

Predictors of Quality of Life among Osteoarthritis Patients after Knee Arthroplasty*

Kwanrudee Koponrat¹, Suporn Danaidutsadeekul, RN, DNS¹,
Napaporn Wanitkul, RN, PhD¹, Rapeepat Narkbunnum, MD²

Abstract

Purpose: To study predictive power of health literacy, self-management, functional status, patient engagement, and perceived person-centered care on quality of life of knee osteoarthritis patients after knee arthroplasty.

Design: Predictive study design.

Methods: The sample consisted of 112 patients with primary osteoarthritis of the knee after first arthroplasty in one tertiary hospital in Bangkok, who came to follow-up at 3 – 6 months after surgery. Data were collected using personal data questionnaire, the assessment of quality of life - 8D, patient health engagement scale, patient activation measure, health literacy questionnaires, consultation care measure, and modified Western Ontario and McMaster Universities osteoarthritis index. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

Main findings: Health literacy, self-management, functional status, patient engagement, and perceived person-centered care were accounted for 33.4% of variance in quality of life of patients with statistical significance ($R^2 = .334$, $F = 10.629$, $p < .05$). Only functional status, patient engagement, and self-management could significantly predict quality of life of patients with arthroplasty ($\beta = -.335, .249, .184$, $p < .05$, respectively)

Conclusion and recommendations: Nurses should be aware of promoting functional status and self-management in patients and develop care models by allowing the patients to engage in healthcare, plan and modify personal healthcare models. This could lead to better quality of life among the patients with osteoarthritis of the knee after arthroplasty.

Keywords: quality of life, knee arthroplasty, health literacy, patient engagement, perceived person-centered care

J Nurs Sci. 2017;35(3):94-105

Corresponding Author: Associate Professor Suporn Danaidutsadeekul, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand, e-mail: suporn.dan@mahidol.ac.th

** Master thesis, Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, Bangkok, Thailand*

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

² Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม*

บวญกฤดี ไทพลรัตน์¹ สุพร ดนัยคุชฎีกุล, พย.น.¹ นภาพร วาณิเชษฐ์กุล, PhD¹ ระพีพัฒน์ นาคบุญนำ, พ.บ.²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ภาวะการทำหน้าที่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 112 คน เป็นผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมครั้งแรกที่มารับการตรวจติดตามผลการรักษาหลังผ่าตัด 3-6 เดือน ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบวัดความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย แบบสอบถามการจัดการตนเอง แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง และแบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์การถดถอยพหุ

ผลการวิจัย: ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ภาวะการทำหน้าที่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางสามารถร่วมกันทำนายของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้ร้อยละ 33.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .334$, $F = 10.629$, $p < .05$) โดยปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้สูงสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ภาวะการทำหน้าที่ ($\beta = -.335$, $p < .05$) รองลงมา คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย ($\beta = .249$, $p < .05$) และการจัดการตนเอง ($\beta = .184$, $p < .05$) ตามลำดับ

สรุปและข้อเสนอแนะ: พยาบาลควรตระหนักถึงการส่งเสริมภาวะการทำหน้าที่และการจัดการตนเองที่เหมาะสมในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม พัฒนารูปแบบการพยาบาลโดยการให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพวางแผนและปรับรูปแบบการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ความแตกฉานทางสุขภาพ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง

J Nurs Sci. 2017;35(3):94-105

Corresponding Author: รองศาสตราจารย์สุพร ดนัยคุชฎีกุล, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: supom.dan@mahidol.ac.th

* วิทยาลัยนวัตกรรมการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญของปัญหา

โรคข้อเสื่อมเป็นโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่พบมากที่สุด และเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการสูงเป็นอันดับ 4 โดยเฉพาะกับข้อที่ทำหน้าที่ในการรับน้ำหนักร่างกายที่พบได้บ่อย คือ ข้อเข่า¹ มีแนวโน้มสูงขึ้นเนื่องจากอายุขัยที่เพิ่มขึ้น อีกทั้งพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น ผู้ที่ต้องงอข้อเข่ามากกว่า 90 องศา ผู้ที่ใช้งานข้อเข่าเป็นเวลานาน การขึ้นลงบันไดบ่อยๆ การใช้ส้วมแบบนั่งยอง เป็นต้น ซึ่งเป็นอันตรายต่อข้อเข่าเป็นอย่างมาก นำไปสู่ปัญหาการเกิดข้อเข่าเสื่อม ทำให้เกิดความปวดเรื้อรัง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเป็นการผ่าตัดรักษาเพื่อลดความปวด และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากโรคข้อเข่าเสื่อมระยะสุดท้าย² ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้เต็มที่ในระยะเวลาเฉลี่ย 3-6 เดือน³ โดยในระยะนี้แผลผ่าตัดหายได้อย่างสมบูรณ์ ลดปวดและสามารถเดินโดยใช้ข้อเข่าเทียมได้อย่างดี ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานและทำกิจกรรมต่างๆ ในการใช้ชีวิตประจำวันได้เป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด⁴ ทำให้ความต้องการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ระบบการดูแลที่มีคุณภาพเป็นส่วนสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังที่ Donabedian⁵ ได้อธิบายแนวคิดคุณภาพการดูแล ไว้ใน Donabedian Model ว่าเป็นความสัมพันธ์กันของ 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทการดูแลในปัจจุบันที่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยซึ่งเป็นปัจเจกบุคคล ดังนั้นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทั้งสามองค์ประกอบหลักจึงเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยเอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยด้านโครงสร้างที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ได้แก่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ภาวะการทำหน้าที่ และปัจจัยด้านกระบวนการโดยการนำกระบวนการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง⁶ มาผสมผสานเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทการดูแล คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้

การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง และปัจจัยด้านผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

ความแตกฉานทางสุขภาพ เป็นทักษะทางด้านสติปัญญา ทักษะทางสังคม และความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจข้อมูล และใช้ข้อมูลเหล่านั้นในการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการมีภาวะสุขภาพที่ดี⁷ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความแตกฉานทางสุขภาพที่สูงขึ้น จะทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้น⁸

การจัดการตนเอง เป็นการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพและเป็นการรับรู้ความสามารถต่อการตอบสนองภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ได้อย่างเหมาะสม โดยผลที่ต้องการ คือ ความสามารถในการติดตามอาการและผลต่อการรู้จัก พฤติกรรม และอารมณ์ที่จำเป็นต่อการคงไว้ซึ่งความพึงพอใจในคุณภาพชีวิต⁹ เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นถึงกระบวนการของการควบคุมตนเองที่เกิดการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและเกิดอย่างต่อเนื่อง¹⁰ และเมื่อเปลี่ยนแปลงลักษณะพฤติกรรมของตนเองได้สำเร็จจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ภาวะการทำหน้าที่เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความสามารถของข้อเข่าหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การเดิน และการปฏิบัติบทบาททั้งภายในบ้านและภายนอกบ้าน เช่น การทำความสะอาดบ้าน การทำอาหาร การออกไปซื้อของและทำงาน ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ภาวะการทำหน้าที่ที่ดีขึ้นส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย¹¹

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นถึงการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เป็นความสามารถในการเชื่อมโยงความรู้ ประสบการณ์ ที่เกิดจากองค์ความรู้ด้านความคิด อารมณ์ การกระทำของผู้ป่วยที่มีต่อการจัดการสุขภาพของตนเอง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อภาวะสุขภาพ¹² ผู้ป่วยที่มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองจะสามารถร่วมกันสร้างผลลัพธ์การดูแลที่ดี มีความปลอดภัย ส่งผลให้สุขภาพทั้งส่วนบุคคลและโดยรวมดีขึ้น¹³

การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง เป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางช่วยลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยดีขึ้น การกลับมารักษาซ้ำลดลง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี¹⁴

จากความสำคัญที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย การศึกษาคุณภาพชีวิตในระยะเวลาที่ผู้ป่วยฟื้นตัวเต็มที่หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และการศึกษาผ่านมุมมองของผู้ป่วยในบริบทการดูแลในปัจจุบันของประเทศไทยยังมีน้อยมาก ส่วนใหญ่เป็นคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในระยะยาว และเป็นการศึกษาในต่างประเทศซึ่งมีความแตกต่างทั้งทางด้านลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง วัฒนธรรม และบริบทการดูแล ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความประสงค์จะศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมตามกรอบแนวคิดคุณภาพการดูแลของ Donabedian โดยมีปัจจัยด้านโครงสร้าง ได้แก่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ภาวะการทำหน้าที่ ปัจจัยด้านกระบวนการ ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง และปัจจัยด้านผลลัพธ์ คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการร่วมทำนายของความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ภาวะการทำหน้าที่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

สมมติฐานการวิจัย

ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ภาวะการทำหน้าที่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการตรวจติดตามการรักษา ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากประชากรตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (Total Knee Arthroplasty; TKA) หรือหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมซีกเดียว (Unicompartmental Knee Arthroplasty; UKA) เป็นครั้งแรก ระยะหลังผ่าตัด 3-6 เดือน 2) เป็นผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 3) สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ พูดคุยได้ตอบสนองความคิดเห็นได้ด้วยตนเอง 4) กรณีที่ผู้ป่วยมีอายุ 60 ปีขึ้นไปไม่มีระดับการคิดรู้ (cognitive function) อยู่ในเกณฑ์ปกติ เมื่อทดสอบโดยใช้แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ The General Practitioner Assessment of Cognition (GP-COG) มีคะแนนการทดสอบ 9 คะแนน แสดงถึงความรู้ความเข้าใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1 สำหรับใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุ (multiple regression analysis) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบที่ระดับ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเนื่องจากไม่มีตัวอย่างของการกำหนดขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่ทบทวน ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลางคือ $R^2 = .13$ ตามข้อเสนอแนะการวิจัยทางการพยาบาลหรือทางสังคมศาสตร์ให้สามารถกำหนดขนาดอิทธิพลเป็นขนาดกลางได้ หากไม่มีค่าขนาดอิทธิพล

จากการศึกษาที่ผ่านมา¹⁵ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 คน และเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์หรือข้อมูลผิดปกติ รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 116 คน

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนตัวไป และข้อมูลประวัติความเจ็บป่วยและการรักษา

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน Assessment of Quality of Life - 8D (AQoL-8D) พัฒนาโดย Richardson และ Lezzi¹⁶ ได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือและแปลเป็นภาษาไทยจากผู้พัฒนาเครื่องมือ โดยใช้หลักการแปลตามกระบวนการที่ผู้พัฒนาเครื่องมือกำหนด และให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คนตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ .91 เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากการคำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .87 ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยใน 2 มิติหลัก 8 มิติย่อย คือ มิติหลัก ด้านร่างกาย ประกอบไปด้วย 3 มิติย่อย คือ มิติอิสระในการดำเนินชีวิต มิติประสาทสัมผัส และมิติความเจ็บปวด และมิติหลักด้านจิตสังคม ประกอบด้วย 5 มิติย่อย คือ มิติสุขภาพจิต มิติความสุข มิติความมีคุณค่าในตนเอง มิติการเผชิญปัญหา และมิติสัมพันธภาพ รวมข้อคำถามทั้งหมด 35 ข้อ แต่ละมิติมีคะแนนหลังจากเข้าสู่ AQoL-8D utility algorithms (weighted) จะมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-1 คะแนน แปลผลจากระดับคะแนนที่สูง หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. แบบวัดความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย ผู้วิจัยใช้แบบวัด Patient Health Engagement Scale (PHE-scale) ที่พัฒนาโดย Graffigna และคณะ¹⁷ ได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือและแปลเป็นภาษาไทยจากผู้พัฒนาเครื่องมือ โดยใช้หลักการแปลอย่างเป็นระบบ (systematic translation approach) และให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าดัชนีความตรงตาม

เนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ .88 เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากการคำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .73 แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ มีค่าคำตอบ 7 ระดับ แล้วแปลงคะแนนให้มีค่าคะแนน 1-4 ตามวิธีการประมวลค่าคะแนนของเครื่องมือ เป็นระดับของความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย 4 ระดับ ค่าคะแนนสูง หมายถึง ระดับความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยที่สูง

4. แบบประเมินการจัดการตนเอง ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้แบบประเมิน Patient Activation Measure (PAM 13) ที่พัฒนาโดย Hibbard และคณะ¹⁸ ฉบับที่ได้รับอนุญาตและให้แปลเป็นภาษาไทยโดย สิริรัตน์ ชูเชิด และคณะ¹⁸ และธิดาภรณ์ ชื่อตรง และคณะ¹⁹ ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ แบ่งเป็นระดับของการจัดการตนเอง 4 ระดับ ค่าคะแนนที่สูง หมายถึง การจัดการตนเองในระดับที่สูง ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากการคำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .75

5. แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพที่พัฒนาโดย นภาพร วาณิชชกุล และคณะ²⁰ โดยประเมินปัจจัย 7 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐาน ด้านความสามารถในการรับบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสารเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการจากบุคลากรสุขภาพ ด้านครอบครัวสุขภาพ ด้านความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล และด้านความรับผิดชอบต่อตนเองต่อสุขภาพ รวมข้อคำถามทั้งหมด 29 ข้อ มีคำตอบ 11 ระดับ ระดับคะแนนความแตกฉานทางสุขภาพที่สูง หมายถึง มีความแตกฉานทางสุขภาพสูง ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากการคำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .94

6. แบบสอบถามการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้แบบประเมิน Consultation Care Measure (CCM) ที่พัฒนาขึ้นโดย Little และคณะ ฉบับที่ได้รับอนุญาตและให้แปลเป็น

ภาษาไทยโดย สิริพันธ์ ชูเชิด และคณะ¹⁸ และธิดาภรณ์ ชื่อตรง และคณะ¹⁹ วัตถุประสงค์การดูแลแบบผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง 5 ด้าน รวมข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ แต่ละข้อ มีค่าคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ ค่าคะแนน ที่สูง หมายถึง การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง สูง ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากการคำนวณโดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .94

7. แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ ผู้วิจัยได้รับ อนุญาตให้ใช้แบบประเมิน Modified WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index) พัฒนาโดย Bellamy และคณะ (1988) ฉบับได้รับ อนุญาตและให้แปลเป็นภาษาไทยโดย วิไล คุปต์นิริติศัยกุล และมณี รัตนไชยานนท์²¹ ประกอบด้วยการประเมินใน 3 ส่วน คือ อาการปวดข้อ (pain dimension) อาการข้อฝืด ตึง (stiffness dimension) และการใช้งานข้อ (functional dimension) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ ในส่วนการใช้งานข้อ (functional dimension) จำนวน 15 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีคำตอบโดยใช้มาตราวัดแบบตัวเลข ตั้งแต่ 0-10 คะแนน คะแนนมากหมายถึงความสามารถ ใช้งานข้อได้น้อย แต่ถ้าคะแนนน้อยหมายถึงสามารถใช้งาน ข้อได้ดี ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากการคำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .92

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลข Si273/2016 รหัสโครงการ 195/2559 (EC2) โดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจก่อนตัดสินใจเข้าร่วม โครงการวิจัยอย่างอิสระ และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ถอนตัว ออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใดๆ ต่อการ รักษาที่จะได้รับจากโรงพยาบาล ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บ เป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาล ที่ทำการศึกษแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบแพทย์ พยาบาล ณ หน่วยตรวจและติดตามผลการรักษาออโรบิติกส์ เพื่อชี้แจง

วัตถุประสงค์ รายละเอียดในการดำเนินการวิจัย และ ขออนุญาตคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยให้กลุ่ม ตัวอย่างเข้าใจก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างอิสระ หลังจากผู้ป่วยตอบรับเข้าร่วมโครงการและลงนามใน หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์ อักษรแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วย ตนเองใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 60 นาที ที่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถ อ่านหรือเขียนหนังสือได้ หรือมีปัญหาทางสายตา ผู้วิจัยจะ เป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความเจ็บป่วย และการ รักษาโดยการใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ อำนาจการร่วมทำนายของความแตกต่างทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ภาวะการทำหน้าที่ ความรับผิดชอบต่อ สุขภาพของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็น ศูนย์กลางต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่าเทียมโดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุ (multiple regression analysis) ด้วยวิธีการคัดเลือก ตัวแปรเข้าสมการแบบขั้นตอนเดียว (enter method) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้วิจัยทำการ ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติแล้วพบว่า ตัวแปร อิสระและตัวแปรตามมีค่า Skewness น้อยกว่า 2 และมี ค่า Kurtosis น้อยกว่า 7 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบ โค้งปกติ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระพบ ความสัมพันธ์มีค่าน้อยกว่า .65 จึงไม่เกิด multicollinearity ตัวแปรความแตกต่างทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ภาวะ การทำหน้าที่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย และ การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง มีค่า Tolerance เท่ากับ .70, .76, .98, .82 และ .79 ตามลำดับ มีค่า VIF เท่ากับ 1.43, 1.31, 1.02, 1.21 และ 1.27 ตามลำดับ

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษา

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 91.1 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 67.56 ปี (SD = 8.31) ร้อยละ 39.3 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.25 kg/m² (SD = 9.39) ร้อยละ 66.1 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 47.3 มีการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 77.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 58.9 ใช้สิทธิข้าราชการ/พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจในการรักษาครั้งนี้อ้อยละ 82.2 มีรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 56.3 มีรายได้มากกว่า 30,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 50 รายได้พอใช้และมีเหลือเก็บร้อยละ 66.1 อาศัยอยู่กับบุตรร้อยละ 68.8 มีบุตรเป็นผู้รับผิดชอบในดูแลเมื่อเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับคำแนะนำในการบริหารข้อเท้าและการออกกำลังกายมารับการตรวจตามนัด และส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างสม่ำเสมอร้อยละ 52.7 ของกลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเท้าเทียมมากร้อยละ 69.6 มีโรคประจำตัวร้อยละ 87.2 มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรคร้อยละ 54.5 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะข้อเท้าเสื่อมปฐมภูมิข้างเดียวร้อยละ 87.5 ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเท้าเทียมทั้งข้อร้อยละ 50 ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเท้าเทียมข้างขวา ระยะเวลาที่มารับการตรวจติดตามผลการรักษาหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเท้าเทียมเฉลี่ย 4.46 เดือน (SD = 1.35) พิสัยการงอข้อเท้าเฉลี่ย 114.36 องศา (SD = 8.76) และพิสัยการเหยียดข้อเท้าเฉลี่ย -0.22 องศา (SD = 1.04)

ตัวแปรที่ศึกษา

คุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ย .81 คะแนน (SD = .09) จากคะแนนเต็ม 1 คะแนน โดยมิติความเจ็บปวดเป็นมิติย่อยที่มีคุณภาพชีวิตสูงสุดในมิติหลักด้านร่างกาย คะแนนเฉลี่ย .87 คะแนน (SD = .11) และมิติความมีคุณค่าในตัวเองเป็นมิติย่อยที่มีคุณภาพชีวิตสูงสุดในมิติหลักด้านจิตสังคม คะแนนเฉลี่ย .89 คะแนน (SD = .07)

ความแตกฉานทางสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีความแตกฉานทางสุขภาพโดยรวมเฉลี่ย 7.83 คะแนน (SD = 2.03) จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความแตกฉานทางสุขภาพด้านทักษะสื่อสารสูงสุด

คะแนนเฉลี่ย 8.76 คะแนน (SD = 1.13) แต่ด้านความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ 6.67 คะแนน (SD = 2.00)

การจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 63.4 มีการจัดการตนเองในระดับที่ 3 คะแนนเฉลี่ย 62.49 คะแนน (SD = 5.13) จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน ร้อยละ 19.6 มีการจัดการตนเองในระดับที่ 2 คะแนนเฉลี่ย 51.03 คะแนน (SD = 1.76) ร้อยละ 9.8 มีการจัดการตนเองในระดับที่ 4 คะแนนเฉลี่ย 75.65 คะแนน (SD = 3.23) และร้อยละ 7.1 มีการจัดการตนเองในระดับต่ำสุดคือ ระดับที่ 1 คะแนนเฉลี่ย 45.49 คะแนน (SD = 1.24)

ภาวะการทำหน้าที่ กลุ่มตัวอย่างมีภาวะการทำหน้าที่โดยรวมเฉลี่ย 59.17 คะแนน (SD = 9.82) จากคะแนนเต็ม 150 คะแนน (คะแนนมาก หมายถึง ใช้งานได้น้อย คะแนนน้อย หมายถึง ใช้งานได้มาก คะแนน 0 หมายถึงเก่งที่สุด สามารถทำอิริยาบถนั้นๆ ได้ดีมาก) โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถใช้งานข้อเท้าในอิริยาบถที่ทำได้ดีที่สุด คือ การนั่ง คะแนนเฉลี่ย 3.46 คะแนน (SD = 0.76) ส่วนการใช้งานข้อเท้าในอิริยาบถที่ยังเป็นปัญหามากที่สุด คือ การทำงานบ้านหนักๆ คะแนนเฉลี่ย 6.54 คะแนน (SD = 1.67)

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.9 มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพในระดับที่ 3 รองลงมาร้อยละ 21.4 มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพในระดับสูงสุด คือ ระดับที่ 4 และร้อยละ 15.2 มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพในระดับที่ 2

การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางโดยรวมคะแนนเฉลี่ย 5.62 คะแนน (SD = .97) จากคะแนนเต็ม 7 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ด้านการติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพสูงสุด คะแนนเฉลี่ย 5.75 คะแนน (SD = .93)

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยข้อเท้าเสื่อมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเท้าเทียมพบว่าตัวแปรอิสระทุกตัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติคือ การจัดการตนเอง ($r = .364, p < .05$) ความแตกฉานทางสุขภาพ ($r = .361, p < .05$) ความรับผิตชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย ($r = .229, p < .05$) และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ($r = .345, p < .05$) ส่วนภาวะการทำหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.333, p < .05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ภาวะการทำหน้าที่ ความรับผิตชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเท้าเสื่อมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเท้าเทียม วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (N = 112)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6
1. ความแตกฉานทางสุขภาพ	1					
2. การจัดการตนเอง	.450*	1				
3. ภาวะการทำหน้าที่	-.033 ^{ns}	-.073 ^{ns}	1			
4. ความรับผิตชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย	.340*	.273*	.074 ^{ns}	1		
5. การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง	.391*	.304*	.047 ^{ns}	.325*	1	
6. คุณภาพชีวิต	.361*	.364*	-.333*	.229*	.345*	1

* $p < .05$, ^{ns} = non significant

อำนาจการทำนายของตัวแปรอิสระต่อตัวต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเท้าเสื่อมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเท้าเทียม

การวิเคราะห์การถดถอยพหุโดยใช้วิธีการคัดเลือกตัวแปรเข้าสมการแบบขั้นตอนเดียวพบว่า ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ภาวะการทำหน้าที่ ความรับผิตชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางสามารถร่วมกันทำนายของ

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเท้าเสื่อมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเท้าเทียม ได้ร้อยละ 33.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .334, F = 10.629, p < .05$) โดยปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้สูงสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ภาวะการทำหน้าที่ ($\beta = -.335, p < .05$) รองลงมา คือ ความรับผิตชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย ($\beta = .249, p < .05$) และการจัดการตนเอง ($\beta = .184, p < .05$) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 อำนาจการทำนายของความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ภาวะการทำหน้าที่ ความรับผิตชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเท้าเสื่อมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเท้าเทียม

ตัวแปร	B	SE	β	t	p-value	95%CI
ค่าคงที่	.561	.099		5.684	.000	
ภาวะการทำหน้าที่	-.003	.001	-.335	-4.184	.000*	-.004 - -.002
การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง	.008	.016	.043	.485	.628	-.023 - .039
ความแตกฉานทางสุขภาพ	.018	.011	.165	1.744	.084	-.003 - .040
การจัดการตนเอง	.002	.001	.184	2.027	.045*	.000 - .004
ความรับผิตชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย	.009	.003	.249	2.850	.005*	.003 - .015

$R = .578, R^2 = .334, \text{Adj } R^2 = .303, F = 10.629, *p < .05$

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = .81, SD = .09$) สอดคล้องกับการศึกษาของ da Silva และคณะ²² ที่ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) จากงานวิจัย 31 เรื่องที่ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมพบว่า ผลการศึกษาเป็นไปในแนวทางเดียวกัน คือ ความถี่ระดับความรุนแรง และอาการรบกวนจากความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมลดลง ซึ่งความเจ็บปวดที่ลดลงนี้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความพึงพอใจ การพัฒนา และความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่อย่างเชื่อมั่น มีคุณค่าและภูมิใจในตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

สำหรับอำนาจในการทำนาย เมื่อวิเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเทียมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมตามแนวคิดคุณภาพการดูแลของ Donabedian Model ทั้ง 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ด้านโครงสร้างซึ่งเป็นสมรรถนะของผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง และภาวะการทำหน้าที่ ส่วนด้านกระบวนการ การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง และด้านผลลัพธ์ คือ คุณภาพชีวิตหลังผ่าตัด ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้สูงสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ภาวะการทำหน้าที่ ($\beta = -.335, p < .05$) รองลงมา คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย ($\beta = .249, p < .05$) และการจัดการตนเอง ($\beta = .184, p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ภาวะการทำหน้าที่หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{22,23} ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมสามารถใช้งานข้อเข่าได้ดีโดยไม่ต้องผ่าตัด สามารถดำเนินชีวิตได้เป็นปกติหรือใกล้เคียงกับปกติโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับ Papakostidou และคณะ²⁴ ที่พบว่า หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 3 เดือน ความเจ็บปวดลดลง ภาวะการทำหน้าที่ดีขึ้น ภาวะซึมเศร้าลดลง และ

มีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .249, p < .05$) อาจอธิบายได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ตระหนักรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง มีทักษะ มีความมั่นใจ และมีความมั่นคงทางอารมณ์ ตื่นตัวในการจัดการภาวะสุขภาพ ทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี จึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่ดี คุณภาพของผลลัพธ์ที่ดีขึ้นเกิดขึ้นได้จากการที่ผู้ป่วยกระตือรือร้นที่จะมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองตามแผนการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยที่มีความเข้าใจในความเจ็บป่วย เข้าใจในแนวทางและแผนการรักษา จะมีแนวโน้มที่จะมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับการได้รับการดูแล²⁵

สำหรับการจัดการตนเองสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเข่าเทียมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .184, p < .05$) อาจอธิบายได้ว่าเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องโรค แนวทางการรักษา และได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจากบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้มีความรู้และทักษะในการจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเอง จนเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้ด้วยตนเอง

ตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเข่าเทียมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ได้แก่ ความแตกฉานทางสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 80 เป็นผู้สูงอายุที่มีความแตกฉานทางสุขภาพที่แตกต่างกัน มีศักยภาพด้านความสามารถค้นหาเข้าถึง วิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพ และเลือกที่จะนำข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพมาปฏิบัติ ตลอดจนสามารถประเมินผลได้แตกต่างกันมาก ทำให้ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเข่าเทียมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้ เช่นเดียวกับการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเข่าเทียมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการรับรู้การดูแลของกลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเป็นการรับรู้แบบ

เก่าที่รับรู้การดูแลที่เน้นมุมมองของแพทย์ผู้ทำการรักษา หรือเน้นแต่หลักการทางการแพทย์มากกว่าการทำความเข้าใจในความคิด ความต้องการของตนเอง

ถึงแม้ความแตกต่างทางสุขภาพจะไม่สามารถทำนาย คุณภาพชีวิตได้ แต่ผลการศึกษานี้พบว่า ความแตกต่างทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .361, p < .05$) ดังนั้นผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจึงควรได้รับการพัฒนาให้มีความแตกต่างทางสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างความรู้ แรงจูงใจ และสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการคิด และตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี³ เช่นเดียวกับการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ถึงแม้จะไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้ แต่ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .345, p < .05$) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางที่ผู้ให้การดูแลควรตระหนัก เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมุมมองและสนใจในการให้การดูแลที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยมากขึ้น ดังนั้นกระบวนการที่มีความเหมาะสม โดยคำนึงถึงความสามารถและมุมมองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนได้นั้น จึงจำเป็นที่จะต้องใช้บุคคลเป็นศูนย์กลางมากกว่าวิธีการใช้การรักษาโรคเป็นศูนย์กลาง รวมถึงการมองว่าผู้ป่วยเป็นปัจเจกบุคคลและเพื่อให้สามารถร่วมมือกันในการพัฒนาการดูแลที่เหมาะสม จึงจำเป็นต้องพิจารณาถึงความต้องการ ค่านิยม สภาวะครอบครัว สภาวะแวดล้อมของสังคม รวมถึงวิถีชีวิตด้วย

ข้อเสนอแนะ

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พยาบาลควรประเมินความต้องการการดูแลและการฟื้นฟูสภาพตั้งแต่ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน และนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการ

พยาบาลอย่างเป็นระบบ ปรับรูปแบบการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพ วางแผนและปรับรูปแบบการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถใช้งานข้อเข่าในอิริยาบถต่างๆ ในการใช้ชีวิตประจำวันให้ดีขึ้น เช่น การยืน การเดิน การทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกบ้าน เป็นต้น และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่เหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

ด้านการวิจัย

ผลการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยการใช้องค์ความรู้หรือรูปแบบการพยาบาลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เช่น โปรแกรมการจัดการตนเอง โปรแกรมการมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน หรือ โปรแกรมการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้อย่างเต็มที่และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

References

1. Fransen M, Bridgett L, March L, Hoy D, Penserga E, Brooks P. The epidemiology of osteoarthritis in Asia. *Int J Rheum Dis.* 2011;14(2):113-21.
2. Grayson CW, Decker RC. Total joint arthroplasty for persons with osteoarthritis. *PM R.* 2012;5 Suppl:S97-103.
3. Rejeski WJ, Ettinger WH Jr, Martin K, Morgan T. Treating disability in knee osteoarthritis with exercise therapy: a central role for self-efficacy and pain. *Arthritis Care Res.* 1998;11(2):94-101.
4. Sweeney K, Grubisic M, Marra CA, Kendall R, Li LC, Lynd LD. Comparison of HRQL

- between unicompartmental knee arthroplasty and total knee arthroplasty for the treatment of osteoarthritis. *J Arthroplasty*. 2013;9 Suppl:187-90.
5. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed?. *JAMA*. 1988;260(12):1743-8.
 6. McCormack B, McCance T. Chapter 7: Person-centered nursing outcomes and their evaluation. In: *Person-centered nursing: theory and practice*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010.
 7. World Health Organization. Track 2: Health literacy and health behavior [Internet]. Geneva, Switzerland: WHO; 2009 [cited 2015 Oct 20]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>
 8. Zhang XH, Li SC, Fong KY, Thumboo J. The impact of health literacy on Health-Related Quality of Life (HRQoL) and utility assessment among patients with rheumatic diseases. *Value Health*. 2009;12 Suppl 3:S106-9.
 9. Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, Tusler M. Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Serv Res*. 2004;39 (4 Pt 1):1005-26.
 10. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns*. 2002;48(2):177-87.
 11. Yoshida Y, Mizner RL, Ramsey DK, Snyder-Mackler L. Examining outcomes from total knee arthroplasty and the relationship between quadriceps strength and knee function over time. *Clin Biomech (Bristol, Avon)*. 2008;23(3):320-8.
 12. Coulter A. *Engaging patients in healthcare*. Berkshire, England: McGraw-Hill Education; 2011.
 13. Coulter A. Patient engagement--what works? *J Ambul Care Manage*. 2012;35(2):80-9.
 14. Ekman I, Wolf A, Olsson LE, Taft C, Dudas K, Schaufelberger M, et al. Effects of person-centered care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *Eur Heart J*. 2012;33(9):1112-9.
 15. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 8th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
 16. Richardson J, Lezzi A. Psychometric validity and the AQoL-8D multi attribute utility instrument [Internet]. Melbourne, Australia: Centre for Health Economics, Monash University; 2011 [cited 2015 Sep 22]. Available from: <http://pandora.nla.gov.au/pan/83221/20120628-0000/www.buseco.monash.edu.au/centres/che/pubs/researchpaper71.pdf>.
 17. Graffigna G, Barello S, Bonanomi A, Lozza E. Measuring patient engagement: development and psychometric properties of the Patient Health Engagement (PHE) scale. *Front Psychol*. 2015;6:274.

18. Choocherd S, Wanitkun N, Danaidusadeekul S, Yottasurodom C. Relationships among health literacy, severity of disease, patient engagement, perception of person-centered care and quality of life in patients after coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Nursing Science*. 2016;34 Suppl 1:94-106. (in Thai).
19. Suetrong T, Danaidutsadeekul S, Vanitkun N, Hanprasertpong T. Comparisons of body mass index, chronic stress, health literacy, patient engagement and perception of person-centered care between recurrent and non-recurrent urolithiasis patients. *Journal of Nursing Science*. 2016;34(2):80-91. (in Thai).
20. Wanitkul N, Pattamongkolrit S, Vichathai C, Petchrung B, Kloyaium S, Batterham R, et al. Health literacy in Thai people [Internet]. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2014 [cited 2015 Sep 10]. Available from: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3987>. (in Thai).
21. Kuptniratsaikul V, Rattanachaiyanont M. Validation of a modified Thai version of the Western Ontario and McMaster (WOMAC) osteoarthritis index for knee osteoarthritis. *Clin Rheumatol*. 2007;26(10):1641-5.
22. da Silva RR, Santos AA, de Sampaio Carvalho Júnior J, Matos MA. Quality of life after total knee arthroplasty: systematic review. *Rev Bras Ortop*. 2014;49(5):520-7.
23. Schwartz I, Kandel L, Sajina A, Litinezki D, Herman A, Mattan Y. Balance is an important predictive factor for quality of life and function after primary total knee replacement. *J Bone Joint Surg Br*. 2012;94(6):782-6.
24. Papakostidou I, Dailiana ZH, Papapolychroniou T, Liropoulos L, Zintzaras E, Karachalios TS, et al. Factors affecting the quality of life after total knee arthroplasties: a prospective study. *BMC Musculoskeletal Disord*. 2012;13:116.
25. Balik B, Conway J, Zipperer L, Watson J. Achieving an exceptional patient and family experience of inpatient hospital care: IHI innovation series white paper [Internet]. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2011 [cited 2016 Dec 15]. Available from: <http://www.whaqualitycenter.org/Portals/0/Partners%20for%20Patients/TCAB/Patient-Centered/IHI%20Patient%20Family%20Experience%20of%20Hospital%20Care%20White%20Paper%202011.pdf>.