูกตลอดมา และขอขอบคุณน้องๆ ทุกคนที่ห่วงใยและมีความ รักให้กันตลอดมาจนสามารถผ่านพ้นปัญหา อุปสรรคต่างๆจนสามารถประสบความสำเร็จในครั้งนี้

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ปัญหาการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	13
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	14
ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่.....	15
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม	25
แนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการ	33
ความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค	
ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม	
ภาวะซึมเศร้า อายุ ดัชนีมวลกาย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย	
โรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่.....	38
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	54
3 วิธีการดำเนินการวิจัย	59
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	59
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	61
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	69
การเก็บรวบรวมข้อมูล	73

บทที่	หน้า
	การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง..... 75
	การวิเคราะห์ข้อมูล..... 76
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 77
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... 89
	สรุปผลการวิจัย..... 91
	อภิปรายผลการวิจัย..... 93
	ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้..... 104
	ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป..... 105
	รายการอ้างอิง..... 107
	ภาคผนวก..... 118
	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและหนังสือขอความร่วมมือ..... 119
	ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยวิจัย และการหาความเที่ยง ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 132
	ภาคผนวก ค เอกสารรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและ เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง..... 190
	ภาคผนวก ง ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม..... 203
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 218

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย.....	73
2	จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ จำแนกตาม เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรคประจำตัว(n=150).....	78
3	ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม และในแต่ละด้านของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่(n=150).....	81
4	ค่าสูงสุด ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ ดัชนีมวลกาย อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ (n = 150).....	82
5	คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่จำแนกตามอายุ ดัชนีมวลกาย อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า (n=150).....	84
6	ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่าง อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า ดัชนีมวลกาย อายุกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ (n=150).....	87
7	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่จำแนกตามรายด้านความรู้ ความสนใจ และเอาใจใส่ตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาการและป้องกันความพิการของข้อเข่าเสื่อม (n=150).....	204
8	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่จำแนกตามรายด้านการตัดสินใจดูแลตนเองเกี่ยวกับข้อเข่าเสื่อม (n=150).....	205

ตารางที่		หน้า
9	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่จำแนกตามรายด้านการตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลข้อเข่าเสื่อม (n = 150).....	206
10	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่จำแนกตามรายด้านทักษะทางกาย และความพึงพอใจในการดูแลข้อเข่าเสื่อมอย่างสม่ำเสมอ (n = 150).....	207
11	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ (n=150).....	208
12	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการสนับสนุนทางสังคมด้านวัสดุสิ่งของของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ (n=150).....	209
13	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการสนับสนุนทางสังคมด้านฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคมของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ (n=150).....	210
14	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการสนับสนุนทางสังคมด้านความต้องการทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ (n=150).....	211
15	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการสนับสนุนทางสังคมด้านความต้องการการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่าของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ (n=150).....	212
16	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่จำแนกตามรายด้าน (n=150).....	213
17	ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดเข่าจำแนกตามการรับรู้ความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมโดยรวม และรายด้าน (n=150).....	215
18	ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองรายด้านกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมโดยรวม และรายด้าน (n=150).....	216
19	ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคมรายด้านกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมโดยรวม และรายด้าน (n=150).....	217

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กลไกการเกิดโรคข้อเสื่อม	16
2	แนวคิดในแบบจำลองการจัดการกับอาการ	36
3	กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย.....	58



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข (Felson et al., 1995; Felson et al., 1998) ในสหรัฐอเมริกาพบว่า มีผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่า 4.3 ล้านคน (Dillon et al., 2006) สำหรับประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยโรคกระดูก และข้อ มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นโดยโรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นกระดูก และข้อ เป็นกลุ่มโรคที่คนไทยป่วยเป็นอันดับสาม คิดเป็นร้อยละ 11.4 ผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมมีมากกว่า 6 ล้านคน (กระทรวงสาธารณสุข, 2549) และพบว่า ข้อเข่าเป็นข้อที่มีการเสื่อมมากที่สุด มีผู้ป่วยมากกว่า 10,000 รายต่อปี (ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, 2551) อุบัติการณ์เริ่มพบได้ในผู้ที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป ทั้งนี้พบได้มากและรุนแรงขึ้นตามอายุ (สัตยา โรจนเสถียร, 2546) โดยร้อยละ 70 พบในผู้ป่วยที่มี 40 - 50 ปี (สุรศักดิ์ นิลกานวงษ์, 2546)

สาเหตุของการเกิดข้อเสื่อมนั้นพบว่าเกิดจากอายุที่เพิ่มมากขึ้น เชื้อชาติ พันธุกรรม การเปลี่ยนแปลงของส่วนประกอบนอกเซลล์กระดูกอ่อนผิวข้อ การเปลี่ยนแปลงความหนาแน่นของมวลกระดูก ปัจจัยทางด้านอาหาร การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน โรคข้อเสื่อมพบสูงขึ้นในผู้หญิงภายหลังหมดประจำเดือน ความชุกของข้อเสื่อมเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วหลังอายุ 50 ปี ซึ่งเป็นผลของฮอร์โมนเอสโตรเจนในร่างกายที่ลดลง โดยในวัยหมดประจำเดือนเพศหญิงมีอัตรา การเกิดการเสื่อมของข้อเข่ามากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า (Jagmin, 2000) นอกจากนี้ปัจจัยเฉพาะ ที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดข้อเสื่อมแล้วยังพบว่า ปัจจัยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น ภาวะอ้วน การเปลี่ยนแปลงทางกลศาสตร์ของข้อ เช่น การหดรัดของข้อเข่า กล้ามเนื้ออ่อนแรง การได้รับบาดเจ็บของข้อ ก็เป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดการเสื่อมของข้อตามมา (นันทนา กสิตานนท์, 2546) ในสหรัฐอเมริกาพบว่า ความอ้วนเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดข้อเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ โดยในปี 1995 - 2005 พบมีผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมในวัยผู้ใหญ่เพิ่มขึ้นถึง 6 ล้านคน (Lawrence RC et al., 2008) ซึ่งทำให้มีผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากโรคข้อเสื่อม ข้ออักเสบในวัยผู้ใหญ่เพิ่มมากขึ้นจากผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ 36.8 ล้านคนในปี 1997 เป็น 46.1 ล้านคนในปี 2003 (Yelin and Callahan, 2007) มีการคาดการณ์ว่าในปี 2030 ประเทศสหรัฐอเมริกาจะมีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นข้อเสื่อมวัยผู้ใหญ่ถึง 67 ล้านคน คิดเป็น 25 เปอร์เซ็นต์ของประชากรวัยผู้ใหญ่

ทั้งหมด ความอ้วนเป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญของการเกิดข้อเข่าเสื่อม (Blagojevic et al., 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ Copper et al. (2000) ที่พบว่า สาเหตุของการเกิดข้อเข่าเสื่อมนั้นเกิดจากผู้ที่มีภาวะน้ำหนักตัวมากนอกจากความอ้วนแล้วยังพบว่า การได้รับอุบัติเหตุที่ข้อเข่ามาก่อน และการที่ข้อได้รับแรงกระทำเป็นประจำ ก็เป็นสาเหตุของการเกิดข้อเข่าเสื่อมเช่นกัน

ปัจจุบันคนไทยมีความเสี่ยงในการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้นเพราะรูปแบบการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนไปวิถีการใช้ชีวิตการใช้งานของข้อเข่าในชีวิตประจำวันซึ่งต้องดำเนินด้วยความรีบเร่ง พฤติกรรมการกินที่ทำให้คนไทยมีน้ำหนักตัวเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ซึ่งน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น 1 กิโลกรัม จะทำให้มีน้ำหนักกดทับผ่านข้อเข่าเพิ่มขึ้น 4 - 7 กิโลกรัม (พัชรพล อุดมเกียรติ, 2551) ทำให้ข้อเข่าต้องแบกรับน้ำหนักเพิ่มมากขึ้นจึงเป็นสาเหตุของข้อเข่าเสื่อมได้ จากการศึกษาของ Cooper et al. (1994) ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 55 ปี พบว่า อาชีพที่เกี่ยวข้องกับการนั่งพับเพียบ นั่งขัดสมาธิ นั่งคุกเข่า หรือต้องเดินขึ้นบันไดมากกว่า 10 ขั้นต่อวันเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ดังเช่นการศึกษาของ วิภา งามสุทธิกุล (2543) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้ป่วยอายุ 45 ปีขึ้นไปพบว่า ดัชนีมวลกาย 25.0 – 29.9 กิโลกรัม / เมตร² และ 30.0 กิโลกรัม / เมตร² เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2.27 เท่า และ 6.7 เท่า ตามลำดับ และผู้ที่มีความผิดปกติของเข่ามุม ความโค้งและมุมความฉิ่งของขาที่เพิ่มขึ้นทุก 1 องศา เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรค 1.10 เท่า การนั่งคุกเข่า การนั่งยองๆ และการนั่งพับเพียบนานกว่า 6 ชั่วโมงต่อสัปดาห์เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรค 20.90 เท่า การนั่งพับเพียบทำให้ข้อเข่าเกิดแรงกดทับเป็นเวลานาน ทำให้เกิดการขาดเลือดและมีอาหารไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นปัจจัยร่วมที่ทำให้กระดูกอ่อนผิวข้อการการเสื่อมเร็วกว่ากำหนด จากที่กล่าวมาเห็นได้ชัดว่านอกจากอายุจะเป็นสาเหตุของการเกิดข้อเข่าเสื่อมโรคข้อเข่าเสื่อมแล้ว ปัจจัยต่างๆ เช่น ความอ้วน ท่าทางการใช้ชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสม การได้รับอุบัติเหตุ การได้รับบาดเจ็บจากกีฬา ล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้ข้อเข่าเสื่อม เห็นได้ว่าโรคข้อเข่าเสื่อมไม่ได้พบได้ในผู้สูงอายุเพียงเท่านั้นสามารถพบได้ในวัยผู้ใหญ่เพิ่มมากขึ้น

โรคข้อเข่าเสื่อมทำให้ผู้ป่วยมีอาการข้อเข่าติด บวม และปวดข้อเวลาที่มีการเคลื่อนไหว เดินหรือขึ้นลงบันได อาการจะดีขึ้นเมื่อมีการพักข้อ ทั้งนี้อาจมีอาการข้อฝืดโดยเฉพาะเมื่อหยุดการเคลื่อนไหวเป็นเวลานานๆ (วรวิทย์ เล่าห์เรณู, 2546) อาการปวดเป็นอาการของข้อเข่าเสื่อมที่พบได้บ่อยที่สุดซึ่งผู้ป่วยจะมีการรับรู้ในอาการปวดที่หลายลักษณะอาจเป็นลักษณะที่ปวดแบบลึกๆ ตื้อๆ ที่ตรงกลางของข้อเข่า (Gilliland, 1994) และพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 60 รู้สึกปวดแปลบ (ปาริชาติ จันทร์สุนทรภาพร, 2548) ในระยะแรกจะปวดเมื่อมีการเคลื่อนไหวเมื่อพักก็จะหาย

เมื่อระยะของโรคดำเนินต่อไปอาการปวดจะคงอยู่อย่างต่อเนื่องแม้ในขณะที่พักทำให้ผู้ป่วยเกิดความรำคาญที่ไม่สุขสบาย (Mc Carthy et al., 1994) ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 52 มีความปวดในระดับมาก (ปาริชาติ จันทรสุนทรพร, 2548) ทำให้ไม่สุขสบายจากอาการปวด ซึ่งอาการปวดที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติถึงร้อยละ 60 จากผลกระทบในด้านของการเคลื่อนไหวของร่างกายที่ถูกจำกัดจากความปวดแล้ว อาจเกิดความผิดปกติของข้อเข่า และการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ (Baker et al., 2004) อาการข้อขัดตึงหลังจากการพักข้อหรืออยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ และอาจทำให้พิสัยของข้อลดลง อาจมีการเกร็งของกล้ามเนื้อใกล้ข้อทำให้การเคลื่อนไหวของข้อเป็นไปไม่เต็มที่ อาจรู้สึกมีเสียงดังในข้อเวลาเคลื่อนไหว และอาจเกิดความพิการผิดปกติของข้อ (จิตติเวทย์ ตุมราศวิน, 2538) ร้อยละ 72 รู้สึกว่ามีข้อเข่าโก่งออกด้านนอก (ปาริชาติ จันทรสุนทรพร, 2548) ผลกระทบจากโรคข้อเข่าเสื่อมส่งผลต่อร่างกายทำให้เกิดอาการปวด มีปัญหาในการเคลื่อนไหว การทำหน้าที่ของร่างกาย การดำรงบทบาท การทำหน้าที่ในสังคม และการทำกิจวัตรประจำวันและผลต่อจิตใจ การเจ็บป่วยที่ยาวนาน ก่อให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ซึมเศร้า (สุภาพ อารีเอื้อ, 2540) และผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 39 รู้สึกทรมาน และร้อยละ 32 รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (ปาริชาติ จันทรสุนทรพร, 2548)

การรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นไปในลักษณะประคับประคอง บรรเทาอาการเพื่อลดความปวด คงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย และลดความพิการของข้อ การผ่าตัดจะได้รับการพิจารณาเมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดรุนแรง และไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ การเลือกผู้ป่วยในการผ่าตัดต้องพิจารณาปัจจัยหลายประการ ทั้งอายุ ระดับการใช้งานของข้อ ระยะเวลา ลักษณะอาการปวด ปัญหาข้อติด ความคาดหวังของผู้ป่วย โดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมักหลีกเลี่ยงในคนอายุน้อยเนื่องจากคนอายุน้อยมักมีการใช้งานของข้อเข่ามาก เช่น การวิ่ง การกระโดด อาจทำให้ผิวข้อสึกกร่อนได้เร็วหรือข้อเข่าเทียมหลวมเร็วขึ้นอาจต้องทำการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในคนที่อายุน้อย (สัตยา โรจนเสถียร, 2546) สำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดนั้นจุดมุ่งหมายของการรักษา คือการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย ลดความปวด ความพิการของข้อ มุ่งหวังให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่กับโรคที่เป็นได้ (สุรศักดิ์ นิลกานุงษ์, 2552) และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (Carter, 1997)

Cella (1997) กล่าวถึง คุณภาพชีวิต ว่าเป็นความคาดหวังของบุคคลที่คาดหวังว่าตนเองจะไม่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือการรักษาที่ตนเองได้รับ โดยแบ่งมิติของคุณภาพชีวิต เป็น 4 มิติ ได้แก่ 1) ความผาสุกด้านร่างกาย 2) ความผาสุกด้านอารมณ์ 3) ความผาสุกในสังคม และ

4) ความผาสุกในการปฏิบัติกิจกรรม จากการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมของ ยูพิน โกรินทร์ (2536) และปราณี กาญจนวรรณศรี (2540) ในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง จากการศึกษาของ Jacobson et al. (2006) ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ตอนปลายพบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าบุคคลทั่วไปที่ไม่ได้เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และจากการศึกษาของวิภา งามวิสุทธิกุล (2543) ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไปพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมต่ำกว่าผู้ที่ป่วยด้วยโรคกระดูกอื่นๆ เห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกันสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามเวลา สถานที่ ภายใต้อิทธิพล และ วัฒนธรรมนั้นๆ (จริยา คมพาศย์, 2535)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตพบว่า มีหลายปัจจัยอาจจะเป็นปัจจัยที่อยู่ในตัวบุคคล ภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย ขึ้นอยู่กับการให้ความหมาย และการรับรู้ในแต่ละบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรมในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้แก่ อาการปวดเข่า เป็นอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมที่พบได้บ่อยที่สุด จากการศึกษาของ Burckhardt (1985) พบว่า ความปวดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เช่นเดียวกับการศึกษาของ Ethgen et al. (2004) พบว่า ในผู้ป่วยข้อเข่าและข้อสะโพกเสื่อมที่มีอาการปวดเรื้อรังจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีอาการปวด ความรุนแรงของโรคเป็นความเสื่อมของข้อเข่าที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลต่อผู้ป่วยในด้านความปวดที่ระยะแรกจะปวดเมื่อเคลื่อนไหว เมื่อความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยปวดแม้ขณะที่พัก อาจเกิดความผิดตึงของข้อ ความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อเข่าลดลง อาจเกิดการผิดรูปของข้อเข่าที่เกิดการโค้งงอ และความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดมากขึ้น จากการศึกษาของ Burckhardt (1985) พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี เช่นเดียวกับการศึกษาของปราณี กาญจนวรรณศรี (2540) พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และจากการศึกษาของวิภา งามวิสุทธิกุล (2543) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงปานกลาง และอาการรุนแรงมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่มีอาการรุนแรงน้อย

ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นความสามารถของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่จะดูแลตนเองให้ได้รับผลกระทบหรือชะลอความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้ดี จะส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดี (Dodd et al., 2001) ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสามารถจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (Padilla and Grant, 1993) หากสามารถดูแลตนเองได้จากการศึกษาของ

ทวีพร เตชะรัตนมณี (2547) พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สุขภาพซึ่งหมายถึงการรับรู้ถึงความผาสุกของบุคคลนั้นๆ (Orem, 2001) ภาวะซึมเศร้าเป็นการเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เกิดจากการได้รับผลกระทบของโรคทางด้านจิตใจของผู้ป่วยพบว่า ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความพึงพอใจในชีวิตลดลง (Husaini and Moore, 1990) และจากการศึกษาของRat et al. (2005) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และจากการศึกษาของปราณี กาญจนวรรวศ์ (2540) ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยสูงอายุพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมและมีความสัมพันธ์ในทางลบ อายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตที่ไม่ดีจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมยังมีปัจจัยทางด้านสุขภาพ คือดัชนีมวลกายที่ความมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (Rat et al., 2005) การสนับสนุนทางสังคม คือการรับรู้ถึงสัมพันธ์ภาพในสังคมที่ได้รับการตอบสนองความต้องการทำให้ตนเองรู้สึกว่ามีคนที่รัก สนใจ ยกย่อง และเห็นคุณค่าจากการศึกษาของ ปราณี กาญจนวรรวศ์ (2540) พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวส่งผลต่อการรับรู้ในคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้อง กับการศึกษาของ พินทุสร บัตยะกร (2552) และ Burckhardt (1985) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อความพึงพอใจในชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมและผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือด้านกำลังใจ การได้รับข้อมูลข่าวสารคำแนะนำในการแก้ปัญหาทำให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดี (Ethgen et al.,2004)

ผลกระทบของโรคข้อเข่าเสื่อมที่กล่าวมาข้างต้นส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ การปฏิบัติกิจกรรม การดำเนินชีวิตในสังคม และโรคข้อเข่าเสื่อมยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องประสบกับความทุกข์ทรมานจากโรคในระยะเวลาที่ยาวนาน จุดมุ่งหมายในการดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่สำคัญ คือการดูแลระดับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่กับโรคที่เป็นได้ ลดผลกระทบด้านต่างๆ จากโรคและการรักษาที่ได้รับ คงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนซึ่งผลการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างวัยสูงอายุ แต่เนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบันพบโรคข้อเข่าเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ที่เพิ่มมากขึ้นจากสาเหตุปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวมา ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ ได้แก่ อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า

อายุ และ ดัชนีมวลกาย ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้เป็นแนวทางในการประเมิน วางแผน พัฒนากิจกรรมการพยาบาล และเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ให้สามารถอยู่กับโรคที่เป็นได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุต่อไป

ปัญหาการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่มีคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร
2. อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า อายุ และดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า อายุ และดัชนีมวลกายกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำกรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) มาเป็นกรอบแนวคิดร่วมกับการทบทวนงานวิจัยต่างๆ ซึ่ง Dodd et al. (2001) กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่า เป็นหนึ่งในผลลัพธ์ของแนวคิดผลลัพธ์ของอาการ โดยผลลัพธ์ของอาการเป็นผลจากประสบการณ์การมีอาการ และกลวิธีในการจัดการกับอาการ แนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการประกอบด้วยแนวคิดหลัก 3 แนวคิด ได้แก่ 1) แนวคิดประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่ออาการที่เกิดขึ้นกับตนเองโดยประสบการณ์การมีอาการต้องผ่านการรับรู้การมีอาการ คือเป็นสิ่งที่บุคคลมีการรับรู้ในสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปจากที่เป็นอยู่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นต่อตนเอง เมื่อมีการรับรู้แล้วจึงต้องผ่านการประเมินอาการสิ่งที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่อันตรายร้ายแรงหรือคุกคามต่อชีวิตตนเองหรือไม่ ผ่านกระบวนการคิดที่ซับซ้อน และขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลแต่ละคนในความสามารถในการรู้คิดแล้วจึงเกิดปฏิกิริยาการเปลี่ยนแปลงของบุคคลต่ออาการ

และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในรูปแบบของการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในการตอบสนองต่ออาการ ในแนวคิดประสบการณ์การมีอาการประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับอาการ (Perception of symptom) การประเมินผลของอาการ (Evaluation of symptom) และการตอบสนองต่ออาการ (Response of symptom) 2) แนวคิดกลวิธีในการจัดการกับอาการ (Symptom management) เป็นการหากกลยุทธ์ที่จะทำให้ผลลัพธ์ที่จะเกิดในทางที่ลดลงหรือชะลอให้เกิดช้าลงซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วย และพยาบาลต้องมีการวางแผนร่วมกัน และต้องมีการปรับเปลี่ยนวิธีอยู่เสมอตามผลที่เกิดขึ้นโดยคำนึงถึงความพึงพอใจของผู้ป่วย และ 3) ผลลัพธ์ของอาการ (Symptom outcome) ประกอบด้วย 8 ประการ ได้แก่ 1) สภาวะอาการ (Symptom status) 2) ภาวะการดำเนินงานที่ (Functional status) 3) สภาวะอารมณ์ (Emotional status) 4) การดูแลตนเอง (Self care) 5) ค่าใช้จ่าย (Costs) 6) อัตราการเกิดโรคและการเกิดโรคร่วม (Morbidity and co-morbidity) 7) อัตราการตาย (Mortality) และ 8) คุณภาพชีวิต (Quality of life) ทั้งนี้แบบจำลองการจัดการกับอาการได้กล่าวถึง ปัจจัยด้านส่วนบุคคล ด้านสุขภาพการเจ็บป่วย และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งเชื่อว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพล และส่งผลต่อแนวคิดประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ของอาการ

การศึกษานี้ผู้วิจัยคัดสรรเฉพาะตัวแปรที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ตามกรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการ โดยมีผลการสนับสนุนจากงานวิจัยที่ผ่านมาที่ทำในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้แก่ อาการปวดเข่าจัดอยู่ในแนวคิดประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ความสามารถในการดูแลตนเอง จัดอยู่ในแนวคิดกลวิธีในการจัดการกับอาการ ความรุนแรงของโรคจัดเป็นสภาวะอาการในผลลัพธ์ของอาการ ภาวะซึมเศร้าจัดเป็นสภาวะอารมณ์ในผลลัพธ์ของอาการ การสนับสนุนทางสังคมจัดอยู่ในปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม อายุจัดเป็นปัจจัยส่วนบุคคล ดัชนีมวลกายซึ่งถือเป็นปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย โดยเราพบว่า ปัจจัยแต่ละปัจจัยต่างส่งผลต่อแนวคิดหลักทั้งสามแนวคิด และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยมีรายละเอียดดังนี้

อาการปวดเข่า เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในสิ่งที่เปลี่ยนไป เป็นสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ผ่านการให้ความหมาย และประเมินว่าสิ่งที่เกิดขึ้นส่งผลต่อร่างกายอย่างไร อาการปวดเข่าเป็นประสบการณ์การมีอาการในแบบจำลองการจัดการกับอาการ ในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมมีการรับรู้ถึงอาการปวดที่เกิดขึ้น โดยอาการปวดเข่าเป็นอาการที่เกิดกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมาน (ปาริชาติ จันสุนทรภาพร, 2548) ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Burckhardt,

1985) และจากการศึกษาของ Ethgen et al. (2004) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการปวดจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีอาการปวด ดังนั้นอาการปวดเข่าน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

ความสามารถในการดูแลตนเอง จัดอยู่ในมโนทัศน์กลวิธีในการจัดการกับอาการเป็นการปฏิบัติของผู้ป่วยเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลลัพธ์ทางลบ หรือเป็นการชะลอผลลัพธ์ทางลบให้เกิดขึ้นช้าที่สุด ซึ่งต้องได้รับความร่วมมือจากทั้งผู้ป่วยและพยาบาล โดยสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความพึงพอใจและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของทวิพร เตชะรัตนมณี (2547) พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการรับรู้ถึงความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ดังนั้นความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

ความรุนแรงของโรค เป็นอาการที่แสดงให้เห็นถึงการดำเนินของโรค ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถประเมินได้จากอาการปวด ความขัดตึงของข้อเข่าที่เพิ่มมากขึ้น และการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายในการทำกิจกรรมที่ลดลง ความรุนแรงของโรคเป็นสภาวะอาการเป็นผลลัพธ์ 1 ใน 8 ผลลัพธ์ในมโนทัศน์ผลลัพธ์ของอาการตามกรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการ จากการศึกษาที่ผ่านมาของวิภา งามสุทธิกุล (2548) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการของโรครุนแรงร้อยละ 47.8 และมีอาการรุนแรงปานกลางร้อยละ 26 มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอาการของโรคน้อย ซึ่งความรุนแรงของโรคที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Burckhardt (1985) และปราณี กาญจนวงษ์ (2540) ที่พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.89$) ดังนั้นความรุนแรงของโรคน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่

ภาวะซึมเศร้า เป็นสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่แสดงออกต่อการรับรู้ในผลกระทบของโรคที่ตนเองได้รับ ผลกระทบทั้งด้านการเคลื่อนไหว การดำเนินชีวิตประจำวัน และเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการได้ในระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานจึงส่งผลต่อสภาพจิตใจทำให้เกิดความซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าเป็นสภาวะอารมณ์ ในแนวคิดผลลัพธ์ของอาการ พบว่าในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่มีระดับความซึมเศร้าที่มากมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ (Husaini and Moore, 1990) ดังนั้นภาวะซึมเศร้าน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

การสนับสนุนทางสังคม เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยจากการได้รับความรัก การได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ การได้รับการยกย่อง ยอมรับ และเห็นคุณค่าจากบุคคลรอบข้าง การสนับสนุนทางสังคม สามารถทดแทนความรู้สึกสูญเสีย และการเปลี่ยนแปลงในชีวิตผู้ป่วย ช่วยให้มีความสุขจิตที่ดีสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ (Uphold, 1991) การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ตามกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการ ที่เชื่อว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตสอดคล้องกับการศึกษาของปราณี กาญจนวงษ์ (2539) พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวมีคุณภาพชีวิตในระดับที่ดี และ พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการคำแนะนำในการแก้ปัญหาที่น่าพอใจทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Ethgen et al., 2004) และจากการศึกษาของพินทุสร ปัตถกร (2552) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

อายุ เป็นระยะเวลาในการมีชีวิตของผู้ป่วยที่ผ่านมา ซึ่งระยะเวลาในการดำรงชีวิตมีผลต่อการตัดสินใจ และการให้ความหมายต่อสิ่งที่ประสบแตกต่างกัน อายุเป็นปัจจัยส่วนบุคคล ตามกรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการที่เชื่อว่ามีผลต่อประสบการณ์การมีอาการ อายุที่แตกต่างกันจะทำให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจว่าโรคที่เป็นเป็นอันตราย ร้ายแรงกับตนเองแค่ไหน และมีผลต่อการตัดสินใจและการดูแลตนเอง และเชื่อว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพชีวิต ดังเช่นการศึกษาของ Rat et al. (2005) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม สอดคล้องกับศึกษาของ ปราณี กาญจนวงษ์ (2540) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ($r = -.74, p < .001$) ดังนั้นอายุจึงน่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

ดัชนีมวลกาย เป็นปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยตามกรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับที่ส่งผลต่อทั้งสามมโนทัศน์และส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เป็นค่าที่แสดงถึงความเหมาะสมระหว่างน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมต่อส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสองในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมจากการศึกษาพบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (Rat et al., 2005) ซึ่งดัชนีมวลกายมีผลต่อความรุนแรงของโรคและส่งผลต่อการเคลื่อนไหวในผู้ที่มีดัชนีมวลกายมาก ดังนั้นดัชนีมวลกายจึงน่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

สมมุติฐานการวิจัย

จากแนวเหตุผลและสมมุติฐานดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงกำหนดสมมุติฐานการวิจัยดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่
2. อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า อายุและดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า อายุ และดัชนีมวลกาย กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอายุ 25 – 60 ปี ที่มารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคกระดูกและข้อ จากโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานครที่ได้จากการสุ่มอย่างหลายขั้นตอน คือ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชกรมแพทย์ทหารอากาศ โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลศิริราช โดยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามเกณฑ์จำนวน 150 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า อายุ ดัชนีมวลกาย และคุณภาพชีวิต

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ความผาสุก ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และ การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งคาดหวังว่าตนเองจะไม่ได้รับผลกระทบจากโรค และการรักษาที่ได้รับ แบ่งเป็น

1. **ความผาสุกด้านร่างกาย** หมายถึง ความรู้สึก หรือการรับรู้ด้านความแข็งแรงของร่างกาย และอาการที่เกิดทางกายของตัวผู้ป่วยเอง
2. **ความผาสุกด้านสังคม** หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการได้รับการดูแลหรือกำลังใจจากบุคคลในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด

3. **ความผาสุกด้านอารมณ์** หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อการเจ็บป่วยของตนเอง

4. **ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม** หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ของผู้ป่วยด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่พึงประสงค์ หรือ ความสามารถในการยอมรับของตัวผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่

การศึกษาค้นคว้าวิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต Functional Assessment of Cancer Therapy General (FACT- G) ที่สร้างโดย Cella (1997) โดยคะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดี

อาการปวดเข่า หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมถึงความรู้สึกที่ไม่สุขสบายที่เกิดจากการเสื่อมของข้อเข่า โดยเป็นความรู้สึกที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคลในการรับรู้ถึงความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการปวด

การศึกษาค้นคว้าวิจัยประเมินอาการปวดเข่าจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามประสิทธิผลการมีอาการ (Memorial Symptom Assessment Scale) ที่สร้างโดย Portenoid et al. (1994) และได้แปลเป็นภาษาไทยโดย Suwisith (2007) ประเมินด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานที่ได้รับจากอาการปวดเข่าของผู้ป่วยเอง

ความรุนแรงของโรค หมายถึง อาการที่แสดงให้รู้ว่าผู้ป่วยมีการดำเนินของโรคส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย และมีความลำบากในการดำรงชีวิต ประเมินจาก อาการปวดข้อเข่า ข้อฝืดตึง และความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

การศึกษาค้นคว้าวิจัยใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของ นัยนา สังคม (2551) ซึ่งพัฒนามาจาก Index of severity for osteoarthritis for the knee (ISK) โดยคะแนนรวมมาก แสดงว่า มีความรุนแรงของโรคมาก

ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งในการดูแล ป้องกันตนเองจากโรค และการรักษาตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเกิดขึ้นเพื่อชะลอความรุนแรงของอาการและทำให้ตนเองสามารถอยู่กับการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพได้

การศึกษาค้นคว้าวิจัยประเมินจากแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่ ทวีพร เตชะรัตนมณี ดัดแปลงมาจากแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองฉบับ

ภาษาไทย (Self –As-Care Inventory Thai version: SCIT) ของ Isaramalai (2002) คะแนนรวมมาก แสดงว่า มีความสามารถในการดูแลตนเองมาก

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เกิดจากการสูญเสียทางด้านอารมณ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความเศร้า เหม่อลอย รู้สึกหมดหวัง หมดกำลังใจ

การศึกษาคั้งนี้วัดระดับความซึมเศร้าจากแบบสอบถาม Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) ของ Radloff (1977) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย รัชชัชย วรพงศธร และคณะ (2533) โดยคะแนนมากกว่า 16 คะแนน แสดงว่า มีภาวะซึมเศร้า

อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ที่นับตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม

ดัชนีมวลกาย หมายถึง ค่าน้ำหนักเป็นกิโลกรัม / เมตร² ค่าที่มากกว่า 25 กิโลกรัม /เมตร² แสดงว่า ผู้ป่วยมีน้ำหนักเกิน คำนวณด้วยสูตรดังนี้

$$\text{BMI} = \frac{\text{น้ำหนักเป็นกิโลกรัม}}{\text{ส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง}}$$

ส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมถึงความสัมพันธ์ และ สัมพันธภาพในสังคมของผู้ป่วยที่ได้รับการตอบสนองความต้องการทั้ง 5 ด้าน คือ

1. การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร หรือคำแนะนำต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิต
2. การได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของเครื่องใช้และการช่วยฟื้นฟูแรงต่างๆ
3. การได้รับความช่วยเหลือในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การปฏิสัมพันธ์กับสังคมและความรู้สึกเป็นเจ้าของในสังคมของตน
4. การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ หมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ มีความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพันและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน
5. การตอบสนองความต้องการการยอมรับ ยกย่อง มีผู้เห็นคุณค่า หมายถึง การได้รับการทักทาย การแสดงความเคารพจากผู้อื่น การยอมรับต่อการแสดงออก การได้รับการให้อภัยและการให้โอกาสในการปรับปรุงตน

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้วัดการสนับสนุนทางสังคมจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ของ สุทธิ สุวรรณพสุ (2544) โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปีทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคกระดูกและข้อที่ไม่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมาก่อน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นำความรู้ที่ได้ไปเป็นแนวทางในการประเมิน วางแผนให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี
2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่และเป็นแนวทางในการศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่
3. สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ได้ตรงตามปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งใน และต่างประเทศมาสนับสนุน และประกอบการวิจัยโดยเสนอตามลำดับดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่
3. แนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการ
4. ความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า อายุ ดัชนีมวลกาย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่
 - 4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดเข่าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่
 - 4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่
 - 4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่
 - 4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่
 - 4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่
 - 4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่
 - 4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่

โรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) หมายถึง โรคข้อชนิดที่ไม่มีการอักเสบ (Non-inflammatory) มีลักษณะของโรคแบบ Degenerative joint Disease มักเกิดกับข้อต่อชนิด Diarthroses หรือ Synovial joint และข้อที่มีการเคลื่อนไหว (วรวิทย์ เลหาเรณู, 2546; สมชาย เอื้อรัตนวงศ์, 2546)

โรคข้อเสื่อม หมายถึง โรคที่เกิดจากความเปลี่ยนแปลงของกระดูกอ่อนข้อต่อ (Articular cartilage) ที่มีการเสื่อมสภาพในลักษณะแตกเป็นเส้นใยฝอยหรือเป็นริ้ว (Fibrillation) แผลรอยแตก (Fissure) แผลเปื่อย (Ulceration) และเกิดการเสื่อมตลอดความหนาของผิวข้อ (วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ์ และคณะ, 2550)

โรคข้อเสื่อม หมายถึง กลุ่มของภาวะที่หลากหลายที่เกิดขึ้นกับโครงสร้างทั้งหมดของข้อ ได้แก่ กระดูกใต้ข้อ กระดูกอ่อน เส้นเอ็น เยื่อหุ้มข้อ เยื่อบุข้อ และกล้ามเนื้อที่อยู่โดยรอบ ทำให้เกิดมีลักษณะผิวแตกแยกออกเป็นริ้ว เป็นร่อง เป็นแผล ทำให้เกิดอาการปวดข้อ ข้อกดเจ็บ องศาการเคลื่อนไหวของข้อลดลง มีเสียงดังในข้อ (สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์, 2552)

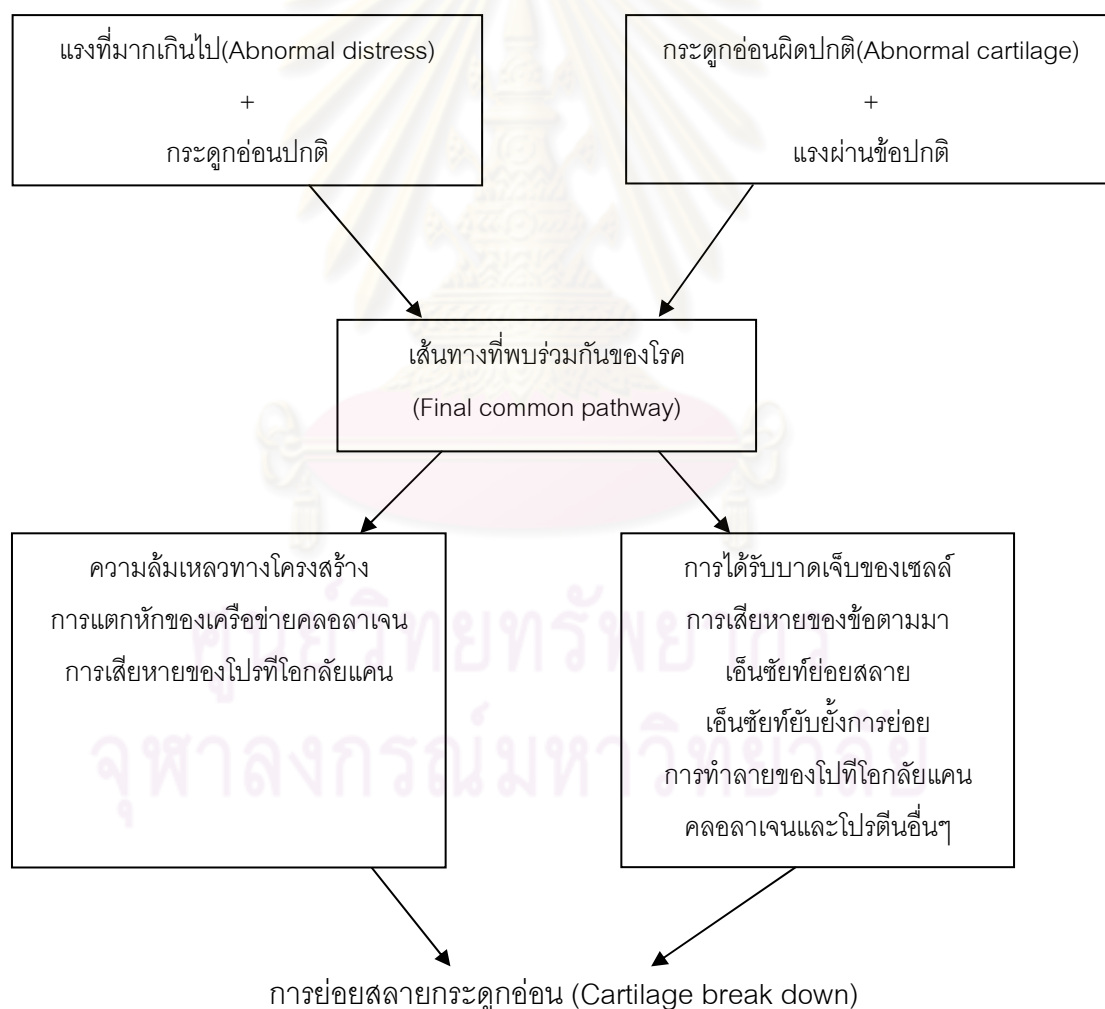
จากความหมายข้างต้น สรุปได้ว่าโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคข้อชนิดที่ไม่มีการอักเสบซึ่งเกิดในลักษณะของ Degenerative joint Disease คือ เกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของกระดูกอ่อนข้อต่อเกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพในลักษณะแตกเป็นเส้นใยฝอย หรือเป็นริ้ว แผลรอยแตก แผลเปื่อย และ เกิดการเสื่อมตลอดความหนาของผิวข้อทำให้เกิดความเจ็บปวด ข้อกดเจ็บ องศาการเคลื่อนไหวของข้อลดลง มีเสียงดังในข้อ สูญเสียการทำงานของข้อหรือเกิดความพิการของข้อในที่สุด

กลไกการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม (สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์, 2552)

โรคข้อเสื่อม เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดปัญหาภายในข้อเป็นกระบวนการที่ร่างกายเกิดความล้มเหลวในการซ่อมแซมข้อซึ่งเกิดจากการที่ข้อต้องแบกรับน้ำหนักที่มากเกินไปที่โครงสร้างของข้อจะรับได้ หรือเกิดจากที่ร่างกายมีความผิดปกติของโครงสร้างของข้อ ทำให้ประสิทธิภาพของร่างกายไม่ดีพอที่จะซ่อมแซมในส่วนที่เสียหายทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาในการเกิดโรคข้อเสื่อมได้ หรือในบางครั้งเมื่อซ่อมแล้วอาจทำให้ให้ผิดปกติเกิดกระดูกใต้ข้อต่อกระดูกอ่อนหนาตัวขึ้น (Subchondral bone sclerosis) ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการรับแรงที่จะมากระทำ และอาจ

ทำให้เกิดอาการปวดได้ โรคข้อเสื่อมไม่ควรคิดว่าเป็นโรคที่เกิดจากการเสื่อมของข้อ เนื่องจากในผู้ป่วยที่ยังมีเซลล์ของกระดูกอ่อนและกระดูกปกติ เมื่อแรงที่มากระทำที่ผิดปกติต่อข้อได้รับการแก้ไขโครงสร้างที่เสียหายสามารถซ่อมแซมให้กลับสู่ปกติได้ จากความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องทำให้เข้าใจว่าข้อเสื่อมเป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อม ตามธรรมชาติที่ไม่สามารถแก้ไขได้

กลไกการเกิดโรคข้อเสื่อม สามารถจัดแบ่งสาเหตุของการเกิดโรคเป็นกลุ่มใหญ่ได้แก่ แรงที่มากเกินไปกว่าที่ข้อสามารถรับได้ (Abnormal stress) และความผิดปกติของกระดูกอ่อน (Abnormal cartilage) การเกิดโรคต้องมีย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสองอย่าง ส่งผลให้โครงสร้างและคุณสมบัติของข้อเปลี่ยนไป



แผนภาพที่ 1 กลไกการเกิดโรคข้อเสื่อม

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม (สุรศักดิ์ นิลกานูนวงศ์, 2548; สุรศักดิ์ นิลกานูนวงศ์, 2552; Bijlsma and Knahr 2007)

1. แรงที่มากเกินไปกว่าที่ร่างกายรับได้ (Abnormal stress) การมีน้ำหนักกดทับต่อโครงสร้างของข้อเข่าที่มากเกินไปได้แก่ น้ำหนักตัวที่มีมากเกินไป คนอ้วน การสูญเสียความมั่นคงของข้อ ทำให้มีแรงลงที่ตำแหน่งหนึ่งตำแหน่งใดของข้อที่มากเกินไป การได้รับบาดเจ็บของข้อ การลื่นล้ม การกระแทกที่รุนแรง เป็นการเพิ่มแรงที่กระทำต่อข้อเกินกว่าที่จะรับได้ หรือพื้นที่ของข้อต่อการรับแรงกระทำ เวลาที่แรงกระทำต่อข้อต่อเกินกว่าข้อรับได้ทำให้เกิดการแตกหักของกระดูกของกระดูกใต้ต่อกระดูกอ่อน และกระดูกอ่อนและนำไปสู่กระบวนการเกิดโรคข้อเสื่อม (สุรศักดิ์ นิลกานูนวงศ์, 2552)

1.1 ความอ้วน (Obesity) พบว่า ผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม / เมตร² มีภาวะข้อเข่าเสื่อมสูง ร้อยละ 38.7 (ปาริชาติ จันทรสุนทรภาพร, 2548) เช่นเดียวกับการศึกษาของวิภา งามสุทธิกุล (2543) ในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไปผลการวิจัยพบว่า ดัชนีมวลกาย 25.0 - 29.9 กิโลกรัม/เมตร² และ 30.0กิโลกรัม/เมตร² ขึ้นไปเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2.27 เท่า และ 6.75 เท่าตามลำดับ ปกติผิวของกระดูกอ่อนของข้อเข่าทนต่อแรงกดได้ประมาณ 200-800 ปอนด์ต่อตารางนิ้ว เนื่องจากข้อเข่าต้องรับน้ำหนักอยู่ตลอดเวลา ถ้ามีแรงกดที่ผิวข้อมากจะมีการทำลายผิวของกระดูกอ่อนโดยแรงที่กระทำต่อข้อเข่าขณะเดินจะอยู่ในช่วง 3 ถึง 7 เท่าของน้ำหนักตัว น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น 0.5 กิโลกรัมจะเพิ่มแรงที่กระทำต่อข้อเข่า 1 ถึง 1.5 กิโลกรัม (Morrison, 1970) ความอ้วนทำให้เกิดโรคข้อเสื่อม จากแรงกดที่เพิ่มมากขึ้นอันเป็นผลจากน้ำหนักตัว และการมีแรงผ่านข้อซ้ำๆ กันทุกวันทำให้ข้อรับน้ำหนักจึงเกิดโรคข้อเสื่อมได้เร็ว ความอ้วนนำมาก่อนการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมและมีความสัมพันธ์กับเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (สุรศักดิ์ นิลกานูนวงศ์, 2552)

1.2 การสูญเสียความมั่นคงของข้อ รูปร่างของข้อเข่าที่ผิดปกติ รูปร่างของข้อเข่า ที่ผิดปกติทำให้มีแรงกดผ่านข้อบริเวณหนึ่งมากกว่าบริเวณอื่นทำให้เกิดการสึกหรอขึ้น เช่น ข้อเข่าที่โก่ง หรือ ข้อเข่าฉิ่ง คด ทำให้มีแรงลงที่ตำแหน่งหนึ่งตำแหน่งใดมากเกินไป ดังการศึกษาของวิภา งามสุทธิกุล (2543) พบว่า มุมความโก่งและมุมความฉิ่งของขาที่เพิ่มขึ้นทุก 1 องศา เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรค 1.10 เท่าและ 1.35 เท่าการฉีกขาดของเส้นเอ็นทำให้การกระจายแรงที่ผ่านข้อเสียไป แรงกระทำที่จุดหนึ่งจุดใดมากเกินไปนำไปสู่กระบวนการของโรคข้อเสื่อม

1.3 การได้รับการบาดเจ็บของข้อ (Trauma) และแรงเค้นซ้ำๆ ส่งผลให้ข้อเข่าไม่มั่นคงเกิดการหลวมของข้อทำให้การรับและการกระจายน้ำหนักผิดไปการได้รับการบาดเจ็บซ้ำๆ อาจทำให้เกิดข้อเข่าเสื่อมตามมา

1.4 อาชีพและอริยาบทต่างๆ การใช้ข้อเข่าโดยการเดิน วิ่ง ขึ้นลงบันได การนั่งพับเพียบ การขัดสมาธิทำให้เกิดการเสียดสีของผิวกระดูกทำให้ข้อเกิดการเสื่อมง่ายพบว่าการนั่งคุกเข่า การนั่งยองและการนั่งพับเพียบ นานกว่า 6 ชั่วโมงต่อสัปดาห์เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรค 20.9 เท่า 16.62 เท่า และ 4.86 เท่าตามลำดับ (วิภา งามสุทธิกุล, 2543) เนื่องจากกระดูกอ่อนข้อต่อเป็นอวัยวะที่ไม่มีหลอดเลือดไปเลี้ยง การจะคงสภาพและการทำงานให้ปกติจะต้องมีการเคลื่อนไหวและแรงกระทำอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งแรงกระทำที่มากเกินไปหรือไม่เหมาะสมอาจทำให้โครงสร้างกระดูกอ่อนข้อต่อเปลี่ยนไป

2. กระดูกอ่อนผิดปกติ (Abnormal cartilage) อายุที่มากขึ้น การอักเสบที่เกิดขึ้นภายในข้อ พันธุกรรมและโรคทางเมตาบอลิซึม เป็นองค์ประกอบที่ทำให้เกิดโรคข้อเสื่อม

2.1 อายุที่มากขึ้น (Ageing) อายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้มีการเปลี่ยนแปลงคุณสมบัติในการยืดขยาย และการลดลงของเลือดที่มาเลี้ยงกระดูกอ่อนผิวข้อจึงทำให้ง่ายต่อการเกิดข้อเข่าเสื่อม (นันทนา กสิตานนท์, 2546) เมื่อข้อเข่าได้รับแรงกระทำและผ่านการใช้งานมาเป็นระยะเวลาที่ยาวนานจึงทำให้มีการเสื่อมได้มากยิ่งขึ้น (Howell and Pellatier, 2000) นอกจากนี้ในประสาทส่วนปลายเมื่ออายุมากขึ้นจะทำงานลดลงซึ่งถ้าเส้นประสาทที่มาเลี้ยงข้อเสียไปจะมีผลทำให้เกิดข้อเสื่อมเร็วขึ้นจากการที่ไม่สามารถจัดให้มีแรงผ่านข้อได้อย่างถูกต้องแรงหรือน้ำหนักที่ผ่านข้อที่ลงที่จุดหนึ่งจุดใดมากเกินไปจะทำให้ตำแหน่งนั้นมีการเสียหายและทำให้เกิดโรคข้อเสื่อมตามมาได้ (สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์, 2548)

2.2 เพศหญิง มีอุบัติการณ์ข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 87 (ปาริชาติ จันทร์สุนทรพร, 2548) เนื่องจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนเนื่องจากฮอร์โมนเอสโตรเจนสามารถป้องกันการเสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้อโดยยับยั้งการสลายของเซลล์กระดูกโดยพบว่าในวัยหมดประจำเดือนเพศหญิงมีอัตราข้อเข่าเสื่อมมากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า (Jagmin, 2000)

2.3 พันธุกรรม เพศหญิงมีแนวโน้มการเกิดข้อเข่าเสื่อมมากกว่าเพศชาย เนื่องจากยีนที่ควบคุมทางพันธุกรรมผ่านทาง Single autosomal gene ทำให้เพศหญิงมีอุบัติการณ์ข้อเข่าเสื่อมมากกว่าเพศชาย (วรรณีย์ สัตยวิวัฒน์, 2551)

2.4 โรคที่เกิดขึ้นกับข้อเข่ามาก่อน เช่น โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคข้ออักเสบติดเชื้อ โรคเก๊าท์ โดยเอ็นชั้มที่หลังจากเย็บข้อ หรือเซลล์เม็ดเลือดขาวทำลายโครงสร้างของกระดูกอ่อนและทำให้เกิดข้อเสื่อมได้ และโรคที่อยู่ในกลุ่มที่มีความผิดปกติในการเผาผลาญของร่างกาย เช่น โรคเบาหวาน ทำให้เกิดโรคเข่าเสื่อมได้ง่าย

จากสาเหตุการเกิดโรคข้อเสื่อมที่กล่าวมาพบว่า อายุเป็นปัจจัยเสี่ยงเบื้องต้นของการเกิดโรคข้อเสื่อมแต่ยังพบว่า มีปัจจัยเสี่ยงที่มีความสำคัญที่สามารถทำให้เกิดโรคข้อเสื่อมเช่น ความอ้วน การได้รับแรงกระแทกที่ข้อเข่าซ้ำๆ การใช้ข้อเข่าที่ไม่เหมาะสมเช่น การนั่งยอง การนั่งพับเพียบในการใช้ชีวิตประจำวันล้วนเป็นเหตุส่งเสริมให้เกิดการเสื่อมของข้อเข่าเร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ปัญหาโรคอ้วนในประชาชนมีมากขึ้นเช่นเดียวกัน การเพิ่มของประชาชนที่มีความอ้วนส่งผลให้เกิดปัญหาโรคข้อเสื่อมเพิ่มขึ้นโดยในปี 1995 – 2005 มีผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่เพิ่มขึ้นประมาณ 6 ล้านคน (Lawrence et al., 2008) จากที่กล่าวมาเห็นได้ว่าข้อเข่าเสื่อมนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับอายุที่เพิ่มมากขึ้นแต่เพียงเท่านั้น ดังนั้นเราจึงสามารถพบผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุในวัยผู้ใหญ่เพิ่มมากขึ้น

พยาธิสภาพของโรคข้อเสื่อม

ในระยะแรกพยาธิสภาพมักเกิดเป็นบางส่วนของกระดูกอ่อนโดยเฉพาะจุดที่รับน้ำหนัก โดยปกติกระดูกอ่อนผิวข้อจะมีลักษณะเรียบเป็นเงามัน สีขาว มีคุณสมบัติที่ยืดหยุ่นได้ ซึ่งจะช่วยกระจายแรงเมื่อมีแรงกด โดยจะเปลี่ยนเป็นสีเหลืองหรือสีน้ำตาล ชุ่ม ผิวไม่เรียบ และนิ่ม อาจแตกเป็นร่อง เป็นริ้ว หรือเกิดเป็นแผล มีการแตกของคอลลาเจนที่อยู่ตรงผิวหน้าของกระดูกอ่อนผิวข้อ ทำให้ผิวขรุขระและลู่ยอก ต่อจากนั้นก็แตกเป็นเส้นระยะแรกผิวของกระดูกอ่อนผิวข้อจะแตกขนาน ถ้าเป็นมากจะแตกลึกลงไปกระดูกอ่อนเห็นเป็นร่องลึกลงไปกระดูกอ่อนผิวข้อ หากมีการดำเนินของโรคต่อไปกระดูกอ่อนผิวข้อจะบางลงจนอาจหลุดร่อนหายไปเหลือแต่เนื้อกระดูกซึ่งจะทำให้มีลักษณะเป็นมันเลี่ยน เนื่องจากผิวกระดูกที่ไม่มีกระดูกอ่อนคลุมจะขัดสีกันในขณะที่มีการเคลื่อนไหว ข้อบริเวณกระดูกใต้ต่อกระดูกอ่อนจะมีการหนาขึ้น แข็งขึ้น บริเวณขอบของกระดูกจะมีการงอกออกบริเวณด้านข้างทำให้มองเห็นจากภายนอกเป็นลักษณะกระดูกโตขึ้น บริเวณกระดูกใต้กระดูกอ่อนจะมีถุงน้ำเกิดขึ้นบางรายที่มีการอักเสบของเย็บข้อ จะพบน้ำไขข้อมากขึ้นทำให้ข้อบวม และถ้าเป็นนานๆ เย็บข้อจะหนา (สุรศักดิ์ นิลกานุงศ์, 2543)

การจำแนกโรคข้อเข่าเสื่อม (Altman et al., 1986; Altman, 1991)

1. โรคข้อเสื่อมปฐมภูมิ (Primary osteoarthritis) เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมที่เกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุอาจมีความสัมพันธ์กับปัจจัยบางประการเช่นความอ้วน อายุที่เพิ่มมากขึ้น
2. โรคข้อเข่าเสื่อมทุติยภูมิ (Secondary osteoarthritis) เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมที่เกิดขึ้นจากการที่มีความผิดปกติของข้อเป็นสาเหตุนำมาก่อน เช่น มีการอักเสบติดเชื้อที่ข้อเข่า

อาการและอาการแสดงของโรคข้อเข่าเสื่อมที่สำคัญ (สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์, 2548; จิตติเวทย์ ตุมราศวิน, 2548; สมชาย เออร์ตนวงศ์, 2543) คือ

1. อาการปวดข้อ (Pain) เป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดและเป็นอาการที่สำคัญที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ในระยะแรกจะปวดมากเมื่อมีการใช้ข้อและจะดีขึ้นเมื่อได้พัก เมื่ออาการรุนแรงมากขึ้นอาการปวดจะปรากฏอยู่ตลอดเวลาแม้ในขณะที่พักหรือว่าในขณะที่หลับ
2. ข้อฝืด ข้อติดและข้อแข็ง (Stiffness) อาการฝืดแข็งของข้อจะเป็นมากในตอนเช้า ข้อติดขัดตึงขยับไม่ค่อยสะดวกแต่จะเกิดแค่เพียงชั่วครู่อาการจะคงอยู่ไม่เกิน 30 นาที
3. การบวมหรือข้อโตขึ้น (Bony enlargement and tenderness) อาการบวมอาจเกิดจากการงอกของกระดูกที่ยื่นจากผิวข้อ และการกระตุ้นการหลั่งสารการเกิดการอักเสบทำให้มีน้ำในข้อ และ เกิดภาวะเยื่อข้ออักเสบร่วมด้วย
4. มีเสียงในข้อเข่า (Crepitus) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อมีการเคลื่อนไหวของข้อ เกิดจากการเสียดสีของผิวข้อที่ไม่ราบเรียบ ขรุขระ มีการสะดุด เกิดการขัดขวางการเคลื่อนไหว
5. การเคลื่อนไหวของข้อลดลง (Limitation of motion) เกิดจากการที่ผิวหน้าของข้อขรุขระ กล้ามเนื้อเกร็งตัวและหดรั้งมีกลไกการขัดขวางการทำงานของข้อ ในด้านการทำงานข้อเข่า จะมีการลดสภาพเพราะการเจ็บขัดลงน้ำหนักได้ไม่เต็มที่หรือถ้าเป็นมากจนเปลี่ยนรูปร่างก็จะมีข้อจำกัดในการงอเหยียด ถ้าการทำงานของกล้ามเนื้อหน้าขาลดลงจะเกิดการอ่อนแรงและลีบลงไปจนเน้นให้เห็นคล้ายขนาดของข้อเข่าโต บวมขึ้นได้
6. การผิดรูปของข้อเข่า (Deformity) พบได้ในผู้ป่วยที่เป็นมากในลักษณะของข้อเข่าที่เกิดการโค้งงอของข้อเข่า
7. การเดินผิดปกติ (Gait disturbance) ถ้าเป็นที่เข่าข้างเดียวจะเป็นลักษณะขาสั้นข้างยาวข้างจะเดินลงน้ำหนักได้ไม่เต็มที่ ถ้าเป็นทั้งสองข้าง และเข่าเกิดการคดโค้งจะทำให้ผู้ป่วยเดินกระเผลก

การตรวจทางห้องปฏิบัติการและภาพรังสี

การวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อมนั้นพิจารณาจากอาการ และอาการแสดงเป็นสำคัญการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมักไม่พบความผิดปกติ ในบางครั้งผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของภาพถ่ายทางรังสีแต่ไม่มีอาการแสดงของข้อเข่าเสื่อม การถ่ายภาพทางรังสีจะช่วยยืนยันการวินิจฉัยโรคในผู้ที่เข่าเสื่อมที่ไม่สามารถวินิจฉัยด้วยการตรวจร่างกาย ซึ่งในการถ่ายภาพทางรังสีจะพบลักษณะ ดังนี้ ช่องของข้อแคบลง (Joint space narrowing) กระดูกใต้กระดูกอ่อนหนาตัวขึ้น (Subchondral bone sclerosis) การเกิดกระดูกงอกขอบข้อ (Marginal osteophyte formation) กระดูกใต้กระดูกอ่อนมีถุงน้ำแลกระดูกยุบตัวลง (Bone cysts and bony collapse) หรือพบข้อพิการและข้อเคลื่อนหลุดในรายที่เป็นมาก (สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์, 2548)

การวินิจฉัยโรค

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อมมี ดังนี้ (Altman, 1991)

1. มีอาการปวดเข่าเกือบทุกวันในเดือนที่ผ่านมา
2. เมื่อขยับข้อมีเสียงกรอบแกรบ
3. มีข้อยึดติดหรือฝืดในตอนเช้า น้อยกว่า 30 นาที
4. อายุ ≥ 38 ปี
5. เขามีขนาดใหญ่ขึ้น

การวินิจฉัยว่าเป็นข้อเข่าเสื่อมเมื่อมีอาการในข้อ 1, 2, 3 และ 4 หรือ มีอาการในข้อที่ 1, 2 และ 5 การวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อมของ Altman. (1991) มีความไวร้อยละ 89 และความจำเพาะร้อยละ 88 (วิวัฒน์ วจนวิศิษฐ์, 2550)

การป้องกันและการรักษา

เมื่อพิจารณาสาเหตุของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมพบว่า อายุเป็นปัจจัยที่สำคัญของการเกิดโรค นอกจากนี้ยังพบว่า ยังมีสาเหตุอื่นๆ เช่น ความผิดปกติของร่างกายตั้งแต่กำเนิด การเคลื่อนหลุดของข้อเข่า ความอ้วน การได้รับอุบัติเหตุ อาชีพ ท่าทางการใช้ข้อที่ไม่เหมาะสม เช่น การนั่งพับเพียบ นั่งยอง ล้วนเป็นสาเหตุที่ส่งเสริมให้เกิดการเสื่อมของข้อเข่า การรักษาที่ดีต้องกำจัดสาเหตุของการเกิดโรค เช่น การบาดเจ็บของข้อ ความอ้วน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงาน ของข้อ และมุ่งเน้นรักษาอาการที่ผู้ป่วยมี เช่น อาการปวด ความไม่มั่นคงของข้อ กล้ามเนื้อ

อ่อนแรง การเคลื่อนไหวของข้อที่ลดลง และความพิการที่เกิดขึ้น เมื่อพิจารณาสาเหตุของการเกิดข้อเข่าเสื่อมนั้นเราต้องคำนึงถึงการป้องกันการเกิดโรคและการรักษาาร่วมด้วย

1. การป้องกันการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม และ การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Prevention and Non-Pharmacological therapy) (กิตติ โตเต็มโชคชัยการ, 2552; อภิชนา โฆวินทะ, 2546; Bijlsma et al., 2007)

1.1 การหลีกเลี่ยงสาเหตุที่ทำให้เกิดการเสื่อมของข้อเข่า เช่น ความอ้วน ในผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมพบว่า ผู้ที่มีน้ำหนักมากจะทำให้ความเสี่ยงที่จะเกิดการเสื่อมของข้อเข่าเร็วขึ้นจากที่กระดูกอ่อนผิวข้อต้องรับแรงกระแทกที่มาก และในผู้ที่เกิดการเสื่อมของข้อแล้วก็จะทำเสื่อมมากยิ่งขึ้น การลดน้ำหนัก (Weight Loss) การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เป็นการป้องกันภาวะอ้วนและป้องกันการได้รับการกระแทกของข้อเข่าซึ่งนำไปสู่การลดความเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมและลดความรุนแรงของโรค

1.2 กายบริหารและกายภาพบำบัด (Therapeutic Exercise) โดยธรรมชาติการหยุดการเคลื่อนไหวจะทำให้การอักเสบและอาการปวดทุเลาลงแต่ผลเสียของการหยุดการเคลื่อนไหวจะทำให้กล้ามเนื้อรอบข้ออ่อนแรงอาจทำให้สูญเสียความมั่นคงในการเคลื่อนไหว การออกกำลังกายสม่ำเสมอทำให้ข้อยืดหยุ่นได้ดีและเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายเป็นการลดปวดและทำให้การทำงานของรอบข้อดีขึ้นทั้งนี้ยังทำให้การทรงตัวและการเดินดีขึ้นด้วย

1.3 การประคบด้วยความเย็น / ความร้อน (Heat / Cold packing) พบว่า การประคบด้วยความเย็นมีประโยชน์ในการช่วยในการ ROM เพิ่มความแข็งแรงของข้อเข่าและช่วยลดอาการบวมของข้อเข่าเมื่อเกิดการอักเสบ และการประคบด้วยความร้อนช่วยลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ

1.4 การฝังเข็ม (Acupuncture) พบว่า การฝังเข็มช่วยลดอาการปวดข้อเข่า

1.5 การกระตุ้นด้วยไฟฟ้า (Electrical Stimulation Therapy) เพื่อลดอาการปวดและผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ

1.6 การพยุงข้อ (Braces, aids and devices) เป็นการช่วยลดอาการปวดที่เกิดจากการประกอบกิจวัตรประจำวัน และลดกลไกที่ทำให้ข้อได้รับการกระแทก หรือมีการบาดเจ็บเพิ่มขึ้น

1.7 การให้ความรู้กับผู้ป่วย และการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม (Patient education and self - management) เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเลือกวิถีในการดูแลตนเอง รู้วิธีการใช้ข้อ ป้องกันข้อเข่า การรู้จักดูแลตนเองจะทำให้อาการปวดลดลง เพิ่มสมรรถภาพ และชะลอการเสื่อม ส่งผลดีต่อสภาพร่างกายและจิตใจส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นและอยู่ในสังคมได้

2. การรักษาด้วยยา (Pharmacological therapy) จะใช้ผู้ป่วยที่รักษาด้วยการไม่ใช้ยาแล้วไม่สามารถควบคุมความปวดและฟื้นฟูการทำงานของข้อเข่าได้ (จูตีเวทย์ ตุมราศวิน, 2548; สุรศักดิ์ นิลกานวงษ์, 2552) ยาที่ใช้ได้แก่

2.1 ยาแก้ปวดที่ไม่มีฤทธิ์ลดการอักเสบ ยาระงับปวดพาราเซตามอล (Paracetamol) เป็นยาตัวแรกที่ใช้ลดปวดในข้อเสื่อมเพราะว่าให้ประสิทธิผลดีและปลอดภัย แต่อาจทำอันตรายต่อดับได้ในผู้ที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคตับจึงควรใช้ในระยะเวลาที่สั้น

2.2 ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Nonsteroidal anti - inflammatory drug, NSAID) เป็นยาที่มีการใช้บ่อยที่สุดในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมในการลดปวด ลดข้อฝืดแข็ง และลดการอักเสบของข้อในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อยาแก้ปวดธรรมดา ยากลุ่มนี้มีผลข้างเคียงสูง ผลข้างเคียงที่พบบ่อย เช่น ผื่น แผลในกระเพาะและลำไส้ พิษต่อตับหรือไต การทำงานของเกล็ดเลือดที่ผิดปกติ ความดันเลือดที่เพิ่มขึ้น และอาจทำให้หัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้น

2.3 การใช้ยาทาเฉพาะที่ Capsaicin จะช่วยลดปวดซึ่งออกฤทธิ์ ที่ Substance P เนื่องจากผลข้างเคียงที่ต่ำและใช้ง่ายจึงนิยมใช้พอควร

2.4 การฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เข้าข้อ สามารถลดปวดและการอักเสบได้และมีผลข้างเคียงที่น้อย แต่จะมีประโยชน์ในระยะสั้นซึ่งผลในการรักษาระยะยาวยังไม่สามารถแสดงให้เห็นได้และไม่ควรฉีดเป็นประจำเนื่องจากยาอาจทำลายกระดูกอ่อนข้อต่อได้

2.5 ยากลุ่ม Antispasmodics ยากลุ่มลดปวดกล้ามเนื้อและเกร็งตัวของกล้ามเนื้อที่เกิดจากโรคข้อเข่าเสื่อม มีประโยชน์ในการรักษากล้ามเนื้อเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ (Physical modalities) อาการปวดกล้ามเนื้อสามารถทำให้ดีขึ้นได้โดยใช้ยา Antispasmodics

2.6 ยาลดอาการโรค osteoarthritis ที่ออกฤทธิ์ช้าๆ และชะลอโรค (Symptomatic slow-acting drugs in Osteoarthritis (SYSADOA)) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการชะลอไม่ให้โรคดำเนินต่อไปทำให้ร่างกายมีการซ่อมแซมกระดูกอ่อนผิวข้อให้กลับสู่ปกติ ยาในกลุ่มนี้ที่มีใช้ในประเทศไทยได้แก่ Hyaluronic acid Glucosamine sulfate และ Diacerein

3. การรักษาด้วยการผ่าตัด การผ่าตัดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจะได้รับการพิจารณาเมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดมาก และข้อเข่าสูญเสียความสามารถในการทำงานในการใช้ชีวิตประจำวัน การผ่าตัดสามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้

3.1 การล้างข้อโดยใช้กล้องส่องข้อ (Arthroscopic debridement) คือ การเจาะเข้าไปตัดแต่งเนื้อเยื่อและเจียนกระดูกอ่อนผิวข้อจนเรียบและล้างเข่าด้วยน้ำเกลือเพื่อการทำควมสะอาดข้อเข่า ลดอาการยึดติดและลดการอักเสบ ซึ่งจะได้ผลดีในกลุ่มที่มีอาการปวดข้อ ชัดในข้อ

3.2 การตัดกระดูกเปลี่ยนแปลงแนวแรง (Corrective osteotomy) เป็นการผ่าตัดเพื่อการปรับแต่งกระดูกมุมข้อเป็นการรักษาที่ชะลอการเปลี่ยนข้อจะทำในผู้ที่มีอายุน้อย ผู้ที่มีน้ำหนักมากเกินและคนที่เป็นข้อเข่าเสื่อมด้านหนึ่งด้านใดของเข่า

3.3 การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (Joint replacement) ทำในผู้ที่มีอาการปวดมากและให้การรักษาด้วยการไม่ใช้ยาและใช้ยาแล้วยังคงมีอาการปวดมากและโครงสร้างของข้อมีความเสียหายมาก

ผลกระทบของโรคข้อเข่าเสื่อม

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจะมีอาการปวด มีเสียงดังในข้อเวลาเคลื่อนไหว ข้อเข่าติดหลังจากการที่ไม่มีการใช้งานของข้อ และพบว่าผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวของข้อ (Bijlsma, 2007) โรคข้อเข่าเสื่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทางด้านร่างกายจากความผิดปกติของข้อเข่า ที่อาจทำให้เกิดการโค้งงอของข้อเข่าซึ่งจากการศึกษาของปาริชาติ จันสุนทรภาพร (2548) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 72 รู้สึกว่ามีข้อเข่าโก่งออกด้านนอก และนอกจากนี้บางรายอาจเกิดข้อเข่าติดทำให้ไม่สามารถเหยียดข้อเข่าได้ มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ซึ่งจากการสำรวจในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีข้อเสื่อม พบว่า มากกว่า 60 % ที่มีปัญหาจากข้อจำกัดของการทำกิจกรรมต่างๆ 40 % ต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวันจากเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิด 38 % กล่าวว่า ผลกระทบของโรคส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัว และผู้ป่วย 27% ที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต (Bijlsma, 2007) ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอาการปวดเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้อาการปวดอาจแตกต่างกันแต่ละคน จากการศึกษาในผู้ที่ปัญหาในระบบกล้ามเนื้อเส้นเอ็น และกระดูกพบว่า 84.5 % มีอาการปวดในระดับปานกลาง (Ang et al., 2006) จากการศึกษาในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมพบว่า ร้อยละ 52 มีความปวดในระดับมากซึ่งอาการปวดเข่าในผู้ป่วยแต่ละรายมีหลายลักษณะ โดยร้อยละ 60 มีการรับรู้ถึงอาการปวดในลักษณะของปวดแปลบ อาการปวดที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์

ทรมาน ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่ออาการปวดที่เกิดขึ้นโดยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ผู้ป่วยร้อยละ 32 รู้สึกว่าคุณค่าของตนเองลดลง (ปาริชาติ จันสุนทรพร, 2548) จากการเจ็บป่วยที่ยาวนานผลกระทบที่เกิดด้านร่างกายส่งผลต่อจิตใจ อาจก่อให้เกิดความ เบื่อหน่าย ท้อแท้ และซึมเศร้า (สุภาพ อารีเอื้อ, 2540) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ang et al. (2006) ที่พบว่า ในผู้ป่วยโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่มีอาการปวดจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่มีอาการปวด และผลกระทบจากอาการปวดที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับภาวะการรบกวนหน้าที่ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากผลกระทบของโรคข้อเข่าเสื่อมที่ส่งผลต่อผู้ป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมแล้วยังส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจในผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาและการสูญเสียรายได้จากข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ อาจทำให้ต้องมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะการทำงานโดยทำงานได้น้อยลงจนถึงไม่สามารถทำงานได้ ซึ่งจากผลกระทบของโรคข้อเข่าเสื่อมทำให้บทบาทของผู้ป่วยในสังคมและครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลง (Meenan et al., 1981) อีกทั้งการสูญเสียงบประมาณทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่า ในประเทศอุตสาหกรรม 5 ประเทศ คือ แคนาดา ออสเตรเลีย ฝรั่งเศส อังกฤษ และอเมริกาต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ 1 - 2.5% ของรายได้โดยรวมของประเทศ (March et al. , 1997) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น 1 ใน 3 เป็นค่ายาที่ใช้ในการลดปวด นอกจากนี้เป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลในสถานพยาบาลต่างๆ

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีความซับซ้อนและมีการให้ความหมายไว้หลากหลาย ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา สถานที่ และการรับรู้ของแต่ละบุคคลซึ่งมีประสบการณ์ อาชีพ การศึกษา ความสนใจ ประเพณีและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน (จริยวัฒน์ คมพยัคฆ์ , 2535)

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2539) ให้ความหมายว่า คุณภาพ หมายถึง ลักษณะดี ลักษณะประจำของบุคคลหรือสิ่งของ และให้ความหมายของ ชีวิต ว่าหมายถึง ความเป็นอยู่ตรงข้ามกับความตาย ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ลักษณะที่ดีของคนขณะที่มีชีวิต

จริยวัฒน์ คมพยัคฆ์ (2535) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเอง ภาวะสุขภาพ ความสุข การปรับตัว ชีวิตที่คุณค่าและชีวิตที่มีความหมาย

Burkhardt (1985: 11-16) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิต คือการที่บุคคลรับรู้ในคุณภาพชีวิตตนเองว่ามีความพึงพอใจในชีวิตในการมีภาวะสุขภาพที่ดีด้านร่างกายด้านวัตถุมีความสัมพันธ์

ที่ดีกับบุคคลอื่นสามารถที่จะมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม ชุมชนในสังคมสามารถมีการพัฒนาตนเองเพื่อ การทำให้ประสบผลสำเร็จและการหาเวลาพักผ่อนได้

Padilla and Grant (1895) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ของบุคคล เกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดี ความสุขและความพึงพอใจในชีวิต

Ferran and Powers (1992) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิต เป็นความรู้สึกของบุคคลต่อ ความผาสุกที่เกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในสิ่งที่บุคคลนั้นๆ เห็นว่ามีความสำคัญตนเอง

Zhan (1992) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิต เป็นความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้นในแต่ละ บุคคลอันเป็นผลมาจากพื้นฐานการดำรงชีวิตและประสบการณ์ในชีวิตรวมทั้งฐานะเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ

Ferrell et al. (1995) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความผาสุก ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

Cella (1997) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิต เป็นขอบเขตซึ่งบุคคลได้คาดหวังไว้ไม่ให้ ได้รับผลกระทบจากสภาวะของโรคและการรักษา

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมตาม ความหมายและประกอบด้วยองค์ประกอบของ Cella (1997) โดยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค ข้อเข่าเสื่อม หมายถึง การรับรู้ความผาสุก ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และ การปฏิบัติกิจกรรม ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งคาดหวังว่าตนเองจะไม่ได้รับผลกระทบจากโรค และการรักษาที่ได้รับ

2.2 มิติของคุณภาพชีวิต

เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีความซับซ้อนจึงมีผู้ให้แนวคิดองค์ประกอบของ คุณภาพชีวิตไว้แตกต่างกันโดยมีรายละเอียดดังนี้

Flanagan (1978) ได้ให้องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตซึ่งมาจากพื้นฐานความต้องการ ของมนุษย์ที่พึงพอใจในด้านต่างซึ่งประกอบด้วย

1. ด้านความสุขสบายทางร่างกายและวัตถุ ได้แก่ การมีบ้านอยู่ การมีเครื่อง อำนวยความสะดวกสบายการได้รับอาหารที่ดีและการมีสุขภาพที่แข็งแรงไม่เป็นโรค
2. ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ได้แก่ ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดา มารดา สมาชิกในครอบครัว เพื่อน และ บุคคลอื่นรวมทั้งการมีบุตรและการอบรมเลี้ยงดู
3. ด้านกิจกรรมในสังคมและชุมชนซึ่งรวมถึงการช่วยเหลือสนับสนุนผู้อื่น
4. ด้านการพัฒนาบุคลิกภาพและความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการ ได้แก่

การมีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้ความสนใจและเข้าใจตนเอง รู้ในจุดบกพร่องของตนเอง มีงานทำที่น่าสนใจ การได้รับผลตอบแทนที่ดีและการแสดงออกในทางสร้างสรรค์

Padilla and Grant (1895) แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 5 ด้านคือ ความผาสุกด้านชีวิต ความผาสุกด้านร่างกาย ความต้องการด้านสังคม ความต้องการด้านภาพลักษณ์ และด้านการวินิจฉัยและการรักษา

Zhan (1992) แบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านภาวะสุขภาพ และด้านสังคมและเศรษฐกิจ

Ferrell (1998) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง และได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 4 ด้าน คือ

1. ความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well-being and symptoms) ได้แก่ การรับรู้ความอยากอาหาร การเปลี่ยนแปลงของวงจรประจำเดือน การเป็นหมัน การนอนหลับ ความเจ็บปวด อาการเหนื่อยล้า การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว

2. ความผาสุกด้านจิตใจ (Psychological well-being) ได้แก่ ความรู้สึกมีประโยชน์ การมีความสุข ความพึงพอใจ ความสามารถในการเผชิญความเครียดความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าได้

3. ความผาสุกด้านสังคม (Social well - being) ได้แก่ ความทุกข์ทรมานของครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

4. ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (Spiritual well- being) ได้แก่ การมีความคาดหวังและการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต การมีกิจกรรมการเปลี่ยนแปลงจากความเชื่อทางจิตวิญญาณ ความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต

Cella (1997) กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่า เป็นขอบเขตซึ่งบุคคลได้คาดหวังไว้ไม่ให้ได้รับผลกระทบจากสภาวะของโรคและการรักษา ประกอบด้วย 4 มิติ ดังนี้

1. ความผาสุกด้านร่างกาย หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ด้านความแข็งแรงของร่างกายและอาการที่เกิดทางกายของผู้ป่วยเอง

2. ความผาสุกด้านสังคม หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการได้รับการดูแลหรือกำลังใจจากบุคคลในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด

3. ความผาสุกด้านอารมณ์ หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อการเจ็บป่วยของตนเอง

4. ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ของผู้ป่วย ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่พึงประสงค์ หรือ ความสามารถในการยอมรับของตัวผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่

2.3 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

โรคข้อเข่าเสื่อมส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจจากอาการปวด และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกจำกัดจากผลกระทบของโรคโดยพบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าคนทั่วไป (Jacobson, 2006) ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจากมีข้อเข่า โกงออกด้านนอก หรือ อาจมีเข่าผิดรูปส่งผลต่อการเดินทำให้เดินลำบากหรือไม่มั่นคงและอาการปวดที่เกิดในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมโดยร้อยละ 52 ผู้ป่วยจะมีความปวดในระดับมากและร้อยละ 39 รู้สึกทรมาน (ปาริชาติ จันทรสุทธราพร, 2548) ซึ่งส่งผลต่อจิตใจทำให้เกิดส่งความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ซึมเศร้า (สุภาพ อารีเชื้อ, 2540) นอกจากนี้ผู้ป่วยจะมีการตอบสนองต่ออาการปวดที่เกิดขึ้นโดยทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ (ปาริชาติ จันทรสุทธราพร, 2548) และอาจถึงต้องมีการเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่การทำงาน อาจทำงานได้น้อยลงจนถึงไม่สามารถทำงานได้ ซึ่งจากผลกระทบของโรคข้อเข่าเสื่อมทำให้บทบาทของผู้ป่วยในสังคมและครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคุณค่าตัวเองลดลง (ปาริชาติ จันทรสุทธราพร, 2548) และการศึกษาของ Rock et al. (1997) พบว่า ในผู้ที่มีอาการปวดเข่า หรือสะโพกที่เรื้อรังจะมีการรับรู้คุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีอาการปวด ผลกระทบของโรคมีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมที่เกิดในผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าโรคกระดูกอื่น (วิภา งามวิสุทธิกุล, 2543)

2.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับบุคคลและสิ่งแวดล้อมซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตมีทั้งปัจจัยทั้งทางบวกและทางลบที่สามารถทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีดังนี้

2.4.1 อาการปวดเข่า ทำให้เกิดความไม่สุขสบายทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Burckhardt, 1985)

2.4.2 ความรุนแรงของโรค แสดงให้เห็นถึงความปวด ความฝืดตึงของข้อ และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตที่เพิ่มมากขึ้นโดยพบว่าความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต (Burckhardt, 1985: ปราณี่ กาญจนวงษ์, 2540)

2.4.3 ความสามารถในการดูแลตนเอง ในผู้ที่มีความเปราะบางในทางสุขภาพหากสามารถดูแลตนเองได้ก็จะสามารถชะลอผลกระทบของโรคส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วย (ทวิพร เตชะรัตนมณี, 2547)

2.4.4 การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นการได้รับความช่วยเหลือของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทางด้านต่างๆ ซึ่งช่วยให้สามารถเผชิญกับความเจ็บได้ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวจะมีการรับรู้ในคุณภาพชีวิตที่ดี (ปราณี กาญจนวรรณศรี, 2539) และผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองในการแก้ปัญหาทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Ethgen et al., 2004)

2.4.5 ภาวะซึมเศร้า เป็นการตอบสนองด้านจิตใจในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ประสบกับโรคในระยะเวลาที่ยาวนาน ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจะเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ซึมเศร้า (สุภาพ อารีเอื้อ, 2540) ในผู้ป่วยข้ออักเสบที่มีระดับความซึมเศร้าที่สูงมีความพึงพอใจในชีวิตลดลง (Husaini and Moore, 1990)

2.4.6 อายุ อายุที่แตกต่างกันก็จะส่งผลกระทบต่อวิธีในการเผชิญกับปัญหาที่แตกต่างกัน (Padilla & Grant, 1985) โดยพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (Rat et al., 2005)

2.4.7 ดัชนีมวลกาย จากการศึกษาพบว่า ดัชนีมวลกายมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Rat et al, 2005) ซึ่งน้ำหนักตัวที่มากจะทำให้เพิ่มความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม

2.5 แบบประเมินคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีโครงสร้างมิติเดียวหรือหลายมิติ (Meeberg, 1993) การจะบอกว่าบุคคลมีคุณภาพชีวิตในระดับใดจะต้องมีการประเมินจากการรับรู้ของบุคคลนั้นๆ Cooley (1998) ได้แบ่งการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 ลักษณะ คือ

2.5.1 การประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม (Global evaluation) เป็นการประเมินถึงความพึงพอใจในชีวิต และลักษณะความเป็นอยู่ในชีวิตของบุคคลเป็นการประเมินอย่างกว้างๆ

2.5.2 การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ (Health-related quality of life) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพในหลายมิติ ได้แก่ อาการแสดงของโรค อาการข้างเคียงจากการรักษา สภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย ความผิดปกติด้านจิตใจ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เพศสัมพันธ์ ภาพลักษณ์และความพึงพอใจต่อการรักษา เครื่องมือในการวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ (Health - related

quality of life) แบ่งได้เป็น 3 ประเภท (Feeny, Torrance, Labelle, 1996: Testa & Simson, 1996 อ้างถึงใน วิชา งามวิสุทธิกุล, 2543)

2.5.2.1 Specific instruments เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อประยุกต์ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะกลุ่มบุคคลที่เจ็บป่วยของโรคใดโรคหนึ่งและประเมินผลกระทบที่เกิดจากการรักษา เช่น

แบบประเมินคุณภาพชีวิตของพาดิลาและคณะ (Padilla et al., 1983) ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อแบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก 16 ข้อและข้อคำถามด้านลบ จำนวน 7 ข้อซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน ความผาสุกด้านชีวิต ความผาสุกด้านร่างกาย ความต้องการด้านสังคม ความต้องการด้านภาพลักษณ์ และด้านการวินิจฉัยและการรักษา

แบบประเมินคุณภาพชีวิต Functional Assessment of Cancer Therapy General (FACT- G) ซึ่งสร้างตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Cella (1997) ได้รับการแปลโดย วรชัย รัตนธรรมา แม้นมนา จิระจรัส และสุวรรณี สิริเลิศตระกูล มี จำนวน 27 ข้อ ที่ครอบคลุมด้านความผาสุกร่างกาย ด้านสังคม ด้านอารมณ์ และ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย โดยประเมินคุณภาพชีวิตจากความรู้สึกของผู้ป่วยทั้ง 4 ด้านในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา โดยมีเกณฑ์การประเมินแบบ 5 ระดับ มีคะแนนระหว่าง 0- 108 โดยคะแนนมากหมายถึงผู้ป่วยมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้การใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งยังพบแบบประเมินคุณภาพชีวิตดังกล่าวมีการนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

The Arthritis Impact Measurement Scale 2 (AIMS2) เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพซึ่งแบบวัดนำมาประเมินผลกระทบของโรคข้ออักเสบต่อภาวะสุขภาพ โดยมีนานและคณะ (Meenan et al., 1992) ประเมินในด้านความสามารถในการเคลื่อนไหว ด้านการเดิน การก้มตัว การดูแลตนเอง ด้านงานบ้าน ด้านกิจกรรมทางสังคม ด้านการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน ด้านความปวด ด้านการทำงาน ด้านความเครียดและด้านอารมณ์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 47 ข้อ

2.5.2.2 Generic instrument เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในการทำงานของร่างกาย สังคม อารมณ์ การเจ็บป่วยและการดูแลตนเอง เช่น

Short Form Health Survey 36 (SF-36) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 36 ข้อโดยประเมินในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย สภาวะ

สุขภาพจิต พฤติกรรมทางอารมณ์ การปฏิบัติตามบทบาทต่างๆ หน้าที่ทางสังคม ความเจ็บปวด และควมมีชีวิตชีวา

The Nottingham Health Profile (NHP) เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตในลักษณะของการสะท้อนการรับรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับปัญหาด้านร่างกาย ปัญหา ด้านสังคม และปัญหาด้านสุขภาพจิตโดยถามเกี่ยวกับความรู้สึกและสภาวะอารมณ์ในขณะนั้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 38 ข้อ เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การเจ็บปวด การนอนหลับ การแยกตัว ปฏิกริยาทางอารมณ์ และระดับการใช้พลังงาน

2.5.2.3 Utility measures เป็นเครื่องมือที่ใช้โดยทั่วไป โดยมีการให้คะแนน เป็น 0 หมายถึง แย่ที่สุด และ 1 หมายถึง สุขภาพดีมาก มักจะใช้ในการประเมินเปรียบเทียบผลของการรักษา เช่น Standard gamble Time trade-off และ Visual analog Scale

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ แบบประเมินคุณภาพชีวิต Functional Assessment of Cancer Therapy General (FACT- G) ซึ่งสร้างตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Cella (1997) ประกอบด้วย 27 ข้อคำถาม ที่ครอบคลุมด้านความผาสุกร่างกาย ด้านสังคม ด้านอารมณ์ และด้านการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยซึ่งเป็นแบบประเมินที่ประยุกต์ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะกลุ่มบุคคลที่เจ็บป่วยของโรคและประเมินผลกระทบที่เกิดจากการรักษาซึ่งพบว่ามีการนำไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังให้ค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้และเป็นการประเมินตามการรับรู้ของผู้ป่วยเอง แบบประเมินคุณภาพชีวิต Functional Assessment of Cancer Therapy General (FACT- G) มีคะแนนรวมระหว่าง 0- 108 โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตดี

2.6 บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ประเทศไทยได้มีการปฏิรูประบบสุขภาพ และระบบการพยาบาลเพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการทางสุขภาพที่มีคุณภาพ และเท่าเทียมกันโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี สำหรับผู้ที่เจ็บป่วยมุ่งเน้นในการฟื้นฟูสภาพ การปรับปรุงสภาพ การทำหน้าที่ มุ่งเน้นในคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัว พยาบาลเป็นกำลังสำคัญที่จะทำให้การปฏิรูประบบสุขภาพ และการดูแลผู้ป่วยสามารถบรรลุตามเป้าประสงค์ที่ตั้งไว้ (สภาการพยาบาล, 2550)

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่เรื้อรังที่ปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จุดมุ่งหมายของการรักษาเพื่อลดอาการปวด รักษาการทำหน้าที่ของข้อ ป้องกันการพิการผิดรูปของข้อ (กิตติ ไตเต็มโชคชัยการ, 2543) ลดผลกระทบที่เกิดจากการรักษา และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของ

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์, 2552) ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่

2.6.1 บทบาทการเป็นผู้ให้การดูแล (Direct care practice) การดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมต้องมีความรู้ ความสามารถในการประเมินปัญหาที่ซับซ้อนและวางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม นำความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีหลักฐานยืนยันมาเพื่อพัฒนาการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครบองค์รวม

2.6.2 บทบาทด้านการบริหาร (Management) เป็นสิ่งที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมเนื่องจากการรักษาที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือกันของทีมสุขภาพ (Das and Farooqi, 2000) ปัญหาของผู้ป่วยบางปัญหาเพียงลำพังพยาบาลอาจไม่สามารถที่จะแก้ไขได้ทั้งหมดจำเป็นต้องมีการติดต่อประสานกับเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพสาขาอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม เช่นการติดต่อประสานกับทีมกายภาพบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริหารการฝึกทักษะการปฏิบัติตัวที่สำคัญและบางครั้งอาจต้องมีการติดต่อประสานงานกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยจะได้ใช้แหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม และพยาบาลอาจต้องมีการประสานเพื่อหาเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยทั้งในองค์กรและนอกองค์กร

2.6.3 ด้านการให้ความรู้ (Educator) การสอนให้ความรู้เป็นหนึ่งบทบาทที่มีความสำคัญในกระบวนการการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมโดยพบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมยังมีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องทั้งเรื่องโรค การดำเนินของโรคที่คิดว่าเป็นโรคที่เกิดตามอายุไม่สามารถรักษาได้จึงทำให้ละเลยการรักษาและการปฏิบัติตามแผนการรักษาทำให้ภาวะของโรครุนแรงมากขึ้นจากการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสม การสอนการให้ความรู้เป็นหนึ่งในขั้นตอนการรักษาในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมโดยไม่ใช้ยาเป็นการรักษาที่ให้ประโยชน์กับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์, 2552) โดยการให้ความรู้ในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ การดำเนินของโรค การรักษาตนเองตามตารางที่กำหนด การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต การกำจัดสาเหตุของโรค การออกกำลังกาย และพบว่า การให้โปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองกับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทำให้ผู้ป่วยเกิดความเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรม ในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา หลีกเลียงท่าทางที่เพิ่มแรงกดต่อข้อเข่า (เบญจมาศ ม่วงทอง, 2544)

2.6.4 บทบาทด้านการให้คำปรึกษา (Consultation) ในการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเฉพาะที่ตนเองเชี่ยวชาญ พยาบาลเป็นผู้ที่ใช้เวลากับผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมประสบกับปัญหาเกี่ยวกับภาวะของโรคที่เป็นพยาบาลต้องเป็นที่ปรึกษาในการ

เสนอแนะแนวทางในการแก้ปัญหาซึ่งควรมีหลากหลายรูปแบบเพื่อให้ผู้ป่วยได้เลือกแนวทางที่เหมาะสมสำหรับตนเอง นอกจากนี้อาจจะเป็นที่ปรึกษาสำหรับบุคลากรอื่นๆ ในทางสุขภาพ เมื่อประสบกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นการแสดงบทบาทของการเป็นแหล่งประโยชน์ในด้านความรู้ความชำนาญ

2.6.5 บทบาทด้าน Researcher/Research utilization การดูแลผู้ป่วยต้องมีความคิดริเริ่มในการพัฒนานำองค์ความรู้ที่ใหม่ และมีประโยชน์เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำมาเป็นแนวทางในกระบวนการพยาบาลเพื่อที่จะได้มีประสิทธิภาพหรือประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย ขณะเดียวกันพยาบาลต้องเป็นผู้ที่มีการศึกษาค้นคว้า ดำเนินการวิจัยเพื่อเพิ่มองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย

2.6.6 บทบาทด้านการตัดสินใจและการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and decision-making) พยาบาลมีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ขอบเขตวิชาชีพ ปฏิบัติการพยาบาลโดยเน้นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีจริยธรรมเป็นธรรมและปลอดภัย โดยการแสวงหาช่องทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย ประเมินความเสี่ยง ประโยชน์ของแต่ละทางเลือก ในการแก้ปัญหาในการดูแลสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย

3. แนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการ (The symptom management model)

แนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Dodd et al., 2001) ถูกพัฒนาในปี 1994 โดยศูนย์การจัดการกับอาการซึ่งเป็นคณะหนึ่งในมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย มลรัฐซานฟรานซิสโก (Symptom Management Faculty Group, School of Nursing, The University of California, San Francisco) (Larson et al., 1994) โดยมุ่งเน้นแนวคิดหลักสามแนวคิด คือ แนวคิด ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ (Symptom experience) แนวคิดกลวิธีในการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) และแนวคิดผลลัพธ์ของอาการ (Symptom outcomes) ซึ่งเป็นแนวคิดที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยและการปฏิบัติการพยาบาล ต่อมาในปี 2001 แนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการได้รับการพัฒนา โดยเน้นปัจจัยด้านบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านสุขภาพที่ส่งผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ แนวคิดกลวิธีในการจัดการกับอาการ และ แนวคิดผลลัพธ์ของอาการ นอกจากนี้ยังกล่าวถึงแนวคิดความร่วมมือในการรักษา (Adherence) ที่เป็นตัวเชื่อมระหว่างกลวิธีในการจัดการกับอาการและผลลัพธ์จากอาการ (Dodd et al., 2001) ดังแสดงในแผนภาพที่ 2 มีรายละเอียดดังนี้

3.1 ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ เป็นสิ่งที่ไม่หยุดนิ่งและเป็นกระบวนการที่ต้องผ่านการคิดรู้ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการจึงเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการ โดยการประเมินความหมายของอาการและการตอบสนองต่ออาการซึ่งจะนำไปสู่การตั้งข้อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่ตนเองเคยรู้สึกหรือปฏิบัติ โดยบุคคลจะประเมินและตัดสินใจจากความรุนแรงสาเหตุ ภาวะคุกคาม และผลของอาการต่อชีวิตการตอบสนองต่ออาการเป็นการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และพฤติกรรมโดยการเข้าใจในสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่จะสามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยภายในมโนทัศน์ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการประกอบด้วย

3.1.1 การรับรู้เกี่ยวกับอาการ (Perception of symptom) หมายถึง การที่บุคคลสังเกตพบว่าตนเองรู้สึกหรือมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ การรับรู้เป็นการแปลความหมายของข้อมูลผ่านกระบวนการคิดรู้ของบุคคลโดยการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์โดยการรับรู้เกี่ยวกับอาการจะมีการเปลี่ยนแปลงหรือได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านบุคคลและหรือการรักษา

3.1.2 การประเมินผลของอาการ (Evaluation of symptom) หมายถึง การตัดสินใจผลของอาการที่ตนเองเผชิญอยู่ เช่นความรุนแรงของอาการ สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการ ความสามารถในการรักษาอาการ และผลกระทบจากอาการ การประเมินเป็นการสะท้อนคุณลักษณะของประสบการณ์ที่ผู้ป่วยมีต่ออาการของโรคซึ่งมาจากปัจจัยอันซับซ้อน ผู้ที่มีประสบการณ์การมีอาการจะสามารถอธิบายอาการได้อย่างถูกต้องและมีคุณภาพมากกว่าผู้ที่ไม่ประสบการณ์การมีอาการ

3.1.3 การตอบสนองต่ออาการ (Response of symptom) หมายถึง ความรู้สึก ความนึกคิดหรือพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นจากผลสืบเนื่องของปัญหาทางสุขภาพที่เกิดขึ้นหรือเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นโดยบุคคลอาจจะมีการตอบสนองต่ออาการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม

3.2 กลวิธีในการจัดการกับอาการ มีเป้าหมายเพื่อควบคุมอาการคือป้องกันไม่ให้เกิดผลลัพธ์ในทางลบหรือชะลอให้เกิดขึ้นช้าที่สุด การจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่งต้องมีการปรับเปลี่ยนวิธีตลอดเวลาโดยผู้ป่วยเป็นผู้ที่ยินยอมในการใช้กลยุทธ์นั้นๆ โดยอาศัยกระบวนการทางการแพทย์ที่ประกอบด้วยการประเมินประสบการณ์การมีอาการจากมุมมองของผู้ป่วยแต่ละคนเพื่อนำไปสู่กลวิธีในการจัดการกับอาการโดยอาศัยความร่วมมือของทั้งตัวผู้ป่วยเองและพยาบาล ซึ่งกลวิธีในการจัดการกับอาการอาจมีเป้าหมายเพียงแค่ผลลัพธ์เดียวหรือมากกว่าหนึ่งผลลัพธ์ก็ได้

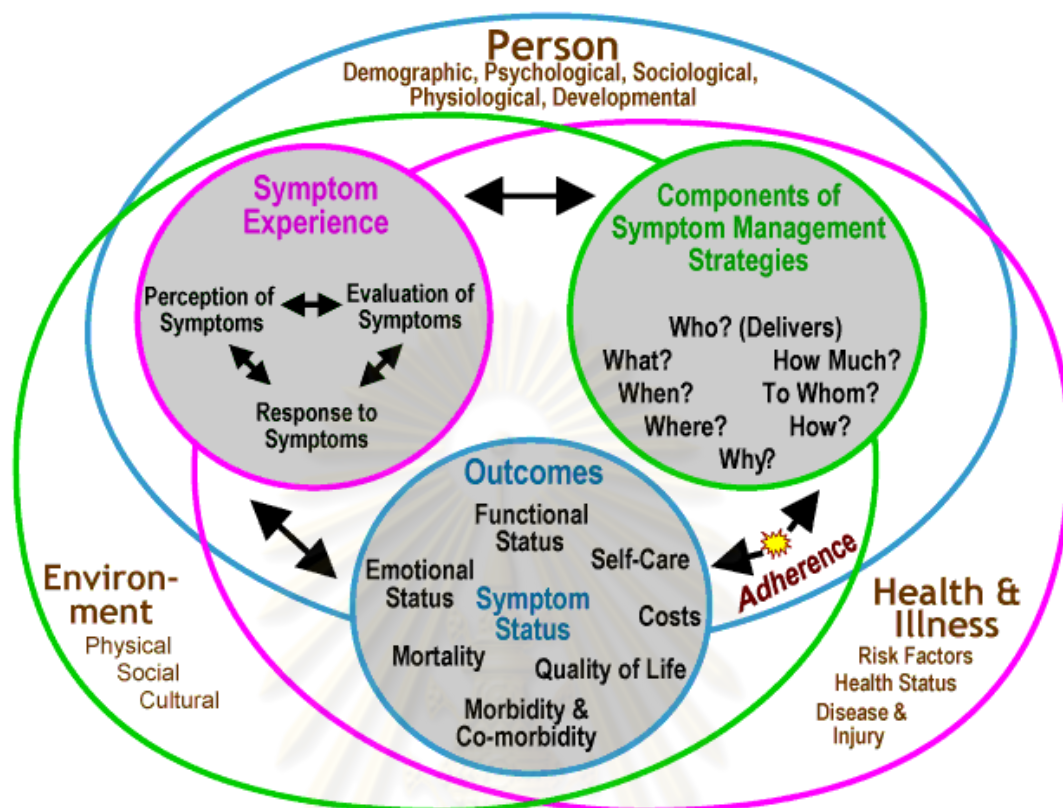
3.3 ผลลัพธ์ของอาการ เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์เกี่ยวกับอาการและเป็นผลจากกลวิธีในการจัดการกับอาการ โดยผลลัพธ์จะประกอบด้วย 8 ประการ ดังนี้ 1) ค่าใช้จ่าย (Cost) โดยรวมถึงรายได้ฐานะทางเศรษฐกิจและระบบบริการสุขภาพหรือเงินทดแทนจากการทำงานรวมถึงรายได้ที่ลดลงจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลทำให้เสียโอกาสในการทำงาน 2) สภาวะอารมณ์ (Emotional status) 3) การดูแลตนเอง (Self care) 4) ภาวะการณืทำหน้าที่ (Functional status) 5) คุณภาพชีวิต (Quality of life) 6) อัตราการเกิดโรคและการเกิดโรคร่วม (Morbidity and co-morbidity) 7) อัตราการตาย (Mortality) 8) ความรุนแรงของอาการ (Symptom status)

แนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการได้กล่าวถึงมโนทัศน์ของศาสตร์ทางการแพทย์พยาบาลที่ประกอบด้วยบุคคล (Person) สุขภาพการเจ็บป่วย (Health and illness) และสิ่งแวดล้อม (Environment) ซึ่งมีอิทธิพลต่อมโนทัศน์ของแบบจำลองการจัดการกับอาการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. บุคคล ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล (Demographic) จิตใจ (Psychological) สังคม (Sociological) และสรีรวิทยา (Physiological) ซึ่งเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคลที่ทำให้บุคคลมีมุมมองและตอบสนองต่อประสบการณ์การมีอาการ รวมทั้งมีผลต่อระดับของพัฒนาการในแต่ละบุคคลและมีผลต่ออูตุมิภาวะด้วย

2. สุขภาพการเจ็บป่วย ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยง การบาดเจ็บหรือความพิการซึ่งมีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์การจัดการกับอาการ นอกจากนี้ผู้ป่วยแต่ละคนอาจจะมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการได้จากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น อันตรายจากสถานที่ทำงาน หรือจากผลข้างเคียงจากการรักษา

3. สภาพแวดล้อม เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการเกิดอาการหรือทำให้อาการรุนแรงขึ้นได้โดยสภาพแวดล้อมประกอบไปด้วยสภาพแวดล้อมทางกายภาพ สังคม และวัฒนธรรม โดยสภาพแวดล้อมทางกายภาพจะรวมถึงบ้าน ที่ทำงาน และโรงพยาบาล สภาพแวดล้อมทางสังคมจะรวมถึงเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม (Social support network) สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและวัฒนธรรมซึ่งเป็นความเชื่อของผู้ป่วยและเป็นการปฏิบัติแบบเดียวกันในกลุ่มชนหรือเชื้อชาตินั้นๆ



แผนภาพที่ 2 แสดงแนวคิดในแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Dodd et al., 2001)

ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ตามกรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ซึ่งประกอบด้วย แนวคิดประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ กลวิธีในการจัดการกับอาการ ผลลัพธ์ของอาการ ปัจจัยทั้งด้านส่วนบุคคล สุขภาพการเจ็บป่วย และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งแต่ละแนวคิดต่างส่งผลและมีความสัมพันธ์ต่อกันและพบว่า ในผลลัพธ์ของอาการทั้ง 8 ประการ ส่งผลต่อกันซึ่งคุณภาพชีวิตเป็น 1 ใน 8 ของผลลัพธ์ดังกล่าว ซึ่งในการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีดังนี้

อาการปวดเข่า อาการปวดมากน้อยที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับการรับรู้ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการของแต่ละคนที่แตกต่างกัน ซึ่งอาการปวดที่เกิดขึ้นส่งผลต่อร่างกาย ทำให้เกิดความไม่สุขสบายทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Burckhardt, 1985) ซึ่งอาการปวดเข่าเป็นประสบการณ์เกี่ยวกับอาการในแบบจำลองการจัดการกับอาการ

ความรุนแรงของโรค ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมคือ อาการปวดข้อเข่า ความขัดแย้งของข้อเข่า และความสามารถในการทำกิจกรรมที่ลดลง ซึ่งความรุนแรงของโรคเป็นสภาวะอาการในผลลัพธ์ของอาการเช่นเดียวกับคุณภาพชีวิต จากแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการเชื่อว่านอกจากแต่ละแนวคิดจะมีความสัมพันธ์และส่งผลต่อกันแล้ว ภายใต้แนวคิดผลลัพธ์ของอาการ ทั้ง 8 ผลลัพธ์ยังมีความสัมพันธ์กันด้วย ดังนั้นความรุนแรงของโรคจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต จากการศึกษาของ Burckhardt (1985) และปราณี กาญจนวงษ์ (2540) พบว่าความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

ความสามารถในการดูแลตนเอง ในผู้ที่มีความเป็ยงเบนในทางสุขภาพ เกิดความเจ็บป่วยหรือมีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของร่างกายสามารถจะเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (Orem, 1996) ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองเป็นกลวิธีในการจัดการกับอาการที่จะช่วยชะลอและป้องกันการเกิดผลลัพธ์ในทางลบในภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงให้ช้าที่สุด (Dodd et al., 2001) ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีก็จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิต โดยความสามารถในการดูแลตนเองเป็นกลวิธีในการจัดการกับอาการ

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมในแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการโดยผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวมีคุณภาพชีวิตในระดับที่ดี (ปราณี กาญจนวงษ์, 2540) ซึ่งการให้ความช่วยเหลืออาจจะเป็นด้านวัตถุ สิ่งของ หรือการให้การยกย่องเห็นคุณค่า ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับคำแนะนำที่น่าพึงพอใจในการแก้ปัญหาที่มีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ การคงไว้ในการทำงานที่ด้านอารมณ์ การทำหน้าที่ทางสังคม และควมมีชีวิตชีวา (Ethgen et al., 2004)

ภาวะซึมเศร้า เป็นการตอบสนองด้านจิตใจในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ประสบกับโรคในระยะเวลาที่ยาวนานส่งผลกระทบต่อทั้งด้านการเคลื่อนไหว การดำเนินชีวิตประจำวันและเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการได้จึงส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจทำให้เกิดความซึมเศร้าซึ่งในผู้ป่วยข้ออักเสบที่มีระดับความซึมเศร้าที่สูงมีความพึงพอใจในชีวิตลดลง (Husaini and Moore, 1990) ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นสภาวะอารมณ์ ในผลลัพธ์ของอาการ

อายุ เป็นสิ่งที่แสดงถึงช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ซึ่งในช่วงอายุที่ผ่านมาผู้ป่วยต้องผ่านประสบการณ์ต่างๆ มากมาย ทั้งในด้านดีและด้านที่ไม่ดี ซึ่งอายุที่แตกต่างกันก็จะส่งผลต่อวิธีในการเผชิญกับปัญหาที่แตกต่างกัน (Padilla and Grant, 1985) โดยอายุเป็นปัจจัยส่วนบุคคล

ในแบบจำลองการจัดการกับอาการที่มีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมโดยพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (Rat et al., 2005)

ดัชนีมวลกาย เป็นปัจจัยทางด้านสุขภาพการเจ็บป่วย ซึ่งดัชนีมวลกายมีผลต่อความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม และจะเห็นว่าเมื่อส่งผลต่อความรุนแรงของโรคก็จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยร่วมด้วย โดยพบว่า ดัชนีมวลกายมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Rat et al, 2005) ซึ่งน้ำหนักตัวที่มากจะทำให้เพิ่มความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม และพบว่า ผู้ที่มีน้ำหนักตัวที่มากเป็นสาเหตุที่สำคัญในความบกพร่องในการเคลื่อนไหวทำให้ประสบความยากลำบากเพิ่มมากขึ้นในการเคลื่อนไหวร่างกาย (Ambrose et al., 2010)

ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมนั้นอาการปวดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยกับสิ่งที่ผิดปกติไปแต่ละบุคคลซึ่งมีการรับรู้แตกต่างกันเมื่อผ่านการประเมินผลของอาการที่เกิดขึ้นบางคนอาจจะคิดว่าอาการปวดที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ร้ายแรงส่งผลต่อตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากความไม่สุขสบายความทุกข์ทรมานกับอาการปวดที่ได้รับทำให้มีการตอบสนองต่ออาการที่แตกต่างกันอาจนอนไม่หลับ เบื่อหน่าย ท้อแท้ซึมเศร้าซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ในแนวคิดกลวิธีการจัดการกับอาการที่เป็นกลยุทธ์วิธีการที่ปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมตามผลลัพธ์นั้นๆ ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจะกระทำเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคที่จะเกิดขึ้นหากสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมทั้งนี้ขึ้นอยู่กับตัวของผู้ป่วย ภาวะสุขภาพและการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างร่วมด้วยซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้เชื่อว่าจะมีความสัมพันธ์และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่

4. ความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่

4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดเข่าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่

4.1.1 ความหมายของความปวด

สมาคมนานาชาติที่ศึกษาเกี่ยวกับความปวด (The International Association for the Study of pain) หรือ IAPS ให้ความหมายว่า ความปวดเป็นความรู้สึกที่ไม่สุขสบาย และเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นร่วมกับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อซึ่งกำลังเกิดขึ้นในขณะนั้น

ซึ่งบุคคลจะแสดงออกถึงความเจ็บปวดจากปฏิกิริยาตอบสนองของความรู้สึก ทั้งสรีรวิทยา และ อารมณ์ (นิตยา สออารีย์, 2546)

Bonica (1990) ให้ความหมายไว้ว่า ความปวดเป็นประสบการณ์ที่ซับซ้อนซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบทั้งทางด้านการรับรู้ความรู้สึก อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม

ในการศึกษาครั้งนี้ อาการปวดเข้าของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม หมายถึง การรับรู้ถึงความรู้สึกที่ไม่สุขสบายที่เกี่ยวกับการถูกทำลายของข้อเข่าโดยเป็นความรู้สึกที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคลในการรับรู้ถึงความถี่ ความรุนแรง และ ความทนทานจากอาการปวด

4.1.2 อาการปวดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

อาการปวดข้อเป็นอาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ ระยะแรกอาการปวดข้อมักเกิดภายหลังใช้ข้อมากกว่าปกติ ผู้ป่วยมักบอกข้างที่ปวดได้ไม่ชัดเจน อาการปวดจะดีขึ้นหรือหายเมื่อได้พักข้อ เมื่อเป็นมากแม้ใช้ข้อเพียงเล็กน้อยหรือในขณะที่พักก็จะมีอาการปวด (สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์ , 2548) ความปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในระยะแรกคือปวดแบบตื้อๆ (dull) และปวดลึก (aching) ผู้ป่วยอาจปวดตรงกลางข้อหรือด้านข้างของข้อเข่า พบว่าผู้ป่วยอาจมีอาการปวดได้หลายลักษณะ ผู้ป่วยร้อยละ 60 จะมีความรู้สึกปวดแปลบ และร้อยละ 52 มีความปวดในระดับมาก โดยการนั่งยอง ๆ เป็นเวลานาน การนั่งยองๆ ในช่วงเวลาสั้นๆ และการนั่งพับเพียบกับพื้นเป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดอาการปวดเข่ามากที่สุด (ปาริชาติ จันทรสุทธราพร, 2548) โดยอาการปวดเข่าเกิดจากสาเหตุดังนี้ (สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์, 2548)

4.1.2.1 การทำลายของกระดูกอ่อนผิวข้อ เศษกระดูกอ่อนผิวข้อที่หลุดลอกออกมาส่วนของที่หลุดเข้าไปในข้อกระตุ้นให้เกิดการอักเสบขึ้น

4.1.2.2 น้ำไขข้อ น้ำไขข้อที่มีจำนวนมากขึ้นจะกระตุ้นตัวรับประสาทความรู้สึกที่อยู่ในเยื่อหุ้มข้อ และ ผลของน้ำไขข้อที่มีมากจะมีผลกดหลอดเลือด และเส้นประสาท

4.1.2.3 เส้นประสาท เส้นประสาทในเยื่อหุ้มข้อที่ถูกกดทับหรือขาดเลือดสามารถปล่อยสารกระตุ้นให้เกิดอาการปวด และการอักเสบ

4.1.2.4 กระดูกใต้ต่อกระดูกอ่อนผิวข้อ ในกระดูกเมื่อมีการขาดเลือดมีการหลั่งสารที่กระตุ้นปลายประสาทอาการปวดที่เกิดขึ้นเป็นแบบเจ็บ- ลึก

4.1.2.5 กระดูกงอกออกทางด้านขอบของข้อ ทำให้เกิดการยึดของเยื่อกระดูก ทำให้เกิดการบีบหรือกดเนื้อปมกระดูกงอกออกทางด้านขอบของข้อที่โตขึ้นอาจเกิดการกดทับเส้นประสาท

4.1.2.6 เยื่อหุ้มข้อ เส้นเอ็นรอบข้อและเยื่อกระดูก น้ำไขข้อที่มีปริมาณมาก ยึดเยื่อหุ้มข้อ เส้นเอ็นรอบข้อ และเยื่อกระดูก แรงกดผิดปกติหรืออาจเกิดจากความผิดปกติของข้อจากโรคที่เป็นมากขึ้นเช่นข้อเข่าโก่ง มีแรงกดเส้นเอ็นของข้อเข่าทางด้านนอก และมีการหย่อนของเส้นเอ็นของข้อเข่าทางด้านใน และนอกจากนี้อาจเกิดจากถุงน้ำรอบข้อที่อักเสบและการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ

4.1.3 แบบประเมินความปวด

การประเมินอาการปวดที่เหมาะสมจะช่วยให้สามารถประเมินความปวดซึ่งแตกต่างกันในแต่ละคนได้โดยวิธีที่ใช้ในการประเมินความปวด ได้แก่

4.1.3.1 การประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บปวด (subjective Measurement of pain) เป็นการประเมินความปวดที่ดี น่าเชื่อถือมากกว่าข้อมูลอื่น และเป็นนิยมใช้กันมาก ได้แก่ มาตรวัดความเจ็บปวดด้วยวาจา (Verbal descriptor scale: VSD) มาตรวัดที่เป็นตัวเลข (Numeric rating scale: NRS) มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดเส้นตรง (Visual analogue scale: VAS) ตัวอย่างแบบประเมินอาการปวดจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย ได้แก่

แบบวัดความปวดในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมของมาริสา สุวรรณราช (2540) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดจาก Brief Pain Inventory ของ Pain Research Group, Department of Neurology, University of Wisconsin Medison ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ คือความปวดสูงสุด ความปวดต่ำสุด ความปวดโดยเฉลี่ยและความปวดขณะประเมินให้ผู้ป่วยเลือกตอบตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของตนเองมากที่สุด ใน 1 เดือนที่ผ่านมาโดยใช้ Visual analog scale แบ่งระดับความรุนแรงได้เป็น 3 ระดับคือ ระดับน้อย (0 – 4 คะแนน) ไม่มีความปวดเลย ระดับปานกลาง (5 – 6 คะแนน) หมายถึง มีความปวดปานกลาง และระดับมาก (7 – 10 คะแนน) มีความปวดมากที่สุด ซึ่งหาความเที่ยงโดยวิธีหาความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาคได้ค่าของสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาคเท่ากับ .89

แบบประเมินประสบการณ์อาการปวดผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมของ ปาริชาติ จันสุนทรพร (2548) สร้างขึ้นตามแนวคิดประสบการณ์การมีอาการ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับอาการปวดเข่า การประเมินอาการปวดเข่า และการตอบสนองต่ออาการปวดเข่า ประกอบด้วย 15 ข้อคำถามโดยให้ผู้ป่วยตอบในรูปแบบของความถี่ตั้งแต่ไม่เคยมีอาการ บางครั้งบ่อยครั้ง และเป็นประจำ มีการกำหนดค่าคะแนน 1 -4 คะแนน คะแนนรวม 15 – 60 คะแนน แบ่งระดับความปวดเป็น 4 ระดับ มีอาการปวดเล็กน้อยหรือไม่มีเลย มีอาการปวดปานกลาง

มีอาการปวดรุนแรง และรุนแรงมากหาความเที่ยงโดยวิธีหาความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าของสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89

แบบสอบถามประสพการณ์การมีอาการ (Memorial Symptom Assessment Scale) ที่สร้างโดย Portenoid et al. (1994) และได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยมีการย้อนกลับตามกระบวนการโดย นางลักษณ สุวิสิษฐ (Suwisith, 2007) โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามตามการรับรู้ ความผิดปกติ หรือความรู้สึกไม่สุขสบาย โดยให้ประเมินว่ามีอาการที่ระบุหรือไม่ ถ้าตอบว่ามีให้ผู้ป่วยประเมินความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการ หากไม่มีอาการก็ไม่ต้องประเมินการประเมินความถี่อาการเป็น มาตรการส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ระดับ 1-4 คะแนน โดยคะแนนน้อยที่สุด (1 คะแนน) หมายถึง มีความถี่อาการน้อยมาก คะแนนยิ่งมาก หมายถึงว่ามีความถี่อาการมาก การประเมินความรุนแรงของอาการเป็นมาตรวัดที่เป็นตัวเลข (Numeric rating scale: NRS) ที่มีการกำหนดตัวเลขที่ต่อเนื่องกันตลอด 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึงไม่มีความเจ็บปวด และ 10 หมายถึงมีความเจ็บปวดมากที่สุด โดยให้บุคคลเลือกตัวเลขที่คิดว่าเป็นค่าที่กำหนดความรู้สึกเจ็บปวดที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ การประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการเป็นเป็นมาตรการส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ระดับ 0-4 คะแนน โดยคะแนนน้อยที่สุด (0 คะแนน) หมายถึง ไม่มีความทุกข์ทรมานจากอาการ คะแนนยิ่งมาก หมายถึงว่า มีความทุกข์ทรมานจากอาการมาก

4.1.3.2 การประเมินโดยการใช้การสังเกตพฤติกรรม (Behavioral assessment) เป็นการประเมินอาการปวดจากพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกซึ่ง ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหว (Motor behave) การแสดงออกทางสีหน้า พฤติกรรมด้านอารมณ์ (Affective behavior) เครื่องมือประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวด ที่นิยมใช้คือ มาตรวัดที่แสดงออกทางใบหน้าของเอลบาส (EI-baz) และมาตรวัดความปวดที่แสดงออกทางใบหน้าของ แฟรงค์ (Frank)

4.1.3.3 การประเมินโดยการวัดและสังเกตลักษณะ และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา (Physiological assessment) เป็นการประเมินความเจ็บปวดจากปฏิกิริยาตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติซึ่งปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นตามระดับความปวด ได้แก่ หน้าซีด ม่านตาขยาย เหงื่อออกมาก ความดันโลหิต อัตราการหายใจ และอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น อาเจียน คลื่นไส้ อ่อนเพลีย เป็นลม หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจลดลง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบสอบถามประสพการณ์การมีอาการ (Memorial Symptom Assessment Scale) ที่สร้างโดย Portenoid et al. (1994) และได้แปลเป็น

ภาษาไทยโดย มีการย้อนกลับตามกระบวนการโดย นางลักษณ์ สุวิสิษฐ์ (Suwisith, 2007) มาใช้ในการประเมินความปวดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งให้ผู้ป่วยประเมินความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการ ตามการรับรู้ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ระดับ 1- 4 คะแนน โดยคะแนนน้อยที่สุด (1 คะแนน) หมายถึง มีความถี่ของอาการ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานน้อยมาก คะแนนยิ่งมาก หมายถึงว่ามีความถี่อาการ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานมาก ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ

4.1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดเข่า และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่

อาการปวดเข่าเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่สุขสบายส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยผู้ป่วยร้อยละ 60 รู้สึกปวดแปลบ และร้อยละ 55 มีความปวดในระดับมาก ซึ่งอาการปวดเข่าที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันซึ่งทำให้ผู้ป่วยร้อยละ 50 ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมาน (ปาริชาติ จันทร์สุนทรพร, 2548) ความปวดที่มีผลต่อร่างกายแล้วยังส่งผลกระทบต่อจิตใจร่วมด้วยซึ่งความไม่สุขสบายที่ได้รับก่อให้เกิดความเครียดส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลง (สุภาพ อารีเอื้อ, 2540) ผู้ป่วยโรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นและกระดูกที่มีอาการปวดที่มากพบว่า อาการปวดส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงและพบว่า อาการปวดที่มากสามารถเป็นตัวทำนายถึงภาวะสุขภาพจิตที่ลดลงได้ ($p < .0001$) (Ang et al., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ferreira and Sherman (2007) ที่พบว่า อาการปวดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอาการซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมโดยอาการปวดทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นและความพึงพอใจในชีวิตลดลง ($r = -0.46, p < 0.01$)

4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่

4.2.1 ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม

โรคข้อเข่าเสื่อมมักเป็นอาการที่ปรากฏเฉพาะตำแหน่งของข้อที่เป็นอาการที่มีจะสัมพันธ์กับพยาธิสภาพหรือการเปลี่ยนแปลงของภาพวินิจฉัยในทางรังสีของข้อเข่าหรือไม่ก็ได้ (สุรศักดิ์ นิลกานุงศ์, 2543) ในระยะแรกอาการปวดจะมีความสัมพันธ์กับการใช้งานข้อที่มากกว่าปกติแต่เมื่อได้พักอาการปวดก็จะทุเลาลง แต่เมื่อโรคดำเนินต่อไปรุนแรงมากขึ้นอาการปวดจะคงอยู่ตลอดเวลาแม้ในขณะที่พัก ส่วนอาการข้อฝืดเป็นอาการที่เกิดขึ้นหลังพักข้อเป็นเวลานาน

หรือหลังจากตื่นนอน ซึ่งจะเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวในช่วงแรกขยับข้อสัก 2-3 นาทีก็จะดีขึ้น (สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์, 2543) ในรายที่เป็นมานาน และมีอาการเสื่อมรุนแรงอาการข้อฝืด ขัดตึงจะนานขึ้น และมีอาการมากในตอนเช้าและพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อจะลดลง (วรวิทย์ เลาห์เรณู, 2546) และเนื่องจากการถูกทำลายของกระดูกอ่อนผิวข้อ มีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อรอบข้อ และมีการดึงรั้งหรือหดตัวของเยื่อข้อทำให้ผู้ป่วยมีข้อเข่าผิดปกติโดยผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจะมีขาโก่ง และอาจทำให้ข้อพิการโดยความรุนแรงของโรคส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทำให้ผู้ป่วยลดการเคลื่อนไหวในการใช้ข้อเข่า เคลื่อนไหวร่างกายน้อยลงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ส่งผลต่อแบบแผนในการดำเนินชีวิต ซึ่งจากผลกระทบของโรคข้อเข่าเสื่อม ทำให้บทบาทของผู้ป่วยในสังคมเกิดการเปลี่ยนแปลงทำให้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตมีคุณภาพชีวิตลดลงซึ่งจากผลที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยนอกจากทางด้านร่างกายแล้วยังส่งผลต่อผู้ป่วยทางด้านจิตใจที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึมเศร้า (Bijlsma and Knahr, 2007)

ในการศึกษาครั้งนี้ ความรุนแรงของโรค หมายถึง อาการที่แสดงให้รู้ว่าผู้ป่วยมีการดำเนินของโรคส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่สุขสบายและมีความลำบากในการดำรงชีวิต ประเมินจากอาการปวดข้อเข่า ข้อฝืดตึง และ ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

4.2.2 แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม

การประเมินระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีการประเมิน 2 ลักษณะ คือ ประเมินจากสมรรถภาพของอวัยวะโดยตรง และ ประเมินจากการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริงของผู้ป่วย การประเมินความรุนแรงของโรค และอาการข้อเข่าเสื่อมที่พบจากการทบทวนวรรณกรรมมีใช้ดังนี้

4.2.2.1 แบบประเมิน The Severity of Disease Scale- Modified Version (M-SEV) ที่พัฒนาขึ้นโดย บุษบา อู๋ไพจิตร (1994) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ประเมินระดับความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในด้านของ ความปวด ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม และ ระยะเวลาที่เป็นโรค ต่อมา ปราณี กาญจนวงศ์ (2540) ได้พัฒนาต่อโดยมีการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคเป็น 3 ระดับโดยมีค่าคะแนนเต็ม 10 – 30 คะแนน โดยคะแนน 10 – 16 รุนแรงเล็กน้อย 17- 23 รุนแรงปานกลาง และ 24- 30 รุนแรงมาก มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94

4.2.2.2 แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของแวนดาว ทวีชัย (2543) ที่สร้างขึ้นโดยประยุกต์ตามแนวคิดของ เบลลามี่และคณะ (Bellamy et al., 1998) จากเครื่องมือ Western Ontario and McMaster University Osteoarthritis Index (WOMAC) ซึ่งเป็นแบบวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่าโดยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analog scales) เชิงเส้นตรงซึ่งมีความยาว 10 เซนติเมตรแสดงถึงการรับรู้อาการปวดเข่า อาการข้อติดแข็ง และความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อเข่า ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ แบ่งระดับความรุนแรงของโรคเป็น 4 ระดับคือ ไม่รุนแรง รุนแรงน้อย รุนแรงปานกลาง และรุนแรงมาก มีค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุดเท่ากับ .83 และมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94

4.2.2.3 แบบประเมินวัดระดับความรุนแรงของอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมของนัยนา สังคม (2551) ที่ประยุกต์จาก Lequesne Algofunctional Indies ของ Lequesne (1997) ซึ่งพัฒนามาจาก Index of severity for osteoarthritis for the knee (ISK) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินอาการของตนเอง (Self report) แบ่งระดับความรุนแรงของอาการเป็น 4 ระดับ คือ รุนแรงเล็กน้อยถึงรุนแรงมาก มีค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุดร้อยละ 89 และมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของนัยนา สังคม (2551) เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามเพียง 10 ข้อ เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง และมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในระดับที่ยอมรับได้

4.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่

ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นพฤติกรรม และอาการที่เกิดจากกลไกการดำเนินของโรคผู้ป่วยจะมีอาการปวดข้อเข่า (Pain) อาการข้อฝืดตึง (Stiffness) และ ความสามารถในการทำกิจกรรม (Activity) ที่จำกัดจากการดำเนินของโรค ซึ่งในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคที่มากคือ มีอาการปวดข้อเข่าตลอดเวลาแม้ในขณะที่พัก หรือประสบกับข้อที่ฝืดตึงทำให้การเคลื่อนไหวของข้อลดลง ซึ่งจากอาการดังกล่าวส่งผลต่อการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ลดลงทั้งในการช่วยเหลือตนเองและการดำเนินบทบาทในครอบครัวและในสังคมซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจาก

ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมส่งผลต่อการรับรู้ในคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาการรุนแรงและอาการปานกลาง มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจ ต่ำกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาการของโรคน้อย (วิภา งามสุทธิกุล, 2540) ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต (Burckhardt, 1985; ปราณี กาญจนวงษ์, 2540) และความรุนแรงของโรคเป็นตัวทำนายที่สำคัญในความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (ปราณี กาญจนวงษ์, 2540)

4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่

4.3.1 ความหมายของความสามารถในการดูแลตนเอง

Orem (2001:254) ให้ความหมายของความสามารถในการดูแลตนเองว่า หมายถึง ความสามารถอันซับซ้อนของที่บุคคลต้องการ เป็นความต้องการเบื้องต้นของบุคคลที่จะดูแลตนเองเพื่อควบคุมกระบวนการของชีวิตและคงไว้หรือส่งเสริมความสมบูรณ์ของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายและพัฒนาการของบุคคลส่งเสริมความผาสุกของชีวิตความสามารถในการดูแลของแต่ละบุคคลนั้นแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับพัฒนาการที่มีมาตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยสูงอายุแตกต่างกันไปตามภาวะสุขภาพรวมถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการศึกษาศึกษาและประสบการณ์ชีวิตที่บุคคลได้รับและเรียนรู้มารวมถึงอิทธิพลของวัฒนธรรมที่ได้รับ

สมจิต หนูเจริญกุล (2543: 126-127) ให้ความหมายว่า หมายถึงความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งในการดูแล ป้องกันตนเองจากโรคหรือการรักษาตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเกิดขึ้นโดยความสามารถในการดูแลตนเองสามารถพัฒนาได้และเกิดจากแรงจูงใจภายในตนเองหรือเกิดจากแรงจูงใจภายนอก

4.3.2 ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องอยู่กับผลกระทบของโรคที่เกิดขึ้นในระยะเวลาที่ยาวนาน การรักษาด้วยการผ่าตัดจะได้รับการพิจารณาในผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงของภาพถ่ายทางรังสีของข้อเข่ามีการเสื่อม หรือ ปวดมากส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งการผ่าตัดจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแต่การผ่าตัดมีค่าใช้จ่ายที่สูง และมีความเสี่ยงต่อการผ่าตัดซ้ำเมื่อเกิดข้อเข่าเสื่อมในภายหลัง การรักษาด้วยการไม่ใช้ยาจะได้รับการพิจารณา

เป็นอันดับแรกร่วมกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในการดูแลตนเองก็มีความสำคัญที่จะช่วยชะลอผลกระทบจากโรค การดูแลตนเองที่จำเป็นเพื่อการลดความรุนแรงของโรค ลดความเจ็บปวด และเพิ่มทักษะการอยู่ร่วมกับโรคในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้แก่

การออกกำลังกาย เป็นการลดอาการปวด และทำให้การทำงานรอบข้อดีขึ้น การบริหารแบบ Active exercises เป็นการทำให้กล้ามเนื้อรอบข้อแข็งแรงเพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ และ ป้องกันกล้ามเนื้อ – เอ็นหดสั้น การทำให้กล้ามเนื้อรอบข้อแข็งแรงจะช่วยทำให้กล้ามเนื้อรอบข้อแข็งแรง และช่วยทำให้การดำเนินของโรคช้าลง (สุรศักดิ์ นิลกานวงษ์, 2548)

การลดน้ำหนัก เนื่องจากข้อเข่าเป็นข้อที่ต้องรับน้ำหนักของร่างกายผู้ที่เป็โรคข้อเข่าเสื่อมควรควบคุมน้ำหนัก และในผู้ที่มีน้ำหนักเกินควรมีการลดน้ำหนัก วิธีในการลดน้ำหนัก โดยการควบคุมอาหาร และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับเรื่องการรับประทานอาหารก็ช่วยลดน้ำหนักได้ จากการศึกษาของ Christensen et al. (2005) พบว่า การควบคุมอาหาร การรับประทานอาหารพลังงานต่ำในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมช่วยให้น้ำหนักการลดลง 10 % ช่วยทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้นถึงในด้านอาการปวด ข้อขัดตึงหรือข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ

การปฏิบัติตนในเรื่องท่าทาง การใช้ข้อเข่าข้อเข่าอย่างทะนุถนอม โดยหลีกเลี่ยงการใช้ข้อเข่าที่มีการกดของกระดูกภายในข้อ เช่น การงอเข่ามากๆ การนั่งยองๆ การนั่งพับเพียบ การนั่งคุกเข่า การนั่งชักผ้า การขึ้นลงบันได การปีนขึ้นไปสูง และการยืนนาน ซึ่งจะทำให้เกิดการเสียดสี และการเจ็บปวดภายในข้อเข่า รวมทั้งการปรับเปลี่ยนการปรับเปลี่ยนกิจวัตรประจำวันให้เหมาะสม

การใช้อุปกรณ์ที่ช่วยพยุงข้อเข่า ปลอกข้อเข่า (Knee support) มีทั้งชนิดปลอกผ้ายืดที่มี / ไม่มีแกนด้านข้าง และมี / ไม่มีช่องโหว่ด้านหน้าตรงกระดูกสะบ้าการพยุงข้อที่เสื่อมมีความจำเป็น เพราะช่วยทำให้ข้อมั่นคงขึ้นและลดการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติซึ่งเป็นปัจจัยเร่งให้เกิดการเสื่อมและการอักเสบของข้อ

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในด้านต่างๆ ทั้งการออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก และการปฏิบัติตนในการใช้ท่าทางของข้อเข่า การดูแลตนเองตามคำแนะนำของแพทย์และการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสมคือ สามารถดูแลตนเองได้ดีก็จะช่วยชะลอการเสื่อมของข้อเข่า ชะลอ ความรุนแรงของโรค ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคข้อเข่าเสื่อมได้

4.3.3 แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง

4.3.3.1 แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (The Self As Care Inventory: SCI) เป็นแบบประเมินที่ เกเดนและ เทเลอร์ พัฒนามาจาก Preceived Self Care Agency (PSCA) ซึ่งสร้างตามแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อนำมาพัฒนาองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง 2) ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง 3) ด้านการตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง และ 4) ด้านทักษะทางกายและความพึงพอใจในการดูแลตนเอง ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ โดย Isaramalai (2002) ได้พัฒนาต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นฉบับภาษาไทยและผ่านการทดสอบในผู้ป่วยเบาหวาน ได้ค่าความเที่ยงจากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค อยู่ระหว่าง .94 -.96 ต่อมา ทวีพร เตชะรัตนมณี (2547) ได้นำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .98

4.3.3.2 แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองที่ Evers (Evers, 1985) และกลุ่มนักวิจัยชาวเนเธอร์แลนด์สร้างขึ้น เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายของการดูแลตนเองที่จำเป็น และสนองความต้องการในการดูแลตนเองของบุคคลต่างๆ ไป ทั้งในภาวะปกติและความเจ็บป่วย เครื่องมือนี้เป็นแบบสอบถามจำนวน 24 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ และหาค่าความสอดคล้องภายในค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของ ทวีพร เตชะรัตนมณี (2547) ที่ใช้กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อ มีคะแนนรวมระหว่าง 40 – 240 คะแนน คะแนนมาก แสดงว่า มีความสามารถในการดูแลตนเองมาก ซึ่งผู้วิจัยได้มีการปรับข้อคำถามเหลือ จำนวน 34 ข้อตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

4.3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่

ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นความสามารถของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่จะจัดการกับอาการ และดูแลตนเองเพื่อป้องกัน และชะลอผลลัพธ์ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งหากสามารถดูแลตนเองได้ดีก็จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับโรคได้สามารถลดความรุนแรง

ของโรคในการลดอาการปวด ทำให้ข้อเข่ามีความแข็งแรง สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ หากผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ นี้ได้ย่อมส่งผลต่อการรับรู้ในคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจากการศึกษา พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการรับรู้ถึงความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ปรากฏอยู่จริงตามภาวะสุขภาพของตน (ทวีพร เตชะรัตนมณี , 2547)

4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่

4.4.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการให้ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรักและสนใจยกย่องมองเห็นคุณค่ารู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีความผูกพันซึ่งสามารถแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมได้ ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการให้ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองได้รับความรัก ความจริงใจ ได้รับการดูแลเอาใจใส่และความสนใจซึ่งมักจะมาจากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลผู้นั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่า
3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิก หรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Jacobson (1986) ให้ความหมายว่า เป็นแหล่งประโยชน์หรือสัมพันธ์ภาพทางสังคมที่ตอบสนองความต้องการของบุคคล ซึ่งสามารถแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมได้ ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลรู้สึกสบายใจและเชื่อว่ามีบุคคลที่เคารพนับถือ ยกย่อง และให้ความรักรวมถึงพฤติกรรมที่แสดงถึงการเอาใจใส่และรู้สึกปลอดภัย
2. การสนับสนุนด้านสติปัญญา (Cognitive support) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำข้อเสนอนะต่างๆ ที่ทำให้บุคคลนั้นๆ รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองเพื่อการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Materials support) เป็นการให้สิ่งของหรือบริการที่จะทำให้บุคคลแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้

House (1981) ได้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยทั่วไปที่รวมถึงสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส เพื่อน สมาชิกในองค์กรของสังคมอาจอธิบายในรูปแบบโครงสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สังคมที่ทำให้บุคคลได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 4 ด้าน

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง ผลกระทบจากความเจ็บป่วย ความไว้วางใจ ความหวังใย และการได้รับฟังสิ่งต่างๆ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) ได้แก่ การให้คำแนะนำในการซื้อปฏิบัติแนวทางในการปฏิบัติในโรคที่เป็นอยู่และยังรวมถึงการให้คำแนะนำต่างๆ ในการดำรงชีวิต

3. การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน (Instrument support) เป็นการได้รับความช่วยเหลืออาจจะเป็นเงิน สิ่งของหรือการแบ่งเบาภาระที่ทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นสามารถถูกล่วง

4. การสนับสนุนโดยการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal support) ได้แก่ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การยอมรับในสิ่งที่ผู้อื่นแสดงออก

ในการศึกษาครั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคม ให้ความหมายตามแนวคิดของ Cobb และJacobson หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมถึงความสัมพันธ์ และสัมพันธภาพในสังคมของผู้ป่วยที่ได้รับการตอบสนองความต้องการทั้ง 5 ด้าน คือ การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารการได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ การได้รับความช่วยเหลือในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ การได้รับการตอบสนองความต้องการการยอมรับ ยกย่อง มีผู้เห็นคุณค่า

4.4.2 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

4.4.2.1 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ สุณี สุวรรณพสุ (2544) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Cobb (1996) และJacobson (1986) เพื่อประเมินการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าความสามารถในการปรับตัว เนื้อหาของแบบสอบถามประกอบด้วย แรงสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร

ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านวัตถุ ด้านการตอบสนองในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการตอบสนองความต้องการการยอมรับยกย่องมีผู้เห็นคุณค่า ประกอบด้วยข้อคำถาม 37 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก มีการแปลความหมายค่าคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ปานกลาง และน้อย มีค่าความเชื่อมั่นจากการหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .94

4.4.2.2 Social Support Questionnaire (SSQ) พัฒนาขึ้นในปี 1981 โดย Schaefer, Coyne และ Lazarus และได้รับการพัฒนาเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล (1988) ประกอบด้วย 21 ข้อคำถาม เป็นการประเมินการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน ครอบครัว และบุคลากรทางสุขภาพ แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และ ด้านสิ่งของเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีคะแนนรวม 0 – 84 คะแนน คะแนนรวมที่มากแสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ซึ่ง พินทุอร ปัตยะกร (2552) ได้ใช้ศึกษาในผู้ป่วยหญิงไทยวัยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 430 คน มีค่าความเชื่อมั่นจากการหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .87

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน การสนับสนุนทางสังคมของ สุณี สุวรรณพสุ (2544) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Cobb (1996) และ Jacobson (1986) มีข้อคำถามทั้งหมด 37 ข้อ ลักษณะแบบสอบถาม มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ให้ผู้ป่วยเลือกตอบที่ตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับจริงมากที่สุดที่เกิดขึ้น

4.4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่มีความหมายในการรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ของบุคคลซึ่งจะช่วยให้สามารถแก้ปัญหาหรือผ่านพ้นเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ โดยมีความเชื่อว่าการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย และจิตใจ โดยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลในทางบวกต่อคุณภาพชีวิต (Burckhardt, 1985) ความรู้สึกการได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ ในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมพบว่า ช่วยทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่น้อย และส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิตเพิ่มมากขึ้น (Ferreira and Sherman, 2006) และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การได้รับคำแนะนำที่น่าพึงพอใจในการแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ

การคงไว้การทำหน้าที่ทางอารมณ์ การทำหน้าที่ทางสังคม และควมมีชีวิตชีวาในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม (Ethgen et al., 2004)

4. 5 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสื่อมลงของการทำหน้าที่ของร่างกายในการเคลื่อนไหวจากผลกระทบต่อร่างกายยังส่งผลต่อด้านจิตใจโดยความปวด และการเคลื่อนไหวที่ถูกจำกัดก่อให้เกิดความวิตกกังวล และช่วงระยะเวลาที่ยาวนานส่งผลให้เกิดความซึมเศร้าเกิดขึ้น (Parmelee et al., 2007) ดังเช่นการศึกษาของสุภาพ อารีเอื้อ (2540) ที่พบว่าโรคข้อเข่าเสื่อมส่งผลต่อจิตใจในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ และซึมเศร้า

4.5.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

สถาบันสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (2536) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่จิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้ารวมถึงความท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ต่ำหนิตัวเอง ความรู้สึกเหล่านี้คงเป็นอยู่ในระยะเวลานานแลเกี่ยวข้องกับกาสูญเสีย

Beeber (1998) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นลักษณะของความรู้สึกอย่างหนึ่งจัดเป็นปัญหาสุขภาพจิตแสดงออกในลักษณะของกลุ่มอาการต่อไปนี้ ได้แก่ โศกเศร้า เสียใจหมดสิ้นทุกอย่าง ท้อแท้ หมดหวัง

ในการศึกษาครั้งนี้ ภาวะซึมเศร้า หมายถึงความรู้สึกที่เกิดจากการสูญเสียทางด้านอารมณ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความเศร้า เหม่อลอย รู้สึกหมดหวัง หมดกำลังใจ

4.5.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้า สามารถแบ่งได้ดังนี้ คือ การประเมินภาวะซึมเศร้าจากการสังเกต และการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยวิธีประเมินตนเอง แบบประเมินที่ใช้บ่อยมีดังนี้ (ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร, 2545)

4.5.2.1 Beck Depression Inventory (BDI) ของ Beck สร้างขึ้นในปี ค.ศ.1961โดยมาจากแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมนิยม-ปัญญานิยมมีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อครอบคลุมทั้งในด้านภาวะอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของร่างกาย และการทำกิจกรรม คะแนนมีทั้งหมด 63 คะแนน มีการแปลผลคะแนนตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า คือ

คะแนนระหว่าง 0-9 แสดงว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนนระหว่าง 10-15 แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย คะแนนระหว่าง 16-19 แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 20-29 แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับมาก คะแนนระหว่าง 30-63 แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง

4.5.2.2 Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CED-S)

สร้างโดย สมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกัน โดยปรับปรุงจาก Beck, Raskin, Zung, Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) และมีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เน้นการประเมิน 4 ด้าน คือ ความเชื่อที่เกิดจากการรู้คิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมที่แสดงออกและอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายโดยสอบถามในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา มีมารตวัดเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เลย นานๆ ครั้ง ค่อนข้างบ่อย และบ่อยครั้ง โดยในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 – 3 คะแนนรวมโดยค่าคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีภาวะซึมเศร้า ค่าคะแนนต่ำกว่า 16 ถือว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ธวัชชัย วรพงศธร และ คณะ (2533) และภัทราภร วิริยวงศ์ ได้นำไปใช้ศึกษาประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งผ่านการตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ และหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75 และ หลังจากเก็บข้อมูลในผู้ป่วยครบ 150 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .78

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) ของ Radloff (1997) ซึ่งภัทริยา วิริยวงศ์ (2551) ได้นำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าข้างต้นมาประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

4.5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมผู้ใหญ

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้ในทุกช่วงวัย ทั้งบุคคลในภาวะปกติและผู้ที่มีการเจ็บป่วยซึ่งมีผลคุกคามต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย (ชนกพร จิตตปัญญา, 2552) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมักมีภาวะซึมเศร้าซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่เป็นทุกข์ หดหู่ เศร้า จากการเจ็บป่วยที่ยาวนาน และไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้พบว่าผู้ป่วยที่มีข้อเสื่อม ข้ออักเสบจะมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่ได้ป่วยด้วยโรคข้อเสื่อมและข้ออักเสบ และพบว่าในผู้ป่วยที่มีข้อเสื่อม ข้ออักเสบที่มีความซึมเศร้าที่สูงจะมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่า (Husaini and Moore, 1990) ซึ่ง

ระดับของความซึมเศร้าและความไม่พึงพอใจในชีวิตเกี่ยวเนื่องกับการไร้ความสามารถจากโรคและความไม่แน่ใจในแผนการรักษา

4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่

อายุเป็นสิ่งที่บอกถึงระยะเวลาในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยในแต่ละคนซึ่งมีผลต่อการให้ความหมาย การรับรู้ในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองที่แตกต่างกัน เนื่องจากอายุที่แตกต่างกันมีผลต่อการคิด วิจัยได้ตรง เพื่อหาแนวทางในการตัดสินใจปัญหา ซึ่งในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมจากการดำเนินของโรคจะมีความรุนแรงตามอายุที่เพิ่มขึ้นดังนั้นในผู้ที่มีอายุมากน่าจะมีผลกระทบที่มากกว่าในผู้ที่มีอายุน้อย ดังเช่นการศึกษาของ Rat et al. (2005) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ซึ่งจากการศึกษาของ ปราวณี กาญจนวงศ์ (2540) พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.74$)

4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่

ดัชนีมวลกายเป็นตัวเลขที่บ่งบอกถึงความอ้วนหรือความผอมของร่างกาย โดยพบว่าความอ้วนมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม และยังส่งผลให้อาการของโรครุนแรงมากยิ่งขึ้น เนื่องจากข้อเข่าต้องรับน้ำหนักของร่างกาย และพบว่าผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวที่มากส่งผลต่อการเคลื่อนไหว และพบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม (Rat et al. 2005)

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมนั้นเป็นการศึกษาในวัยผู้สูงอายุเป็นส่วนมากยังไม่มีการศึกษาที่มีความจำเพาะกับกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงขอเสนองานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เกี่ยวข้องดังนี้

ยุพิน โกรินทร์ (2536) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมตามการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นจากผลกระทบของโรคข้อเข่าเสื่อมในด้านการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน การเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทหน้าที่ และการเปลี่ยนแปลงด้านอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาจากห้องตรวจโรคกระดูกและข้อ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดลำปาง

จำนวน 100 คน ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมในเพศหญิงต่ำกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.11, p<.05$) และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมที่เป็นผลเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกันในเพศหญิงต่ำกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.84, p <.0$)

ปราณี กาญจนวรรณศรี (2540) ศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Zhan ในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 100 ราย จากโรงพยาบาล 4 แห่งในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง โดยปัจจัยด้านประชากรได้แก่ เพศ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r =-.74$) และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r =.43$) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ระดับการศึกษา และรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r =.41, .60$ ตามลำดับ) ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r =-.68, -.89$ ตามลำดับ) และพบว่า ความรุนแรงของโรค และรายได้เป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุดซึ่งสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 81.09 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

สุภาพ อารีเอื้อ (2540) ศึกษาผลกระทบเนื่องจากความเจ็บป่วย ความเครียด การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่เป็นเพศหญิงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มาได้รับการรักษาแผนกตรวจผู้ป่วยนอกโรคกระดูกและข้อโรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 140 ราย โดยผลการศึกษา พบว่าความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมส่งผลกระทบต่อให้เกิดปัญหาในกลุ่มตัวอย่าง 6 ด้านคือ การเคลื่อนไหว การทำหน้าที่ของร่างกาย การดำรงบทบาท การทำหน้าที่ในสังคม การทำกิจวัตรประจำวัน และ ความปวด โดยความปวดเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดมากที่สุดและผู้ป่วยมีการรับรู้คุณภาพชีวิตในระดับกลางโดยตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมคือความเครียดและการเผชิญปัญหาด้านการด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด

วิภา งามสุทธิกุล (2543) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป และศึกษาในกลุ่มเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคกระดูกอื่นที่มารับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกันกลุ่มละ 210 รายโดยการที่ใช้แบบสัมภาษณ์ จากผลการวิจัยพบว่าดัชนีมวลกาย 25.0 - 29.9 กิโลกรัม/เมตร² และ 30.0กิโลกรัม/เมตร² ขึ้นไปเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2.27 เท่าและ 6.75 เท่า มุมความโก่งและมุมความฉิ่งของขาที่เพิ่มขึ้นทุก 1 องศา เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรค 1.10 เท่าและ 1.35 เท่า การนั่งคุกเข่า การนั่งยองและการนั่งพับเพียบ นานกว่า 6 ชั่วโมงต่อสัปดาห์เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรค 20.9 เท่า 16.62 เท่า และ 4.86 เท่าตามลำดับ และ เมื่อศึกษาคุณภาพชีวิตพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมต่ำกว่าผู้ป่วยด้วยโรคกระดูกอื่นร้อยละ 28.2 โดยผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่มีอาการรุนแรงและมีอาการรุนแรงปานกลางมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจต่ำกว่าผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่มีอาการของโรคน้อย ร้อยละ 47.8 และ ร้อยละ 25.6 ตามลำดับ

พินทุสร ปัตยะกร (2552) ศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม สถานะทางเศรษฐกิจ และครอบครัว การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และความพึงพอใจในชีวิตของหญิงสูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 430 ราย โดยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อความพึงพอใจในชีวิต การรับรู้สมรรถนะในตนเองมีอิทธิพลทางอ้อมต่อความพึงพอใจในชีวิตผ่านการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ความรุนแรงของโรคมีอิทธิพลโดยตรงทางลบต่อความพึงพอใจในชีวิต และการรับรู้สมรรถนะในตนเองอีกทั้งความรุนแรงของโรคยังมีอิทธิพลโดยอ้อมทางลบต่อความพึงพอใจในชีวิตผ่านการรับรู้สมรรถนะในตนเอง สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อความพึงพอใจในชีวิต สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบต่อความรุนแรงของโรคและยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคมนอกจากนี้การรับรู้สมรรถนะในตนเองมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อความพึงพอใจในชีวิต

Burckhardt (1985) ศึกษาผลกระทบของความปวดและความบกพร่องในความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยข้ออักเสบที่มีอายุ 27-98 ปี จำนวน 94 คน ผลการศึกษาพบว่าความรุนแรงของโรค ความพิการ ความปวดและทัศนคติทางลบต่อความเจ็บป่วยมีผลทางลบต่อคุณภาพชีวิต ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อมั่นในตนเองและการควบคุมตนเองมีผลในทางบวกต่อคุณภาพชีวิตโดยเพศ สถานะทางเศรษฐกิจสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้เพียงเล็กน้อย

Husaini and Moore (1990) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยชาวแอฟริกาและชาวอเมริกันจำนวน 600 คนที่มีข้ออักเสบจากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีข้ออักเสบจะมีระดับความซึมเศร้าที่สูงและมีความพึงพอใจในชีวิตที่ต่ำซึ่งระดับความซึมเศร้าและความไม่พึงพอใจในชีวิตที่สูงมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพของความสามารถในการเคลื่อนไหวที่ลดลง

Blixen and Kippes (1999) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยข้อเสื่อมกับระดับความซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมโดยทำการศึกษาแบบ Cross-sectional survey ในผู้ป่วยข้อเสื่อมจำนวน 50 คนโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาในผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยครึ่งหนึ่งในกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของข้อเสื่อมอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก และระดับความซึมเศร้าในผู้ป่วย 40% มีความซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และ 6% มีความซึมเศร้าในระดับรุนแรง ซึ่งเมื่อดูผลของการรับรู้ในคุณภาพชีวิต พบว่า มีการรับรู้คุณภาพชีวิตในระดับที่สูง และเมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตกับระดับความรุนแรงของข้อเสื่อมในผู้ที่มีความรุนแรงปานกลางถึงมากไม่พบความแตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของข้อเสื่อมในผู้ที่มีความซึมเศร้ากับผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้าก็ไม่พบความแตกต่างเช่นกัน และพบว่าในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเพื่อนและครอบครัวเป็นส่วนมาก

Ethgen et al. (2004) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของหน่วยกายภาพบำบัดและคลินิกโรครูมาตอยดีในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย Liege ในประเทศเบลเยียมทำการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยจำนวน 115 คนซึ่งทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแล้วหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบประเมิน SF-36 ซึ่งพบว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนในด้านของความเป็นมิตรจะมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีในด้านของการทำหน้าที่ของร่างกาย ภาวะสุขภาพทั่วไป ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ การทำหน้าที่ทางสังคมและความมีชีวิตชีวา และการได้รับคำแนะนำที่น่าพึงพอใจในการแก้ปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ การคงไว้การทำหน้าที่ทางอารมณ์ การทำหน้าที่ทางสังคมและความมีชีวิตชีวา

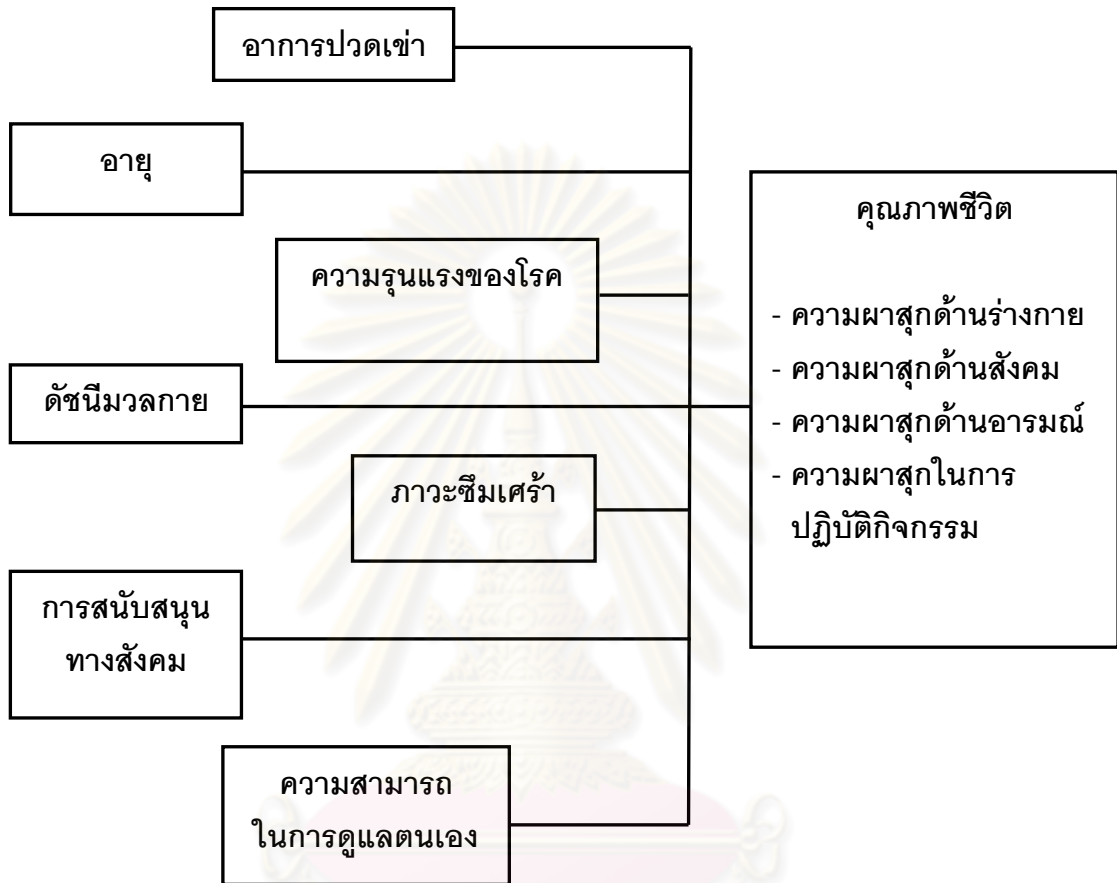
Jacobson, et al. (2006) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมและปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่ไม่มีข้อเข่าเสื่อมและผู้ที่เป็ข้อเข่าเสื่อม จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 246 คนเป็นผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม 168 คนที่เหลือจัดเข้าอยู่ในกลุ่มควบคุมคือผู้ที่ไม่ได้เป็นข้อเข่าเสื่อม โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างด้านอายุ เพศ สถานภาพการ

สมรส ที่อยู่ และ สถานภาพทางครอบครัว ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมจะมีความปวดมากกว่าในผู้ที่ไม่ได้เป็นข้อเข่าเสื่อมซึ่งความแตกต่างในด้านความปวดส่งผลต่ออุปสรรคในการเดินในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมแต่ไม่พบความแตกต่างในอารมณ์เศร้าของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม และในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มโดยใช้แบบประเมิน SF-12 พบว่าในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตในด้านร่างกายที่ต่ำกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นข้อเข่าเสื่อม แต่การรับรู้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจไม่พบว่ามีความแตกต่างกัน

Dabi, et al.(2009) ทำการศึกษาความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิงในรูปแบบของการเดิน ความปวด การทำหน้าที่ของร่างกาย และ คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมเพศหญิงจำนวน 85 คน และเพศชาย จำนวน 49 คนโดยทำการทดสอบรูปแบบของการเดินจากการใช้เครื่องโดยการควบคุมความเร็ว และช่วงของการเดินพบว่าในเพศหญิง และชายมีวงรอบของการเดินที่แตกต่างกัน และเมื่อประเมินการทำหน้าที่ของร่างกายโดยการใช้แบบประเมิน WOMAC ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แต่พบว่าในเพศหญิงจะมีความปวดและระดับการฟุ้งพาที่สูงกว่าเพศชาย และในการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิต SF-36 พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในด้านของบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากสภาพร่างกาย พลังงาน ด้านอารมณ์ และในด้านของภาวะสุขภาพทั่วไปซึ่งในเพศชายจะมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเพศหญิง

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ต้องประสบกับความทุกข์ทรมานด้านร่างกายจากอาการปวดเข่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ถูกจำกัด และส่งผลทางด้านจิตใจก่อให้เกิดความเบื่อหน่ายท้อแท้ ซึมเศร้า และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ตามกรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการ ซึ่งมีปัจจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่าง อาการปวดเข่า ซึ่งจัดเป็นประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า ซึ่งจัดเป็นสภาวะอาการ และสภาวะอารมณ์ในผลลัพธ์ของอาการ ความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งจัดเป็นกลวิธีในการจัดการกับอาการ อายุ ดัชนีมวลกาย และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจัดเป็นปัจจัยด้านบุคคล สุขภาพการเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อมตามกรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ ตามกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแผนภาพที่ 3

กรอบแนวคิด



แผนภาพที่ 3 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์เวชศาสตร์พยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า อายุ และดัชนีมวลกายกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคกระดูกและข้อ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคกระดูกและข้อในโรงพยาบาลของรัฐในระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุตั้งแต่ 25 - 60 ปี ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคกระดูก และข้อที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคกระดูก และข้อ ในโรงพยาบาลของรัฐในระดับตติยภูมิ โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้การประมาณค่าสัดส่วนจากสูตรของ Thorndike (1978) ดังนี้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) $n = 10k + 50$

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

k = จำนวนตัวแปรที่ต้องการศึกษา

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรที่ต้องการศึกษาทั้งหมด 8 ตัวแปร จึงคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (n) = $10 \times 8 + 50 = 130$ คน ซึ่งเป็นค่าที่น้อยที่สุดที่ได้จากการคำนวณ เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างสามารถมากกว่าหรือเท่ากับการคำนวณจากสูตร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างยังมีขนาดใหญ่มากขึ้นเท่าใด ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานก็จะลดลง (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2547)

และเพื่อป้องกันข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมร้อยละ 15 ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจึงเท่ากับ 150 คน

2. สุ่มเลือกสังกัดโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีทั้งหมด 6 สังกัด ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลสังกัดคณะกรรมการศึกษาอุดมศึกษากระทรวงศึกษาธิการ โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลสังกัดองค์กร และทำการสุ่มอย่างง่าย (Sample random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ได้ 3 ใน 6 สังกัด ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลสังกัดคณะกรรมการศึกษาอุดมศึกษากระทรวงศึกษาธิการ

3. สุ่มเลือกโรงพยาบาลในสังกัดทั้ง 3 สังกัด ดังนี้

3.1 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมี 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลสงฆ์ และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ทำการสุ่มเลือก 1 โรงพยาบาล โดยการสุ่มอย่างง่าย (Sample random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ได้ ได้แก่ โรงพยาบาลเลิดสิน

3.2 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมมี 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชกรมแพทย์ทหารอากาศ ทำการสุ่มเลือก 1 โรงพยาบาล โดยการสุ่มอย่างง่าย (Sample random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ได้ ได้แก่ โรงพยาบาลโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชกรมแพทย์ทหารอากาศ

3.3 โรงพยาบาลสังกัดคณะกรรมการศึกษาอุดมศึกษากระทรวงศึกษาธิการมี 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลรามธิบดี และโรงพยาบาลศิริราช ทำการสุ่มเลือก 1 โรงพยาบาล โดยการสุ่มอย่างง่าย (Sample random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ได้ ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมที่ไม่เคยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม อายุ 25-60 ปี สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย และมีความยินดีในการเข้าร่วมในการวิจัย จากผู้ที่มารับการตรวจรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคกระดูกและข้อทั้งสามแห่ง การได้มาของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการได้กลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenience sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสอบถาม 7 ส่วนซึ่งมีขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือ และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับเพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และโรคร่วม ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวน เอกสาร บทความ งานวิจัยและงานวิทยานิพนธ์ โดยมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 10 ข้อ ซึ่งเป็นลักษณะให้เลือกตอบ และเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการปวดเข่า ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามประสพการณ์การมีอาการ (Memorial Symptom Assessment Scale) ที่สร้างโดย Portenoid et al. (1994) และได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยมีการแปลย้อนกลับตามกระบวนการ โดย นางลักษณ สุวิสิษฐ์ (Suwisith, 2007) ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับประสพการณ์การมีอาการของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 32 อาการ ซึ่งประกอบด้วยมิติย่อยด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการ ตามการรับรู้ของผู้ป่วย แต่ในการศึกษาครั้งนี้เลือกเฉพาะอาการเกี่ยวกับอาการปวดเท่านั้น ผู้วิจัยได้นำมาดัดแปลงในการประเมินถึงประสพการณ์ความปวดที่เกิดกับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดประมาณค่า 4 ระดับ (1- 4 คะแนน) ดังนี้

ด้านความถี่

1 คะแนน	หมายถึง	มีอาการนั้นเกิดขึ้นน้อยมาก
2 คะแนน	หมายถึง	มีอาการนั้นเกิดบางครั้ง (2-3 วัน/ สัปดาห์)
3 คะแนน	หมายถึง	มีอาการนั้นเกิดบ่อยครั้ง (มากกว่า 3 วัน/ สัปดาห์)
4 คะแนน	หมายถึง	มีอาการนั้นเกิดตลอด (ทุกวัน)

ด้านความรุนแรง

1 คะแนน	หมายถึง	มีอาการนั้นในระดับความรุนแรงเล็กน้อย
2 คะแนน	หมายถึง	มีอาการนั้นในระดับความรุนแรงปานกลาง
3 คะแนน	หมายถึง	มีอาการนั้นในระดับความรุนแรงมาก
4 คะแนน	หมายถึง	มีอาการนั้นในระดับความรุนแรงมากที่สุด

ด้านความทุกข์ทรมาน ผู้วิจัยได้มีปรับคำตอบจากเดิมมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ ระดับ 0 - 4 คะแนน

0 คะแนน	หมายถึง	ไม่มีความทุกข์ทรมานจากอาการ
1 คะแนน	หมายถึง	อาการนั้นทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกทุกข์ทรมานเลย
2 คะแนน	หมายถึง	อาการนั้นทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานเล็กน้อย
3 คะแนน	หมายถึง	อาการนั้นทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน ปานกลาง
4 คะแนน	หมายถึง	อาการนั้นทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานมาก

คะแนนรวมของแบบประเมินอาการปวดที่มาก หมายถึง ผู้ป่วยมีประสบการณ์เกี่ยวกับด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการปวดเข้ามา

การแปลผลคะแนน การรับรู้อาการปวดเข้าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยได้รับตามหลักการแบ่งอันตรายภาคชั้น โดยนำค่าต่ำสุด ลบด้วยค่าสูงสุดหารด้วยจำนวนช่วงหรือระดับที่ต้องการวัดผล (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ดังนี้

ค่าคะแนน 1.00 - 1.75	หมายถึง	ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่มีอาการปวดเข่าในระดับน้อย
ค่าคะแนน 1.75 - 2.50	หมายถึง	ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่มีอาการปวดเข่าในระดับปานกลาง
ค่าคะแนน 2.51 - 3.26	หมายถึง	ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่มีอาการปวดเข่าในระดับมาก
ค่าคะแนน 3.27 - 4.00	หมายถึง	ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่มีอาการปวดเข่าในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรุนแรงของโรค ผู้วิจัยใช้แบบวัดระดับความรุนแรงของอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมของ นัยนา สังคม (2551) ซึ่งประยุกต์จาก Lequensne Algofunctional Indies ซึ่งเป็นแบบวัดที่มีความจำเพาะกับโรคข้อเข่าเสื่อมของ Lequensne (1997) ซึ่งพัฒนามาจาก Index of severity for osteoarthritis for the knee (ISK) ซึ่งคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับร้อยละ 98 และนำไปหาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .84 ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยถามถึงอาการปวด ความถี่ตึงของข้อเข่า

ความสามารถในการทำกิจกรรม โดยให้ผู้ป่วยประเมินอาการของตนเอง (Self report) ซึ่งให้เลือกคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียง 1 ข้อ แต่ละข้อมีจำนวนข้อคำตอบให้เลือกตอบ และการกำหนดคะแนนตามข้อคำตอบนั้นๆ

การแปลผลคะแนน คะแนนของระดับความรุนแรงของอาการของโรคข้อเข่าเสื่อม มีค่าตั้งแต่ 1- 28 คะแนน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับการแบ่งระดับความรุนแรงของอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมจากเดิม 4 ระดับ คือ คะแนน 1- 7 คะแนน หมายถึง รุนแรงเล็กน้อย คะแนน 8 – 14 หมายถึง รุนแรงปานกลาง คะแนน 15 – 21 หมายถึง รุนแรง และคะแนน 22 – 28 หมายถึง รุนแรงมาก เป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การแบ่งคะแนนแบบจัดเป็นขั้นหรือกลุ่ม (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2546) คือ พิสัยหารด้วยจำนวนระดับ ดังนี้

คะแนนอยู่ในช่วง	10 – 15 คะแนน	หมายถึง	มีความรุนแรงของอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรงเล็กน้อย
คะแนนอยู่ในช่วง	16 - 21 คะแนน	หมายถึง	มีความรุนแรงของอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรงปานกลาง
คะแนนอยู่ในช่วง	22 - 28 คะแนน	หมายถึง	มีความรุนแรงของอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรงมาก

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยใช้ของทวีพร เตชะรัตนมณี (2547) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของ เกเดนและเทเลอร์ ที่พัฒนาต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นฉบับภาษาไทย โดย Isaramalai (2002) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ โดยเรียงค่าคะแนนจากลำดับน้อยที่สุดไปหาค่ามากที่สุด ตามลำดับ กำหนดค่าคะแนน 1- 6 คะแนน แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1. ด้านความรู้ ความสนใจและเอาใจใส่ตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาการและป้องกันความพิการของข้อเข่าเสื่อม 2. ด้านการตัดสินใจดูแลตนเองเกี่ยวกับข้อเข่าเสื่อม 3. ด้านการตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลข้อเข่าเสื่อม 4. ด้านทักษะทางกาย และความพึงพอใจในการดูแลข้อเข่าเสื่อมอย่างสม่ำเสมอ

ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 40 ข้อโดยในการศึกษาของทวีพร เตชะรัตนมณี (2547) มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเมื่อนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 0.98 ในการวิจัยครั้งนี้เมื่อผู้วิจัยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 5 คน คือ อาจารย์แพทย์

ผู้เชี่ยวชาญทางโรคกระดูกและข้อ จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางโรคกระดูกและข้อ จำนวน 2 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงผู้เชี่ยวชาญทางโรคกระดูกและข้อ จำนวน 2 คน ได้มีการปรับข้อคำถามตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเหลือข้อคำถามจำนวน 34 ข้อ

การแปลผลคะแนน คะแนนรวมของแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง มีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 34 – 204 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความสามารถในการดูแลตนเองมาก

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งระดับความสามารถในการดูแลตนเองเป็น 4 ระดับ ตามหลักการแบ่งอันตรายภาคขั้น โดยนำค่าต่ำสุดลดด้วยค่าสูงสุดหารด้วยจำนวนช่วงหรือระดับที่ต้องการวัดผล (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ดังนี้

คะแนน	1.00 – 2.25	คะแนน	หมายถึง	มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับน้อย
คะแนน	2.26 - 3.50	คะแนน	หมายถึง	มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับปานกลาง
คะแนน	3.51 – 4.85	คะแนน	หมายถึง	มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดี
คะแนน	4.86 – 6.00	คะแนน	หมายถึง	มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดีมาก

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ สุนี สุวรรณพสุ (2544) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Cobb (1996) และ Jacobson (1986) ที่สร้างขึ้นเพื่อวัดแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ประกอบด้วยแรงสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ

1. การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิต
2. การได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของเครื่องใช้และการช่วยทุนแรงต่างๆ
3. การได้รับความช่วยเหลือในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การปฏิสัมพันธ์กับสังคมและความรู้สึกเป็นเจ้าของในสังคมของตน

4. การตอบสนองของความต้องการด้านอารมณ์ หมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ มีความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพันและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

5. การตอบสนองของความต้องการการยอมรับ ยกย่อง มีผู้เห็นคุณค่า หมายถึง การได้รับการทักทาย การแสดงความเคารพจากผู้อื่น การยอมรับต่อการแสดงออก การได้รับการให้อภัยและการให้โอกาสในการปรับปรุงตน

มีข้อคำถามทั้งหมด 37 ข้อ ลักษณะแบบสอบถาม มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก โดยให้ผู้ป่วยเลือกตอบที่ตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับจริงมากที่สุดที่เกิดขึ้น

3	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความจริงมาก
2	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความจริงปานกลาง
1	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความจริงน้อย

การแปลผลคะแนน คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม คะแนนรวมมาก หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมมาก และคะแนนรวมน้อย หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมน้อย โดยแบ่งระดับคะแนน ดังนี้ (สุณี สุวรรณพสุ , 2544)

คะแนน	1.00 - 1.49	หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย
คะแนน	1.50 - 2.49	หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน	2.50 - 3.00	หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 6 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) ของ Radloff (1997) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) ซึ่งภทริยา วิริยวงศ์ (2551) ได้นำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าข้างต้นมาประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าข้างต้นมาประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรม ความรู้สึกเรื่องอารมณ์ต่างๆ จำนวน 20 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 16 ข้อ และเป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 4 ข้อ ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมจะถูกถามว่าเหตุการณ์นั้นๆ เกิดขึ้นบ่อยแค่ไหนในช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ข้อคำถามที่มีความรู้สึกในทางลบคือ ข้อที่ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19 และข้อที่ 20 มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ค่าคะแนน	ข้อความ	ความหมาย
0	ไม่เลย	ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย
1	นานๆ ครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 1-2 วัน/สัปดาห์
2	ค่อนข้างบ่อย	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 3-4 วัน/สัปดาห์
3	บ่อยครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 5-7 วัน/สัปดาห์

ส่วนข้อคำถามที่มีความรู้สึกในทางบวกคือ ข้อที่ 4, 8, 12 ข้อ 16 ให้คะแนนตรงกันข้าม
ดังนี้

ค่าคะแนน	ข้อความ	ความหมาย
3	ไม่เลย	ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย
2	นานๆ ครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 1-2 วัน/สัปดาห์
1	ค่อนข้างบ่อย	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 3-4 วัน/สัปดาห์
0	บ่อยครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 5-7 วัน/สัปดาห์

การแปลผลคะแนน ข้อคำถามแต่ละข้อมีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เลย นานๆ ครั้ง ค่อนข้างบ่อย และบ่อยครั้ง โดยมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 -3 คะแนน นำคะแนนทุกข้อมารวมกัน คะแนนเต็มทั้งหมด 60 คะแนน โดยค่าคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความซึมเศร้า ค่าคะแนนต่ำกว่า 16 ถือว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า (ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ, 2533)

ส่วนที่ 7 แบบประเมินคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป Functional Assessment of Cancer Therapy General (FACT- G) ที่สร้างโดย Cella (1997) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย วรชัย รัตนธรรมากร แม้นมมา จิระจรัส และสุวรรณี สิริเลิศตระกูล จากฐานข้อมูลที่รวบรวมแบบสอบถามคุณภาพชีวิต และได้รับอนุญาตให้เครื่องมือ จากคณะผู้บริหาร ฐานข้อมูล ของ www.facit.org มีจำนวน 27 ข้อคำถาม ครอบคลุมความผาสุกด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านลบทั้งหมด ความผาสุกด้านอารมณ์/ จิตใจ จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านลบ จำนวน 5 ข้อและด้านบวกจำนวน 1 ข้อ ความผาสุกด้านสังคม/ ครอบครัว จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด และความผาสุกในการปฏิบัติกิจกรรม จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด โดยมีเกณฑ์การประเมินแบบ 5 ระดับ (Likert scale: 0 - 4) ดังนี้

ไม่เลย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของท่านในด้านนั้น ไม่มีเลย
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของท่านในด้านนั้น มีเล็กน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของท่านในด้านนั้น มีปานกลาง
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของท่านในด้านนั้น มีค่อนข้างมาก
มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของท่านในด้านนั้น มีมากที่สุด

ข้อคำถามที่มีความรู้สึกในทางลบคือ ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 15, 17, 18, 19, 20
มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ค่าคะแนน	ข้อความ	ความหมาย
4	ไม่เลย	ท่านมีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของท่านในด้านนั้น ไม่มีเลย
3	เล็กน้อย	ท่านมีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของท่านในด้านนั้น มีเล็กน้อย
2	ปานกลาง	ท่านมีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของท่านในด้านนั้น มีปานกลาง
1	ค่อนข้างมาก	ท่านมีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของท่านในด้านนั้น มีค่อนข้างมาก
0	มากที่สุด	ท่านมีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของท่านในด้านนั้น มีมากที่สุด

ส่วนข้อคำถามที่มีความรู้สึกในทางบวกคือ ข้อที่ 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 21, 22,
23, 24, 25, 26 และข้อที่ 27 มีเกณฑ์การให้คะแนนตรงกันข้าม ดังนี้

ค่าคะแนน	ข้อความ	ความหมาย
0	ไม่เลย	ท่านมีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของท่านในด้านนั้น ไม่มีเลย
1	เล็กน้อย	ท่านมีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของท่านในด้านนั้น มีเล็กน้อย
2	ปานกลาง	ท่านมีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของท่านในด้านนั้น มีปานกลาง
3	ค่อนข้างมาก	ท่านมีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของท่านในด้านนั้น มีค่อนข้างมาก
4	มากที่สุด	ท่านมีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของท่านในด้านนั้น มีมากที่สุด

คะแนนรวมคุณภาพชีวิต ระหว่าง 0- 108 คะแนน โดยคิดคะแนน ตามรายด้าน ดังนี้

ความผาสุกด้านร่างกาย	จำนวน 7 ข้อ	คะแนนระหว่าง 0 - 28
ความผาสุกด้านสังคม/ ครอบครัว	จำนวน 7 ข้อ	คะแนนระหว่าง 0 - 28
ความผาสุกด้านอารมณ์ /จิตใจ	จำนวน 6 ข้อ	คะแนนระหว่าง 0 - 24
ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม	จำนวน 7 ข้อ	คะแนนระหว่าง 0 - 28

การแปลผลคะแนน คะแนนรวมของแบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค
ข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ มีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 108 คะแนน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงแบ่งช่วงคะแนนเป็น
5 ระดับตามหลักการแบ่งอันตรายภาคขึ้นโดยนำค่าต่ำสุดลบด้วยค่าสูงสุดหารด้วยจำนวนช่วงหรือ
ระดับที่ต้องการวัดผล (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) จึงได้ช่วงคะแนน ดังนี้

00.00 - 21.00	คะแนน	หมายถึง	คุณภาพชีวิตต่ำมาก
22.00 - 43.00	คะแนน	หมายถึง	คุณภาพชีวิตต่ำ
44.00 - 64.00	คะแนน	หมายถึง	คุณภาพชีวิตปานกลาง
65.00 - 86.00	คะแนน	หมายถึง	คุณภาพชีวิตสูง
87.00 - 108.00	คะแนน	หมายถึง	คุณภาพชีวิตสูงมาก

การแปลผลคะแนน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ ตามรายด้านความผาสุก ด้านร่างกาย ความผาสุกด้านสังคม /ครอบครัว ความผาสุกด้านอารมณ์ /จิตใจ ความผาสุก ด้านการปฏิบัติกิจกรรม สามารถแปลผลได้เป็น 5 ระดับตามหลักการแบ่งอันตรายภาคชั้นโดยนำค่าต่ำสุดลบด้วยค่าสูงสุดหารด้วยจำนวนช่วงหรือระดับที่ต้องการวัดผล (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) จึงได้ ช่วงคะแนน ดังนี้

0.0 - 0.8	คะแนน	หมายถึง	คุณภาพชีวิตต่ำมาก
0.9 - 1.6	คะแนน	หมายถึง	คุณภาพชีวิตต่ำ
1.7 - 2.4	คะแนน	หมายถึง	คุณภาพชีวิตปานกลาง
2.5 - 3.3	คะแนน	หมายถึง	คุณภาพชีวิตสูง
3.4 - 4.0	คะแนน	หมายถึง	คุณภาพชีวิตสูงมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างและพัฒนาขึ้นทั้งหมดเสนออาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของข้อคำถาม จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมด 5 ชุด คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการปวดเข่า แบบประเมินความรุนแรงของโรค แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม พร้อมทั้ง ใ้โครงร่างวิทยานิพนธ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโรคกระดูก และข้อ จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทาง โรคกระดูกและข้อ จำนวน 2 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงผู้เชี่ยวชาญทาง โรคกระดูกและข้อ จำนวน 2 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม และความเหมาะสมของภาษา

1.2 การตัดสินความตรงของเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา CVI (Content Validity Index: CVI) และใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า 0.8 ซึ่งคำนวณจากผลการพิจารณาความ สอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการหรือกรอบทฤษฎีโดยกำหนดระดับความ คิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Pilot and Beck, 2004)

1	หมายถึง	ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม
2	หมายถึง	ข้อคำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
3	หมายถึง	ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
4	หมายถึง	ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

การคำนวณโดยใช้จากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

แบบสอบถามทั้งหมด 5 ชุด ที่นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม และความเหมาะสมของภาษา เมื่อนำมาคำนวณคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ค่า ดังนี้

แบบประเมินอาการปวดเข่า	คำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1
แบบประเมินความรุนแรงของโรค	คำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.9
แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง	คำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.9
แบบประเมินการการสนับสนุนทางสังคม	คำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.8

1.3 นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยทำการปรับสำนวนการใช้ภาษาเพื่อให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น ตัดข้อคำถามที่อาจจะเป็นข้อคำถามในประเด็นเดียวกันเพื่อลดความซ้ำซ้อน และเพิ่ม

ข้อคำถามเพื่อเพิ่มความครอบคลุมของแบบสอบถาม ในการวิจัยครั้งนี้ได้มีการปรับข้อคำถามตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

แบบประเมินอาการปวดเข่า ได้มีการปรับข้อความ คำชี้แจงให้สอดคล้องกับข้อคำถาม และเพื่อให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น จากข้อความเดิม หากท่านมีอาการกรงูณาทำเครื่องหมาย เครื่องหมาย (✓) ในช่องข้อที่ 1 และโปรดทำแบบสอบถามข้อที่ 2, 3, และข้อที่ 4 หากท่านไม่มีอาการกรงูณาทำเครื่องหมาย (✓) ในช่อง “ไม่มีอาการ” และไม่ต้องระบุคำตอบในข้อต่อไปเป็นข้อความใหม่คือ “หากท่านมีอาการเจ็บปวดเข่า กรงูณาทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องมีอาการ ในข้อที่ 1 และโปรดทำแบบสอบถามต่อไปใน ข้อที่ 2 ,3 และ ข้อที่ 4 หากท่านไม่มีอาการเจ็บปวดเข่า กรงูณาทำเพียงเครื่องหมาย (✓) ในช่อง “ไม่มีอาการ” และไม่ต้องระบุคำตอบในข้อต่อไป” และ ข้อคำถามเพิ่มคำว่า “อาการเจ็บปวดเข่า” เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจเข้าใจและรับรู้ถึงอาการเจ็บร่วมด้วย ดังนั้นในแบบสอบถามจึงใช้คำว่า “อาการเจ็บปวดเข่า” แทนคำว่า “ปวดเข่า” เพียงอย่างเดียว

แบบประเมินความรุนแรงของโรค มีการขยายความของคำตอบในข้อที่ 4 ถามว่า ท่านมีอาการปวดเข่าเมื่อเดิน ซึ่งมีคำตอบให้เลือกตอบ คือ (1) ไม่ปวดเลย (2) เดินได้ชั่วคราวถึงจะปวด (3) ปวดตั้งแต่เริ่มเดิน ซึ่งคำว่า “ชั่วคราว” อาจทำให้ผู้ป่วยเข้าใจไม่ตรงกันว่า หมายถึง ระยะทางที่ไกลเท่าใด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้นว่า ชั่วขณะเป็นระยะทางที่ไกลเท่าใด โดยขยายความว่าชั่วคราว หมายถึง 1 ป้ายรถเมล์ และได้ปรับ ข้อคำถามข้อที่ 6 ที่ถามว่า “ท่านสามารถเดินได้ระยะทางไกลที่สุดเท่าที่เดินได้” ตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้ภาษาที่ใช้เข้าใจง่ายขึ้น เป็นข้อความ ว่า “ระยะทางเท่าใดที่ท่านสามารถเดินได้ไกลที่สุด”

แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง หลังได้รับความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิได้มีการตัดข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่าถามในประเด็นเดียวกันเพื่อลดความซ้ำซ้อนจากข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ เหลือข้อคำถามที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 34 ข้อ และมีการปรับข้อความในบางข้อคำถามเพื่อให้เข้าใจง่ายและมีความชัดเจนดังนี้ ข้อที่ 3 จาก “ความเป็นอยู่ในครอบครัวกับการจัดการดูแลข้อเข่าของท่านไปด้วยกันได้ดีเพียงใด” เป็น “การดำเนินชีวิตประจำวันเป็นอุปสรรคต่อการดูแลข้อเข่าของท่านเพียงใด” ข้อที่ 15 จาก “ท่านทำตามแพทย์แนะนำมากน้อยเพียงใด” มีการขยายความถึงบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ด้วย เป็น “ท่านทำตามแพทย์ พยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ แนะนำในการดูแลตนเองมากน้อยเพียงใด” และข้อที่ 21 คำถามที่ถามว่า “ท่านได้ปรับสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้การดูแลข้อเข่าได้ผลดียิ่งขึ้นเพียงใด” ได้มีการขยายความข้อคำถามให้สามารถเข้าใจง่ายขึ้น เป็น “ท่านได้ปรับสิ่งแวดล้อมของบ้านหรืออุปกรณ์ของใช้ต่าง ๆ เพื่อให้การดูแลข้อเข่าได้ผลดียิ่งขึ้นเพียงใด”

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม มีการปรับข้อความในข้อที่ 6 ที่ถามว่า “ท่านมีบุคคลที่จะไปกับท่านเมื่อต้องการ” เป็น ข้อความว่า “มีบุคคลที่จะไปกับท่านในสถานที่ต่างๆ เมื่อท่านต้องการ “เพื่อให้ข้อความสามารถเข้าใจง่ายขึ้น และได้มีการปรับข้อความในข้อที่ 10 จากที่ถามถึงการได้รับการสนับสนุนทางด้านวัตถุที่ถามถึงด้านการเงินซึ่งซ้ำซ้อนกับข้อที่ 9 เปลี่ยนเป็นคำถามที่ถามถึงการได้รับความช่วยเหลือจากการได้รับสิ่งของเครื่องใช้แทน

ในส่วนของเครื่องมือแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และ แบบประเมินคุณภาพชีวิต โดยทั่วไป Functional Assessment of Cancer Therapy General (FACT- G) ที่สร้างโดย Cella (1997) นั้นผู้วิจัยไม่ได้นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีความเป็นมาตรฐานในการใช้ โดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าแบบสอบถาม Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) ของ Radloff (1977) ได้รับการตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่นจากการหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคโดยรวมซึ่งค่าอยู่ในช่วง 0.85 - 0.90 และ ภัทริยา วิริยวงศ์ (2551) ได้นำมาใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป Functional Assessment of Cancer Therapy General (FACT- G) ที่สร้างโดย Cella (1997) นั้นเป็นแบบประเมินที่มีความเป็นมาตรฐานในการใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ซึ่งมีความน่าเชื่อถือ ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ได้นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาแต่นำไปตรวจสอบหาค่าความเที่ยงกับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบประเมินอาการปวด แบบประเมินความรุนแรงของโรค แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และ แบบประเมินคุณภาพชีวิต ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคกระดูกและข้อ ในโรงพยาบาลของรัฐในระดับตติยภูมิคือ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชกรมแพทย์ทหารอากาศ หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์ความเที่ยง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เมื่อทดลองใช้เท่ากับ .76, .75, .92, .91, .92 และ .92ตามลำดับ และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 150 คน พบว่า แบบประเมินอาการปวด แบบประเมินความรุนแรงของโรค แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิต เมื่อหาค่าสัมประสิทธิ์

แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงเท่ากับ .71, .83, .94, .94, .88 และ 89 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง ทดลองใช้ (30ราย)	ค่าความเที่ยงกลุ่ม ตัวอย่าง (150ราย)
แบบประเมินอาการปวดเข่า	.76	.71
แบบประเมินความรุนแรงของโรค	.75	.83
แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง	.92	.94
แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม	.91	.94
แบบประเมินภาวะซึมเศร้า	.92	.88
แบบประเมินคุณภาพชีวิต	.92	.89

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือวิจัยทั้ง 6 ชุดมีค่าความเที่ยงระหว่าง .76 - .92 เมื่อนำเครื่องมือไปทดลองใช้ และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง พบว่า มีค่าความเที่ยงระหว่าง .71 - .94 แสดงถึงค่าความเที่ยงของเครื่องมืออยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (DeVellis, 1991) เหมาะสมในการนำมาใช้ศึกษาในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่เป็นอย่างดี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างวันที่ 18 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 1 เมษายน 2554 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ และตัวอย่างเครื่องมือวิจัย ส่งถึงโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศทหาร โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลศิริราช เพื่อขออนุมัติการ พิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และเพื่อขออนุมัติและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับการอนุมัติ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียด วิธีการ

เก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับหัวหน้าพยาบาล ณ แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคกระดูกและข้อทั้งสามแห่ง

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยทำการสำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่างตามที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้จากรายงานประวัติผู้ป่วยในช่วงเช้าแต่ละวันก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาตามนัดจากแพทย์โดยผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ในวันจันทร์ - วันศุกร์ เวลา 8.00 - 12.00 น.

4. ผู้วิจัยทำการแนะนำตนเองขอความร่วมมือและขออนุญาตในการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ให้ผู้ป่วยอ่านข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Patient/ Participant Information Sheet) เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจแล้ว ให้เซ็นใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed Consent Form)

5. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่ตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามทั้ง 7 ชุดตามลำดับคือส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการปวดเข่า ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรุนแรงของโรค ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 6 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และส่วนที่ 7 แบบประเมินคุณภาพชีวิต โดยผู้วิจัยจะอธิบายคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยได้ขณะตอบแบบสอบถาม และในรายที่ไม่สามารถอ่านได้จากการที่ไม่ได้เรียนหนังสือ สายตาไม่ปกติ อ่านหนังสือไม่ชัดหรือว่าไม่ได้นำแว่นสายตา มา ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ด้วยตนเองซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ไม่ตอบแบบสอบถามข้อใดก็ได้ จะไม่มีการบังคับซึ่งในการตอบแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ใช้เวลาโดยประมาณ 30 - 45 นาที

6. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้วผู้วิจัยจะตรวจสอบความเรียบร้อยของคำตอบที่ได้หากยังขาดคำตอบในด้านใดผู้วิจัยจะสอบถามเพิ่มเติมให้แบบสอบถามที่ได้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นซึ่งข้อมูลคำตอบบางคำตอบสามารถดูได้จากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีการบันทึกไว้ และนอกจากนี้ผู้วิจัยยังเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้สอบถามปัญหาทางด้านสุขภาพและให้ข้อมูลด้วยความเต็มใจหรือประสานแจ้งกับเจ้าหน้าที่ ณ หน่วยตรวจถึงปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยต่อไป โดยผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบ 150 ชุด

7. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลอีกครั้ง และนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาทำการวิเคราะห์ทางสถิติตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ และตัวอย่างเครื่องมือวิจัย ส่งถึง โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชกรมแพทย์ทหารอากาศ โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลศิริราช เพื่อขออนุมัติการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และเพื่อขออนุมัติ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อผู้วิจัยได้รับหนังสืออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้งสามแห่ง ผู้วิจัยเข้าชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ ในการวิจัย รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับหัวหน้าพยาบาล ณ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคกระดูกและข้อทั้งสามแห่ง ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างสร้างสัมพันธ์ภาพและแนะนำตัว ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัยพร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือการปฏิเสธ การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการพยาบาลการบริการหรือการบำบัดรักษาที่ได้รับแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัยจนครบตามกำหนดเวลากลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้โดยไม่มีผลต่อการพยาบาลการบริการหรือการบำบัดรักษาที่ได้รับแต่อย่างใด โดยข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะนำเสนอในภาพรวมไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือนามสกุลที่แท้จริง เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาหลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง (Patient/ Participant Information Sheet) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย (Informed Consent Form) นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อมูลปัญหาทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งผู้วิจัยให้ข้อมูลภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ หรือการประสานแจ้งกับเจ้าหน้าที่ ณ หน่วยตรวจแต่ละแห่ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์มากที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากรวบรวมข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีขั้นตอนดังนี้ คือ

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย จำนวนโรคร่วม อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. ศึกษาเปรียบเทียบอายุ ดัชนีมวลกาย อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติทดสอบที (t – test)

3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม อายุ ดัชนีมวลกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) แล้วทดสอบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และใช้เกณฑ์ในการแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังนี้ (Burns and Grove, 2003)

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
0.1 – 0.3	ต่ำ
0.4 – 0.5	ปานกลาง
0.5 ขึ้นไป	สูง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า อายุ และ ดัชนีมวลกายกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ เก็บข้อมูล จากกลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุ ตั้งแต่ 25 - 60 ปี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญโรคกระดูก และข้อที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคกระดูกและข้อ โรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร โดยการสุ่มหลายขั้นตอน ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ และโรงพยาบาลเลิดสิน มีการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ที่ไม่เคยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม อายุ 25 - 60 ปี สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย และมีความยินดีในการเข้าร่วมในการวิจัย จากผู้ที่มารับการตรวจรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกคลินิก โรคกระดูกและข้อ ณ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชกรมแพทย์ทหารอากาศ และโรงพยาบาลเลิดสิน จำนวนทั้งหมด 150 คน ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์จากแบบสอบถามจำนวน 7 ฉบับ และให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตาราง ที่ประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 4 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่
- ตอนที่ 2 การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่
- ตอนที่ 3 การศึกษาอายุ ดัชนีมวลกาย อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่
- ตอนที่ 4 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ดัชนีมวลกาย อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ จำแนกตาม เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรคประจำตัว (n=150)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	138	92
ชาย	12	8
อายุ \bar{X} 54.4 ,SD = 5.2		
31- 45 ปี	8	5.3
46 - 60 ปี	142	94.7
ค่าดัชนีมวลกาย		
BMI \bar{X} = 26.61, SD = 4.08		
น้อยกว่า 18.5	1	0.7
18.5 - 24.9	59	39.3
25 - 29.9	59	39.3
30 - 34.9	25	16.7
35 - 39.9	5	3.3
มากกว่า 40	1	0.7
สถานภาพสมรส		
สมรส	107	71.3
หม้าย /หย่าร้าง/แยกกันอยู่	24	16
โสด	19	12.7
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	6	4
ประถมศึกษา	62	41.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	29	19.3
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวช.	17	11.3
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงหรือ ปวส.หรืออนุปริญญา	6	4

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	25	16.7
อื่นๆ	5	3.3
อาชีพ		
แม่บ้าน	34	22.2
รับจ้าง	31	20.7
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	24	16
ค้าขาย	18	12
รับราชการ	17	11.3
ข้าราชการบำนาญ	13	8.7
รัฐวิสาหกิจ	2	1.3
อื่นๆ	8	5.3
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
$\bar{X} = 13342, SD = 13482$		
ไม่มีรายได้	15	10
น้อยกว่า 5,000	26	17.3
5,000 – 10,000	48	32
10,001 – 15,000	16	10.7
15,001 – 20,000	21	14
20,001 – 30,000	14	9.3
มากกว่า 30,000	10	6.7
ระยะเวลาที่เป็นโรค $\bar{X} = 4.13, SD = 4.24$		
น้อยกว่า 1 ปี	40	26.7
1 – 5 ปี	77	51.3
6 – 10 ปี	26	17.3
11 – 15 ปี	1	.7
มากกว่า 15 ปี	6	4.0

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	62	41.3
มีโรคประจำตัว	88	58.7
- เบาหวาน	5	3.3
- ความดันโลหิตสูง	26	17.3
- ไขมันในเลือดสูง	4	2.7
- โรคหัวใจ	3	2.0
- โรคไต	1	.7
- ภูมิแพ้	9	6.0
- อื่นๆ	1	.7
- เบาหวานและความดันโลหิตสูง	5	3.3
- ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	10	6.7
- เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	3	2.0
- อื่นๆ	21	14.0

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาเป็นเพศหญิง 138 คน คิดเป็นร้อยละ 92 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ร้อยละ 8 เป็นเพศชาย กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 54.4 ปี โดยมีอายุอยู่ในช่วง 31 - 45 ปี วิทยุใหญ่ตอนกลาง ร้อยละ 5.3 และ มีอายุในช่วง 46 - 60 ปี วิทยุใหญ่ตอนปลาย ร้อยละ 94.7 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 26.61 กิโลกรัมต่อส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 71.3 มีสถานภาพสมรส ได้รับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.3 รองลงมา คือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 19.3 และ ร้อยละ 16.7 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีรายได้โดยเฉลี่ย เท่ากับ 13,342 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน ร้อยละ 22.7 และ ร้อยละ 20.7 มีอาชีพรับจ้าง และร้อยละ 16 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ระยะเวลาเฉลี่ยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม เท่ากับ 4.13 ปี และกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 58.7 มีโรคประจำตัว

ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 17.3 ความดันโลหิตสูงและไขมัน ร้อยละ 6.7 ภูมิแพ้ ร้อยละ 6 และโรคประจำตัวอื่นๆ ร้อยละ 14

ตอนที่ 2 การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่

ตารางที่ 3 ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม และในแต่ละด้านของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ (n=150)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อ เข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่	ค่า สูงสุด	ค่า ต่ำสุด	ค่า เฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ คุณภาพ ชีวิต
ความผาสุกด้านร่างกาย	4.00	.29	2.71	.73	สูง
ความผาสุกด้านสังคม	4.00	.00	2.56	.62	สูง
ความผาสุกด้านอารมณ์	4.00	.67	3.13	.70	สูง
ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม	4.00	.63	2.62	.68	สูง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	3.74	.63	2.74	.50	สูง

จากตารางที่ 3 เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.74 ซึ่งอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่าทุกด้านคือ ด้านความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านสังคม ความผาสุกด้านอารมณ์ และด้านความผาสุกในการปฏิบัติกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง โดยด้านความผาสุกด้านอารมณ์ เป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด เท่ากับ 3.13 รองลงมา คือความผาสุกด้านร่างกาย เท่ากับ 2.71 รองลงมา คือ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม เท่ากับ 2.62 และ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ความผาสุกด้านสังคมโดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.56

ตอนที่ 3 การศึกษาอายุ ดัชนีมวลกาย อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่

ตารางที่ 4 ค่าสูงสุด ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ ดัชนีมวลกาย อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ (n = 150)

ตัวแปรที่ศึกษา	Max	Min	\bar{X}	SD
อายุ	60.00	38.00	54.40	5.20
ดัชนีมวลกาย	42.19	18.31	26.62	4.08
อาการปวดเข่า	4.00	1.00	2.61	0.73
- การรับรู้ความถี่	1.33	0.33	0.90	0.29
- การรับรู้ความรุนแรง	4.00	1.00	2.18	0.78
- การรับรู้ความทรมาน	4.00	1.00	2.95	0.73
ความรุนแรงของโรค	28.00	10.00	19.59	3.57
ความสามารถในการดูแลตนเอง (โดยรวม)	5.54	1.94	4.14	0.75
- ด้านความรู้ความสนใจและเอาใจใส่ตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาการและป้องกันความพิการของข้อเข่าเสื่อม	6.00	2.09	4.40	0.79
- ด้านการตัดสินใจดูแลตนเองเกี่ยวกับข้อเข่าเสื่อม	6.00	1.89	4.03	0.84
- ด้านตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลข้อเข่าเสื่อม	6.00	1.14	4.31	1.05
- ด้านทักษะทางกายและความพึงพอใจในการดูแลข้อเข่าเสื่อมอย่างสม่ำเสมอ	5.57	1.86	3.70	0.71
การสนับสนุนทางสังคม (โดยรวม)	3.00	1.14	2.20	0.39
- ด้านข้อมูลข่าวสาร	3.00	1.00	2.04	0.61
- ด้านวัตถุสิ่งของ	3.00	1.00	1.88	0.69
- ด้านฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม	3.00	1.00	2.07	0.52
- ด้านความต้องการทางอารมณ์	3.00	1.00	2.37	0.49
- ด้านความต้องการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า	3.00	1.14	2.20	0.39
ภาวะซึมเศร้า	58.00	4.00	17.65	8.54

จากตารางที่ 4 พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอายุสูงสุดที่ 60 ปี อายุต่ำสุดอยู่ที่อายุ 38 ปีซึ่งอายุของกลุ่มตัวอย่างโดยเฉลี่ยเท่ากับ 54.4 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.20 และดัชนีมวลกายเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 26.62 กิโลกรัม / เมตร² กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ ในศึกษามีอาการปวดเข่าโดยเฉลี่ยเท่ากับ 2.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.73 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีอาการปวดเข่าในระดับมาก ซึ่งพิจารณาตามรายด้านตามการรับรู้ของอาการปวดในด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในด้านความถี่ในระดับน้อย การรับรู้ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.90, 2.18 และ 2.95 ตามลำดับ

การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่มีความรุนแรงของโรคในระดับรุนแรงปานกลางโดยมีค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการเท่ากับ 19.95 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.57) เมื่อพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.75 และพิจารณาในรายด้าน พบว่าทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านความรู้ ความสนใจ และเอาใจใส่ตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาการ และป้องกันความพิการของข้อเข่าเสื่อมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.40 (SD =.79) และรองลงมาคือ ด้านการตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลข้อเข่าเสื่อม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.31 (SD =1.05) และด้านการตัดสินใจดูแลตนเองเกี่ยวกับข้อเข่าเสื่อมมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.03 (SD =.84) โดยด้านทักษะทางกาย และความพึงพอใจในการดูแลข้อเข่าเสื่อมอย่างสม่ำเสมอมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ 3.70 (SD =.71) การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ มีค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 2.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .39 อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า การได้รับการสนับสนุนด้านความต้องการการยอมรับยกย่อง และเห็นคุณค่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนที่สูงที่สุด เท่ากับ 2.44 และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุสิ่งของซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนน เท่ากับ 1.88 และในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 17.65 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.54

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่จำแนกตามอายุ ดัชนีมวลกาย อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า (n=150)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD	การแปลผล
อายุ					
- วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (31 – 45ปี)	8	5.3	2.88	.54	สูง
- วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (46 – 60ปี)	142	94.7	2.73	.50	สูง
ดัชนีมวลกาย					
- น้อยกว่ามาตรฐาน	1	.70	3.15	.0	สูง
- ปกติ	59	39.3	2.82	.45	สูง
- อ้วน	90	60.0	2.68	.53	สูง
อาการปวดเข่า					
- น้อย	24	16.0	3.02	.37	สูง
- ปานกลาง	46	30.7	2.76	.38	สูง
- มาก	37	24.7	2.78	.49	สูง
- มากที่สุด	43	28.7	2.53	.60	สูง
ความรุนแรงของโรค					
- เล็กน้อย	22	14.7	2.98	.46	สูง
- ปานกลาง	82	54.7	2.80	.38	สูง
- มาก	46	30.7	2.52	.63	สูง
ความสามารถในการดูแลตนเอง					
- น้อย	1	.70	2.48	0.0	ปานกลาง
- ปานกลาง	27	18.0	2.44	.61	ปานกลาง
- ดี	94	62.7	2.77	.37	สูง
- ดีมาก	28	18.7	2.94	.65	สูง

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD	การแปลผล
การสนับสนุนทางสังคม					
- น้อย	7	4.7	2.17	.78	ปานกลาง
- ปานกลาง	106	70.7	2.71	.49	สูง
- มาก	37	24.7	2.92	.37	สูง
ภาวะซึมเศร้า					
- มีภาวะซึมเศร้า	78	52	2.94	.35	สูง
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า	72	48	2.45	.07	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 เมื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อายุ กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายร้อยละ 94.7 ที่เหลือร้อยละ 5.3 อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตพบว่าวัยผู้ใหญ่ตอนกลางมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 2.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .54 และผู้ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 2.73 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .50

ดัชนีมวลกาย กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วน และร้อยละ 39.3 มีดัชนีมวลกายปกติ และร้อยละ .7 ที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่ามาตรฐาน เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตพบว่า ผู้ที่น้ำหนักตัวน้อยกว่ามาตรฐาน (ผอม) มีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.15 ผู้ที่มีน้ำหนักปกติ มีคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 2.82 และผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายอ้วน มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำสุดเท่ากับ 2.68

อาการปวดเข่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30.7 มีอาการปวดเข่าปานกลาง ร้อยละ 28.7 มีอาการปวดเข่ามากที่สุด ร้อยละ 24.7 มีอาการปวดมาก และร้อยละ 16.0 มีอาการปวดน้อย เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตพบว่า ผู้ที่มีอาการปวดเข่าน้อยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงที่สุดเท่ากับ 3.02 (SD = .37) และผู้ที่มีประสบการณ์อาการปวดเข่ามากที่สุดมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำที่สุดเท่ากับ 2.53 (SD = .60)

ความรุนแรงของโรค กลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของโรคระดับรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 54.7 รองมามีความรุนแรงของโรคระดับรุนแรงมาก ร้อยละ 30.7 และระดับรุนแรงเล็กน้อย ร้อยละ 14.7 พิจารณาคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตตามระดับความรุนแรงของโรคพบว่า ผู้ที่มีความรุนแรงของโรค

เด็กน้อย มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงสุดเท่ากับ 2.98 ผู้ที่มีความรุนแรงของโรคปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 2.80 และผู้ที่มีความรุนแรงของโรคมาก มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำสุดเท่ากับ 2.52

ความสามารถในการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ มีความสามารถในการดูแลตนเองระดับดี ร้อยละ 62.7 ดีมากร้อยละ 18.7 ปานกลางร้อยละ 18.0 และน้อย ร้อยละ 0.7 และพิจารณาคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตพบว่า ผู้ที่มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดีและดีมากมีคุณภาพชีวิตในระดับสูงมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงที่สุดเท่ากับ 2.94 และ 2.77 ตามลำดับ

การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.7 รองลงมาคือได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ร้อยละ 24.7 และได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับน้อยร้อยละ 4.7 ตามลำดับเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างตามระดับการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 2.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .78 กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 2.71 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .79 และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 2.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .37 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อยมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ส่วนผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางและมากมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง

ภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ร้อยละ 52 ไม่มีภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 48 มีภาวะซึมเศร้า และพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 2.94 ซึ่งมีคุณภาพชีวิตระดับสูง และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 2.45 โดยมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง

ตอนที่ 4 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า อายุและดัชนีมวลกาย กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ (n=150)

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่าง อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า ดัชนีมวลกาย อายุกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ (n=150)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม				
	ด้านร่างกาย	ด้านสังคม	ด้านอารมณ์	การปฏิบัติกิจกรรม	โดยรวม
อาการปวดเข่า	-.52**	.12	-.36**	-.16	-.33**
ความรุนแรงของโรค	-.49**	.03	-.29**	-.22*	-.34**
ความสามารถในการดูแลตนเอง	.22**	.18**	.22**	.28**	.30**
การสนับสนุนทางสังคม	.02	.59**	.19*	.32**	.36**
ภาวะซึมเศร้า	-.55**	-.36**	-.53**	-.51**	-.65**
อายุ	.04	-.11	.01	-.11	-.06
ดัชนีมวลกาย	-.22**	-.11	-.11	-.10	-.18*

*P < .05, ** p<.01

จากตารางที่ 6 พบว่า อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ดัชนีมวลกาย และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอยู่ในระดับต่ำกว่ภาวะซึมเศร้าที่มีความสัมพันธ์ทางลบอยู่ในระดับสูง (r = -.33, r = -.34, r = -.18 และ r = -.65 ตามลำดับ)

อาการปวดเข่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.52, r = -.36, และ r = -.16 ตามลำดับ)

ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ การปฏิบัติกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.49, r = -.29, r = -.22$ ตามลำดับ)

ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย สังคม ด้านอารมณ์ การปฏิบัติกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.52, r = -.36, r = -.53$ และ $r = -.51$ ตามลำดับ)

ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.22$)

ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .24$ และ $r = .36$) ตามลำดับ

อายุพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า อายุ และดัชนีมวลกายกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ โดยมีสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

1. อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า อายุ และดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่
2. ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคกระดูกและข้อ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคกระดูกและข้อ ในโรงพยาบาลของรัฐ ระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งได้จากการสุ่มอย่างง่าย ด้วยการจับสลากแบบไม่แทนที่ จำนวน 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชกรมแพทย์ทหารอากาศ โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลศิริราช

ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ที่ไม่เคยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม อายุ 25-60 ปี สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย และมีความยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978) คือ $n \geq 10k + 50$ การศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรที่ต้องการศึกษา 8 ตัว ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 130 คน เพื่อป้องกันข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมร้อยละ 15 ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับจำนวน 150 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสอบถาม 7 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินอาการปวดเข่า แบบประเมินความรุนแรงของโรค แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิต วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยการ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามจำนวน 4 ชุด คือ แบบประเมินอาการปวดเข่า แบบประเมินความรุนแรงของโรค แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ดัชนีความตรงตามเนื้อหา มีค่าดังนี้ 1, 0.9, 0.9 และ 0.8 ตามลำดับ และหลังจากนั้นนำแบบประเมินอาการปวดเข่า แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิต ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 30 คน ซึ่งมีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ และนำมาวิเคราะห์ความเที่ยง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เมื่อทดลองใช้เท่ากับ .76, .75, .92, .91, .92 และ .92 ตามลำดับ และเมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .71, .83, .94, .94, .88 และ .89 ตามลำดับ

การศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างวันที่ 18 กุมภาพันธ์ ถึง วันที่ 1 เมษายน 2554 โดยผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากโรงพยาบาลทั้งสามแห่ง คือ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลศิริราช ผู้วิจัยทำการสำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้จากรายงานประวัติผู้ป่วยในช่วงเช้า แต่ล่วงก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะเข้ารับการรักษาตามนัดจากแพทย์ ผู้วิจัยทำการแนะนำตนเองขอความร่วมมือ และขออนุญาตในการศึกษากับกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างอ่านข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจแล้ว ให้เซ็นใบยินยอมของประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ตอบรับเข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามทั้ง 7 ชุด โดยผู้วิจัยอธิบายคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้ที่ไม่สามารถอ่านได้จากที่ไม่ได้เรียนหนังสือ สายตาไม่ปกติ อ่านหนังสือไม่ชัด หรือว่าไม่ได้นำแว่นสายตา มา ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองจำนวน 50 คน และผู้ที่ผู้วิจัยสัมภาษณ์จำนวน 100 คน ในการวิจัยครั้งนี้ใช้เวลาตอบแบบสอบถามโดยประมาณ 30 - 45 นาที

วิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย จำนวนโรคร่วม อาการปวดเข่า ความรุนแรง

ของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. ศึกษาเปรียบเทียบอายุ ดัชนีมวลกาย อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า อายุ ดัชนีมวลกาย กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) แล้วทดสอบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมวัยผู้ใหญ่ ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงจำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 92 และที่เหลือเป็นเพศชาย ร้อยละ 8 มีอายุเฉลี่ย 54.4 ปี โดยมีอายุในช่วง 31 – 45 ปี วัยผู้ใหญ่ตอนกลางร้อยละ 5.3 และมีอายุในช่วง 46 – 60 ปี วัยผู้ใหญ่ตอนปลายร้อยละ 94.7 ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย เท่ากับ 26.62 กิโลกรัม / เมตร² มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 71.3 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 41.3 ลำดับต่อมา คือได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 19.3 และได้รับการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 16.7 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 22.7 เป็นแม่บ้าน ร้อยละ 20.7 รับจ้าง และร้อยละ 16 ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 13,342 บาท ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 4.13 ปี และผู้ป่วยร้อยละ 58.7 เป็นผู้มีโรคประจำตัว เป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 17.3

2. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับสูง ($\bar{X} = 2.74, SD = .50$) เมื่อพิจารณารายด้านคือ ด้านความผาสุกด้านร่างกาย ด้านความผาสุกด้านสังคม ด้านความผาสุกด้านอารมณ์ และด้านความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับสูงทุกด้าน ซึ่งการรับรู้คุณภาพชีวิต ความผาสุกด้านอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ 3.13 (SD = .70) คุณภาพชีวิตความผาสุกด้านสังคม มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ 2.56 (SD = .62)

3. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ มีอาการปวดเข่าในระดับมาก ($\bar{X} = 2.61, SD = .73$) และพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดเข่าระดับน้อยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงสุดเท่ากับ 3.02 (SD = .37) และกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดเข่าระดับมากมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำที่สุดเท่ากับ 2.53 (SD = .60)

4. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ มีความรุนแรงของโรคในระดับรุนแรงปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.59 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.57 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของโรคปานกลาง ร้อยละ 54.7 รุนแรงมาก ร้อยละ 30.7 และระดับรุนแรงเล็กน้อย ร้อยละ 14.7 และพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรุนแรงของอาการเล็กน้อยน้อยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงที่สุดเท่ากับ 2.98 (SD = .46) และกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรุนแรงของอาการมากมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำที่สุดเท่ากับ 2.52 (SD = .63)

5. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่มีความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมในระดับที่ดีมาก ($\bar{X} = 4.14$, SD = .75) เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า ด้านความรู้ ความสนใจ และเอาใจใส่ตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาการและป้องกันความพิการของข้อเข่าเสื่อม มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 4.40 (SD = .79) โดยด้านทักษะทางกาย และความพึงพอใจในการดูแลข้อเข่าเสื่อมอย่างสม่ำเสมอ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ 3.70 (SD = .71) และพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการดูแลตนเองปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำสุดเท่ากับ 2.44 (SD = .61) ผู้ที่มีความสามารถในการดูแลตนเองระดับน้อย มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 2.48 (SD = .00) ผู้ที่มีความสามารถในการดูแลตนเองระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 2.77 (SD = .37) และผู้ที่มีความสามารถในการดูแลตนเองระดับดีมาก มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 2.94 (SD = .65)

6. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.20$, SD = .39) พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน ในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านความต้องการทางด้านอารมณ์ และด้านความต้องการการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.04 (SD = .61), 2.07 (SD = .52), 2.37 (SD = .49) และ 2.44 (SD = .42) ตามลำดับ และพบว่า การได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ของอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 1.88 (SD = .69) จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 2.71 (SD = .78) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 2.71 (SD = .49) และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 2.92 (SD = .37)

7. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 17.65 (SD = 8.54) โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 2.54 (SD = .07) และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 2.94 (SD = .35)

8. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเท่ากับ 26.62 กิโลกรัม / เมตร² (SD = 4.08) โดยมีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วนร้อยละ 60 ระดับปกติ ร้อยละ 39.3 และผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่ามาตรฐาน (ผอม) ร้อยละ .7 และพบว่า ผู้ที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วนมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่ามาตรฐาน และระดับปกติ (\bar{X} = 2.68, SD = .53 , \bar{X} = 2.82, SD = .45 และ \bar{X} = 3.15, SD = .0 ตามลำดับ)

9. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่พบว่า อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค และดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกว่ากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.33$, $r = -.34$ และ $r = -.18$ ตามลำดับ) และพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.65$) สำหรับความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกว่ากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .30$, $r = .36$ ตามลำดับ) แต่อายุผลการวิจัยพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.06$)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง จำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 92 ของกลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 54.4 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของสุนีย์ สุวรรณพสุ (2540) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (ร้อยละ 87.3) เช่นเดียวกับการศึกษาของปาริชาติ จันทร์สุนทรภาพร (2548) พบว่า เพศหญิงมีอุบัติการณ์เสื่อมของข้อเข่า ร้อยละ 87 โดยเพศหญิงที่อยู่ในวัยหมดประจำเดือนมีอัตราการเสื่อมของข้อเข่ามากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า (Jugmin, 2000) เนื่องจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนในร่างกายที่มีผลต่อการยับยั้งการสลายของกระดูก และจากลักษณะพันธุกรรมของเพศหญิงที่มียีนควบคุมทางพันธุกรรมผ่านทาง single autosomal gene ทำให้มีแนวโน้มของการเกิดข้อเข่าเสื่อมมากกว่าเพศชาย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการศึกษานี้ครั้งนี้ อายุเฉลี่ยเป็นผู้ที่อยู่ในวัยหมดประจำเดือนทำให้สามารถเป็นข้อเข่าเสื่อมได้มาก นอกจากนี้ยังพบว่า โรคข้อเข่าเสื่อมพบได้มากตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น (สัตยา โรจนเสถียร, 2546) เห็นได้ว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้นสามารถพบผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้น ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 39.3 มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ .7 มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน นอกจากนั้นร้อยละ 60 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วน เช่นเดียวกับการศึกษาของปาริชาติ จันทร์สุนทรภาพร (2548) ที่พบว่า ผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อเมตรยกกำลังสองมีภาวะ

ข้อเข้าเสื่อมสูงถึงร้อยละ 38.7 กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 71.3 ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 41.3 ได้รับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นเท่ากับ ร้อยละ 19.3 และได้รับการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 16.7 มีผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาเพียงร้อยละ 4 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 22.2 เป็น แม่บ้าน ร้อยละ 20.7 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 16 ไม่ได้ประกอบอาชีพ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 13,342 บาท ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข้าเสื่อม โดยเฉลี่ย 4.13 ปี ซึ่งในการศึกษาของสุนีย์ สุวรรณพสุ (2540) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 50 มีระยะเวลาการเป็นโรคมานานกว่า 4 ปี ซึ่งโรคข้อเข้าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (Felson et al., 1995; Felson et al., 1998) และจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 41.3 เป็นผู้ที่ไม่มี โรคประจำตัว ที่เหลือร้อยละ 58.7 เป็นผู้ที่มีโรคประจำตัว

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยและสมมุติฐานการวิจัยซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อมวัยผู้ใหญ่

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.74 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .50) จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาพบว่าเป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 92 มีอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (31 – 45 ปี) ร้อยละ 94.7 อายุของกลุ่มตัวอย่างโดยเฉลี่ยเท่ากับ 54.4 ปี ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นข้อเข้าเสื่อมโดยเฉลี่ย 4.13 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข้าเสื่อมร้อยละ 51.3 อยู่ในช่วง 1 – 5 ปี และร้อยละ 26.7 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข้าเสมน้อยกว่า 1 ปี จากข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้เห็นได้ว่าอายุของกลุ่มตัวอย่างยังไม่มากทำให้ยังสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ดีและจากการเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข้าเสื่อมในระยะเวลา 1 – 5 ปี หากผู้ป่วยมีการรักษาอย่างต่อเนื่องจะช่วยชะลอความรุนแรงของอาการของโรคได้ และจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 92 และร้อยละ 22 .7 เป็นแม่บ้าน กลุ่มตัวอย่างยังมีภาวะพึ่งพิงที่น้อย ยังคงสามารถดำเนินชีวิตประจำวันช่วยเหลือตนเองได้ มีอาชีพ มีรายได้ และรับผิดชอบสิ่งที่เคยทำได้เหมือนที่ผ่านมากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นยังไม่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิซึ่งมีความทันสมัย และมีมาตรฐานในการให้บริการ ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากแพทย์เฉพาะทางโรคกระดูกและข้อซึ่งมีความชำนาญ และวัตถุประสงค์ในการรักษาเพื่อลดอาการที่ผู้ป่วยมี โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการปวด คงสภาพของข้อที่มีอยู่ไม่ให้อย่างแก่กว่าเดิม ทำให้ข้อมีการ

ทำงานดีที่สุด ทำให้การเคลื่อนไหวของข้อเป็นปกติหรือไม่ น้อยกว่าที่มีอยู่ ลดความพิการของข้อแก้ไขของข้อประกอบที่ทำให้ข้อเป็นมากขึ้นทำให้การหายของข้อดีที่สุดโดยไม่มีผลข้างเคียงจากยาที่ใช้ (สุรศักดิ์ นิลกาฬวงศ์, 2552) ดังนั้นจากการรักษาที่ได้รับอาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตทำให้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ Padilla and Grant (1993) กล่าวว่า ผู้ที่เจ็บป่วยหรือเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Blixen and Kippes (1999) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตในระดับที่สูง เช่นเดียวกับการศึกษาของยุพิน โกรินทร์ (2536) และปราณี กาญจนวรวงศ์ (2540) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Jacobson et al. (2006) พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำ ซึ่งในการศึกษาของ Jacobson et al. (2006) นั้นเป็นการศึกษาในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย กลุ่มตัวอย่างมีอายุในช่วง 75 – 97 ปี โดยอายุเฉลี่ยเท่ากับ 83.8 และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47 มีสถานภาพสมรส/หย่า เห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจะทำการเก็บข้อมูลในผู้สูงอายุ ดังนั้นการเสื่อมของข้อเข่าอาจมีมากตามอายุที่เพิ่มขึ้นและเมื่อมีการเสื่อมมากผู้ป่วยอาจได้รับผลกระทบของโรคทั้งด้านความปวดที่มากขึ้น ความผิดปกติของข้อเข่าและอาจได้รับผลกระทบจากการเคลื่อนไหว การเดินที่ทำได้น้อยลงจึงอาจต้องพึ่งพาสูง ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ อาจทำให้การศึกษาที่ผ่านมาผู้ป่วยจึงมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำซึ่งแตกต่างกับการศึกษาครั้งนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า อายุและดัชนีมวลกาย กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่

ผลการศึกษาพบว่า อาการปวดเข่ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.33, p < .05$) โดย กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดเข่าในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .73 ซึ่งสนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า อาการปวดเข่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดเข่ามากจะมีคุณภาพชีวิตต่ำ ในการศึกษาครั้งนี้อาการเจ็บปวดเข่าจัดเป็นประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ เป็นการประเมินตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่ออาการเจ็บปวดเข่าตามการเปลี่ยนแปลงของตัวผู้ป่วยเอง ในด้านของความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นตามกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ซึ่งกล่าวถึงแนวคิดหลักของการจัดการกับอาการว่า ประกอบด้วย ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ กลวิธีในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ของอาการว่ามีความสัมพันธ์และส่งผลต่อกัน การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ มีความถี่

ของอาการเจ็บปวดเข่าในระดับน้อย ($\bar{X} = .90$, $SD = .29$) มีการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บปวดเข่าในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.18$, $SD = .78$) มีการรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานที่เกิดจากอาการเจ็บปวดเข่าในระดับมาก ($\bar{X} = 2.95$, $SD = .73$) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่มีความถี่ของอาการปวดเพียงเล็กน้อยซึ่งอาการปวดที่เกิดขึ้นอาจไม่บ่อย อาจปวดในช่วงของการเปลี่ยนท่า มีการเคลื่อนไหว หรือเมื่อมีการใช้ข้อ โดยอาการปวดที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยได้มีการประเมินในด้านความรุนแรงแล้วว่า รุนแรงในระดับปานกลาง อาการปวดที่เกิดขึ้นนั้นผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าจะส่งผลต่อร่างกายทำให้ได้รับความทุกข์ทรมานในระดับที่มาก ซึ่งเมื่อกลุ่มตัวอย่างพิจารณาทั้งด้านความถี่ ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานที่ได้รับแล้วผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าการปวดเข่าที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นอยู่ในระดับมาก

สอดคล้องกับการศึกษาของปาริชาติ จันสุนทรพร (2548) ที่พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 52 มีความปวดในระดับมาก โดยอาการปวดที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย (มาริสา สุวรรณราช, 2544) และพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 32 รู้สึกทรมาน (ปาริชาติ จันสุนทรพร, 2548) อาการปวดเข่าส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลงจากความไม่สุขสบายที่ได้รับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Burckhardt (1985) ที่พบว่า ความปวดมีผลทางลบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าสอดคล้องกับแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Dodd et al., 2001) ที่กล่าวถึงแนวคิดหลักทั้ง 3 แนวคิดคือ แนวคิดประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ แนวคิดกลวิธีในการจัดการกับอาการ แนวคิดผลลัพธ์ของอาการ ว่ามีความสัมพันธ์ต่อกันซึ่งในการศึกษาครั้งนี้อาการปวดเข่าจัดเป็นประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และคุณภาพชีวิตจัดอยู่ในผลลัพธ์ 1 ใน 8 ผลลัพธ์ของแนวคิดผลลัพธ์ของอาการซึ่งเมื่อพิจารณาในด้านความสัมพันธ์พบว่าสอดคล้องกับกรอบแนวคิดดังกล่าว จากการศึกษาเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของอาการปวดเข่ากับคุณภาพชีวิตรายด้านแล้วพบว่า อาการปวดเข่ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกด้านร่างกาย และมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกด้านอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.52$, $r = -.36$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอาการปวดที่เกิดขึ้นส่งผลต่อการรับรู้ทางร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง และส่งผลต่อการรับรู้ทางด้านอารมณ์ อาการปวดที่มากทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมานมากยิ่งขึ้นส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตที่ลดลง จากการศึกษาในครั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดเข่าในระดับน้อย ปานกลางมาก และมากที่สุดพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดเข่าที่น้อย มีคะแนนค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต

สูงกว่าผู้ที่มีอาการปวดเข่าปานกลาง มาก และมากที่สุด ตามลำดับ ($\bar{X} = 3.02, SD = .37, \bar{X} = 2.76, SD = .38, \bar{X} = 2.78, SD = .49$ และ $\bar{X} = 2.53, SD = .60$ ตามลำดับ)

ความรุนแรงของโรค ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของโรคในระดับรุนแรงมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.59 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.57 พิจารณาตามกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการ ความรุนแรงของโรคเป็นสภาวะอาการในผลลัพธ์ของอาการ เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และกลวิธีในการจัดการกับอาการ ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมจะแสดงในด้านของความปวด ซึ่งอาจจะปวดแม้ในขณะที่พักอยู่ หรือมีการเคลื่อนไหวเพียงแค่นั่ง การยืดตัวของข้อเข่า และความสามารถในการเคลื่อนไหวการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ลดลง ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตที่ลดลง ดังผลการศึกษาของ Burckhardt (1985) พบว่า ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมที่แสดงออกในด้านของการสูญเสียหน้าที่ในการเคลื่อนไหว การทำหน้าที่ของร่างกาย และลักษณะที่แสดงออกในด้านของความเสื่อมของข้อเข่าที่เพิ่มมากขึ้น เช่น การขัดตึงของข้อเข่า ข้อยึดติดแข็ง การเคลื่อนไหวของขาของข้อลดลง ข้อเข่าโก่งออกจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามการดำเนินของโรคทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ

เมื่อพิจารณาด้านความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.34, p < .05$) ซึ่งเป็นตามสมมุติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของความรุนแรงของโรคกับคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านอารมณ์ และความผาสุกในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.49, r = -.29, r = -.22$ ตามลำดับ) อธิบายตามกรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการว่า ความรุนแรงของโรค และคุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ในมโนทัศน์ผลลัพธ์ของอาการซึ่ง Dodd et al. (2001) กล่าวว่า นอกจากแต่ละแนวคิดที่จะส่งผล และมีความสัมพันธ์ต่อกันแล้ว ภายในแนวคิดผลลัพธ์ของอาการยังคงมีความสัมพันธ์กันเอง อธิบายได้ว่าหากผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคมากซึ่งจะทำให้มีความปวดมาก ข้อขัดตึงส่งผลต่อการเคลื่อนไหว การดำเนินชีวิตประจำวันที่ยากลำบากมากยิ่งขึ้น การทำกิจกรรมต่างๆ ลดลงถูกจำกัดส่งผลทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลง จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรุนแรงของโรคเล็กน้อย มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต เท่ากับ 2.98 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .46) กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรุนแรงของโรคปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต เท่ากับ 2.80 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .38) และกลุ่มตัวอย่าง

ที่มีระดับความรุนแรงของโรคมาก มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต เท่ากับ 2.52 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .63) เมื่อพิจารณาระดับความรุนแรงของโรคกับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่ลดลง พบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภา งามสุทธิกุล (2540) พบว่า ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่มีอาการรุนแรง และอาการรุนแรงปานกลาง มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และจิตใจต่ำกว่าผู้ที่มีอาการของโรคน้อย จากผลการศึกษาพบว่าเป็นไปตามกรอบแนวคิด และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปรานี กาญจนวรงค์ (2540) พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ($r = -.89$) และเป็นตัวแปรที่ทำนายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 81.09 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ความสามารถในการดูแลตนเอง จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = .30, p < .05$) โดย กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมในระดับดี ($\bar{X} = 4.14, SD = .75$) ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นกลวิธีในการจัดการกับอาการที่จะช่วยชะลอ และป้องกันการเกิดผลลัพธ์ในทางลบในภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงให้ช้าที่สุด (Dodd et al., 2001)

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดีทั้ง 4 ด้าน โดยด้านความรู้ ความสนใจ และเอาใจใส่ตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาการและป้องกันการพิการของข้อเข่าเสื่อมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 4.40 ($SD = .79$) รองลงมาคือด้านตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลข้อเข่าเสื่อม และด้านการตัดสินใจดูแลตนเองเกี่ยวกับข้อเข่าเสื่อม ด้านทักษะทางกาย และความพึงพอใจในการดูแลข้อเข่าเสื่อมอย่างสม่ำเสมอ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.31 ($SD = 1.05$), 4.03 ($SD = .84$) และ 3.70 ($SD = .71$) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาข้อย่อยในแต่ละด้าน ด้านความรู้ ความสนใจ และเอาใจใส่ตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาการ และป้องกันการพิการของข้อเข่าเสื่อม พบว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดี เพราะเห็นว่าข้อเข่ามีความสำคัญ ($\bar{X} = 5.53, SD = .94$) ด้านการตัดสินใจดูแลตนเองเกี่ยวกับข้อเข่าเสื่อม พบว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองในการติดตามดูว่าวิธีในการดูแลข้อเข่าที่ปฏิบัตินั้น ได้ผลเพียงใดในระดับดี ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 4.43 ($SD = 1.06$) ด้านการตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลข้อเข่าเสื่อมพบว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดีมาก ในการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเพื่อปรับปรุงวิธีการดูแลข้อเข่า ($\bar{X} = 4.47, SD = 1.05$) และด้านทักษะทางกายและความพึงพอใจในการดูแลข้อเข่าเสื่อมอย่างสม่ำเสมอพบว่า ผู้ป่วยมีความพร้อมด้านร่างกายในการดูแลตนเองในระดับดี ซึ่งหมายความว่า ผู้ป่วยที่มีความสามารถ

ในการดูแลตนเองที่ดีก็จะทำให้คุณภาพชีวิตดี ข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับผลกระทบที่เกิดในระยะเวลาที่ยาวนาน หากผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดี มีการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อลดอาการปวด เพิ่มความแข็งแรงของข้อ มีการใช้ข้ออย่างทะนุถนอม ลดปัจจัยที่จะส่งผลให้การเสื่อมของข้อเพิ่มมากขึ้น เช่น การนั่งยอง นั่งคุกเข่า ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองก็จะช่วยชะลอความรุนแรงของโรคที่จะดำเนินต่อไป ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของทวิพร เตชะรัตนมณี (2547) ที่พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการรับรู้สุขภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .71, p < .01$) ซึ่งการรับรู้สุขภาวะ คือ การรับรู้ถึงความผาสุกของร่างกาย หมายถึงการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เมื่อพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตรายด้านแล้วพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกด้านร่างกาย ด้านความผาสุกด้านสังคม ด้านความผาสุกด้านอารมณ์ และด้านการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .22, r = .18, r = .22$ และ $r = .28$ ตามลำดับ) เห็นได้ว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตทุกด้าน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างตามระดับความสามารถในการดูแลตนเองพบว่า ผู้ที่มีความสามารถในการดูแลตนเองน้อย มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 2.48 (SD = 0.00) และผู้ที่มีความสามารถในการดูแลตนเองปานกลางมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 2.44 (SD = .61) ซึ่งมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดีและดีมาก มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง ($\bar{X} = 2.77, SD = .37$ และ $\bar{X} = 2.94, SD = .65$ ตามลำดับ) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุเฉลี่ย 54.4 ปี และเป็นผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัวใดๆ ถึงร้อยละ 41.3 และส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.3 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 19.3 และร้อยละ 16.7 มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จากการศึกษาที่ได้รับทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้ความเป็นเหตุเป็นผลในการคิดวิเคราะห์ว่า ข้อเข่ามีความสำคัญต่อร่างกาย จึงมีการติดตามถึงการเปลี่ยนแปลงในการดูแลข้อเข่าอย่างสม่ำเสมอว่าได้ผลเพียงใดส่งผลต่อการนำมาปรับปรุงการดูแลข้อเข่าของตนเอง ดังนั้นจึงทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการรับรู้ในความเจ็บป่วยของตนเอง และผ่านการคิดวิเคราะห์หาแนวทางในการดูแลตนเอง มีการปรับปรุง แก้ไขเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการอยู่เสมอ หากผู้ป่วยมีความสามารถในการ

ดูแลตนเองที่ดีจะช่วยชะลอความรุนแรงของโรค ชะลอการเสื่อมของข้อเข่าที่จะเกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

การสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.20 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .39) พิจารณาด้านความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = .36$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐาน ข้อที่ 2 ที่ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ อธิบายได้ว่าสัมพันธ์ภาพทางสังคมที่ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมได้รับ ด้านข้อมูลข่าวสารในการดูแลตนเอง ด้านความช่วยเหลือเกี่ยวกับวัสดุสิ่งของ ด้านการยอมรับในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านความต้องการทางด้านอารมณ์ และด้านการได้รับการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต หมายความว่า ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ ที่ดีจะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง การควบคุมอาการช่วยชะลอความรุนแรงของโรคและยังมีผลต่อด้านจิตใจที่รู้สึกว่าคุณยังมีคนที่รัก ยกย่องให้กำลังใจในการดูแลตนเองและสามารถเผชิญกับโรคได้ จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผลการศึกษาสนับสนุนแนวคิดการจัดการกับอาการที่กล่าวถึง การสนับสนุนทางสังคมว่ามีอิทธิพล และมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นผลลัพธ์ของอาการ การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมในแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) สภาพแวดล้อม เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการเกิดอาการ หรืออาจทำให้อาการรุนแรงขึ้นได้ โดยสภาพแวดล้อม ประกอบไปด้วยสภาพแวดล้อมทางกายภาพ สังคมและวัฒนธรรม โดยสภาพแวดล้อมทางกายภาพจะรวมถึงบ้าน ที่ทำงาน และโรงพยาบาล สภาพแวดล้อมทางสังคมจะรวมถึงเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม (Social support network) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และวัฒนธรรมซึ่งเป็นการปฏิบัติแบบเดียวกันในกลุ่มชนหรือเชื้อชาตินั้นๆ โดยปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมส่งผล และมีความสัมพันธ์กับแนวคิดทั้งสาม คือ ประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการ กลวิธีในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ของอาการซึ่งคุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ของอาการ

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพินทุสร ปัตยะกร (2552) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางบวกโดยตรงต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยการได้รับคำแนะนำ

ที่พึงพอใจจะมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ภาวะสุขภาพทั่วไป ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ การทำหน้าที่ทางสังคม ความมีชีวิตชีวา (Ethgen et al., 2004) เมื่อพิจารณาคความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกด้านสังคม ความผาสุกด้านอารมณ์ และความผาสุกในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($r = .59$, $r = .19$, $r = .32$ ตามลำดับ) เห็นได้ว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อความรู้สึกเป็นสิ่งที่ได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจซึ่งการแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกด้านสังคมในระดับสูง ($r = .59$)

ภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้านี้เท่ากับ 17.65 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.59) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Lin (2008) พบว่า ข้อเสื่อมและภาวะซึมเศร้าเป็น 2 อาการที่สามารถเกิดขึ้นกับวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 54.4 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย และการเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม ผลกระทบของโรคส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความทุกข์ทรมานที่เกิดจากการลดลงของการเคลื่อนไหว และการเจ็บป่วยในระยะเวลาที่ยาวนาน ส่งผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยพบว่า ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคข้อเสื่อมจะมีภาวะซึมเศร้า ได้มากกว่าคนทั่วไป 2-3 เท่า (Lin, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพ อารีเอื้อ (2540) พบว่าการเจ็บป่วยที่ยาวนานและผลกระทบที่เกิดกับผู้ป่วย ส่งผลต่อจิตใจของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ซึมเศร้าเช่นกัน ภาวะซึมเศร้าจัดเป็นผลลัพธ์ของอาการในด้านสภาวะอารมณ์ ที่เกิดจากการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยตามการรับรู้ และเป็นผลจากกลวิธีในการจัดการกับอาการซึ่งหากผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่มีอันตราย และเมื่อเป็นทำให้ได้รับความทุกข์ทรมานจึงส่งผลต่อจิตใจ

เมื่อพิจารณาด้านความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = -.65$, $p < .05$) เป็นตามสมมุติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ หมายความว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลง จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเท่ากับ 2.94 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .35) มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 2.45 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .07) มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง พบว่าคุณภาพชีวิตทั้งสองกลุ่มมีความ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกด้านร่างกาย ด้านความผาสุกด้านสังคม ด้านความผาสุกด้านอารมณ์ ด้านความผาสุกในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Dodd et al., 2001) ที่กล่าวถึงแนวคิดผลลัพธ์ของอาการว่าในแต่ละผลลัพธ์ต่างมีความสัมพันธ์และส่งผลต่อกัน โดยทั้งคุณภาพชีวิต และภาวะซึมเศร้าต่างเป็นผลลัพธ์ของอาการ หากผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าจะเกิดความรู้สึกท้อแท้ หดหู่หมดหวัง ขาดความสนใจสิ่งต่างๆ รอบตัว ก็จะทำให้ไม่มีความสนใจในการดูแลตนเอง เมื่อขาดความสามารถในการดูแลตนเองก็จะส่งผลกระทบต่อความรุนแรงของโรคที่อาจเพิ่มขึ้น และส่งผลให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Husaini and Moore (1991) พบว่า ผู้ที่เจ็บป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจะมีความซึมเศร้า และความพึงพอใจในชีวิตต่ำกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นข้อเสื่อม ซึ่งระดับความซึมเศร้า และความพึงพอใจในชีวิตขึ้นอยู่กับการถูกจำกัดในด้านการเคลื่อนไหวซึ่งเป็นผลกระทบจากโรคที่ได้รับ

อายุ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.06, p < .05$) ซึ่งไม่เป็นตามสมมุติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ ซึ่งอธิบายได้ว่าการศึกษานี้ อายุไม่ทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมลดลง การศึกษานี้ในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 94.7 อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายมีอายุอยู่ในช่วง 46 – 60 ปี ซึ่งอายุในการศึกษานี้เป็นช่วงอายุที่มีความแตกต่างกันน้อยจึงทำให้อายุไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยในช่วงอายุดังกล่าวผู้ป่วยยังสามารถดูแลตนเอง และช่วยเหลือตนเองได้ดี และเมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลด้านอื่นพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.3 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 19.3 มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป มีเพียงร้อยละ 4 ที่ไม่ได้รับการศึกษา การศึกษาที่ได้รับจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการพัฒนาความรู้ มีความเป็นเหตุเป็นผล ทำให้สามารถเข้าใจในโรคที่เป็น และสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น และในปัจจุบันช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างที่พบในการศึกษายังคงมีความแข็งแรงยังสามารถทำงานต่างๆ ได้ดี ดังนั้นจึงทำให้อายุไม่มีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปราณี กาญจนวรรณศรี (2540) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งเป็นการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีระดับการพึ่งพาที่สูงขึ้น และอาจทำให้รู้สึกว่าการตนเองเป็นภาระของครอบครัว

ดัชนีมวลกาย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเท่ากับ 26.58 กิโลกรัมต่อส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.19 กิโลกรัมต่อส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง) สอดคล้องกับ ปาริชาติ จันสุนทรพร (2548) ที่พบว่า ผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง จะทำให้เป็นข้อเข่าเสื่อมถึงร้อยละ 38.7 ข้อเข่ามีหน้าที่ในการรับน้ำหนักของร่างกายเมื่อมีแรงกดที่ข้อมากจะทำให้เกิดการทำลายของกระดูกอ่อนผิวข้อ ความอ้วนทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม จากแรงกดที่เพิ่มมากขึ้นอันเป็นผลจากน้ำหนักตัว และการมีแรงผ่านของข้อซ้ำๆ กันทุกวันทำให้ข้อรับน้ำหนักจึงเกิดโรคข้อเสื่อมได้เร็ว (สุรศักดิ์ นิลกานุงศ์, 2552) ดัชนีมวลกายเป็นปัจจัยด้านสุขภาพ และการเจ็บป่วยตามกรอบแนวคิดแบบจำลองการมีอาการซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค และทำให้โรครุนแรงมากขึ้น

เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = -.18, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ และสนับสนุนแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการที่กล่าวว่าเป็นปัจจัยด้านสุขภาพ และการเจ็บป่วยว่ามีอิทธิพลส่งผลกระทบต่อแนวคิดหลักทั้งสาม และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นผลลัพธ์ของแนวคิดผลลัพธ์ของอาการ และสอดคล้องจากผลการศึกษาของ Rat et al. (2005) ที่พบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม อธิบายได้ว่า ผู้ที่มีน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมต่อส่วนสูงเป็นตารางเมตรกำลังสองที่มากจะทำให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ต่ำ น้ำหนักตัวที่มากจะเพิ่มความรุนแรง และการดำเนินของโรคให้เพิ่มมากขึ้น และน้ำหนักตัวที่มากยังส่งผลกระทบต่ออาการเคลื่อนไหวที่ลำบากส่งผลกระทบต่อรับรู้คุณภาพชีวิต และจากการศึกษาครั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่าง กลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วน มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายปกติ ($\bar{X} = 2.68, SD = .53$ และ $\bar{X} = 2.82, SD = .45$ ตามลำดับ)

ผลการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า และดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ ($r = -.33, r = -.34, r = -.30, r = .36$ และ $r = -.18$ ตามลำดับ, $p < .05$) แต่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ ($r = -.06, p < .05$) ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนความสัมพันธ์ที่กล่าวไว้ในกรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) บางส่วน กล่าวคือ ประสบการณ์เกี่ยวกับ

อาการได้แก่ อาการปวดเข่า กลวิธีในการจัดการกับอาการได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเอง ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านสุขภาพการเจ็บป่วยได้แก่ ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของอาการซึ่งในการศึกษาคั้งนี้หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้ในผลลัพธ์ของอาการคือ สภาวะอารมณ์ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และสภาวะอาการ ได้แก่ ความรุนแรงของโรค พบว่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตซึ่งสนับสนุนแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการที่กล่าวถึงผลลัพธ์ในแนวคิดผลลัพธ์ของอาการว่าแต่ละผลลัพธ์มีความสัมพันธ์ต่อกัน แต่อายุซึ่งเป็นปัจจัยด้านบุคคลตามกรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของอาการคือคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้ไม่สนับสนุนแนวคิดดังกล่าว อายุเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เราไม่สามารถจัดการได้เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ดำเนินไปเรื่อยๆ ของชีวิตคนๆ นั้น ดังนั้นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่จึงควรมีการวางแผนการพยาบาลเพื่อลดปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในทางลบ และควรมีการส่งเสริมในปัจจัยด้านที่ช่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ดีขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นจึงควรนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป ผู้วิจัยขอเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. จากผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีความสัมพันธ์ทั้งความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านสังคม ความผาสุกด้านอารมณ์ และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม ในการวางแผนการพยาบาลควรคำนึงถึงความรู้สึกด้านจิตใจของผู้ป่วยร่วมด้วย ควรมีการวางแผนการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นองค์รวมทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ และควรนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อประเมินสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยเพื่อวางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

2. จากผลการศึกษาพบว่า อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค และดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ ดังนั้น

พยาบาลจึงควรมีการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ในการลดปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทั้งนี้ควรให้การวางแผนการพยาบาลในเรื่องอาการปวดเข่า การป้องกันการเพิ่มขึ้นของความรุนแรงของโรค และควรให้ความสำคัญกับเรื่องดัชนีมวลกายของผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งเป็นปัจจัยที่พบว่า มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทางลบ

3. จากผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นในการวางแผนการพยาบาลควรมีการประเมินถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยอาจนำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมจากการวิจัยนำมาใช้และให้การส่งเสริมในด้านที่ผู้ป่วยรู้สึกว่ายังได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอ จากผลการศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับในด้านต่างๆ พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลโรคข้อเสื่อมอย่างเพียงพอ และโอกาสในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมกับผู้อื่นมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าด้านต่างๆ ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยจึงควรเพิ่มการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนในการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่มมากขึ้น และควรเพิ่มโอกาสในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน ให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้มีการพบปะแลกเปลี่ยนความรู้ แนวทางในการดูแลตนเองที่เหมาะสม นำปัญหาหรือความคิดเห็นมาแลกเปลี่ยนกันโดยพยาบาลเป็นผู้ประสานและให้ความช่วยเหลือ

4. จากผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ในการวางแผนการพยาบาลควรมีส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้สามารถดูแลตนเองได้เพื่อจะสามารถอยู่กับโรคที่เป็นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่เพื่อศึกษาว่ามีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยมีการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงและเพศชายจากกลุ่มตัวอย่างที่เท่าๆ ซึ่งอาจใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ต่อไป

3. ควรมีการศึกษาในรูปแบบของโปรแกรมในการช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่น รูปแบบการจัดการกับอาการปวด การลดภาวะซึมเศร้า การลดความรุนแรงของโรค รูปแบบการดูแลที่เพิ่มการสนับสนุนทางสังคม และรูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นต้น



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กระทรวงสาธารณสุข. 2549. **เผยพบคนไทย “ข้อเข่าเสื่อม” ฟุงกว่า 6 ล้าน.** [ออนไลน์] :

แหล่งที่มา: <http://www.dmh.go.th/sty-libews/news/view.asp?id=5478>.

[25 พ.ย.2553]

กิตติ โตเต็มโชคชัยการ. (2543). มิติใหม่ในการรักษาโรคข้อเสื่อม. ใน *อุดม วิศิษฎ์สุนทร*

(บรรณาธิการ), **คู่มือสำหรับประชาชนโรคข้อเสื่อม – เข่าเสื่อม**, หน้า 51 - 56.

กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ทรงสิทธิ์บรรณ.

จริยวัตร คมพยัคฆ์. (2535). พยาบาลกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตสตรีไทย. **สารสมาการ**

พยาบาล 7(3): 32-37.

ชนกพร จิตปัญญา. (2552). **เอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง 1.**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฐิติเวทย์ ตุมราศิน. (2538). โรคข้อเสื่อม. ใน *สุรวุฒิ ปรีชานนท์ และสุรศักดิ์ นิลกานุงศ์, ตำรา*

โรคข้อ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.

ทัศนีย์ รวีวรกุล. (2549). **ประสิทธิผลของการออกกำลังกายต่อความสามารถตนเองต่อการ**

ออกกำลังกาย ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกาย ความรุนแรงของ

อาการปวดเข่า และสมรรถภาพทางกายของสตรีไทยที่มีอาการโรคข้อเข่าเสื่อม.

วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทวีพร เตชะรัตนมณี. (2547). **ความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเอง และการรับรู้**

สุขภาวะของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดภูเก็ต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม. (2542). **ผลการให้ข้อมูลต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ**

ของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อ. วิทยานิพนธ์ปริญญา

มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน บันดี และ มพร เตรียมชัยศรี. (2533). **คุณลักษณะความตรงของแบบ**

วัดความซึมเศร้า CES-D. *วารสารจิตวิทยาคลินิก 21(1): 26-54.*

- นิตยา สออารีย์. (2546). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวด. สงขลา: แมกซ์มีเดีย
วาย ทู เคเพลส.
- นันทนา กสิตานนท์. (2546). พยาธิกำเนิดและสาเหตุการเกิดโรค. ใน วรวิทย์ เลหาเรณู
(บรรณาธิการ), **โรคข้อเสื่อม**, หน้า 1 - 24. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.
- นัยนา สังคม. (2551). **ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายร่วมกับทำให้
ความรู้ต่อความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่**. วิทยานิพนธ์
ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์ราฎร. (2547). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุษบา ฐ์ไพจิตร. (2537). **ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองและการควบคุมโรคของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่า
เสื่อม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขศาสตร์ วิชาเอกพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เบญจมาศ ม่วงทอง. (2544). **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า**. วิทยานิพนธ์
ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประคอง กรรณสูตร. (2542). **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร :
โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ปราณี กาญจนวรวงศ์. (2540). **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม**. วิทยานิพนธ์
ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปาริชาติ จันสุนทรพร. (2548). **การศึกษาการจัดการเกี่ยวกับอาการปวดเข่าในผู้ป่วยโรค
ข้อเข่าเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พินทุสร ปัตตะกร. (2552). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยหญิงไทย
วัยสูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชา
พยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- พัชรพล อุดมเกียรติ. 2551. **หนุ่มสาวระวังเสียงเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม**. [ออนไลน์]: แหล่งที่มา: http://www.Never.Age.Com:life_style.php?lid.148. [25 พ.ย.2553]
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2546). **หลักการและการใช้สถิติการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางการแพทย์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์
- ภัทริยา วิริยวงศ์. (2551). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- มนานธิป ไชยศิริ. (2546). การประเมินโรค. ใน วรวิทย์ เล่าห์เรณู, **โรคข้อเสื่อม**, หน้า 213 - 228. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.
- มาริสสา สุวรรณราช. (2544). **ความปวด การจัดการกับความปวด และภาวะสุขภาพในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาศอุบล วงศ์พรหมชัย. (2548). **ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับประทานเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มลฤดี บุราณ. (2548). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุพิน โกรินทร์. (2536). **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). **การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชบัณฑิตสถาน. (2539). **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรเจริญทัศน์.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย: เรื่องง่ายที่บางครั้งก็พลาดได้. **ข่าวสารวิจัยการศึกษา** 44(2): 88 - 92.

- วิภา งามสุทธิกุล. (2543). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมและคุณภาพชีวิต**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิวัฒน์ วจนะวิศิษฏ์. (2550). ออร์โทปิดิกส์. ในวิวัฒน์ วจนะวิศิษฏ์, ภัทรวัฒน์ วรรณรัตน์, ชูศักดิ์ กิจคุณาเสถียร, สุกิจ เลานะเจริญสมบัติ และ สุรศักดิ์ ศุภผล (บรรณาธิการ), **ออร์โทปิดิกส์**, หน้า 325 - 340. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- วรรณีย์ สัตยวิวัฒน์. (2551). **การพยาบาลผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: เอ็นพีเพรส.
- วรวิทย์ เล่าห์เรณู. (2546). **โรคข้อเสื่อม**. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.
- แววดาว ทวีชัย. (2543). **พฤติกรรมการดูแลตนเองและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร. (2545). **ความหวัง ภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สัตยา โรจนเสถียร. (2546). การผ่าตัดข้อ. ในวรวิทย์ เล่าห์เรณู (บรรณาธิการ), **โรคข้อเสื่อม**, หน้า 183 - 198. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.
- สถาบันสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย. (2536). **มาตรฐานการปฏิบัติการจิตเวชและสุขภาพจิต เล่มที่ 2**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- สภาการพยาบาล. (2550). **แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในระบบสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: จุดทอง.
- สมชาย เอื้อรัตน์วงศ์. (2546). **แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคข้อ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมชาย อรรถศิลป์ และ อุทิศ ดีสมโชค. (2541). โรคข้อเสื่อม. ใน สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์ และ สุรวุฒิ ปรีชานนท์ (บรรณาธิการ), **คู่มือโรคข้อ**, หน้า 272 - 278. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

- สุจิตรา ไชยพัฒนะพฤกษ์. (2532). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม; กรณีศึกษาเฉพาะผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามธิบดี.** วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสถิติ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์. (2546). โรคข้อเสื่อม สาเหตุอาการ อาการแสดงและปัญหาในโรคข้อเสื่อม.
อุดม วิชาญสุนทร (บรรณาธิการ), **คู่มือสำหรับประชาชนโรคข้อเสื่อม-เข่าเสื่อม,**
หน้า 35 - 50. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ทรงสิทธิ์บรรณ.
- สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์. (2552). Current pathogenesis and therapeutic implication in
osteoarthritis. ในกิตติ โตเต็มโชคชัยการ (บรรณาธิการ), **ฟื้นฟูวิชาการโรคข้อและ
รูมาติสซั่ม ประจำปี 2552,** หน้า 177-217. กรุงเทพมหานคร: ชิตีพรีนซ์.
- สุวีรพร ธนศิลป์. (2552). **เอกสารคำสอนรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง 2.**
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุณี สุวรรณพสุ. (2544). **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรง
สนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม.** วิทยานิพนธ์
ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- สุภาพ อารีเอื้อ. (2540). **ความเครียด การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อ
เสื่อม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สาธิตา ตริสัถยตระกูล. (2552). **กรณีศึกษา; ผลของการนวดประคบสมุนไพรต่ออาการปวด
และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม.** วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต, การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภิชนา โสวินทะ. (2546). การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู. ใน วรวิทย์ เล่าห์เรณู (บรรณาธิการ),
โรคข้อเสื่อม, หน้า 199 - 212. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.

ภาษาอังกฤษ

- Altman, R. D., et al. (1986). The American College of Rheumatology criteria for the
classification and reporting of osteoarthritis of the knee. *Arthritis and
Rheumatism* 29: 1030-1049.

- Altman, R. D., et al. (1991). Classification of disease: Osteoarthritis. **Seminar in Arthritis and Rheumatism** 20(2): 40-47.
- Ang, D. C., Kroenke, K., McHorney, C. A. (2006). Impact of pain severity and location on health – related quality of life. **Rheumatol Internatioanl** (26): 567 - 572
- Baker, R. K., et al. (2004). Quadriceps weakness and its relationship to Tibiofemoral and Patellofemoral knee osteoarthritis. **Arthritis and Rheumatism** (6): 1851-1821.
- Beck, A. T. (1961). **Depression: Clinical experimental and theoretical aspect**. New York: International University Press.
- Beeber, L. S. (1998). Treating depression trough the therapeutic nurse client relationship. **Nursing Clinics of North America** 33(1): 153-172.
- Bijlsma, j. W. J., and Knahr, K. (2007). Strategies for the prevention and management of osteoarthritis of the hip and knee. **Best Practice and Research Clinical Rheumatology** 2(1): 59-76.
- Blagojevict, C., Jinkst, A., Jordant, P. (2010). Risk factors for onset of osteoarthritis of the knee in older adults: A systematic review and meta- analysis. **Osteoarthritis and Cartilage** 24 - 33.
- Blixen, C. E., and Kippes, C. (1999). Depression, social support and quality of life in older adults with osteoarthritis . **Journal of Nursing Scholarship** 31(3): 221-226.
- Bonica, J. J. (1990). **The management of pain**. 2nd ed. Philadelphia: Lea & Febiger.
- Burckhardt C. (1985). The impact of arthritis on quality of life. **Nursing Research** 31(1): 11-16.
- Campbell, A. (1976). Subjective measures of well - being. **American Psychologist** 117 – 124.
- Carter, M. A. (1997). Osteoarthritis. In S. A., Price and L. M., Wilson (Eds.). **Pathophysiology: Clinical concepts of disease process**. 5th ed. St. Louise: Mosby.
- Carter, M. A. (1997). **Musculoskeletal system and connective tissue disorder** In S. A. Price & L.M.
- Cella, D. **FACIT- Sp - Ex (Version 4)** [Online]. (1997). Available from: <http://www.facit.org/> [2010, Septembre, 20]

- Cella, D. (1994). Quality of life: Concepts and definition. **Journal of Pain and Symptom Management** 9(3):186-192.
- Christense, R., Astrup, A., and Bliddal, H. (2005). Weight loss: The treatment of choice for knee osteoarthritis? A randomized trial. **OsteoArthritis and Cartilage** (13): 20 - 27.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine** 38(5): 300-313.
- Cook, C., Pietrobon, R., Hegedus, E. (2007). Osteoarthritis and the impact on quality of life health indication. **Rheumatol International** (27): 315 - 321.
- Cooley, M. E. (1998). Quality of life in person with non small cell lung cancer: A concept analysis. **Cancer Nursing** 21(3): 151 - 161.
- Cooper, C., et al. (2000). Risk factors for the incidence and progression of radiographic knee osteoarthritis. **Arthritis and Rheumatism** (43): 955 – 1000.
- Das, S.K., and Farooqi, A. (2008). Osteoarthritis. **Best Practice and Research Clinical Rheumatology** 22(4): 657 - 675.
- Debi, R., Mor, A., Segal, O., Segal, G., Debbi, E., Agar, G., et al. 2009. Differences in gait patterns, pain, function, and quality of life between males and females with knee osteoarthritis: clinical trial. **BMC Musculoskeletal Disorders** 10: 127.
- Dillon, C. F., Rasch E. K., Gu, Q., Hirsch, R. (2006). Prevalence of knee osteoarthritis in the United States: arthritis data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey 1991-94. **Journal Rheumatol** 33 : 2271-9.
- Dodd, M., Janson., S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E., Humphreys, J., et al. (2001). Nursing theory and concept development or analysis: Advancing the science of symptom management. **Journal of Advance Nursing** 33: 668-676.
- Dodd, M., et al. (2001). Symptom cluster and their effect on the functional status of patients with cancer. **Oncology Nursing Forum** 28 (3): 465-470.
- Ethgen, O., Vanparijs, P., Delhalle, S., Rosant, S., Bruyere, O., Reginster, J. (2004). Social support and health- related quality of life in hip and knee osteoarthritis. **Quality of Life Research** 13: 321-330.

- Evers, G. C.M. (1985). Development of the Appraisal of self care agency scale. **Paper presented at International research conference.** Edmonton: Canada.
- Felson, D. T, Zhang, Y., Hannan, M. T., Naimark, A., Weissman, B. N., Aliabadi, P., et al. (1995). The incidence and natural history of knee osteoarthritis in the elderly. The Framingham Osteoarthritis Study **Arthritis Rheum** 3: 1500-1505.
- Felson, D. T., Zhang, Y. (1998). An update on the epidemiology of knee and hip osteoarthritis with a view to prevention. **Arthritis Rheum** 41: 1343-55.
- Felson, D. T., et al. (2000). Osteoarthritis: New insights. part I: The disease and its risk factors. **Ann International Medicine** 133: 635-646.
- Ferrans, C. E., and Power, M. J. R. (1985). Quality of life index: development and Psychometric properties. **Advanced in Nursing Science** 8(1): 15 -24.
- Ferrans, C. E., and Powers, M. J. 1992. Psychometric assessment of the quality of life index. **Research in Nursing and Health** 15: 19 - 38.
- Ferrell, B. R., et al. (1995). Quality of life in long term cancer survivors. **Oncology Nursing Forum** 22(6): 915 - 922.
- Ferrell, B. R. (1998). Quality of life in Breast cancer survivor: Implications for developing support services. **Oncology Nursing Forum** 25(5): 887-895.
- Ferreira, V. M., and Sherman, A. M. (2007). The relationship of optimism, pain and social support to well – being in older adult with osteoarthritis. **Aging and Mental Health** 11: 89 - 98.
- Flanagan, J. C. (1978) . A Research Approach to Improving our Quality of life. **American Psychologist** 31: 136 – 147.
- Gilliland, B.C. (1994). Arthritis and periarticular disorder. In J.J., Bonica (Ed), **The management of pain**, pp.329 - 351. Pennsylvania: Lea & Febiger .
- Hanucharunkul, S. (1988). **Social support, self care, and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand.** Doctoral dissertation College of Nursing, Wayne State University, Detroit, MI.
- Hass, B. K. (1999). A multidisciplinary concept analysis of quality of life. **Western Journal of Nursing Research** 21(6): 728-742.

- House, N. J. (1981). **Work stress and social support**. New Jersey: Prentice Hall.
- Husaini, B. A., and More, S. T. (1990). Arthritis, disability, depression, and life satisfaction among elderly Black people. **Journal of Health and Social Work** 15: 253-260.
- Isaramalai, S. (2002). Developing a cross – measure of the self – as – care – inventory questionnaire for thai population. **Dissertation abstract**. University of Missouri - Columbia.
- Jacobson, D. E. (1986). Type and meaning of social support. **Journal of Social Behavior** 27(9): 250- 264.
- Jacobsson, U. F. L., Hallberg, I. R. (2002). Review pain and quality of life among older people with rheumatoid arthritis and / or osteoarthritis: a literature review. **Journal of Clinical Nursing** (11): 430 - 443.
- Jagmin, M. G. (2000). Alteration in musculoskeletal function: heumatic disorder. In L-E. Copstead, and J. L., Banasilk Eds, **Pathophysiology biological and behavioral perspectives**. 2nd ed. pp. 1080-1175. Philadelphia : W. B. Saunders.
- Jakobsson, U. L. F., and Hallberg, I. R. (2006). Quality of life among older adult with osteoarthritis. **Journal of Gerontological** 8: 51 - 56.
- Lawrence, R. C., Felson, D. T., Helmick, C. G., et al. (2008). Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic condition in United States. **Part II. Arthritis Rheum** 58(1): 26 - 35.
- Lequesne, M. G. 1991. Indices of severity and disease activity for osteoarthritis. **Seminars in Arthritis and Reumatism** 20(2): 48-54.
- Lequesne, M. G. (1997). The malfunction indices for hip and knee osteoarthritis. **Journal Rheumatol** 21: 779-781.
- Lin, E. H. B. (2008). Depression and Osteoarthritis. **The American Journal of Medicine** (121): S16 – S19.
- March, L. M., and Bachmeier, C. J. (1997). Economics of osteoarthritis: A global perspective. **Baillieres Clin Rheumatol** 11(4): 817 - 834.

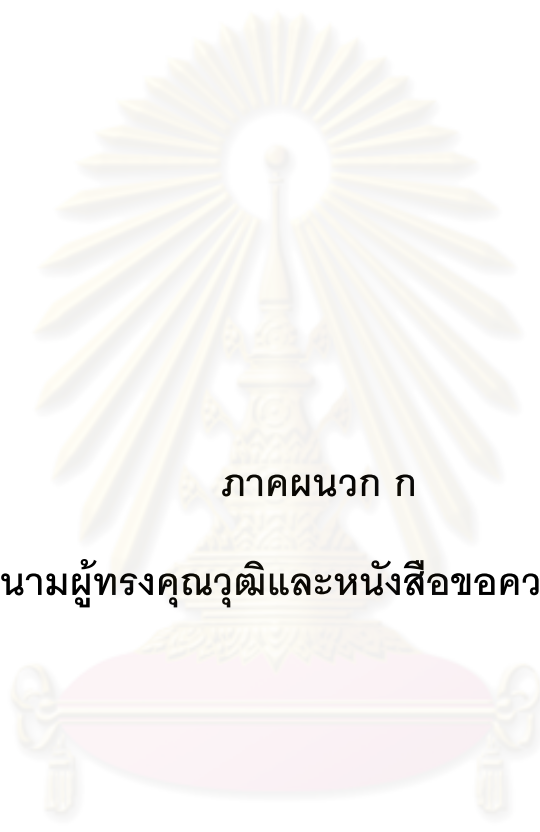
- McCaffery, M., and Pasero, C. (1999). **Pain clinical manual**. 2nded. St. Louise: Mosby Year Book.
- Meeberg, G. A. (1993). Quality of life: A concept analysis. **Journal of advanced Nursing** 18: 32 -38.
- Meenan, R. F., Mason, J. H., Anderson, J. J., Guccion, A. A., and Kazis, L. E. (1992). The Content properties of a revised and expanded arthritis impact measurement scales health status questionnaire. **Arthritis and Rheumatism** 35: 1-10.
- Morison, J. B. (1970). The medicine of the knee joint in relation to normal walking. **Journal Biomech** 3: 51-61.
- Moskowitz, R. W. (1993). **Osteoarthritis: Diagnosis and medical / surgical management**. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott.
- Moskowitz, R. W. (2009). The Burden of Osteoarthritis: Clinical and quality of life issue. **The American Journal of Managed Care** 15(8): 223 - 229.
- Orem, D. E. 1995. **Nursing: Concept of practice**. 5th ed. St.Louise: Mosby.
- Orem, D. E., Taylor S. G., and Renpenning, K. M. (2001). **Nursing: Concept of practice**. 6th ed. St Louis: Mosby.
- Padilla, G. V., and Grant, M. M. (1985). Quality of life as A Cancer Nursing Outcomes Variable. **Advance in Nursing Science** (8): 45 - 60.
- Parmeleen, P. A., Harralson, T. L., Smith, L. A., Schumacher, H. R. 2007. Original research Necessary and Discretionary Activities in Knee Osteoarthritis: Do They Mediate the Pain –Depression Relationship. **Pain Medicine** 8(5): 449 - 461
- Polit, D F., and Beck, T. B. (2004). **Nursing research: Principle and methods**. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Possley, D., Budiman, E., Connell, O. (2009). Relationship between depression and functional measure in overweight and obese persons with osteoarthritis of the knee. **Journal of Rehabilitation Research and Development** 46(9):1091 - 1097.
- Radloff, L. A. (1977). Self-report depression scale for research in the general population. **Apply Psychological Measurement** 1: 385-401.

- Rat, A. C., Coste, j., Pouchot, j., Baumann, M., Spitz, E., Rude, N.R., et al. (2005). OAKHQOL: A new instrument to measure quality of life in knee and hip osteoarthritis. **Journal of Clinical Epidemiology** 58: 47 - 55.
- Rat A, C., Pouchot, J., Coste, J., Baumann, C., Spitz, E., Rude, N., et al. (2006). Development and testing a specific quality of life questionnaire for knee and hip osteoarthritis: OAKHQOL OsteoArthritis of Knee Hip Quality Of Life. **Joint Bone Spine** 73: 697-704.
- Rock, H. M., Kraaijmaat, F. W., Bijlsma, J. J. W. (1999). Quality of life in elderly subjects with pain in the hip or knee. **Quality of Life Research** (6): 67 - 76.
- Schaefer, C., Coyne. J. C., and Lazarus. R. S. (1981). The health related function of social support. **Journal of Behavior Medicine** 4: 381-406.
- Suwisith, N. (2007). **Symptom clusters and their influences on the functional status of woman with breast cancer**. Degree of Doctor of Philosophy (Nursing) Graduate Study Mahidol University.
- Thorndike, R. M. (1978). **Correlation procedures for research**. New York: Gardner.
- Tsai, P. (2005). Predicates of distress and depression in elders with arthritis pain. **Journal of Advanced Nursing** 51(2): 158-165.
- Zautra, A. J., and Smith, B. W. (2001). Depression and reactivity to distress in older women with rheumatoid arthritis and osteoarthritis. **Journal of Psychosomatic Medicine** 63(4): 687-696.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. **Journal of Advanced Nursing** 17(7): 795 -800



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและหนังสือขอความร่วมมือ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน
ที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง / สถานที่
1. รศ. นายแพทย์เกียรติ เจริญชลวานิช	อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคกระดูกและ ข้อโรงพยาบาลศิริราชคณะแพทยศาสตร์ศิริราช พยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผศ. ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. รศ. วรณี สัตยวิวัฒน์	ที่ปรึกษาชมรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์แห่ง ประเทศไทย
4. นางสาวพรสวรรค์ โรจนกิตติ	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์หัวหน้าหอผู้ป่วยเจริญสมศรี 4 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
5. นางปาริชาติ จันสุนทรพร	พยาบาลวิชาชีพระดับ 6 ผู้ปฏิบัติการพยาบาล ขั้นสูงสาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ งานการ พยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อวิริยะพยาบาล

ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศบ 0512.11/๒10๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพร ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๐ ธันวาคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวธรรารณ เชื้อตาเล็ง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ กิรติ เจริญชลวาณิช อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคกระดูกและข้อ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ กิรติ เจริญชลวาณิช

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1125, 0-2218-1155

ชื่อนิสิต นางสาวธรรารณ เชื้อตาเล็ง โทร. 08-7785-5733

ที่ ศบ 0512.11/ 2106



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๐ ธันวาคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ประธานชมรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวธิดารัตน เชื้อตาเล็ง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ วรณี สัตยวิวัฒน์ ที่ปรึกษาชมรม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ วรณี สัตยวิวัฒน์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1125, 0-2218-1155

ชื่อนิสิต

นางสาวธิดารัตน เชื้อตาเล็ง โทร. 08-7785-5733



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/ 2106

วันที่ 20 ธันวาคม 2553

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปริชาวงษ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวธิดารวรรณ เชื้อตาเต็ง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1125, 0-2218-1155

ชื่อนิสิต

นางสาวธิดารวรรณ เชื้อตาเต็ง โทร. 08-7785-5733

ที่ ศธ 0512.11/ 2106



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

20 ธันวาคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวธีรารวรรณ เชื้อตาเล็ง นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มี ความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวพรสวรรค์ โรจนกิติ หัวหน้าหอผู้ป่วยเจริญสมศรี 4 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้าง ขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะ ได้รับความอนุเคราะห์จาก ท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวพรสวรรค์ โรจนกิติ

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1125, 0-2218-1155

ชื่อนิสิต นางสาวธีรารวรรณ เชื้อตาเล็ง โทร. 08-7785-5733

ที่ ศธ 0512.11/ 2106



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๐ ธันวาคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวธิราวรรณ เชื้อตาเล็ง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางปาริชาติ จินสุนทรพร พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6 งานการพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาอายุรศาสตร์-ศัลยกรรมศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางปาริชาติ จินสุนทรพร

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1125, 0-2218-1155

ชื่อนิสิต นางสาวธิราวรรณ เชื้อตาเล็ง โทร. 08-7785-5733

ที่ ศธ 0512.11/ 0043



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒ มกราคม 2554

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. พอ.

เนื่องด้วย นางสาวธิดารวรรณ เชื้อตาเล็ง นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพรรณศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 40 คน จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุ 25-60 ปี ทั้งเพศชายและหญิงที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคกระดูกและข้อ โรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แบบประเมินอาการปวด แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง แบบประเมินความรุนแรงของโรค แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิต ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวธิดารวรรณ เชื้อตาเล็ง ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพรรณศิลป์ โทร. 0-2218-1125, 0-2218-1155

ชื่อนิสิต

นางสาวธิดารวรรณ เชื้อตาเล็ง โทร. 08-7785-5733

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๐๕๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

|| มกราคม 2554

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้หนังสือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน

เนื่องด้วย นางสาวธิดารวรรณ เชื้อตาเล็ง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มี ความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ชนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้ เครื่องมือการวิจัย ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่ม ตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุ 25-60 ปี ทั้งเพศชายและหญิงที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคกระดูกและข้อ โรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูล ทั่วไปของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แบบประเมินอาการปวด แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง แบบประเมินความรุนแรงของโรค แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และ แบบประเมินคุณภาพชีวิต ทั้งนี้หนังสือจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย อีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวธิดารวรรณ เชื้อตาเล็ง ดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความ อนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ชนศิลป์ โทร. 0-2218-1125, 0-2218-1155

ผู้นิสิต

นางสาวธิดารวรรณ เชื้อตาเล็ง โทร. 08-7785-5733

ที่ ศบ 0512.11/ 0043



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

|/ มกราคม 2554

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้หนังสือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวธิดารัตน์ เชื้อตาเล็ง นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุ 25-60 ปี ทั้งเพศชายและหญิงที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคกระดูกและข้อ โรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ จำนวน 80 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แบบประเมินอาการปวด แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง แบบประเมินความรุนแรงของโรค แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิต ทั้งนี้หนังสือจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย อีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวธิดารัตน์ เชื้อตาเล็ง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนงานบริการการศึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาข้อนี้ติด

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1125, 0-2218-1155

นางสาวธิดารัตน์ เชื้อตาเล็ง โทร. 08-7785-5733

ที่ ศธ 0512.11/0045



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๓ มกราคม 2554

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. พอ.

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. พอ.

เนื่องด้วย นางสาวธิดารวรรณ เชื้อตาเล็ง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มี
ความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร
ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้
โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรม โดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับ
คณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1125, 0-2218-1155

ชื่อนิสิต นางสาวธิดารวรรณ เชื้อตาเล็ง โทร. 08-7785-5733

ที่ ศบ 0512.11/0044



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๙ มกราคม 2554

เรื่อง ขอสอนโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเลิดสิน

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. ข้อมูลพื้นฐานของโครงการวิจัย
 2. โครงร่างการวิจัย
 3. ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัย/โครงการ โดยละเอียด
 4. ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
 5. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
 6. แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวธิราวรรณ เชื้อตาเล็ง นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้ โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาดำเนินการด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1125, 0-2218-1155

ชื่อนิสิต นางสาวธิราวรรณ เชื้อตาเล็ง โทร. 08-7785-5733

ที่ ศธ 0512.11/ 004๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒ มกราคม 2554

เรื่อง ขอสอนโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. ประวัติส่วนตัว/ผลงานของอาจารย์ที่ปรึกษาและนักศึกษา จำนวน 1 ชุด
 2. แบบเสนอโครงการวิจัยภาษาไทย จำนวน 4 ชุด
 3. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย จำนวน 4 ชุด
 4. แบบสอบถาม จำนวน 4 ชุด
 5. แผ่น CD บรรจุข้อมูลเอกสาร ข้อ 1-4 จำนวน 1 ชุด
 6. ใบรับรองการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวธิดารวรรณ เชื้อคาเล้ง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร รัตนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้ โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

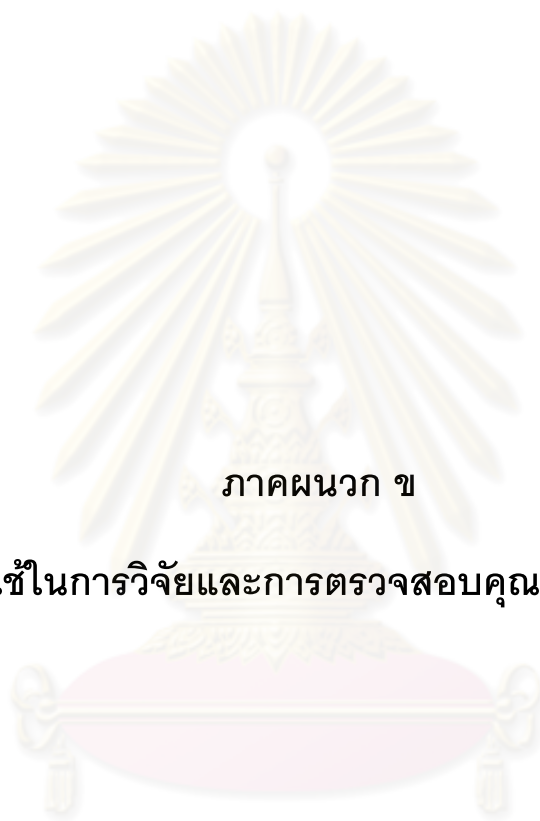
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร รัตนศิลป์ โทร. 0-2218-1125, 0-2218-1155

ชื่อนิสิต นางสาวธิดารวรรณ เชื้อคาเล้ง โทร. 08-7785-5733



ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามงานวิจัย

เรื่อง

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ทางกายภาพ เพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จึงขอความร่วมมือให้ท่าน ตอบแบบสอบถามการวิจัย คำตอบของท่านจะถูกนำไปใช้ในการวิเคราะห์ทางสถิติและการแปลผล ข้อมูลจะไม่มีการอ้างอิงถึงตัวบุคคล ไม่ว่ากรณีใด ๆ เพราะเป็นการศึกษาข้อมูลในภาพรวม ข้อมูลที่ได้ ในการศึกษาครั้งนี้จะนำไปเป็นแนวทางในการดูแลส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ให้ดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอให้ท่านตอบแบบสอบถามโดยโปรดอ่านคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน และกรุณาตอบตามความเป็นจริง

แบบสอบถามนี้มี 7 ส่วน คือ

- | | |
|-----------|---|
| ส่วนที่ 1 | แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม |
| ส่วนที่ 2 | แบบประเมินอาการปวด |
| ส่วนที่ 3 | แบบประเมินความรุนแรงของโรค |
| ส่วนที่ 4 | แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง |
| ส่วนที่ 5 | แบบประเมินภาวะซึมเศร้า |
| ส่วนที่ 6 | แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม |
| ส่วนที่ 7 | แบบประเมินคุณภาพชีวิต |

ศูนย์วิจัยการพยาบาล
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รหัสผู้ป่วย.....

สถานที่.....

วันที่...../...../.....

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

คำชี้แจง ในการตอบแบบสอบถามนี้ ต้องการทราบข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของท่านโปรดเติมข้อความในช่องว่าง และ/หรือ ชี้ดเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ตรงตามความเป็นจริง ขอให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว และโปรดตอบคำถามทุกข้อ

ข้อมูลส่วนตัว

1. เพศ

 1.ชาย 2.หญิง

2. อายุ.....ปี

3. น้ำหนัก.....กิโลกรัม

4. ส่วนสูง.....เซนติเมตร

5. สถานภาพสมรส

 1.โสด 2. สมรส 3.หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่

6.ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด

 1.ไม่ได้รับการศึกษา 2. ประถมศึกษา 3.มัธยมศึกษาตอนต้น 4.มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช. 5.ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)หรืออนุปริญญา 6.ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า. 7 อื่นๆ (โปรดระบุ).....

7.อาชีพ

 1.ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2.รับราชการ 3.พนักงานรัฐวิสาหกิจ 4.ค้าขาย 5.เกษตรกร 6.รับจ้าง 7 อื่นๆ (ระบุ).....

8.รายได้เฉลี่ยต่อเดือนในปัจจุบัน.....บาท

9.ระยะเวลาที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม.....ปีเดือน

10.โรคประจำตัว 1.ไม่มี 2.มีโปรดระบุ.....

แบบประเมินอาการปวดเข่า

คำชี้แจง ข้อความข้างล่างเป็นแบบประเมินอาการปวด หากท่านมีอาการเจ็บปวดเข่า กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องมีอาการ ในข้อที่ 1 และโปรดทำแบบสอบถามต่อใน ข้อที่ 2,3 และ ข้อที่ 4 หากท่านไม่มีอาการเจ็บปวดเข่า กรุณาทำเพียงเครื่องหมาย (✓) ในช่อง “ไม่มีอาการ” และไม่ต้องระบุคำตอบในข้อต่อไป

1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาการเจ็บ ปวดเข่าหรือไม่

() ไม่มีอาการ () มีอาการ

2. ท่านเกิดอาการเจ็บ ปวดเข่าบ่อยเพียงใด

น้อยมาก	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกิดตลอด

3.อาการเจ็บปวดเข่ารุนแรงมากน้อยเพียงใด

เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

4. อาการเจ็บปวดเข่าทำให้ท่านรู้สึกทุข์ทรมานหรือรบกวนการทำกิจวัตรประจำวันของท่าน มากน้อยเพียงใด

ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินความรุนแรงของโรค

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้ กล่าวถึงอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมและความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อคำถามเกี่ยวกับอาการปวดของท่าน ให้ท่านใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง () ที่ตรงกับคำตอบให้มากที่สุด (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ)

1. ท่านมีอาการปวดเข่าขณะนอนตอนกลางคืน

- () 1. ไม่ปวดเลย () 2. ปวดเมื่อเปลี่ยนท่านอนหรือขยับตัว
() 3. นอนนิ่งๆ ไม่เคลื่อนไหวก็ปวด

2. เมื่อท่านลุกนั่งมีอาการปวดตึงหรือขัดในข้อเข่าระยะเวลานานเท่าใด

- () 1. ไม่มีอาการหรือมีอาการ แต่น้อยกว่า 1 นาที
() 2. มีอาการนานมากกว่า 1 นาที แต่น้อยกว่า 15 นาที
() 3. มีอาการ มากกว่า 15 นาที

3. ท่านมีอาการปวดเข่าเมื่อยืนนาน 30 นาที

- () 1. ไม่ปวดเลย () 2. ปวด

4. ท่านมีอาการปวดเข่าเมื่อเดิน

- () 1. ไม่ปวดเลย () 2. เดินได้ชั่วคราวถึงจะปวด(1 ป้ายรถเมล์)
() 3. ปวดตั้งแต่เริ่มเดิน

5. ท่านมีอาการปวดข้อเข่า เมื่อลุกขึ้นยืนจากท่านั่งบนเก้าอี้ โดยไม่ใช้แขนยัน

- () 1. ไม่ปวดเลย () 2. ปวด

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับระยะทางไกลที่สุดในการเดินของท่าน ให้ท่านใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง () ที่ตรงกับคำตอบให้มากที่สุด (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ)

6. ระยะทางเท่าใดที่ท่านสามารถเดินได้ไกลที่สุด

- () 1. ไม่จำกัดระยะทาง
() 2. มากกว่า 1 กิโลเมตร ไม่จำกัดเวลา
() 3. น้อยกว่า 1 กิโลเมตร

ส่วนที่ 3 ข้อคำถามเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของท่าน ให้ท่านใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ()
 ที่ตรงกับคำตอบให้มากที่สุด (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ)

7. ท่านเดินขึ้นบันได 1 ชั้น (ประมาณ 10-18 ชั้นบันได)

() 1. ทำได้อย่างสบาย () 2. ทำได้แต่มีความลำบาก

() 3. ทำไม่ได้เลย

8. ท่านเดินลงบันได 1 ชั้น (ประมาณ 10-18 ชั้นบันได)

() 1. ทำได้อย่างสบาย () 2. ทำได้แต่มีความลำบาก

() 3. ทำไม่ได้เลย

9. ท่านนั่งยอง ๆ นั่งพับเข่า นั่งพับเพียบนั่งสมาธิ การคุกเข่า หรือการเดินเข่า

() 1. ทำได้อย่างสบาย () 2. ทำได้แต่มีความลำบาก

() 3. ทำไม่ได้เลย

10. ท่านเดินบนพื้นขรุขระ หรือพื้นทางต่างระดับ

() 1. ทำได้อย่างสบาย () 2. ทำได้แต่มีความลำบาก

() 3. ทำไม่ได้เลย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้ใช้วัดความสามารถในการดูแลตนเองของท่านเมื่อเป็นข้อเข้าสี่มแต่ละข้อคำถามจะมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-6 โดย 1 หมายถึง น้อยที่สุด และ 6 หมายถึง มากที่สุดโปรดทำเครื่องหมาย วงกลม ○ ลงบนตัวเลขที่ท่านเห็นว่าตรงกับความสามารถของตัวท่านมากที่สุด

	น้อยที่สุด			มากที่สุด		
1. กระจกและข้อของท่านเคลื่อนไหวได้ดีเพียงพอที่จะดูแลข้อเข้าด้วยตนเองเพียงใด	1	2	3	4	5	6
2. ท่านใช้ความรู้ในการดูแลข้อเข้าด้วยตนเองเพียงใด	1	2	3	4	5	6
3. การดำเนินชีวิตประจำวันเป็นอุปสรรคต่อการดูแลข้อเข้าของท่านเพียงใด	1	2	3	4	5	6
4. ท่านได้ลองใช้วิธีการดูแลข้อเข้าแบบใหม่ ๆ ตามคำแนะนำจากผู้รู้เพียงใด	1	2	3	4	5	6
5. การดูแลข้อเข้าของท่านสอดคล้องกับชีวิตด้านอื่น ๆ เพียงใด	1	2	3	4	5	6
6. ท่านติดตามผลการดูแลข้อเข้าของท่านด้วยตนเองเพียงใด	1	2	3	4	5	6
7. ท่านคิดหาวิธีการดูแลข้อเข้าที่เหมาะสมกับปัญหาที่มีเพียงใด	1	2	3	4	5	6
8. ท่านคอยคิดหาวิธีการใหม่ ๆ ในการดูแลข้อเข้าจากสิ่งต่างรอบตัวเพียงใด	1	2	3	4	5	6
9. ท่านแข็งแรงเพียงพอที่จะดูแลข้อเข้าด้วยตนเองเพียงใด	1	2	3	4	5	6
10. ท่านติดตามอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเพื่อปรับปรุงวิธีการดูแลข้อเข้าของท่านเพียงใด	1	2	3	4	5	6
11. ท่านใช้ความพยายามในการดูแลข้อเข้าตามกำลังที่มีอย่างน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6

	น้อยที่สุด					มากที่สุด
12. ท่านสนใจสิ่งต่าง ๆ รอบตัวที่จะมีผลกระทบต่ออาการดูแลข้อเข่าเพียงใด	1	2	3	4	5	6
13. ท่านใช้ความพยายามในการดูแลข้อเข่าตามที่ตั้งใจไว้เพียงใด	1	2	3	4	5	6
14. ท่านรู้ในสิ่งที่ท่านต้องทำเพื่อดูแลข้อเข่าของท่านเพียงใด	1	2	3	4	5	6
15. ท่านทำตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ แนะนำในการดูแลตนเองมากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6
16. ท่านดูแลข้อเข่าด้วยตนเองเพราะเห็นว่าข้อเข่ามีความสำคัญต่อท่านเพียงใด	1	2	3	4	5	6
17. ท่านจดจำความรู้เกี่ยวกับการดูแลข้อเข่าของท่านได้เพียงใด	1	2	3	4	5	6
18. ท่านเข้าใจว่าต้องใช้ความพยายามในการดูแลข้อเข่าด้วยตนเองมากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6
19. ท่านพิจารณาข้อดีข้อเสียของวิธีต่าง ๆ ก่อนนำมาใช้ในการดูแลข้อเข่าเพียงใด	1	2	3	4	5	6
20. ท่านหาความรู้หรือขอคำแนะนำในการดูแลข้อเข่าด้วยตัวเองเพียงใด	1	2	3	4	5	6
21. ท่านได้ปรับสิ่งแวดล้อมของบ้านหรืออุปกรณ์ของใช้ต่าง ๆ เพื่อให้การดูแลข้อเข่าได้ผลดียิ่งขึ้นเพียงใด	1	2	3	4	5	6
22. ท่านมีความพร้อมด้านร่างกายเพียงใดในการดูแลข้อเข่าด้วยตนเอง	1	2	3	4	5	6

	น้อยที่สุด					มากที่สุด
23. ในการดูแลข้อเข่าด้วยตนเองนั้นตาและหูของท่านดีเพียงพอเพียงใด	1	2	3	4	5	6
24. ท่านพยายามทำสิ่งที่คุณรู้ว่าจะทำให้เกิดผลดีต่อข้อเข่าแม้ไม่อยากจะทำเพียงใด	1	2	3	4	5	6
25. ท่านมีวิธีการดูแลข้อเข่าของท่านที่หลากหลายเพียงใด	1	2	3	4	5	6
26. เมื่อท่านเลือกดูแลข้อเข่าด้วยวิธีใด ท่านได้ปฏิบัติตามวิธีนั้นอย่างเคร่งครัดเพียงใด	1	2	3	4	5	6
27. ท่านดูแลข้อเข่าตามแบบฉบับของท่านเองเพียงใด	1	2	3	4	5	6
28. ท่านคิดว่าการตัดสินใจของท่านจะมีผลกระทบต่อสุขภาพและการดูแลข้อเข่าของท่านเพียงใด	1	2	3	4	5	6
29. ท่านนำความรู้จากผู้ที่มีความรู้มาดูแลข้อเข่า	1	2	3	4	5	6
30. กล้ามเนื้อของท่านแข็งแรงพอที่จะดูแลข้อเข่าด้วยตนเองเพียงใด	1	2	3	4	5	6
31. ท่านใช้ความรอบคอบเพียงใดในการเลือกวิธีการต่าง ๆ ในการดูแลข้อเข่าของท่าน	1	2	3	4	5	6
32. ท่านใช้เหตุผลเพียงใดในการเลือกวิธีการต่าง ๆ ในการดูแลข้อเข่าของท่าน	1	2	3	4	5	6
33. ท่านรู้มากน้อยเพียงใดว่าอะไรสำคัญที่สุดที่ท่านต้องทำเพื่อดูแลข้อเข่าของท่าน	1	2	3	4	5	6
34. ท่านจะติดตามดูว่าวิธีในการดูแลข้อเข่าที่ปฏิบัติกันนั้นได้ผลมากเพียงใดได้ผลเพียงใด	1	2	3	4	5	6

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามด้านล่างนี้บรรยายเกี่ยวกับการได้รับการตอบสนองของความต้องการจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคมของตน โดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่องซึ่งตรงกับข้อความที่ตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความจริงที่เกิดขึ้นเพียงหนึ่งข้อ การเลือกจะถือเกณฑ์ดังนี้

- 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงมาก
 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงปานกลาง
 1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงน้อย

ข้อความ	ตรงกับความจริงที่เกิดขึ้น			
	มาก (3)	ปาน กลาง (2)	น้อย (1)	สำหรับ ผู้วิจัย
1.ท่านมีผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมที่เหมาะสมต่อท่าน(เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน เป็นต้น)				
2.ท่านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างเพียงพอ				
3.ท่านมีผู้ให้ข้อมูลข่าวสารในการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมเมื่อต้องการ				
4.ท่านมีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมกับผู้อื่น				
5.ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมที่ทันสมัย				
6.ท่านมีบุคคลที่จะไปกับในสถานที่ต่างๆเมื่อท่านต้องการ				
7.ท่านมีผู้ช่วยเหลือเมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน(เช่น การแต่งกาย การรับประทานอาหาร เป็นต้น)				
8.ท่านมีคนดูแลท่านเมื่อออกนอกบ้าน				
9.ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากบุคคลใกล้ชิดของท่าน				

ข้อความ	ตรงกับความจริงที่เกิดขึ้น			
	มาก (3)	ปาน กลาง (2)	น้อย (1)	สำหรับ ผู้วิจัย
10. ท่านได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับสิ่งของ เครื่องใช้ ต่างๆจากบุคคลใกล้ชิด				
11. เมื่อท่านมีปัญหาด้านสุขภาพมีผู้คอยช่วยเหลือ				
12. ท่านชอบจะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสม				
13. เมื่อพบปะเพื่อนฝูงหรือบุคคลที่รู้จักท่านมักทักทายกัน เสมอ				
14. ท่านได้รับโอกาสในการแสดงความคิดเห็นร่วมกับผู้อื่น				
15. ท่านและบุคคลรอบข้างมีการร่วมมือกันเป็นอย่างดีในการทำกิจกรรมต่างๆ				
16. ท่านรับรู้ความเป็นไปของบุคคลรอบข้างเสมอ				
17. ท่านรู้สึกว่าคุณเองมีส่วนสร้างสรรค์สังคมให้ดีขึ้น				
18. ท่านใช้เวลาว่างส่วนหนึ่งในการทำกิจกรรมทางสังคม				
19. ท่านชอบที่จะพบปะพูดคุยกับคนอื่น เมื่อมีเวลา				
20. ท่านได้รับการเห็นอกเห็นใจจากผู้อื่น เมื่อท่านมีเรื่อง ไม่สบายใจ				
21. เมื่อท่านไม่สบายใจ มีผู้รับฟังท่าน				
22. บุคคลรอบข้างมักแสดงให้เห็นว่าคุณรู้สึกพอใจที่ได้ใกล้ชิดท่าน				
23. บุคคลรอบข้าง ญาติมิตรหรือบุตรหลานไม่เคยแสดง กิริยาที่ทำให้ท่านหมดกำลังใจ				
24. เมื่อมีอันตรายเกิดขึ้นกับท่าน ท่านมั่นใจว่าต้องมีผู้ช่วยเหลือท่าน				
25. บุคคลรอบข้างท่านทำให้มีความรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย				

ข้อความ	มาก (3)	ปาน กลาง (2)	น้อย (1)	สำหรับ ผู้วิจัย
26. ท่านไม่รู้สึกรู้สึกว่าถูกทอดทิ้งหรืออยู่อย่างโดดเดี่ยว				
27. เมื่อท่านมีความทุกข์ทางใจท่านแน่ใจว่าจะได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง				
28. บุคคลรอบข้างทราบปัญหาและความต้องการของท่านดี				
29. มีคนที่ท่านรู้สึกไว้วางใจและสามารถพูดคุยปัญหาสำคัญได้				
30. มีผู้ให้ความเคารพยกย่องท่าน				
31. บุคคลรอบข้างคอยให้ข้อเสนอแนะหรือท้วงติงท่านเพื่อให้ท่านกระทำในสิ่งที่เหมาะสม				
32. ท่านได้รับการชื่นชมหรือให้กำลังใจเมื่อกระทำในสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสม				
33. ท่านได้รับความไว้วางใจให้รับผิดชอบงานบ้านที่สามารถทำได้(เช่น การอบรมเลี้ยงดูหลาน การดูแลบ้าน เป็นต้น)				
34. มีผู้ให้กำลังใจสนับสนุนให้ท่านทำกิจกรรมเพื่อดูแลตนเอง(เช่น การออกกำลังกาย การทำงานอดิเรก เป็นต้น)				
35. มีผู้มาปรึกษาและขอคำแนะนำจากท่าน				
36. ท่านมีโอกาสตัดสินใจกิจกรรมของครอบครัว				
37. มีผู้บอกหรือแสดงให้เห็นที่ท่านรู้สึกว่าคุณมีประโยชน์ต่อผู้อื่น				

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง โปรดพิจารณาทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องว่างของข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีเกณฑ์การตอบดังนี้

ไม่เลย	หมายถึง	ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 1-2 วัน สัปดาห์
ค่อนข้างบ่อย	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 3-4 วัน สัปดาห์

ข้อความ	ไม่เลย (0)	นาน ๆ ครั้ง (1)	ค่อนข้าง บ่อย (2)	บ่อยครั้ง (3)	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ท่านรู้สึกหงุดหงิดง่าย					
2. ท่านรู้สึกเบื่ออาหาร					
3. ท่านรู้สึกว่ายังคงมีอาการซึมเศร้า แม้ว่าจะมีคนในครอบครัวหรือเพื่อน คอยช่วย					
4. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีความดี ทัดเทียมคนอื่น ๆ					
5. รู้สึกว่าลำบากในการมีสมาธิเพื่อ ทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง					
6. ท่านรู้สึกว่าหดหู่					
7. ท่านรู้สึกว่าต้อง ฝืนใจในการทำสิ่ง ต่างๆ					
8. ท่านรู้สึกว่ามีความหวังเกี่ยวกับ อนาคต					
9. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีแต่ความล้มเหลว					
10. ท่านรู้สึกว่าหวาดกลัว					
11. ท่านรู้สึกว่านอนไม่ค่อยหลับ					
12. ท่านรู้สึกว่ามีความสุข					
13. ท่านรู้สึกว่าพุดน้อยกว่าปกติ					

ข้อความ	ไม่เลย (0)	นาน ๆ ครั้ง (1)	ค่อนข้าง บ่อย (2)	บ่อยครั้ง (3)	สำหรับ ผู้วิจัย
14. ท่านรู้สึกว่าย่ำแย่เพียงใด					
15. ท่านรู้สึกว่าผู้คนทั่วไปไม่มีความเป็นมิตร					
16. ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน					
17. ท่านรู้สึกว่าอยากร้องไห้					
18. ท่านรู้สึกว่าไม่มีความสุข					
19. ท่านรู้สึกว่าบุคคลรอบข้างไม่ชอบท่าน					
20. ท่านรู้สึกว่าท้อแท้ในชีวิต					

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 7 แบบประเมินคุณภาพชีวิต

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ต้องการทราบ ความรู้สึก หรือ การรับรู้ ของท่านเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของท่านหลังจากที่ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วย ในจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 27 ข้อ โปรดพิจารณาแต่ละข้อความ โดยอ่านข้อความทางซ้ายแล้วกาเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องขวามือให้ตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริงมากที่สุด เพียงข้อละ 1 คำตอบซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับดังนี้

- ไม่เลย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของท่านในด้านนั้นไม่มีเลย
- เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของท่านในด้านนั้นมีเล็กน้อย
- ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของท่านในด้านนั้นมีปานกลาง
- ค่อนข้างมาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของท่านในด้านนั้นมีค่อนข้างมาก
- มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของท่านในด้านนั้นมีมากที่สุด

ข้อ	ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
1	ข้าพเจ้ารู้สึกหมดเรี่ยวแรง					
2	ข้าพเจ้ารู้สึกคลื่นไส้					
3	เนื่องจากสภาพร่างกายที่เป็นอยู่ขณะนี้ ทำให้ข้าพเจ้ามีปัญหาในการดูแลรับภาระต่างๆในครอบครัว					
4	ข้าพเจ้ามีอาการปวด					
5	ข้าพเจ้ารำคาญต่อผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา					
6	ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบาย					
7	ข้าพเจ้าจำต้องใช้เวลาส่วนใหญ่นอนอยู่บนเตียง					
8	ข้าพเจ้ารู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับเพื่อนๆ					
9	ข้าพเจ้าได้รับกำลังใจจากครอบครัว					
10	ข้าพเจ้าได้รับการดูแลช่วยเหลือจากเพื่อนๆ					

ข้อ	ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
11	คนในครอบครัวยอมรับการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า					
12	ข้าพเจ้าพอใจกับการสื่อสารภายในครอบครัว เช่นการพูดคุย การแสดงความคิดเห็นอกเห็นใจ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า					
13	ข้าพเจ้ารู้สึกใกล้ชิดกับคู่ครอง (หรือคนสำคัญที่คอยให้กำลังใจ)					
<p>ไม่ว่าในปัจจุบันท่านจะมีเพศสัมพันธ์มากน้อยเพียงใดก็ตาม กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ หากท่านไม่ต้องการตอบคำถามในส่วนนี้</p> <p>กรุณาทำเครื่องหมาย X ลงในช่องนี้ <input type="checkbox"/> แล้วข้ามไปทำข้อต่อไป</p>						
14	ข้าพเจ้าพึงพอใจกับชีวิตทางเพศของตนเอง (ไม่ว่าขณะนี้จะมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ก็ตาม)					
15	ข้าพเจ้ารู้สึกเศร้าใจ					
16	ข้าพเจ้ารู้สึกพอใจกับวิธีที่ข้าพเจ้าปรับตัวกับการเจ็บป่วยของตนเอง					
17	ข้าพเจ้ารู้สึกหมดหวังในการต่อสู้กับการเจ็บป่วย					
18	ข้าพเจ้ารู้สึกกระวนกระวายใจ					
19	ข้าพเจ้ากังวลเกี่ยวกับความตาย					
20	ข้าพเจ้ากังวลว่าอาการจะแย่ลง					
21	ข้าพเจ้าสามารถทำงานทั่วไปได้ (รวมถึงงานบ้านเช่น กวาดบ้าน ล้างจาน)					

ข้อ	ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
22	ข้าพเจ้าพึงพอใจในผลสำเร็จของงาน (รวมถึงงานบ้านเช่นกวาดบ้าน ล้างจาน)					
23	ข้าพเจ้ายังมีชีวิตที่สนุกสนานได้					
24	ข้าพเจ้ายอมรับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ได้					
25	ข้าพเจ้านอนหลับสนิทดี					
26	ข้าพเจ้ายังคงสนุกสนานเหมือนเดิมกับสิ่ง ที่เคยทำเพื่อความสำราญ					
27	ข้าพเจ้าพึงพอใจกับคุณภาพชีวิตของ ตนเองในขณะนี้					

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจากการประมวลผลทางคอมพิวเตอร์
โดยโปรแกรมสำเร็จรูป

แบบประเมินอาการปวดเข่า

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis ****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std. Dev	Cases
1. PAIN2	.9889	.2966	30.0
2. PAIN3	2.4000	.7240	30.0
3. PAIN4	3.1667	.8743	30.0

Correlation Matrix

	PAIN2	PAIN3	PAIN4
PAIN2	1.0000		
PAIN3	.5031	1.0000	
PAIN4	.5835	.7082	1.0000

N of Cases = 30.0

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	2.1852	.9889	3.1667	2.1778	3.2022	1.2203

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
PAIN2	5.5667	2.1851	.5915	.3567	.8206
PAIN3	4.1556	1.1550	.7150	.5138	.5241
PAIN4	3.3889	.8282	.7536	.5707	.5218

Reliability Coefficients 3 items

Alpha = .7604 Standardized item alpha = .8171

แบบประเมินความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อม

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std. Dev	Cases
1. SEVERE1	2.1667	.7466	30.0
2. SEVERE2	2.0333	.6687	30.0
3. SEVERE3	1.8667	.3457	30.0
4. SEVERE4	2.1333	.6814	30.0
5. SEVERE5	1.8333	.3790	30.0
6. SEVERE6	2.3000	.6513	30.0
7. SEVERE7	1.9667	.4138	30.0
8. SEVERE8	1.9667	.4138	30.0
9. SEVERE9	2.4667	.5713	30.0
10. SEVERE10	1.9333	.3651	30.0

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Correlation Matrix

SEVERE1 SEVERE2 SEVERE3 SEVERE4 SEVERE5

SEVERE1	1.0000				
SEVERE2	.1957	1.0000			
SEVERE3	.0891	.1690	1.0000		
SEVERE4	.3615	.2926	.3708	1.0000	
SEVERE5	.3452	.2948	.6139	.2225	1.0000
SEVERE6	.1064	.1346	.0306	.5284	-.0698
SEVERE7	.2418	.3780	-.0321	.1386	-.0366
SEVERE8	.0186	.2534	.2089	.3831	-.0366
SEVERE9	.2964	.4092	.3258	.4546	.2123
SEVERE10	.0422	.2919	.2003	.0370	.1661

SEVERE6 SEVERE7 SEVERE8 SEVERE9 SEVERE10

SEVERE6	1.0000				
SEVERE7	.0384	1.0000			
SEVERE8	.1663	.7987	1.0000		
SEVERE9	.2595	.3597	.3597	1.0000	
SEVERE10	.2320	.4412	.4412	.3196	1.0000

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

N of Cases = 30.0

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	2.0667	1.8333	2.4667	.6333	1.3455	.0402

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
SEVERE1	18.5000	7.1552	.3367	.4980	.7475
SEVERE2	18.6333	6.9989	.4555	.3743	.7213
SEVERE3	18.8000	8.2345	.3545	.5764	.7371
SEVERE4	18.5333	6.5333	.5913	.7079	.6955
SEVERE5	18.8333	8.2126	.3227	.5526	.7394
SEVERE6	18.3667	7.5506	.3025	.4395	.7474
SEVERE7	18.7000	7.8724	.4365	.8373	.7267
SEVERE8	18.7000	7.8034	.4683	.8454	.7232
SEVERE9	18.2000	6.9241	.6009	.4010	.6973
SEVERE10	18.7333	8.1333	.3797	.4288	.7342

Reliability Coefficients 10 items

Alpha = .7482 Standardized item alpha = .7651

แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std. Dev	Cases
1. SELF1	3.4667	1.0417	30.0
2. SELF2	3.8333	1.3412	30.0
3. SELF3	3.1667	1.8210	30.0
4. SELF4	2.8667	1.7564	30.0
5. SELF5	3.8000	1.4479	30.0
6. SELF6	4.4667	1.6344	30.0
7. SELF7	3.7000	1.7840	30.0
8. SELF8	3.6333	1.8473	30.0
9. SELF9	4.2667	1.2576	30.0
10. SELF10	4.3667	1.3515	30.0
11. SELF11	4.3667	1.4016	30.0
12. SELF12	4.8333	1.1769	30.0
13. SELF13	4.5667	1.2507	30.0
14. SELF14	4.1000	1.3481	30.0
15. SELF15	4.7333	1.4368	30.0
16. SELF16	5.5667	.7739	30.0
17. SELF17	4.5000	1.2798	30.0
18. SELF18	4.6667	1.2685	30.0
19. SELF19	4.0333	1.2994	30.0
20. SELF20	4.1667	1.5105	30.0
21. SELF21	3.7000	1.5790	30.0
22. SELF22	4.1333	1.3578	30.0
23. SELF23	2.4333	1.5013	30.0
24. SELF24	4.5667	1.1351	30.0
25. SELF25	3.7333	1.4840	30.0

26. SELF26 4.2000 1.4716 30.0
RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std. Dev	Cases
27. SELF27	3.6333	1.5643	30.0
28. SELF28	4.0333	1.5421	30.0
29. SELF29	4.2000	1.5625	30.0
30. SELF30	3.9667	1.2452	30.0
31. SELF31	4.1333	1.3830	30.0
32. SELF32	3.9667	1.4967	30.0
33. SELF33	4.2000	1.0306	30.0
34. SELF34	4.3333	1.1547	30.0



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Correlation Matrix

	SELF1	SELF2	SELF3	SELF4	SELF5
SELF1	1.0000				
SELF2	.6746	1.0000			
SELF3	-.6787	-.7506	1.0000		
SELF4	.1671	.1513	-.0252	1.0000	
SELF5	.0183	.2663	-.3008	-.0380	1.0000
SELF6	.4956	.4772	-.4905	.1786	.1137
SELF7	.0965	.1369	-.2176	.1078	.2296
SELF8	.2533	.4477	-.4117	.3032	.1521
SELF9	.5335	.3952	-.5320	-.1082	.2954
SELF10	.3152	.4344	-.4741	.1375	.3560
SELF11	.0913	.3271	-.3760	-.0215	.5981
SELF12	.2907	.4624	-.4854	.0723	.4452
SELF13	.4517	.6132	-.5425	-.0115	.2361
SELF14	.7269	.7724	-.7656	.1078	.0636
SELF15	.4086	.6024	-.5887	.0401	.3547
SELF16	.1740	.2603	-.1917	-.2216	.1662
SELF17	.4139	.5324	-.5400	.1841	.2977
SELF18	.4349	.4526	-.4677	.2734	.0000
SELF19	.4467	.2605	-.3376	.2437	.1869
SELF20	.4091	.3206	-.3489	.3076	.2050
SELF21	.1510	.3175	-.2219	.3332	.5007

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Correlation Matrix

SELF22	.4665	.5617	-.5671	.0655	.3648
SELF23	.0867	-.0656	.1493	.0488	.0730
SELF24	.0603	.3360	-.1140	-.0300	.4280
SELF25	.2840	.3407	-.1489	.2769	.3916
SELF26	.3194	.4368	-.3989	-.0294	.1651
SELF27	.2356	.1178	-.0625	.4083	.2558
SELF28	-.1817	-.1473	-.0634	-.2402	.3119
SELF29	.2585	.3785	-.4121	.1985	.2622
SELF30	.2251	.4921	-.3320	.0610	.3022
SELF31	.0989	.1611	-.1871	-.0492	.5132
SELF32	.0767	.1517	-.0738	.1425	.5060
SELF33	.1349	.3493	-.2756	-.2134	.5130
SELF34	.2389	.3266	-.3553	-.1133	.4331

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Correlation Matrix

	SELF6	SELF7	SELF8	SELF9	SELF10
SELF6	1.0000				
SELF7	.3808	1.0000			
SELF8	.4241	.7188	1.0000		
SELF9	.3568	.3443	.1178	1.0000	
SELF10	.5131	.5049	.4701	.7317	1.0000
SELF11	.3894	.4730	.5065	.4904	.7276
SELF12	.3645	.4024	.3516	.6368	.7986
SELF13	.4903	.4033	.5258	.4706	.5460
SELF14	.5728	.2280	.4860	.5126	.5470
SELF15	.3632	.2771	.2997	.6896	.7802
SELF16	.3290	.0774	-.0185	.3354	.3880
SELF17	.6924	.0982	.2552	.3642	.4685
SELF18	.6597	.1828	.4022	.1873	.2347
SELF19	.4633	.1532	.2782	.0788	.1499
SELF20	.4982	.2495	.4057	.2844	.3913
SELF21	.2699	-.1065	.1265	-.0451	.1180
SELF22	.6547	.4441	.5975	.3621	.4422
SELF23	-.0150	.0245	-.0029	-.1546	-.3019
SELF24	.0012	.1550	.0861	.3494	.3769
SELF25	.2805	.0990	.2650	.0764	.1536
SELF26	.5764	.2995	.5480	.2869	.4300
SELF27	.3525	.0334	.1428	-.0187	.0658
SELF28	-.1295	.0915	-.0561	.1019	.1759

SELF29 .5698 .1707 .3249 .1650 .3560

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Correlation Matrix

SELF30	.3298	.0264	.1444	.3141	.4173
SELF31	.3377	.3662	.1548	.3952	.4711
SELF32	.2744	.3577	.1326	.4079	.4836
SELF33	.3112	.6527	.3296	.4895	.5150
SELF34	.3715	.6863	.4311	.5778	.6261



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Correlation Matrix

	SELF11	SELF12	SELF13	SELF14	SELF15
SELF11	1.0000				
SELF12	.6864	1.0000			
SELF13	.5855	.7223	1.0000		
SELF14	.3814	.5108	.7015	1.0000	
SELF15	.6324	.8293	.6435	.5840	1.0000
SELF16	.3105	.5238	.4762	.2082	.4197
SELF17	.5094	.5151	.5493	.5496	.5063
SELF18	.3232	.2849	.4926	.5848	.1766
SELF19	.0877	.1841	.3487	.2736	.1712
SELF20	.2633	.4429	.4411	.3980	.3707
SELF21	.1761	.2320	.0890	.0794	.1459
SELF22	.6076	.5539	.6849	.6141	.4077
SELF23	-.0453	-.1334	.0851	-.0221	-.1204
SELF24	.3201	.5894	.4461	.0969	.4341
SELF25	.1813	.2896	.4558	.3068	.3051
SELF26	.4815	.4779	.7044	.5110	.4012
SELF27	.0792	.2279	.2156	.1815	.0777
SELF28	.2016	.2122	.0256	-.1012	.0820
SELF29	.2645	.4501	.4693	.4158	.3471
SELF30	.3036	.4196	.4775	.3924	.4574
SELF31	.4364	.5438	.4931	.1591	.4871
SELF32	.3512	.4861	.3788	.1897	.3966
SELF33	.5682	.4833	.4441	.3326	.4099

SELF34 .6250 .6259 .5332 .4652 .4503

 SELF16 SELF17 SELF18 SELF19 SELF20

SELF16	1.0000				
SELF17	.3308	1.0000			
SELF18	.3747	.6372	1.0000		
SELF19	.1863	.4251	.3835	1.0000	
SELF20	.2114	.4370	.4439	.7876	1.0000
SELF21	.0593	.5034	.2755	.4252	.5277
SELF22	.2866	.6548	.6873	.4664	.5772
SELF23	-.0702	-.0628	.1328	.2221	.1191
SELF24	.4855	.2018	.0878	.0803	.1441
SELF25	.1361	.3268	.2442	.5949	.6205
SELF26	.3210	.4760	.4618	.3751	.4654
SELF27	.0351	.3875	.2664	.3625	.4937
SELF28	.0703	.0961	-.1351	.3092	.3084
SELF29	.2167	.5001	.4001	.6929	.8328
SELF30	.2708	.5301	.2547	.2778	.3514
SELF31	.3780	.2338	.0066	.4580	.5007
SELF32	.2253	.2250	.0121	.3729	.4906
SELF33	.2854	.2876	.0528	.0463	.0886

-

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Correlation Matrix

	SELF16	SELF17	SELF18	SELF19	SELF20
SELF34	.3602	.2800	.2668	.1302	.2241
	SELF21	SELF22	SELF23	SELF24	SELF25
SELF21	1.0000				
SELF22	.3731	1.0000			
SELF23	-.0160	.1398	1.0000		
SELF24	.1751	.1954	.0330	1.0000	
SELF25	.4503	.3947	.5334	.2361	1.0000
SELF26	.2196	.6765	.3028	.2601	.4832
SELF27	.5961	.2998	.3636	.0045	.6248
SELF28	.2592	.1295	-.1554	.1267	.0191
SELF29	.5283	.5721	.1088	.0700	.5443
SELF30	.3280	.3086	.2478	.4773	.4429
SELF31	.2558	.2840	.1871	.3017	.5556
SELF32	.2583	.2568	.1448	.3159	.5858
SELF33	-.0042	.4485	-.0134	.3714	.1263
SELF34	-.0378	.5425	.1326	.3508	.2146

	SELF26	SELF27	SELF28	SELF29	SELF30
SELF26	1.0000				
SELF27	.4074	1.0000			
SELF28	.0274	.0052	1.0000		
SELF29	.5519	.5248	.3835	1.0000	
SELF30	.4742	.3653	.2340	.5352	1.0000
SELF31	.4439	.4218	.4182	.6415	.4832
SELF32	.3006	.4953	.4487	.5780	.5359
SELF33	.2456	.0043	.1909	.1456	.2472
SELF34	.4667	.1845	.2259	.2867	.3198

	SELF31	SELF32	SELF33	SELF34
SELF31	1.0000			
SELF32	.8685	1.0000		
SELF33	.4403	.4516	1.0000	
SELF34	.5542	.5653	.8403	1.0000

*** Warning *** Determinant of matrix is zero

Statistics based on inverse matrix for scale ALPHA

are meaningless and printed as .

N of Cases = 30.0

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
------------	------	---------	---------	-------	---------	----------

4.0686 2.4333 5.5667 3.1333 2.2877 .3344

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
SELF1	134.8667	621.3609	.4394	.	.9197
SELF2	134.5000	606.1207	.5655	.	.9181
SELF3	135.1667	698.9713	-.5922	.	.9354
SELF4	135.4667	627.1540	.1708	.	.9240
SELF5	134.5333	609.3609	.4729	.	.9192
SELF6	133.8667	592.2575	.6327	.	.9170
SELF7	134.6333	602.6540	.4501	.	.9199
SELF8	134.7000	595.0448	.5193	.	.9188
SELF9	134.0667	613.0299	.4922	.	.9190
SELF10	133.9667	598.7920	.6750	.	.9168
SELF11	133.9667	599.8264	.6332	.	.9172
SELF12	133.5000	601.3621	.7366	.	.9165
SELF13	133.7667	598.0471	.7463	.	.9162
SELF14	134.2333	604.0471	.5946	.	.9178
SELF15	133.6000	598.8000	.6314	.	.9172
SELF16	132.7667	629.7713	.3835	.	.9204
SELF17	133.8333	602.6264	.6525	.	.9172
SELF18	133.6667	612.2989	.4995	.	.9190
SELF19	134.3000	608.4241	.5484	.	.9184

SELF20	134.1667	591.3161	.7033	.	.9161
SELF21	134.6333	610.1023	.4188	.	.9201
SELF22	134.2000	593.2690	.7582	.	.9158
SELF23	135.9000	634.2310	.1161	.	.9239
SELF24	133.7667	621.9782	.3885	.	.9202
SELF25	134.6000	598.5931	.6124	.	.9174
SELF26	134.1333	594.3954	.6788	.	.9165
SELF27	134.7000	606.2862	.4742	.	.9193
SELF28	134.3000	629.5276	.1726	.	.9233
SELF29	134.1333	589.4299	.7038	.	.9161
SELF30	134.3667	607.5506	.5891	.	.9180
SELF31	134.2000	598.5793	.6616	.	.9169
SELF32	134.3667	596.0333	.6430	.	.9170
SELF33	134.1333	618.3954	.5035	.	.9192
SELF34	134.0000	607.1034	.6472	.	.9175

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients 34 items

Alpha = .9213 Standardized item alpha = .9293

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std. Dev	Cases
1.	SS1	1.9333	.7397	30.0
2.	SS2	1.7333	.6915	30.0
3.	SS3	1.7333	.6397	30.0
4.	SS4	1.6000	.7701	30.0
5.	SS5	1.6333	.8087	30.0
6.	SS6	2.0333	.8087	30.0
7.	SS7	2.2000	.8052	30.0
8.	SS8	1.9667	.8087	30.0
9.	SS9	1.9667	.8503	30.0
10.	SS10	1.9000	.8847	30.0
11.	SS11	2.0667	.7849	30.0
12.	SS12	1.7333	.6915	30.0
13.	SS13	2.2333	.6789	30.0
14.	SS14	1.8667	.6288	30.0
15.	SS15	2.1667	.6477	30.0
16.	SS16	2.3000	.6513	30.0
17.	SS17	2.1000	.6074	30.0
18.	SS18	1.7000	.7022	30.0
19.	SS19	2.2000	.6103	30.0
20.	SS20	2.2667	.5833	30.0
21.	SS21	2.2667	.5833	30.0
22.	SS22	2.2667	.6915	30.0
23.	SS23	2.3667	.5561	30.0
24.	SS24	2.2000	.8052	30.0

25.	SS25	2.6333	.4901	30.0
26.	SS26	2.6000	.5632	30.0
27.	SS27	2.4333	.8172	30.0
28.	SS28	2.6333	.5561	30.0
29.	SS29	2.4000	.7240	30.0
30.	SS30	2.6000	.4983	30.0
31.	SS31	2.5333	.5713	30.0
32.	SS32	2.4000	.6747	30.0
33.	SS33	2.4333	.5683	30.0
34.	SS34	2.5333	.6288	30.0
35.	SS35	2.6000	.4983	30.0
36.	SS36	2.0667	.6915	30.0
37.	SS37	2.6000	.5632	30.0



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Correlation Matrix

	SS1	SS2	SS3	SS4	SS5
SS1	1.0000				
SS2	.5034	1.0000			
SS3	.6170	.5353	1.0000		
SS4	.5569	.5698	.6860	1.0000	
SS5	.4765	.6207	.6043	.7530	1.0000
SS6	.1191	.1398	-.1822	.0221	.1248
SS7	.1969	.1610	-.1607	.0779	.1165
SS8	.3420	.2919	-.0178	.0886	.2443
SS9	.1060	.0430	-.0169	.0843	.0318
SS10	.0948	.1240	-.0487	.0911	-.1012
SS11	.4237	.2880	-.0320	-.0114	.1485
SS12	.4360	.1346	-.0104	.2461	.3124
SS13	.1007	.1371	-.1694	-.2110	-.0272
SS14	.0544	-.0053	-.0057	-.0427	.1718
SS15	.0240	.1027	-.2219	-.1383	.0549
SS16	.1145	-.0459	-.2152	-.1650	-.1113
SS17	.2456	.0657	.1597	-.0590	.0772
SS18	.0266	.0426	.1228	.0255	.1032
SS19	.4125	.4576	.0530	.1027	.2236
SS20	.2824	.1824	-.0801	.0154	.0682
SS21	-.3570	-.2451	-.2649	-.1382	-.1511
SS22	.4405	.4423	.0884	.4015	.3042
SS23	.3968	.4424	.0905	.3543	.3860

SS24	.5443	.1610	.3080	.1335	.0635
SS25	.4058	.2103	.1173	.2375	.1711
SS26	.5132	.3364	.1723	.2544	.1968
SS27	.2776	.2115	.0308	.0657	-.0122
SS28	.1062	.0957	-.1874	-.1127	-.0792
SS29	.1159	-.1240	-.1340	-.1361	-.0942
SS30	-.0748	-.0200	-.2380	-.1617	-.0342
SS31	.1686	.1978	.0252	.0313	.2139
SS32	.0553	.0887	.0160	-.0796	.0885
SS33	-.0930	.0409	-.0506	-.1418	-.0175
SS34	.1532	.1798	.1086	.0997	.1266
SS35	.2058	.4804	.1947	.3774	.3936
SS36	-.0584	.1106	.0416	.1813	.2919
SS37	.0166	.1594	-.0191	.1749	.2725



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Correlation Matrix

	SS6	SS7	SS8	SS9	SS10
SS6	1.0000				
SS7	.8367	1.0000			
SS8	.7926	.8050	1.0000		
SS9	.5031	.4634	.5499	1.0000	
SS10	.3904	.4163	.4771	.8205	1.0000
SS11	.2137	.3056	.5469	.3651	.4072
SS12	.2631	.4088	.3535	.2190	.1804
SS13	-.0775	-.0883	.0147	-.1653	-.0172
SS14	.2803	.0545	.1944	.1849	-.0248
SS15	-.0110	.0661	.2085	.1983	.2708
SS16	.1113	.0789	.1506	.0810	.2334
SS17	-.3580	-.2538	-.1334	-.0601	-.0449
SS18	-.0425	-.0122	-.0182	-.0751	.0611
SS19	.1258	.1263	.3633	.0797	.1661
SS20	.1998	.2496	.3850	.4357	.4544
SS21	.2729	.1762	.0195	-.0510	.1203
SS22	.1069	.2106	.2014	.2502	.4396
SS23	.0486	.0616	.1815	.1726	.3575
SS24	.3072	.1489	.3813	.3123	.1743
SS25	.1189	.0175	.3161	.3834	.4692
SS26	.1817	.1825	.4239	.4032	.4705
SS27	.3948	.4402	.4922	.2696	.1097
SS28	.1815	.2465	.3553	.1921	.3435

SS29	.3887	.3313	.3769	.2465	.3876
SS30	.2054	.2063	.3081	.3744	.5319
SS31	.3333	.2848	.4876	.5347	.5867
SS32	.1643	.1016	.2781	.3246	.4737
SS33	-.0325	-.0452	.0325	.1736	.3635
SS34	-.0362	.0545	.2396	.3569	.4711
SS35	.0342	.0344	.0513	.2116	.2190
SS36	.1809	.1610	.0658	.2971	.2931
SS37	.1060	-.1217	.1211	.1152	-.0138



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Correlation Matrix

	SS11	SS12	SS13	SS14	SS15
SS11	1.0000				
SS12	.2880	1.0000			
SS13	.1639	.2840	1.0000		
SS14	-.0512	.2326	.3177	1.0000	
SS15	.4522	.4106	.5358	.4798	1.0000
SS16	.3643	.1072	.1482	.0168	.3679
SS17	.2748	.1478	.3596	.1264	.4820
SS18	.0375	.3267	.2242	.4529	.4928
SS19	.4751	.4576	.4661	.3415	.6107
SS20	.4117	.5244	.2728	.1943	.4259
SS21	-.1908	-.0741	-.0755	.1003	-.0304
SS22	.4108	.5144	.2301	-.0740	.2823
SS23	.4951	.4424	.3136	-.0526	.3989
SS24	.2510	.2849	.1009	.3950	.1322
SS25	.4243	.2103	.1624	.1716	.3078
SS26	.5304	.3364	.0721	.1363	.3781
SS27	.2222	.2115	-.0642	.1834	.1194
SS28	.4530	.0060	.1431	.0526	.3670
SS29	.4369	.0827	.0842	-.1818	.0000
SS30	.3350	-.0200	.2854	.1541	.4274
SS31	.5331	.1978	.1126	.2048	.4038
SS32	.4037	.2365	.2409	.1301	.3945
SS33	.2422	-.0468	.3545	-.0257	.2654

SS34	.4145	.1005	.1831	.0116	.3669
SS35	.1587	-.0200	.1835	-.0660	.1068
SS36	.1821	.1827	-.0343	.0211	.0513
SS37	.2964	-.0177	.0721	.3310	.2836

-



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Correlation Matrix

	SS16	SS17	SS18	SS19	SS20
SS16	1.0000				
SS17	.4446	1.0000			
SS18	.2790	.3153	1.0000		
SS19	.1041	.3163	.3058	1.0000	
SS20	.3268	.2141	.0337	.5231	1.0000
SS21	.0545	-.1752	.0337	-.2519	-.2162
SS22	.2757	.0164	.0994	.4413	.6725
SS23	.1619	.1940	.0265	.5894	.5387
SS24	.0789	.0987	.1708	.4070	.2496
SS25	.3565	.3591	-.0301	.3689	.5950
SS26	.4324	.3225	.1221	.3411	.5458
SS27	.1361	-.0903	.1743	.3734	.2556
SS28	.5047	.2144	.1501	.3252	.4182
SS29	.2487	.0627	-.0271	.1249	.1470
SS30	.3825	.1367	.0394	.2722	.4983
SS31	.3892	.1391	.0688	.2769	.5932
SS32	.3453	.2356	.1892	.3015	.5082
SS33	.2888	.1698	-.0086	.1392	.4716
SS34	.1852	.2167	.0625	.2516	.4450
SS35	.0638	.0228	-.2562	.1588	.3797
SS36	-.0459	-.0985	.1136	-.0327	.1254
SS37	.1504	-.0806	.0349	.2408	.2309

	SS21	SS22	SS23	SS24	SS25
SS21	1.0000				
SS22	-.1824	1.0000			
SS23	-.2055	.8131	1.0000		
SS24	-.1175	.1486	.0616	1.0000	
SS25	.1126	.5019	.5103	.3670	1.0000
SS26	-.0840	.5489	.4844	.4866	.8244
SS27	-.3231	.1546	-.0582	.5974	-.0201
SS28	-.0071	.4424	.3383	.1694	.5019
SS29	.2286	.2617	.3084	.2721	.3304
SS30	.1424	.4203	.4232	.0344	.5083
SS31	-.0276	.4131	.4486	.2848	.4761
SS32	.1577	.3548	.4228	.3555	.4588
SS33	.1595	.3978	.3528	.0301	.4663
SS34	.1630	.3754	.2104	.1907	.6564
SS35	-.0949	.6205	.5476	-.0516	.5083
SS36	.2109	.3942	.3826	-.0248	.2781
SS37	.0210	.2833	.2642	.1825	.4497

-

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Correlation Matrix

	SS26	SS27	SS28	SS29	SS30
SS26	1.0000				
SS27	.2397	1.0000			
SS28	.6166	.3617	1.0000		
SS29	.3213	.1049	.5482	1.0000	
SS30	.3932	.0169	.6970	.4588	1.0000
SS31	.5786	.1526	.4197	.3835	.6541
SS32	.5263	.0500	.4044	.5083	.5949
SS33	.3447	-.1955	.5201	.4023	.7550
SS34	.5258	-.0626	.3813	.2727	.4842
SS35	.3932	-.0677	.3236	.0765	.4444
SS36	.3364	-.1749	.3348	.4271	.3803
SS37	.3478	.0899	.2863	.0677	.2703
	SS31	SS32	SS33	SS34	SS35
SS31	1.0000				
SS32	.8588	1.0000			
SS33	.5381	.7015	1.0000		
SS34	.4287	.4552	.5854	1.0000	
SS35	.2907	.1846	.5114	.4842	1.0000
SS36	.3433	.4583	.5382	.3119	.4804
SS37	.2572	.1633	.2370	.4284	.5160
	SS36	SS37			
SS36	1.0000				
SS37	.3364	1.0000			

*** Warning *** Determinant of matrix is zero

Statistics based on inverse matrix for scale ALPHA
are meaningless and printed as .

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

N of Cases = 30.0

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	2.1865	1.6000	2.6333	1.0333	1.6458	.0976

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
SS1	78.9667	137.2057	.4694	.	.9042
SS2	79.1667	138.6954	.4121	.	.9050
SS3	79.1667	143.5920	.1230	.	.9087
SS4	79.3000	140.7690	.2476	.	.9077
SS5	79.2667	138.7540	.3400	.	.9064
SS6	78.8667	137.6368	.4003	.	.9054
SS7	78.7000	137.6655	.4008	.	.9054
SS8	78.9333	133.8575	.6078	.	.9019
SS9	78.9333	135.3057	.4983	.	.9038
SS10	79.0000	133.6552	.5596	.	.9027
SS11	78.8333	134.1437	.6120	.	.9019
SS12	79.1667	137.7299	.4731	.	.9041

SS13	78.6667	141.6782	.2318	.	.9075
SS14	79.0333	141.6885	.2540	.	.9070
SS15	78.7333	137.9264	.4956	.	.9039
SS16	78.6000	140.1793	.3426	.	.9059
SS17	78.8000	142.5793	.2025	.	.9076
SS18	79.2000	141.9586	.2052	.	.9080
SS19	78.7000	137.3207	.5728	.	.9030
SS20	78.6333	136.6540	.6520	.	.9021
SS21	78.6333	146.5851	-.0736	.	.9107
SS22	78.6333	134.8609	.6567	.	.9015
SS23	78.5333	137.6368	.6086	.	.9028
SS24	78.7000	136.7000	.4535	.	.9045
SS25	78.2667	137.7885	.6829	.	.9024
SS26	78.3000	135.6655	.7548	.	.9010
SS27	78.4667	139.5678	.2926	.	.9072
SS28	78.2667	138.2713	.5587	.	.9034
SS29	78.5000	138.3276	.4131	.	.9050
SS30	78.3000	139.0448	.5611	.	.9036
SS31	78.3667	136.1713	.7041	.	.9016
SS32	78.5000	135.7069	.6186	.	.9021
SS33	78.4667	139.7057	.4360	.	.9048
SS34	78.3667	137.5506	.5383	.	.9034
SS35	78.3000	140.4931	.4356	.	.9049
SS36	78.8333	139.1782	.3818	.	.9054
SS37	78.3000	140.9069	.3486	.	.9058

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients 37 items

Alpha = .9070 Standardized item alpha = .9118

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	DEP1	1.3000	1.1188	30.0
2.	DEP2	.7000	.9154	30.0
3.	DEP3	.5333	.8604	30.0
4.	RDEP4	2.4000	.8137	30.0
5.	DEP5	1.1000	.8847	30.0
6.	DEP6	.5333	.9371	30.0
7.	DEP7	.6667	.8841	30.0
8.	RDEP8	3.5000	.9002	30.0
9.	DEP9	.3333	.7112	30.0
10.	DEP10	.4667	.7761	30.0
11.	DEP11	1.4667	1.1366	30.0
12.	RDEP12	2.1333	1.0080	30.0
13.	DEP13	.5667	.9353	30.0
14.	DEP14	.5000	.9002	30.0
15.	DEP15	.4667	.6814	30.0
16.	RDEP16	2.1667	.9499	30.0
17.	DEP17	.6000	.8944	30.0
18.	DEP18	.7000	.9879	30.0
19.	DEP19	.3667	.6687	30.0
20.	DEP20	.4000	.7240	30.0

Correlation Matrix

	DEP1	DEP2	DEP3	RDEP4	DEP5
DEP1	1.0000				
DEP2	.3266	1.0000			
DEP3	.5087	.4291	1.0000		
RDEP4	-.1742	.1667	-.0197	1.0000	
DEP5	.5260	.2938	.4711	.0862	1.0000
DEP6	.5986	.3537	.7470	-.0181	.5573
DEP7	.3486	.3835	.5138	.0479	.2645
RDEP8	-.3253	-.6068	-.6678	.1883	-.4113
DEP9	.3901	.8475	.6011	.0596	.4384
DEP10	.4686	.4951	.5956	.0764	.3817
DEP11	.6996	.4706	.4772	.0522	.5006
RDEP12	.1162	.4933	.3923	.2270	.3325
DEP13	.3262	.3262	.5542	.1903	.1792
DEP14	.5992	.4812	.8014	-.0471	.4546
DEP15	.2171	.5086	.4431	.1493	.4919
RDEP16	.3082	.4561	.6470	.1338	.3488
DEP17	.5720	.3538	.6005	-.1042	.3573
DEP18	.6146	.5834	.8033	-.0601	.5484
DEP19	.3088	.4112	.4875	.1014	.4022
DEP20	.4853	.7076	.6975	.1288	.4199

-

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Correlation Matrix

	DEP6	DEP7	RDEP8	DEP9	DEP10
DEP6	1.0000				
DEP7	.6798	1.0000			
RDEP8	-.4088	-.3033	1.0000		
DEP9	.5519	.6216	-.7541	1.0000	
DEP10	.6417	.5361	-.5923	.6456	1.0000
DEP11	.4705	.3317	-.4381	.5261	.4482
RDEP12	.4332	.1290	-.3800	.4169	.1822
DEP13	.6269	.5700	-.3891	.4839	.5733
DEP14	.6949	.4766	-.7021	.5925	.7404
DEP15	.4608	.6105	-.5621	.7353	.5520
RDEP16	.4778	.3969	-.5847	.5275	.3586
DEP17	.5513	.2616	-.5139	.3795	.5266
DEP18	.7748	.5528	-.6786	.7363	.5937
DEP19	.5026	.5055	-.3724	.6043	.7221
DEP20	.5896	.4849	-.6878	.8037	.7610
	DEP11	RDEP12	DEP13	DEP14	DEP15
DEP11	1.0000				
RDEP12	.1846	1.0000			
DEP13	.3265	.2829	1.0000		
DEP14	.5729	.4180	.6758	1.0000	

DEP15	.4214	.2075	.3282	.3935	1.0000
RDEP16	.5323	.5162	.5887	.7460	.3551
DEP17	.5630	.3672	.4864	.8137	.1471
DEP18	.6818	.4917	.4889	.7949	.5225
DEP19	.2208	.1808	.4834	.4296	.5953
DEP20	.5196	.4914	.5704	.7937	.5871

	RDEP16	DEP17	DEP18	DEP19	DEP20
RDEP16	1.0000				
DEP17	.6494	1.0000			
DEP18	.6798	.7961	1.0000		
DEP19	.2262	.1960	.3811	1.0000	
DEP20	.6017	.5751	.7039	.6126	1.0000

*** Warning *** Determinant of matrix is close to zero: 1.330E-13

Statistics based on inverse matrix for scale ALPHA

are meaningless and printed as .

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

N of Cases = 30.0

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1.0450	.3333	3.5000	3.1667	10.5000	.7490

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
DEP1	19.6000	107.2138	.5941	.	.9107
DEP2	20.2000	109.5448	.6183	.	.9098
DEP3	20.3667	107.6195	.7771	.	.9063
RDEP4	18.5000	119.9828	.0890	.	.9210
DEP5	19.8000	110.9931	.5608	.	.9112
DEP6	20.3667	105.9644	.7976	.	.9053
DEP7	20.2333	110.1161	.6108	.	.9101
RDEP8	17.4000	135.9034	-.6900	.	.9379
DEP9	20.5667	110.1851	.7730	.	.9075
DEP10	20.4333	109.8402	.7247	.	.9080
DEP11	19.4333	105.7713	.6488	.	.9092
RDEP12	18.7667	111.5644	.4532	.	.9142
DEP13	20.3333	108.8506	.6408	.	.9093
DEP14	20.4000	105.8345	.8415	.	.9045
DEP15	20.4333	113.2885	.5845	.	.9112
RDEP16	18.7333	107.8575	.6828	.	.9082
DEP17	20.3000	109.0448	.6631	.	.9088
DEP18	20.2000	103.7517	.8698	.	.9031
DEP19	20.5333	113.7057	.5665	.	.9115
DEP20	20.5000	109.0862	.8345	.	.9062

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients 20 items

Alpha = .9152 Standardized item alpha = .9183

แบบประเมินคุณภาพชีวิต

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std. Dev	Cases
1. RQO1	2.4333	1.1043	30.0
2. RQO2	.6667	.8841	30.0
3. RQO3	2.4000	1.3025	30.0
4. RQO4	1.4000	1.0034	30.0
5. RQO5	2.3667	1.2994	30.0
6. RQO6	2.0000	1.0171	30.0
7. RQO7	3.4333	1.1651	30.0
8. QO8	2.4333	.8976	30.0
9. QO9	3.2000	.8052	30.0
10. QO10	2.1000	1.1250	30.0
11. QO11	3.1000	.6618	30.0
12. QO12	3.0333	.6687	30.0
13. QO13	2.7333	1.1427	30.0
14. QO14	2.6333	1.0981	30.0
15. RQO15	2.9333	1.3629	30.0
16. QO16	2.4000	.7701	30.0
17. RQO17	3.0667	1.2576	30.0
18. RQO18	2.8333	1.3412	30.0
19. RQO19	3.0000	1.4384	30.0
20. RQO20	2.2333	1.2507	30.0
21. QO21	2.9000	1.1552	30.0
22. QO22	2.8333	1.1472	30.0
23. QO23	2.6667	1.0283	30.0
24. QO24	2.6333	1.0334	30.0
25. QO25	2.2000	1.1861	30.0

26. QO26 2.5000 1.1064 30.0

27. QO27 2.5667 1.0726 30.0

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Correlation Matrix

RQO1	RQO2	RQO3	RQO4	RQO5	
RQO1	1.0000				
RQO2	-.2355	1.0000			
RQO3	.4267	.0299	1.0000		
RQO4	.4294	-.1944	.2691	1.0000	
RQO5	.6304	-.2201	.6031	.3597	1.0000
RQO6	.4912	-.0383	.3644	.6420	.3914
RQO7	.6530	.0112	.6090	.5250	.5747
QO8	.0823	.1014	.3480	-.0459	.0956
QO9	-.0621	.3391	.3157	-.2732	.2241
QO10	-.2304	.1387	.0894	-.1588	-.0495
QO11	-.0613	.0589	.2720	-.2181	.3168
QO12	-.1603	.0778	.1821	-.2261	.0648
QO13	.2314	-.2276	.5375	-.0842	.2539
QO14	.1924	-.0592	.5401	.0751	.1941
RQO15	.3635	-.0763	.4040	.4488	.4621
QO16	.1135	-.2026	.2131	.3213	.1585
RQO17	.5992	-.2274	.5094	.6339	.7020
RQO18	.3531	-.1939	.2369	.6149	.3528
RQO19	.3908	.0000	.4969	.5017	.3321
RQO20	.3487	.1039	.5334	.5275	.3487
QO21	.3054	-.1013	.3942	.3332	.3928
QO22	.2767	-.1247	.4615	.2396	.3200
QO23	.0709	.0253	.3862	.1003	.2236

QO24	.0836	.0881	.3433	.2128	.2833
QO25	.1685	.1644	.0357	.1912	.2193
QO26	.5221	.0705	.6221	.4038	.5876
QO27	.4260	.1697	.3751	.2627	.4395

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Correlation Matrix

RQO6	RQO7	QO8	QO9	QO10	
RQO6	1.0000				
RQO7	.5820	1.0000			
QO8	-.3399	.1769	1.0000		
QO9	.0000	.0147	.2099	1.0000	
QO10	-.2411	-.1657	.6727	.2437	1.0000
QO11	.0000	-.1029	.0987	.7378	.1714
QO12	-.1521	-.2847	.3198	.6277	.4997
QO13	.0593	.0898	.2846	.3598	.2629
QO14	.0926	.1554	.4816	.3588	.3936
RQO15	.5224	.6269	-.0038	.0126	.0270
QO16	.3962	.0307	-.0100	.2558	.0716
RQO17	.3235	.5915	.3095	-.0477	.0195
RQO18	.4297	.4671	.2053	-.1277	.1028
RQO19	.4714	.5350	.2137	-.1191	.0000
RQO20	.4608	.6144	.1833	.0205	.0074
QO21	.6750	.3920	-.0898	.3188	-.0982
QO22	.5615	.3655	.0726	.3360	.0134
QO23	.3297	.1823	.1619	.4581	.2087
QO24	.4921	.1652	.0657	.4642	.1809

QO25	.3144	.3344	-.0194	.4261	-.0930
QO26	.5516	.7624	.2604	.3097	.0693
QO27	.3477	.6245	.2734	.2236	.0657

QO11	QO12	QO13	QO14	RQO15	
QO11	1.0000				
QO12	.7715	1.0000			
QO13	.5381	.4633	1.0000		
QO14	.2420	.4869	.6339	1.0000	
RQO15	.1223	.0025	.1432	.1214	1.0000
QO16	.3248	.2411	.2429	.1386	.1248
RQO17	.1574	.0793	.1808	.2181	.5660
RQO18	.0583	.0833	.1275	.2615	.7106
RQO19	.0000	.0359	.0629	.2620	.7212
RQO20	-.0292	-.1333	.0933	.2402	.6568
QO21	.4646	.1830	.4232	.2148	.5213
QO22	.4769	.2772	.5699	.3604	.4778
QO23	.6587	.5182	.5380	.3461	.4757
QO24	.5597	.4175	.3524	.2725	.4473
QO25	.2812	.2522	-.0356	.1377	.3925
QO26	.3061	.1165	.2727	.2413	.7089
QO27	.2089	.0689	-.0131	-.0224	.4749

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Correlation Matrix

QO16	RQO17	RQO18	RQO19	RQO20	
QO16	1.0000				
RQO17	.1495	1.0000			
RQO18	.1335	.7428	1.0000		
RQO19	.2179	.6672	.7686	1.0000	
RQO20	.2935	.5159	.5790	.7475	1.0000
QO21	.5891	.3370	.4562	.4358	.3747
QO22	.5464	.2948	.4071	.3970	.2924
QO23	.4354	.2311	.3584	.3730	.2502
QO24	.6240	.2317	.4271	.4176	.3620
QO25	.0981	.2219	.3468	.3032	.2464
QO26	.2428	.6196	.6158	.6934	.6354
QO27	.2171	.4311	.3795	.4693	.4121
QO21	QO22	QO23	QO24	QO25	
QO21	1.0000				
QO22	.9497	1.0000			
QO23	.8128	.8574	1.0000		
QO24	.8348	.8193	.8545	1.0000	
QO25	.3171	.2788	.2827	.3151	1.0000
QO26	.6070	.5841	.5455	.5881	.5255
QO27	.3256	.3036	.3335	.4428	.3686
QO26	QO27				
QO26	1.0000				
QO27	.7990	1.0000			

*** Warning *** Determinant of matrix is close to zero: 9.475E-17

Statistics based on inverse matrix for scale ALPHA

are meaningless and printed as .

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

N of Cases = 30.0

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	2.5444	.6667	3.4333	2.7667	5.1500	.3232

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

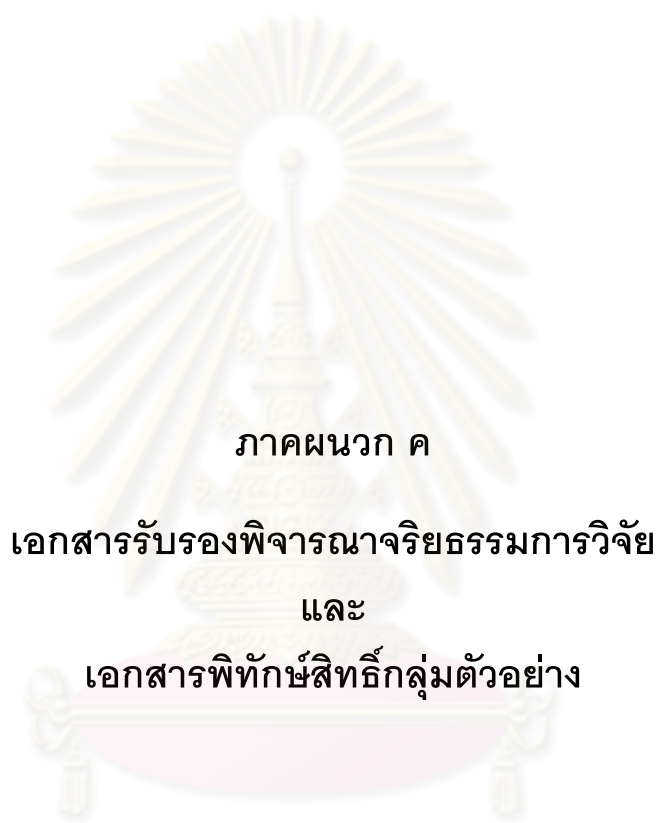
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
RQO1	66.2667	269.7195	.4763	.	.9178
RQO2	68.0333	288.8609	-.0474	.	.9243
RQO3	66.3000	258.5621	.6675	.	.9144
RQO4	67.3000	272.2862	.4507	.	.9181
RQO5	66.3333	262.0230	.5825	.	.9160
RQO6	66.7000	268.4931	.5607	.	.9165
RQO7	65.2667	262.8230	.6363	.	.9151
QO8	66.2667	279.1678	.2748	.	.9204
QO9	65.5000	278.7414	.3283	.	.9196
QO10	66.6000	282.6621	.1134	.	.9235

QO11	65.6000	279.0759	.3936	.	.9189
QO12	65.6667	281.4713	.2807	.	.9200
QO13	65.9667	271.6885	.4041	.	.9190
QO14	66.0667	271.3747	.4322	.	.9184
RQO15	65.7667	256.1851	.6916	.	.9139
QO16	66.3000	277.5966	.3907	.	.9189
RQO17	65.6333	259.8264	.6612	.	.9146
RQO18	65.8667	258.3954	.6499	.	.9147
RQO19	65.7000	254.6310	.6866	.	.9140
RQO20	66.4667	261.0161	.6344	.	.9151
QO21	65.8000	260.4414	.7092	.	.9139
QO22	65.8667	260.7402	.7061	.	.9139
QO23	66.0333	264.9989	.6619	.	.9149
QO24	66.0667	264.0644	.6874	.	.9145
QO25	66.5000	271.0862	.4026	.	.9191
QO26	66.2000	255.8897	.8787	.	.9112
QO27	66.1333	266.5333	.5863	.	.9160

Reliability Coefficients 27 items

Alpha = .9198 Standardized item alpha = .9157

ศูนย์เวชศาสตร์พยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

และ

เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

กรมแพทยทหารอากาศ

ขอรับรองว่า

โครงการ ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่

โดย นางสาวธีรารรณ เชื้อตาเล็ง

สังกัด นักศึกษาปริญญาโท
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่พิจารณา: ๑. โครงร่างงานวิจัย
๒. เอกสารข้อมูลสำหรับผู้ป่วย และ เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ฉบับภาษาไทย

คณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยทหารอากาศ ได้พิจารณารายละเอียดโครงร่างงานวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับผู้ป่วย เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยภาษาไทยแล้วเห็นว่าไม่ขัดต่อสวัสดิภาพหรือก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ถูกวิจัยแต่ประการใด

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่เสนอได้ ณ วันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔

นาวาอากาศเอกหญิง: *Emma Gunn*

(แพทย์หญิงนภาวดี อิมพลทรัพย์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

พลอากาศตรี: *[Signature]*

(นายแพทย์ชูพันธ์ ชาญสมร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
กรมแพทยทหารอากาศ

ศูนย์บริการสุขภาพ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานวิจัย กลุ่มสนับสนุนวิชาการ โทร. ๐-๒๕๓๕-๙๗๙๙ ต่อ ๓๘๐๓
 ที่ สธ ๐๓๐๖ / ๑๓ / ๗/๗ วันที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔
 เรื่อง การขอเข้าเก็บข้อมูล

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน / ฝ่าย ที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัย กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ ขอรับรองว่าโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มี
 ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัย

โดยมี (นาย,นาง,นางสาว).....ธรรารณ เชื้อดาเล็ง.....เป็นหัวหน้าโครงการ
 ได้ขออนุมัติเข้าเก็บข้อมูล ตามหนังสือที่.....ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๐๐๔๓.....
 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.....โดยถูกต้องแล้ว และ
 คณะกรรมการจริยธรรมได้พิจารณาแล้ว(ว/ด/ป).....๒๐ มกราคม ๒๕๕๓.....
 ผู้อำนวยการอนุมัติ (ว/ด/ป).....๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔.....
 โดยเอกสารฉบับนี้หมดอายุ (ว/ด/ป).....๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕.....

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นายวุฒิชัย จตุทอง)
 หัวหน้ากลุ่มสนับสนุนวิชาการ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2 PRANNOK Rd. BANGKOKNOI
BANGKOK 10700



Tel. (662) 4196405-6
FAX (662) 4196405

MAHIDOL UNIVERSITY
Since 1888
Siriraj Institutional Review Board
Certificate of Approval

COA no. Si 151/2011

Protocol Title : Selected Factors Related to Quality of Life among Knee Osteoarthritic Adult Patients

Protocol number : 112/2554(EC3)

Principal Investigator/Affiliation : Miss Thirawan Chuetaleng
Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

Research site : Faculty of Medicine Siriraj Hospital

Approval includes :

1. SIRB Submission Form
2. Proposal
3. Participation Information Sheet
4. Informed Consent Form
5. Questionnaires
6. Principle Investigator's curriculum vitae

Approval date : March 23, 2011

Expired date : March 22, 2012

This is to certify that Siriraj Institutional Review Board is in full Compliance with International Guidelines For Human Research Protection such as the Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).


.....
(Prof. Jarupim Soongswang, M.D.)

March 24, 2011

date

Chairperson


.....
(Clin. Prof. Teerawat Kulthanan, M.D.)

30 MAR 2011

date

Dean of Faculty of Medicine Siriraj Hospital

Page 1 of 2

2 ถนนพหลโยธิน บางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700



โทร (662) 4196405-6
โทรสาร (662) 4196405

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข Si 151/2011

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัย ผู้ใหญ่

รหัสโครงการ : 112/2554(EC3)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวจิราวรรณ เชื้อคานั่ง
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารแจ้งผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
5. แบบสอบถามงานวิจัย
6. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง : 23 มีนาคม 2554

วันหมดอายุ : 22 มีนาคม 2555

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม 24 มีนาคม 2554
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงจารุพิมพ์ สูงสว่าง)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม 30 มี.ค. 2554
(ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์)
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY (FACIT) LICENSING
AGREEMENT

from FACIT.org

November 9, 2010

The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy system of Quality of Life questionnaires and all related subscales, translations, and adaptations (“FACIT System”) are owned and copyrighted by David Cella, Ph.D. The ownership and copyright of the FACIT System - resides strictly with Dr. Cella. Dr. Cella has granted FACIT.org (Licensor) the right to license usage of the FACIT System to other parties. Licensor represents and warrants that it has the right to grant the License contemplated by this agreement. Licensor provides to Thirawan Chuataleng the licensing agreement outlined below.

This letter serves notice that **Thirawan Chuataleng** and all its affiliates (as defined below) (“COMPANY”) are granted license to use the **Thai** version of the **FACT-G** in one study.

“Affiliate” of (COMPANY) shall mean any corporation or other business entity controlled by, controlling or under common control with (COMPANY) For this purpose “control” shall mean direct or indirect beneficial ownership of fifty percent (50%) or more of the voting or income interest in such corporation or other business entity.

This current license extends to (COMPANY) subject to the following terms:

- 1) (COMPANY) agrees to complete a FACIT collaborator’s form on our website, www.FACIT.org. (COMPANY) is not required to provide any proprietary or confidential information on the website. Licensor agrees to use the information in the website database for internal tracking purposes only.

- 2) (COMPANY) agrees to provide Licensor with copies of any publications which come about as the result of collecting data with any FACIT questionnaire.
- 3) Due to the ongoing nature of cross-cultural linguistic research, Licensor reserves the right to make adaptations or revisions to wording in the FACIT, and/or related translations as necessary. If such changes occur, (COMPANY) will have the option of using either previous or updated versions according to its own research objectives.
- 4) (COMPANY) and associated vendors may not change the wording or phrasing of any FACIT document without previous permission from Licensor. If any changes are made to the wording or phrasing of any FACIT item without permission, the document cannot be considered the FACIT, and subsequent analyses and/or comparisons to other FACIT data will not be considered appropriate. Permission to use the name "FACIT" will not be granted for any unauthorized translations of the FACIT items. Any analyses or publications of unauthorized changes or translated versions may not use the FACIT name. Any unauthorized translation will be considered a violation of copyright protection.
- 5) In all publications and on every page of the FACIT used in data collection, Licensor requires the copyright information be listed precisely as it is listed on the questionnaire itself.
- 6) This license is not extended to electronic data capture vendors of (COMPANY). Electronic versions of the FACIT questionnaires are considered derivative works and are not covered under this license. Permission for use of an electronic version of the FACIT must be covered under separate agreement between the electronic data capture vendor and FACIT.org

- 7) This license is only extended for use on the internet on servers internal to (COMPANY). This FACIT license may not be used with online data capture unless specifically agreed to by Licensor in writing. Such agreement will only be provided in cases where access is password protected.
- 8) Licensor reserves the right to withdraw this license if (COMPANY) engages in scientific or copyright misuse of the FACIT system of questionnaires.
- 9) In exchange for this license, (COMPANY) agrees to pay a fee of \$1,500 per language, per subscale, per trial for Roman-font languages (e.g. Spanish, French, German) and \$2,000 per language, per subscale, per trial for non-Roman-font languages (e.g. Japanese, Russian, Arabic). #9 IS NOT APPLICABLE AS THE FEE HAS BEEN WAIVED FOR THIS STUDY ONLY.

FACIT.org

381 S. Cottage Hill Avenue

Elmhurst, IL 60126

USA

www.FACIT.org

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจปรึกษา หรือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในวัยผู้ใหญ่

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางสาวธิดารวรรณ เชื้อตาเล็ง

สถานที่วิจัย โรงพยาบาลศิริราช

สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ของหัวหน้าโครงการวิจัยที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ

หอผู้ป่วยสลากรีนแบ่งชั้น 5 เลขที่ 2 โรงพยาบาลศิริราช แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10170 เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 02- 4197531-2 เบอร์โทรศัพท์ส่วนตัว 087 - 7855733

ผู้สนับสนุนทุนวิจัย ไม่มี

ระยะเวลาในการวิจัย 1 ปี

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้น เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในวัยผู้ใหญ่และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ได้แก่ อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า เพศ อายุ และ ดัชนีมวลกาย

ประโยชน์ของงานวิจัย เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้บุคลากรทางด้านสุขภาพได้มีความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในวัยผู้ใหญ่และนำความรู้ที่ได้ไปเป็นแนวทางในการประเมิน วางแผนให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมผู้ใหญ่ได้ตรงตามปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้อาจไม่มีประโยชน์ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตรงแต่อาจมีประโยชน์ต่อสังคมและส่วนรวม

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะ ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมที่ไม่เคยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม อายุ 25-60 ปี สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย และมีความยินดีในการเข้าร่วมในการวิจัย จากผู้ที่มารับการตรวจรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคกระดูกและข้อ **จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้น ประมาณ 150 คน**

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

ภายหลังจากที่ท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยและเห็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสอบถามทั้ง 7 ชุดตามลำดับคือส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการปวดเข่า จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรุนแรงของโรค จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง จำนวน 34 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 37 ข้อ ส่วนที่ 6 แบบประเมินระดับความซึมเศร้า จำนวน 20 ข้อ และ ส่วนที่ 7 แบบประเมินคุณภาพชีวิต จำนวน 27 ข้อ โดยให้ท่านตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยได้ขณะตอบแบบสอบถาม และในผู้ที่ไม่สามารถอ่านได้จากที่ไม่ได้เรียนหนังสือ สายตาไม่ปกติ อ่านหนังสือไม่ชัด หรือว่าไม่ได้นำแว่นสายตามาผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ด้วยตนเองซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ไม่ตอบแบบสอบถามข้อใดก็ได้จะไม่มีการบังคับ โดยท่านจะได้รับการสัมภาษณ์หรือตอบแบบสอบถามจำนวน 1 ครั้ง ซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 45 นาที ภายหลังจากการตอบรับการเข้าร่วมการวิจัย

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องเสียเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 45 นาทีหรืออาจเกิดลำบากใจในการตอบแบบสอบถามบางข้อ

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐานและระหว่างการศึกษาหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัยจนครบตามกำหนดเวลากลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้โดยไม่มีผลต่อการพยาบาลการบริการหรือการบำบัดรักษาที่ได้รับแต่อย่างใด

หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับกรวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ นางสาวจิราวรรณ เชื้อตาเล็ง ที่ทำงานหอผู้ป่วย สลากกินแบ่งชั้น 5 เลขที่ 2 โรงพยาบาลศิริราช แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อยกรุงเทพมหานคร 10170 เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 02 - 4197531-2 เบอร์โทรศัพท์ส่วนตัว 087 - 7855733

ที่บ้าน 411 หมู่ 4 ตำบล นิคมกระเสียว อำเภอ ด่านช้าง จังหวัด สุพรรณบุรี 72180

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะต้องรับผิดชอบเอง ไม่มี

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัย จะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย จะถูกเก็บรักษาไว้โดยไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ เป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมโดยไม่สามารถระบุข้อมูลรายบุคคลได้ ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามา ตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึง คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับตามมาตรฐานแต่ประการใด

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนทราบได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ดิโกดูลยเดชวิกรม ชั้น 6 ร.พ.ศิริราช โทร. (02) 419-6405-6 โทรสาร (02) 419-6405

ลงชื่อ..... ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(.....)

ลงชื่อ.....วันที่ เดือน

พ. ศ.

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารหมายเลข 3

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
(Informed Consent Form)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี
อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... ถนน..... แขวง/ตำบล
..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด
..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่องปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์
ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัย ผู้ใหญ่

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย
รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะ
ได้รับของการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้ง
แนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่าย
เอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด
 อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่
ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับนางสาวฉวีวรรณ
เชื้อตาเล็ง ที่ทำงานหอผู้ป่วยสลาकिनแบ่งชั้น 5 เลขที่ 2 โรงพยาบาลศิริราช แขวงศิริราช เขต
บางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10170 เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 02 - 4197531-2 เบอร์โทรศัพท์
ส่วนตัว 087 - 7855733 ที่บ้าน 411 หมู่ 4 ตำบล นิคมกระเสียว อำเภอ ด่านช้าง จังหวัด
สุพรรณบุรี 72180

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงาน
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ดิโกดูลยเดชวิกรม ชั้น 6 ร.พ.ศิริราช โทร. (02)
419-6405-6 โทรสาร (02) 419-6405

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าหรือระบุเหตุผล โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม/วันที่.....
(.....)

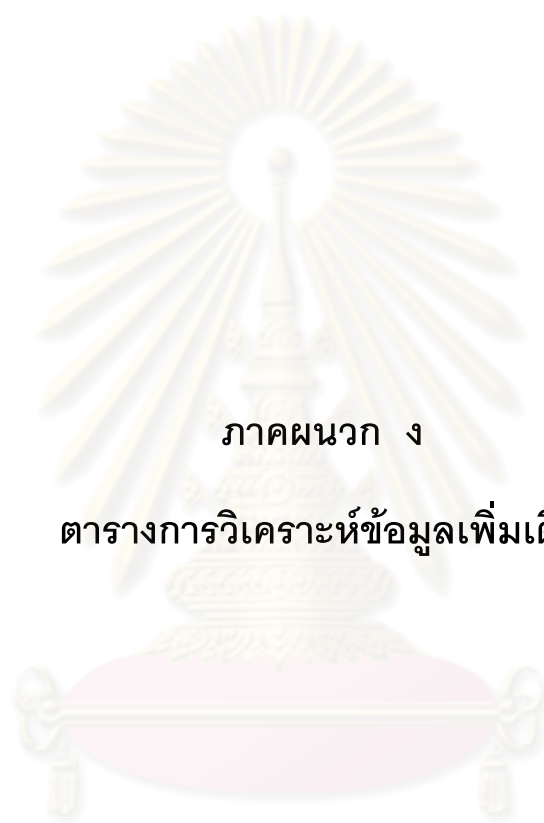
ลงชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่.....
(.....)

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านหนังสือไม่ออก ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ.....

จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ..... พยาน/วันที่.....
(.....)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่จำแนกตามรายด้านความรู้ ความสนใจและเอาใจใส่ตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาการและป้องกันความพิการของข้อเข่าเสื่อม (n=150)

ด้านความรู้ ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง เกี่ยวกับการควบคุมอาการและป้องกัน ความพิการของข้อเข่าเสื่อม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
- ท่านใช้ความพยายามในการดูแลข้อเข่าตามที่ ตั้งใจไว้เพียงใด	4.36	1.25	ดี
- ท่านรู้ในสิ่งที่ท่านต้องทำเพื่อดูแลข้อเข่าของท่าน เพียงใด	4.23	1.60	ดี
- ท่านทำตามแพทย์ พยาบาลหรือบุคลากรทาง การแพทย์ แนะนำในการดูแลตนเองมากน้อย เพียงใด	4.59	1.25	ดี
- ท่านดูแลข้อเข่าด้วยตนเองเพราะเห็นว่าข้อเข่ามี ความสำคัญต่อท่านเพียงใด	5.53	.94	ดี
- ท่านจดจำความรู้เกี่ยวกับการดูแลข้อเข่าของท่าน ได้เพียงใด	4.62	1.08	ดี
- ท่านหาความรู้หรือขอคำแนะนำในการดูแลข้อเข่า ด้วยตัวเองเพียงใด	4.29	1.29	ดี
- ท่านพยายามทำสิ่งที่คุณคิดว่าเกิดผลดีต่อข้อเข่าแม้ ไม่อยากจะทำเพียงใด	4.29	1.12	ดี
- เมื่อท่านเลือกดูแลข้อเข่าด้วยวิธีใด ท่านได้ปฏิบัติ ตามวิธีนั้นอย่างเคร่งครัดเพียงใด	4.26	1.22	ดี
- ท่านดูแลข้อเข่าตามแบบฉบับของท่านเองเพียงใด	4.05	2.89	ดี
- ท่านคิดว่าการตัดสินใจของท่านจะมีผลกระทบต่อ สุขภาพและการดูแลข้อเข่าของท่านเพียงใด	4.03	1.27	ดี
- ท่านนำความรู้จากผู้ที่มีความรู้มาดูแลข้อเข่าเสื่อม	4.31	1.28	ดี

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่จำแนกตามรายด้านการตัดสินใจดูแลตนเองเกี่ยวกับข้อเข่าเสื่อม (n=150)

ด้านการตัดสินใจดูแลตนเองเกี่ยวกับข้อเข่าเสื่อม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
- ท่านใช้ความรู้ในการดูแลข้อเข่าด้วยตนเองเพียงใด	3.89	1.33	ดี
- ท่านได้ลองใช้วิธีการดูแลข้อเข่าแบบใหม่ ๆ ตามคำแนะนำจากผู้รู้เพียงใด	3.48	1.54	ปานกลาง
- ท่านพิจารณาข้อดีข้อเสียของวิธีต่าง ๆ ก่อนนำมาใช้ในการดูแลข้อเข่าเพียงใด	4.25	1.19	ดี
- ท่านได้ปรับสิ่งแวดล้อมของบ้านหรืออุปกรณ์ของใช้ต่าง ๆ เพื่อให้การดูแลข้อเข่าได้ผลดียิ่งขึ้นเพียงใด	3.77	1.62	ดี
- ท่านมีวิธีการดูแลข้อเข่าของท่านที่หลากหลายเพียงใด	3.74	1.16	ดี
- ท่านใช้ความรอบคอบเพียงใดในการเลือกวิธีการต่าง ๆ ในการดูแลข้อเข่าของท่าน	4.22	1.12	ดี
- ท่านใช้เหตุผลเพียงใดในการเลือกวิธีการต่าง ๆ ในการดูแลข้อเข่าของท่าน	4.18	1.17	ดี
- ท่านรู้มากน้อยเพียงใดว่าอะไรสำคัญที่สุดท่านต้องทำเพื่อดูแลข้อเข่าของท่าน	4.32	1.11	ดี
- ท่านจะติดตามดูว่าวิธีในการดูแลข้อเข่าที่ปฏิบัตินั้นได้ผลมากเพียงใด	4.47	1.05	ดี

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่จำแนกตามรายด้านการตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลข้อเข่าเสื่อม (n =150)

ด้านการตระหนักถึงความสำคัญ ในการดูแลข้อเข่าเสื่อม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
- ท่านติดตามผลการดูแลข้อเข่าของท่านด้วย ตนเองเพียงใด	4.55	1.33	ดี
- ท่านคิดหาวิธีการดูแลข้อเข่าที่เหมาะสมกับ ปัญหาที่มีเพียงใด	3.89	1.46	ดี
- ท่านคอยคิดหาวิธีการใหม่ ๆ ในการดูแลข้อ เข่าจากสิ่งต่างรอบตัวเพียงใด	3.86	1.51	ดี
- ท่านติดตามอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อปรับปรุงวิธีการดูแลข้อเข่าของท่าน เพียงใด	4.61	1.23	ดี
- ท่านใช้ความพยายามในการดูแลข้อเข่าตาม กำลังที่มีมากนักเพียงใด	4.35	1.25	ดี
- ท่านสนใจสิ่งต่าง ๆ รอบตัวที่จะมีผลกระทบ ต่อการดูแลข้อเข่าเพียงใด	4.50	1.30	ดี
- ท่านเข้าใจว่าต้องใช้ความพยายามในการ ดูแลข้อเข่าด้วยตนเองมากนักเพียงใด	4.40	1.19	ดี

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่จำแนกตามรายด้านทักษะทางกาย และความพึงพอใจในการดูแลข้อเข่าเสื่อมอย่างสม่ำเสมอ (n = 150)

ด้านทักษะทางกายและความพึงพอใจในการดูแลข้อเข่าเสื่อมอย่างสม่ำเสมอ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
- กระจกและข้อของท่านเคลื่อนไหวได้ดีเพียงพอที่จะดูแลข้อเข่าด้วยตนเองเพียงใด	3.70	1.11	ดี
- การดำเนินชีวิตประจำวันเป็นอุปสรรคต่อการดูแลข้อเข่าของท่านเพียงใด	3.27	1.71	ปานกลาง
- การดูแลข้อเข่าของท่านสอดคล้องกับชีวิตด้านอื่น ๆ เพียงใด	3.69	1.31	ดี
- ท่านแข็งแรงเพียงพอที่จะดูแลข้อเข่าด้วยตนเองเพียงใด	4.23	1.21	ดี
- ท่านมีความพร้อมด้านร่างกายเพียงใดในการดูแลข้อเข่าด้วยตนเอง	4.37	1.23	ดี
- ในการดูแลข้อเข่าด้วยตนเองนั้นตาและหูของท่านดีเพียงพอเพียงใด	2.67	1.74	ปานกลาง
- กล้ามเนื้อของท่านแข็งแรงพอที่จะดูแลข้อเข่าด้วยตนเองเพียงใด	4.01	1.18	ดี

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ (n=150)

ด้านข้อมูลข่าวสาร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
1.ท่านมีผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมที่เหมาะสมต่อท่าน(เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน เป็นต้น)	2.13	.67	ปานกลาง
2.ท่านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างเพียงพอ	2.05	.68	ปานกลาง
3.ท่านมีผู้ให้ข้อมูลข่าวสารในการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมเมื่อต้องการ	2.02	.69	ปานกลาง
4.ท่านมีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมกับผู้อื่น	1.93	.71	ปานกลาง
5.ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมที่ทันสมัย	2.07	.75	ปานกลาง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุประสงค์ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ (n=150)

ด้านวัตถุประสงค์ของ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
6. ท่านมีบุคคลที่จะไปกับท่านในสถานที่ต่างๆเมื่อต้องการ	1.91	.79	ปานกลาง
7. ท่านมีผู้ช่วยเหลือเมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน(เช่น การแต่งกาย การรับประทานอาหาร เป็นต้น)	1.86	.80	ปานกลาง
8. ท่านมีคนดูแลท่านเมื่อออกนอกบ้าน	1.83	.80	ปานกลาง
9. ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากบุคคลใกล้ชิดของท่าน	2.09	2.67	ปานกลาง
10. ท่านได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับสิ่งของ เครื่องใช้ต่างๆจากบุคคลใกล้ชิด	1.93	.80	ปานกลาง

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการสนับสนุนทางสังคมด้านฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคมของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ (n=150)

ด้านฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
11. เมื่อท่านมีปัญหาด้านสุขภาพมีผู้คอยช่วยเหลือ	2.16	.73	ปานกลาง
12. ท่านชอบจะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสม	1.85	.71	ปานกลาง
13. เมื่อพบปะเพื่อนฝูงหรือบุคคลที่รู้จักท่านมักทักทายกันเสมอ	2.14	.70	ปานกลาง
14. ท่านได้รับโอกาสในการแสดงความคิดเห็นร่วมกับผู้อื่น	1.96	.70	ปานกลาง
15. ท่านและบุคคลรอบข้างมีการร่วมมือกันเป็นอย่างดีในการทำกิจกรรมต่างๆ	2.16	.69	ปานกลาง
16. ท่านรับรู้ความเป็นไปของบุคคลรอบข้างเสมอ	2.25	.69	ปานกลาง
17. ท่านรู้สึกว่าคุณเองมีส่วนสร้างสรรค์สังคมให้ดีขึ้น	2.15	.62	ปานกลาง
18. ท่านใช้เวลาว่างส่วนหนึ่งในการทำกิจกรรมทางสังคม	1.89	.73	ปานกลาง
19. ท่านชอบที่จะพบปะพูดคุยกับคนอื่น เมื่อมีเวลา	2.06	.73	ปานกลาง

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการสนับสนุนทางสังคมด้านความต้องการทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ (n=150)

ด้านความต้องการทางอารมณ์	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
20. ท่านได้รับการเห็นอกเห็นใจจากผู้อื่น เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจ	2.15	.68	ปานกลาง
21. เมื่อท่านไม่สบายใจ มีผู้รับฟังท่าน	2.18	.68	ปานกลาง
22. บุคคลรอบข้างมักแสดงให้ท่านรู้สึกว่าคุณใจที่ได้ใกล้ชิดกับท่าน	2.37	.61	ปานกลาง
23. บุคคลรอบข้าง ญาติมิตรหรือบุตรหลานไม่เคยแสดงกิริยาที่ทำให้ท่านหมดกำลังใจ	2.57	1.70	มาก
24. เมื่อมีอันตรายเกิดขึ้นกับท่าน ท่านมั่นใจว่าต้องมีผู้ช่วยเหลือท่าน	2.41	.66	ปานกลาง
25. บุคคลรอบข้างท่านทำให้มีความรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย	2.68	2.55	มาก
26. ท่านไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้งหรืออยู่อย่างโดดเดี่ยว	2.77	2.55	มาก
27. เมื่อท่านมีความทุกข์ทางใจท่านแน่ใจว่าจะได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างเมื่อท่านมีความทุกข์ทางใจท่านแน่ใจว่าจะได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง	2.37	.69	ปานกลาง
28. บุคคลรอบข้างทราบปัญหาและความต้องการของท่านดี	2.35	.67	ปานกลาง
29. มีคนที่ท่านรู้สึกไว้วางใจและสามารถพูดคุยปัญหาสำคัญได้	2.37	.69	ปานกลาง

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการสนับสนุนทางสังคมด้านความต้องการการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่าของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ (n=150)

ด้านความต้องการทางอารมณ์	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
30. มีผู้ให้ความเคารพยกย่องท่าน	2.51	.53	มาก
31. บุคคลรอบข้างคอยให้ข้อเสนอแนะหรือท้วงติง ท่านเพื่อให้ท่านกระทำในสิ่งที่เหมาะสม	2.39	.60	ปานกลาง
32. ท่านได้รับการชื่นชมหรือให้กำลังใจเมื่อกระทำ ในสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสม	2.43	.64	ปานกลาง
33. ท่านได้รับความไว้วางใจให้รับผิดชอบงาน บ้านที่สามารถทำได้(เช่น การอบรมเลี้ยงดูหลาน การดูแลบ้าน เป็นต้น)	2.57	.55	มาก
34. มีผู้ให้กำลังใจสนับสนุนให้ท่านทำกิจกรรมเพื่อ ดูแลตนเอง(เช่น การออกกำลังกาย การทำงาน อดิเรก เป็นต้น)	2.45	.65	ปานกลาง
35. มีผู้มาปรึกษาและขอคำแนะนำจากท่าน	2.31	.66	ปานกลาง
36. ท่านมีโอกาสตัดสินใจกิจกรรมของครอบครัว	2.46	.65	ปานกลาง
37. มีผู้บอกหรือแสดงให้ท่านรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมี ประโยชน์ต่อผู้อื่น	2.42	.62	ปานกลาง

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ จำแนกตามรายด้าน (n=150)

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ความผาสุกด้านร่างกาย	2.71	.73
1.ข้าพเจ้ารู้สึกหมดเรี่ยวแรง	3.05	.94
2.ข้าพเจ้ารู้สึกคลื่นไส้	1.91	1.69
3.เนื่องจากสภาพร่างกายที่เป็นอยู่ขณะนี้ ทำให้ข้าพเจ้ามีปัญหาในการดูแลรับภาระต่างๆในครอบครัว	2.78	1.23
4.ข้าพเจ้ามีอาการปวด	1.96	.97
5.ข้าพเจ้ารำคาญต่อผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา	2.95	1.13
6.ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบาย	2.69	1.03
7.ข้าพเจ้าจำต้องใช้เวลาส่วนใหญ่นอนอยู่บนเตียง	3.62	.93
ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว	2.56	.62
8.ข้าพเจ้ารู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับเพื่อนๆ	2.18	.88
9.ข้าพเจ้าได้รับกำลังใจจากครอบครัว	2.85	.87
10.ข้าพเจ้าได้รับการดูแลช่วยเหลือจากเพื่อนๆ	1.97	1.04
11.คนในครอบครัวยอมรับการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า	2.86	.77
12.ข้าพเจ้าพอใจกับการสื่อสารภายในครอบครัว เช่นการพูดคุย การแสดงความเห็นอกเห็นใจ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า	2.80	.79
13.ข้าพเจ้ารู้สึกใกล้ชิดกับคู่ครอง (หรือคนสำคัญที่คอยให้กำลังใจ)	2.74	.92
14.ข้าพเจ้าพึงพอใจกับชีวิตทางเพศของตนเอง (ไม่ว่าขณะนี้จะมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ก็ตาม)	2.51	.99

ตารางที่ 16 (ต่อ)

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
ความผาสุกด้านอารมณ์	3.13	.70
15.ข้าพเจ้ารู้สึกเศร้าใจ	3.43	.94
16.ข้าพเจ้ารู้สึกพอใจกับวิธีที่ข้าพเจ้าปรับตัวกับการเจ็บป่วยของตนเอง	2.17	.83
17.ข้าพเจ้ารู้สึกหมดหวังในการต่อสู้กับการเจ็บป่วย	3.54	.97
18.ข้าพเจ้ารู้สึกกระวนกระวายใจ	3.34	1.0
19.ข้าพเจ้ากังวลเกี่ยวกับความตาย	3.51	.99
20.ข้าพเจ้ากังวลว่าอาการจะแย่ลง	2.75	1.20
ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม	2.62	.68
21.ข้าพเจ้าสามารถทำงานทั่วไปได้ (รวมถึงงานบ้าน)	2.80	.87
22.ข้าพเจ้าพึงพอใจในผลสำเร็จของงาน(รวมถึงงานบ้าน)	2.77	.88
23.ข้าพเจ้ายังมีชีวิตที่สนุกสนานได้	2.73	.80
24.ข้าพเจ้ายอมรับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ได้	2.60	.81
25.ข้าพเจ้านอนหลับสนิทดี	2.25	1.12
26.ข้าพเจ้ายังคงสนุกสนานเหมือนเดิมกับสิ่งที่เคยทำเพื่อความสำราญ	2.57	.95
27.ข้าพเจ้าพึงพอใจกับคุณภาพชีวิตของตนเองในขณะนี้	2.61	.80

ตารางที่ 17 ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดเข้าจำแนกตามการรับรู้ความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมโดยรวม และรายด้าน (n=150)

อาการปวดเข่า รายด้าน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม				
	ด้านร่างกาย	ด้านสังคม	ด้านอารมณ์	การปฏิบัติ กิจกรรม	โดยรวม
การรับรู้ถึงความถี่	-.49**	.16*	-.30**	-.06	-.23**
การรับรู้ความรุนแรง	-.40**	.09	-.26**	-.11	-.24**
การรับรู้ความทุกข์ ทรมาน	-.46**	.05	-.34**	-.22	-.34**

*P < .05, ** p<.01

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 18 ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองรายด้านกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมโดยรวม และรายด้าน (n=150)

ความสามารถในการดูแลตนเองรายด้าน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม				
	ด้านร่างกาย	ด้านสังคม	ด้านอารมณ์	การปฏิบัติกิจกรรม	โดยรวม
ด้านความรู้ ความสนใจและเอาใจใส่ตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาการ และป้องกันความพิการของข้อเข่าเสื่อม	.16*	.14	.21**	.26**	.26**
ด้านการตัดสินใจดูแลตนเองเกี่ยวกับข้อเข่าเสื่อม	.24**	.18*	.21**	.25**	.30**
ด้านตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลข้อเข่าเสื่อม	.21**	.17*	.22*	.24**	.29**
ด้านทักษะทางกายและความพึงพอใจในการดูแลข้อเข่าเสื่อมอย่างสม่ำเสมอ	.13	.09	.09	.23**	.19**

*P < .05, ** p<.01

ตารางที่ 19 ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคมรายด้านกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมโดยรวม และรายด้าน (n=150)

การสนับสนุนทางสังคม รายด้าน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม				
	ด้านร่างกาย	ด้านสังคม	ด้านอารมณ์	การปฏิบัติ กิจกรรม	โดยรวม
ด้านข้อมูลข่าวสาร	.18*	.09	.28**	.19*	.25**
ด้านวัตถุประสงค์ของ	-.08	.32**	.01	-.03	.06
ด้านฐานะที่เป็นส่วน หนึ่งของสังคม	-.02	.53**	.17*	.39**	.35**
ด้านความต้องการ ทางอารมณ์	-.01	.46**	.10	.25**	.27**
ด้านความต้องการ การยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า	.07	.51**	.15	.27**	.33**

*P < .05, ** p<.01

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ นางสาวธิดาราวรรณ เชื้อตาเล็ง เกิดวันที่ 12 มิถุนายน 2524 ที่จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นบุตรคนที่ 1 ของนายเกรียงศักดิ์ และ นางนภา เชื้อตาเล็ง มีพี่น้องรวมทั้งหมด 4 คน มีน้องสาว 1 คน และน้องชาย 2 คน สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในปีพุทธศักราช 2548 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2552 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลประจำการ หอผู้ป่วยสลากกินแบ่งชั้น 5 งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งแต่ พุทธศักราช 2548 จนถึงปัจจุบัน



ศูนย์วิทยพัทยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย