



ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

บุญเรียง พิสมัย* มณีรัตน์ อีระวิวัฒน์** นิรัตน์ อิมามิ** สุภาพ อาวีเอื้อ***

บทคัดย่อ

โรคข้อเข่าเสื่อมพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ การปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องอาจเกิดอาการรุนแรงได้ภายใน 1-3 ปี การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์และทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้ป่วย จำนวน 200 คน รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติไค-สแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และวิเคราะห์การจำแนกพหุ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ การรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเอง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมความรู้และทักษะจากโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นโรค ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง จากแบบจำลองการวิเคราะห์การจำแนกพหุ 7 ปัจจัย คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้

ความสามารถในการจัดการตนเอง การเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมความรู้และทักษะ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรในโรงพยาบาลและจากบุคคลในครอบครัว และระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ได้ร้อยละ 30 ($R^2 = 0.296$) เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ แล้ว พบว่าการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองมากที่สุด รองลงมาคือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรของโรงพยาบาล ($Beta = 0.32$ และ 0.21 ตามลำดับ) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรค ควรเน้นการพัฒนาการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองและการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรของโรงพยาบาล

คำสำคัญ: โรคข้อเข่าเสื่อม, พฤติกรรมการจัดการตนเอง

วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2555; 42(2): 54-67

* นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

** ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



บทนำ

โรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis-OA) พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายในอัตรา 3:1¹ ข้อเข่าเป็นตำแหน่งที่เกิดโรคข้อเสื่อมได้มากที่สุด เนื่องจากต้องรองรับน้ำหนักของร่างกาย² ปัจจุบันโรคข้อเข่าเสื่อมพบได้ในผู้ที่มีอายุน้อยลง คือพบได้ตั้งแต่อายุ 40 ปีขึ้นไป³ โรคข้อเข่าเสื่อมเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของกระดูกอ่อนผิวข้อและอวัยวะอื่นในข้อและรอบข้อ ส่งผลต่อภาวะสุขภาพร่างกายจากอาการปวด หากโรครุนแรงขึ้นจะปวดตลอดเวลา มีข้อเข่ายึดติด ไม่สามารถเหยียดหรืองอขาได้ ข้อมีขนาดใหญ่ผิดปกติ อาจพบขาโก่ง ขาฉิ่ง เคลื่อนไหวลำบาก ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ทำให้เป็นภาระของครอบครัว การรักษาจะไม่หายขาดและเสียค่าใช้จ่ายสูง ส่งผลต่อเศรษฐกิจของครอบครัว ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุลดลง^{4,5,6}

ยาที่ใช้รักษาโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อลดอาการปวด ป้องกันการเสื่อมที่มากขึ้น และลดความพิการ มักมีราคาแพงและอาจมีอาการข้างเคียง กรณีที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัด จะมีค่าใช้จ่ายสูงและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้ การปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยการบริหารกล้ามเนื้อต้นขาควอดโตเซ็บส์ การควบคุมน้ำหนักตัว และหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่กดทับข้อเข่า เพื่อชะลอการเสื่อมของข้อเข่า ป้องกันการเกิดข้ออักเสบที่รุนแรง และช่วยลดการผ่าตัดข้อเข่าจึงเป็นทางเลือกที่สำคัญ^{2,3,5,6}

แผนกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มีผู้มารับบริการด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมสูงเป็นอันดับแรก และสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องคิดเป็น 1 ใน 4 ของผู้ป่วยทั้งหมด และมีผู้ป่วยที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดมากขึ้นเรื่อย ๆ⁷ ปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยเหล่านี้คือ การมีภาวะ

โภชนาการเกินและอ้วนร้อยละ 62 ไม่บริหารกล้ามเนื้อต้นขาร้อยละ 50.7⁸ การปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องอาจทำให้อาการของโรคข้อเข่าเสื่อมรุนแรงได้ภายใน 1-3 ปี⁹ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาล จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงของโรคและผลกระทบจากการเจ็บป่วยอื่นๆ โดยมีเจ้าหน้าที่สุขภาพคอยให้ความช่วยเหลือ^{10, 11} การจะให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม ต้องมีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการจัดการตนเองให้แก่ผู้ป่วยที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเอง และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ที่เป็นข้อเข่าเสื่อม เพื่อให้ได้ข้อมูลในการวางแผนจัดบริการสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ รวบรวมข้อมูลครั้งเดียว ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับบริการ ณ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกกระดูกและข้อ โรงพยาบาลรามาริบัติ ปี 2554 กำหนดขนาดตัวอย่างโดยการคำนวณตามสูตรของเดเนียล¹² ที่ทราบขนาดประชากรและสัดส่วนของตัวแปรที่ศึกษา ซึ่งในการคำนวณขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้ใช้ขนาดประชากรจากรายงานสถิติผู้มารับบริการในปี 2552-2553 จำนวน 6,080 คน⁷ ได้ตัวอย่าง 173 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เป็น 200 คน สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายตามสัดส่วนเพศและเกณฑ์การคัดเข้าจากรายชื่อผู้ป่วยนัดในแต่ละวัน ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิง 166 คน ชาย 34 คน รวบรวม



ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ระหว่างเดือนเมษายนถึง พฤษภาคม 2554

แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ คุณลักษณะทางประชากร สังคม ประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงของโรค ข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว และจากบุคลากรของโรงพยาบาล เป็นการวัดแบบ มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การได้รับกิจกรรม สร้างเสริมความรู้และทักษะจากโรงพยาบาล เป็น คำถามแบบเลือกตอบ และพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ในเรื่องการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา การควบคุม น้ำหนักตัว และการหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่กดทับข้อเข่า เป็นแบบให้เลือกตอบ 4 คำตอบ คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติสม่ำเสมอ ส่วนการประเมินความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมใช้เครื่องมือของปราณี กาญจนารวงศ์¹³

ตรวจสอบค่าตรรกะของความสอดคล้องระหว่าง ข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ที่ศึกษา (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ คอนบราซ (Conbrach's Alpha Coefficient) เพื่อ ประเมินความเที่ยง (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์ ที่นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน

40 คน ได้ค่าความเที่ยงส่วนของความรู้เท่ากับ 0.83 การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมเท่ากับ 0.42 และการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อ ป้องกันความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมเท่ากับ 0.72 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามทั้ง 3 ส่วน และจัดทำ แบบสัมภาษณ์ฉบับสมบูรณ์ ก่อนเริ่มการรวบรวม ข้อมูลได้ดำเนินการขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะ แพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัย มหิดล ได้ใบรับรองเลขที่ MURA 2554/117 จากนั้น จึงทำการรวบรวมข้อมูลจนได้ครบตามจำนวนตัวอย่าง

วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร สังคม และประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ ไค-สแควร์ และ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน วิเคราะห์ปัจจัย ทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้วยสถิติวิเคราะห์ การจำแนกพหุ (Multiple Classification Analysis: MCA)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.0 เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี อายุเฉลี่ย 62.12 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 60.5 สำเร็จ การศึกษาชั้นประถมศึกษาร้อยละ 35.5 เป็นข้าราชการ บำนาญเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 23.5 (ตารางที่ 1)



Table 1 Number and Percentage of the Samples by Personal Data (n = 200).

Personal Data	Number	Percent
Gender		
Male	34	17.0
Female	166	83.0
Age (Year)		
40-49	13	6.5
50-59	69	34.5
60-69	77	38.5
> 70	41	20.5
Marital status		
Single	27	13.5
Married	121	60.5
Widowed	33	16.5
Divorce	19	9.5
Educational level		
Primary school.	71	35.5
Secondary school	32	16.0
High school	25	12.5
Diploma	9	4.5
Bachelor degree or higher	63	31.5
Occupation		
Retired from government work	47	23.5
Housewife	45	22.5
Government employee	32	16.0
Unemployed	25	12.5
Run small grocery store	22	11.0
Unskilled labor	21	10.5
Farming	8	4.0



เมื่อพิจารณาระดับความรู้และการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างในด้านต่างๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก ร้อยละ 89.6 มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ในระดับต่ำ ร้อยละ 66.0 และร้อยละ 63.0 มีการรับรู้ในโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดคือร้อยละ 97.0

มีการรับรู้ในด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวระดับต่ำ ขณะที่ร้อยละ 66.0 มีการรับรู้ในด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาลระดับต่ำเช่นเดียวกัน แต่ร้อยละ 54.5 มีการรับรู้ในด้านการได้รับกิจกรรมส่งเสริมความรู้และทักษะจากโรงพยาบาลในระดับดี (ตารางที่ 2)

Table 2 Number and Percentage of the Samples by Level of Knowledge, Perception, and Social Support Factors (n = 200).

	Number	Percent
Knowledge about osteoarthritis knee		
High (score 38-48)	5	2.5
Moderate (score 28-37)	16	8.0
Low (score < 28)	179	89.5
$\bar{X} = 20.19$, SD = 6.87		
Perceived severity of osteoarthritis knee		
High (score 48-60)	63	31.5
Moderate (score 36-47)	132	66.0
Low (score < 36)	5	2.5
$\bar{X} = 45.17$, SD = 4.36		
Perceived self-efficacy		
High (score 48-60)	68	34.0
Moderate (score 36-47)	126	63.0
Low (score < 36)	6	3.0
$\bar{X} = 45.61$, SD = 5.09		
Perceived social support from family members		
High (score 86-108)	0	0.0
Moderate (score 65-85)	6	3.0
Low (score < 65)	194	97.0
$\bar{X} = 27.84$, SD = 17.90		

**Table 2** Number and Percentage of the Samples by Level of Knowledge, Perception, and Social Support Factors (n = 200) (cont.).

	Number	Percent
Perceived social support from clinic staff.		
High (score 38-48)	20	10.0
Moderate (score 29-37)	48	24.0
Low (score < 29)	132	66.0
$\bar{X} = 24.45, SD = 9.84$		
Perceived on activities enhancing knowledge and skill provided by the clinic staff.		
High (score 3-4)	109	54.5
Moderate (score 1)	58	29.0
Low (score < 1)	33	16.5
$\bar{X} = 2.40, SD = 0.91$		

ด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม 3 ด้าน คือ ด้านการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา การควบคุมน้ำหนักตัว และการหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่กดทับข้อเข่า พบว่า ในด้านการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการบริหารกล้ามเนื้อต้นขาบ่อยครั้งและสม่ำเสมอ แต่มีส่วน้อยคือร้อยละ 18.5 ที่บริหารกล้ามเนื้อต้นขาโดยการเกร็งกล้ามเนื้อต้นขา อย่างน้อยวันละ 50 ครั้ง อย่างสม่ำเสมอ และมีเพียงร้อยละ 5.0 ที่ออกกำลังกายโดยการปั่นจักรยาน หรือว่ายน้ำ อย่างสม่ำเสมอ

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการควบคุมน้ำหนักตัวที่ดีในเรื่องการบริโภคอาหาร กล่าวคือ ร้อยละ 54.0 ไม่รับประทานอาหารจานเดียวที่ให้พลังงานสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ในกลุ่มที่รับประทาน ร้อยละ 42.0 รับประทานนานๆ ครั้ง กลุ่มตัวอย่างรับประทานของทอด เช่น ไก่ทอด หมูทอด หนั๋งไก่ทอด ไข่เจียว และรับประทานผลไม้

รสหวาน เช่น มะม่วงสุก เงาะ ทุเรียน นานๆ ครั้ง (ร้อยละ 65.0 และร้อยละ 45.0 ตามลำดับ) ร้อยละ 68.0 ไม่เคยรับประทานอาหารในมือเย็นมากกว่ามืออื่นๆ ร้อยละ 39.0 ไม่เคยรับประทานของจุบจิบระหว่างมื้ออาหาร และร้อยละ 50.5 ควบคุมการรับประทานอาหารไม่ให้อึดมากเกินไปอย่างสม่ำเสมอ มีเพียงพฤติกรรมเดียวที่ยังคงเป็นปัญหา คือ มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น กาแฟ ชาเย็น น้ำหวาน น้ำอัดลม เป็นประจำ หรือดื่มบ่อยๆ ในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว โดยเดินออกกำลังกาย วันละ 20-30 นาที พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 45.0 ที่ไม่เคยปฏิบัติ หรือปฏิบัตินานๆ ครั้ง ร้อยละ 16.0

ในด้านการหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่กดทับข้อเข่า พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดี โดยไม่เคยปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้ คือ การวิ่งหรือเดินแอโรบิค (ร้อยละ 90.0) ยืนหรือเดินเป็นเวลานาน ๆ หรือนานกว่า 30 นาที (ร้อยละ 34.5)



นั่งพับเพียบ นั่งขัดสมาธิ หรือนั่งคุกเข่า (ร้อยละ 61.0) ใช้ส้วมแบบนั่งยองๆ (ร้อยละ 85.5) ทำงานบ้าน เช่น ซักผ้า ล้างจาน ล้างห้องน้ำ โดยการนั่งยองๆ (ร้อยละ 66.5) มีการถือ แบก หรือยกของหนัก นานๆ ครั้ง

(ร้อยละ 34.5) มีการสังเกตอาการผิดปกติของข้อเข่า อย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 47.0) แต่ยังมีปัญหาในเรื่อง การเดินขึ้นลงบันไดมากกว่าวันละ 2 ครั้ง โดยมีการ ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอถึงร้อยละ 42.5 (ตารางที่ 3)

Table 3 Number and Percent of the Samples by Self-management Behaviors in Preventing of Osteoarthritis Knee Severity.

Self-management Behaviors	Number (Percent) of Practices			
	Regularly	Frequently	Rarely	Never
1. Quadriceps exercise				
1.1 Doing isotonic quadriceps exercise	68 (34.0)	39 (19.5)	42 (21.0)	51 (25.5)
1.2 Performing isotonic quadriceps exercise at least 50 times a day	37 (18.5)	16 (8.0)	20 (10.0)	127 (63.5)
1.3 Doing exercise by cycling or swimming	10 (5.0)	11 (5.5)	9 (4.5)	170 (85.0)
2. Body weight control				
2.1 Walking 20-30 minutes per day	31 (15.5)	47 (23.5)	32 (16.0)	90 (45.0)
2.2 Eating one dish food such as pork leg with rice, Chinese chicken rice	1 (0.5)	6 (3.0)	85 (42.0)	108 (54.0)
2.3 Eating fried food: fried chicken, fried pork, omelet, and fried chicken skin.	8 (4.0)	44 (22.0)	130 (65.0)	18 (9.0)
2.4 Eating sweet fruits: ripe mango, rambutan, and durian.	27 (13.5)	53 (26.5)	90 (45.0)	30 (15.0)
2.5 Control not to eat too much amount of food for each meal.	101 (50.5)	49 (24.5)	26 (13.0)	24 (12.0)
2.6 Eating more food in dinner than other meals.	27 (13.5)	15 (7.5)	22 (11.0)	136 (68.0)
2.7 Having snack between main dishes.	33 (16.5)	33 (16.5)	56 (28.0)	78 (39.0)
2.8 Drink coffee, tea, and other sweeten beverage.	101 (50.5)	20 (10.0)	33 (16.5)	46 (23.0)
3. Avoiding activities that increasing pressure on the knee				
3.1 Doing exercise by running or aerobic dance.	2 (1.0)	8 (4.0)	9 (4.5)	181 (90.0)
3.2 Walking up and down the stairs more than twice a day.	85 (42.5)	23 (11.5)	33 (16.5)	59 (29.5)
3.3 Standing or walking quite long or longer than 30 minutes.	44 (22.0)	34 (17.0)	53 (26.5)	69 (34.5)
3.4 Sit in a squatting position or kneeling.	22 (11.0)	5 (2.5)	51 (25.5)	122 (61.0)
3.5 Using the squat toilet.	19 (9.5)	1 (0.5)	9 (4.5)	171 (85.5)
3.6 House working with squatting position such as washing, cleaning the bathroom.	17 (8.5)	19 (9.5)	31 (15.5)	133 (66.5)
3.7 Watching and observing unusual symptoms of knees.	94 (47.0)	73 (36.5)	23 (11.5)	10 (6.0)
3.8 Carrying or toting heavy things.	22 (11.0)	37 (18.5)	87 (43.5)	54 (27.0)



ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ที่ทำการทดสอบด้วยสถิติไค-สแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า คุณลักษณะทางประชากรและประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ส่วนปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเอง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว จากบุคลากรของโรงพยาบาล การได้รับกิจกรรมสร้างเสริมความรู้ และทักษะจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ยกเว้นการรับรู้ความรุนแรงของโรค จึงได้นำปัจจัยทั้ง 5 และอีก 2 ปัจจัยคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและระดับความรุนแรงของโรคไปวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยดังกล่าวที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง

ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยสถิติวิเคราะห์การจำแนกหมู่ เนื่องจากเป็นกลุ่มปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ด้วยกระบวนการทางสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์การจำแนกหมู่ พบว่า ตัวแปรปัจจัยทั้ง 7 ในแบบจำลองการวิเคราะห์ สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้ประมาณร้อยละ 30 ($R^2 = 0.296$) เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆแล้ว ตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองได้ดีที่สุด คือ การรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเอง ($Beta = 0.317$) รองลงมา คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรของโรงพยาบาล ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว การได้รับกิจกรรมสร้างเสริมความรู้และทักษะของโรงพยาบาล และระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ($Beta = 0.21 \ 0.18 \ 0.14 \ 0.12 \ 0.09$ และ 0.07 ตามลำดับ) (ตารางที่ 4)



Table 4 Multiple Classification Analysis of Self-management Behaviors in Preventing of Osteoarthritis Knee Severity by Seven Predictors (n=200 and grand mean=50.77)*.

Predictors	n	Deviation from Grand Mean (after adjusted for factors)
1. Knowledge about osteoarthritis knee (Beta=0.18)		
Quite low	50	-1.725
Low	62	0.568
High	39	0.290
Very high	49	0.811
2. Perceived severity of osteoarthritis knee (Beta=0.14)		
Quite low	50	-0.671
Low	47	1.404
High	58	-0.258
Very high	45	-0.388
3. Perceived self-efficacy (Beta=0.32)		
Quite low	50	-2.775
Low	64	-0.050
High	43	1.183
Very high	43	2.118
4. Perceived activities that enhancing knowledge and skill provided by hospital staff. (Beta=0.09)		
Quite low	33	0.547
Low	58	-0.274
High	98	-0.225
Very high	11	1.805
5. Perceived social support from family members (Beta=0.12)		
Quite low	53	-0.553
Low	46	-0.848
High	51	0.703
Very high	50	0.649
6. Perceived social support from hospital staff. (Beta=0.21)		
Quite low	48	-1.361
Low	58	-0.899
High	46	1.510
Very high	48	1.000
7. Severity level of osteoarthritis knee (Beta=0.07)		
Quite low	52	0.320
Low	41	0.415
High	52	-0.611
Very high	55	-0.035
Multiple correlation coefficient (R) =0.554 R Squared (R ²) =0.296		

* Total score of each predictor was categorized into 4 levels as Quite low (< 25% rank), Low (25-50% rank), High (51-75% rank), and Very high (> 75% rank).



จากค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง แยกตามชั้นหรือกลุ่มของผู้ป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ การรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเอง ได้รับกิจกรรมสร้างเสริมความรู้และทักษะจากโรงพยาบาล ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและบุคลากรของโรงพยาบาลในระดับสูงหรือระดับมาก จะมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมดีกว่ากลุ่มที่อยู่ในระดับต่ำกว่าหรือระดับน้อยกว่า ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับต่ำและมีระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมน้อย จะมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองดีกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงสูงกว่าและมีระดับความรุนแรงของโรคมากกว่า (ตารางที่ 4)

อภิปรายผล

ผลจากการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร สังคม และประสบการณ์การป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ อาชีพ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นข้อเข่าเสื่อม และระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากการวิจัยนี้ศึกษากับกลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับบริการ ณ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกกระดูก และข้อต่อต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 3 ปี โดยได้รับกิจกรรมสร้างเสริมความรู้และทักษะเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมเมื่อมารับบริการจากโรงพยาบาล จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันตามคุณลักษณะของปัจจัยดังกล่าว มีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมใกล้เคียงกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อุษา เอี่ยมสังข์¹⁴

กาญจนา คุ่มภัย¹⁵ ศุภร เขียวมนตรี¹⁶ และกนกพร สุขสมชีพ¹⁷

ส่วนปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเอง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งจากบุคคลในครอบครัว จากบุคลากรของโรงพยาบาล และการได้รับกิจกรรมสร้างเสริมความรู้และทักษะจากบุคลากรจากโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการจัดการตนเองของคลาร์ค และคณะ¹¹ ที่ระบุว่าปัจจัยสำคัญของการจัดการตนเองคือ การมีความรู้ มีการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองในเรื่องนั้นๆ ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการกระทำพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคคล¹⁸ และการได้รับกิจกรรมสร้างเสริมความรู้และทักษะจะทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความมั่นใจในการกระทำพฤติกรรมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภร เขียวมนตรี¹⁶ ธนวันต์ ศรีอมรรัตนกุล และคณะ¹⁹ กษมา แสนใจธรรม²⁰ และชิตชนก ไชยกุล²¹ ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการได้รับกิจกรรมสร้างเสริมความรู้และทักษะเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมจากโรงพยาบาลตั้งได้กล่าวมาแล้ว จึงทำให้การรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกันมากนัก

ผลการวิเคราะห์การจำแนกพหุ พบว่า ปัจจัยในแบบจำลองการวิเคราะห์ สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้ร้อยละ 30 โดยปัจจัยที่มีความสำคัญ 3 อันดับแรกคือ การรับรู้ความสามารถในการ



จัดการตนเอง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จากบุคลากรของโรงพยาบาล และความรู้เกี่ยวกับโรค ข้อเช่าเสื่อม ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดเชิงทฤษฎีของการ จัดการตนเองด้านสุขภาพของแคนเฟอร์ (Kanfer)¹⁰ ส่วนความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของ พฤติกรรมการจัดการตนเองของปัจจัยที่ศึกษาอยู่ใน ระดับปานกลาง เนื่องจากเป็นผลจากการศึกษาในกลุ่ม ผู้ป่วยโรคข้อเช่าเสื่อมที่ได้รับกิจกรรมสร้างเสริมความรู้ และทักษะเกี่ยวกับโรคข้อเช่าเสื่อมจากโรงพยาบาล เหมือนๆ กัน ทำให้ความแปรปรวนทั้งของปัจจัยที่ใช้ ทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองและของพฤติกรรมการ จัดการตนเองไม่ต่างกันมากนัก อย่างไรก็ตามเป็นที่ น่าสังเกตว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ มีการรับรู้ ได้รับ แรงสนับสนุนทางสังคม และได้รับกิจกรรมสร้างเสริม ความรู้และทักษะที่ดีกว่าหรือมากกว่า จะมีพฤติกรรมการ จัดการตนเองเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรค ข้อเช่าเสื่อมดีกว่ากลุ่มที่มีความรู้ มีการรับรู้ ได้รับ แรงสนับสนุนทางสังคม และได้รับกิจกรรมสร้างเสริม ความรู้และทักษะที่ต่ำกว่าหรือน้อยกว่า และกลุ่ม ตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเช่าเสื่อม และมีระดับความรุนแรงของโรคน้อยกว่าจะมี พฤติกรรมการจัดการตนเองดีกว่ากลุ่มอื่นๆ ซึ่งเป็น ลักษณะของทิศทางของการจัดการตนเองที่พึงประสงค์

ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรม สร้างเสริมการเรียนรู้ให้ผู้ป่วย ควรมีการจัดกิจกรรม สร้างเสริมความรู้ให้ผู้ป่วย โดยมีการจัดกิจกรรม แบบผสมผสานทั้งการให้ความรู้ การพัฒนาทักษะ การพัฒนาการรับรู้ และการให้การสนับสนุนทาง สังคมอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

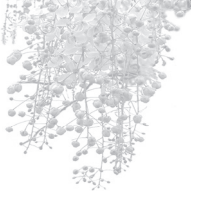
ขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามารามิบัติ หัวหน้าหน่วยตรวจออร์โธปิดิกส์ ที่อนุญาตให้รวบรวม ข้อมูลการวิจัย ขอบขอบคุณผู้ป่วยโรคข้อเช่าเสื่อมที่ หน่วยตรวจออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลรามารามิบัติ ที่มี ส่วนร่วมให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยและทำให้ การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ สุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติโรคข้อเสื่อม พ.ศ.2549. เข้าถึงได้ที่ http://www.moph.go.th/ops/iprg/module.php?mod=news__print&idHot__new=1355. เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2553.
2. วรวิทย์ เล่าห์เรณู. โรคข้อเสื่อม. เชียงใหม่: ธนบรรณ การพิมพ์, 2546.
3. วิวัฒน์ วชนะวิศิษฐ์, ภัทรวัฒน์ วรณารัตน์, ชูศักดิ์ กิจคุณาเสถียร, สุกิจ เลขาเจริญสมบัติ, และสรศักดิ์ ศุภผล. ออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 1 ฉบับเรียบเรียงใหม่ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะ แพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารามิบัติ, 2550.
4. สกาวรัตน์ ศุภสาร, ชมนาด วรณพรศิริ, จรรจา สันตยากร, ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบุลย์. ประสบ- การณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยข้อเช่าเสื่อม. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย นเรศวร 2550; 1(1): 72-86.
5. สุรศักดิ์ นิลกานพวงศ์ , สุรุจภูมิ ปรีชานนท์. คู่มือ โรคข้อ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, 2548.



6. สารเนตร์ ไวกุล, วีระชัย โคสุวรรณ, ธโนนีย์ โชตนนุติ, สุรพล เกษประยูร, กฤษณ์ กาญจนฤกษ์, ธนา สุระเจน. แนวปฏิบัติ บริการดูแลรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม พ.ศ.2553. กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, 2553.
7. งานเวชสารสนเทศ โรงพยาบาลรามาริบัติ. รายงานสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการ ปี พ.ศ. 2553. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ, 2553.
8. Pattayakorn P. Factors predicting Life Satisfaction among Thai Older Women with Osteoarthritis of The Knee. [Ph.D. dissertation in nursing]. Bangkok: Faculty of Graduate Studies Mahidol University, 2009.
9. ยงยุทธ วัชรดุลย์, เล็ก ปรีวิสุทธิ. โรคกระดูกที่พบบ่อยในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์, 2545.
10. Kanfer FH. Self-Management Methods: Helping People Change: A text of methods. 4th ed. New York: Pergamon Press, 1991.
11. Clark NM, Becker M H, Janz N K, Lorig K, Rakowski W, Anderson L. Self-Management of chronic disease by older adults: A review and questions for research. Journal of Aging and Health 1991; 3(1): 3-27.
12. Daniel WW. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 8th ed. The United state of America: John Wiley & Sons, 2005.
13. ปราณี กาญจนวงษ์. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
14. อุษา เอี่ยมสังข์. ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ]. ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา; 2546.
15. กาญจนา คุ่มภัย. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมแผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลเลิศสิน. [วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2544.
16. ศุภร เอี่ยมมนตรี. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2547.
17. กนกกร สุธสมชีพ. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลกลาง สังกัดกรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2544.



18. จีรศักดิ์ เจริญพันธ์, เฉลิมพล ต้นสกุล. พฤติกรรมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4. มหาสารคาม: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2549.
19. ธนวัฒน์ ศรีอมรรัตนกุล, วิเนตรา แน่นหนา, จิตรา จาวยนต์, สลัษศรี พัฒนวิบูลย์. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี, 2550.
20. Sanjaithum K. Factors influencing nutritional self-management among older adults with diabetes mellitus. [M.S. Thesis in Public Health Nursing]. Bangkok: Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, 2006.
21. ชิดชนก ไชยกุล. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม. พยาบาลสาร 2549; 33(3): 94-104.



Factors Related to Self-management Behaviors for Persons with Osteoarthritis

Bunriang Pitsamai^{*} Manirat Therawiwat^{**} Nirat Imaamee^{**} Suparb Aree-ue^{***}

ABSTRACT

Osteoarthritis of the knee is commonly found among elderly. Performing risk behaviors will accelerate its severity within 1 to 3 years. This survey research aims to study the factors related to and predict self-management behaviors of 200 samples. Data were collected by interviewing and were analyzed by Chi-square test, Pearson's product moment correlation, and Multiple Classification Analysis. The study results showed that the knowledge, self-efficacy to perform self-management, receiving social support, and participation in knowledge and skill enhancement activities provided by the orthopedic unit were significantly related to self-management behaviors. However, the relationship between gender, age, marital status, educational level, occupation, income, body mass index, duration of having osteoarthritis, perceived severity of the osteoarthritis and self-management behaviors was not found. From Multiple Classification Analysis model, it was found that 30 percent

of the variance of self-management behaviors ($R^2=0.296$) could be explained by the seven factors: knowledge regarding osteoarthritis, perceived severity of the disease, perceived self-efficacy, participation in knowledge and skill enhancement activities, receiving social support from personnel in hospital and family member, and severity of the disease. Once the effect of all other factors were taken into account, perceived self-efficacy was found to be the most important factor in performing self-management behaviors (Beta=0.32) followed by social support from the orthopedic unit staffs (Beta=0.21). Therefore, to promote self-management behaviors of the osteoarthritis patients, learning activities should be emphasized more on the enhancement of self-efficacy to perform self-management, and providing social support from the orthopedic unit staffs.

Key Words: osteoarthritis, self-management behavior

J Public Health 2012; 42(2): 54-67

Correspondence: Manirat Therawiwat, Department of Health Education and Behavioral Sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, 10400. Thailand. Email: phmtr@mahidol.ac.th

^{*} Graduate student in Master of Science (Public Health) major in Health Educational and Behavioral Sciences, Faculty of Public Health and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University

^{**} Department of Health Education and Behavioral Sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University

^{***} Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University