



ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ
ของเพนเดอร์ต่อการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม



นิตยา สุวรรณเวก

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาลัทธิพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์



**EFFECT OF USING OF PRIMARY NURSING MODEL THAT INTEGRATES
PENDER'S HEALTH PROMOTION MODEL ON WELL-BEING AS
PERCEIVED BY OSTEOARTHRITIS OF KNEE PATIENTS**



NITAYA SUWANAVAG

**A Thesis Paper Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science (Nursing Adminisatration)
Graduate Education, Faculty of Nursing, Saint Louis College, Thailand**

Academic Year 2013

Copyright Belong to Saint Louis College

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของใช้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ
ของเพนเดอร์ต่อการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
วันที่ 29 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2556

นางสาวนิตยา สุวรรณเวก
ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์ ดร.บุญใจ ศรีสถิตนรากร, กศ.ด.
ประธานกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา อนุสันติ, ค.ด.
กรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์

ดร.แก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์, ค.ด.
กรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์

ดร.ปานตา อภิรักษ์นภานนท์, ปร.ด.
กรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์

ดร.สมศรี สุขเมธ, Dr.P.H.
อธิการบดีวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

เรืออากาศโทหญิง ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์, Ph.D.
ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากการสนับสนุนช่วยเหลือของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา อนุสันติ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้เป็น “ผู้ให้ที่ยิ่งใหญ่” เป็นแสงสว่างนำทางชีวิต เป็นอาจารย์โดยแท้ คอยชี้แนะแนวทาง ให้ก้าวผ่านช่วงเวลาสำคัญนี้ ดร.แก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์ และกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะรวมทั้งกำลังใจตลอดระยะเวลาในการทำวิจัยครั้งนี้

รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ อาจารย์ผู้ชี้แนะในการเรียนรู้ เรือโทหญิง ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์ ร.น. ประธานหลักสูตร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพร ดนัยคุชฎีกุล รศ.สมพร ชิมโนรสนางสาวนันทา ขวัญดี ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย

ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ ณรงค์ บุญยะรัตเวช ผู้สนับสนุนทุนการศึกษา และให้ความเข้าใจเห็นใจ เป็นแรงใจเสมอมา หัวหน้าหน่วย และพี่น้องพยาบาลหน่วยตรวจและติดตามผลการรักษา ออร์โธปิดิกส์ที่ช่วยเหลือสนับสนุนให้กำลังใจ และทำหน้าที่พยาบาลเจ้าของไข้ในงานวิจัยครั้งนี้ รวมถึงผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยตลอดจนจบโปรแกรม

พี่ น้องและเพื่อนร่วมชั้นเรียนปริญญาโททุกท่าน ที่เอื้ออาทรช่วยเหลือให้กำลังใจมาตลอด คุณณิณจง บุญถนอม ที่สนับสนุนให้คำปรึกษา กำลังใจ ใจให้เวลา ฝากดูแลห่วงใยและช่วยเหลือในทุกเรื่อง ตลอดระยะเวลาของการศึกษาที่ผ่านมา

คุณรัชสมร กิตติญาณ และและครอบครัวกิตติญาณ ที่คอยช่วยเหลือดูแล สนับสนุนในทุกด้านจนสำเร็จ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อศิริ คุณแม่เฉลียว สุวรรณเวก บิดามารดา และครอบครัว ผู้ให้ความห่วงใยสนับสนุน ตลอดการศึกษา ท้ายที่สุดคุณประโยชน์ที่เกิดจากงานวิจัยครั้งนี้ ขอมอบแด่ บพかり คณะจารย์ และวิชาชีพการพยาบาล

นิตยา สุวรรณเวก

เลขประจำตัวผู้วิจัย	: 080301004; สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล; พย.ม., (การบริหารการพยาบาล)
ชื่อนักศึกษา	: นิตยา สุวรรณเวก
ชื่อวิทยานิพนธ์ (ภาษาไทย)	: ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
ชื่อวิทยานิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ)	: EFFECT OF USING OF PRIMARY NURSING MODEL THAT INTEGRATES PENDER'S HEALTH PROMOTION MODEL ON WELL-BEING AS PERCEIVED BY OSTEOARTHRITIS OF KNEE PATIENTS
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุวรรณ อนุสันติ, ค.ศ.
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์	: แก้วตะวัน สิริลักษณ์นันท์, ค.ศ.
คำสำคัญ	: การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ การรับรู้ความผาสุก
จำนวน	: 169 หน้า

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม อายุ 45-60 ปี ที่รอรับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมซึ่งมารับการตรวจที่หน่วยตรวจและติดตามผลการรักษาออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวนกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2006) โดยจัดทำเป็นคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ส่วนกลุ่มควบคุมใช้รูปแบบการปฏิบัติที่มุ่งความสำเร็จของงานและเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดของ Dunn (1957) เครื่องมือทั้ง 2 ชนิด ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ตรวจสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.77 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Mann Whitney U Test เปรียบเทียบระดับคะแนน การรับรู้ความผาสุกของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และ Wilcoxon Signed – Rank Test เปรียบเทียบระดับคะแนน การรับรู้ความผาสุกของกลุ่มทดลองก่อนและหลัง

ผลการวิจัยพบว่า :- 1) ระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมภายหลังใช้รูปแบบของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมาก และภายหลังการใช้รูปแบบของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง 2) การรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังการใช้รูปแบบของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) การรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบ สูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ACADEMIC CODE : 080301004 ; NURSING ADMINISTRATION ; M.N.S.,
(NURSING ADMINISTRATION)

STUDENT'S NAME : NITAYA SUWANAVAG

TITLE OF THESIS : EFFECT OF USING OF PRIMARY NURSING MODEL THAT INTEGRATES
PENDER'S HEALTH PROMOTION MODEL ON WELL-BEING AS PERCEIVED
BY OSTEOARTHRITIS OF KNEE PATIENTS

THESIS ADVISOR : ASIST. PROF. SUWANNA ANUSANTI, Ph.D.

THESIS CO-ADVISOR : KAEWTAWAN SIRILUKKANANUN, Ph.D.

KEY WORDS : PRIMARY NURSING PENDER'S HEALTH PROMOTION CONCEPTS
WELL-BEING AS PERCEIVED
: 169 PAGES

ABSTRACT

The purpose of this quasi-experimental research was to study and compare means of perception of well-being in Osteoarthritis of knee patients. Sample was Osteoarthritis of knee patients aged 45-60 years at orthopedics department, Siriraj hospital. The sample was divided into 15 experimental subjects and 15 control subjects of Osteoarthritis of knee patients which matched pair by sex, age and occupation. Instruments used in this study is primary nursing model that integrates Pender's health promotion concepts (Pender, 2006) and control group to the use of focus on task service model. The experimental instrument and the questionnaires on perception of well-being in Osteoarthritis of knee patients were tested for content validity by 3 experts and reliability Cronbach's Alpha coefficient was 0.77 The comparison of means of perception of well-being was analyzed between experimental and control groups using Mann Whitney U Test and means between pre and post experimentation in experimental group using Wilcoxon Signed Ranks Test.

The study results indicated as follows : 1) Level of perception of well-being in Osteoarthritis of knee patients post-experimentation in the experimental group was high level and the control group was moderate level. 2) Perception of well-being in Osteoarthritis of knee patients post-experimentation in the experimental group was statistically higher than in control group at 0.05 significantly level. 3) Perception of well-being in Osteoarthritis of knee patients post-experimentation in the experimental group was statistically higher than pre-experimentation at 0.05 significantly level.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ข
สารบัญ.....	ค
สารบัญตาราง.....	ง
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่.....	
1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	5
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
1.4 แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานของการวิจัย.....	5
1.5 ขอบเขตของงานวิจัย.....	7
1.6 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย.....	7
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
2.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม.....	10
2.2 การมอบหมายงานการพยาบาลและการพยาบาลแบบเจ้าของไข้.....	21
2.3 แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์.....	34
2.4 แนวคิดความผาสุก.....	42
2.5 ความสัมพันธ์ของการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม.....	46
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	49
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	49
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	52
3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	90

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ).....	
3.4 จริยธรรมการวิจัย.....	91
3.5 วิธีดำเนินการทดลอง.....	92
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้.....	95
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	97
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	98
ส่วนที่ 2 ระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และกลุ่มได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน.....	99
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างกลุ่มก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และกลุ่มก่อนและหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน.....	109
ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์.....	116
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	120
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	123
5.2 อภิปรายผลการวิจัย.....	128
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	135
บรรณานุกรม.....	137
ภาคผนวก.....	143
ก ราชนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	144
ข เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	146

ค	คู่มือรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์ สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม.....	151
---	--	-----

สารบัญ (ต่อ)

ภาคผนวก (ต่อ).....	หน้า
ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	153
จ สำเนาหนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	158
ฉ สำเนาหนังสือขอความอนุเคราะห์พัฒนาเครื่องมือวิจัย.....	161
ช ตัวอย่างเครื่องมือในงานวิจัย.....	163
ซ ตัวอย่างเอกสารขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย.....	167
ประวัติผู้วิจัย.....	169



สารบัญตาราง

ตารางที่.....	หน้า
1 การจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามเพศ อายุ และอาชีพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม.....	51
2 การปฏิบัติการมอบหมายงานการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม.....	53
3 กิจกรรมและพฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม.....	77
4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ..	98
5 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มก่อนได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ และกลุ่มก่อนได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานโดยรวม.....	99
6 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มก่อนได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาล แบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และกลุ่มก่อนได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน โดยรวมและรายด้าน.....	100
7 ค่าคะแนนเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มก่อนได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และกลุ่มก่อนได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานด้านครอบครัว จำแนกเป็นรายชื่อ.....	101
8 ค่าคะแนนเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มก่อนได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และกลุ่มก่อนได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน ด้านการทำงาน จำแนกเป็นรายชื่อ.....	102
9 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มก่อนได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนว	

คิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์และกลุ่มก่อนได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่ง ความสำเร็จของงาน ด้านสังคม จำแนกเป็นรายชื่อ.....	103
---	-----

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่.....	หน้า
10 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่า เสื่อม กลุ่มหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์และกลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จ ของงาน โดยรวม.....	104
11 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่า เสื่อม กลุ่มหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์ และกลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จ ของงาน โดยรวมและรายด้าน.....	104
12 ค่าคะแนนเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการ แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์และกลุ่มหลัง ได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่ง ความสำเร็จของงาน ด้านครอบครัว จำแนกเป็นรายชื่อ.....	105
13 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่า เสื่อม กลุ่มหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาล แบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์และกลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จ ของงาน ด้านการทำงาน จำแนกเป็นรายชื่อ.....	106
14 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่า เสื่อม กลุ่มหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์และกลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จ ของงาน ด้านสังคม จำแนกเป็นรายชื่อ.....	107
15 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่า เสื่อมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการ แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์.....	108
16 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่า เสื่อม ก่อนและหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน.....	108

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่.....	หน้า
17 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และกลุ่มก่อนและหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จ ของงาน โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test.....	109
18 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ ที่บูรณาการแนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และกลุ่มก่อนและหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน จำแนกตามรายด้าน โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test.....	110
19 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน ด้านครอบครัว จำแนกรายข้อ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test.....	111
20 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และกลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน ด้านการทำงาน จำแนกรายข้อ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test.....	112
21 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม หลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และกลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน ด้านสังคม จำแนกรายข้อโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test.....	114
22 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test.....	116

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่.....	หน้า
23 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลัง ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริม สุขภาพของ เพนเดอร์ จำแนกตามรายด้าน โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test.....	116
24 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังได้รับ การพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ ด้านครอบครัว จำแนกรายข้อ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test.....	117
25 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังได้รับ การพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ ด้านการทำงาน จำแนกรายข้อ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test.....	118
26 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังได้ รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริม สุขภาพของเพนเดอร์ ด้านสังคม จำแนกรายข้อ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test.....	119

สารบัญภาพ

ภาพที่.....	หน้า
1 แผนภูมิแสดงการสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	96



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

ความผาสุกเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคล เกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิต ในความสามารถของการทำหน้าที่ทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้ตามปกติ นั่นคือ เมื่อบุคคลสามารถดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนตนเองให้มีความสุขทั้ง 4 ด้านได้ ก็จะทำให้บุคคลนั้นมีความสุขในชีวิต (Ferran & Powers, 1985) ซึ่งความผาสุกนี้มีความสัมพันธ์ในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ พยาบาลมีวิธีที่จะช่วยเหลือในการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพของการใช้ข้อเข่าที่ถูกต้องในการดำเนินชีวิต ในด้านครอบครัว ด้านการทำงาน ด้านสังคม เป็นผลทำให้เกิดความผาสุกได้ สำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่รอผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม มีความทุกข์ทรมานจากอาการปวด เกิดความเสื่อมและสูญเสียสภาพของกระดูกอ่อนผิวข้อ ทำให้เมื่อมองจากภายนอกมีผลต่อร่างกายเท่านั้น แต่แท้จริงแล้วได้ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณกับผู้ป่วยในการดำเนินชีวิต ซึ่งสอดคล้องสมมูลกับปัจจุบัน ความก้าวหน้าต่างๆ ทางเทคโนโลยีได้เจริญก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็วส่งผลให้แนวโน้มปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขได้เปลี่ยนไป โรงพยาบาลเป็นองค์กรที่ดำเนินพันธกิจเกี่ยวกับการบริการสุขภาพแก่ประชาชนครอบคลุมทั้งด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ กลุ่มการพยาบาลเป็นหน่วยงานหนึ่งของโรงพยาบาลที่ดำเนินพันธกิจด้านบริการพยาบาล จุดประสงค์คือ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้รอดพ้นจากอันตรายและดำรงชีวิตอย่างผาสุกตามอัตภาพ รวมทั้งส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชน (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2551, น. 31)

จากผลกระทบบ้างกล่าวทำให้โรงพยาบาลต่างๆ มีการตื่นตัวด้านการพัฒนาคุณภาพกันอย่างมาก โรงพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนา ซึ่งคุณภาพการพยาบาลนั้นเกิดจากความสามารถทางคลินิกของผู้ให้บริการ การพยาบาลเป็นวิชาชีพการบริการ ที่ต้องใช้ความรู้ ความสามารถในการสร้างบริการที่ดีที่สุดให้แก่บริการ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2544, น. 27) การพยาบาลจึงต้องการการพัฒนา รูปแบบและวิธีการทำงานเพื่อให้ได้งานที่มีคุณภาพ ซึ่งรูปแบบการบริหารจัดการเพื่อให้การบริการที่มีคุณภาพนั้น ต้องคำนึงถึงการตอบสนองความต้องการของประชาชน การตอบสนองนโยบายด้านสุขภาพอนามัยของประเทศ ได้แก่การผสมผสานทั้งการดูแล การรักษา การป้องกัน การฟื้นฟูสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ และการตอบสนองต่อวิชาชีพ ได้แก่ การให้การพยาบาลอย่างมีระบบโดยใช้ระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์และดำรงรักษาระบบของวิชาชีพได้ตลอดไป (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2525)

จากการพัฒนาคุณภาพทำให้พยาบาลมีบทบาทมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงของโรคอย่างค่อยเป็นค่อยไป เมื่อเริ่มปรากฏอาการแล้วไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีพยาธิสภาพแบบไม่กลับคืนสู่สภาพปกติแต่สามารถบรรเทาอาการได้ด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในการควบคุมและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม เช่น รู้จักเลือกบริโภคอาหารและควบคุมน้ำหนักตัว มีการออกกำลังกายบริหารข้อเข่าอย่างสม่ำเสมอ และมีพฤติกรรมการใช้ข้อเข่าในชีวิตประจำวันที่ถูกต้องโดยผู้ป่วยจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสุขภาพให้เหมาะสมควบคู่ไปกับการรักษา ต้องดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องรวมทั้งต้องเรียนรู้และปรับแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันด้วย (พรทิศา ชัยอำนาจ, 2545)

โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis of knee) เป็นโรคที่พบมากในคนไทย ทั้งนี้ อาจเนื่องจากวัฒนธรรมในการนั่ง ได้แก่ การนั่งยองๆ นั่งพับเพียบ นั่งคุกเข่า หรือนั่งขัดสมาธิ ทำให้ข้อเข่าถูกงอพับมากที่สุดเป็นเวลานานๆ ซึ่งเป็นสาเหตุร่วมกับการเสื่อมสึกหรอของข้อเข่า ภายหลังจากการใช้งานมานานหลายสิบปี โรคข้อเข่าเสื่อมอักเสบชนิดรุนแรง จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดเข่ารุนแรง เกิดการทำลายของผิวกระดูกอ่อน จนไม่สามารถรักษาให้กลับคืนสภาพเดิมได้ ต้องได้รับการผ่าตัดทำให้ข้อเข่าติดแข็ง (Arthrodesis) ทำให้เกิดความพิการหรือทุพพลภาพเป็นอย่างมาก (แขวิมล ทุมวิภาต, 2540, น. 23)

ความไม่สุขสบายจากโรคข้อเข่าเสื่อมในช่วงแรกมักเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปและหายได้โดยการพัก แต่เมื่อโรคเป็นมากขึ้น อาการจะเป็นตลอดเวลาและรุนแรงขึ้น ได้แก่ อาการปวด เมื่อต้องยืนหรือยกของ ปวดขณะเคลื่อนไหวข้อเข่า ปวดขณะนอนพัก หรือปวดตอนกลางคืน มีเสียงดังในข้อเข่า นั่งยองๆ นั่งงอเข่า หรือนั่งพับเพียบไม่ได้ ข้อเข่าบวม กล้ามเนื้อขาเกร็งหรือเป็นตะคริวทำให้ต้องจำกัดกิจกรรมและกิจกรรมประจำวัน การทำงานของร่างกายด้อยสมรรถภาพลง ซึ่งสิ่งเหล่านี้คุกคามต่อคุณค่าของบุคคล และมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำรงชีวิตอยู่โดยอิสระ (สุรศักดิ์ นิลกานุงศ์, 2539, น. 213)

จากการศึกษาของ ปรานี กาญจนวรวงศ์ (2540, น. ข) พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพ อารีเอื้อ (2540, น. ก) ที่พบว่า ผลกระทบเนื่องจากความเจ็บป่วยทำให้หญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เกิดข้อจำกัดหรือปัญหาในเรื่องการเคลื่อนไหว การทำหน้าที่ของร่างกาย การดำรงบทบาท การทำหน้าที่ในสังคม การทำกิจกรรมประจำวัน และความปวด ซึ่งส่งผลให้เกิดความเครียด และความปวดเป็นปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียดสูงสุด จะเห็นได้ว่าโรคข้อเข่าเสื่อมมีผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณโดยรวม แม้ว่าโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่เรื้อรังรักษาไม่หายแต่สามารถควบคุมโรคได้ ถ้าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมรู้วิธีปฏิบัติตัวและปฏิบัติตัวในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จึงควรที่จะต้องมีการส่งเสริมสุขภาพซึ่งที่หน่วยตรวจและติดตามผลการรักษาออร์โธปิดิกส์ เป็นหน่วยงานที่มีการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มโรค

กระดุกและข้อ มีผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมารับบริการที่หน่วยตรวจ โดยที่หน่วยงานจะมีการมอบหมายงานเป็นรูปแบบการพยาบาลแบบทีมกับหน้าที่ ซึ่งพยาบาลจะให้การดูแลผู้ป่วยตามหน้าที่ที่รับผิดชอบในแต่ละวัน อาจจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่ครอบคลุมปัญหา และขาดความต่อเนื่องในการดูแล

จากปัญหาที่เกิดขึ้นกลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจึงเหมาะสมกับการจัดระบบการบริการการพยาบาลด้วยการใช้รูปแบบการมอบหมายงานเป็นการกระจายงานให้ผู้ปฏิบัติงานรับผิดชอบ โดยจัดแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบให้แก่บุคลากรแต่ละคนตามขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบ ผู้ที่ได้รับมอบหมายงานจะต้องเต็มใจที่จะรับหน้าที่เหล่านั้นไปปฏิบัติตามส่วนที่ตนพึงกระทำได้ การมอบหมายงานที่ดีและมีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการการพยาบาลที่มีคุณภาพและเกิดความประทับใจ ซึ่งต้องพิจารณาจากปัจจัยหลายๆ อย่าง มีปัจจัยที่สำคัญที่สุด คือ ความรู้ ความสามารถของพยาบาลและการมอบหมายงานที่ต่อเนื่องจะทำให้บุคลากรมีการเรียนรู้มากขึ้น (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2550, น. 169-170) การมอบหมายงาน (Nursing Assignment) เป็นสิ่งที่เอื้ออำนวยให้พยาบาลสามารถดำเนินการวางแผน และปฏิบัติตามแผนการพยาบาลได้อย่างสัมฤทธิ์ผล (พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์, 2523) วิธีมอบหมายงานทางการพยาบาลมีการพัฒนาเป็นลำดับ ตามความจำเป็นและเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ ได้แก่ การมอบหมายงานแบบรายผู้ป่วย การมอบหมายงานตามหน้าที่และการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ การมอบหมายงานตามลักษณะภูมิศาสตร์ของหอผู้ป่วย และการมอบหมายงานแบบการจัดการตามกรณี การมอบหมายงานแบบเจ้าของไข้เชื่อว่าเป็นวิธีการที่เหมาะสมที่สุดกับความเป็นวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่สมบูรณ์ ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ (Bernhard & Walsh, 1995) ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่บ่งบอกถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการให้บริการสุขภาพ และพยาบาลที่อยู่ในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ก็เป็นผู้ที่มีความเป็นอิสระในการทำงาน มีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับผู้ป่วยและมีความรับผิดชอบในหน้าที่ของตน (Marram, et al., 1974) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริกาญจน์ บริสุทธิบัณฑิต (2540) พบว่า ระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลมีการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างครบขั้นตอนและต่อเนื่องมากกว่า และมีความเป็นอิสระและความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลมากกว่าในระบบการมอบหมายงานแบบทีม ซึ่งสอดคล้องกับจิรภัค สุวรรณเจริญ (2545) พบว่า ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าก่อนใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหน่วยงานห้องคลอดและหลังคลอดและความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้รับบริการกลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้รับบริการกลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลด้วยการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน

จากที่กล่าวมา รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้เป็นรูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมกับการให้การดูแลผู้ป่วยและเมื่อนำแนวคิด/ทฤษฎีทางการพยาบาล มาใช้ร่วมกันจะช่วยทำให้พยาบาลสามารถ

ประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมองค์รวม เนื่องจากกรอบแนวคิด/ทฤษฎีทางการพยาบาลจะชี้นำการปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนการพยาบาลของพยาบาลเจ้าของไข้ให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างสมบูรณ์แบบ และเมื่อนำมาผสมผสานกับการใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ซึ่งแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับสุขภาพว่า หมายถึง การบรรลุถึงซึ่งการใช้ศักยภาพของบุคคลที่ติดตัวมาแต่กำเนิดและได้รับการพัฒนา ซึ่งบุคคลจะบรรลุภาวะได้จากการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย การใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง และมีความพึงพอใจในสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง ในขณะที่เดียวกันมีการปรับตัวตามความจำเป็นเพื่อรักษาความมั่นคงของโครงสร้างและความสอดคล้องกลมกลืนกับสิ่งแวดล้อมที่มีความสำคัญกับตนเอง (Pender, et al., 2006) ซึ่งแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์จะประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ คือ 1) ลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ 2) ปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ 3) ผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องได้เมื่อบุคคลรับรู้ว่าการกระทำช่วยยกระดับความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น เสริมศักยภาพให้บรรลุถึงความสำเร็จในชีวิตและเกิดความภูมิใจในตนเอง เป็นการปฏิบัติในทางบวกเพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี ดำรงชีวิตได้อย่างผาสุกกับครอบครัว ชุมชน และสังคม (Pender, 1996) จากการศึกษาของ วัลลดา เล้ากอบกุล (2542) พบว่า โปรแกรมสุขศึกษาสามารถทำให้สตรีวัยก่อนหมดประจำเดือนมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้และมีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การนำแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาใช้ในกระบวนการพยาบาลในการวางแผนการพยาบาล จะช่วยชี้นำแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลโดยการค้นหาปัญหาของผู้ป่วยโดยคำนึงถึงลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ และปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ โดยการที่พยาบาลแนะนำให้ผู้ป่วยรู้ถึงประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรม การฟันฝ่าอุปสรรคทั้งหลายเพื่อไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม และก่อให้เกิดความสามารถกับตัวผู้ป่วยที่สูงขึ้นทำให้เกิดความรู้สึกทางบวกต่อความสำเร็จซึ่งจะนำไปสู่ชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลที่ใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ มาบูรณาการกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องผลการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่หน่วยตรวจและติดตามผลการรักษาออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษครั้งนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ถูกต้องตามสภาพความเป็นจริง ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับตัวผู้ป่วยและส่งผลทำให้มีความผาสุกในการดำเนินชีวิต อีกทั้งยังเป็นการพัฒนาระบบการมอบหมายงาน ส่งเสริมให้พยาบาลใช้ความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ทำให้พยาบาลเจ้าของไข้เกิดการเรียนรู้และมีการพัฒนาตนเอง

1.2 คำถามการวิจัย

- 1) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เป็นอย่างไร
- 2) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานเป็นอย่างไร
- 3) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังจากการได้รับรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์แตกต่างจากการใช้การปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน
- 2) เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และกลุ่มที่ใช้การปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน
- 3) เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

1.4 แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

1.4.1 แนวคิด เหตุผลการวิจัย

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงของโรคอย่างค่อยเป็นค่อยไปและเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีอาการปวดที่ทำให้ทุกข์ทรมาน มีการเคลื่อนไหวลำบากทำให้การปฏิบัติกิจวัตรในการดำเนินชีวิตลดลงจนเป็นภาระในครอบครัวได้ โรคข้อเข่าเสื่อมรักษาให้หายขาดไม่ได้ แต่สามารถจะบรรเทาอาการได้ด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมควบคู่ไปกับการรักษา และต้องดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งต้องเรียนรู้และปรับแผนในการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันด้วย และลดปัจจัยที่ทำให้ข้อเข่าเสื่อมมากขึ้น ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องรู้วิธี

ที่ปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องและเปลี่ยนจากพฤติกรรมไม่ถูกต้องให้เป็นพฤติกรรมที่ถูกต้อง ควรต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลในการช่วยเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งเป็นเรื่องที่ยาก ใช้เวลานานในการทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต้องอาศัยการเรียนรู้ร่วมกัน ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นรายบุคคล เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้พยาบาลสามารถปฏิบัติกรพยาบาลได้ดีกว่า รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้เป็นรูปแบบที่เอื้ออำนวยให้พยาบาลมีโอกาสดูแลผู้ป่วยแต่ละรายอย่างต่อเนื่องและสมบูรณ์แบบ แนวคิดการมอบหมายงานการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ของ Mathey, et al., (1970, p. 65) และแนวคิดของ Marram, et al., (1974, p. 47-49) ได้ให้ความหมาย “การพยาบาลแบบเจ้าของไข้” ไว้ว่าเป็นการมอบหมายงานให้พยาบาลคนหนึ่งรับผิดชอบผู้ป่วยจำนวนหนึ่งตามความเหมาะสม วางแผน การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย เป็นรูปแบบการพยาบาลที่มุ่งเน้นการให้การพยาบาลโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และเป็นรูปแบบการพยาบาลที่สร้างคุณค่าในวิชาชีพและความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานด้วย ซึ่งงานวิจัยของ เรณู พุกบุญมี และคณะ (2544, น. 27-41) ได้กล่าวถึง รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ว่าเป็นรูปแบบที่เอื้ออำนวยให้พยาบาลได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลร่วมกับพยาบาลที่ให้การดูแล ก่อให้เกิดความมั่นใจในบริการเกิดความไว้วางใจของผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เขียวลักษณ์ โอโณทยานนท์ (2543) พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจด้านความเป็นอิสระในการทำงาน หลังการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ส่วนด้านลักษณะงานและความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานไม่แตกต่างกัน ประภาศรี สังข์ศรีทวงษ์ (2547) พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความเป็นอิสระและความพึงพอใจสูงในการปฏิบัติการพยาบาล หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ และนอกจากการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้แล้ว พยาบาลที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ควรต้องมีความรู้ เรื่องการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อจะได้มีรูปแบบในการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นระเบียบแบบแผน ที่ถูกต้องในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากที่ไม่ถูกต้องไปเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจากการเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมที่ดีจะช่วยทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรในการดำเนินชีวิตได้ดีขึ้นตามสภาพความเป็นจริง ซึ่งจะเป็นผลลัพธ์ที่ดี การดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมไม่ใช่ดูแลเฉพาะร่างกาย พยาบาลต้องดูแลแบบครบวงจร คือ ดูแลทั้ง ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยไปพร้อมกัน โดยสิ่งเหล่านี้ คือความผาสุกของผู้ป่วยซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลควรให้ความสนใจ ซึ่งสอดคล้องกับ สราวัลย์ อิ่มอุดม (2548) ศึกษาพบว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรม การออกกำลังกายสูงกว่าก่อนใช้ กษพร อ่อนอภัย (2551) พบว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง มีการรับรู้ ความสำคัญของสุขภาพ และการรับรู้คำจำกัดความของสุขภาพเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้

ควบคุมสุขภาพและการรับรู้ความสามารถภายในตนเองของผู้ป่วยในการป้องกันภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ การรับประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง และการปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการได้รับการส่งเสริมสุขภาพ

1.4.2 สมมติฐานการวิจัย

1) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มีระดับการรับรู้ความพึงพอใจสูงกว่าในกลุ่มการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน

2) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มีระดับความพึงพอใจสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

1.5 ขอบเขตของงานวิจัย

1) การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) ชนิดศึกษา 2 กลุ่ม ทดลอง ก่อน-หลัง (Two-Group Pre-Post Test)

2) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอายุตั้งแต่ 45-60 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมและรอรับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในระยะเวลา 1 เดือน ซึ่งมารับการตรวจที่หน่วยตรวจและติดตามผลการรักษาออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช

3) ตัวแปรที่ใช้ศึกษาการวิจัยครั้งนี้

3.1) ตัวแปรต้น คือ รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน

3.2) ตัวแปรตาม คือ การรับรู้ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

1.6 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ หมายถึง การมอบหมายผู้ป่วยเป็นรายบุคคลให้พยาบาลวิชาชีพโดยหัวหน้าหน่วยตรวจ เริ่มตั้งแต่เมื่อผู้รักษากำหนดวันผ่าตัดจนถึงวันผ่าตัด และในช่วงเวลานั้นได้กำหนดให้มีกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งในงานวิจัยนี้ได้จัดไว้เป็น 3 กิจกรรม พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้รับผิดชอบเขียนแผนการพยาบาลเมื่อพบผู้ป่วย ครั้งที่ 1 และครอบคลุม 3 กิจกรรม ซึ่งกำหนด

นัดหนึ่ง ทำ 1 กิจกรรม ทบทวนแผนการพยาบาล ปรับปรุงแผนการพยาบาลในครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 เมื่อพยาบาลพบกับผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่เตรียมไว้ตามนัด โดยที่พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้นัดหมายผู้ป่วยเป็นไปตามกิจกรรมและสื่อสารทีมการพยาบาล บันทึกแผนการพยาบาลทุกครั้งของการปฏิบัติ ประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติในนัดที่ผ่านมา หัวหน้าหน่วยตรวจให้คำปรึกษาตั้งแต่วินาทีแรก พยาบาลเจ้าของไข้รายงานผลของการปฏิบัติหลังพบผู้ป่วยตามนัดกับทีมการพยาบาล บันทึกแผนการพยาบาลที่ไปปฏิบัติทุกนัด

รูปแบบการบริการการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่บูรณาการแนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ หมายถึง ชุดของกิจกรรมการพยาบาลที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้แนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender, et al., (2006) ที่มุ่งรักษาพันธะสัญญาของแผนการปฏิบัติด้านการใช้ข้อเข่าของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมที่เกิดขึ้นมาก่อนมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบันและปัจจัยด้านชีววิทยา ด้านจิตวิทยาและด้านสังคมวัฒนธรรมของบุคคล ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การควบคุมวิธีปฏิบัติของตนเองให้เกิดความสำเร็จตามเป้าหมาย และความรู้สึกละเลยต่อการปฏิบัติการปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง รวมถึงอิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลจากสถานการณ์เฉพาะ มีผลถึงการสร้างแรงจูงใจในการทำให้เกิดการรักษาพันธะสัญญาของผู้ป่วยตามแผนการปฏิบัติด้านการใช้ข้อเข่าที่นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยพิจารณาความต้องการที่เด่นในขณะนั้นและความชอบเป็นพิเศษร่วมด้วย

การปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน หมายถึง แบบแผนกิจกรรมการทำงานที่หัวหน้าหน่วยตรวจมอบหมายหน้าที่ให้พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่โดยวางแผนกิจกรรมการทำงานตามแบบแผนการรักษาโดยแบ่งหน้าที่ตามห้องที่พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วย 1 ราย ได้รับการดูแลจากพยาบาลหลายคน โดยพยาบาลแต่ละคนมีการส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย

การรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดที่ดี แบบองค์รวม ซึ่งเป็นผลของความรู้สึกหรือความคิดที่ดีต่อการมีชีวิตที่ดีในทุกสภาพตามความเป็นจริงของตนเอง มีความเฉพาะตามความสามารถของตน ซึ่งงานวิจัยนี้มุ่งศึกษาในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเรื่องการรับรู้ความผาสุกตามแนวคิดของ Dunn (1957) ที่ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

1) การรับรู้ความผาสุกด้านครอบครัว หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดที่ดีต่อความสามารถอย่างองค์รวมในการทำกิจวัตรประจำวัน มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับครอบครัว เป็นที่ปรึกษาปัญหาของครอบครัว เป็นที่พึ่งการจัดการด้านการเงินของครอบครัว และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว

2) การรับรู้ความผาสุกด้านการทำงาน หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดที่ดีต่อการทำงานที่ตนเองเลือก ความสามารถอย่างองค์รวมในการทำงาน ให้ความช่วยเหลือเป็นที่ยอมรับจากผู้ร่วมงาน และเป็นส่วนหนึ่งของทีมงาน

3) การรับรู้ความผาสุกด้านสังคม หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดที่ดีต่อการมีสัมพันธภาพที่ดีกับกลุ่มเพื่อน เป็นที่ปรึกษาให้ความช่วยเหลืออย่างเป็นองค์รวมกับเพื่อนบ้าน ทำประโยชน์ให้กับสังคม และมีส่วนร่วมในพิธีทางศาสนาและงานเทศกาล งานแสดงความยินดีในโอกาสต่างๆ

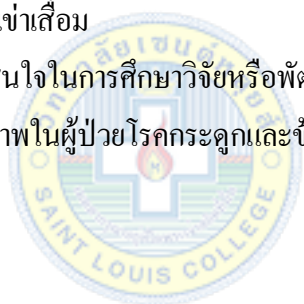
4) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 45 - 60 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมและรอรับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในระยะเวลา 1 เดือน ซึ่งมารับการตรวจที่หน่วยตรวจและติดตามผลการรักษาออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช

1.7 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1) เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมและผู้ป่วยโรคกระดูกและข้ออื่น ๆ เพื่อให้ได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ

2) ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพ ใช้ความรู้ความสามารถในการพยาบาลตามบทบาทอิสระในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

3) เป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในการศึกษาวิจัยหรือพัฒนาการวิจัยทางการนุรณาการแนวคิดทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคกระดูกและข้ออื่นๆ



บทที่ 2

วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental) เพื่อศึกษาผลการใช้การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยดังนี้

2.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

2.2 การมอบหมายงานการพยาบาล และรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้

2.3 แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

2.4 แนวคิดความผาสุก

2.5 ความสัมพันธ์ของการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ต่อการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

2.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

โรคข้อเข่าเสื่อมนี้พบได้บ่อยกว่าโรคข้อชนิดอื่นๆ อยู่มาก เข่าเสื่อมนั้นในช่วงแรก ส่วนที่เข่าเสื่อมจะเป็นกระดูกอ่อนผิวข้อ หมอนรองกระดูก เอ็นยึดข้อ และเอ็นปลายกล้ามเนื้อ จะเป็นส่วนที่สึกหรอได้หรือเสื่อมเสียหาย ในระยะท้ายๆ ของโรคจึงมีการกดทับไปถึงมีส่วนปลายกระดูกแข็งที่มีการสึกกร่อนมีส่วนที่บางลงและมีส่วนที่หนาตัวขึ้น ทำให้กระดูกขรุขระไม่เรียบ โรคเข่าเสื่อมพบได้บ่อยมากในคนสูงอายุ มักพบในผู้หญิงอายุมากกว่า 55 ปีขึ้นไป คนที่เล่นกีฬาที่มีการกระแทกของข้อเข่ารุนแรง คนที่ชอบนั่งงอเข่า หรือต้องเดินขึ้นลง-บันไดบ่อย และในคนอ้วน มักจะเป็นเรื้อรังตลอดชีวิต แต่ไม่มีอันตรายร้ายแรง นอกจากอาการปวดทรมาน เดินไม่ถนัด ขาโก่ง เข่าทรุด อันตรายร้ายแรงมักเกิดจากการใช้ยาอย่างผิดๆ ในหญิงและชายวัยสูงอายุ กระดูกอ่อนผิวข้อจะอ่อนแอลง ทนต่อแรงกด ลดลงเรื่อยๆ เพราะสารสำคัญในกระดูกอ่อนผิวข้อ เช่น โปรตีนโอกลัยแคนคอลลาเจนและการทำงานของเซลล์กระดูกอ่อนเสื่อมสภาพลง อีกทั้งประสาทส่วนปลายจะทำงานลดลงด้วย มีผลให้รู้สึกได้ช้าในการจัดให้มีแรงผ่านของข้อได้อย่างถูกต้อง แรงที่ผ่านข้อที่จุดใดจุดหนึ่งมากเกินไป จะทำให้ตำแหน่งนั้นมีการเสียหายกว่า และทำให้เกิดโรคข้อเสื่อมตรงนั้นมากกว่า โดยทั่วไปบริเวณผิวข้อเข่า จะแบ่งได้เป็นบริเวณที่รับน้ำหนักตัวและไม่รับน้ำหนักตัวได้อย่างชัดเจนอยู่แล้วด้วย พยาธิสภาพที่เปลี่ยนแปลงไปของจุดที่ได้รับน้ำหนักนั้น คือ เซลล์กระดูกอ่อนในชั้นลึกซึ่งอยู่ติดกันกระดูกมีการซ่อมแซมในลักษณะของการ

แต่กระแง เพราะเนื้อกระดูกอ่อนสูญเสียความสามารถที่จะอมน้ำไว้ จึงง่ายต่อการสึกหรอ ข้อเข่าเสื่อมลงเพราะว่าเข่าทำหน้าที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น ยืน เดิน วิ่ง กระโดด โดยจะรับน้ำหนักของร่างกายทั้งหมด รวมทั้งแรงกดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อรอบๆ เข่าตลอดเวลา ผลจากการเคลื่อนไหวของข้อเข่าดังกล่าวทำให้เกิดการเสียดสีของกระดูกข้อเข่ามาก หรือ น้อยขึ้นอยู่กับอายุ การใช้ งานของข้อเข่าและ โรคร่วมของแต่ละคน (กนกอร บุญพิทักษ์, 2556)

เข่าเสื่อมนั้นจะทำให้การทำงานของกระดูกอ่อนผิวข้อเสียไป เช่น

- 1) หน้าที่การกระจายแรงผ่านข้อเสียไป
- 2) หน้าที่กระดูกที่เคยเคลื่อนผ่านกันราบรื่นเสียไป ทำให้เกิดเสียงดังกรอบแกรบขณะเคลื่อนไหว
- 3) กระดูกผิวข้อสึกกร่อนและมีการสร้างพังผืด รวมทั้งท่าย่ำ จะมีกระดูกงอกตรงด้านข้างของข้อ ทำให้เกิดข้อเข่ายึดติด
- 4) กระดูกได้ต่อกระดูกอ่อนหนาตัวขึ้น ทำให้การเคลื่อนไหวไม่ราบรื่น ปวดข้อ ข้อฝืด
- 5) องค์การเคลื่อนไหวของข้อลดลง ข้อโตขึ้น ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง อาจเกิดข้อหลวม ข้อโก่ง ข้อบิดเบี้ยว

2.1.1 สาเหตุเข่าเสื่อม

สาเหตุของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมนั้นยังไม่ทราบชัดเจน แต่เชื่อว่ามีหลายๆ ปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่กระดูกอ่อนแล้วทำให้เกิดโรคนี้ ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมมีดังนี้คือ (กนกอร บุญพิทักษ์, 2556)

- 1) อายุมาก มีผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมตั้งแต่อายุ 20 ปี เป็นต้นไป และสูงมากในวัยชรา โดยมีคนอายุ 60 ปีขึ้นไป จะพบโรคนี้ร้อยละ 50 ในอายุที่ต่ำกว่า 45 ปี เพศชายจะพบได้มากกว่าเพศหญิง (มักเกิดจากกีฬาหรืออุบัติเหตุ) ในช่วงอายุ 45-54 ปี ทั้งสองเพศจะพบพอๆ กัน ในช่วงอายุมากกว่า 54 ปีขึ้นไปจะพบได้ในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย จากสาเหตุของหญิงวัยทองที่ทำให้กระดูกพรุนอย่างรวดเร็ว ด้วย กับกิจวัตรผู้หญิงที่อาจต้องนั่งพับเพียบเรียบร้อยเข้าวัด หรือนั่งกับพื้นตามธรรมเนียมพื้นบ้านด้วย ทำให้การสึกกร่อนของข้อมีมาก
- 2) ผู้ป่วยบางรายก็ทราบสาเหตุเข่าเสื่อมของตนเอง บางรายก็บอกไม่ได้ชัดเจน ความจริงแล้วทุกคนโดยเฉพาะในคนไทยก็น่าจะเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกันทำให้เข่าเสื่อมลง โดยพฤติกรรมการงอเข่า เช่น นั่งยองๆ นั่งขัดสมาธิ นั่งพับเพียบ การเดินขึ้น-ลงบันได เป็นต้น จะทำให้เกิดแรงกดดันที่ข้อเข่าเป็นเหตุให้ผิวข้อเสื่อมได้เช่นกัน
- 3) เข่าเสียรูปร่าง เช่น ขาโก่ง ขาเก เข่าแบน โอกาสเสียดสีและเสื่อมเร็วยิ่งมีมากขึ้น

4) โรคข้ออักเสบ เช่น รูมาตอยด์ โรคเกาต์ และโรคที่มีความผิดปกติในกระดูก เช่น โรคกระดูกนุ่ม กระดูกติดเชื้อ จะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงของโรคข้อเสื่อมในโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ข้ออักเสบติดเชื้อ เพราะจะมีเอนไซม์ที่มาย่อยชิ้นส่วนกระดูกอ่อน หรือเนื้อเยื่ออ่อนด้วย มีผลทำลายโครงสร้างของกระดูกอ่อนผิวข้อ

5) โรคทางเมตาบอลิก ทำให้เกิดโรคข้อเสื่อมได้เร็วกว่าคนทั่วไป ได้แก่ โรคเกาต์ โรคเกาต์เทียม ฮีโมโครมาโตซิส โรควิลสัน และโรคข้อจากไฮโปไทรไธโรซิส โดยพบมีผลึกของกรดยูเรต ผลึกของแคลเซียมไพโรฟอสเฟต ผลึกฮีโมสิดอริน ทองแดง กรดไฮโปเจนทิติกโพลีเมอร์ มาฝังตัวในกระดูกผิวข้อและมีผลทำให้เกิดโรคข้อเสื่อม

6) การได้รับบาดเจ็บที่ข้อ เช่น หกล้มเข่ากระแทกบ่อยๆ โดยไม่ได้รับการรักษาที่ดี ปล่อยให้หายเอง หรือในรายที่มีการบาดเจ็บที่เข่าจนเสียหายต่อ กระดูก กระดูกอ่อน เส้นเอ็น กล้ามเนื้อรอบๆ เข่า ต่อมาก็มักจะทำให้เกิดโรคข้อเสื่อมเร็วขึ้น

7) ความอ้วน แรงกดที่เพิ่มขึ้นอันเป็นผลจากน้ำหนักตัวและการกระทำซ้ำกันทุกวัน จึงทำให้ข้อที่รับน้ำหนักเกิดโรคข้อเสื่อมได้เร็วกว่าปกติ รวมทั้งการถือ หรือหิ้วของหนักเพราะเท่ากับไปเพิ่มน้ำหนักตัวที่กระทำต่อข้อเข้าด้วย

8) กล้ามเนื้อที่ไม่แข็งแรง อ่อนแอลง ฝ่อเหี่ยวลีบลงไปตามวัย ความสามารถในการพยุง ข้อ เข่าจะลดลง จึงเสี่ยงต่อข้อเสื่อม

9) การอยู่ในอิริยาบถที่ใช้เข่ามาก เช่น นั่งพับเพียบ ขัดสมาธิ นั่งยองๆ วิ่งนานๆ แบกของหนัก ทำให้ข้อเสื่อมเร็วอย่างชัดเจน

10) อาชีพ เพราะบางอาชีพที่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนการทำงานยังทำให้มีแรงผ่านเข่ามากผิดปกติ เช่น การใช้สว่านขุดเจาะถนน หรือนักวิ่ง พบว่าจะมีกระดูกที่อยู่ใต้ต่อกระดูกอ่อนเกิดการแตกหักแบบเล็กๆ ผลการซ่อมแซมใหม่ทำให้กระดูกแข็งขึ้นตรงบางจุดที่มีการซ่อมแซม ทำให้การกระจายแรงแผ่ลงไปเรื่อย ๆ ทุกวันที่ทำงานและเกิดโรคข้อเสื่อม

2.1.2 อาการปวดของโรคข้อเสื่อม เกิดจากโครงสร้างที่อยู่ในข้อและรอบข้อเข่า ดังนี้ (กนกอร บุญพิทักษ์, 2556)

1) การทำลายกระดูกอ่อนผิวข้อ เป็นลักษณะเฉพาะของโรคข้อเสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้อที่หลุดออกมา บางส่วนอาจเข้าไปในข้อต่อ ทำให้ข้อขัด มีเสียงดังขณะเคลื่อนไหว เศษชิ้นส่วนจะถูกกำจัดโดยเยื่อข้อและกระดูกให้เกิดการอักเสบขึ้นในข้อ นอกจากนี้ชิ้นส่วนอื่นๆ ได้แก่ คอลลาเจน โปรตีโอไกลแคน ผลึกเกลือ และเอนไซม์ในน้ำไขข้อ ก็มีผลทำให้เยื่อข้ออักเสบจึงปวด

2) น้ำไขข้อที่มีปริมาณมากจะยึดเยื่อหุ้มข้อเส้นเอ็นรอบข้อ และเยื่อกระดูก เกิดการหย่อนหรือหลวม อีกทั้งน้ำไขข้อที่มากเกินไปกดหลอดเลือดและเส้นประสาท ไปกระตุ้นตัวรับความรู้สึกที่

อยู่ในเชื้อหุ้มข้อ น้ำนี้ยังมีของเสียอยู่มาก ทำให้เกิดการอักเสบ มักรักษาด้วยการเจาะน้ำไขข้อที่มากเกินไปออก น้ำที่วุ้นนี้มักจะสูญเสียคุณสมบัติในการหล่อลื่น โดยทำให้เกิดการเสียดสีขณะเคลื่อนไหว และเกิดอาการปวด

3) เยื่อข้ออักเสบ แม้จะเป็นเล็กน้อย แต่เป็นที่มาของอาการปวด แล้วเส้นประสาทจากเข่าที่อักเสบ จะส่งกระแสความเจ็บปวดไปสู่สมอง ถ้าหากเส้นประสาทเยื่อข้อถูกกดทับ หรือขาดเลือด จะสามารถปล่อยสารกระตุ้นให้เกิดอาการปวดและการอักเสบด้วย

4) กระดูกใต้ต่อกระดูกอ่อนผิวข้อเมื่อมีการขาดเลือด มีการหลั่งสารที่กระตุ้นปลายประสาทแสดงอาการปวดเจ็บลึกของใต้ต่อกระดูกอ่อนที่ขาดออกซิเจน ส่งผลทำให้เกิดการหนาตัวของกระดูกใต้ต่อกระดูกอ่อน และอาจมีช่องว่างเป็นซีสต์ที่ตำแหน่งใต้ต่อกระดูกอ่อนด้วย

5) การซ่อมแซมกระดูกที่สึกกร่อน ส่งผลให้มีกระดูกงอกออกทางด้านขอบข้างข้อ ทำให้เจ็บปวดขณะเคลื่อนไหว หรืออาจออกไปกดเส้นประสาททำให้ปวดร้าวและมีอาการชา หรือมีการทำงานของเส้นประสาทผิดปกติ

6) แรงกดที่ผิดปกติ หรือข้อเข่าโก่งมีการกดเส้นเอ็นของข้อเข่าทางด้านนอก และมีการหย่อนของเส้นเอ็นของข้อเข่าทางด้านใน

7) กล้ามเนื้อรอบเข่าเกร็งตัว อาจเป็นสาเหตุของการปวดกล้ามเนื้อรอบหรือใกล้เคียงหัวเข่า การเกร็งตัวเป็นการป้องกันร่างกายโดยกลไกธรรมชาติ คือ ไม่ให้ข้อเข่าเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันไม่ให้เจ็บปวด หรือเสื่อมมากขึ้น

2.1.3 แบ่งระดับความรุนแรงของเข่าเสื่อม

ทราบกันแล้วว่าโรคนี้ระยะแรกก็ยังมีอาการไม่มาก ลองมาดูการแบ่งความรุนแรง หรือระยะของโรคตามหลักเกณฑ์ทางการแพทย์ แบ่งได้โดยอาศัยการมีปุ่มกระดูกงอก ช่องข้อที่แคบลง เนื้อกระดูกใต้กระดูกอ่อนกระด้าง ถูในกระดูกใต้กระดูกอ่อน นำมาแบ่งระยะโรคได้เป็น

ระดับ 0 ภาพรังสีไม่พบลักษณะเข่าเสื่อม

ระดับ 1 มีปุ่มกระดูกงอกไม่ชัดเจน ช่องข้อยังปกติ ยังไม่วินิจฉัยว่าเป็นเข่าเสื่อม

ระดับ 2 มีปุ่มกระดูกงอกชัดเจน แต่ช่องข้อยังไม่ผิดปกติ

ระดับ 3 มีปุ่มกระดูกงอกชัดเจน และช่องข้อแคบลงปานกลาง

ระดับ 4 มีปุ่มกระดูกงอกชัดเจน ร่วมกับช่องข้อแคบลงชัดเจน และมีเนื้อกระดูกใต้กระดูกอ่อนกระด้าง

2.1.4 อาการเข้าเสื่อม

ผู้ที่มิใช่อาการเข้าเสื่อมอาจมีอาการเข้าเสื่อมข้างเดียว หรือเสื่อมทั้งสองข้างก็ได้ ตามปกติกระดูกอ่อนผิวข้อจะไม่มีเส้นเลือด หรือเส้นประสาทมาเลี้ยงการสึกกร่อนในระยะแรกๆ จึงยังไม่มีอาการเจ็บปวด ต่อมาเมื่อเป็นมากขึ้นเนื้อเยื่ออ่อนใกล้เคียงมีการอักเสบร่วมด้วย จึงมีอาการเจ็บปวด ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ในบริเวณข้อและอาจมีอาการปวดในกระดูก เนื่องจากเส้นเลือดในกระดูกส่วนที่อยู่ใต้ผิวข้อมีการขยายตัว อาการปวดจึงเกิดขึ้นในตอนเช้าเมื่อตื่นนอน หรือภายหลังที่ผู้ป่วยอยู่ในอิริยาบถใดนานๆ เมื่อผู้ป่วยเริ่มเคลื่อนไหวทำให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น จึงหายปวดเมื่อย ในระยะนี้การหมุนของข้อจะยังเป็นปกติ ในรายที่มีการเสื่อมของผิวข้อกระดูกสะบ้า ผู้ป่วยจะมีอาการปวดและกล้ามเนื้อหน้าขาไม่มีแรงในขณะขึ้นหรือลงบันไดหรือนั่งกับพื้น หากจับกระดูกสะบ้าให้เลื่อนไปมา พบว่าเคลื่อนไหวได้น้อยลงและทำให้เกิดความเจ็บปวด หากเป็นเข้าเสื่อมมานาน กระดูกอ่อนผิวข้อจะบางลงจนถึงเนื้อกระดูกแท้ที่รองรับอยู่ เนื้อเยื่ออ่อนและกระดูกแท้จะมีเส้นประสาทและเส้นเลือดมาหล่อเลี้ยง ทำให้เกิดอาการปวดเข้า ยิ่งใช้งานมากจะยิ่งเจ็บปวดมาก คนที่มีอาการอักเสบของเยื่อภายในข้อด้วยก็จะมีอาการปวด บวม แดงร้อนร่วมด้วย ในบางรายระยะท้ายๆ ผิวกระดูกจะหนาและมีสีขาวเหมือนงาช้าง เนื่องจากเนื้อกระดูกมีความพรุนจึงทำให้เยื่อไขข้อแทรกตัวเข้าไปและเกิดเป็นถุงน้ำขึ้นมา น้ำนี้อาจเป็นน้ำไขข้อ หรือเป็นเนื้อเยื่อที่มีพังผืดด้วยก็ได้ เยื่อไขข้อนั้นจะหนาขึ้น ผิวข้ออาจแตกหลุดออกมาก็ได้ (กนกอร บุญพิทักษ์, 2556)

กล่าวโดยรวม อาการข้อเข้าเสื่อมประกอบด้วยลักษณะต่อไปนี้

1) อาการปวด เป็นอาการแรกที่พบในโรคข้อเสื่อมระยะแรก มักจะปวดข้อภายหลังใช้ข้อมากกว่าปกติ แต่มักจะบอกตำแหน่งของการปวดได้ไม่ชัดเจน มักปวดเข้าในขณะที่ยืน

- นั่งนานๆ แล้วลุกขึ้นจะมีอาการปวดรอบเข้า ขัดขอกในข้อเข้า
- ขึ้น-ลงบันไดมีอาการเสียวและปวดเข้า
- เดิน หรือยืนนานๆ มีอาการปวดเข้า หรือรู้สึกเข้าอ่อน ไม่มีกำลัง
- บวมและร้อนๆ รอบเข้า ถ้าเป็นมากเวลาเดิน หรือยืนเข้าจะโก่งผิดรูป
- อาการที่พบบ่งชี้ก็คือ อาการปวดเวลาเคลื่อนไหวข้อเข้า

หากปวดเข้าข้างหนึ่งก่อนสักระยะหนึ่ง เช่น 2 - 3 เดือน ผู้ป่วยมักจะพยายามลดการใช้งานของข้อเข้าข้างนั้น ทำให้ต้องใช้งานข้อเข้าอีกข้างมากขึ้น ต่อมาจึงมักจะปวดข้อเข้าทั้งสองข้าง อาการปวดจะดีขึ้น หรือหายเมื่อได้พักข้อ ถ้าเป็นมากขึ้นจะมีอาการปวดแม้เวลาใช้ข้อเพียงเล็กน้อย และถ้าเป็นมากขึ้นอีกก็จะปวดตลอดเวลา อาการปวดเข้าจากการอักเสบ หรือการเสื่อมมักจะกระจายไปทั่วบริเวณข้อส่วนที่เกิดจากอุบัติเหตุมักคงอยู่ในบริเวณใดบริเวณหนึ่ง

2) ข้อผิดพลาด เป็นอาการที่เกิดขึ้นหลังการพักข้อเป็นเวลานาน เช่น นั่งที่เดียวนานๆ อาการข้อผิดพลาดจะเป็นระยะเวลานั้นๆ ไม่เกินนาที บางรายอาจจะฝืดนานกว่า 15 นาที เมื่อมีการขยับข้อสัก 2-3 ครั้ง อาการก็จะดีขึ้น เวลาเคลื่อนไหวข้อเข้า อาจมีสะดุด หรือติดขัดในข้อ เนื่องจากเศษกระดูกงอกหักหลุดเข้าไปขัดขวางข้อต่อ ผู้ป่วยที่มีข้อผิดพลาด มักจะมีเสียงดังกรอบแกรบในข้อ เกิดจากการเสียดสีของผิวกระดูกอ่อนข้อเข้าที่ขรุขระ

3) เข่าบวมหรือโตขึ้น เพราะมีการผลิตน้ำในข้อมากขึ้นกว่าปกติ เกิดขึ้นในรายที่มีข้อเข่าอักเสบมาก มักจะปวดเข่ารุนแรงด้วย คลำจะหนาๆ ยุบๆ และร้อน อาจจะมีแดงด้วย กดแล้วเจ็บปวดมากขึ้น (ข้อเข่าเสื่อมมักจะบวมชัดเจนบริเวณเหนือข้อเข่า หากเป็นการบวมจากสาเหตุอื่นจะอยู่ในบริเวณนั้นๆ)

4) กล้ามเนื้อรอบข้อลีบเล็กลง พบในรายที่เป็นโรคข้อเสื่อมมานานผู้ป่วยไม่ใช้ข้อจากที่มีอาการปวด ส่งผลให้ข้อเข่า เหนือข้อเข่า และกล้ามเนื้อด้านล่างข้อจะลีบเล็กลง ส่วนใหญ่กล้ามเนื้อทางด้านล่างหัวเข่าจะลีบลง และอ่อนกำลัง ทำให้เหยียดเข่าไม่ได้เต็มที่ มักจะขาดอีก 15 องศา จึงจะเหยียดตรงเต็มที่ ทำให้ข้อเข่าไม่มั่นคงในท่าข้อเข่าขึ้น-ลงบันได หรือเดินตามทางที่ขรุขระจะเจ็บปวดมากเนื่องจากกระดูกเสียดสีกัน ทำให้เกิดการอักเสบได้ จำเวลาเดินผิดท่า จะไปหนีบถูกเยื่อหุ้มข้อ ทำให้เกิดเข่าอ่อนฉับพลัน

5) เข่าอ่อน เข่าหลวม เนื่องจากหมอนรองกระดูกสึกมาก ตัวกระดูกเข่าจะเข้ามาชิดกันมากขึ้น เป็นผลทำให้เอ็นยึดข้อทุกๆ เส้นหย่อนลง ข้อเข่าจะค่อยๆ หลวมมากขึ้น มีความรู้สึกข้อไม่อยู่กับที่ ถ้าไม่บริหารก็มักจะส่งผลให้กล้ามเนื้อและเส้นเอ็นรอบๆ ข้อเข่ามีการอักเสบและอ่อนแอร่วมไปด้วย ทำให้เกิดอาการเข่าอ่อน (เข่าทรุด) บางครั้งอาจทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ (เข่าอ่อน หากเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน มักเกิดจากหมอนรองกระดูกเข้าไปขวางข้อ หรือถูกสะบ้าหลุด แต่หากเกิดขึ้นในขณะขึ้น หรือลงบันไดมักเกิดจากการเสื่อมของผิวข้อของกระดูกสะบ้า)

6) ขาโก่ง ขาเก ข้อผิดรูป เมื่อเข่าเสื่อมรุนแรงมาก ผู้ป่วยอาจมีอาการขาโก่ง เดินไม่ถนัด เดินคล้ายขาสั้นข้างยาวข้าง (ลงน้ำหนักไม่เต็มที่หรือเอนตัวเพราะเจ็บเข่าข้างหนึ่ง) บางคนเดินกะเผลกหรือโยนตัวเอนไปมา การที่ขาโก่งเนื่องจากการสึกหรอมากขึ้นกับผิวข้อทางด้านในของข้อเข่า มีเพียงน้อยรายที่การสึกทางด้านนอกซึ่งทำให้ขาเก ในรายการที่สึกหรอเกิดขึ้นกับทั้งสองด้าน ขาจะยังดูตรงเช่นเดิม

7) องศาการเคลื่อนไหวของข้อลดลง แคบลง (ข้อเข่ามักเหยียดตรงไม่ได้ และงอพับไม่ได้เต็มที่) เกิดขึ้นรายที่เป็นมากแล้ว จากกระดูกงอกออกทางด้านขอบของข้อที่ยื่นออกมา (คลำรู้สึกแข็ง) และจากชิ้นของกระดูกอ่อนผิวข้อที่แตกออกมาขัดขวางการเคลื่อนไหวข้อและกล้ามเนื้อรอบข้อหดเกร็ง ทำให้องศาการเคลื่อนไหวลดลงเรื่อยๆ เห็นได้ชัดเจนขึ้นเมื่อเดินในที่ขรุขระหรือเดินขึ้นลงบนทางลาด

ไม่สามารถเหยียดข้อเข้าได้ตรงเหมือนปกติ จนอาจไม่สามารถเคลื่อนไหวข้อเข้าได้ เหมือนมีอะไรมาขวางต้องสลัดเท้าแรงๆ ผู้ป่วยที่ข้อเข้าติดขัดจะนั่งยองๆ ไม่ได้

8) อาการข้อยึด ข้อเข้าที่เหยียดไม่ได้ตรงแต่ผู้ป่วยยังคงงอได้ตามเดิม พบได้บ่อยในโรคข้อเสื่อม และเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเดินกะเผลก (ข้อยึดอย่างกะทันหัน มักเกิดจากเนื้อเยื่อ เช่น หมอนรองกระดูกฉีกขาดแล้วเข้าไปขัดข้อเข้า)

2.1.5 การดูแลตนเองเมื่อข้อเข้าเสื่อม

แม้ไม่อาจหยุดความเสื่อมที่เกิดขึ้นแล้ว แต่สามารถบรรเทาอาการ และฟื้นฟูการทำงานของเอ็นและกล้ามเนื้อได้ ทำให้ปวดน้อยลง และช่วยชะลอความเสื่อม ให้ใช้ข้อต่อไปได้โดยไม่ต้องผ่าตัดเปลี่ยนข้อเป็นข้อเข้าเทียม (มณฑนา วงศ์ศิริวรรัตน์, 2552)

การบรรเทาอาการปวดข้อเนื่องจากข้อเข้าเสื่อมสามารถทำได้เองด้วยวิธีเบื้องต้นต่อไปนี้

1) ประคบความเย็นหรือความร้อน เพื่อลดความเจ็บปวด การอักเสบ และอาจช่วยลดข้อบวม โดยเลือกใช้จาก

2) ถ้าข้ออักเสบ ร้อน แดง ช้ำ หรือบวม ใน 24 ชั่วโมงแรกให้ใช้ความเย็นประคบ อาจใช้แผ่นเจลเย็นหรือใช้น้ำแข็งใส่ถุงพลาสติกห่อผ้าบาง ๆ ประคบบริเวณที่ร้อน แดง หรือบวม นาน 15-20 นาที ทำซ้ำวันละ 2-3 ครั้ง การประคบเย็นต้องระวัง หากรู้สึกแสบผิว หรือปวดมากให้หยุดประคบทันที

3) ถ้าไม่มีอาการอักเสบ แดง ร้อน แต่ปวด เมื่อย ตึง หลังการใช้งาน หรือข้อบวมค้างเกิน 24 ชั่วโมง ให้ประคบด้วยความร้อน อาจใช้กระเป๋าน้ำร้อน ขวดน้ำร้อนห่อผ้าบางๆ ถูประคบ หรือแผ่นร้อนไฟฟ้า ประคบครั้งละ 20-30 นาที วันละ 1-2 ครั้ง การประคบระวังอย่าให้ร้อนเกินไป เพราะอาจเกิดผิวหนังไหม้หรือน้ำร้อนลวก

ผู้สูงอายุ หรือคนผิวแห้งควรทาโลชั่นก่อนและหลังการประคบ เพื่อไม่ให้เกิดผื่นแดงหรือผิวหนังแห้งเนื่องจากความเย็นความร้อน

1) กดนวดบนจุดเจ็บ เพื่อให้พังพืดที่เกาะรัดบนเอ็นและกล้ามเนื้อคลายออก
2) ดัดข้อเข้ายืดเอ็นและกล้ามเนื้อรอบข้อ ให้เคลื่อนไหวข้อเข้าและกระดูกสะบ้าได้เต็มที่เหมือนปกติ

3) ออกกำลังกล้ามเนื้อรอบข้อ เพิ่มความแข็งแรงและกระชับข้อเข้า รวมทั้งเพิ่มความทนทานในการใช้งาน

4) ทำตามข้อปฏิบัติอื่นๆ เพื่อถนอมข้อเข้าให้ใช้งานได้นานขึ้น ดังนี้

4.1) ลดน้ำหนักตัว ช่วยให้แรงกดบนข้อเข่าน้อยลงขณะเคลื่อนไหวใช้งาน คนที่ปวดเข่าเนื่องจากน้ำหนักเกินจะเห็นผลชัดเจนว่าอาการปวดลดลงเมื่อน้ำหนักได้

4.2) ไม่ค้างขาอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานเกินไป ถ้าต้องนั่งนานๆ ให้ขยับขา งอ เขยียดเข่า บ่อยๆ เพื่อไม่ให้เนื้อเยื่อรอบเข่าตึงตัว

4.3) เมื่อมีเข่าบวม หรืออยู่ในช่วงปวดมาก หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เข่าบาดเจ็บมากขึ้น เช่น นั่งยองๆ หรือนั่งเก้าอี้เตี้ยๆ ขึ้นลงบันไดหลายๆ แต่เมื่ออาการบวมหรือปวดลดลงแล้วต้องหมั่นงอและเหยียดเข่าให้สุด เพื่อไม่ให้เกิดพังผืดหรือข้อติดในเอ็นรอบข้อเข่า

4.4) หากต้องขึ้น เดินนาน หรือในกรณีข้อเข่าหลวมมาก อาจใช้ปลอกรัดเข่า แต่ควรถามวิธีใช้ที่ถูกต้องจากนักกายภาพบำบัดเสมอ

2.1.6 การรักษา

แพทย์จะแนะนำการปฏิบัติตัวดูแลตนเองเรื่องการลดแรงกดดันต่อหัวเข่าดังเช่นที่กล่าวมาในการดูแลเข่าเสื่อมด้วยตนเอง เช่น หลีกเลี่ยงการงอเข่ามาก ให้น้ำหนักตัวส่วนเกิน แนะนำการบริหารกล้ามเนื้อเข่า การใช้ไม้เท้าช่วยเดิน การออกกำลังกาย เป็นต้น วิธีการเหล่านี้ใช้ได้ทั้งผู้ป่วยระยะเริ่มแรก และผู้ป่วยที่เข่าเสื่อมมากแล้ว จุดมุ่งหมายในการรักษา คือ ลดอาการปวด ทำให้การเคลื่อนไหวของข้อเป็นไปตามปกติ ป้องกันหรือแก้ไขการผิดรูปผิดร่างของข้อ และทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือทำงานได้เป็นปกติ (กนกอร บุญพิทักษ์, 2556; สมชาย อรรถศิลป์ และอุทิศ ดีสมโชค, 2541) วิธีการรักษา ได้แก่

1) การให้การรักษาทั่วไปหรือการปฏิบัติตัวทั่วไปซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดส่วนหนึ่งเพราะว่าจะช่วยชะลออาการหรือป้องกันไม่ให้เป็นมากขึ้นได้ ประกอบด้วย

1.1) ให้คำอธิบายและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยถึงโรคที่เป็น การดำเนินของโรค ธรรมชาติของโรค แนวทางและวิธีการรักษา

1.2) ให้คำแนะนำในการแก้ไขสาเหตุส่งเสริมโรค เช่น การลดน้ำหนักตัวในรายที่น้ำหนักเกิน การควบคุมน้ำหนักตัวสำหรับผู้มีอาการข้อเข่าเสื่อม ผู้ใหญ่สุขภาพปกติควรมีน้ำหนักตัวค่อนข้างคงที่ แต่เมื่ออายุเกิน 35 ปี ร่างกายเผาผลาญพลังงานได้น้อยลง แม้จะรับประทานอาหารปริมาณเท่าเดิม น้ำหนักตัวจะเพิ่มขึ้นได้ง่าย โดยร่างกายจะสะสมพลังงานที่เกินในรูปไขมัน ผู้ที่มีปัญหาปวดเข่าจำเป็นต้องควบคุมน้ำหนักตัวเพื่อลดแรงกระแทกบนข้อต่อขณะขึ้นเดินและชะลอความเสื่อมของข้อเข่า เนื่องจากคนเรารูปร่างไม่เท่ากัน การจะประเมินว่าแต่ละคนมีน้ำหนักตัวเหมาะสมหรือไม่ จึงต้องดูจากค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index) ซึ่งเป็นอัตราส่วนที่เหมาะสมของน้ำหนักตัวและความสูง โดยคำนวณได้จากสูตร $\text{ดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม}}{\text{ความสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง}}$ ถ้าได้ค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 18.5 ถึง 25 เป็นน้ำหนักในเกณฑ์ปกติทั้งชายและหญิง ค่าน้อยกว่า 18.5 คือ ผอมเกินไป แต่ถ้ามีค่า 25 ถึง 30 คือ น้ำหนักมากเกินไป และถ้าค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 คือ เป็นโรคอ้วน

เช่น สูง 155 เซนติเมตร น้ำหนัก 65 กิโลกรัม มีดัชนีมวลกายเท่ากับ 27.05 แสดงว่าน้ำหนักมากเกินไป เกณฑ์ปกติ (มันทนา วงศ์ศิริวรรณ, 2552)

1.3) ลดปัจจัยที่อาจส่งผลให้เป็นมากขึ้นโดยเฉพาะการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น ทานั่ง ทำ เคินที่ส่งเสริมให้เป็นมากขึ้น

2) การรักษาทางยา การใช้ยารักษาโรคข้อเข่าเสื่อมมักใช้ในแง่การรักษาอาการปวด ยาที่ใช้ ได้แก่ ยาด้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ เช่น แอสไพริน, Indomethacin, Ibuprofen เป็นต้น แต่ NSAID เหล่านี้สามารถทำให้เกิดผลข้างเคียงได้ เช่น การระคายเคืองกระเพาะอาหารได้ การฉีดเข้า ข้อเข่าเป็นการฉีดเติมน้ำเลี้ยงข้อเข่า คือ กรดไฮยาลูโรนิก หรือสารไฮยาลูโรแนน เข้าไปในข้อเข่า เพื่อทดแทนน้ำเลี้ยงข้อที่ลดลง ช่วยหล่อลื่นข้อเข่าให้เคลื่อนไหวดีขึ้นและช่วยชะลอการผ่าตัดเปลี่ยน ข้อเข่าออกไป ใช้ฉีดให้กับผู้ป่วยเข่าเสื่อมปานกลาง หรือค่อนข้างมากที่ได้รับการรักษาเบื้องต้น โดย การรับประทานยา ออกกำลังกาย ควบคุมน้ำหนักมาแล้ว แต่ยังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร

3) การรักษาด้วยการผ่าตัด การผ่าตัดมักใช้ในรายที่ค่อนข้างรุนแรง มีอาการปวดข้อเรื้อรังและ สมรรถภาพการทำงานของข้อเสียไปมากพอสมควร ผลจากการผ่าตัดจะช่วยลดอาการปวดหรือทำให้ สภาพการทำงานของข้อดีขึ้น วิธีการผ่าตัด ได้แก่ Arthroplasty, Osteotomy เพื่อเปลี่ยนจุดรับน้ำหนัก ภายในข้อ โดยเอาส่วนหัวกระดูกที่ยังดีไปรับน้ำหนักแทน Fusion และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อโดยใช้ ข้อเทียม นอกจากนี้อาจทำผ่าตัดโดยใช้ Arthroscope เพื่อเข้าไปล้างข้อและตัดเอากระดูกงอกและ เศษกระดูกในข้อออก และทำให้ผิวของข้อเรียบ

3.1) วิธีผ่าตัดเปลี่ยนเข่าเทียม แพทย์จะเปิดแผลผ่าตัดบริเวณหัวเข่ายาวประมาณ 10-15 เซนติเมตร เมื่อเปิดเข้าข้อแล้ว แพทย์จะผ่าตัดเอาผิวของข้อเข่าที่เสื่อมสภาพออกดังนี้

- (1) ผิวกระดูกส่วนต้นขาออกไม่เกิน 9-10 มิลลิเมตร
- (2) ผิวกระดูกส่วนหน้าแข้งออกหนาไม่เกิน 10 มิลลิเมตร
- (3) ผิวกระดูกสะบ้าออก ประมาณไม่เกิน 8 มิลลิเมตร

สำหรับการตัดกระดูกเพื่อปรับให้ข้อเข่ากลับสู่แนวปกติ ก่อนที่จะถ่ายรูปผู้ป่วยใน ทำขึ้นและเห็นข้อสะโพกและข้อเท้าด้วย หลังจากตัดแต่งผิวข้อและปลายของของกระดูกต้นขาแล้ว จึงมาตัดแต่งส่วนต้นของกระดูกปลายขาโดยใช้เครื่องมือทำให้เกิดหลุมและร่องสำหรับรับข้อเทียม นำข้อเทียมมาสวมใส่ที่ปลายกระดูกและผิวของกระดูกสะบ้า โดยยึดด้วยซีเมนต์ทางการแพทย์ นอกจากนี้ การผ่าตัดยังต้องปรับความตึง หรือหย่อนของเนื้อเยื่อรอบข้อเข่า เพื่อให้ขาถูรูปร่างปกติ ไม่โก่งผิดรูป และยั้งต้องตั้งตำแหน่งการวางผิวข้อเทียมให้ถูกต้อง เพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยเดินดี และข้อเข่าเทียมจะมี ความทนทาน ซึ่งขั้นตอนนี้ต้องอาศัยแพทย์ที่มีความชำนาญ สามารถหาจุดอ้างอิงต่างๆ บนกระดูกข้อเข่า ได้อย่างง่ายและแม่นยำ จากนั้นยังมีการกำหนดค่ามุมในท่าเหยียด งอข้อเข่า และขนาดของข้อเทียมที่

เหมาะสม โดยทั่วไปผิวข้อเทียมที่ใส่เข้าไปนั้นจะมีความหนาและมีขนาดใกล้เคียงกับผิวกระดูกส่วนที่ถูกตัดออกไป สำหรับการใส่ซีเมนต์ยึดผิวข้อเทียมกับกระดูก จะทำให้การยึดติดของข้อเทียมกับกระดูกมีความแข็งแรงมาก จนสามารถให้ผู้ป่วยเดินลงน้ำหนักได้หลังจากการผ่าตัดอย่างรวดเร็ว

3.2) ข้อแทรกซ้อนของการเปลี่ยนเข้าเทียม จากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียมพบได้น้อยมาก ที่อาจพบได้มีดังนี้

(1) การติดเชื้อของแผลผ่าตัด อยู่ต้นมีแต่ผิวหนังเท่านั้นที่ปกคลุมเป็นสาเหตุหนึ่ง ที่แผลผ่าตัดมีโอกาสแยกและอักเสบ ควรระวังการติดเชื้อ เช่น ไม่ให้เปียกน้ำ รับประทานยาปฏิชีวนะตามแพทย์สั่ง

(2) ความไม่มั่นคงของข้อ ข้อเทียมหลุดหลวม การลดปัญหานี้คือเลือกชนิดเข้าเทียมให้เหมาะสมกับสภาพของข้อผู้ป่วย และแนะนำให้ผู้ป่วยนอนเข้าหลังผ่าตัดด้วย

(3) การเคลื่อนตัวผิดตำแหน่งของข้อเข้าเทียม

(4) กระดูกหักบริเวณรอบ ๆ ข้อเทียม

(5) ข้อเทียมชำรุด หรือแตกหัก

(6) แนวขาผิดปกติหลังการผ่าตัด

(7) เส้นประสาททำงานผิดปกติเพราะถูกกระทบกระเทือน

(8) เส้นเลือดฉีกขาดขณะลงมีดผ่าตัด

(9) ลิ่มเลือดอุดตันที่ขา

(10) ขายาวไม่เท่ากัน อาจเกิดจากผู้ป่วยเอง หรือเกิดจากเทคนิคการผ่าตัด

(11) งอข้อเข้าไม่ได้เท่าที่ควร อาจเกิดจากผู้ป่วยเอง เช่น ไม่นอนขา หรือบางครั้งเกิดจากเทคนิคผ่าตัด

การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และนักกายภาพบำบัดอย่างเคร่งครัด รวมทั้งการบาดเจ็บ ความอ้วนก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการสึกของข้อเข้าเทียม และอาจทำให้มีการหลวมของข้อเข้าเทียม ผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดข้อแทรกซ้อนได้สูงกว่าคนทั่วไป

- ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวและความคุมยังไม่ดี เช่น โรคหัวใจ โรคไต โรคเบาหวาน
- ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมากเกินไป 102 กิโลกรัม
- ผู้ป่วยที่มีกระดูกพรุน หรือบางมาก หรือกระดูกมีขนาดเล็กมาก
- ผู้ป่วยที่ละเลยการดูแลปฏิบัติตัวที่ต้องทำต่อเนื่อง

4) การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู การรักษาโดยวิธีนี้จะเป็นการช่วยลดอาการปวดและเพิ่มสมรรถภาพของข้อทำให้ข้อเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น ไม่พิการ การรักษาวิธีนี้ได้แก่

4.1) การใช้ความร้อน ความเย็น หรือการกระตุ้นด้วยไฟฟ้า เพื่อลดอาการปวดข้อและผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

4.2) การออกกำลังกายเพื่อให้กล้ามเนื้อซึ่งช่วยยึดข้อนั้นแข็งแรง โดยปกติผู้ป่วยโรคนี้ มักไม่ค่อยเคลื่อนไหวข้อ เนื่องจากมีอาการปวดเวลาที่เคลื่อนไหว ข้อดังนั้นกล้ามเนื้อบริเวณข้อนั้นมักจะลีบ ซึ่งจะทำให้มีอาการปวดข้อมากขึ้น ควรแนะนำให้ทำกายบริหารสำหรับข้อเข่าเสื่อม ด้วยการเกร็งกล้ามเนื้อเข่าหนึ่ง ซึ่งทำได้ง่าย โดยให้ผู้ป่วยเริ่มจากการเกร็งเข่าในท่าเข่าเหยียดตรง ปลายเท้ายกสูงขึ้นจากพื้นในท่านอนหงายประมาณ 1 ฟุต เกร็งไว้แล้วนับ 1-10 จึงปล่อยลง แล้วทำด้านตรงข้ามเช่นเดียวกัน ทำสลับกันข้างละประมาณ 10-20 ครั้ง วันละหลายๆ ครั้ง การฝึกออกกำลังกายนี้จะทำให้กล้ามเนื้อที่ช่วยยึดข้อนั้นแข็งแรง มีผลทำให้มีอาการปวดข้อลดลง สมรรถภาพในการทำงานของข้อดีขึ้น

4.3) การใช้เครื่องช่วยพยุง เพื่อลดแรงกระทำต่อข้อที่เกิดโรค เช่น การใช้ไม้ยัน ไม้เท้า หรือเครื่องช่วยพยุงเดิน

4.4) การรักษาทางกายภาพบำบัด หากมีอาการปวด หรือเข่าบวมมาก เป็นๆ หายๆ บ่อยครั้ง หรือเป็นมานานจนขาโก่งแล้ว ควรไปพบนักกายภาพบำบัดเพื่อรับการรักษาและคำแนะนำในการออกกำลังกาย และการปฏิบัติตัวอื่นๆ ที่เหมาะสมเฉพาะเจาะจงสำหรับตัวท่านเอง นักกายภาพบำบัดจะซักประวัติและตรวจร่างกายนอกจากจะซักถามอาการและการบาดเจ็บบริเวณเข่าแล้ว ยังอาจถามเรื่องอื่นๆ ที่เป็นปัจจัยร่วมที่จะมีผลต่อการรักษา เช่น อายุ สุขภาพทั่วไป ลักษณะงานและกิจกรรมอื่น เพื่อพิจารณาเหตุของอาการปวดเข่า หากสงสัยว่าจะบาดเจ็บรุนแรง หรือเป็นโรคอื่น นักกายภาพบำบัดจะแนะนำให้ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง เช่น แพทย์ออร์โธปิดิกส์ หรือโรคข้อ หลังจากวินิจฉัยสาเหตุแล้ว นักกายภาพบำบัดจะรักษาโดยเลือกวิธีที่เหมาะสม เช่น บริหารเข่าเพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เอ็น ความมั่นคงของข้อต่อ ใช้ความร้อน ความเย็น และกระแสน้ำต่างๆ จากเครื่องมือไฟฟ้าทางกายภาพบำบัด การนวด การดัดดึงข้อต่อกระดูกเข่า เพื่อลดปวดและคลายกล้ามเนื้อ นักกายภาพบำบัดมักแนะนำให้ออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มีแรงกระแทกน้อย เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และไม่ทำให้อาการปวดเข่ามากขึ้น (มันทนา วงศ์ศิริวรรณ, 2552)

2.1.6 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

การดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมพยาบาลต้องสามารถใช้องค์ความรู้ในการคิดวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ขึ้นการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างองค์รวม (กนกอร บุญพิทักษ์, 2556; สมชาย อรรถศิลป์ และอุทิศ ศิสมโชค, 2541) ดังนี้

1) ความเข้าใจในตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ในเรื่องการใช้ข้อเข่าในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมรับรู้และเข้าใจในตนเองในการใช้ข้อเข่าเพื่อเคลื่อนไหวร่างกายทุกท่าทาง เพื่อทำกิจกรรมทางกายในการดำเนิน

ชีวิตประจำวัน ว่าที่คนปฏิบัติมันจะส่งผลต่อสุขภาพของคนอย่างไร และมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการบริหารข้อเข้าว่าเป็นสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของคนอย่างไร

2) ความสามารถในการวิเคราะห์ถึงการกระทำพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการรักษาสุขภาพข้อเข้า

การที่ผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อมสามารถวิเคราะห์ถึงการกระทำพฤติกรรมใดบ้างที่ส่งผลทำให้ข้อเข้าเสื่อมและประเมินได้ว่าเป็นการกระทำพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง และมีผลเสียอย่างไร สามารถตัดสินใจเลือกพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม กับสภาพข้อเข้าของตนได้ เพื่อเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง

3) ความสามารถที่จะพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง หรือความรู้ ความคิด ความเข้าใจในเรื่องของอัตมโนทัศน์ของตนเอง

เป็นความรู้ ความคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อมที่มีต่อตนเอง ในการประเมินสิ่งที่เข้ามากระทบในการดำเนินชีวิต ที่มีผลต่ออารมณ์ ความรู้สึก นึกคิดของตนเองอย่างไร และการตัดสินใจกระทำของตนที่ใช้ในการจัดการกับอารมณ์ขณะนั้นๆ ว่าส่งผลต่อตนเองอย่างไร

4) ความคาดหวังผลดีภายหลังการผ่าตัด

เมื่อผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อมได้ตัดสินใจที่จะผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียม ผู้ป่วยจะต้องรับรู้และเข้าใจว่าตนจะต้องปฏิบัติพฤติกรรมอย่างไรก่อนผ่าตัด พฤติกรรมใดที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดผลดีได้ ภายหลังผ่าตัด และจะต้องปฏิบัติพฤติกรรมอย่างไรที่เหมาะสมภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียม เพื่อจะให้เกิดผลดีภายหลังการผ่าตัดและผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้

5) ความสามารถในการรักษาสุขภาพข้อเข้า ไม่ให้เกิดภาวะเสื่อมเพิ่มมากขึ้น

ผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อมมีความรู้ และความเข้าใจถึงพฤติกรรมที่ส่งผลทำให้เกิดข้อเข้าเสื่อม รู้ถึงผลของพฤติกรรมที่จะส่งผลต่อสภาพข้อเข้า ที่ทำให้เกิดภาวะเสื่อมเพิ่มมากขึ้นต่อข้อเข้าของตน ทั้งในปัจจุบันและในอนาคต รู้ถึงประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ให้เป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.2 การมอบหมายงานการพยาบาล และการพยาบาลแบบเจ้าของใจ

2.2.1 การมอบหมายงานการพยาบาล

คือ การจัดแบ่งอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบทางการพยาบาลแก่ผู้ร่วมงานตามระดับความสามารถของแต่ละบุคคล โดยมุ่งให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย ในขณะเดียวกันก็สร้างคุณค่าวิชาชีพและความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานด้วย การมอบหมายงานสะท้อนถึงระยะพัฒนาการของการพยาบาล รูปแบบและขั้นตอนของการบริหารการพยาบาล การมอบหมายงานการพยาบาลมีหลาย

รูปแบบ และมีการพัฒนาตามเวลาซึ่งระบบเดิมได้หายไปเมื่อมีการพัฒนารูปแบบใหม่ขึ้น การนำไปใช้ มีทั้งรูปแบบการใช้ที่ผสมผสานและการใช้รูปแบบเดียว (Marram, et al., 1974, p. 15-17)

การมอบหมายงานการพยาบาลเป็นการบริหารองค์กรในระดับหอผู้ป่วยซึ่งผู้นำการพยาบาลควรให้ความสนใจในส่วนประกอบทั้งหมดขององค์กรเพื่อพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานที่เหมาะสม (Bernhard & Walsh, 1995, p. 43-51) การมอบหมายงานมีหลายรูปแบบ ได้แก่

1) การมอบหมายงานแบบรายผู้ป่วย (Case assignment) เป็นรูปแบบการจ่ายงานที่เก่าแก่ที่สุดในการพยาบาล เกิดขึ้นในสมัยที่มีการพัฒนาเรื่องของความรู้สึกไว้วางใจ พยาบาลวางแผนการพยาบาล และให้การดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล แบบหนึ่งต่อหนึ่งในแต่ละเวร นิยมใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน (Acute care setting) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก และเป็นที่นิยมมากในการสอนนักศึกษาพยาบาล ให้รู้จักวิธีการดูแลผู้ป่วยแบบสมบูรณ์แบบตามอุดมคติ

2) การมอบหมายงานตามหน้าที่ (Functional assignment) เกิดขึ้นในยุคอุตสาหกรรมเป็นที่นิยมในช่วงปี 1920, 1930, 1940 ตอนต้น ในสมัยที่เฮนรี ฟอร์ด ได้ทำการเปลี่ยนแปลงระบบการผลิตรถยนต์ในสหรัฐอเมริกา ซึ่งถือเป็นระบบที่ทาลายวิชาชีพพยาบาล การมอบหมายงานตามหน้าที่เป็นการทำงานมีจุดมุ่งหมายที่ความสำเร็จของงานไม่ได้คำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น พยาบาลแต่ละคนทำหน้าที่ให้ยา เช็ดตัว แจกอาหารให้ผู้ป่วย เป็นต้น การกระทำเช่นนี้เพื่อตอบสนองระบบขององค์กรที่ต้องการผลิตจำนวนมากไม่เน้นคุณภาพ ผู้ป่วยหนึ่งรายจะได้รับการพยาบาลจากพยาบาลจำนวนมากอาจเป็น 5-6 คน แต่ไม่มีผู้รับผิดชอบต่อผู้ป่วยรายนั้นทั้งหมด พยาบาลมีรูปแบบของความชำนาญในงานเฉพาะอย่าง (Technical skill) เป็นพยาบาลที่ฝึกมาเพื่อใช้งานเฉพาะทาง (Vacational nurse)

3) การมอบหมายแบบทีม (Team nursing assignment) เกิดในสมัยหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 มีการขาดแคลนพยาบาลอย่างมาก การจ้างแรงงานผู้ช่วยการพยาบาลที่ไม่ใช่พยาบาลวิชาชีพ (Aid & Vocational) ประหยัดค่าใช้จ่ายมากกว่า ในระยะนั้นมีความขาดแคลนพยาบาลที่มีความสามารถในการเป็นหัวหน้าและพยาบาลนิเทศ ทำให้การพยาบาลขาดคุณภาพจึงเกิดการพยาบาลแบบทีมขึ้น โดยให้พยาบาลคนหนึ่งเป็นผู้ควบคุมทีมดูแลผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง พยาบาลซึ่งเป็นผู้นำทีมจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบผู้ป่วยทุกรายที่อยู่ในความดูแล ตั้งแต่การประเมิน การวางแผนการพยาบาล และจ่ายงานให้ผู้ร่วมงานไปปฏิบัติ พยาบาลหัวหน้าทีมจะต้องรู้การวินิจฉัยโรค ยา คำสั่งการรักษาและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทุกรายในทีมนั้นๆ นอกจากนี้ยังต้องรับผิดชอบในการวางแผนสำหรับผู้ร่วมงานในทีม ได้แก่ เวลาพัก รับประทานอาหาร เป็นต้น ดังนั้นการบันทึกแผนการดูแลผู้ป่วย มีการบันทึกไว้น้อยมากบางครั้งเป็นเพียงการเขียนซ้ำตามคำสั่งการรักษาของแพทย์เท่านั้น รูปแบบการบริหารงานเป็นแบบปิรามิดชัดเจน

4) การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nursing assignment) เป็นระยะพัฒนาวุฒิภาวะทางการพยาบาล ในระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ได้เริ่มประจักษ์ถึงศักยภาพของการพยาบาลมีการมองถึงจุดเด่นและจุดด้อยของการพยาบาลอย่างเป็นจริงมีการค้นพบความเป็นอิสระของพยาบาลวิชาชีพพยาบาล การพยาบาลแบบพยาบาลเจ้าของไข้มีความคล้ายคลึงกับการจ่ายงานเป็นรายผู้ป่วย ต่างกันตรงที่พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย

5) การมอบหมายงานแบบการจัดการรายกรณี (Case management) เป็นระบบการมอบหมายงานที่ใหม่ที่สุด มีความซับซ้อน มีโอกาสเกิดความเข้าใจผิดได้ง่ายเนื่องจากต้องอาศัยการบริการจากหลายหน่วย ซึ่งมีความแตกต่างกันในรูปของการให้บริการการจัดการตามกรณีนี้ได้มีการพัฒนามาเป็นระยะเวลายาวนานในประเทศสหรัฐอเมริกา เป้าหมายของการให้การดูแลเฉพาะกรณีมี 2 ประการ คือ (1) ให้สิทธิและโอกาสแก่ผู้ป่วยในการรับบริการการรักษาและการดูแล (2) รับผิดชอบต่อการใช้แหล่งประโยชน์และการใช้เงินทุน การจัดการตามกรณีนี้เป็น “กลุ่มของการทำงานตามเหตุผลอย่างเป็นขั้นตอน และเป็นกระบวนการที่มีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายต่างๆ ซึ่งทำให้เกิดความมั่นใจว่าผู้รับบริการนั้นได้รับบริการที่มีการสนับสนุน มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และคุ้มค่าการลงทุน” การนำระบบนี้มาใช้ทางการพยาบาลก็คือ การจ่ายผู้ป่วยให้อยู่ในความดูแลของพยาบาลที่เรียกว่าผู้จัดการ (Case manager) พยาบาลนั้นจะเป็นผู้รับผิดชอบทั้งหมด ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย โดยรับผิดชอบผู้ป่วยเป็นกลุ่มอาจจะเป็นกลุ่มตามพื้นที่หรือกลุ่มตามชนิดของโรค ทำหน้าที่ประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทุกหน่วย การมอบหมายงานแบบนี้ไม่สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยทุกประเภท เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรัง ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีอาการรุนแรงเป็นครั้งคราวหรือพิการเท่านั้น ข้อดีของการจัดการแบบนี้คือผู้ป่วยได้รับการที่เป็นธรรม และได้รับการตอบสนองตามความต้องการเกือบทุกอย่าง ข้อเสียอาจทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างหน่วยงานอื่นๆ ได้ เนื่องจากการทำงานที่ซับซ้อนมีการคาบเกี่ยวกัน

2.2.2 ความหมายของการพยาบาลแบบเจ้าของไข้

แนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นการนำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยรายบุคคลมาใช้เพื่อมุ่งการดูแลผู้ป่วยในองค์กรวมจึงใช้พยาบาลระดับวิชาชีพล้วนๆ โดยที่พยาบาลจะรับผิดชอบผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายและวางแผนการพยาบาลให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง พยาบาลที่เป็นเจ้าของไข้จะมีผู้ป่วยในการดูแลและจะให้การดูแลผู้ป่วยรายเดียวกันแทนและสามารถตามเจ้าของไข้มาดูแลผู้ป่วยได้ถ้าอาการเปลี่ยนแปลง

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2536, น. 31) ให้ความหมายของพยาบาลเจ้าของไข้ว่าเป็นการมอบหมายผู้ป่วยแต่ละรายให้อยู่ในการดูแลของพยาบาล เป็นรายบุคคลในฐานะเป็น “พยาบาลเจ้าของไข้” หรือพยาบาลมีโอกาสเลือกผู้ป่วยในการดูแล พยาบาลจะวางแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย

แต่ละคนตลอด 24 ชั่วโมง ตลอดไปจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน และให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยตนเอง ทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงานเวลาอื่นๆนอกเหนือจากนี้จะเป็นหน้าที่ของพยาบาลคนอื่นที่ปฏิบัติงานแทน เรียกว่า “พยาบาลผู้ช่วย”

Marram, et al., (1974, p. 16) ให้ความหมายของระบบพยาบาลเจ้าของไข้ หมายถึง วิธีการมอบหมายให้พยาบาลแต่ละคนรับผิดชอบผู้ป่วยรายบุคคล พยาบาลจะเริ่มรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยรับผู้ป่วยใหม่และวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง และตลอดเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย ให้การพยาบาลด้วยตนเองเมื่อขึ้นปฏิบัติงานและขณะที่ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานจะมอบหมายให้พยาบาลที่ไม่ใช่พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยแทนโดยปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ และมีการประสานงานกับบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ เพื่อให้แหล่งประโยชน์ต่างๆอย่างเหมาะสมและเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับประโยชน์มากที่สุด

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ หมายถึง การมอบหมายงานที่กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบผู้ป่วย ตั้งแต่รับเข้าสู่ระบบบริการจนจำหน่ายออกจากระบบบริการนั้น โดยใช้กระบวนการพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้เขียนแผนการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมงต่อเนื่องกันไปทุกวัน และให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยตนเอง ทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน รวมทั้งสื่อสารกระบวนการพยาบาลกับทีมการพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพ ด้วยการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร และรายงานด้วยวาจา เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ขึ้นปฏิบัติงาน มอบหมายงานให้พยาบาลผู้ช่วยเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ตนรับผิดชอบด้วยการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าเวรเป็นผู้มอบหมายผู้ป่วยให้แก่พยาบาลเจ้าของไข้ และพยาบาลผู้ช่วยตามความรู้ความสามารถ การพยาบาลแบบเจ้าของไข้มี 3 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ เอกสิทธิ์ในการทำงาน (Autonomy) อำนาจตามหน้าที่ (Authority) และความรับผิดชอบต่อผลของการปฏิบัติงาน (Accountability)

การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ทำให้พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการทำงาน ซึ่งเอกสิทธิ์ทางการพยาบาลนี้จะเป็นกุญแจสำคัญสำหรับการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล (Swansburg, 1990, p. 196) พยาบาลเกิดความพึงพอใจในการทำงาน เพราะสามารถใช้ความรู้ความสามารถได้อย่างเต็มที่ มีอิสระในการตัดสินใจภายในขอบเขตของวิชาชีพ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดคุณภาพการบริการที่ดี (Yoder-Wise, 1995, p. 418) ผู้ป่วยพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ เพราะว่าผู้ป่วยสามารถที่จะสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาลเจ้าของไข้ได้ พยาบาลเจ้าของไข้จะสื่อสาร แผนการดูแลกับผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูตนเอง แผนการดูแลจะเป็นแบบองค์รวม (Holistic Care) โดยพิจารณาถึงความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ตลอดจนสังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วยร่วมด้วย ดังนั้น พยาบาลเจ้าของไข้จะวางแผนการดูแลให้มีความเหมาะสมมากที่สุด ร่วมกับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย (Yoder-Wise, 1995, p. 419) ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพราะปฏิบัติตามแผนการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ลดจำนวนบุคลากรที่ไม่ใช่วิชาชีพลงไป

เพราะรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต้องการผู้ปฏิบัติงานในระดับวิชาชีพเท่านั้น พยาบาลมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เพราะจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยในแนวลึก (Bernhard & Walsh, 1995, p.48) มีการสื่อสารกับแพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพอื่นๆ มากขึ้นทำให้มีการประสานการดูแลดีขึ้น (Yoder-Wise, 1995, p. 419) แพทย์ส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกดีกับพยาบาลเจ้าของไข้ เพราะว่าแพทย์จะได้รับข้อมูลที่ละเอียดกว่าเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจากพยาบาลเจ้าของไข้เป็นอย่างดี คุณภาพการดูแลในรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ดีมาก เพราะว่าพยาบาลเจ้าของไข้สามารถกำหนดขอบเขตของปัญหาและแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจึงดี และรวดเร็ว (Spitzer & Lehmann, 1994, p. 555)

แนวคิดระบบพยาบาลเจ้าของไข้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 โดย Manthey (1970, p. 64) มีแนวคิดสำคัญ คือ “My Patient – My Nurse”

Marram, et al., (1974) ได้เสนอแนวคิดระบบพยาบาลเจ้าของไข้ไว้ดังนี้

1) มอบหมายงานโดยพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย คำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและความสามารถของพยาบาลแต่ละคน มอบหมายผู้ป่วยแต่ละคนให้กับพยาบาลเฉพาะคนตั้งแต่รับใหม่ ซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนของผู้ป่วยทั้งหมดต่ออัตราส่วนของพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้รับผิดชอบและภาระหน้าที่ต่อผู้ป่วยทั้งหมดเกี่ยวกับความต้องการพยาบาลตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยงานตนเอง ซึ่ง Marram, et al., (1974) ได้เรียกลักษณะการพยาบาลเจ้าของไข้ว่า “A Triple A Nurse” ซึ่งลักษณะ 3 อย่างนี้ คือ ความเป็นอิสระในตนเอง มีอำนาจหน้าที่และความสำนึกในภาระหน้าที่ที่รับผิดชอบ

2) พยาบาลเจ้าของไข้ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้การรวบรวมข้อมูลการวางแผนการพยาบาลทั้งหมดตลอด 24 ชั่วโมง และตลอดไปจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่าย บันทึกแผนการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งจะประกอบด้วย ข้อมูลผู้ป่วยวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล คำแนะนำที่ให้ ตลอดจนรายละเอียดในการเตรียมจำหน่าย แหล่งประโยชน์ที่เตรียมจะปฏิบัติหรือได้ปฏิบัติไปแล้ว

3) พยาบาลเจ้าของไข้จะต้องร่วมมือปฏิบัติ กับแพทย์และบุคลากรทีมสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุม โดยวางแผนและประเมินผลการพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้จะให้การพยาบาลด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน จะต้องติดตามปัญหาของผู้ป่วยและปรับปรุงแผนการพยาบาลอยู่เสมอ ในกรณีที่ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานจะมอบหมายให้พยาบาลที่ไม่ใช่พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยแทน โดยปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่เขียนไว้แล้ว พยาบาลที่ไม่ใช่พยาบาลเจ้าของไข้ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพสามารถปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลที่วางไว้ได้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือภาวะฉุกเฉินแต่จะต้องสื่อสารให้พยาบาลเจ้าของไข้ทราบ ในกรณีที่พยาบาล

ระดับต่ำกว่าวิชาชีพ การปรับเปลี่ยนแผนจะเป็นหน้าที่ของหัวหน้าเวรซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ หรือ หัวหน้าหอผู้ป่วยหรืออาจอภิปรายปัญหาในการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลร่วมกับพยาบาลเจ้าของไข้ได้

4) การติดต่อสื่อสาร จากพยาบาลเจ้าของไข้ไปยังบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง และตลอดระยะเวลาที่พักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย ซึ่งมีลักษณะการสื่อสารโดยตรง โดยอาจจะใช้การสื่อสารที่ใช้ภาษาพูด หรือการใช้แผนการพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้จะประสานงานกับบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ เพื่อใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ อย่างเหมาะสมและเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับประโยชน์มากที่สุด

จากแนวคิดระบบพยาบาลเจ้าของไข้มีประเด็นต่างๆ ที่สำคัญคือการมอบหมายความรับผิดชอบ การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือ การร่วมมือ การติดต่อสื่อสาร การประสานงาน

1) วัตถุประสงค์ของการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้

Marram, et al., (1974, p. 46–49) ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของระบบการมอบหมายงานแบบ พยาบาลเจ้าของไข้ไว้ดังนี้

1.1) การให้การพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care) โดยมีขั้นตอน การปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล คือ การวางแผน การนำแผนนั้นไปปฏิบัติ และการประเมินผู้ป่วย ตามแผนการที่วางไว้ ซึ่งประกอบด้วย

(1) ศึกษาและค้นหาความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน จัดลำดับความสำคัญของ ปัญหาหรือความต้องการ กำหนดกิจกรรมทางการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็น ลำดับขั้น

(2) เริ่มเขียนแผนการพยาบาลตั้งแต่รับผู้ป่วยใหม่ โดยเขียนความต้องการหรือ ปัญหาของผู้ป่วย กำหนดข้อปฏิบัติหรือคำสั่งทางการพยาบาลพร้อมทั้งผลดีและผลเสียของกิจกรรมการ พยาบาลนั้นๆ

(3) รวบรวมข้อมูลสำคัญตั้งแต่รับใหม่ จากผู้ป่วยและครอบครัว

(4) พิจารณาขอบเขตความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม แล้วเขียนไว้ในแผนการพยาบาลอย่างชัดเจน

1.2) มีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย เป็นการมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบให้กับ บุคลากรทางการพยาบาลตามความสามารถและทักษะของแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม โดยมีวิธีการดังนี้

(1) เลือกผู้ป่วยในความรับผิดชอบของพยาบาลตามพื้นฐานความสามารถของ พยาบาล และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนกิจกรรมต่างๆ ที่จำเป็นต้องปฏิบัติต่อ ผู้ป่วย

(2) ส่งเสริมการใช้วิธีการจัดการปฏิบัติงานและมอบหมายหน้าที่เสริมประสิทธิภาพของพยาบาล

(3) ยอมรับความรับผิดชอบในแผนการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด ประสานงานและติดต่อสื่อสารการดูแลทุกประเภทกับบุคลากรในทีมสุขภาพทุกคน ตลอดจนครอบครัวของผู้ป่วย

(4) พยาบาลทุกคนมีส่วนร่วมรับผิดชอบร่วมกันในการรักษาการปฏิบัติหน้าที่อย่างต่อเนื่อง เพื่อคงมาตรฐานการดูแลไว้

1.3) การให้การดูแลที่ต่อเนื่อง ความต่อเนื่องของการดูแลเกิดจากการที่มีพยาบาลคนเดียวกันรับผิดชอบในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตลอด ซึ่งจะเป็นผู้ประสานงานกับบุคคลต่างๆ ให้การดูแลเป็นไปตามที่กำหนดไว้ ซึ่งมีแนวทางดังนี้

(1) มอบหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลผู้ช่วย โดยพยายามให้ผู้ป่วยอยู่ในความดูแลของพยาบาลคนเดิมตลอดไป

(2) รวบรวมความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และสื่อสารแผนการดูแลกับบุคลากรอื่นอย่างมีประสิทธิภาพ

(3) สื่อสารความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวผู้สมาชิกอื่นในทีมสุขภาพ เพื่อสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลอย่างสมบูรณ์

1.4) การให้การดูแลผู้ป่วยที่สมบูรณ์แบบ คือ มุ่งที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และพิจารณาความต้องการของผู้ป่วยโดยรอบด้าน มีแนวทางดังนี้

(1) พิจารณาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

(2) ตัดสินชนิดและปริมาณความต้องการการพยาบาล ได้แก่ การป้องกัน การรักษา การส่งเสริม การฟื้นฟูสุขภาพ โดยการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ

(3) ติดต่อกับผู้ป่วยโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์เป็นสำคัญ

1.5) การประสานงานการดูแลผู้ป่วย โดยมีแนวทางดังนี้

(1) ใช้ประโยชน์บุคลากร และทรัพยากรต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อพัฒนาบุคลากร พัฒนาคุณภาพงานและรักษามาตรฐานของการพยาบาล

(2) ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว โดยยึดแผนการพยาบาลและการสั่งการรักษาเป็นหลัก

(3) ใช้ทรัพยากรในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโดยประสานงานกับบุคลากรอื่นๆ และจัดให้มีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่ดี

1.6) การพัฒนาบุคลากร เป็นการกระตุ้นและอำนวยความสะดวกให้มีการเติบโตทางด้านความรู้แก่บุคลากรพยาบาล และให้โอกาสในการเรียนรู้ที่เหมาะสม โดยมีแนวทางดังนี้

(1) ประเมินความสามารถและทัศนคติบุคลากรพยาบาล โดยใช้การสัมภาษณ์แบบสอบถาม หรือเครื่องมืออื่นๆ ที่เหมาะสม

(2) นำวิทยาการและทักษะมาใช้ในการพยาบาลอยู่เสมอ

(3) ปรับปรุงความสามารถของบุคลากร โดยการให้คำปรึกษา ประเมินผล และกระตุ้นตามลักษณะเฉพาะบุคคล

(4) ให้โอกาสในการศึกษาและแนะนำแหล่งทางการศึกษาที่บุคลากรพยาบาลต้องการ เช่น จัดโปรแกรมการอบรมประจำการ การอบรมปฏิบัติการ ให้การนิเทศรายบุคคล และจัดให้มีการหมุนเวียนหน่วยผู้ป่วยและตำแหน่ง

(5) กระตุ้นบุคลากรให้มีส่วนร่วมในการประเมิน โปรแกรมการศึกษา เพื่อผลประโยชน์ของหน่วยงาน และบุคลากรในหน่วยงาน

2) การจัดการในระบบพยาบาลแบบเจ้าของไข้

2.1) โครงสร้างองค์กรในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นโครงสร้างองค์กรที่มีการกระจายอำนาจไปสู่บุคลากรที่ปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม พยาบาลเจ้าของไข้ขึ้นตรงต่อหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งขึ้นตรงต่อหัวหน้างานการพยาบาล โดยมีพยาบาลนิเทศเป็นที่ปรึกษาของหัวหน้าตึก (Marram, et al., 1974, p. 51)

2.2) แนวทางการติดต่อสื่อสารในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ทำหน้าที่ประสานงานการดูแลผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางซึ่งอาจจะไม่ใช้การติดต่อโดยตรงเสมอไป แต่จะมีการติดต่อประสานงานกันในการวางแผน การปฏิบัติการ และการประเมินผล การรักษาพยาบาลผู้ป่วย โดยมีการติดต่อสื่อสารกัน (Marram, et al., 1974, p. 53)

3) การมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ พยาบาลเจ้าของไข้มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่ายหรือย้ายออกจากหออภิบาล โดยมีพยาบาลผู้ช่วยเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยแทน ในเวลาที่พยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน ดังนั้นพยาบาลคนหนึ่งจะได้รับมอบหมายให้เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งและเป็นพยาบาลผู้ช่วยผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่งและผู้ป่วยคนหนึ่งก็จะได้รับการดูแลจากพยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ช่วยอีก 2-6 คน จำนวนผู้ป่วยที่มอบหมายให้ดูแล ขึ้นกับอัตรากำลังของบุคลากร ความสามารถของพยาบาลและความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย การมอบหมายผู้ป่วยให้อยู่ในความดูแลของพยาบาลจะต้องมีแผ่นมอบหมายรายผู้ป่วย และแผ่นมอบหมายงานประจำวัน ซึ่งมีการระบุกิจกรรมที่จัดขึ้นในแต่ละวันด้วย

4) การบันทึกและการรายงาน พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้บันทึกข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยซึ่งเป็นประวัติทางการแพทย์ เป็นผู้บันทึกแผนการพยาบาลลงในรายงานผู้ป่วย ส่วนการบันทึกที่สังเกตได้และการดูแลรักษาผู้ป่วยในแต่ละวัน เป็นหน้าที่ของพยาบาลเจ้าของไข้หรือพยาบาลผู้ช่วยโดยใช้ระบบการบันทึกตามปัญหา ผู้รับผิดชอบผู้ป่วยโดยตรงเป็นผู้รายงานอาการประจำวันให้กับผู้รับผิดชอบต่อไป โดยรายงานเฉพาะสิ่งสำคัญๆ ตามปัญหาของผู้ป่วย

5) สิ่งที่เป็นในระบบพยาบาลเจ้าของไข้

5.1) แผนการพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้ต้องวางแผนการพยาบาลและบันทึกไว้อย่างสมบูรณ์ เพื่อให้พยาบาลผู้ช่วยสามารถปฏิบัติตามได้เมื่อเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน

5.2) แบบบันทึกประจำวัน พยาบาลเจ้าของไข้ต้องให้ความสำคัญกับการบันทึกเป็นอย่างมาก เพื่อการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

5.3) แผ่นป้ายเจ้าของไข้ เป็นแผ่นป้ายที่แสดงถึงรายชื่อผู้ป่วย และรายชื่อพยาบาลที่รับผิดชอบ

5.4) แผ่นชื่อพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นแผ่นป้ายประจำเตียงหรือประจำห้อง เพื่อแสดงถึงพยาบาลที่รับผิดชอบ

6) บทบาทของบุคลากรระดับต่างๆ ในระบบพยาบาลเจ้าของไข้

6.1) ผู้ตรวจการพยาบาล ทำหน้าที่เป็นผู้นิเทศและประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลและหาแนวทางในการสร้างเสริมแรงกระตุ้นให้พยาบาลเจ้าของไข้ปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี ภายใต้นโยบายหรือเป้าหมายของหน่วยงาน เช่น มาตรฐานการพยาบาล เป้าหมายการพัฒนาบุคลากร โดยมีบทบาทที่สำคัญ ดังนี้

(1) ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย และร่วมประชุมทางการพยาบาล เพื่อปรึกษาหารือเกี่ยวกับปัญหาทางการพยาบาล

(2) ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยและการแก้ไขปัญหา

(3) ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล เพื่อประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและแนวทางในการแก้ไขปัญหา

(4) ช่วยเหลือในการจัดหาอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน

(5) เข้าร่วมประชุมเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาล และคุณภาพการพยาบาล และกำหนดแนวทางในการพัฒนาบุคลากรและคุณภาพทางการพยาบาล

6.2) หัวหน้าหอผู้ป่วย มีบทบาทสำคัญในการควบคุมคุณภาพการพยาบาล และดำเนินงานให้การปฏิบัติงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้บรรลุผลสำเร็จ จึงต้องมีความสามารถในการเป็นผู้นำ

มีความสามารถในการจูงใจ เห็นความสำคัญและให้ความสนใจต่อการพัฒนาบุคลากร ต้องเป็นผู้มีความรู้ในเรื่องของการพยาบาลเจ้าของไข้ และเรื่องกระบวนการพยาบาลเป็นอย่างดี มีบทบาทสำคัญในการให้คำปรึกษา ในเรื่องของการใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งพอจะสรุปบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยได้ดังนี้

- (1) มอบหมายผู้ป่วยให้พยาบาลเจ้าของไข้ทุกราย โดยจะต้องพิจารณาความรู้ความสามารถ และคุณลักษณะของพยาบาลเจ้าของไข้ให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย
- (2) มอบหมายให้พยาบาลเป็นพยาบาลผู้ช่วย ดูแลผู้ป่วยแทนพยาบาลเจ้าของไข้ที่ไม่อยู่ในแต่ละเวร
- (3) ร่วมรับและส่งเวรเพื่อรับทราบและรวบรวมข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวกับผู้ป่วยเพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาล
- (4) ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อประเมินผลการพยาบาล และสภาพปัญหาของผู้ป่วย
- (5) ร่วมประชุมและปรึกษารื้อกับพยาบาลเจ้าของไข้และทีมสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย เพื่อหาแนวทางการรักษาพยาบาล
- (6) ตรวจสอบแบบบันทึกทางการพยาบาล เพื่อประเมินผลทางการพยาบาล
- (7) แสดงความคิดเห็นและให้คำแนะนำต่อการแก้ปัญหาของผู้ป่วย
- (8) แนะนำเทคนิคการพยาบาลที่ถูกต้อง
- (9) รวบรวมข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติงานไว้ประกอบการประเมินและแนวทางแก้ไขปัญหา
- (10) สำรวจความต้องการหรือความสนใจในการเรียนรู้ และรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริมสมรรถภาพในการปฏิบัติงาน
- (11) จัดให้มีการอบรม ประชุม สัมมนาร่วมกันภายในหน่วยงานประจำวัน ประจำสัปดาห์ หรือประจำเดือน
- (12) จัดให้บุคลากรได้มีโอกาสเข้าร่วมประชุมทางวิชาการ
- (13) จัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ต่างๆ ที่จะช่วยให้การปฏิบัติงานเป็นไปด้วยดีและมีคุณภาพ
- (14) เป็นสื่อกลางในการติดต่อประสานงานระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน โดยสื่อสารให้บุคคลเข้าใจในนโยบาย เป้าหมาย และแผนงานของโรงพยาบาล และฝ่ายการพยาบาล ในขณะเดียวกันก็ต้องสื่อสารให้ผู้บริหารเข้าใจในการปฏิบัติงาน คุณภาพการปฏิบัติงาน ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน เพื่อให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาและส่งเสริมการปฏิบัติงาน

(15) ถ้าย้อนอำนาจ ให้พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบผู้ป่วยของตนได้อย่างเต็มที่ (ปรังทิพย์ อุจะรัตน์, 2541, น. 36)

(16) กระทำตนเป็นเป็นที่ปรึกษาที่ดี เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ต้องการคำแนะนำปรึกษา (Bernhard & walsh, 1995, p. 47)

(17) ประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งการประเมินผลนี้จะมี ความสำคัญในการควบคุมคุณภาพ เพราะจะไม่มีพยาบาลคนอื่นๆ ตรวจสอบการทำงานของพยาบาล เจ้าของไข้เป็นรอบที่ 2 (Spitzer-Lehmann, 1994, p. 555)

6.3) พยาบาลเจ้าของไข้ เป็นผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรงให้ครอบคลุมปัญหาของ ผู้ป่วยให้การพยาบาลแบบองค์รวมอย่างสมบูรณ์แบบและต่อเนื่อง ดังนั้นพยาบาลเจ้าของไข้จึงมีความ รับผิดชอบที่จะต้องวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง และตลอดเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วย คือ ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย มีการประเมินผลการพยาบาล และปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลตาม ความจำเป็น บทบาทที่สำคัญของพยาบาลเจ้าของไข้ มีดังนี้

- (1) รับผิดชอบผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายจำนวนหนึ่ง
- (2) แนะนำตัวให้ผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนแพทย์และเพื่อนร่วมงานทราบถึง ความรับผิดชอบที่มีต่อผู้ป่วย
- (3) วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย ทำการบันทึกแผนการพยาบาลลงในแบบบันทึกทางการพยาบาล เพื่อสื่อสารให้ตรงกันถึงปัญหาของ ผู้ป่วย และแผนการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหของผู้ป่วย
- (4) ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ
- (5) มีบทบาทที่สำคัญในทีมสุขภาพในการให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยตลอดจน ร่วมในการปรึกษาหารือในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
- (6) มีบทบาทสำคัญในการที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง โดยรับผิดชอบ ในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
- (7) ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่นทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน เพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง
- (8) รับผิดชอบเป็นพยาบาลผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วยอื่นที่พยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ จินปฏิบัติงานในเวรนั้นๆ

6.4) พยาบาลผู้ช่วย มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยปฏิบัติตาม แผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้ได้กำหนดไว้เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่อยู่ สามารถปรับเปลี่ยน

แผนการพยาบาลได้ตามความจำเป็นเพื่อช่วยแก้ไขปัญหของผู้ป่วย พยาบาลผู้ช่วยมีบทบาทที่สำคัญ ดังนี้

- (1) แนะนำตัวให้ผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย แพทย์ และเพื่อนร่วมงานได้รับทราบถึงบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อผู้ป่วย
- (2) ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้ได้วางไว้
- (3) ติดต่อสื่อสารกับพยาบาลเจ้าของไข้หรือพยาบาลหัวหน้าตึกหากมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย
- (4) บันทึกแผนการพยาบาลตลอดจนการปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ลงในแบบบันทึกทางการพยาบาล
- (5) ร่วมกับทีมสุขภาพในการประชุมปรึกษารื้อ เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วย เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวกับผู้ป่วย เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษา
- (6) มีส่วนร่วมในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลเจ้าของไข้

7) ผลดีของการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2536, น. 32) ได้สรุปผลดีของการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ไว้ดังนี้

- 7.1) เป็นการพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง ให้การพยาบาลโดยมีแผนการพยาบาลเป็นหลัก นำแผนการพยาบาลมาปฏิบัติ ตลอดจนประเมินผลแผนการพยาบาลอยู่เสมอ
- 7.2) พยาบาลมีความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยสูง สามารถรายงานการเปลี่ยนแปลง การดำเนินของโรคและอาการต่างๆ ตลอดจนวินิจฉัยความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนได้ต่อเนื่องกัน เนื่องจากพยาบาลเจ้าของไข้ต้องรับผิดชอบกิจกรรมพยาบาลทุกอย่างที่ผู้ป่วยได้รับ
- 7.3) เป็นการให้การพยาบาลที่ต่อเนื่อง โดยการมอบหมายให้รับผิดชอบผู้ป่วยคนเดิมตลอด พยาบาลเจ้าของไข้จะต้องมีความเข้าใจผู้ป่วยของตนเองได้เป็นอย่างดี กำหนดกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ด้วยพยาบาลคนเดียวทำให้การพยาบาลทุกอย่างมีเหตุมีผลต่อกันและเกิดความต่อเนื่องกัน
- 7.4) เป็นการให้การพยาบาลอย่างสมบูรณ์แบบ เนื่องจากพยาบาลคนเดียวที่วางแผนการดูแลผู้ป่วยโดยตลอดตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจะเกิดขึ้นด้วยดี ทำให้เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างรอบด้าน ทั้งปัญหาทางด้านอารมณ์ สังคม การดำเนินชีวิต หรือปัญหาความต้องการทางด้านร่างกาย
- 7.5) เกิดการประสานงานที่ดี พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ที่ติดตามผลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด มีการรายงานให้พยาบาลที่ทำงานร่วมกันและผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ ได้ทราบถึงอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ทำให้เกิดการประสานงานที่ดี โดยเฉพาะในเรื่องความรู้ที่เกี่ยวกับ

การรักษาพยาบาล การศึกษาถึงเหตุผลของการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับทั้งยังเป็นการกระตุ้นความสามารถในการมองหาโอกาสพัฒนาตนเอง ให้มีความก้าวหน้าในทางวิชาชีพอีกด้วย

7.6) เป็นการพัฒนานุเคราะห์และมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง พยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้ที่มีโอกาสในการพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นอย่างมาก ทำให้พยาบาลมีความกระตือรือร้นที่จะพัฒนาตนเอง หาความรู้เพื่อนำมาให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย และมีโอกาสนำความรู้นั้นไปปฏิบัติกับผู้ป่วยด้วยตนเอง ทำให้เกิดการพัฒนานุเคราะห์ทางการพยาบาล

7.7) ทำให้พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการทำงาน ซึ่งเอกสิทธิ์ทางการพยาบาลนี้จะเป็ณกุญแจสำคัญสำหรับการพัฒนาวิชาชีพทางการพยาบาล (Swansburg, 1990, p. 196)

7.8) พยาบาลเกิดความพึงพอใจในการทำงาน เพราะสามารถใช้ความรู้ความสามารถได้อย่างเต็มที่ มีอิสระในการตัดสินใจภายในขอบเขตของวิชาชีพ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดคุณภาพของการบริการที่ดี (Yoder, 1995, p. 418) นอกจากนี้ยังรู้สึกภาคภูมิใจต่อความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยที่ตนเองมีส่วนร่วมโดยตรง (Bernhard & Walsh, 1995, p. 48)

7.9) ผู้ป่วยพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับเพราะว่าผู้ป่วยสามารถที่จะสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาลเจ้าของไข้ได้ พยาบาลเจ้าของไข้จะสื่อสารแผนการดูแลกับผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูตนเอง แผนการดูแลของพยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นองค์รวม (Holistic care) โดยพิจารณาถึงความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ตลอดจนสังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วยร่วมด้วย ดังนั้นพยาบาลเจ้าของไข้จะสามารถวางแผนการดูแลให้มีความเหมาะสมมากที่สุดร่วมกับผู้ป่วยและสำหรับผู้ป่วย (Yoder, 1995, p. 419) นอกจากนี้ครอบครัวยังเกิดความพึงพอใจด้วย (จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์, 2542, น. 45)

7.10) ลดจำนวนบุคลากรที่ไม่ใช่วิชาชีพลงไป เพราะระบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ต้องการผู้ปฏิบัติงานในระดับวิชาชีพเท่านั้น (ปรารักษ์ทิพย์ อุจะรัตน์, 2541, น. 38)

7.11) แพทย์จะยอมรับในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ เพราะเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลครบและถูกต้องตามแผนการรักษา และยังสามารถติดต่อซักถามอาการผู้ป่วยจากพยาบาลเจ้าของไข้โดยตรง (จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์, 2536, น. 91)

7.12) คุณภาพการดูแลในระบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ดีมาก เพราะว่าพยาบาลเจ้าของไข้สามารถกำหนดขอบเขตของปัญหาและแก้ปัญหของผู้ป่วยได้ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจึงดีและรวดเร็ว (Spitzer-Lehmann, 1994, p. 555) ซึ่งสอดคล้องกับ ส่องแสง ธรรมศักดิ์ (2542) ทำให้เกิดคุณภาพบริการพยาบาลด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

8) ข้อจำกัดของการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ คือ

8.1) พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบโดยตรงต่อผู้ป่วย จึงอาจทำให้เกิดความเครียดได้มาก สิ่งเดียวที่จะช่วยได้ คือ อนุญาตให้พยาบาลเจ้าของไข้ละเว้นจากการให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยตนเองบ้าง แล้วให้พยาบาลผู้ช่วยเป็นผู้ดูแลแทน (Holmes, 1987, p. 65)

8.2) พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยมักประสบปัญหาในการให้การดูแลผู้ป่วย ดังนั้นองค์กรจึงต้องให้การศึกษากับบุคลากรเพื่อความพร้อมสำหรับบทบาทนี้ (ปรารักษ์ทิพย์ อุจะรัตน์, 2541, น. 39)

8.3) พยาบาลบางกลุ่มไม่มีความพร้อมที่จะรับผิดชอบผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง (ปรารักษ์ทิพย์ อุจะรัตน์, 2541, น. 39)

8.4) ต้องใช้พยาบาลวิชาชีพเป็นจำนวนมาก ทำให้โรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง (Swansburg, 1990, p. 196)

จากหลักการมอบหมายงานพยาบาลแบบเจ้าของไข้ทำให้พยาบาล 1 คน ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้รับบริการตั้งแต่แรกเริ่มเข้าสู่ระบบจนกระทั่งจำหน่ายออกจากระบบนั้น น่าจะเหมาะกับการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมากที่สุด ด้วยการมอบหมายให้รับผิดชอบผู้รับบริการคนเดิมตลอด สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการจะเกิดขึ้นด้วยดี พยาบาลสามารถประเมินสาเหตุปัจจัยเสี่ยง หรือพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องปรับเปลี่ยนของผู้รับบริการทั้ง ปัญหาทางด้านอารมณ์ สังคม ความเชื่อ การดำเนินชีวิต หรือปัญหาความต้องการทางด้านร่างกาย สามารถวางแผนให้การพยาบาลอย่างมีเหตุมีผลต่อกันและเกิดความต่อเนื่องกัน เป็นการให้การพยาบาลอย่างสมบูรณ์แบบ ผู้วิจัยจึงนำเสนอวิธีการมอบหมายงานพยาบาลแบบเจ้าของไข้มาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้

2.3 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model)

ในปี ค.ศ.1975 Pender ได้พัฒนาแบบจำลองการป้องกันสุขภาพที่กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจและการปฏิบัติของปัจเจกบุคคลในการป้องกันโรค จุดเน้นของบทบาทการพยาบาลตามแนวคิดของเพนเดอร์ในสมัยนั้นเน้นที่การป้องกันและคงไว้ซึ่งสุขภาพของสาธารณชน ต่อมาเพนเดอร์ ได้เห็นความจำกัดของมโนทัศน์การป้องกัน สุขภาพ คือ เป็นมโนทัศน์ทางสุขภาพเชิงลบเพราะพฤติกรรมส่วนใหญ่จะเป็นการหลีกเลี่ยงแต่การยกระดับสุขภาพ หรือมีความเป็นอยู่ที่ดีนั้นบุคคลต้องได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นมโนทัศน์เชิงบวก เพนเดอร์จึงเสนอแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพในปี ค.ศ.1982 และมีการปรับปรุงแบบจำลองเป็นระยะซึ่งแบบจำลองสุดท้ายได้ปรับปรุงในปี ค.ศ. 2006 สรุปได้ดังนี้

2.3.1 ข้อตกลงเบื้องต้นของแบบจำลอง

- 1) บุคคลแสวงหาภาวะการณ์ของชีวิตที่สร้างสรรค์โดยการแสดงความสามารถด้านสุขภาพที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตน
- 2) บุคคลมีความสามารถในการสะท้อนการตระหนักรู้ในตนเองรวมทั้งความสามารถในการประเมินสมรรถนะตนเอง
- 3) บุคคลให้คุณค่าแก่การเจริญเติบโตในทิศทางบวกและพยายามที่จะบรรลุความสำเร็จในการยอมรับความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงกับการมั่นคง
- 4) บุคคลแสวงหาการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง
- 5) บุคคลซึ่งประกอบด้วยกาย จิต สังคม มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและความเป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง
- 6) บุคลากรด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลตลอดช่วงชีวิต
- 7) การริเริ่มด้วยตนเองในการสร้างแบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับ สิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2.3.2 สารของทฤษฎี

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender, et al. (2006, p. 1-12) มีพื้นฐานมาจากแนวคิดด้านการคิดรู้ ซึ่งประกอบด้วยความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Outcome expectancies) จากทฤษฎีการให้คุณค่าการคาดหวัง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy expectancies) จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพได้พัฒนามาจากการสังเคราะห์ผลการวิจัยต่างๆที่เกิดจากการทดสอบแบบจำลองโดยการศึกษาตัวแปรหรือโมโนทัศน์ย่อยๆ ในแบบจำลอง ซึ่งแบบจำลองที่ได้ปรับปรุงใน ปี ค.ศ. 2006 นี้ สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างโมโนทัศน์ต่างๆ ที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.3.3 มโนทัศน์หลักของแบบจำลอง

มโนทัศน์หลักของแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพ ดังภาพประกอบที่ 1 ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก ได้แก่ ประสิทธิภาพและคุณลักษณะของปัจเจกบุคคล อารมณ์และการคิดรู้ที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม โดยอธิบายปัจจัยที่มีความสำคัญหรือมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006, p. 51-57) ดังนี้

1) ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual Characteristics and Experiences)

ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ในมโนทัศน์หลักนี้ เพนเดอร์ได้เสนอมนทัศน์ย่อย คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องและปัจจัยส่วนบุคคลโดยมนทัศน์ทั้งสอง มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพบางพฤติกรรมหรือในบางกลุ่มประชากรเท่านั้น

1.1) พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง (Prior related behavior)

จากการทบทวนงานวิจัยเรื่องปัจจัยด้านพฤติกรรมนั้น พบว่าพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องนี้ จะมีอยู่ประมาณร้อยละ 75 ของการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยพบว่าตัวทำนายการเกิด พฤติกรรมที่ดีที่สุดตัวหนึ่ง คือ ความบ่อยของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมือนกันคล้ายกับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติในอดีตมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมานั้นได้กลายเป็นนิสัย (habit formation) และบุคคลปฏิบัติ พฤติกรรมนั้นได้โดยอัตโนมัติ โดยอาศัยความตั้งใจเพียงเล็กน้อยก็ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

1.2) ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors)

ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

(1) ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย สภาวะวัยรุ่น สภาวะหมดประจำเดือน ความจุปอด ความแข็งแรงของร่างกาย ความกระฉับกระเฉง และความสมดุลของร่างกาย

(2) ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง การรับรู้ ภาวะสุขภาพของตนเอง

(3) ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ สัญชาติ ชาติพันธุ์ วัฒนธรรม การศึกษา และสถานะทางสังคมเศรษฐกิจ

โดยปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวมีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยด้านอารมณ์และ การคิดรู้ที่เฉพาะกับพฤติกรรมและมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2) ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognition and Affect)

เป็นมโนทัศน์หลักในการสร้างกลยุทธ์/กิจกรรมพยาบาล เพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง มโนทัศน์หลักนี้ประกอบด้วยมนทัศน์ย่อยทั้งหมด 5 มโนทัศน์ ดังนี้

2.1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefits of Action)

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมาพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 61 ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนี้เป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ที่จะ

ได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มโนทัศน์นี้มีพื้นฐานความเชื่อมาจากทฤษฎีความคาดหวัง การให้คุณค่า การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจจะเป็นทั้งประโยชน์ภายนอกและภายใน ยกตัวอย่างเช่น ประโยชน์จากภายใน เช่น การเพิ่มความตื่นตัว หรือการลดความรู้สึกเมื่อล่า ส่วนประโยชน์จากภายนอกนั้น เช่น การได้รับรางวัลเงินทอง หรือความเป็นไปได้ของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดจากผลของการปฏิบัติพฤติกรรม ในระยะแรกนั้นประโยชน์จากภายนอกจะเป็นที่รับรู้มากกว่า แต่ประโยชน์ภายในนั้นจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องมากกว่า ขนาดของความคาดหวังและความสัมพันธ์ชั่วคราวของประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ก็เป็นผลกระทบอย่างหนึ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อในประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมหรือความคาดหวังผลที่เกิดขึ้นในทางบวกก็เป็นสิ่งจำเป็น แม้ว่าอาจจะไม่สำคัญแต่ก็จำเป็นในพฤติกรรมเฉพาะบางอย่าง

2.2) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers to Action)

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 79 ซึ่งการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอุปสรรคดังกล่าวประกอบด้วย อุปสรรคภายในและภายนอกของบุคคล อุปสรรคภายใน ได้แก่ ความขี้เกียจ ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่พึงพอใจ ถ้าต้องปฏิบัติพฤติกรรมและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับพฤติกรรม เป็นต้น อุปสรรคภายนอก ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ค่าใช้จ่ายสูง การรับรู้ว่ายาก สภาพอากาศ และความไม่สะดวก เป็นต้น อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นสิ่งที่บุคคลคาดคิดก็ได้ ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม และมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใดๆ ภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะต่างๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภายใต้อุปสรรคหรือสถานการณ์ต่างๆ ได้และรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูงจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลงได้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมที่วางไว้

2.4) ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม (Activity-Related Affect)

ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกหรือลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติพฤติกรรม การตอบสนองความรู้สึกนี้อาจมีน้อย ปานกลาง หรือมาก การตอบสนองความรู้สึกต่อพฤติกรรมใดๆ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความน่าสนใจของกิจกรรมหรือพฤติกรรมความรู้สึกต่อตนเองเมื่อปฏิบัติพฤติกรรม หรือสภาพแวดล้อมหรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรม ความรู้สึกที่ดีหรือความรู้สึกทางบวกมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ถ้าบุคคลเกิดความรู้สึกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางลบก็จะมีผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว เพราะเมื่อเร็วๆ นี้ได้มีการเพิ่มความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมลงในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ มีการศึกษาจำนวนน้อยที่ได้ค้นพบและช่วยสนับสนุนในการอธิบายและอำนาจในการทำนายของแบบจำลอง การศึกษาในอนาคตข้างหน้าจำเป็นต้องใส่ใจในความสำคัญของความรู้สึกที่มีพฤติกรรมที่ต้องนำมาพิจารณาในพฤติกรรมสุขภาพด้านต่างๆ

2.5) อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences)

อิทธิพลระหว่างบุคคล หมายถึง พฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของคนอื่นที่มีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคล แหล่งของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว (พ่อ แม่ พี่ น้อง) เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ นอกจากนี้ อิทธิพลระหว่างบุคคลหมายความว่า บรรทัดฐาน (ความคาดหวังหรือความเชื่อของบุคคลที่สำคัญ กลุ่มบุคคล ชุมชนซึ่งได้วางมาตรฐานของการปฏิบัติพฤติกรรมเอาไว้) การสนับสนุนทางสังคม (การรับรู้ของบุคคลว่าเครือข่ายทางสังคมของตนเองให้การสนับสนุนทั้งด้านวัตถุ ข้อมูลข่าวสาร และอารมณ์มากน้อยเพียงใด) และการเห็นแบบอย่าง (การเรียนรู้จากการสังเกตผู้อื่นที่กระทำพฤติกรรมนั้นๆ) อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านแรงผลักดัน หรือความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลนั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 57 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับกลางๆ

2.6) อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational Influences)

อิทธิพลจากสถานการณ์ หมายถึง การรับรู้และความคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่สามารถเอื้อหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายความว่า การรับรู้เงื่อนไขที่สนับสนุน ความต้องการ และความราบรื่น

สุขสบายของสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลมักจะเลือกทำกิจกรรมที่ทำให้เขารู้สึกว่าเข้ากับวิถีชีวิต สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของตนเอง รู้สึกปลอดภัยและมั่นคงเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมในสภาพแวดล้อมนั้น ไม่ใช่สิ่งที่มาคุกคาม ซึ่งสภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่น่าตื่นตาตื่นใจ น่าสนใจ รู้สึกคุ้นเคย จึงเป็นสิ่งที่ดึงดูดหรือทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอิทธิพลจากสถานการณ์นั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 50

3) พฤติกรรมผลลัพธ์ (Behavioral Outcome) การเกิดพฤติกรรมผลลัพธ์ ประกอบด้วย 3 อย่าง ได้แก่

3.1) ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a Plan of Actions)

ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นกระบวนการคิดที่ประกอบด้วยความตั้งใจที่จริงจังที่จะกระทำพฤติกรรมซึ่งสอดคล้องกับเวลา บุคคล สถานที่ โดยอาจทำร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งมีกลยุทธ์ที่ชัดเจนในการปฏิบัติพฤติกรรมและการให้แรงเสริมทางบวกในการปฏิบัติพฤติกรรม ความตั้งใจและกลยุทธ์นี้จะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.2) ความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น (Immediate Competing Demands and Preferences)

ความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น หมายถึง พฤติกรรมอื่นที่เกิดขึ้นทันทีทันใดก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่วางแผนไว้และอาจทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้ พฤติกรรมอื่นเกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลไม่สามารถควบคุมตนเอง (Self-regulation) จากความชอบ ความพอใจของตนเองและความต้องการของบุคคลอื่น พฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยทันทีโดยการมุ่งกระทำตามความจำเป็นอื่นถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมที่อยู่เหนือตนเอง เป็นสิ่งที่บุคคลสามารถควบคุมได้น้อยเนื่องจากเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้น ความจำเป็นและทางเลือกอื่น เป็นปัจจัยส่งผลโดยตรงต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลในระดับปานกลางต่อความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้นไม่ควรจะเกิดขึ้นบ่อย เพราะถ้าเกิดขึ้นบ่อยจะแสดงว่าบุคคลพยายามมาหาเหตุผลมาอ้างเพื่อจะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.3) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Behavior)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้ายและผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมในแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จในผู้รับบริการ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นบางส่วนก็ได้บูรณาการเข้ากับการใช้ชีวิต

ประจำวัน ผลที่ได้ก็คือการปรับภาวะสุขภาพ การเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของมนุษย์

(1) ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ในการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

Pender ได้ศึกษาค้นคว้าวิจัยในเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพอย่างกว้างขวางซึ่งงานสร้างทฤษฎีที่แสดงถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ในการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ Pender มีความเชื่อว่า

(1.1) การให้ความหมายเกี่ยวกับสุขภาพจะต้องบูรณาการทั้งทัศนะของผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่สุขภาพเข้าด้วยกัน เพราะการให้ความหมายจากทัศนะที่แตกต่างกันระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับประชาชนทั่วไปจะไม่สามารถบรรลุถึงซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีได้

(1.2) สุขภาพเป็นการแสดงออกถึงรูปแบบของปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม ที่เพิ่มความซับซ้อนตามระยะพัฒนาการของชีวิต

(1.3) รูปแบบที่แสดงออกถึงสุขภาพของมนุษย์มีทั้งที่สังเกตได้โดยตรงและสังเกตไม่ได้ แต่ได้จากคำบอกเล่าของบุคคลนั้นๆ

(2) มโนคติ หลักการของทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพ และความสัมพันธ์ของมโนคติ

(2.1) บุคคลหรือผู้รับบริการ (Individual on Client)

คำว่า “บุคคล” ของ Pender หมายถึง ปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน โดยที่ Pender ให้คำว่า “ผู้รับบริการ” มากกว่า “ผู้ป่วย” บุคคลเป็นผู้เริ่มในการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองมีความสามารถในการตัดสินใจภาวะสุขภาพตนเอง เป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพ และสภาพแวดล้อมในสังคมของตนเองได้ (Pender, et al., 2006, p. 8)

(2.2) สิ่งแวดล้อม (Environment)

Pender เชื่อว่าสิ่งแวดล้อม คือ นิยามที่ผสมผสานความหมายของสภาวะรอบตัวบุคคลเกี่ยวกับองค์ประกอบหลัก 3 ประการ คือ องค์ประกอบทางกายภาพ องค์ประกอบทางสภาวะระหว่างบุคคล และ องค์ประกอบทางสภาวะเศรษฐกิจ คุณภาพของสิ่งแวดล้อมขึ้นอยู่กับ การปราศจากมลพิษ การได้รับประสบการณ์ทางบวกที่ดี ทั้งทรัพยากรบุคคล และสภาวะทางเศรษฐกิจตามความต้องการเพื่อประโยชน์ของสภาวะสุขภาพและชีวิตที่ดี สภาวะแวดล้อมที่มีลักษณะ คือ มีความสงบสุข และความสมดุลระหว่างมนุษย์และสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมที่ดีมีผลให้ปัจเจกบุคคล สังคม ชุมชน สามารถบรรลุศักยภาพสูงสุดได้ (Pender, et al., 2006, p. 9)

(2.3) สุขภาพ (Health)

Pender ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับสุขภาพว่า หมายถึง การบรรลุถึงซึ่งการใช้ศักยภาพของบุคคลที่ติดตัวมาแต่กำเนิด และได้รับการพัฒนา ซึ่งบุคคลจะบรรลุภาวะนี้ได้จากการปฏิบัติ

พฤติกรรมที่มีเป้าหมาย การใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง และมีความพึงพอใจในสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง ในขณะที่เดียวกันมีการปรับตัวตามความจำเป็น เพื่อรักษาความมั่นคงของโครงสร้าง และความสอดคล้องกลมกลืนกับสิ่งแวดล้อมที่มีความสำคัญกับตนเอง

Pender เชื่อว่า การแสดงออกของภาวะสุขภาพมีทั้งทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ซึ่งประกอบด้วยมิติหลัก 5 มิติ คือ อารมณ์ เจตคติ กิจกรรม ความใฝ่ฝัน และความสำเร็จในชีวิต

- มิติทางด้านอารมณ์ เป็นประสบการณ์เชิงจิตวิสัยของบุคคล คือ รู้สึกสงบ กลมกลืนกับสิ่งแวดล้อม มีชีวิตชีวา และไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น

- มิติทางด้านเจตคติ ซึ่งพัฒนาจากประสบการณ์และการคิดอย่างมีเหตุผล ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี ไม่ว่าจะมีปัญหาอะไรเกิดขึ้นทุกอย่างก็จะคลี่คลายลงไปได้ ซึ่งจะทำให้บุคคลมีพัฒนาการแม้ในภาวะยากลำบาก

- ด้านกิจกรรม ซึ่งสะท้อนถึงแบบแผนการใช้พลังงานอย่างเหมาะสมในสภาวะแวดล้อมและสถานการณ์ต่างๆ

- มีความใฝ่ฝันในชีวิตและใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ เพื่อให้เป็นไปตามที่ใฝ่ฝันไว้รวมทั้งมีส่วนทำประโยชน์ให้กับสังคม สร้างสังคมและสิ่งแวดล้อมเพื่อชนรุ่นหลัง

- ประสบความสำเร็จ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการดำรงชีวิตที่ดี คือ มีความสุขอย่างแท้จริงมีความคิดสร้างสรรค์ มีความเข้าใจในธรรมชาติของชีวิตและสามารถละความเห็นแก่ตัว

(2.4) การพยาบาล (Nursing)

Pender ไม่ได้ให้ความหมายของคำว่า “การพยาบาล” ไว้อย่างชัดเจน แต่ได้เปรียบเทียบรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกับทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ในระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative-developmental system) โดยพยาบาลทำหน้าที่ในฐานะผู้ให้คำปรึกษาและให้ความรู้ (Pender, 1996, p. 100)

เป้าหมาย (Goal) ในการพยาบาล คือ การส่งเสริมสุขภาพของปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน นอกจากนี้ Pender ยังได้กล่าวว่า พยาบาลเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้รับบริการมากที่สุด จึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญโดยเป็นผู้นำในทีมสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพ และเป็นผู้ดำเนินการกระตุ้นชุมชนให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996, p. 10–11)

(3) ความสัมพันธ์ระหว่างมโนคติหลัก ทั้ง 4 มโนคติ

(3.1) ความสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม บุคคลแต่ละคนจะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลง และแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันตลอดเวลา สิ่งแวดล้อมมีผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล

(3.2) ความสัมพันธ์ของบุคคลกับสุขภาพ บุคคลมีความสามารถและตัดสินใจที่จะกำหนดทิศทางในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง โดยมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลในการตัดสินใจหรือการแสวงหาบริการทางสุขภาพเพื่อทำให้ตนเองมีสุขภาพดีขึ้น

(3.3) ความสัมพันธ์ของบุคคลกับการพยาบาล บุคคลเป็นผู้ตัดสินใจและวางแผนร่วมกับพยาบาลในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของตนเอง บทบาทของพยาบาลที่สำคัญ คือ เป็นผู้ให้คำปรึกษา ช่วยเหลือ และสนับสนุน

(3.4) ความสัมพันธ์ของสิ่งแวดล้อมกับภาวะสุขภาพ ถ้าบุคคลอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีมีโอกาสมักจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้

(3.5) ความสัมพันธ์ของสิ่งแวดล้อมกับการพยาบาล เนื่องจากบุคคลมีการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เพราะฉะนั้นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บุคคลมีพฤติกรรมสูงสุดในตนเองจะต้องคำนึงถึงสิ่งแวดล้อมของผู้รับบริการด้วย โดยพยาบาลและผู้รับบริการต้องมีการวางแผนร่วมกันเพื่อให้ผู้รับบริการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

(3.6) ความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพกับการพยาบาล บทบาทของพยาบาลจะต้องใช้ให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล โดยพยาบาลจะต้องใช้ทักษะของตนเองในการดูแลผู้รับบริการที่มีภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล เช่น บุคคลที่มีภาวะสุขภาพไม่ดี กับบุคคลที่มีภาวะสุขภาพคงที่

2.4 แนวคิดความผาสุก (Well-being)

2.4.1 ความหมายของความผาสุก

ความผาสุกเป็นแนวคิดหนึ่งที่มีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย

นายแพทย์ชาวอเมริกันชื่อ Halbert L. Dunn (Dunn, 1957) เป็นผู้กล่าวว่ามนุษย์ทุกคนประกอบด้วยร่างกาย (Body) จิตใจ (Mind) และจิตวิญญาณ (Spiritual) ซึ่งแยกจากกันไม่ได้ ทั้ง 3 อย่างนี้ต้องเกี่ยวข้องพึ่งพากันตลอดเวลา Dunn กล่าวว่ามนุษย์ทุกคนจะบรรลุความพึงพอใจในตนเองและจุดมุ่งหมายในชีวิตของตนได้ก็ต่อเมื่อเขาผู้นั้นมีโอกาสมากที่จะแสดงออกถึงความเป็นเอกบุคคล และความมีศักดิ์ศรี เมื่ออยู่ท่ามกลางบุคคลอื่น พร้อมกับรู้สึกว่ามีพลังแห่งชีวิต (Vitality) และรู้สึกว่าโลกนี้มีแต่ความสว่างสดใส ซึ่งเรียกว่า High level wellness

Cantril (1965; cited in Mckeehan, Cowling, III & Wykle, 1986) ได้กล่าวถึงความผาสุกว่า เป็น การรับรู้ในภาพรวมทั้งหมดเกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลจะมีความผาสุกแตกต่างกัน ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับการรับรู้ เป้าหมาย และการให้คุณค่าของบุคคลนั้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Campbell (1976) ที่กล่าวถึงความผาสุกของบุคคลว่า หมายถึง ประสบการณ์การเรียนรู้ การรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง เปรียบเทียบกับเหตุการณ์ที่บุคคลต้องการหรือปรารถนาให้เป็น อาจมองในแง่ของความพึงพอใจและ ไม่พึงพอใจก็ได้ หากบุคคลเกิดความพึงพอใจมากก็อาจเป็นเครื่องบ่งชี้ได้ว่ามีความผาสุกมาก

Dupuy (1977; cited in McDowell & Newell, 1987) เชื่อว่าความผาสุกเป็นพฤติกรรมที่แสดงออก เมื่อบุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียดได้ ประกอบด้วยความรู้สึกรู้สึกทั้งทางบวกและลบ ถ้าบุคคล มีความรู้สึกรู้สึกทางบวกมากก็จะบ่งบอกถึงความผาสุกในชีวิตมากตามไปด้วย

Ferrans & Powers (1985) ยังได้กล่าวว่า ความผาสุกเกิดจากความสมดุลระหว่างความพึงพอใจ และไม่พึงพอใจขององค์ประกอบชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย (Physical) บุคคลจะมีความผาสุก เมื่อมี กลไกทำให้ร่างกายทำงานได้ตามปกติ สามารถปรับตัวได้เหมาะสม แต่ถ้ามีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ก็จะทำให้ ความผาสุกลดลง ด้านจิตใจ (Mental) สิ่งที่มีอิทธิพลต่อจิตใจ คือ ความคิดทั้งบวกและทางลบ ซึ่ง ประสบการณ์ด้านจิตใจจะส่งผลต่อร่างกาย ด้านสังคม (Social) บุคคลใช้เวลาเป็นจำนวนมากในการมี ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลต่างๆ ในการดำเนินชีวิต คนที่ชอบเก็บตัว จะรู้สึกว่าจะต้องใช้ความพยายามอย่างมาก ในการที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ทำให้เกิดความทุกข์ทางร่างกาย ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) เกิดจาก การสั่งสมประสบการณ์ของชีวิต ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อ ความศรัทธา การนับถือตนเองและผู้อื่น ทั้งในทางบวกและทางลบ สรุปได้ว่าความผาสุก เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคล เกี่ยวกับความพึงพอใจ ในชีวิต ในความสามารถของการทำหน้าที่ทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้ตามปกติ นั่นคือ เมื่อบุคคล สามารถดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนตนเองให้มีความสมดุลทั้ง 4 ด้านได้ ก็จะทำให้บุคคลนั้นมีความผาสุกในชีวิต

2.4.2 มิติความผาสุก (Dynamic Dimensions of Wellness) (Kristen and Nola, 2004, p. 328-329)

บ่อยครั้งที่ความผาสุกจะถูกมองเพียงด้านร่างกาย แต่จริงๆ แล้วความผาสุกไม่ได้ หมายถึง เฉพาะ ด้านร่างกายเท่านั้น รวมถึงด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งล้วนมีผลต่อร่างกายทั้งสิ้น ความผาสุก มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยใช้วงกลมเส้นประเป็นตัวอธิบายถึงความสัมพันธ์ของทั้ง 4 มิติ ของ องค์ประกอบของความผาสุก แต่ละมิติจะมีการเปลี่ยนแปลงจากการมีพลัง ในการที่มีแนวโน้มจะทำ สิ่งต่างๆ พลังนี้สามารถทำให้เกิดผลทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ตลอดเวลา

1) มิติความผาสุกทางด้านร่างกาย (Physical wellness) โดยเปรียบร่างกายเป็นวงกลมในสุด ที่เป็นตัวแทนของความผาสุกด้านร่างกาย ซึ่งมีกลไกที่ทำให้ร่างกายทำงานโดยปกติ สามารถปรับตัวได้

เหมาะสม ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลมีการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง เช่น หอบหืด ไขข้ออักเสบ ก็จะทำให้ความผาสุก แสดงออกทางลบ

2) มิติความผาสุกทางด้านจิตใจ (Mental wellness) เปรียบจิตใจเป็นเส้นประวงกลมที่ 2 ทำให้บุคคลกระทำการสิ่งต่างๆ อย่างมีเหตุผล รู้คิด มีความรู้และความเข้าใจ ซึ่งด้านจิตใจนี้ จะทำให้บุคคลมีความจำ มีปฏิกริยาและรู้จักปรับตัวต่อสิ่งเร้าทั้งจากภายในและภายนอก สิ่งที่มีอิทธิพลต่อจิตใจ คือ ความคิด บุคคลสามารถที่จะเลือกแสดงความคิดได้ ทั้งทางลบและทางบวกที่เป็นทั้งประสบการณ์ภายในและประสบการณ์ภายนอก ประสบการณ์ทางด้านจิตใจมีผลต่อร่างกาย และประสบการณ์ทางกาย มีผลต่อร่างกาย ประสบการณ์เหล่านี้ ก็สัมพันธ์กับมิติของสังคมและจิตวิญญาณ

3) มิติความผาสุกทางด้านสังคม (Social wellness) เส้นประวงกลมเส้นที่ 3 แสดงถึงความผาสุกทางสังคม ไม่มีบุคคลใดทั้งเพศชายและเพศหญิงที่จะอยู่โดดเดี่ยวเพียงลำพัง บุคคลใช้เวลาจำนวนมากกับคนอื่นๆ เพื่อดำเนินชีวิตและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลเหล่านั้น แต่ละคนมีความต้องการด้านสังคม เพื่อส่งเสริมความผาสุกของตนเองแตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น คนที่เปิดเผยจะมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมได้ง่าย เพราะการอยู่อย่างโดดเดี่ยว ขาดสังคม จะทำให้เกิดความทุกข์ต่อร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ ในทางตรงกันข้ามคนที่ชอบเก็บตัวจะรู้สึกว่าการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ต้องใช้ความพยายามอย่างมาก ก็จะก่อให้เกิดความทุกข์ทางร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ พยายามต้องตระหนักต่อการทำให้เกิดสมดุลของการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมของคนที่ชอบแยกตัว ทั้งคนที่ชอบเปิดเผยและคนที่ชอบอยู่เพียงลำพัง

4) มิติความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual wellness) เปรียบเส้นประที่เป็นวงกลมนอกสุด เป็นตัวแทนของความผาสุกด้านจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นตัวที่หล่อหุ้มบุคคลไว้ทั้งหมด แทรกเข้าไปในอีก 3 มิติ มิติของจิตวิญญาณเป็นส่วนที่บุคคล พบความหมายของการใช้พลังในการทำสิ่งต่างๆ และการรับรู้ถึงความหมายของการมีชีวิต รวมถึงการตระหนักถึงพลังที่ยิ่งใหญ่ที่บุคคลสามารถสื่อสารกันได้ ทั้งทางความคิดและจากคำพูด มิติด้านจิตวิญญาณไม่ใช่มิติด้านศาสนา บุคคลอาจจะพบว่าพิธีกรรมทางศาสนา ความเชื่อและวิถีปฏิบัติที่ทำให้เกิดประโยชน์ เมื่อนำมาใช้ประกอบกับมิติด้านจิตวิญญาณ สิ่งนี้ไม่ได้หมายความว่า คนที่ไม่ได้เข้าถึงศาสนาจะเป็นคนที่ไม่มิจิตวิญญาณ (จิตวิญญาณเกิดจากการสั่งสมของประสบการณ์ของชีวิต ตั้งแต่วัยเด็ก ตามพัฒนาการของชีวิตแต่ละวัย ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อ ความศรัทธา การนับถือตนเองและผู้อื่น)

อีกทั้งจากการศึกษาของ Heidrich (1996); Friedman (1993); Ryff, (1995) พบว่าสิ่งที่มีผลต่อความผาสุกในชีวิต คือ ภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ มีอาการปวดตามข้อ ข้อยึดติดแข็งตึงและผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางร่างกายลดลง

นอกจากนี้การศึกษาของ จันทนา เตชะภุห (2540) ในเรื่องความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลก และความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีคะแนนเฉลี่ยของความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลกและความผาสุกในชีวิตในระดับสูง ความหวัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในชีวิต ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในชีวิต ความหวังและความเข้มแข็งในการมองโลก สามารถร่วมทำนายความผาสุกในชีวิตได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญศรี นุเกตุ (2541) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองและความผาสุกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ การดูแลตนเองโดยทั่วไป การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดโรค และการใช้ยา อยู่ในระดับดี คะแนนความผาสุกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

จะเห็นได้ว่า ความผาสุกในชีวิตเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคลที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เป็นอยู่ ซึ่งจะประกอบด้วยความรู้สึกทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ถ้าบุคคลมีความรู้สึกทางบวกมาก นั้นหมายถึง มีความผาสุกในชีวิตมาก ความผาสุกในชีวิตของแต่ละบุคคลจะมีระดับแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของแต่ละบุคคล ประสบการณ์ในอดีตและการคาดหวังในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender, et al. (2006) ซึ่งได้กล่าวว่า ปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และคุณลักษณะของปัจเจกบุคคล อารมณ์และการคิดรู้ที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม โดยมีพื้นฐานมาจากการคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การให้คุณค่า ความคาดหวัง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง

สรุปได้ว่า ความผาสุก หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิต ด้านร่างกาย คือ มีความพอใจในความสามารถทำหน้าที่ทั้งด้านร่างกายและจิตใจตามปกติของบุคคล เช่น ความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถในการตัดสินใจ และเลือกปฏิบัติในพฤติกรรมที่เหมาะสม ด้านจิตใจ รู้สึกมีความสุขกับความสำเร็จตามเป้าหมายในชีวิต รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความพึงพอใจในตนเอง ด้านสังคม รู้สึกมีความสุขและมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวด้านอารมณ์ และสุดท้ายด้านจิตวิญญาณมีความรู้สึกสงบในจิตใจ เคารพในความเชื่อและความศรัทธาของตนเองและผู้อื่น

2.5 ความสัมพันธ์ของการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้เป็นการมอบหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นรายบุคคลแบบองค์รวม ตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยมีกำหนดนัดหมายผ่าตัดมีความต่อเนื่องในการดูแล โดยพยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้วางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทุกครั้ง และเป็นผู้ให้การพยาบาลด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน เมื่อไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานจะมีพยาบาลผู้ร่วมดูแลเป็นผู้ให้การดูแลแทน โดยให้การดูแลตามแผนที่พยาบาลเจ้าของไข้วางไว้ รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้มีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้รับการดูแลแบบองค์รวมเป็นรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมให้บุคลากรพยาบาลเกิดการพัฒนาตนเองในการบริหารจัดการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม การส่งเสริมสุขภาพไม่ใช่สิ่งใหม่สำหรับการพยาบาล แต่พยาบาลต้องเข้าใจแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องอย่างแท้จริง จึงจะสามารถนำแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ได้เป็นอย่างดี แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับพยาบาลในการสร้างรูปแบบบริการให้กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเข้าใจในภาวะสุขภาพข้อเข่าของตน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ข้อเข่าไม่ถูกต้องเพื่อนำไปสู่พฤติกรรม การใช้ข้อเข่าที่เหมาะสมกับตนเอง เพื่อลดปัจจัยที่ทำให้มีภาวะเสื่อมมากขึ้นของข้อเข่า เป็นเรื่องท้าทายความสามารถของพยาบาลที่จะตัดสินใจเลือกรูปแบบบริการพยาบาลแบบใดที่เอื้ออำนวยให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งเป็นบุคคลที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมจนเกิดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดจากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า ระบบพยาบาลเจ้าของไข้เอื้ออำนวยให้พยาบาลได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสมบูรณ์แบบ (ปรานทิพย์ อูจะรัตน์, 2541) ด้วยการมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพแต่ละคนรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่รับเข้าสู่ระบบบริการจนจำหน่ายออกจากระบบบริการ โดยใช้กระบวนการพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้เขียนแผนการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมงต่อเนื่องกันไปทุกวัน และให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ขึ้นปฏิบัติงานมอบหมายงานให้พยาบาลผู้ช่วยเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ตนรับผิดชอบด้วยการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ พยาบาลเจ้าของไข้จะใช้กระบวนการพยาบาลและการบันทึกเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาล (Marram, et al., 1974, p. 46–49) มีการศึกษาถึงการปฏิบัติงานในระบบพยาบาลแบบเจ้าของไข้พบว่า พยาบาลให้ความสำคัญและมีการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างครบถ้วนตอนเป็นรูปแบบการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบ ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองอย่างครบถ้วน (สิริกาญจน์ บริสุทธิบัณฑิต, 2540; วรธรรม ทองสง, 2544; อุษณีย์ หลิมกุล, 2544) ซึ่งการมอบหมายงานด้วยรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ นั้น Marram, et al. (1974) กล่าวว่า พยาบาลเจ้าของไข้จะมีลักษณะเฉพาะ 3 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ เอกสิทธิ์ในการทำงาน อำนาจตาม

หน้าที่และความรับผิดชอบต่อผลของการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Swansburg (1996), (Yoder-Wise, 2003, p. 260)

รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้มีจุดเด่น 3 ประการ คือ ความเป็นอิสระในตนเอง มีอำนาจหน้าที่ และความรับผิดชอบต่อผลของการปฏิบัติงานของวิชาชีพการพยาบาล เหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลต่อเนื่องยาวนานใน การส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้เหมาะสมที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นผู้ป่วยที่รักษาไม่หายขาด ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม ผู้ป่วยต้องการการดูแลเพื่อให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อจะได้บรรเทาอาการเจ็บปวด และลดการเสื่อมที่มากขึ้นจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง การส่งเสริมสุขภาพเป็นวิธีที่เหมาะสมที่พยาบาลจะนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แม้ว่าการส่งเสริมสุขภาพจะเป็นสิ่งที่ต้องใช้เวลานานและมีความต่อเนื่องเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย และเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่จะได้ใช้ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเต็มความสามารถ โดยการนำเอาแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลมาประยุกต์ใช้อย่างเป็นรูปธรรม แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เป็นการส่งเสริมสุขภาพ จึงเป็นรูปแบบที่ดีที่พยาบาลนำมาสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผาสุกในการดำเนินชีวิตทั้งด้านครอบครัว ด้านการทำงาน ด้านสังคม

พยาบาลเจ้าของไข้ต้องวางแผนการพยาบาลที่เฉพาะในแต่ละรายอย่างต่อเนื่อง ปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมอันเป็นอำนาจหน้าที่ของพยาบาลรวมถึงการออกแบบการดูแลที่เฉพาะในแต่ละรายโดยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาเป็นฐานในกระบวนการพยาบาล จากแนวคิดของเพนเดอร์ที่กล่าวถึงการส่งเสริมสุขภาพ Pender, et al. (2006) ว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่ยกระดับความผาสุกและส่งเสริมศักยภาพของบุคคลเป้าหมาย คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลที่ได้ก็คือการเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย จะเห็นได้ว่าแนวคิดของเพนเดอร์เน้นให้เห็นประเด็นในเรื่องภาวะสุขภาพ หรือความเจ็บป่วยว่าบุคคลควรเน้นที่การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้มีภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีมากกว่าการเน้นที่การปฏิบัติ การดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย แนวคิดดังกล่าวจึงเหมาะที่พยาบาลเจ้าของไข้จะนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ข้อเข่า การควบคุมน้ำหนักตัว การบริหารข้อเข่า โดยพยาบาลเจ้าของไข้ชี้แนะประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก้าวผ่านอุปสรรคทั้งหลายไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม และก่อให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเองซึ่งส่งผลให้เกิดความผาสุก ความผาสุกสามารถเสริมสร้างให้เกิดขึ้นได้โดยการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้เกิดความสมดุลของภาวะสุขภาพ ถึงแม้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจะมีความเจ็บป่วยแต่ก็สามารถควบคุมอาการ

เจ็บป่วยของร่างกายได้โดยไม่ก่อให้เกิดอาการปวด สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ทำให้เกิดความรู้สึกนึกคิดในทางบวก จากการได้รับการชี้แนะและความช่วยเหลือ การสนับสนุนจากพยาบาลและบุคคลในครอบครัวที่มีความเข้าใจและดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาถึงผลการใช้การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ต่อการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งคาดว่ารูปแบบดังกล่าวจะสามารถสร้างการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และเพิ่มความผาสุกให้เกิดขึ้นได้ส่งผลต่อการดูแลข้อเข่าให้มีประสิทธิภาพ



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งการทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดศึกษา 2 กลุ่ม ทดสอบ ก่อน- หลัง (Two-Group, Pre-Post Test Design) เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยได้กำหนดวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

- 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
- 3.4 จริยธรรมการวิจัย
- 3.5 ขั้นตอนการทดลอง
- 3.6 การรวบรวมข้อมูล
- 3.7 สถิติที่ใช้ในการวิจัย



3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีอายุตั้งแต่ 45-60 ปี มาตรวจที่หน่วยตรวจและติดตามผลการรักษาออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดกรุงเทพมหานคร

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุตั้งแต่ 45-60 ปี ที่มาตรวจที่หน่วยตรวจและติดตามผลการรักษาออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 15 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด ดังนี้

1) คุณสมบัติที่คัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

- 1.1) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม อายุ 45-60 ปี ที่แพทย์นัดเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
- 1.2) ไม่มีโรคประจำตัว
- 1.3) ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้
- 1.4) สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทย

2) คุณสมบัติที่คัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

- 2.1) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอายุ 45 - 60 ปี ที่เคยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมาแล้ว
- 2.2) มีโรคประจำตัว
- 2.3) ปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัย
- 2.4) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีปัญหาในการสื่อสาร

3) ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3.1) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากประชากรที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์จำนวน 30 คน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาที่กำหนดไว้

3.2) กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุตั้งแต่ 45-60 ปี ที่มาตรวจที่หน่วยตรวจและติดตามผลการรักษาออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร เป็นผู้ป่วยที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน จำนวน 15 คน ผู้วิจัยบันทึกคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดของกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกเป็นกลุ่มควบคุมไว้จนครบ 15 คน

3.3) กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุตั้งแต่ 45-60 ปี ที่มาตรวจที่หน่วยตรวจและติดตามผลการรักษาออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร เป็นผู้ป่วยที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 15 คน เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ผู้วิจัยบันทึกคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดของกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกเป็นกลุ่มทดลองแต่ละคน นำมาจับคู่กับกลุ่มควบคุมให้แต่ละคู่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน จนครบ 15 คู่

3.4) การจับคู่ (Matched pair) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนต้องผ่านการคัดเลือมาแล้วตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างจับคู่โดยพิจารณาตาม

- (1) มีเพศเดียวกัน
- (2) มีอายุอยู่ในช่วงเดียวกัน กำหนดช่วงห่างของอายุไม่เกิน 5 ปี
- (3) มีลักษณะการประกอบอาชีพหรือลักษณะการทำงานคล้ายคลึงกันรายละเอียดการจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามเพศ อายุและอาชีพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามเพศ อายุและอาชีพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

คู่	กลุ่มตัวอย่าง	เพศ	อายุ	อาชีพ
1.	ทดลอง	หญิง	57	รับจ้าง
	ควบคุม	หญิง	56	รับจ้าง
2.	ทดลอง	หญิง	56	ค้าขาย
	ควบคุม	หญิง	58	ค้าขาย
3.	ทดลอง	ชาย	60	รับราชการ
	ควบคุม	ชาย	57	รับราชการ
4.	ทดลอง	หญิง	58	ค้าขาย
	ควบคุม	หญิง	60	ค้าขาย
5.	ทดลอง	หญิง	50	เกษตรกร
	ควบคุม	หญิง	46	เกษตรกร
6.	ทดลอง	หญิง	51	เกษตรกร
	ควบคุม	หญิง	53	เกษตรกร
7.	ทดลอง	หญิง	49	เกษตรกร
	ควบคุม	หญิง	47	เกษตรกร
8.	ทดลอง	หญิง	60	ค้าขาย
	ควบคุม	หญิง	59	ค้าขาย
9.	ทดลอง	หญิง	51	รับจ้าง
	ควบคุม	หญิง	52	รับจ้าง
10.	ทดลอง	ชาย	56	อื่น
	ควบคุม	ชาย	59	อื่น
11.	ทดลอง	ชาย	57	รับราชการ
	ควบคุม	ชาย	60	รับราชการ
12.	ทดลอง	หญิง	59	ค้าขาย
	ควบคุม	หญิง	56	ค้าขาย
13.	ทดลอง	หญิง	58	ค้าขาย
	ควบคุม	หญิง	57	ค้าขาย

ตารางที่ 1 การจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามเพศ อายุและอาชีพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (ต่อ)

คู่	กลุ่มตัวอย่าง	เพศ	อายุ	อาชีพ
14.	ทดลอง	หญิง	60	รับราชการ
	ควบคุม	หญิง	58	รับราชการ
15.	ทดลอง	หญิง	59	ค้าขาย
	ควบคุม	หญิง	60	ค้าขาย

จากตัวอย่างที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลส่วนบุคคลทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคุณลักษณะที่เหมือนกันคือส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 มีอายุระหว่าง 56-60 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.4 ส่วนใหญ่มีอาชีพ ค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 40

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท คือ

1) เครื่องมือในการดำเนินการทดลอง คือ รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์สำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

3.2.2 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1) เครื่องมือในการดำเนินการทดลอง

1.1) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ (Marram, et al., 1974) แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ (Pender, et al., 2006) และแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

1.2) สรุปสาระสำคัญของแนวคิดการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมและแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ นำแนวคิดทั้งหมดไปบูรณาการสร้างเป็นตาราง เรียกว่าตารางแสดงการปฏิบัติการมอบหมายงานการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การปฏิบัติการมอบหมายงานการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

แนวคิดการมอบหมายงาน แบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Marram, et al., 1974)	แนวคิดการดูแลผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม	แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, et al., 2006)	การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการรับรู้ ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
1. เอกสิทธิ์ในการทำงาน หมายถึง ความมีอิสระที่จะเลือกใช้วิธีการทำงานที่เป็นระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์ ที่ส่งผลไปยังผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่กำหนด 1.1 การใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล	1. ความเข้าใจในตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ ในเรื่องการใช้อุปกรณ์ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมรับรู้และเข้าใจในตนเองในการใช้อุปกรณ์เพื่อเคลื่อนไหวร่างกายทุกท่าทางเพื่อทำกิจกรรมทางกายในการดำเนินชีวิตประจำวัน ว่าที่ตนปฏิบัติตามนั้นจะส่งผลต่อสุขภาพของตนอย่างไร และมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการบริหารข้อเข่าว่าเป็นสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนอย่างไร	1. มโนคติเกี่ยวกับคน บุคคล หมายถึง ปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน บุคคลเป็นผู้ริเริ่มในการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองมีความสามารถในการตัดสินใจภาวะสุขภาพตนเอง เป็นแบบอย่างในการดูแลภาวะสุขภาพ และสภาพแวดล้อมในสังคมของตนเอง 2. มโนคติเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม หมายถึง การผสมผสานความหมายของสภาวะรอบตัวบุคคลเกี่ยวกับองค์ประกอบหลัก 3 ประการ คือ องค์ประกอบทางกายภาพ, องค์ประกอบทางสภาวะระหว่างบุคคล และองค์ประกอบทางสภาวะเศรษฐกิจ 3. มโนคติเกี่ยวกับสุขภาพ หมายถึง การบรรลุถึงซึ่งการใช้ศักยภาพของบุคคลที่คิดค้นมาแต่กำเนิดและได้รับการพัฒนา ซึ่งบุคคลจะบรรลุภาวะนี้ได้	1. เอกสิทธิ์ในการทำงาน พยาบาลเจ้าของไข้มีอิสระที่จะเลือกใช้วิธีการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมตามความรู้ความสามารถได้อย่างเต็มที่ 1.1 การใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้ใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทั้ง 5 แนวคิดมาเป็นฐานในการปฏิบัติการพยาบาล โดยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง ตัดสินใจด้วยตนเอง ซึ่งพยาบาลนำลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์มาเป็นแนวทางเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และนำไปสู่พฤติกรรม

ตารางที่ 2 การปฏิบัติการมอบหมายงานการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (ต่อ)

แนวคิดการมอบหมายงาน แบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Marram, et al., 1974)	แนวคิดการดูแลผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม	แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, et al., 2006)	การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการรับรู้ ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
1.2 ใช้กระบวนการพยาบาล เป็นเครื่องมือในการดูแล ผู้ป่วย ด้วยการรวบรวมข้อมูล วางแผนการพยาบาล ตลอด 24 ชั่วโมง		จากการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีเป้าหมายการใช้ ความสามารถในการดูแลตนเอง และมีความพึง พอใจในสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง ใน ขณะเดียวกันมีการปรับตัวตามความจำเป็น เพื่อ รักษาความมั่นคงของโครงสร้าง และสอดคล้อง กลมกลืนกับสิ่งแวดล้อมที่มีความสำคัญกับตนเอง 4. ลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ บุคคลจะมี ประสบการณ์และลักษณะเฉพาะซึ่งมีผล กระทบต่อ การกระทำในภายหลัง ซึ่งประกอบ ไปด้วย พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีตและปัจจัยส่วนบุคคล โดยปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วยปัจจัยทางชีวภาพ ของบุคคล ปัจจัยทางจิตวิทยาของบุคคล ปัจจัยทาง สังคม วัฒนธรรมของบุคคลปัจจัยส่วนบุคคลมี อิทธิพลต่อความคิด ความรู้สึก	ผลลัพธ์ที่ต้องการ โดยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้ กำหนดพฤติกรรมผลลัพธ์เอง และพยาบาลเจ้าของ ไข้ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุน 1.2 ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการ ดูแลผู้ป่วย ด้วยการรวบรวมข้อมูลวางแผนการ พยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง พยาบาลเจ้าของไข้ใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ ของเพนเดอร์ในทุกขั้นตอนของกระบวนการ พยาบาล โดยรวบรวมข้อมูลจากการประเมินความ ต้องการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมแต่ละคนตาม แนวคิดการดูแลทั้ง 5 แนวคิด

ตารางที่ 2 การปฏิบัติการมอบหมายงานการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (ต่อ)

แนวคิดการมอบหมายงาน แบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Marram, et al., 1974)	แนวคิดการดูแลผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม	แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, et al., 2006)	การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ต่อการรับรู้ ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
1.3 ศึกษา ค้นหาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละรายโดยจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และกำหนดกิจกรรมพยาบาล	2. ความสามารถในการวิเคราะห์ถึงการกระทำพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการรักษาสุขภาพข้อเข่า การที่ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถวิเคราะห์ถึงการกระทำพฤติกรรมใดบ้างที่ส่งผลทำให้ข้อเข่าเสื่อมและ	และการทำงานพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ  1. มโนคติเกี่ยวกับคน (รายละเอียดดังข้างบน) 2. มโนคติเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม (รายละเอียดดังข้างบน) 3. มโนคติเกี่ยวกับสุขภาพ (รายละเอียดดังข้างบน) 4. ความสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม (รายละเอียดดังข้างบน) 5. ลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ (รายละเอียดดังข้างบน)	คำนึงถึงลักษณะส่วนบุคคล ประสบการณ์ ปัจจัยด้านความคิดความคิด และความรู้ที่เฉพาะต่อพฤติกรรม ปัญหาที่ขึ้นจากการดูแลเป็นรายบุคคล เพื่อนำมาระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาลตลอดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจำนวน 4 ครั้ง และวางแผนการดูแลต่อเนื่อง 1.3 ศึกษา ค้นหาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละราย โดยจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และกำหนดกิจกรรมพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้ศึกษาหาความต้องการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมโดยยึดความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางด้วยการจัดลำดับความสำคัญของปัจจัยเสี่ยงตามความเข้าใจในตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความสามารถในการวิเคราะห์

ตารางที่ 2 การปฏิบัติการมอบหมายงานการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (ต่อ)

แนวคิดการมอบหมายงาน แบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Marram, et al., 1974)	แนวคิดการดูแลผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม	แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, et al., 2006)	การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการรับรู้ ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
	ประเมินได้ว่าเป็นการกระทำ พฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องและมี ผลเสียอย่างไร สามารถ ตัดสินใจเลือกพฤติกรรมที่ ถูกต้องเหมาะสม กับสภาพ ข้อเข่าของตนได้ เพื่อเป็นการ ปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง	6. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม เป็น มโนภาพของผลด้านบวก และจะเป็นแรงจูงใจ สำคัญในการเริ่มต้นปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและ เป็นพลังจูงใจให้มีพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง 7. การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ เป็นการรับรู้ต่อ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อาจเกิดขึ้นจริงหรือเป็น สิ่งที่คิดไปเอง 8. การรับรู้สมรรถนะของตนเอง เป็นแรงจูงใจของ บุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมที่เรามีความ สามารถ จริงๆ และทักษะในการกระทำของบุคคลเป็นสิ่งที่ เสริมสนับสนุนให้บุคคลบรรลุถึงพฤติกรรม เป้าหมาย	ถึงการกระทำพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการรักษาภาพ ข้อเข่า วิเคราะห์จัดลำดับความ สำคัญของปัญหา กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกำหนด กิจกรรมพยาบาลตามการรับรู้ประโยชน์ รับรู้ อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยโรค ข้อเข่าเสื่อม ระบุถึงกิจกรรมการพยาบาลใดควรทำ ก่อนและหลัง เพื่อพฤติกรรมผลลัพธ์ที่ดี

ตารางที่ 2 การปฏิบัติการมอบหมายงานการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (ต่อ)

แนวคิดการมอบหมายงาน แบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Marram, et al., 1974)	แนวคิดการดูแลผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม	แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, et al., 2006)	การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการรับรู้ ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
1.4 เขียนแผนการพยาบาล โดยเขียนปัญหาความต้องการ ของผู้ป่วย คำสั่งการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล ตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในความ ดูแล	3. ความสามารถที่จะพัฒนา ความมีคุณค่าในตนเอง หรือ ความรู้ ความคิด ความเข้าใจ ในเรื่องของอัตมโนทัศน์ของ ตนเอง เป็นความรู้ ความคิด ความ เข้าใจ ของผู้ป่วยโรคข้อเข่า เสื่อม ที่มีต่อตนเองในการ ดำเนินชีวิตที่มีผลต่ออารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดของตน อย่างไรและการตัดสินใจ กระทำของคนที่ใช้ในการ จัดการกับอารมณ์ขณะนั้นๆ ว่าส่งผลต่อตนเองอย่างไร	1. มโนคติเกี่ยวกับคน (รายละเอียดดังข้างบน) 2. มโนคติเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม (รายละเอียดดังข้างบน) 3. มโนคติเกี่ยวกับสุขภาพ (รายละเอียดดังข้างบน) 4. ความสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม (รายละเอียดดังข้างบน) 5. ลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ (รายละเอียดดังข้างบน) 6. อิทธิพลระหว่างบุคคล การเรียนรู้เกี่ยวกับ พฤติกรรมความเชื่อและทัศนคติของบุคคลอื่นจะเป็น แรงจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรม เพื่อที่จะ ได้รับการชื่นชมและการเสริมแรงทางสังคม อิทธิพลระหว่างบุคคลมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ	1.4 เขียนแผนการพยาบาล โดยเขียนปัญหาความ ต้องการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม คำสั่งการ พยาบาล และประเมินผลการพยาบาลตั้งแต่รับ ผู้ป่วยไว้ในความดูแล พยาบาลเจ้าของไข้เขียนแผนการพยาบาลตั้งแต่ รับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมาไว้ในความดูแล กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามปัญหาที่ขึ้นนำ การพยาบาลที่สำคัญคือความเข้าใจในตนเองต่อ พฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เขียน คำสั่งการพยาบาลตามแผนการพยาบาลระบุถึง กิจกรรมสำคัญที่ต้องกระทำโดยวิเคราะห์ตาม คุณลักษณะของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นราย บุคคลในการเพิ่มการรับรู้ ประโยชน์ การรับรู้ความ รุนแรงของพฤติกรรม

ตารางที่ 2 การปฏิบัติการมอบหมายงานการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (ต่อ)

แนวคิดการมอบหมายงาน แบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Marram, et al., 1974)	แนวคิดการดูแลผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม	แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, et al., 2006)	การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการรับรู้ ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
1.5 สื่อสารกระบวนการ พยาบาลกับทีมการพยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ ด้วยการ บันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร และรายงานด้วยวาจาอย่าง ต่อเนื่อง		7. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม (รายละเอียดดังข้างบน) 8. การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ (รายละเอียดดัง ข้างบน) 9. การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (รายละเอียดดัง ข้างบน) 10. ความสัมพันธ์ของบุคคลกับสุขภาพ บุคคลมี ความสามารถ และตัดสินใจที่จะกำหนดทิศทางใน การปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพของตนเองโดยมีสิทธิ ที่จะได้รับข้อมูลในการตัดสินใจหรือการแสวงหา บริการทางสุขภาพเพื่อทำให้ตนเองมีสุขภาพดีขึ้น	ที่ส่งผลต่อข้อเข่า การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อมรับรู้ความสามารถของตนเอง และ กระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลทำให้ ตนเองรู้สึกมีคุณค่า 1.5 สื่อสารกระบวนการพยาบาลกับทีมการพยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ ด้วยการบันทึกเป็นลายลักษณ์ อักษรและรายงานด้วยวาจาอย่างต่อเนื่อง พยาบาลเจ้าของไข้บันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคข้อเข่า เสื่อมตามกระบวนการพยาบาลทั้งหมดไว้เป็น ลาย ลักษณ์อักษรในแบบบันทึกสุขภาพ ตั้งแต่ผู้ป่วยมา ตรวจ ผู้รักษากำหนดวันผ่าตัด เมื่อมีการตรวจเยี่ยม ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมพยาบาลเจ้าของไข้เป็น

ตารางที่ 2 การปฏิบัติการมอบหมายงานการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (ต่อ)

แนวคิดการมอบหมายงาน แบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Marram, et al., 1974)	แนวคิดการดูแลผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม	แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, et al., 2006)	การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการรับรู้ ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
			ผู้รายงานข้อมูลทั้งหมดให้กับทีมการพยาบาลและสาขาวิชาชีพ พยาบาลเจ้าของไข้บันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพยาบาลทั้งหมดตั้งแต่รับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมไว้ในความดูแล บันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรในบันทึกข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล รายงานด้วยวาจาในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมร่วมกับทีมการพยาบาลและสาขาวิชาชีพ รายงานถึงปัญหาของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ตามปัญหาการดูแลที่สำคัญ ในเรื่องความเข้าใจในตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ ตามการรับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ตารางที่ 2 การปฏิบัติการมอบหมายงานการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (ต่อ)

แนวคิดการมอบหมายงาน แบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Marram, et al., 1974)	แนวคิดการดูแลผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม	แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, et al., 2006)	การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการรับรู้ ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
1.6 ประชุมปรึกษาทางการ พยาบาล (Nursing conference) พัฒนาการเรียนรู้ ร่วมกันของทีมการพยาบาล			1.6 ประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (Nursing conference) พัฒนาการเรียนรู้ร่วมกันของทีมการ พยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้ปรึกษาขอให้หัวหน้างานจัด ให้มีการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลโดยการ พบปะกันของพยาบาล ปรึกษาหารือร่วมกันแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นต่อกันในการประเมินความ เข้าใจในตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความ สามารถในการวิเคราะห์ถึงการกระทำพฤติกรรมที่ ส่งผลต่อการรักษาสุขภาพข้อเข่า และความสามารถ ที่จะพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง หาแนวทาง ปฏิบัติเฉพาะเรื่องที่พยาบาลเจ้าของไข้ต้องการ เรียนรู้ หรือต้องการปรึกษาเพื่อหาแนวทางปฏิบัติที่ นำไปสู่การดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมผลลัพธ์ที่ ต้องการคือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตารางที่ 2 การปฏิบัติการมอบหมายงานการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (ต่อ)

แนวคิดการมอบหมายงาน แบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Marram, et al., 1974)	แนวคิดการดูแลผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม	แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, et al., 2006)	การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการรับรู้ ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
2. อำนาจตามหน้าที่ หมายถึง การกำหนดขอบเขตและลักษณะการปฏิบัติงานที่อยู่ในกรอบของกฎหมายวิชาชีพการพยาบาล 2.1 ให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย	4. ความคาดหวังผลดีภายหลังการผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้ตัดสินใจที่จะผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผู้ป่วยจะต้องรับรู้และเข้าใจตนเองว่าตนจะต้องปฏิบัติตามพฤติกรรมอย่างไรก่อนผ่าตัด พฤติกรรมใดที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดผลดีได้ภายหลังผ่าตัด	1. มโนคติเกี่ยวกับคน (รายละเอียดดังข้างบน) 2. มโนคติเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม (รายละเอียดดังข้างบน) 3. มโนคติเกี่ยวกับสุขภาพ (รายละเอียดดังข้างบน) 4. ความสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม (รายละเอียดดังข้างบน) 5. ความสัมพันธ์ของบุคคลกับสุขภาพ (รายละเอียดดังข้างบน) 6. ความสัมพันธ์ของบุคคลกับการพยาบาล (รายละเอียดดังข้างบน)	2. อำนาจตามหน้าที่ 2.1 ให้การดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมตั้งแต่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าหน่วยตรวจ พยาบาลเจ้าของไข้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยมาตรวจและมีกำหนดนัดหมายวันผ่าตัดโดยนำอิทธิพลด้านสถานการณ์ อิทธิพลระหว่างบุคคล มาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงผลดีภายหลังการผ่าตัด ซึ่งเป็นผลมาจากการ สร้างเสริมสุขภาพที่ดีก่อนการผ่าตัด โดยให้การดูแลผู้ป่วยทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงานตามแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุมแบบองค์รวมไปจนครบโปรแกรม โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคข้อ เข่าเสื่อมเข้าใจในตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพรู้ด้วยตนเองได้ว่า พฤติกรรมใดต้องทำการปรับเปลี่ยนและต้องมี

ตารางที่ 2 การปฏิบัติการมอบหมายงานการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (ต่อ)

แนวคิดการมอบหมายงาน แบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Marram, et al., 1974)	แนวคิดการดูแลผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม	แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, et al., 2006)	การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการ ส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการรับรู้ความ ผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
		7. อิทธิพลระหว่างบุคคล (รายละเอียดดังข้างบน) 8. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ จะใช้เพื่อคงไว้ซึ่งผลที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพในทางบวกของผู้รับบริการ โดยตรงสามารถนำไปใช้ได้ในทุกแง่มุมของการดำเนินชีวิตโดยผสมผสานเข้าไปในวิถีการดำเนินชีวิต 9. อิทธิพลด้านสถานการณ์ การรับรู้และการเรียนรู้ของบุคคลจากสถานการณ์สามารถเอื้ออำนวยหรือขัดขวางพฤติกรรมได้ อิทธิพลของสถานการณ์ที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่เหมาะสม คุณลักษณะต่างๆ ที่ต้องการและลักษณะของสิ่งแวดล้อมที่สวຍงามจะทำให้พฤติกรรมนั้นๆ เกิดขึ้น	พฤติกรรมสุขภาพอย่างไรก่อนผ่าตัดและพฤติกรรมใดที่ทำหลังผ่าตัดเพื่อให้เกิดผลดีภายหลังผ่าตัด

ตารางที่ 2 การปฏิบัติการมอบหมายงานการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (ต่อ)

แนวคิดการมอบหมายงาน แบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Marram, et al., 1974)	แนวคิดการดูแลผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม	แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, et al., 2006)	การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการรับรู้ ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
2.2 ให้การพยาบาลด้วยตนเอง ทุกครั้งที่ยื่นปฏิบัติ งานและ เมื่อไม่ยื่นปฏิบัติงาน มอบหมายให้พยาบาลผู้ช่วย ดูแลแทน	5. ความสามารถในการรักษา สภาพข้อเข่าไม่ให้เกิดภาวะ เสื่อมเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมี ความรู้และความเข้าใจถึง พฤติกรรมที่ส่งผลทำให้เกิด ข้อเข่าเสื่อม รู้ถึงผลของ พฤติกรรมที่จะส่งผลต่อ สภาพข้อเข่า ที่ทำให้เกิดภาวะ เสื่อมเพิ่มมากขึ้นต่อข้อเข่า ของตนทั้งในปัจจุบันและใน อนาคตรู้ถึงประโยชน์ในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ เหมาะสมให้เป็น	1. มโนคติเกี่ยวกับคน (รายละเอียดดังข้างบน) 2. มโนคติเกี่ยวกับสุขภาพ (รายละเอียดดังข้างบน) 3. ความสัมพันธ์ของบุคคลกับสุขภาพ (รายละเอียด ดังข้างบน) 4. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม (รายละเอียดดังข้างบน) 5. การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ (รายละเอียดดังข้างบน) 6. การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (รายละเอียดดังข้างบน) 7. พฤติกรรมผลลัพธ์ การกำหนดความตั้งใจเพื่อ วางแผนการทำให้เป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรม	2.2 ให้การพยาบาลด้วยตนเองทุกครั้งที่ยื่น ปฏิบัติงาน และเมื่อไม่ยื่นปฏิบัติงานมอบหมายให้ พยาบาลผู้ช่วยดูแลแทน พยาบาลเจ้าของไข้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่า เสื่อมตามแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องทุกครั้งที่ ยื่นปฏิบัติงาน และเมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ยื่น ปฏิบัติงานมอบหมายให้พยาบาลผู้ช่วยให้การ พยาบาลแทนตามแผนการพยาบาลที่เขียนไว้ ซึ่ง พยาบาลผู้ช่วยสามารถปรับเปลี่ยนแผนการ พยาบาลได้ตามปัญหาของความเข้าใจตนเองต่อ พฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเองต่อสิ่งที่ เป็นผลต่อข้อเข่า โดยแจ้งให้หัวหน้าหน่วย รับทราบและต้องบันทึกการพยาบาลส่งต่อให้ พยาบาลเจ้าของไข้ด้วย

ตารางที่ 2 การปฏิบัติการมอบหมายงานการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (ต่อ)

แนวคิดการมอบหมายงาน แบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Marram, et al., 1974)	แนวคิดการดูแลผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม	แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, et al., 2006)	การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการรับรู้ ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	8. ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม เป็นปัจจัยที่ผลักดันให้บุคคลริเริ่มและปฏิบัติพฤติกรรมจากเริ่มต้นไปจนจบได้ 9. ความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น หมายถึง พฤติกรรมที่เป็นทางเลือกอื่นที่เข้ามาอย่างกะทันหัน ถูกมองว่าพฤติกรรมซึ่งเป็นทางเลือกที่เกิดขึ้นซึ่งบุคคลสามารถควบคุมได้ในระดับต่ำ จึงมีผลต่อการตกลงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ 10.พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (รายละเอียดดังข้างบน) 11. อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม หมายถึง ความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นก่อนขณะและหลังการปฏิบัติ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมดังกล่าว อารมณ์ของ	

ตารางที่ 2 การปฏิบัติการมอบหมายงานการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (ต่อ)

แนวคิดการมอบหมายงาน แบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Marram, et al., 1974)	แนวคิดการดูแลผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม	แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, et al., 2006)	การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการ ส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการรับรู้ความ ผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
2.3 สั่งการพยาบาลในส่วนที่ เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ในความรับผิดชอบของตน		ตนเองและสภาพแวดล้อมในขณะปฏิบัติกิจกรรม ผลของความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะมีอิทธิพลต่อบุคคลใน การเลือกปฏิบัติ โดยมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรม สุขภาพ และมีผลทางอ้อมโดยผ่านความรู้ ความ สามารถของตนเองและความตั้งใจที่จะวางแผน ปฏิบัติทางอ้อม โดยผ่านความกดดันทางสังคมหรือ ส่งเสริมให้บุคคลวางแผนในการที่จะปฏิบัติ กิจกรรมนั้น	2.3 สั่งการพยาบาลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในความรับผิดชอบของตน พยาบาลเจ้าของไข้สั่งการพยาบาลตามแผนการ พยาบาลที่วางไว้โดยเขียนไว้เป็นลายลักษณ์อักษร อย่างชัดเจน ถึงสิ่งที่จะนำไปสู่การปฏิบัติโดยใช้ เหตุและผลพิจารณาตามปัจจัยส่วนบุคคลการรับรู้

ตารางที่ 2 การปฏิบัติการมอบหมายงานการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (ต่อ)

แนวคิดการมอบหมายงาน แบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Marram, et al., 1974)	แนวคิดการดูแลผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม	แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, et al., 2006)	การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการรับรู้ ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
2.4 การประชุมปรึกษา ทางการพยาบาลก่อนและหลัง การปฏิบัติงาน			ประโยชน์ รับรู้อุปสรรคและการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ทั้งนี้รวมถึงการส่งการพยาบาลให้สมาชิกในทีมการพยาบาลปฏิบัติได้โดยพิจารณาตามความสำคัญของปัญหาที่ได้กำหนดไว้และส่งมอบกิจกรรมการพยาบาลที่ได้กระทำไปแล้วและที่ต้องปฏิบัติต่อด้วยวาจาเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการพยาบาล 2.4 ประชุมปรึกษาทางการพยาบาลก่อนและหลังการปฏิบัติงาน - ประชุมปรึกษาทางการพยาบาลก่อนปฏิบัติงาน พยาบาลเจ้าของไข้ร่วมแสดงความคิดเห็นกับทีมการพยาบาลเกี่ยวกับปัญหา ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมตามแนวคิด

ตารางที่ 2 การปฏิบัติการมอบหมายงานการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (ต่อ)

แนวคิดการมอบหมายงาน แบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Marram, et al., 1974)	แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคข้อ เข่าเสื่อม	แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, et al., 2006)	การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการ ส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการรับรู้ความ ผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
			การพยาบาลของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมตามแนวคิดการดูแลทั้ง 5 แนวคิด เชื่อมโยงถึงปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรค รับรู้ความสามารถ อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมอิทธิพลระหว่างบุคคลและสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมโดยร่วมกันทำความเข้าใจกับแผนการพยาบาลก่อนลงมือปฏิบัติจริง ประชุมปรึกษาทางการพยาบาลหลังปฏิบัติงาน พยาบาลเจ้าของไข้ร่วมแสดงความคิดเห็นกับทีมการพยาบาลภายหลังปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่มีปัญหาหรืออุปสรรค ปัญหาที่ยังคงอยู่ จากการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรค รับรู้ความสามารถ อารมณ์

ตารางที่ 2 การปฏิบัติการมอบหมายงานการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (ต่อ)

แนวคิดการมอบหมายงาน แบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Marram, et al., 1974)	แนวคิดการดูแลผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม	แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, et al., 2006)	การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการรับรู้ ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
2.5 เยี่ยมตรวจทางการ พยาบาลกับทีมการพยาบาล			ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคลและสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการให้การพยาบาลเพื่อรวบรวม ข้อมูลสำคัญ และเตรียมส่ง เวอร์ 2.5 เยี่ยมตรวจทางการพยาบาลกับทีมการพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้และทีมการพยาบาลร่วมกันตรวจสอบและติดตามความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในระหว่างการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลพิจารณาถึงปัจจัยส่วนบุคคลการรับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรค รับรู้ความสามารถ อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคลและสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ร่วมกับปัญหาขึ้นนำการพยาบาล

ตารางที่ 2 การปฏิบัติการมอบหมายงานการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (ต่อ)

แนวคิดการมอบหมายงาน แบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Marram, et al., 1974)	แนวคิดการดูแลผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม	แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, et al., 2006)	การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการ ส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการรับรู้ความ ผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
2.6 ประสานการดูแลผู้ป่วยกับ สหสาขาวิชาชีพ ทั้งในและ นอกหน่วยงาน			ที่สำคัญตามแนวคิดการดูแลทั้ง 5 แนวคิด ตรวจสอบวิธีการปฏิบัติการพยาบาลว่าเหมาะสมที่ จะทำให้เกิดผลลัพธ์ทาง การพยาบาลที่ต้องการคือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่า เสื่อมได้เพียงใด มีปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ ตามแผนการพยาบาลหรือไม่ 2.6 ประสานการดูแลผู้ป่วยกับสหสาขาวิชาชีพทั้ง ในและนอกหน่วยงาน พยาบาลเจ้าของไข้ทำหน้าที่ประสานการดูแล ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมตามแผนการรักษาและแผน การพยาบาลกับสหสาขาวิชาชีพ ทั้งในและนอก หน่วยงาน โดยตรงและปฏิบัติงานในรูปแบบ ร่วมกันปฏิบัติหน้าที่ โดยมีผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นศูนย์กลางเพื่อส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี และต่อเนื่อง

ตารางที่ 2 การปฏิบัติการมอบหมายงานการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (ต่อ)

แนวคิดการมอบหมายงาน แบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Marram, et al., 1974)	แนวคิดการดูแลผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม	แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, et al., 2006)	การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการรับรู้ ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
2.7 เตรียมความพร้อมของ ผู้ป่วยในการดูแลตนเองโดย การวางแผนจำหน่ายและส่ง ต่อการดูแลต่อที่หอผู้ป่วยใน			2.7 เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการดูแล ตนเองโดยการวางแผนจำหน่ายและส่งต่อการดูแล ต่อที่หอผู้ป่วยใน พยาบาลเจ้าของไข้เตรียมวางแผนการดูแลผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อมตั้งแต่ผู้ป่วยมาตรวจและมีกำหนด นัดหมายผ่าตัด ให้สามารถเข้าใจในตนเองถึง พฤติกรรมสุขภาพที่ตนเองปฏิบัติ บอกถึงเหตุและ ผลของพฤติกรรมนั้นได้ และเมื่ออยู่ที่บ้านมี ผู้สนับสนุน ช่วยดูแลผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพที่ต่อเนื่องและ พยาบาลเจ้าของไข้ติดตาม ผลลัพธ์ได้เมื่อผู้ป่วยมาตามนัดหมายครั้งต่อไป

ตารางที่ 2 การปฏิบัติการมอบหมายงานการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (ต่อ)

แนวคิดการมอบหมายงาน แบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Marram, et al., 1974)	แนวคิดการดูแลผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม	แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, et al., 2006)	การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการรับรู้ ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
3. ความรับผิดชอบต่อผลของ การปฏิบัติงาน (Accountability) เป็นการอธิบายเหตุผลและ รับรองผลของการปฏิบัติ กิจกรรมทุกอย่างที่ได้ ตัดสินใจกำหนดการปฏิบัติ ขึ้นกับผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล ได้แก่ 3.1 พยาบาลและผู้ป่วยต้อง รู้จักซึ่งกันและกันในการดูแล แต่ละவர்			3. ความรับผิดชอบต่อผลของการปฏิบัติงาน พยาบาลเจ้าของไข้อธิบายเหตุและผลการปฏิบัติ กิจกรรมทุกอย่างที่ได้ตัดสินใจกำหนด การปฏิบัติ ขึ้นกับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่อยู่ในความดูแล ติดตามถึงการได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อ สุขภาพ 3.1 พยาบาลและผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมต้องรู้จัก ซึ่งกันและกันในการดูแลแต่ละவர் พยาบาลเจ้าของไข้บอกถึงความรับผิดชอบของ ตนเองต่อผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมและผู้สนับสนุนใน ครอบครัวและทีมการพยาบาล ทั้งนี้พยาบาล

ตารางที่ 2 การปฏิบัติการมอบหมายงานการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (ต่อ)

แนวคิดการมอบหมายงาน แบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Marram, et al., 1974)	แนวคิดการดูแลผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม	แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, et al., 2006)	การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการรับรู้ ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
3.2 พยาบาลและผู้ป่วยต้องรู้ เหตุและผลของการปฏิบัติ การพยาบาลทุกอย่าง			ต้องรู้ถึงปัญหาความต้องการของผู้ป่วยโรคข้อเข่า เสื่อมแต่ละราย ตามลักษณะส่วนบุคคล ประสบการณ์ ปัจจัยด้านความคิด และความรู้สึก เฉพาะกับพฤติกรรม พฤติกรรมผลลัพธ์ 3.2 พยาบาลและผู้ป่วยต้องรู้เหตุและผลของ การปฏิบัติการพยาบาลทุกอย่าง ในการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล นั้นพยาบาลเจ้าของไข้ต้องสามารถอธิบายถึงเหตุ และผลของการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้ และผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อมรับรู้ถึงเหตุและผลของการปฏิบัติ ทุกขั้นตอนในแต่ละกิจกรรม

ตารางที่ 2 การปฏิบัติการมอบหมายงานการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (ต่อ)

แนวคิดการมอบหมายงาน แบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Marram, et al., 1974)	แนวคิดการดูแลผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม	แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, et al., 2006)	การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการรับรู้ ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
3.3 พยาบาลต้องแสดงเหตุผล ของการปฏิบัติการพยาบาลให้ ผู้อื่นรู้ภายใต้ขอบเขตของ วิชาชีพการพยาบาล			3.3 พยาบาลต้องแสดงเหตุผลของการปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้อื่นรู้ภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพการพยาบาล ในการประชุมปรึกษาหารือทั้งในทีมการพยาบาลหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลเจ้าของไข้ต้องมีความสามารถในการนำเสนอข้อมูลของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจากการใช้กระบวนการพยาบาลตามแนวคิดการดูแลทั้ง 5 แนวคิด ร่วมกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ทั้ง 3 ด้าน ที่ได้นำมาปฏิบัติให้กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีเหตุผล

ตารางที่ 2 การปฏิบัติการมอบหมายงานการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (ต่อ)

แนวคิดการมอบหมายงาน แบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Marram, et al., 1974)	แนวคิดการดูแลผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม	แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, et al., 2006)	การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการรับรู้ ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
3.4 การรายงานถึงผลลัพธ์ใน การดูแลผู้ป่วยภายในทีมการ พยาบาล			3.4 การรายงานถึงผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อ เข่าเสื่อมภายในทีมการพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้ต้องรายงานความเปลี่ยนแปลง หรือความก้าวหน้าในปัญหาที่ขึ้นำการพยาบาล ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม บอกถึง ผลลัพธ์ในการพยาบาล ปัญหาอุปสรรคในการ ดูแลให้ทีมการพยาบาลร่วมรับรู้ ด้วยการบันทึก การรายงานด้วยวาจาในการส่งเวร การประชุม ปรึกษาทางการพยาบาลร่วมรับรู้ด้วยการบันทึก การรายงานด้วยวาจาในการส่งเวร การประชุม ปรึกษากาทางการพยาบาล

ตารางที่ 2 การปฏิบัติการมอบหมายงานการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (ต่อ)

แนวคิดการมอบหมายงาน แบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Marram, et al., 1974)	แนวคิดการดูแลผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม	แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, et al., 2006)	การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการรับรู้ ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
3.5 การรายงานข้อมูลผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบให้ หน่วยงานภายนอก			3.5 การรายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่อยู่ใน ความรับผิดชอบให้หน่วยงานภายนอก เมื่อผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในความรับผิดชอบมา เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยใน พยาบาลเจ้าของไข้ต้องรับผิดชอบเป็นผู้รายงาน ข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลให้กับหอ ผู้ป่วยในได้รับรู้เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง

1.3) ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอน กิจกรรม พฤติกรรมที่ปฏิบัติพร้อมระบบผลลัพธ์ที่ต้องการในแต่ละขั้นตอนตามรูปแบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์ โดยสร้างเป็นตารางเรียกว่า ตารางแสดงกิจกรรมและพฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 กิจกรรมและพฤติกรรมที่ปฏิบัติตามรูปแบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อ การรับรู้ ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ขั้นตอน/กิจกรรม/พฤติกรรม ที่ปฏิบัติ	พฤติกรรมที่ปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	เอกสารที่ใช้ประกอบใน การปฏิบัติตามรูปแบบ
ขั้นเตรียมการ <u>เตรียมการมอบหมายงาน</u> 1. ศึกษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นรายบุคคล 1.1 ศึกษาระดับความต้องการ ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม	1. หัวหน้าหน่วยตรวจนำรายชื่อผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีในรายการนัด หมายเพื่อจำแนกประเภทผู้ป่วยเพื่อมอบหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้ตาม ความรู้ความสามารถ 2. หัวหน้าหน่วยตรวจศึกษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในแต่ละรายถึง ปัญหาและความต้องการที่ขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาลอย่างองค์รวม ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ทั้ง 5 แนวคิด คือ - ความเข้าใจในตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ - ความสามารถในการวิเคราะห์ถึงการกระทำพฤติกรรมที่ส่งผลต่อ การรักษาสุขภาพข้อเข่า - ความสามารถที่จะพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง หรือความรู้ ความคิด ความเข้าใจในเรื่องของอัตมโนทัศน์ของตนเอง - ความคาดหวังผลดีภายหลังการผ่าตัด - ความสามารถในการรักษาสุขภาพข้อเข่าไม่ให้เกิดภาวะเสื่อมเพิ่มมาก ขึ้น	- หัวหน้าหน่วยตรวจ มอบหมายงานโดยพิจารณาถึง ความต้องการของผู้ป่วยโรค ข้อเข่าเสื่อมเป็นรายบุคคล	- Assignment sheet - แฟ้มประวัติ

ตารางที่ 3 กิจกรรมและพฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อ การรับรู้
ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (ต่อ)

ขั้นตอน/กิจกรรม/พฤติกรรม ที่ปฏิบัติ	พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	เอกสารที่ใช้ประกอบใน การปฏิบัติตามรูปแบบ
2 ศึกษาพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานทุกคน ในเรื่อง 2.1 ความรู้ความสามารถและ ประสบการณ์ ทางพยาบาลใน การให้การดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่า เสื่อม	1. หัวหน้าหน่วยตรวจประเมินประสบการณ์ในการได้รับมอบหมาย ให้ดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพแต่ละคนที่ผ่านมา 2. หัวหน้าหน่วยตรวจวิเคราะห์ถึงความรู้ ความสามารถและทักษะการ ปฏิบัติพยาบาล ตามแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของPenderใน สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพแต่ละคน	- หัวหน้าหน่วยตรวจ มอบหมายงานโดยคำนึงถึง การพัฒนาสมรรถนะของ พยาบาลวิชาชีพพร้อมด้วย	-Assignment sheet
2.2 ความพร้อมของพยาบาล ในการทำงานที่ท้าทาย ความสามารถ	1. หัวหน้าหน่วยตรวจมอบหมายงานตามรูปแบบการพยาบาลแบบ เจ้าของไข้ (Primary nursing) โดยพิจารณามอบหมายผู้ป่วยโรคข้อเข่า เสื่อมให้พยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบแบบคนต่อคน (My Patient - My Nurse)ความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ พยาบาลผู้รับผิดชอบ เรียกว่าพยาบาลเจ้าของไข้ (primary nurse) 2. เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานพิจารณามอบหมายให้ พยาบาลวิชาชีพคนอื่นรับผิดชอบเป็นพยาบาลผู้ช่วย (associate nurse)	- พยาบาลวิชาชีพได้รับการ มอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยตาม ความรู้ความสามารถ	-Assignment sheet

ตารางที่ 3 กิจกรรมและพฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อ การรับรู้
ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (ต่อ)

ขั้นตอน/กิจกรรม/พฤติกรรม ที่ปฏิบัติ	พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	เอกสารที่ใช้ประกอบใน การปฏิบัติตามรูปแบบ
2.3 การยอมรับ ความเข้าใจใน บทบาทหน้าที่ และขอบเขตความ รับผิดชอบ	1. หัวหน้าหน่วยตรวจกำหนด บทบาทหน้าที่ ขอบเขตความ รับผิดชอบ ของ พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ช่วย โดยเปิดโอกาส ให้พยาบาลเจ้าของไข้ร่วมกำหนดข้อตกลง วิธีการปฏิบัติตามความ เหมาะสม เช่นการดูแลผู้ป่วยแทนพยาบาลเจ้าของไข้ที่ไม่ได้ขึ้น ปฏิบัติงาน 2. หัวหน้าหน่วยตรวจ มอบหมายให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ใน ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพตั้งแต่ มาตรวจและมีกำหนดนัด หมายวันผ่าตัดถือเป็นความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย (Accountability of patient care) ของปัญหาตามความต้องการ	- พยาบาลเจ้าของไข้ รับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ ของตน	- Assignment sheet - แฟ้มประวัติ
3. ศึกษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ อยู่ในความรับผิดชอบของตน 3.1 ศึกษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคข้อ เข่าเสื่อมทั้ง 5 แนวคิด	1. พยาบาลเจ้าของไข้ศึกษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับมอบหมาย ถึงปัญหาและความต้องการสำคัญที่ขึ้นการปฏิบัติการพยาบาลตาม แนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ทั้ง 3 ด้าน โดยคำนึงถึงการ สร้างการรู้จักตนเอง สร้างความเข้าใจผลของการปฏิบัติของตนเอง และ การเตรียมตัวเพื่อการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด สร้างการสนับสนุน จาก ครอบครัวเพื่อคุณภาพการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด	- พยาบาลค้นหาปัญหาของ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมครบ องค์รวม	- Assignment sheet - แผนการพยาบาล - แฟ้มประวัติ

ตารางที่ 3 กิจกรรมและพฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อ การรับรู้
ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (ต่อ)

ขั้นตอน/กิจกรรม/พฤติกรรม ที่ปฏิบัติ	พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	เอกสารที่ใช้ประกอบใน การปฏิบัติตามรูปแบบ
3.2 รวบรวมข้อมูลและประเมิน ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมตามแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพของ Pender	2. พยาบาลเจ้าของไข้ ค้นหาความต้องการการพยาบาลจากเพิ่มประวัติ การพูดคุยโดยยึดความต้องการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care) และจัดลำดับความสำคัญ 1. พยาบาลเจ้าของไข้ ประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในด้าน สร้างการรู้จักตนเอง - พยาบาลเจ้าของไข้กับผู้ป่วยร่วมกันวิเคราะห์พยาธิสภาพข้อเข่า ของผู้ป่วย - พยาบาลเจ้าของไข้กับผู้ป่วยร่วมกันวิเคราะห์การดำเนินชีวิต ประจำวันของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันกับความเจ็บป่วยกับ ข้อเข่า - พยาบาลเจ้าของไข้ร่วมกันสร้างความเข้าใจกับผู้ป่วย 2. รวบรวมและสรุปข้อมูลที่ได้จากการศึกษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (Review and summarize data from assessment) ตามแนวทางการส่งเสริม สุขภาพของ Pender	- ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้รับ การประเมินภาวะสุขภาพอย่าง ครบถ้วน	- คู่มือการพยาบาลแบบ เจ้าของไข้ที่บูรณาการ แนวทางการส่งเสริม สุขภาพของPender - เพิ่มประวัติ

ตารางที่ 3 กิจกรรมและพฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อ การรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (ต่อ)

ขั้นตอน/กิจกรรม/พฤติกรรมที่ปฏิบัติ	พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	เอกสารที่ใช้ประกอบในการปฏิบัติตามรูปแบบ
3.3 รับรายงานการส่งเวร	1. พยาบาลเจ้าของไข้รับรายงานข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมการปฏิบัติพฤติกรรมผลลัพธ์ (Behavioral outcome) และข้อมูลกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้รับ ปัญหาที่ยังคงเหลืออยู่จากพยาบาลผู้ช่วย/ทีมการพยาบาล 2. พยาบาลเจ้าของไข้จัดบันทึกข้อมูลสำคัญเพื่อนำไปวางแผนการพยาบาล	- พยาบาลเจ้าของไข้มีข้อมูลในการวางแผนการพยาบาล	- แฟ้มประวัติ
3.4 บันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม	1. พยาบาลเจ้าของไข้บันทึกข้อมูลที่ได้จากการศึกษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (Review and summarize data from assessment) ตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender ไว้ในแฟ้มประวัติ 2. พยาบาลเจ้าของไข้บันทึกข้อมูลตามวัน เวลาที่ทำการประเมินผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม	2. พยาบาลเจ้าของไข้บันทึกข้อมูลตามวัน เวลาที่ทำการประเมินผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม	- แฟ้มประวัติ
ขั้นปฏิบัติการพยาบาล 1. มอบหมายผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมให้พยาบาลเจ้าของไข้	1. หัวหน้าหน่วยมอบหมายผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมรายใหม่และรายเก่าให้กับพยาบาลเจ้าของไข้ ตามความรู้ความสามารถ และประชุมปรึกษาก่อนให้การปฏิบัติการพยาบาล (Pre-conference)	- ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้รับการดูแลแบบคนต่อคน	- Assignment sheet - แผนการพยาบาล - แฟ้มประวัติ

ตารางที่ 3 กิจกรรมและพฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อ การรับรู้
ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (ต่อ)

ขั้นตอน/กิจกรรม/พฤติกรรม ที่ปฏิบัติ	พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	เอกสารที่ใช้ประกอบใน การปฏิบัติตามรูปแบบ
2. การประชุมปรึกษาก่อนการ ปฏิบัติงาน	2. หัวหน้าหน่วยตรวจมอบหมายผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นราย บุคคล ให้พยาบาลเจ้าของไข้ (My Patient - My Nurse)ตามความรู้และ ความสามารถที่ให้การดูแลผู้ป่วยตอบสนองตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม 3. หัวหน้าหน่วยตรวจให้การช่วยเหลือสนับสนุน พัฒนาความ สามารถของพยาบาลวิชาชีพ และรับผิดชอบมอบหมายพยาบาลผู้ช่วย ให้ดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมแทนพยาบาลเจ้าของไข้ในวันที่ไม่ได้ขึ้น ปฏิบัติงาน 1. หัวหน้าหน่วยตรวจ พยาบาลเจ้าของไข้ และสมาชิกในทีมการ พยาบาลพบปะพูดคุยทำความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคข้อเข่า เสื่อมที่ได้รับมอบหมายก่อนลงมือปฏิบัติงานโดยยึดผู้ป่วยโรคข้อเข่า เสื่อมเป็นศูนย์กลาง (Patient – centered care)	- พยาบาลเจ้าของไข้ปฏิบัติ การพยาบาลด้วยความมั่นใจ โดยมีทีมการพยาบาลร่วมให้ คำปรึกษาก่อนการปฏิบัติ การ พยาบาล	- คู่มือการพยาบาลแบบ เจ้าของไข้ที่บูรณาการ แนวทางการส่งเสริม สุขภาพของPender

ตารางที่ 3 กิจกรรมและพฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อ การรับรู้
ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (ต่อ)

ขั้นตอน/กิจกรรม/พฤติกรรม ที่ปฏิบัติ	พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	เอกสารที่ใช้ประกอบใน การปฏิบัติตามรูปแบบ
3.วางแผนการพยาบาล ดังนี้ 3.1 พยาบาลเจ้าของไข้ใช้ กระบวนการพยาบาล เป็น เครื่องมือในการวางแผนการ พยาบาล	2. พยาบาลเจ้าของไข้นำเสนอข้อมูลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในความ รับผิดชอบในประเด็นลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ (Individual characteristics and experience) ปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกร่วม พฤติกรรมเฉพาะ (Behavior – specific cognition and affect) และ พฤติกรรมผลลัพธ์ (Behavioral outcome) และแผนการพยาบาล 3. สมาชิกทีมคนอื่นๆร่วมอภิปราย 4. หัวหน้าหน่วยตรวจให้ข้อเสนอแนะ 5. พยาบาลเจ้าของไข้เพิ่มเติมแผนการพยาบาลตามข้อสรุปของการ ประชุม 1. พยาบาลเจ้าของไข้แสดงเอกสิทธิ์ในการทำงาน (Autonomy) ใช้ กระบวนการพยาบาลตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender เป็น เครื่องมือในการทำงานในทุกขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวางแผนการพยาบาลทั้งหมดเป็นรายบุคคล (Developing a Health Protection –Promotion Plan) โดยกำหนดให้พยาบาลเจ้าของไข้วางแผนการพยาบาล	- พยาบาลเจ้าของไข้นำความรู้ ทฤษฎีทางการพยาบาลมาเป็น ฐานในการใช้กระบวนการ พยาบาล	- เพิ่มประวัติ - คู่มือการพยาบาลแบบ เจ้าของไข้ที่บูรณาการ แนวคิดการส่งเสริม สุขภาพของPender

ตารางที่ 3 กิจกรรมและพฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อ การรับรู้
ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (ต่อ)

ขั้นตอน/กิจกรรม/พฤติกรรม ที่ปฏิบัติ	พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ ที่บูรณาการแนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	เอกสารที่ใช้ประกอบใน การปฏิบัติตามรูปแบบ
	ตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ จำนวน 3 ครั้ง 2. พยาบาลเจ้าของไข้วางแผนการพยาบาลเป็นรายบุคคลตามลักษณะเฉพาะของบุคคล และประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (Individual characteristics and experience) อารมณ์ ความรู้สึกต่อพฤติกรรม (Behavior-specific cognition and affect) และปัญหาที่ขึ้นจากการดูแล 3. พยาบาลเจ้าของไข้และผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมร่วมกันสร้างแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Develop a behavior change plan) โดยเริ่มจากแผนรายวันก่อนแล้วจึงขยายเวลาเป็นรายสัปดาห์ 4. กำหนดระยะเวลาสำหรับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Determine a time frame for implementation) เป็นระยะเวลา จำนวน 3 สัปดาห์		

ตารางที่ 3 กิจกรรมและพฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการรับรู้ความ
 ผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (ต่อ)

ขั้นตอน/กิจกรรม/พฤติกรรม ที่ปฏิบัติ	พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	เอกสารที่ใช้ประกอบใน การปฏิบัติตามรูปแบบ
3.2 จัดลำดับความสำคัญและ ความต้องการของผู้ป่วยโรคข้อ เข่าเสื่อม	1. พยาบาลเจ้าของไข้ นำข้อมูลประเมินได้มา กำหนดข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาลตามการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเร่งด่วนใน ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมแต่ละราย 2. พยาบาลเจ้าของไข้ เขียนระบุถึงกิจกรรมการพยาบาลใดควรทำก่อน และหลัง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting behavior) บอกรัฐอุปประสงค์ของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลนั้นๆ และการประเมินผล	- แผนการพยาบาลตอบ สอนอง ความต้องการของผู้ป่วยโรค ข้อเข่าเสื่อมครบองค์รวม	- แผนการพยาบาล - คู่มือการพยาบาลแบบ เจ้าของไข้ที่บูรณาการ แนวคิดการส่งเสริม สุขภาพของPender - แฟ้มประวัติ
3.3 ควบคุมแผนการพยาบาล ให้มีการพยาบาลตามแผนอย่าง ต่อเนื่อง	1. พยาบาลเจ้าของไข้ พูดยุๆ ทบทวนแผนการพยาบาลให้สอดคล้อง กับความต้องการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (Individual characteristics and experience) 2. พยาบาลเจ้าของไข้ เขียนคำสั่งการพยาบาล ตามปัญหาความต้องการ ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (Individual characteristics and experience) 3. พยาบาลเจ้าของไข้ ทำการควบคุมแผนการพยาบาล ด้วยการติดตาม ประเมินผลการพยาบาล จากผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และพยาบาลผู้ช่วย	- แผนการพยาบาลที่วางไว้ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	- แผนการพยาบาล - คู่มือการพยาบาลแบบ เจ้าของไข้ที่บูรณาการ แนวคิดการส่งเสริม สุขภาพของ Pender

ตารางที่ 3 กิจกรรมและพฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการรับรู้ความ
 ผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (ต่อ)

ขั้นตอน/กิจกรรม/พฤติกรรม ที่ปฏิบัติ	พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	เอกสารที่ใช้ประกอบใน การปฏิบัติตามรูปแบบ
3.4 กำหนดผลลัพธ์ทางการ พยาบาล	1. พยาบาลเจ้าของไข้กำหนดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพหรือด้าน พฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดกับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (Identify behavior or health outcomes) 2. พยาบาลเจ้าของไข้ร่วมกับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกำหนดระยะเวลา สำหรับปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Determine a time frame for implementation) โดยกำหนดเป้าหมายแบบรายสัปดาห์	- พยาบาลเจ้าของไข้มีเป้าหมาย ในการให้การพยาบาล บอกลถึง เหตุและผลของการปฏิบัติ พยาบาลได้	- แผนการพยาบาล - คู่มือการพยาบาลแบบ เจ้าของไข้ที่บูรณาการ แนวคิดการส่งเสริม สุขภาพของPender

1.4) ผู้วิจัยจัดทำเป็นคู่มือในการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลเจ้าของไข้เรียกคู่มือนี้ว่า คู่มือรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์สำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ดังภาคผนวก ก

1.5) นำคู่มือเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของแนวคิด ทฤษฎีที่ผู้วิจัยนำมาบูรณาการสร้างรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์สำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาทุกขั้นตอนโดยละเอียด

1.6) ปรับปรุงคู่มือตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา

3.2.3 กิจกรรมในรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ กิจกรรมครั้งที่ 1 สร้างความเข้าใจตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ

หมายถึง ผู้ป่วยเข้าใจพยาธิสภาพข้อเข่าของตนเอง ซึ่งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดำเนินชีวิตของเขา มีความสัมพันธ์เป็นสาเหตุทำให้เกิดความเจ็บป่วย ส่งผลถึงความผาสุกในการดำเนินชีวิตของเขา โดยมีพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้คำแนะนำ ร่วมกันวางแผนในการส่งเสริมคุณภาพการดูแลตัวผู้ป่วย โดยทำบันทึกกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และทำความเข้าใจเรื่องการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและผลกระทบต่อการใช้ชีวิต

(1) พยาบาลเจ้าของไข้ ผู้ป่วย และญาติพบปะพูดคุย สร้างความรู้จักและความเข้าใจต่อการดำเนินการสื่อสาร 2 ทาง

(2) พยาบาลเจ้าของไข้กับผู้ป่วยร่วมกันวิเคราะห์พยาธิสภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจพยาธิสภาพการดำเนินการของปัญหาของข้อเข่าของเขาด้วยการนำหลักฐานของผลการตรวจต่างๆ และใช้สื่ออื่นมาประกอบ

(3) พยาบาลเจ้าของไข้กับผู้ป่วยร่วมกันวิเคราะห์เรื่องการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงวิธีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของเขานั้นมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันกับความเจ็บป่วย ปัญหาที่เกิดขึ้นกับข้อเข่าของเขาได้อย่างไร

(4) พยาบาลเจ้าของไข้สร้างความเข้าใจร่วมกันกับผู้ป่วยว่าทำไมกิจกรรมที่ทำในการดำเนินชีวิตของเขาจึงมีผลต่อความเจ็บป่วยต่อเขาได้ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในเรื่องของตัวเอง และตัวเองเป็นผู้ที่ทำให้เกิดความผาสุกในการดำเนินชีวิตได้

(5) พยาบาลเจ้าของไข้กับผู้ป่วยปรึกษาร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตัวเองได้ตลอดเวลาทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของเขาที่ไปส่งผลกับสภาวะของข้อเข่าของเขาทุกอย่างสอบถามพยาบาลได้โดยมีช่องทางให้ติดต่อที่เบอร์โทรศัพท์ 02-4197832-4

(6) พยาบาลเจ้าของไข้กับผู้ป่วยวางแผนร่วมกันทำบันทึกกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้ตัวเอง ถึงสิ่งที่เขาปฏิบัตินั้นเป็นอย่างไร เขาจะได้ส่งเสริมคุณภาพการดูแลตัวเอง

(7) พยาบาลเจ้าของไข้สร้างความเข้าใจร่วมกันกับผู้ป่วยเรื่องการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและผลกระทบการดำเนินชีวิตหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยรู้ถึงการผ่าตัดของตัวเองเป็นอย่างไรและจะมีผลอย่างไรกับตัวเขา

กิจกรรมครั้งที่ 2 สร้างความสามารถในการวิเคราะห์ถึงการกระทำและพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง

หมายถึง ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลการกระทำของตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันที่ทำอยู่นั้นมีผลดีกับข้อเข่า และที่ทำผิดนั้นส่งผลเสียกับข้อเข่าอย่างไร ผู้ป่วยมีการเตรียมตัวเองในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวันภายหลังการผ่าตัด พร้อมทั้งมีการวางแผนเรื่องสถานที่พักอาศัย สิ่งแวดล้อม ขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน โดยมีญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือสนับสนุน

(1) พยาบาลเจ้าของไข้ ผู้ป่วยและญาติร่วมกันวิเคราะห์ประสบการณ์ที่เข้ามาในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ได้ปฏิบัติมา 1 สัปดาห์ ว่าพบปัญหาในการใช้ข้อเข่าในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือไม่ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้ตัวเอง ว่าที่เกิดผลแบบนี้เพราะทำผิดและที่เกิดผลแบบนี้เพราะทำถูก

(2) พยาบาลเจ้าของไข้กับผู้ป่วยและญาติร่วมกันเตรียมตัวผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตหลังผ่าตัดได้

(3) พยาบาลเจ้าของไข้ ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกันวางแผนเตรียมความพร้อมเรื่องสถานที่ที่พักอาศัย สิ่งแวดล้อมทั้งที่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดำเนินชีวิตได้สัมพันธ์สอดคล้องกับความเจ็บป่วย

(4) พยาบาลเจ้าของไข้ ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกันวิเคราะห์ความต้องการผู้สนับสนุน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือจากผู้ดูแลทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน

กิจกรรมครั้งที่ 3 สร้างความคาดหวังผลดีภายหลังผ่าตัด

หมายถึง ผู้สนับสนุนในครอบครัวของผู้ป่วย เป็นผู้ที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพการดูแลตัวผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด เพื่อส่งผลให้เกิดผลดีภายหลังการผ่าตัด

(1) พยาบาลเจ้าของไข้ ผู้ป่วยและญาติร่วมกันวิเคราะห์ เรื่องที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติมาใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยรู้ตัวเอง รู้ถึงการปฏิบัติที่ถูกต้องหรือผิด

(2) พยาบาลเจ้าของไข้ ผู้ป่วยและญาติ สร้างความเข้าใจร่วมกันในเรื่อง สภาพหลังผ่าตัดเป็นอย่างไร การปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัดข้อเข่าใหม่ส่งผลอย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจตัวเองและดูแลตัวเองได้

(3) พยาบาลเจ้าของไข้ ผู้ป่วยและญาติร่วมกันตัดสินใจหาผู้สนับสนุนดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือจากผู้สนับสนุน

(4) พยาบาลเจ้าของไข้ ผู้ป่วยและญาติ ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการปฏิบัติตัวหลังใส่ข้อเข้าเทียม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

3.2.4 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วยอายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพและระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาจาก ตำรา วารสาร บทความวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความพึงพอใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Dunn (1957) ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) การรับรู้ความพึงพอใจด้านครอบครัว 2) การรับรู้ความพึงพอใจด้านการทำงาน 3) การรับรู้ความพึงพอใจด้านสังคม กำหนดให้ข้อคำถามในแต่ละข้อ มีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ระดับคะแนนเป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ ดังนี้

5	หมายถึง	ตรงกับความเป็นจริงในการปฏิบัติของท่านมากที่สุด
4	หมายถึง	ตรงกับความเป็นจริงในการปฏิบัติของท่านมาก
3	หมายถึง	ตรงกับความเป็นจริงในการปฏิบัติของท่านปานกลาง
2	หมายถึง	ตรงกับความเป็นจริงในการปฏิบัติของท่านน้อย
1	หมายถึง	ตรงกับความเป็นจริงในการปฏิบัติของท่านน้อยที่สุด

การแปลผลคะแนน การรับรู้ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้วิจัยได้กำหนดการแปลผลคะแนน โดยใช้สูตรต่อไปนี้

$$\begin{aligned} \text{สูตรช่วงคะแนนชั้น} &= \frac{\text{ค่าคะแนนสูงสุด} - \text{ค่าคะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับการแบ่ง}} \\ &= \frac{5 - 1}{5} = 0.80 \end{aligned}$$

การแปลผลคะแนนของการรับรู้ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แบ่งเป็น 5 ระดับ และในการแปลผลคะแนนใช้ค่าสูงสุด ลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุด และหารด้วยจำนวนที่ต้องการแบ่งเพื่อหาช่วงคะแนน แล้วมากำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนและแปลผลคะแนน (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2555, น. 93) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	4.21 – 5.00	หมายถึง	ระดับการรับรู้ความพึงพอใจมีมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย	3.41 – 4.20	หมายถึง	ระดับการรับรู้ความพึงพอใจมีมาก
คะแนนเฉลี่ย	2.61 – 3.40	หมายถึง	ระดับการรับรู้ความพึงพอใจมีปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.81 – 2.60	หมายถึง	ระดับการรับรู้ความพึงพอใจมีน้อย
คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 1.80	หมายถึง	ระดับการรับรู้ความพึงพอใจมีน้อยที่สุด

3.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.3.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างทั้งหมด ได้แก่ คู่มือรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์สำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลทั้ง 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ทฤษฎีและความเหมาะสมของภาษา ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ นำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คุณสมบัติผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในด้านการปฏิบัติการพยาบาล มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลศาสตรและศาสตรออร์โธปิดิกส์ไม่น้อยกว่า 10 ปี จำนวน 1 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในการบริหารการพยาบาล มีความเชี่ยวชาญด้านการศึกษาไม่น้อยกว่า 10 ปี จำนวน 2 ท่าน (รายละเอียดในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาความเหมาะสมของภาษาและความสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีโดยถือเกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ใน 3 เป็นการตัดสิน รวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อพิจารณาแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

3.3.2 สรุปผลการหาความตรงของเนื้อหา

1) คู่มือรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์สำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมไม่มีการปรับแก้เนื้อหาในคู่มือ

2) แบบสอบถามการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีจำนวนทั้งหมด 36 ข้อ ผู้ทรงคุณวุฒิไม่มีการเพิ่มหรือปรับลดจำนวนข้อคำถาม แต่ได้เสนอแนะให้ปรับปรุงการใช้ภาษาให้เหมาะสมจำนวน 16 ข้อคำถาม เช่น “ท่านรู้สึกกระตือรือร้นที่จะทำงานบ้านที่เหมาะสมกับการเคลื่อนไหวร่างกายทุกท่าทาง” แก้ไขเป็น “ท่านรู้สึกกระตือรือร้นที่จะทำงานบ้านที่เหมาะสมกับการเคลื่อนไหวร่างกายของท่าน”

3.3.3 การหาความเที่ยง (Reliability)

เครื่องมือที่ผู้วิจัยนำไปหาความเที่ยงคือเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มาตรวจที่คลินิกกระดูก โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี โดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษาจำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเป็นปรนัยโดยนำหนังสือพร้อมแบบโครงร่างการศึกษาอิสระถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโป่ง เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรม

สำเร็จรูป ใช้วิธีของ Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ 0.77 ค่าความเที่ยงการรับรู้ความผาสุกด้านครอบครัวเท่ากับ 0.79 ค่าความเที่ยงการรับรู้ความผาสุกด้านการทำงานเท่ากับ 0.77 และ ค่าความเที่ยงด้านการรับรู้ความผาสุกด้านสังคมเท่ากับ 0.79

3.4 จริยธรรมในการวิจัย

มีขั้นตอนในการขออนุมัติและวิธีการเตรียมโครงการวิจัย ดังนี้

1) การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิทยานิพนธ์/สารนิพนธ์แบบยกเว้น (Exception Category) ตามรายละเอียดที่ปรากฏในคู่มือการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พ.ศ. 2556 (ภาคผนวก ข)

2) ผู้วิจัยนำหนังสือรับรองการอนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยบัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ แสดงความจำนงค์ขออนุมัติจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ที่เกี่ยวข้องเพื่อขออนุมัติดำเนินการวิจัย ดังนี้

2.1) โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี เพื่อขออนุมัติในการทดลองใช้เครื่องมือกับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

2.2) โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร เพื่อขออนุมัติดำเนินการวิจัยและขอใช้ข้อมูลของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

3) เอกสารประกอบการขออนุมัติ ประกอบด้วย

3.1) ประวัติส่วนตัวของผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา

3.2) แบบเสนอโครงการวิจัย

3.3) โครงการวิจัย

3.4) หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3.5) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4) ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ซึ่งได้รับการอนุมัติในการดำเนินการทำวิทยานิพนธ์แล้ว โดยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยแสดงความจำนงค์ขออนุมัติจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศิริราช โดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ และโรงพยาบาลศิริราช อนุมัติในเชิงจริยธรรมก่อนที่จะดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

5) ผู้วิจัยนำโครงการวิจัยเสนอรองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โดยทำบันทึกรายงานผ่านหัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช และส่งถึงรองคณบดีฝ่ายวิจัย ตามระเบียบของคณะกรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

- 6) ได้รับอนุมัติดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศิริราช
- 7) ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัยเป็นรายบุคคล

3.5 วิธีดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนการดำเนินการทดลองแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมการทดลอง

1.1) พัฒนาเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยสร้างและปรับปรุงเครื่องมือดำเนินการวิจัยทั้งหมดที่กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1.2) เตรียมพยาบาลวิชาชีพเจ้าของไข้โดยมีขั้นตอน ดังนี้

(1) จัดทำโครงการอบรมวิชาการเรื่อง รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ให้กับพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วยเนื้อหาสำคัญเกี่ยวกับแนวทางการพยาบาลเจ้าของไข้ แนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีการบรรยายเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและสัมมนาเกี่ยวกับการใช้รูปแบบโดยผู้วิจัยมีขั้นตอน ดังนี้

(1.1) เขียนโครงการอบรม

(1.2) เสนอโครงการอบรมแก่อาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความครอบคลุมและความถูกต้อง

(1.3) เสนอโครงการอบรมต่อหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช เพื่อขอความเห็นชอบและอนุมัติโครงการ

(1.4) ดำเนินการอบรมตามโครงการอบรมเรื่องรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิบรรยายเนื้อหาเกี่ยวกับแนวทางการพยาบาลเจ้าของไข้ แนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับการใช้คู่มือรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์สำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมและเปิดโอกาสให้ซักถามเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน

(1.5) ภายหลังการอบรมผู้วิจัยสร้างความเข้าใจให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมทั้ง 5 คน ได้ทดลองใช้คู่มือรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์สำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกับผู้ป่วยจริงคนละ 1 ราย ผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้จริง

1.3) ดำเนินการอบรมตามโครงการอบรมเรื่องรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิบรรยายเนื้อหาเกี่ยวกับแนวทางการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ แนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์ และรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์ ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับการใช้คู่มือรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และเปิดโอกาสให้ซักถามเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน

1.4) ภายหลังการอบรม ผู้วิจัยจัดให้พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมวิจัย ทดลองใช้คู่มือรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์สำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กับผู้ป่วยจริงคนละ 1 ราย โดยมีผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้จริง

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ดังนี้

2.1) กลุ่มควบคุมมีวิธีปฏิบัติ ดังนี้

- (1) กลุ่มควบคุมได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานตามที่ปฏิบัติอยู่เดิม
- (2) หัวหน้าหน่วยตรวจมอบหมายผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมให้กับพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในห้องนัดหมายผ่าตัดเป็นผู้ให้การพยาบาลกับผู้ป่วยทุกรายที่มีการนัดหมายผ่าตัด
- (3) พยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในห้องนัดผ่าตัดจะให้การพยาบาลดังต่อไปนี้
 - (3.1) ให้คำแนะนำเรื่องการทำผ่าตัดและการปฏิบัติตัว
 - (3.2) สอบถามโรคประจำตัวและยาที่กินประจำและยาละลายลิ่มเลือด
 - (3.3) ให้คำแนะนำเรื่องสิทธิในการรักษา
 - (3.4) ประเมินค่าใช้จ่ายในการทำผ่าตัด
 - (3.5) ให้คำแนะนำในการจองห้อง/จองเตียง สำหรับพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตามความต้องการของผู้ป่วย
 - (3.6) กำหนดวันนัดหมายให้กับผู้ป่วยเพื่อมาตรวจเช็คสุขภาพก่อนผ่าตัดและให้คำอธิบายในการเจาะเลือด เอ็กซเรย์ปอด ตรวจคลื่นหัวใจ

2.2) กลุ่มทดลองมีวิธีปฏิบัติดังนี้

- (1) ผู้วิจัยดำเนินการทดลองในขณะที่ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาการทดลองที่หน่วยตรวจและติดตามผลการรักษาออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช โดยมีขั้นตอนการดำเนินการในกลุ่มทดลอง ดังนี้

(2) หัวหน้าหน่วยตรวจและผู้วิจัยเป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด

(3) หัวหน้าหน่วยตรวจมอบหมายงานผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมให้พยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ที่ละราย ตามความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพแต่ละคนให้ปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มทดลองที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยใช้คู่มือรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ สำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น การมอบหมายงานจะให้พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม หัวหน้าหน่วยตรวจเป็นผู้ควบคุมกำกับกับการปฏิบัติการพยาบาลตามกิจกรรมการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ หัวหน้าหน่วยตรวจทำหน้าที่ 1) ประชุมปรึกษาก่อนปฏิบัติงานเมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ได้ติดต่อกับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อเตือนให้มาตามนัดหมายและได้ข้อมูลจากผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้วางแผนส่งเสริมสุขภาพ ในกรณีที่มีปัญหาขณะปฏิบัติการทดลองจะปรึกษาหัวหน้าหน่วยตรวจ 2) ประชุมหลังปฏิบัติงานพยาบาลเจ้าของไข้รายงานผลการส่งเสริมสุขภาพให้กับหัวหน้าหน่วยตรวจเพื่อประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

(4) พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมทำหน้าที่พยาบาลเจ้าของไข้โดยดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าหน่วยตรวจ ตั้งแต่เมื่อผู้รักษากำหนดวันผ่าตัดจนกระทั่งครบ 3 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 3 การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.1) ผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาและตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

3.2) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3.3) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองโดยคัดเลือกผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด ที่มาตรวจที่หน่วยตรวจและติดตามผลการรักษาออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช ผู้วิจัยเข้าสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเก็บข้อมูลผู้ป่วยตามแบบสอบถามการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจที่หน่วยตรวจ โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที เป็นการเก็บข้อมูลระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนการทดลอง หลังจากนั้นให้การดูแลผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ตามชุดกิจกรรมที่ผู้วิจัย

สร้างขึ้น จนครบ 3 สัปดาห์ แล้วสัมภาษณ์อีกครั้ง และลงบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองไว้ในบัญชีรายชื่อกลุ่มทดลอง

3.4) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมโดยคัดเลือกผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด ที่มาตรวจที่คลินิกกระดูก โรงพยาบาลพุทธภูมิ ผู้วิจัยเข้าสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเก็บข้อมูลผู้ป่วยตามแบบสอบถามการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจที่คลินิกกระดูก โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที เป็นการเก็บข้อมูลระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนการทดลอง หลังจากนั้นให้บริการตาม รูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน พยาบาลแบบทีมกับหน้าที จนครบ 3 สัปดาห์ แล้วสัมภาษณ์อีกครั้ง และลงบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมไว้ในบัญชีรายชื่อกลุ่มควบคุม

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลครบจำนวน 15 คู่ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป รายละเอียดของสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

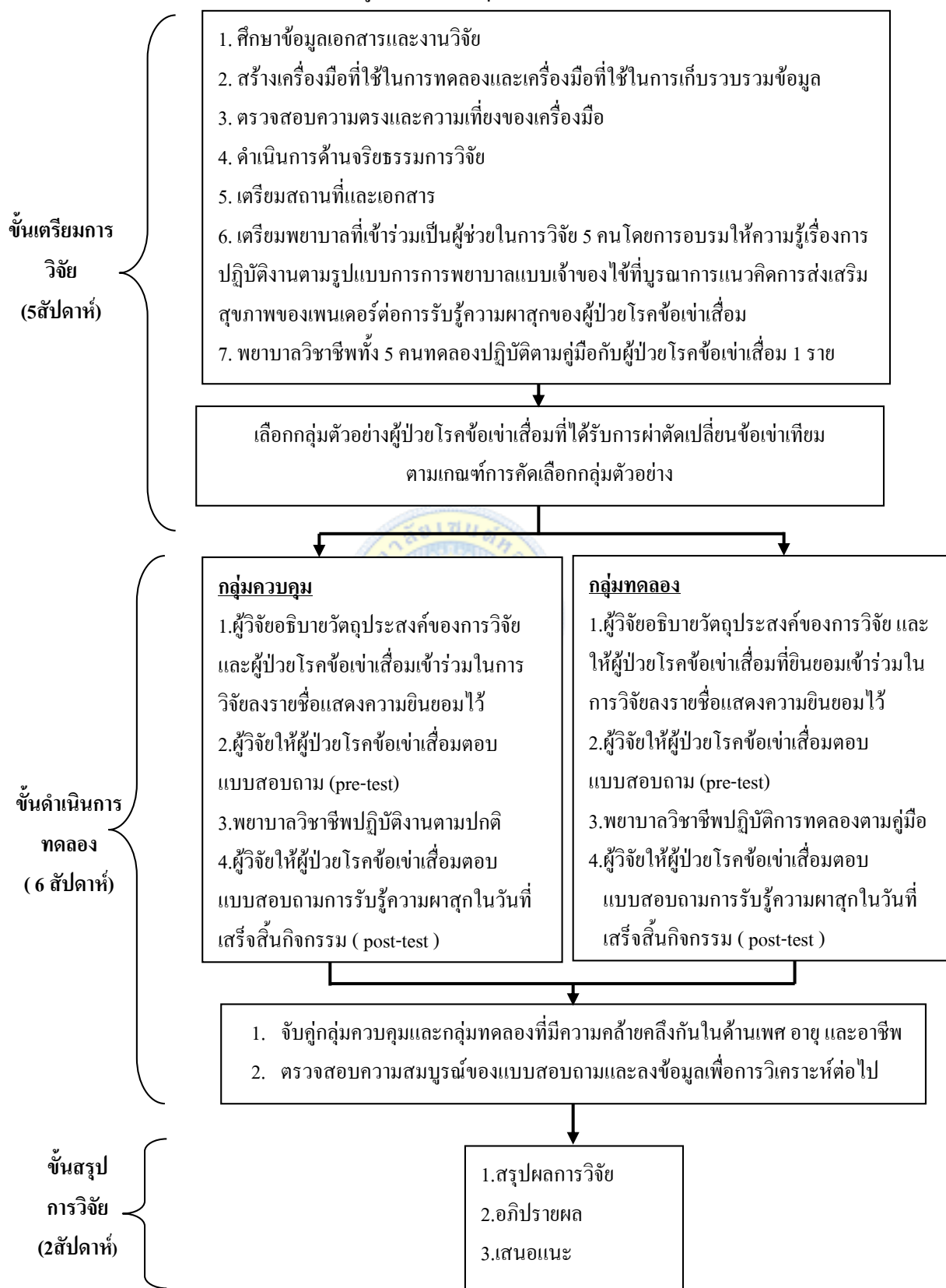
1) การแจกแจงความถี่ จำนวนค่าร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ เป็นต้น

2) หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มตัวอย่าง

3) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในกลุ่มทดลอง หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และกลุ่มควบคุมหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน โดยการใช้สถิติวิเคราะห์ของสองกลุ่มตัวอย่าง คือ Mann-Whitney U Test ทั้งโดยรวม รายด้านและรายข้อ

4) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้สถิติ Wilcoxon Singed Ranks Test ทั้งโดยรวม รายด้านและรายข้อ

ภาพที่ 1 แผนภูมิแสดงการสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์กับกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานโดยผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 4)

ส่วนที่ 2 ระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน (ตารางที่ 5 ถึง ตารางที่ 16)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างกลุ่มหลังได้รับการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และกลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test (ตารางที่ 17 ถึง ตารางที่ 21)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อน และหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test (ตารางที่ 22 ถึง ตารางที่ 26)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	3	20.00	3	20.00
หญิง	12	80.00	12	80.00
รวม	15	100.0	15	100.0
2. อายุ				
45-50 ปี	2	13.30	2	13.00
51-55 ปี	2	13.30	2	13.30
56-60 ปี	11	73.40	11	73.40
รวม	15	100.00	15	100.00
3. สถานภาพสมรส				
โสด	1	6.70	2	13.30
คู่	12	80.00	10	66.70
หม้าย	2	13.30	2	13.30
หย่า	0	0	1	6.70
แยกกันอยู่	0	0	0	0
รวม	15	100.00	15	100.00
4. ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	0	0	1	6.70
ประถมศึกษา	8	53.30	8	53.30
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	26.70	3	20.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	6.70	1	6.70
ปวช./ปวส.	1	6.70	1	6.70
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1	6.70	1	6.70
รวม	15	100.00	15	100.00

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5. อาชีพ				
ไม่ได้ทำงาน	0	0	0	0
รับจ้าง	2	13.30	2	13.30
ค้าขาย	6	40.00	6	40.00
เกษตรกรรม	3	20.00	3	20.00
รับราชการ	3	20.00	3	20.00
อื่นๆระบุ	1	6.70	1	6.70
รวม	15	100.00	15	100.00

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 อายุส่วนใหญ่ระหว่าง 56-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 73.40 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 73.30 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 53.30 อาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 40

ส่วนที่ 2 ระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ และกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน

ตารางที่ 5 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มก่อนได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ และกลุ่มก่อนได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน โดยรวม

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
กลุ่มตัวอย่าง	15	2.87	0.39	ปานกลาง
กลุ่มทดลอง	15	3.01	0.51	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 พบว่าก่อนการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มก่อนได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่ นูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ อยู่ในระดับปานกลางและกลุ่มก่อนได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง พบว่าระดับการรับรู้ความผาสุกโดยรวมของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 6 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มก่อนได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาล แบบเจ้าของไข้ที่ นูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ และกลุ่มก่อนได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน โดยรวมและรายด้าน

การรับรู้ความผาสุก	ก่อนได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน (n=15)			ก่อนได้รับการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ (n=15)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ด้านครอบครัว	2.88	0.31	ปานกลาง	3.12	0.45	ปานกลาง
2. ด้านการทำงาน	2.85	0.55	ปานกลาง	2.95	0.63	ปานกลาง
3. ด้านสังคม	2.88	0.42	ปานกลาง	2.97	0.63	ปานกลาง
รวม	2.87	0.39	ปานกลาง	3.01	0.51	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่าก่อนการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ทั้งกลุ่มก่อนได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่ นูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และกลุ่มก่อนได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางในทุกด้าน บอกค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนได้รับการปฏิบัติที่มุ่งการรักษาและก่อนได้รับการพยาบาลแบบเจ้าของไข้มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางทั้งสองกลุ่ม

ตารางที่ 7 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มก่อนได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และกลุ่มก่อนได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานด้านครอบครัว จำแนกเป็นรายชื่อ

ด้านครอบครัว	ก่อนได้รับรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน (n=15)			ก่อนได้รับการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ (n=15)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1.ท่านรู้สึกกระตือรือร้นเมื่อทำงาน....	3.13	1.246	ปานกลาง	3.13	1.060	ปานกลาง
2.ท่านรู้สึกตนเองมีคุณค่าที่สามารถ....	2.67	1.175	ปานกลาง	2.87	1.407	ปานกลาง
3.ท่านรู้สึกสุขใจเมื่อสมาชิกใน....	3.00	0.926	ปานกลาง	2.93	1.335	ปานกลาง
4.เมื่อท่านบริหารข้อเข่า สมาชิกใน...	2.93	1.033	ปานกลาง	2.87	1.356	ปานกลาง
5.ท่านรู้สึกดีใจเมื่อ...จะไปพักผ่อน...	2.73	1.223	ปานกลาง	2.73	1.335	ปานกลาง
6.ท่านรู้สึกสบายใจเมื่อ....	2.80	0.941	ปานกลาง	2.80	1.146	ปานกลาง
7.ท่านและสมาชิกในครอบครัว...อาหาร..	2.87	1.125	ปานกลาง	2.80	1.373	ปานกลาง
8.เมื่อท่านมีอาการปวดข้อเข่า ...	3.13	1.060	ปานกลาง	3.07	1.280	ปานกลาง
9.ท่านรู้สึกปลื้มปิติในตนเองเมื่อ...	2.73	1.100	ปานกลาง	2.80	1.265	ปานกลาง
10.ท่านชื่นชอบที่มีส่วนร่วมกับ...	3.00	0.926	ปานกลาง	2.87	1.246	ปานกลาง
11.ท่านและ...กันจัดสภาพแวดล้อม...	2.73	1.100	ปานกลาง	2.73	1.335	ปานกลาง
12.ท่านสามารถนอนหลับพักผ่อน...	2.87	1.125	ปานกลาง	2.93	1.223	ปานกลาง
รวม	2.88	0.310	ปานกลาง	3.12	0.450	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 พบว่าก่อนการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมด้านครอบครัวทั้งกลุ่มก่อนได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และกลุ่มก่อนได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในปานกลางในทุกรายชื่อ

ตารางที่ 8 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มก่อนได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และกลุ่มก่อนได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานด้านการทำงาน จำแนกเป็นรายชื่อ

ด้านการทำงาน	ก่อนได้รับรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน (n=15)			ก่อนได้รับการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ (n=5)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1.ท่านรู้สึกมั่นใจที่สามารถยืน...	3.07	1.335	ปานกลาง	3.13	1.552	ปานกลาง
2.ท่านรู้สึก...มีความลำบาก...	2.87	0.990	ปานกลาง	2.80	1.207	ปานกลาง
3.ท่านรู้สึกอึดอัดใจที่...	2.93	1.163	ปานกลาง	3.00	1.414	ปานกลาง
4.ท่านได้รับเชิญให้มีส่วนร่วม...	3.00	0.845	ปานกลาง	2.87	0.990	ปานกลาง
5.ขณะที่ท่านทำงานถ้าต้องยืน...	2.73	1.100	ปานกลาง	2.87	1.246	ปานกลาง
6.ท่านรู้สึก...เมื่อเพื่อนร่วมงาน...	2.87	1.125	ปานกลาง	3.07	1.100	ปานกลาง
7.ท่านรู้สึกเพลิดเพลินกับ...	2.87	0.990	ปานกลาง	2.73	1.387	ปานกลาง
8.ท่านรู้สึกยินดีเมื่อ...	2.93	0.884	ปานกลาง	2.73	1.033	ปานกลาง
9.ท่านรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า...	2.73	1.033	ปานกลาง	2.60	0.986	น้อย
10.ท่านมีความรับผิดชอบใน...	2.80	0.941	ปานกลาง	3.07	1.335	ปานกลาง
11.ท่านรู้สึกมั่นใจที่สามารถยืน ...	2.80	1.146	ปานกลาง	2.87	1.060	ปานกลาง
12.ท่านรู้สึกภูมิใจ แม้ว่าจะ...	2.67	1.047	ปานกลาง	3.20	0.862	ปานกลาง
รวม	2.85	0.549	ปานกลาง	2.95	0.634	ปานกลาง

จากตารางที่ 8 พบว่าก่อนการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมด้านการทำงานกลุ่มก่อนได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 11 ข้อ และมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยจำนวน 1 ข้อ คือ ข้อ “ท่านรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า...” และกลุ่มก่อนได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางในทุกข้อ

ตารางที่ 9 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มก่อนได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และกลุ่มก่อนได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานด้านสังคม จำแนกเป็นรายชื่อ

ด้านสังคม	ก่อนได้รับรูปแบบที่มุ่ง ความสำเร็จของงาน(n=15)			ก่อนได้รับการพยาบาล แบบเจ้าของไข้ (n=15)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1.ท่านปิติยินดีไปพบปะ...	2.73	1.100	ปานกลาง	2.67	1.234	ปานกลาง
2.ท่านรู้สึกสดชื่นร่าเริงเมื่อ...	2.93	1.163	ปานกลาง	3.00	1.000	ปานกลาง
3.ท่านยินดีเข้าร่วมเมื่อเพื่อนบ้าน...	2.80	0.775	ปานกลาง	3.13	1.187	ปานกลาง
4.ท่านได้รับเชิญให้มีส่วนร่วมใน...	3.00	0.926	ปานกลาง	3.20	1.146	ปานกลาง
5.ท่านรู้สึกมีความสุขเมื่อได้...	2.67	0.976	ปานกลาง	2.93	1.163	ปานกลาง
6.ท่านรู้สึกเป็นเกียรติที่ได้มีโอกาส...	2.73	0.884	ปานกลาง	2.93	1.033	ปานกลาง
7.ท่านรู้สึกปลื้มใจ เมื่อทราบว่าเพื่อน...	2.80	1.146	ปานกลาง	2.87	1.407	ปานกลาง
8.ท่านรู้สึกอึดอัดใจ เมื่อท่านมีส่วน...	3.13	1.060	ปานกลาง	3.07	1.163	ปานกลาง
9.ท่านรู้สึกจิตใจสงบ เมื่อได้เข้าร่วม...	3.00	1.363	ปานกลาง	3.13	1.407	ปานกลาง
10.ท่านแสดงความยินดีกับเพื่อน...	2.87	0.990	ปานกลาง	2.93	1.163	ปานกลาง
11.ท่านสุขใจเมื่อได้ไปร่วมงาน...	2.87	1.187	ปานกลาง	2.93	1.280	ปานกลาง
12.ท่านยินดีให้ความช่วยเหลือเมื่อ...	3.00	0.845	ปานกลาง	2.87	0.990	ปานกลาง
รวม	2.88	0.416	ปานกลาง	2.97	0.629	ปานกลาง

จากตารางที่ 9 พบว่าก่อนการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมด้านสังคมทั้งกลุ่มก่อนได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และกลุ่มก่อนได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางในทุกรายชื่อ

ตารางที่ 10 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และกลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน โดยรวม

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนคน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
กลุ่มควบคุม	15	2.93	0.34	ปานกลาง
กลุ่มทดลอง	15	4.02	0.83	มาก

จากตารางที่ 10 พบว่าหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนกลุ่มหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 11 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และกลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน โดยรวมและรายด้าน

การรับรู้ความผาสุก	หลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน (n=15)			หลังได้รับการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ (n=15)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ด้านครอบครัว	2.94	0.23	ปานกลาง	4.14	0.24	มาก
2. ด้านการทำงาน	2.93	0.51	ปานกลาง	3.95	0.42	มาก
3. ด้านสังคม	2.91	0.36	ปานกลาง	3.98	0.33	มาก
รวม	2.93	0.34	ปานกลาง	4.02	2.83	มาก

จากตารางที่ 11 พบว่าหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางในทุกด้าน ส่วนกลุ่มหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากในทุกด้านและค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานมีคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลาง แต่กลุ่มหลังได้รับการพยาบาลแบบเจ้าของไข้มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 12 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาล แบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และกลุ่มหลัง ได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานด้านครอบครัว จำแนกเป็นรายชื่อ

ด้านครอบครัว	หลังได้รับรูปแบบที่มุ่ง ความสำเร็จของงาน (n=15)			หลังได้รับการพยาบาล แบบเจ้าของไข้ (n=15)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1.ท่านรู้สึกกระตือรือร้นเมื่อทำงาน....	3.20	0.941	ปานกลาง	4.40	0.632	มากที่สุด
2.ท่านรู้สึกตนเองมีคุณค่าที่สามารถ....	2.80	1.014	ปานกลาง	3.87	1.125	มาก
3.ท่านรู้สึกสุขใจเมื่อสมาชิกใน....	3.00	0.926	ปานกลาง	3.87	0.516	มาก
4.เมื่อท่านบริหารข้อเข่า สมาชิกใน...	2.93	0.961	ปานกลาง	4.20	0.862	มาก
5.ท่านรู้สึกดีใจเมื่อ...จะไปพักผ่อน...	2.87	1.060	ปานกลาง	3.93	0.799	มาก
6.ท่านรู้สึกสบายใจเมื่อ....	2.80	0.775	ปานกลาง	3.87	0.640	มาก
7.ท่านและสมาชิกในครอบครัว...อาหาร..	2.93	0.884	ปานกลาง	4.13	0.743	มาก
8.เมื่อท่านมีอาการปวดข้อเข่า ...	3.13	0.834	ปานกลาง	4.53	0.640	มากที่สุด
9.ท่านรู้สึกปลื้มปิติในตนเองเมื่อ...	2.80	0.775	ปานกลาง	4.40	0.507	มากที่สุด
10.ท่านชื่นชอบที่มีส่วนร่วมกับ...	3.07	0.884	ปานกลาง	4.13	0.834	มาก
11.ท่านและ...กันจัดสภาพแวดล้อม...	2.80	0.862	ปานกลาง	4.20	0.561	มาก
12.ท่านสามารถนอนหลับพักผ่อน...	3.00	1.000	ปานกลาง	4.13	0.516	มาก
รวม	2.94	0.228	ปานกลาง	4.14	0.240	มาก

จากตารางที่ 12 พบว่าหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ด้านครอบครัวของกลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางในทุกรายชื่อ ส่วนกลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากจำนวน 9 ข้อ และมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดจำนวน 3 ข้อ คือข้อ “ท่านรู้สึกกระตือรือร้นเมื่อทำงาน....” และข้อ “เมื่อท่านมีอาการปวดข้อเข่า ...” และ ข้อ “ท่านรู้สึกปลื้มปิติในตนเองเมื่อ...”

ตารางที่ 13 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาล แบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และกลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน ด้านการทำงาน จำแนกเป็นรายชื่อ

ด้านการทำงาน	หลังได้รับรูปแบบที่มุ่ง ความสำเร็จของงาน(n=15)			หลังได้รับการพยาบาล แบบเจ้าของไข้ (n=15)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1.ท่านรู้สึกมั่นใจที่สามารถยืน...	3.13	1.125	ปานกลาง	3.80	1.320	มาก
2.ท่านรู้สึก...มีความลำบาก...	2.93	0.884	ปานกลาง	3.87	0.640	มาก
3.ท่านรู้สึกอึดอัดใจที่...	3.00	1.069	ปานกลาง	3.80	0.862	มาก
4.ท่านได้รับเชิญให้มีส่วนร่วม...	3.00	0.655	ปานกลาง	4.07	0.799	มาก
5.ขณะที่ท่านทำงานถ้าต้องยืน...	2.80	1.014	ปานกลาง	3.93	0.961	มาก
6.ท่านรู้สึก...เมื่อเพื่อนร่วมงาน...	2.93	1.033	ปานกลาง	4.07	0.594	มาก
7.ท่านรู้สึกเพลิดเพลินกับ...	2.93	0.884	ปานกลาง	3.93	0.884	มาก
8.ท่านรู้สึกยินดีเมื่อ...	2.93	0.704	ปานกลาง	4.07	0.594	มาก
9.ท่านรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า...	3.07	1.033	ปานกลาง	3.80	0.862	มาก
10.ท่านมีความรับผิดชอบใน...	2.87	0.743	ปานกลาง	4.07	0.704	มาก
11.ท่านรู้สึกมั่นใจที่สามารถยืน ...	2.73	1.033	ปานกลาง	4.00	1.000	มาก
12.ท่านรู้สึกภูมิใจ แม้ว่าจะ...	2.87	0.990	ปานกลาง	4.07	0.704	มาก
รวม	2.93	0.513	ปานกลาง	3.95	0.418	มาก

จากตารางที่ 13 พบว่าหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ด้านการทำงานของกลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางทุกรายชื่อ ส่วนกลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทุกรายชื่อ

ตารางที่ 14 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ และกลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน ด้านสังคม จำแนกเป็นรายชื่อ

ด้านสังคม	หลังได้รับรูปแบบที่มุ่ง ความสำเร็จของงาน(n=15)			หลังได้รับการพยาบาล แบบเจ้าของไข้ (n=15)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1.ท่านยินดีไปพบปะ...	2.93	0.961	ปานกลาง	3.93	0.594	มาก
2.ท่านรู้สึกสดชื่นร่าเริงเมื่อ...	2.93	0.884	ปานกลาง	4.13	0.834	มาก
3.ท่านยินดีเข้าร่วมเมื่อเพื่อนบ้าน...	2.87	0.990	ปานกลาง	3.93	0.799	มาก
4.ท่านได้รับเชิญให้มีส่วนร่วมใน...	2.87	0.743	ปานกลาง	3.93	0.704	มาก
5.ท่านรู้สึกมีความสุขเมื่อได้...	2.93	0.799	ปานกลาง	4.07	0.704	มาก
6.ท่านรู้สึกเป็นเกียรติที่ได้มีโอกาส...	2.87	0.743	ปานกลาง	4.26	0.676	มากที่สุด
7.ท่านรู้สึกปลื้มใจ เมื่อทราบว่าเพื่อน...	2.93	0.961	ปานกลาง	4.00	0.845	มาก
8.ท่านรู้สึกอึดอัดใจ เมื่อท่านมีส่วน...	2.93	0.884	ปานกลาง	3.93	0.458	มาก
9.ท่านรู้สึกจิตใจสงบ เมื่อได้เข้าร่วม...	2.87	0.834	ปานกลาง	3.93	0.884	มาก
10.ท่านแสดงความยินดีกับเพื่อน...	3.00	0.926	ปานกลาง	3.87	0.640	มาก
11.ท่านสุขใจเมื่อได้ไปร่วมงาน...	2.87	0.743	ปานกลาง	3.87	0.640	มาก
12.ท่านยินดีให้ความช่วยเหลือเมื่อ...	2.87	0.743	ปานกลาง	3.93	0.704	มาก
รวม	2.91	0.365	ปานกลาง	3.98	0.333	มาก

จากตารางที่ 14 พบว่าหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ด้านสังคมของกลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางในทุกรายชื่อ ส่วนกลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากจำนวน 11 ข้อ และมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดจำนวน 1 ข้อ คือข้อ “ท่านรู้สึกเป็นเกียรติที่ได้มีโอกาส...”

ตารางที่ 15 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

การรับรู้ความผาสุก	ก่อนได้รับการพยาบาล แบบเจ้าของไข้ (n=15)			หลังได้รับการพยาบาล แบบเจ้าของไข้ (n=15)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1.ด้านครอบครัว	3.12	0.451	ปานกลาง	4.14	0.240	มาก
2.ด้านการทำงาน	2.95	0.635	ปานกลาง	3.95	0.418	มาก
3.ด้านสังคม	2.97	0.629	ปานกลาง	3.98	0.333	มาก
รวม	3.01	0.509	ปานกลาง	4.02	0.284	มาก

จากตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ในทุกด้าน และหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากในทุกด้าน และค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมก่อนได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบกับหลังได้รับการพยาบาลแบบเจ้าของไข้อยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 16 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน

การรับรู้ความผาสุก	ก่อนได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่ง ความสำเร็จของงาน(n=15)			หลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่ มุ่งความสำเร็จของงาน (n=15)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1.ด้านครอบครัว	2.88	0.310	ปานกลาง	2.94	0.228	ปานกลาง
2.ด้านการทำงาน	2.85	0.549	ปานกลาง	2.93	0.513	ปานกลาง
3.ด้านสังคม	2.88	0.416	ปานกลาง	2.91	0.365	ปานกลาง
รวม	2.87	0.388	ปานกลาง	2.93	0.338	ปานกลาง

จากตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางในทุกด้านและค่าเฉลี่ยโดยรวมก่อนและหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างกลุ่มก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และกลุ่มก่อนและหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และกลุ่มก่อนและหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน โดยใช้สถิติ

Mann-Whitney U Test

การรับรู้ความผาสุก		n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
ก่อนทดลอง	กลุ่มควบคุม	15	2.87	0.387	14.00	210.00	-0.936
	กลุ่มทดลอง	15	3.01	0.509	17.00	255.00	
หลังทดลอง	กลุ่มควบคุม	15	2.93	0.338	8.13	122.00	-4.586*
	กลุ่มทดลอง	15	4.02	0.283	22.87	343.00	

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 17 การรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนทดลองกลุ่มก่อนได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และกลุ่มก่อนได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน มีการรับรู้ความผาสุกในระดับปานกลางเหมือนกัน หลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ มีการรับรู้ความผาสุกสูงกว่ากลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มก่อนและหลัง ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์และกลุ่มก่อนและหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน จำแนกตามราย ด้าน โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

การรับรู้ความ ผาสุก	การ ทดลอง	กลุ่มตัวอย่าง (n=15)	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1. ด้านครอบครัว	ก่อน	กลุ่มควบคุม	2.88	0.310	13.03	195.50	-1.540
		กลุ่มทดลอง	3.12	0.451	17.97	269.50	
	หลัง	กลุ่มควบคุม	2.94	0.228	8.00	120.00	-4.687*
		กลุ่มทดลอง	4.14	0.240	23.00	345.00	
2. ด้านการทำงาน	ก่อน	กลุ่มควบคุม	2.85	0.549	14.83	222.50	-0.415
		กลุ่มทดลอง	2.95	0.635	16.17	242.50	
	หลัง	กลุ่มควบคุม	2.93	0.513	9.07	136.00	-4.008*
		กลุ่มทดลอง	3.95	0.418	21.93	329.00	
3. ด้านสังคม	ก่อน	กลุ่มควบคุม	2.88	0.416	14.80	222.00	-0.437
		กลุ่มทดลอง	2.97	0.629	16.20	243.00	
	หลัง	กลุ่มควบคุม	2.91	0.365	8.23	123.5	-4.529*
		กลุ่มทดลอง	3.98	0.33	22.77	341.50	
รวม	ก่อน	กลุ่มควบคุม	2.87	0.387	14.00	210.00	-0.936
		กลุ่มทดลอง	3.01	0.509	17.00	255.00	
	หลัง	กลุ่มควบคุม	2.93	0.338	8.13	122.00	-4.586*
		กลุ่มทดลอง	4.02	0.284	22.87	343.00	

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 18 พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบ การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มีการรับรู้ความผาสุก ทั้งโดยรวมและรายด้าน สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน ด้านครอบครัวจำแนกรายข้อ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

ด้านครอบครัว	กลุ่มตัวอย่าง (n=15)	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1.ท่านรู้สึกกระฉับกระเฉงเมื่อทำงาน	กลุ่มควบคุม	3.20	0.941	10.43	156.50	-3.309*
....	กลุ่มทดลอง	4.40	0.632	20.57	308.50	
2.ท่านรู้สึกตนเองมีคุณค่าที่สามารถ	กลุ่มควบคุม	2.80	1.014	11.53	173.00	-2.548*
....	กลุ่มทดลอง	3.87	1.125	19.47	292.00	
3.ท่านรู้สึกสุขใจเมื่อสมาชิกใน....	กลุ่มควบคุม	3.00	0.926	11.70	175.50	-2.639*
	กลุ่มทดลอง	3.87	0.516	19.30	289.50	
4.เมื่อท่านบริหารข้อเข่าสมาชิกใน..	กลุ่มควบคุม	2.93	0.961	10.60	159.00	-3.160*
	กลุ่มทดลอง	4.20	0.862	20.40	306.00	
5.ท่านรู้สึกดีใจเมื่อ..จะไปพักผ่อน..	กลุ่มควบคุม	2.87	1.060	11.47	172.00	-2.706*
	กลุ่มทดลอง	3.93	0.799	19.53	293.00	
6.ท่านรู้สึกสบายใจเมื่อ....	กลุ่มควบคุม	2.80	0.775	10.50	157.50	-3.294*
	กลุ่มทดลอง	3.87	0.640	20.50	307.50	
7.ท่านและสมาชิกในครอบครัว...	กลุ่มควบคุม	2.93	0.884	10.43	156.50	-3.306*
อาหาร...	กลุ่มทดลอง	4.13	0.743	20.57	308.50	
8.เมื่อท่านมีอาการปวดข้อเข่า ...	กลุ่มควบคุม	3.13	0.834	9.57	143.50	-3.861*
	กลุ่มทดลอง	4.53	0.640	21.43	321.50	
9.ท่านรู้สึกปลื้มปิติในตนเองเมื่อ...	กลุ่มควบคุม	2.80	0.775	8.90	133.50	-4.297*
	กลุ่มทดลอง	4.40	0.507	22.10	331.50	
10.ท่านชื่นชอบที่มีส่วนร่วมกับ....	กลุ่มควบคุม	3.07	0.884	11.03	165.50	-2.901*
	กลุ่มทดลอง	4.13	0.834	19.97	299.50	
11.ท่านและ..กันจัดสภาพแวดล้อม.	กลุ่มควบคุม	2.80	0.862	9.73	146.00	-3.825*
	กลุ่มทดลอง	4.20	0.561	21.27	319.00	

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน ด้านครอบครัวจำแนกรายข้อ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test (ต่อ)

ด้านครอบครัว	กลุ่มตัวอย่าง (n=15)	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
12.ท่านสามารถนอนหลับพักผ่อน.	กลุ่มควบคุม	3.00	1.000	10.73	161.00	-3.293*
	กลุ่มทดลอง	4.13	0.516	20.27	304.00	
รวม	กลุ่มควบคุม	2.94	0.228	8.00	120.00	-4.687*
	กลุ่มทดลอง	4.14	0.240	23.00	345.00	

*p < 0.05

จากตารางที่ 19 พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม หลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบ การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ มีการรับรู้ความผาสุกด้าน ครอบครัวทั้งโดยรวมและรายข้อ สูงกว่ากลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และกลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน ด้านการทำงาน จำแนกรายข้อ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

ด้านการทำงาน	กลุ่มตัวอย่าง (n=15)	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1.ท่านรู้สึกมั่นใจที่สามารถยืน...	กลุ่มควบคุม	3.13	1.125	13.07	196.00	-1.562*
	กลุ่มทดลอง	3.80	1.320	17.93	269.00	
2.ท่านรู้สึก...มีความลำบาก...	กลุ่มควบคุม	2.93	0.884	11.00	165.00	-2.957*
	กลุ่มทดลอง	3.87	0.640	20.00	300.00	
3.ท่านรู้สึกอึดอัดใจที่...	กลุ่มควบคุม	3.00	1.069	12.13	182.00	-2.172*
	กลุ่มทดลอง	3.80	0.862	18.87	283.00	

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และกลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน ด้านการทำงาน จำแนกรายข้อ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test (ต่อ)

ด้านการทำงาน	กลุ่มตัวอย่าง (n=15)	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
4.ท่านได้รับเชิญให้มีส่วนร่วม...	กลุ่มควบคุม	3.00	0.655	10.30	154.50	-3.419*
	กลุ่มทดลอง	4.07	0.799	20.70	310.50	
5.ขณะที่ท่านทำงานถ้าต้องยืน...	กลุ่มควบคุม	2.80	1.014	11.13	167.00	-2.811*
	กลุ่มทดลอง	3.93	0.961	19.87	298.00	
6.ท่านรู้สึก...เมื่อเพื่อนร่วมงาน...	กลุ่มควบคุม	2.93	1.033	11.00	165.00	-3.057*
	กลุ่มทดลอง	4.07	0.594	20.00	300.00	
7.ท่านรู้สึกเพลิดเพลินกับ...	กลุ่มควบคุม	2.93	0.884	11.27	169.00	-2.761*
	กลุ่มทดลอง	3.93	0.884	19.73	296.00	
8.ท่านรู้สึกยินดีเมื่อ...	กลุ่มควบคุม	2.93	0.704	9.93	149.00	-3.694*
	กลุ่มทดลอง	4.07	0.594	21.07	316.00	
9.ท่านรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า...	กลุ่มควบคุม	3.07	1.033	12.30	184.50	-2.071*
	กลุ่มทดลอง	3.80	0.862	18.70	280.50	
10.ท่านมีความรับผิดชอบใน...	กลุ่มควบคุม	2.87	0.743	10.10	151.50	-3.526*
	กลุ่มทดลอง	4.07	0.704	20.90	313.50	
11.ท่านรู้สึกมั่นใจที่สามารถขึ้น ...	กลุ่มควบคุม	2.73	1.033	10.93	164.00	-2.932*
	กลุ่มทดลอง	4.00	1.000	20.07	301.00	
12.ท่านรู้สึกภูมิใจ แม้ว่าจะ...	กลุ่มควบคุม	2.87	0.990	10.73	161.00	-3.126*
	กลุ่มทดลอง	4.07	0.704	20.27	304.00	
รวม	กลุ่มควบคุม	2.93	0.513	9.07	136.00	-4.008*
	กลุ่มทดลอง	3.95	0.418	21.93	329.00	

*p< 0.05

จากตารางที่ 20 พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม หลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มีการรับรู้ความผาสุกด้านการทำงานโดยรวมและรายข้อ สูงกว่ากลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม หลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และกลุ่มหลัง ได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน ด้านสังคม จำแนกรายข้อ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

ด้านสังคม	กลุ่มตัวอย่าง (n=15)	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1.ท่านปกติ ยินดีไปพบปะ...	กลุ่มควบคุม	2.93	0.961	11.40	171.00	-2.797*
	กลุ่มทดลอง	3.93	0.594	19.60	294.00	
2.ท่านรู้สึกสดชื่นร่าเริงเมื่อ...	กลุ่มควบคุม	2.93	0.884	10.50	157.50	-3.227*
	กลุ่มทดลอง	4.13	0.834	20.50	307.50	
3.ท่านยินดีเข้าร่วมเมื่อเพื่อนบ้าน...	กลุ่มควบคุม	2.87	0.990	11.20	168.00	-2.848*
	กลุ่มทดลอง	3.93	0.799	19.80	297.00	
4.ท่านได้รับเชิญให้มีส่วนร่วมใน...	กลุ่มควบคุม	2.87	0.743	10.53	158.00	-3.263*
	กลุ่มทดลอง	3.93	0.704	20.47	307.00	
5.ท่านรู้สึกมีความสุขเมื่อได้...	กลุ่มควบคุม	2.93	0.799	10.30	154.50	-3.439*
	กลุ่มทดลอง	4.07	0.704	20.70	310.50	
6.ท่านรู้สึกเป็นเกียรติที่ได้มีโอกาส.	กลุ่มควบคุม	2.87	0.743	9.67	145.00	-3.793*
	กลุ่มทดลอง	4.20	0.676	21.33	320.00	
7.ท่านรู้สึกปลื้มใจเมื่อทราบว่าเพื่อน.	กลุ่มควบคุม	2.93	0.961	10.97	164.50	-2.941*
	กลุ่มทดลอง	4.00	0.845	20.03	300.50	
8.ท่านรู้สึกอึดใจเมื่อท่านมีส่วน.	กลุ่มควบคุม	2.93	0.884	10.60	159.00	-3.364*
	กลุ่มทดลอง	3.93	0.458	20.40	306.00	
9.ท่านรู้สึกจิตใจสงบ เมื่อได้เข้าร่วม	กลุ่มควบคุม	2.87	0.834	10.93	164.00	-2.979*
...	กลุ่มทดลอง	3.93	0.884	20.07	301.00	

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม หลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และกลุ่มหลัง ได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน ด้านสังคม จำแนกรายข้อ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test (ต่อ)

ด้านสังคม	กลุ่มตัวอย่าง (n=15)	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
10.ท่านแสดงความยินดีกับเพื่อน...	กลุ่มควบคุม	3.00	0.926	11.43	171.50	-2.675*
	กลุ่มทดลอง	3.86	0.640	19.57	293.50	
11.ท่านสุขใจเมื่อได้ไปร่วมงาน...	กลุ่มควบคุม	2.87	0.743	10.63	159.50	-3.223*
	กลุ่มทดลอง	3.87	0.640	20.37	305.50	
12.ท่านยินดีให้ความช่วยเหลือเมื่อ...	กลุ่มควบคุม	2.87	0.743	10.53	158.00	-3.263*
	กลุ่มทดลอง	3.93	0.704	20.47	307.00	
รวม	กลุ่มควบคุม	2.91	0.365	8.23	123.50	-4.529*
	กลุ่มทดลอง	3.98	0.333	22.77	341.50	

*p<0.05

จากตารางที่ 21 พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ มีการรับรู้ความผาสุกด้านสังคมทั้งโดยรวมและรายข้อสูงกว่ากลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อน และหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

ตารางที่ 22 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลัง ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

การรับรู้ความผาสุก	N	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
ก่อนทดลอง	15	3.01	0.509	0.00	0.00	-4.783*
หลังทดลอง	15	4.02	0.283			

*p < 0.05

จากตารางที่ 22 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลัง ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ สูงกว่าก่อนได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 23 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลัง ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ จำแนกตามรายด้าน โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

การรับรู้ความผาสุก	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean	Sum	Z
	(n=15)		(n=15)		Rank	of Ranks	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
1.ด้านครอบครัว	3.12	0.451	4.14	0.240	0.00	0.00	-4.788*
2.ด้านการทำงาน	2.95	0.635	3.95	0.418	0.00	0.00	-4.786*
3. ด้านสังคม	2.97	0.629	3.98	0.333	0.00	0.00	-4.786*
รวม	3.01	0.509	4.02	0.284	0.00	0.00	-4.783*

*p < 0.05

จากตารางที่ 23 พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม หลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ มีการรับรู้ความผาสุกทั้งโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลองของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 3 ด้านคือ ด้านครอบครัว ด้านการทำงาน และด้านสังคม ที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 24 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ด้านครอบครัว จำแนกรายข้อ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

ด้านครอบครัว	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean	Sum of	Z
	(n=15)		(n=15)		Rank	Ranks	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
1.ท่านรู้สึกกระตือรือร้นเมื่อทำงาน.	3.13	1.060	4.40	0.632	0.00	0.00	-4.785*
2.ท่านรู้สึกตนเองมีคุณค่าที่สามารถ...	2.87	1.407	3.87	1.125	4.00	4.00	-4.415*
3.ท่านรู้สึกสุขใจเมื่อสมาชิกใน....	2.93	1.335	3.87	0.516	0.00	0.00	-4.662*
4.เมื่อท่านบริหารข้อเข่า สมาชิกใน...	2.87	1.356	4.20	0.862	0.00	0.00	-4.522*
5.ท่านรู้สึกดีใจเมื่อ...จะไปพักผ่อน...	2.73	1.335	3.93	0.799	0.00	0.00	-4.535*
6.ท่านรู้สึกสบายใจเมื่อ....	2.80	1.146	3.87	0.640	0.00	0.00	-4.709*
7.ท่านและสมาชิกในครอบครัว.อาหาร	2.80	1.373	4.13	0.743	0.00	0.00	-4.592*
8.เมื่อท่านมีอาการปวดข้อเข่า ...	3.07	1.280	4.53	0.640	0.00	0.00	-4.699*
9.ท่านรู้สึกปลื้มปิติในตนเองเมื่อ...	2.80	1.265	4.40	0.507	0.00	0.00	-4.695*
10.ท่านชื่นชอบที่มีส่วนร่วมกับ...	2.87	1.246	4.13	0.834	0.00	0.00	-4.683*
11.ท่านและ...กันจัดสภาพแวดล้อม...	2.73	1.335	4.20	0.561	0.00	0.00	-4.627*
12.ท่านสามารถนอนหลับพักผ่อน...	2.93	1.223	4.13	0.516	0.00	0.00	-4.709*
รวม	3.12	0.451	4.14	0.240	0.00	0.00	-4.788*

*p < 0.05

จากตารางที่ 24 พบว่าการรับรู้ความผาสุกด้านครอบครัวทั้งโดยรวมและรายข้อของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์สูงกว่าก่อนได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 25 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ด้านการทำงาน จำแนกรายข้อ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

ด้านการทำงาน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean	Sum of	Z
	(n=15)		(n=15)		Rank	Ranks	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
1.ท่านรู้สึกมั่นใจที่สามารถยืน...	3.13	1.552	3.80	1.320	3.50	3.50	-4.317*
2.ท่านรู้สึก...มีความลำบาก...	2.80	1.207	3.87	0.640	0.00	0.00	-4.723*
3.ท่านรู้สึกอึดอัดใจที่...	3.00	1.414	3.80	0.862	0.00	0.00	-4.587*
4.ท่านได้รับเชิญให้มีส่วนร่วม...	2.87	0.990	4.07	0.799	0.00	0.00	-4.702*
5.ขณะที่ท่านทำงานถ้าต้องยืน...	2.87	1.246	3.93	0.961	0.00	0.00	-4.535*
6.ท่านรู้สึก...เมื่อเพื่อนร่วมงาน...	3.07	1.100	4.07	0.594	0.00	0.00	-4.784*
7.ท่านรู้สึกเพลิดเพลินกับ...	2.73	1.387	3.93	0.884	0.00	0.00	-4.505*
8.ท่านรู้สึกยินดีเมื่อ...	2.73	1.033	4.07	0.594	0.00	0.00	-4.797*
9.ท่านรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า...	2.60	0.986	3.80	0.862	0.00	0.00	-4.615*
10.ท่านมีความรับผิดชอบใน...	3.07	1.335	4.07	0.704	0.00	0.00	-4.751*
11.ท่านรู้สึกมั่นใจที่สามารถยืน ...	2.87	1.060	4.00	1.000	0.00	0.00	-4.609*
12.ท่านรู้สึกภูมิใจ แม้ว่าจะ...	3.20	0.862	4.07	0.704	0.00	0.00	-4.855*
รวม	2.95	0.634	3.95	0.418	0.00	0.00	-4.786*

*p < 0.05

จากตารางที่ 25 การรับรู้ความผาสุกของ ด้านการทำงานทั้งโดยรวมและรายข้อของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม หลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ สูงกว่าก่อนได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 26 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ด้านสังคม จำแนกรายข้อ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

ด้านสังคม	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean	Sum	Z
	(n=15)		(n =15)		Rank	of	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		Ranks	
1.ท่านปีติ ยินดีไปพบปะ...	2.67	1.234	3.93	0.594	0.00	0.00	-4.630*
2.ท่านรู้สึกสดชื่นร่าเริงเมื่อ...	3.00	1.000	4.13	0.834	0.00	0.00	-4.703*
3.ท่านยินดีเข้าร่วมเมื่อเพื่อนบ้าน...	3.13	1.187	3.93	0.799	0.00	0.00	-4.692*
4.ท่านได้รับเชิญให้มีส่วนร่วมใน...	3.20	1.146	3.93	0.704	0.00	0.00	-4.770*
5.ท่านรู้สึกมีความสุขเมื่อได้...	2.93	1.163	4.07	0.704	0.00	0.00	-4.771*
6.ท่านรู้สึกเป็นเกียรติที่ได้มีโอกาส...	2.93	1.033	4.26	0.676	0.00	0.00	-4.784*
7.ท่านรู้สึกปลื้มใจเมื่อทราบว่าเพื่อน..	2.87	1.407	4.00	0.845	0.00	0.00	-4.509*
8.ท่านรู้สึกอึดเอิบใจ เมื่อท่านมีส่วน...	3.07	1.163	3.93	0.458	0.00	0.00	-4.826*
9.ท่านรู้สึกจิตใจสงบ เมื่อได้เข้าร่วม...	3.13	1.407	3.93	0.884	0.00	0.00	-4.585*
10.ท่านแสดงความยินดีกับเพื่อน.....	2.93	1.163	3.87	0.640	0.00	0.00	-4.786*
11.ท่านสุขใจเมื่อได้ไปร่วมงาน.....	2.93	1.280	3.87	0.640	0.00	0.00	-4.695*
12.ท่านยินดีให้ความช่วยเหลือเมื่อ...	2.87	0.990	3.93	0.704	0.00	0.00	-4.772*
รวม	2.97	0.629	3.98	0.333	0.00	0.00	-4.786*

*p < 0.05

จากตารางที่ 26 การรับรู้ความผาสุกด้านสังคมทั้งโดยรวมและรายข้อของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม หลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ สูงกว่าก่อนได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 5

การสรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองสร้างรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมโดยผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจัดทำเป็นคู่มือให้พยาบาลเจ้าของไข้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และนำมาทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่หน่วยตรวจและติดตามผลการรักษาออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน 2) เปรียบเทียบการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างกลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และกลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน และ 3) เปรียบเทียบการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีอายุตั้งแต่ 45-60 ปี มาตรวจที่หน่วยตรวจและติดตามผลการรักษาออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุตั้งแต่ 45-60 ปี ที่มาตรวจที่หน่วยตรวจและติดตามผลการรักษา ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด และยินดีเข้าร่วมการวิจัย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 15 คน จับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยกำหนดให้มีคุณลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด ในเรื่อง เพศ อายุและอาชีพ รวมระยะเวลาการศึกษากลุ่มควบคุม 3 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 3 มิถุนายน ถึงวันที่ 26 มิถุนายน 2556 และกลุ่มทดลอง 3 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 17 มิถุนายน ถึงวันที่ 10 กรกฎาคม 2556

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1) เครื่องมือที่ใช้ทดลอง คือรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดการพยาบาล

แบบเจ้าของไข้ (Marram, et al., 1974) แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, et al., 2006) และแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (กนกอร บุญพิทักษ์, 2556)

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดของทฤษฎีการรับรู้ความผาสุกตามแนวคิดของ Dunn (1957) ประกอบด้วยการรับรู้ความผาสุกด้านครอบครัว การรับรู้ความผาสุกด้านการทำงาน และการรับรู้ความผาสุกด้านสังคม ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดลองใช้แบบสอบถามการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่ห้องตรวจโรคกระดูกและข้อโรงพยาบาลบ้านโป่ง โดยแบบสอบถามการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.77 ค่าความเชื่อมั่นการรับรู้ความผาสุกด้านครอบครัว เท่ากับ 0.79 ค่าความเชื่อมั่นการรับรู้ความผาสุกด้านการทำงาน เท่ากับ 0.77 และค่าความเชื่อมั่นการรับรู้ความผาสุกด้านสังคมเท่ากับ 0.79

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูลพัฒนาเครื่องมือวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี และได้รับการอนุมัติดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กลุ่มตัวอย่างทุกคนยินดียใจเข้าร่วมการวิจัย โดยลงนามในแบบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่เข้าร่วมโครงการเป็นไปโดยความสมัครใจโดยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในการดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลการวิจัยไม่มีชื่อกลุ่มตัวอย่างปรากฏในรายงานการวิจัย การนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นภาพรวม

การดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานตามที่ปฏิบัติอยู่เดิม คือหัวหน้าหน่วยตรวจมอบหมายผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมให้กับพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในห้องนัดหมายผ่าตัดเป็นผู้ให้การพยาบาลกับผู้ป่วยทุกรายที่มีการนัดหมายผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในห้องนัดผ่าตัดจะให้การพยาบาล ให้คำแนะนำเรื่องการผ่าตัดและการปฏิบัติตัว ประเมินค่าใช้จ่ายในการทำผ่าตัด กำหนดวันนัดหมายให้กับผู้ป่วยเพื่อมาตรวจเช็คสุขภาพก่อนผ่าตัดและให้คำอธิบายในการเจาะเลือด เอ็กซเรย์ ปอด ตรวจคลื่นหัวใจ

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยได้มีการเตรียมการทดลองโดยการสร้างเครื่องมือวิจัยทั้งหมด เลือกพื้นที่ทำการทดลองที่หน่วยตรวจและติดตามผลการรักษาออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดกรุงเทพมหานครผู้วิจัยได้

ชี้แจงให้หัวหน้าหน่วยตรวจและพยาบาลวิชาชีพทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย จัดอบรมตามโครงการอบรมเรื่องรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมแก่พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการจำนวน 5 คน ระดับหัวหน้าหน่วย 1 คนรวมเป็น 6 คน จัดอบรมในวันที่ 12 มิถุนายน 2556 ภายหลังการอบรมผู้วิจัยชี้แจงและสร้างความเข้าใจในการใช้คู่มือรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกับพยาบาลวิชาชีพทั้ง 6 คน ทดลองปฏิบัติตามรูปแบบและขั้นตอนที่กำหนดไว้ในคู่มือในวันที่ 13 มิถุนายน 2556 จำนวนที่ฝึกปฏิบัติพยาบาลวิชาชีพ 1 คนต่อผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม 1 คน หลังจากการฝึกปฏิบัติและพยาบาลวิชาชีพพร้อมปฏิบัติการพยาบาลตามคู่มือ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ หัวหน้าหน่วยมอบหมายผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 3 รายต่อพยาบาลเจ้าของไข้ 1 คนจนครบ 15 ราย ดำเนินการทดลองตั้งแต่วันที่ 17 มิถุนายน ถึงวันที่ 10 กรกฎาคม 2556 รวมระยะเวลา 3 สัปดาห์

การรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเลือกผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ตามคุณสมบัติที่กำหนดและมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มทดลองที่เลือกไว้แล้ว หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและให้ลงนามแสดงความยินดีเข้าร่วมการวิจัยในแบบพหุทัศย์ในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองด้วยแบบสอบถามการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในระหว่างวันที่ 3-5 มิถุนายน 2556 สัมภาษณ์กลุ่มควบคุมก่อนที่จะได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานเมื่อผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมครั้งที่ 1 (Pre test) เรียบร้อยแล้ว พยาบาลวิชาชีพให้การปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานเมื่อครบ 3 สัปดาห์ผู้วิจัยนัดสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ครั้งที่ 2 (Post test) ในวันที่ 24-26 มิถุนายน 2556 โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับครั้งแรก

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเลือกผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและให้ลงนามแสดงความยินดีเข้าร่วมการวิจัยในแบบพหุทัศย์ในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ด้วยแบบสอบถามการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในระหว่างวันที่ 17 - 19 มิถุนายน 2556 สัมภาษณ์กลุ่มทดลองก่อนที่จะได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์เมื่อผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมครั้งที่ 1 (Pre test) เรียบร้อยแล้ว หัวหน้าหน่วยมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเรื่องรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมรับผิดชอบเป็นพยาบาลเจ้าของไข้โดยปฏิบัติการพยาบาลตามคู่มือรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่

บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจนครบตามชุดกิจกรรมการพยาบาลจำนวน 3 สัปดาห์ หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมครั้งที่ 2 (Post test) ในระหว่างวันที่ 8-10 กรกฎาคม 2556 โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับครั้งแรก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลใช้การวิเคราะห์แจกแจงความถี่และร้อยละ ระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวิเคราะห์โดยใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และกลุ่มควบคุมหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานใช้สถิติทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกันของ Mann-Whitney U Test และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ใช้สถิติการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่สัมพันธ์กันของ Wilcoxon signed ranks test

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 ระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ผลการวิจัย ดังนี้

1) ระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (ตารางที่ 5) ก่อนได้รับการพยาบาลกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.01$) และกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.87$) พิจารณาพบว่าระดับการรับรู้ความผาสุกโดยรวมของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

2) ระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทั้งกลุ่มก่อนได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และกลุ่มก่อนได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน (ตารางที่ 6) มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางในทุกด้าน

3) ระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนได้รับการพยาบาลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมด้านครอบครัว ด้านการทำงาน ด้านสังคมทั้ง 3 ด้าน (ตารางที่ 7-9) อยู่ในระดับปานกลางเหมือนกัน และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ทุกข้อมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ยกเว้น (ตารางที่ 8) ด้านการทำงาน กลุ่มก่อนได้รับการพยาบาลตามรูปแบบ

การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 11 ข้อ และมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยจำนวน 1 ข้อ คือ ข้อ “ท่านรู้สึกว่าคุณค่าที่ท่านสามารถโน้มน้าวเพื่อนร่วมงานให้มาร่วมทำกิจกรรมส่วนรวมของหน่วยงานได้” และกลุ่มก่อนได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางในทุกข้อ

4) ระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน (ตารางที่ 10) มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.93$) ส่วนกลุ่มหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.02$)

5) ระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน (ตารางที่ 11) มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางในทุกด้าน ส่วนกลุ่มหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากในทุกด้าน และค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานมีคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.93$) แต่กลุ่มหลังได้รับการพยาบาลแบบเจ้าของไข้มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.02$) พิจารณารายด้านและรายชื่อได้ดังนี้

5.1) ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมด้านครอบครัว กลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติกรพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (ตารางที่ 12) มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านครอบครัว โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.14$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากจำนวน 9 ข้อ และมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดจำนวน 3 ข้อ คือข้อ “ท่านรู้สึกกระตือรือร้นเมื่อทำงานบ้านที่เหมาะสมกับการเคลื่อนไหวร่างกายของท่าน” และข้อ “เมื่อท่านมีอาการปวดข้อเข่า สมาชิกในครอบครัวจะช่วยเหลือท่านโดยการประคบร้อนเพื่อบรรเทาอาการปวด” และ ข้อ “ท่านรู้สึกปลื้มปิติในตนเองเมื่อสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตามคำแนะนำของท่าน” ส่วนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.94$) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางทุกข้อเช่นเดียวกัน

5.2) ระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมด้านการทำงานกลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติกรพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (ตารางที่ 13) มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.95$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทุกข้อเช่นเดียวกัน ส่วนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่ง

ความสำเร็จของงานมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.93$) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางทุกข้อเช่นเดียวกัน

5.3) ระดับการรับรู้ความผาสุกด้านสังคมของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (ตารางที่ 14) มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.98$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดจำนวน 1 ข้อคือ ข้อ “ท่านรู้สึกเป็นเกียรติที่ได้มีโอกาสเป็นผู้ถ่ายทอดวัฒนธรรมประจำท้องถิ่นให้กับเยาวชน” ส่วนข้อ ก11 ข้อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ส่วนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.91$) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางทุกข้อเช่นเดียวกัน

5.1.2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างกลุ่มก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และกลุ่มก่อนและหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน

1) การรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนการทดลองกลุ่มก่อนได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มีการรับรู้ความผาสุกสูงกว่ากลุ่มก่อนได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน (ตารางที่ 17) หลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มีการรับรู้ความผาสุกมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.02$) ส่วนกลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.93$) วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาล เจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์พบว่าสูงกว่ากลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์สูงกว่ากลุ่ม หลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน พิจารณารายด้านและรายข้อได้ดังนี้

1.1) การรับรู้ความผาสุกด้านครอบครัว (ตารางที่ 19) ของกลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.14$) สูงกว่ากลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.94$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบพบว่าระดับการรับรู้ความผาสุกด้านครอบครัวทั้งโดยรวม

และรายชื่อ ของกลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ สูงกว่ากลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1.2) การรับรู้ความผาสุกด้านการทำงาน (ตารางที่ 20) กลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตาม รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มีค่าคะแนน เฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.95$) ส่วนกลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานมี ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.93$) เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบพบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม หลังได้รับการปฏิบัติกรพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการ ส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มีการรับรู้ความผาสุกด้านการทำงานทั้งโดยรวมและรายข้อ สูงกว่ากลุ่ม หลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่ง สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1

1.3) การรับรู้ความผาสุกด้านสังคม (ตารางที่ 21) กลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบ การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ใน ระดับมาก ($\bar{X} = 3.98$) ส่วนกลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานมีค่าคะแนน เฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.91$) เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบพบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับ การปฏิบัติกรพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ ของเพนเดอร์มีการรับรู้ความผาสุกด้านสังคมทั้งโดยรวมและรายข้อ สูงกว่ากลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติ ตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 1

5.1.3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังได้รับ การปฏิบัติกรพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ ของเพนเดอร์

1) การรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มก่อนได้รับการปฏิบัติกรพยาบาลแบบ เจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (ตารางที่ 22) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X} = 3.01$) และหลังได้รับการปฏิบัติกรพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.02$) วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนน เฉลี่ยระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมพบว่า หลังได้รับการปฏิบัติกรพยาบาลแบบ เจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับ การปฏิบัติกรพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า การรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรค

ข้อเข้าเสื่อมหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ สูงกว่าก่อนได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พิจารณาตามรายด้านและรายชื่อได้ดังนี้

1.1) การรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อม เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน (ตารางที่ 23) พบว่า ระดับการรับรู้ความผาสุกด้านครอบครัวหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.14$) ซึ่งสูงกว่าก่อนได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ($\bar{X} = 3.12$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พิจารณาตามรายชื่อ (ตารางที่ 24) พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อมกลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มีการรับรู้ความผาสุกสูงขึ้นทุกข้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด มี 3 ข้อ คือ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.53$) “เมื่อท่านมีอาการปวดข้อเข้า สมาชิกในครอบครัวจะช่วยเหลือท่านโดยการประคบร้อน เพื่อบรรเทาอาการปวด” และ คะแนนเฉลี่ยรองลงมา ($\bar{X} = 4.40$) จำนวน 2 ข้อ คือ ข้อ “ท่านรู้สึกกระฉับกระเฉงเมื่อทำงานบ้านที่เหมาะสมกับการเคลื่อนไหวร่างกายของท่าน” และ ข้อ “ท่านรู้สึกปลื้มปิติในตนเองเมื่อสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตามคำแนะนำของท่าน” ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 3.87$) มีจำนวน 3 ใน 12 ข้อ

1.2) การรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อมด้านการทำงานหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.95$) ซึ่งสูงกว่าก่อนได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ($\bar{X} = 2.95$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 พิจารณาตามรายชื่อ (ตารางที่ 25) พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อมกลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มีการรับรู้ความผาสุกด้านการทำงานสูงขึ้นทุกข้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1.3) การรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อมด้านสังคมหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.98$) ซึ่งสูงกว่าก่อนได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ($\bar{X} = 2.97$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 พิจารณาตามรายชื่อ (ตารางที่ 26) พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อมกลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มีการรับรู้ความผาสุกด้านสังคมสูงขึ้นทุกข้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ต่อการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม อภิปรายผลการศึกษาดังนี้

5.2.1 การรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติ ตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐาน ข้อที่ 1 ที่ว่า การรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์สูงกว่ากลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติ ตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานอธิบายได้ว่าการมอบหมายงานพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาล แบบเจ้าของไข้ตามแนวคิดของ Marram, et al., (1974) ส่งผลดีต่อการพยาบาลที่ดี ซึ่งการมอบหมาย งานแบบพยาบาลเจ้าของไข่นั้นจะต่างกับการมอบหมายแบบเดิมคือพยาบาลวิชาชีพจะ ได้รับมอบหมาย ให้ดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมแบบคนต่อคนอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่ต้องเสียเวลาในการเริ่มต้นรวบรวม ข้อมูลหรือค้นหาปัญหาของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมใหม่ พยาบาลเจ้าของไข้สามารถที่จะตรวจสอบข้อมูล และประเมินผลการพยาบาลได้อย่างต่อเนื่องทุกครั้ง ปรับปรุงหรือปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสม กับสภาพปัญหาของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีระดับการรับรู้ความผาสุก ในเรื่องพฤติกรรมการใช้ข้อเข่าในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการบริหารข้อเข่าสูงขึ้น ใน การปฏิบัติงานของพยาบาลนั้นผลลัพธ์ทางการพยาบาลจะเป็นไปในรูปแบบใด การมอบหมายงานถือว่าเป็น ปัจจัยที่สำคัญยิ่ง เพราะจะเป็นสิ่งที่จะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพสามารถใช้กระบวนการพยาบาลได้ อย่างครบถ้วน ดำเนินการวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติตามแผนได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ อันเป็นเอกลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพดังผลการศึกษาของ สิริกาญจน์ บริสุทธิบัณฑิต (2540) ที่พบว่า การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข่นั้น ทำให้พยาบาลมีการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างครบ ขันตอนและต่อเนื่อง พยาบาลเจ้าของไข้คนเดียวดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทุกครั้งแม้ไม่ใช่ตลอด 24 ชั่วโมง พยาบาลเจ้าของไข้เกิดการรับรู้และเข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมแต่ละคน ในทางกลับกันผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก็จะเกิดความเข้าใจและรับรู้ในวิธีการปฏิบัติการพยาบาลของ พยาบาลเจ้าของไข้ เกิดความคุ้นเคยมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องผลของการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหน่วยงานห้องคลอดและหลัง คลอดต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพและความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้รับบริการ โรงพยาบาลชุมพร จิรัช สวรรณเจริญ (2545) ที่พบว่า ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้รับบริการ

กลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้รับบริการกลุ่มที่ได้รับการบริการด้วยการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมโดยรวมหลังใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงาน การบูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาช่วยเสริมกิจกรรมการพยาบาลที่มีอยู่

การรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ทั้ง 3 ด้าน ในรายข้อสูงกว่ากลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อภิปรายได้ดังนี้

1) ด้านครอบครัว การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ มีกิจกรรมที่มีความสอดคล้องด้วยการสนับสนุนให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมขณะผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้รับการตรวจรักษา รับรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วยในด้านการสร้างความเข้าใจตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพสร้างความสามารถในการวิเคราะห์ถึงการทำและพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง สร้างความคาดหวังผลดีภายหลังผ่าตัด จะเห็นได้ว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าในทุกรายข้อ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ “ท่านรู้สึกกระฉับกระเฉงเมื่อทำงานบ้านที่เหมาะสมกับการเคลื่อนไหวร่างกายของท่าน” ตามที่พยาบาลเจ้าของไข้ได้มีการสร้างความเข้าใจตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจพยาธิสภาพข้อเข่าของตนเอง เห็นความสำคัญในการปรับพฤติกรรมการใช้ข้อเข่าอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ (บุญศรี นุเกตุ, 2541, น. 47) ที่พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังพบว่า การปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจ (Wetzler & Ursano, 1988) และ “เมื่อท่านมีอาการปวดข้อเข่า สมาชิกในครอบครัวจะช่วยเหลือท่านโดยการประคบร้อน เพื่อบรรเทาอาการปวด” ตามที่พยาบาลเจ้าของไข้ติดตามให้ผู้ป่วยมาทุก 1 สัปดาห์ พร้อมบุคคลในครอบครัวจำนวน 3 ครั้งในการสร้างความเข้าใจร่วมกับญาติ เรื่อง การปฏิบัติตัวและให้ความสนับสนุนดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับพัฒนาการของครอบครัวระยะวัยชราที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ (ธิดา ทองวิเชียร, 2550, น. 110) ที่ว่าพัฒนาการของครอบครัวระยะวัยชราดี จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางใจมาก ผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นให้ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต ซึ่งครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุดที่จะให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ และ “ท่านรู้สึกปลื้มปิติในตนเองเมื่อสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตามคำแนะนำของท่าน” ตามที่พยาบาลเจ้าของไข้ได้พูดคุยกับญาติถึงแนวทางในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจ สอดคล้องกับ (ศิริมา ลีละวงศ์, 2541) ที่ว่า

ครอบครัวเป็นแหล่งที่ให้ความรัก ความอบอุ่น และการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน นอกจากผู้สูงอายุจะได้รับความรักใคร่ผูกพันจากสมาชิกในครอบครัวแล้วผู้สูงอายุต้องการการได้พักผ่อน พุดคุย กับสมาชิกในครอบครัวด้วย

อีก 9 ข้อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยมาก คือ “ท่านรู้สึกตนเองมีคุณค่าที่สามารถบริหารจัดการด้านการเงินของครอบครัวได้แม้ร่างกายของท่านจะมีความจำกัดในการทำงานสร้างรายได้” “ท่านรู้สึกสุขใจเมื่อสมาชิกในครอบครัวมาขอคำปรึกษาจากท่านอย่างสม่ำเสมอ” “เมื่อท่านบริหารข้อเข้าสมาชิกในครอบครัวจะทำให้กำลังใจแก่ท่าน” “ท่านรู้สึกดีใจเมื่อสมาชิกในครอบครัวจะไปพักผ่อนที่ใดจะมาชักชวนท่านแม้ว่าท่านจะเดินไม่สะดวก” “ท่านรู้สึกสบายใจเมื่อท่านและสมาชิกในครอบครัวได้ร่วมกันปฏิบัติกิจกรรมในวันสำคัญของศาสนา แม้การเคลื่อนไหวของท่านจะไม่สะดวก” “ท่านและสมาชิกในครอบครัวช่วยกันเลือกอาหารโดยพิจารณาถึงคุณค่าของอาหารเป็นหลักเพื่อควบคุมน้ำหนักไม่ให้ข้อเข้ารับน้ำหนักมาก” “ท่านชื่นชอบที่มีส่วนร่วมกับสมาชิกในครอบครัวเพื่อทำงานบ้าน เช่น ทำอาหาร พับผ้า กวาดบ้าน” “ท่านและสมาชิกในครอบครัวร่วมกันจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสมกับสภาพข้อเข้า เช่น ห้องนอนอยู่ชั้นล่าง การใช้ส้วมโถนั่ง นอนเตียง” “ท่านสามารถนอนหลับพักผ่อนตอนกลางคืนได้โดยไม่มีกรรบกวนจากอาการของข้อเข้าเสื่อม” อธิบายได้ว่าตามทฤษฎีบทเจ้าของไข่มุกรการแนวคิการส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์โดยใช้การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมและอิทธิพลระหว่างบุคคลในครอบครัวทำให้เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแลตนเองดี ความผาสุกทางใจของผู้ป่วยก็จะมาก สอดคล้องกับ(สมจิต หนูเจริญกุล, 2540, น. 115-135) กล่าวว่าการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ ซึ่งบุคคลกระทำเพื่อตนเอง การดูแลตนเองเป็น การกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมายเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก นอกจากนี้ การดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่สำคัญของครอบครัว คือ หน้าที่ การให้ความรักและความเอาใจใส่ โดยครอบครัวอยู่ร่วมกันได้มีพื้นฐานของความรักและความผูกพัน ถ้าสมาชิกคนใดคนหนึ่งได้รับความทุกข์ ประสบ ความเดือดร้อน สมาชิกคนอื่นจะรู้สึกได้รับผลกระทบรู้สึกทุกข์และเดือดร้อนใจร่วมด้วย (จุภา ภูไพบูลย์, 2541)

2) ด้านการทำงาน จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความผาสุกด้านการทำงานของผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อมกลุ่มหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข่มุกรการแนวคิ การส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์สูงกว่ากลุ่มหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานในทุกขยข้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า การพยาบาลแบบเจ้าของไข่มุกรการแนวคิ การส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์โดยใช้การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล มาส่งเสริมกิจกรรมการสร้างความสามารถในการวิเคราะห์ถึงกรกระทำและพัฒนาความมีคุณค่าในตนเองที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำภารกิจต่างๆ ของผู้ป่วย

โรคข้อเข่าเสื่อม ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความภูมิใจในตนเอง เกิดความผาสุกด้านการทำงานในระดับมาก สอดคล้องกับ (ชิตา ทองวิเชียร, 2550, น. 73) พบว่าผู้สูงอายุมีความผาสุกทางใจในด้านความเคารพนับถือระดับมาก การที่เพื่อนร่วมงานมาขอคำแนะนำจากผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเกิดควมมีคุณค่าในตนเอง ภาควมภูมิใจจากการกระทำของตนที่ได้รับ การยอมรับ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Evers, et al. (1986; อ้างใน สนธยา พิชัยกุล, 2533) ที่ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของสหรัฐอเมริกา พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความผาสุกในระดับปานกลาง

3) ด้านสังคม พบว่าในทุกรายข้อมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดย “ท่านรู้สึกเป็นเกียรติที่ได้มีโอกาสเป็นผู้ถ่ายทอดวัฒนธรรมประจำท้องถิ่นให้กับเยาวชน” มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด และ “ท่าน ปิติ ยินดีไปพบปะสังสรรค์กับกลุ่มเพื่อนเสมอ แม้ร่างกายของท่านเคลื่อนไหวไม่สะดวก” “ท่านรู้สึกสดชื่นร่าเริงเมื่อได้ออกกำลังกายร่วมกับกลุ่มเพื่อน” “ท่านยินดีเข้าร่วมเมื่อเพื่อนบ้านจัดกิจกรรมใดๆ เช่น งานบวช แม้ว่าท่านจะมีความลำบากในการเคลื่อนไหว” “ท่านได้รับเชิญให้มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมสังสรรค์ทุกครั้ง แม้ท่านจะมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว” “ท่านรู้สึกมีความสุขเมื่อได้มีโอกาสเข้าร่วมรับฟังและได้แลกเปลี่ยนข่าวสารในหมู่บ้านของท่าน” “ท่านรู้สึกปลื้มใจ เมื่อทราบว่าเพื่อนบ้านนำคำแนะนำที่ได้รับจากท่านไปปฏิบัติ” “ท่านรู้สึกอึดใจ เมื่อท่านมีส่วนร่วมในการช่วยเหลืองานอาสาสมัครให้แก่ชุมชนของท่าน” “ท่านรู้สึกจิตใจสงบ เมื่อได้เข้าร่วมพิธีทางศาสนาของชุมชน” “ท่านแสดงความยินดีกับเพื่อนบ้านในโอกาสต่างๆ เช่น มีหลานคนใหม่ หรืองานครบรอบวันเกิด” “ท่านสุขใจเมื่อได้ไปร่วมงานเทศกาลต่าง ๆ เช่น งานลอยกระทง งานสงกรานต์” “ท่านยินดีให้ความช่วยเหลือเมื่อเพื่อนบ้านจัดงานต่างๆ เช่น งานทำบุญบ้าน” มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด อธิบายได้ว่าพยาบาลเจ้าของไข้บูรณาการแนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ในด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมหรือสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรม ความรู้สึกที่ดีหรือความรู้สึกทางบวกมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของลักษมี บุญธรรม (2540) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้รับความรู้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง นอกจากนี้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกับเพื่อนบ้านยังคงเป็นคนคุ้นเคยให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีความผาสุกด้านสังคมอยู่ในระดับมากที่สุดและมาก

ในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลและผู้ป่วยมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน มีการประสานงานที่ดีระหว่างพยาบาลเจ้าของไข้กับผู้ป่วย การรับผิชอบดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นรายบุคคล ด้วย

การใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมาเป็นฐานในการปฏิบัติการพยาบาลส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมรับรู้และเข้าใจในตนเองต่อพฤติกรรมการใช้ข้อเข่าในการดำเนินชีวิตว่าที่ตนปฏิบัตินั้นจะส่งผลต่อสุขภาพของตนอย่างไร พยาบาลเจ้าของไข้ช่วยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมรับรู้และเข้าใจในตนเองในเรื่องการบริหารกล้ามเนื้อต้นขาซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพของตนอย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถวิเคราะห์ถึงพฤติกรรมการใช้ข้อเข่าใดบ้างที่ส่งผลทำให้ข้อเข่าเสื่อม ซึ่งเป็นการกระทำพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องและมีผลเสีย และสามารถตัดสินใจเลือกพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพข้อเข่า เพื่อเป็นการปรับเปลี่ยนการใช้ข้อเข่า โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเข้าใจและรู้ด้วยตนเองได้ว่าพฤติกรรมใดต้องปรับเปลี่ยน ต้องมีพฤติกรรมสุขภาพอย่างไร ด้วยการเพิ่มการรับรู้ถึงความสามารถของตน รับรู้ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลดอุปสรรคในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ โดยคำนึงถึงลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ ให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้กำหนดพฤติกรรมผลลัพธ์ด้วยตนเอง และพยาบาลเจ้าของไข้ทำหน้าที่สนับสนุน เมื่อผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการรับรู้และเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง ทำให้เกิดความผาสุกเป็นไปตามการศึกษาของ Halbert L. Dunn (Dunn, 1957) กล่าวว่ามนุษย์ทุกคนจะบรรลุความพึงพอใจในตนเองและจุดมุ่งหมายในชีวิตของตนได้ก็ต่อเมื่อเขาผู้นั้นมีโอกาสที่จะแสดงออกถึงความเป็นเอกบุคล และความมีศักดิ์ศรีเมื่ออยู่ท่ามกลางบุคคลอื่น พร้อมกับรู้สึคว่ามีพลังแห่งชีวิต (vitality) การรับรู้ความผาสุกจึงสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตาม Pender, et al., (2006) ที่ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านลักษณะและประสบการณ์ส่วนบุคคล 2) ปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกละเฉพาะต่อพฤติกรรม และ 3) ปัจจัยด้านพฤติกรรมผลลัพธ์ สอดคล้องกับวัลลา ดันตโยทัย (2543) ที่พบว่า ปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกละเฉพาะต่อพฤติกรรมเป็นตัวแปรสำคัญในการจูงใจให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากที่สุด

5.2.2 ระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม หลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์สูงกว่าก่อนได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐาน ข้อที่ 2 ที่ว่า การรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ สูงกว่าก่อนได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

การรับรู้ความผาสุกทั้งรายด้านและรายข้อ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อภิปรายได้ดังนี้

1) ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกด้านครอบครัวของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลัง การใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ทั้งโดยรวมและรายข้อสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ “ท่านรู้สึกกระฉับกระเฉงเมื่อทำงานบ้านที่เหมาะสมกับการเคลื่อนไหวร่างกายของท่าน” “เมื่อท่านมีอาการปวดข้อเข่า สมาชิกในครอบครัวจะช่วยเหลือท่านโดยการประคบร้อน เพื่อบรรเทาอาการปวด” และ “ท่านรู้สึกปลื้มปิติในตนเองเมื่อสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตามคำแนะนำของท่าน” การใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรค การป้องกัน การรักษา การส่งเสริมสุขภาพข้อเข่าเพื่อสร้างความเข้าใจตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และให้บุคคลในครอบครัวเข้าอยู่ด้วยตลอดขณะผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเข้ารับการตรวจรักษา ผู้เป็นปัจจัยสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ตลอดระยะเวลา 3 สัปดาห์ ที่มีการติดตามและพัฒนาผลลัพธ์ทางการพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้ร่วมกันกับครอบครัวและผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่จะให้การส่งเสริมสุขภาพข้อเข่า เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนและหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการรับรู้และเข้าใจในตนเองเรื่องข้อเข่าเสื่อม ให้มีการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม พยาบาลเจ้าของไข้ส่งเสริมให้ครอบครัวช่วยเหลือผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีกำลังใจในการปรับเปลี่ยนตนเอง และสามารถดำเนินกิจวัตรในชีวิตประจำวันได้

2) ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกด้านการทำงานของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลัง การใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ทั้งโดยรวมและรายข้อสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากในทุกรายข้อ พยาบาลเจ้าของไข้ร่วมกับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม สร้างความสามารถในการวิเคราะห์ถึงการกระทำและพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง โดยการใช้ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมและพฤติกรรมผลลัพธ์มาใช้ในด้านการทำงาน ทำให้การรับรู้ความผาสุกด้านการทำงานอยู่ในระดับมากกว่าก่อนใช้รูปแบบ

3) ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกด้านสังคมของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ทั้งโดยรวมและรายข้อสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากในทุกรายข้อ และมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ “ท่านรู้สึกเป็นเกียรติที่ได้มีโอกาสเป็นผู้ถ่ายทอดวัฒนธรรมประจำท้องถิ่นให้กับเยาวชน” พยาบาลเจ้าของไข้สนับสนุนให้ญาติพาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมไปร่วมงานสำคัญต่าง ๆ ที่เหมาะสม เพื่อให้มีกิจกรรมร่วมในสังคม ทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมองโลกในแง่ดี รู้สึกเกิดความสดชื่นมีชีวิตชีวาและสนุกกับสิ่งรอบตัว มีคุณค่าในตนเอง และได้รับการยอมรับจากสังคม

แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พยาบาลเจ้าของไข้มีอิสระในการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องตามชุดกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ ประกอบกับหัวหน้า

งานและทีมพยาบาลร่วมกันประชุมปรึกษาทางการพยาบาลก่อนและหลังการปฏิบัติงาน (Pre- Post conference) ประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (Nursing conference) เพื่ออภิปรายเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเฉพาะราย มีวัตถุประสงค์ในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อกัน โดยใช้เพื่อหาแนวทางการปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาเฉพาะเรื่อง เป็นการสื่อสารข้อมูลแบบสองทางให้คำแนะนำเป็นที่ปรึกษาแก่พยาบาลเจ้าของไข้ รวมทั้งหัวหน้างานมีการเยี่ยมชมตรวจทางการพยาบาล (Nursing Rounds) ติดตามประเมินการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม พยาบาลเจ้าของไข้อภิปรายถึงความก้าวหน้าของการพยาบาลและการปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสม เพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งจะเน้นให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีส่วนร่วมในการวางแผนและเป็นวิธีที่จะกระตุ้นให้พยาบาลเจ้าของไข้ได้พัฒนาระบบการพยาบาลที่ปฏิบัติอยู่ ส่งผลทำให้พยาบาลเจ้าของไข้มีการติดตามและพัฒนาผลลัพธ์ทางการพยาบาลของตนเองตลอดระยะเวลา 3 สัปดาห์ ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสอดคล้องกับ สิริกาญจน์ บริสุทธิบัณฑิต (2540); เรณู พุกบุญมี และคณะ (2544) ที่พบว่า การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ทำให้พยาบาลมีสำนึกในหน้าที่ที่รับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น มีความเป็นอิสระในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้นและยังสอดคล้องกับ สิริกาญจน์ บริสุทธิบัณฑิต (2540); ต่อแสง ธรรมศักดิ์ (2542) การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลมีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้น มีการพัฒนาศักยภาพของตน ทำให้คุณภาพการพยาบาลเพิ่มขึ้น เป็นไปตาม Marram, et. al., (1974) ที่ว่า พยาบาลเจ้าของไข้จะมีลักษณะเฉพาะ 3 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ เอกสิทธิ์ในการทำงาน อำนาจตามหน้าที่และความรับผิดชอบต่อผลของการปฏิบัติงาน พยาบาลเจ้าของไข้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมและครอบคลุมไปถึงความรับผิดชอบต่อตนเองต่อผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม พยายามให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้ทบทวนตนเองถึงการกระทำพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการเลือกรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหวและออกกำลังกายในแต่ละวัน การจัดการตนเองต่อสิ่งที่เป็นภาวะคุกคามด้านจิตใจ อารมณ์และความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมนั้นๆ เชื่อมโยงไปสู่ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม พยาบาลเจ้าของไข้นำข้อมูลที่ประเมินได้มากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้และผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมร่วมกันสร้างแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงให้เป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยเริ่มจากแผนรายวันก่อนแล้วจึงขยายเวลาเป็นรายสัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมรู้และเข้าใจภาวะสุขภาพของตน ซึ่งส่งผลถึงการรับรู้ความผาสุกตามแนวคิดของ Halbet L. Dunn (1957) ที่กล่าวว่า มนุษย์ทุกคนประกอบด้วยร่างกาย (Body) จิตใจ (Mind) และวิญญาณ (Spiritual) ซึ่งแยกจากกันไม่ได้ ทั้ง 3 อย่างนี้ต้องพึ่งพากันตลอดเวลา ถ้าบุคคลสามารถดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนตนเองให้มีความสุขทั้ง 3 ด้าน ได้ก็จะทำให้นุคนั้นมีความสุขในชีวิต ความผาสุกนั้นมีความสัมพันธ์ในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ทำให้ตนเองมีพฤติกรรมสุขภาพของการใช้ข้อเข่าที่ถูกต้อง สามารถควบคุมการกระทำพฤติกรรมนั้นได้ ภายใต้ปัจจัย

สนับสนุนต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นและสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมได้บุคคลนั้นก็จะควบคุมตนเองให้กระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender, et al., (2006) ที่ว่าการรับรู้ความสามารถของตนมีผลโดยตรงต่อการกระทำพฤติกรรมของบุคคลซึ่งคล้องกับผลการศึกษาของ ไพจิตร ลือสกุลทอง (2545) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของประชาชนในกลุ่มต่างๆพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองเป็นไปในแนวทางเดียวกับแนวคิดของ Pender, et al., (2006) ในเรื่องการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถ้าบุคคลมีการรับรู้มีความเข้าใจและความรู้สึกรู้สึกดี มองเห็นคุณค่าของการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะก่อให้เกิดแรงจูงใจและกระตุ้นให้บุคคลเกิดความรับผิดชอบเอาใจใส่ในการกระทำกิจกรรมเพื่อการมีสุขภาพที่ดีด้วยความเต็มใจอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลทำให้ระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์สูงขึ้น

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ด้านการบริหารการพยาบาล

1) จากผลการวิจัยที่พบว่าระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่มุ่งความสำเร็จของงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้บริหารการพยาบาลจึงควรกำหนดนโยบายในการจัดระบบบริการการพยาบาลสนับสนุนให้พยาบาลใช้แนวคิดการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการบริการพยาบาลกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่จำเป็นต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยหมอนรองกระดูกเคลื่อนกดทับเส้นประสาท โรคหัวใจ โรคข้อสะโพกขาดเลือด

2) ผู้บริหารควรจัดอบรมให้แก่พยาบาลวิชาชีพผู้ทำหน้าที่หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าหน่วยทุกหน่วยงานถึงแนวคิดรูปแบบการมอบหมายงานพยาบาลแบบเจ้าของไข้และการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้มีความรู้และเกิดทัศนคติที่ดีต่อรูปแบบ ทำให้สามารถนำแนวคิดดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ด้วยความเข้าใจได้อย่างถูกต้อง

5.3.2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1) การมอบหมายงานพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์นั้นพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่หัวหน้าต้องร่วมกับทีมพยาบาลปริกษาหารือกันที่จะตอบสนอง ความต้องการของผู้รับบริการให้ตรงตามปัญหามากที่สุดและสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อตรวจสอบ ความถูกต้องของการใช้กระบวนการพยาบาลตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ แสดงให้ ปราบกฏชัดเจนทั้งการสื่อสารด้วยวาจาและบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งจะแสดงถึงเอกลักษณ์ของ วิชาชีพ

2) ทีมการพยาบาลควรร่วมกันพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลให้เอื้อต่อการนำรูปแบบ พยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ไปประยุกต์ใช้ เช่นแบบ ประเมินผู้รับบริการตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

5.3.3 ด้านการศึกษา

1) ควรจัดให้มีการสอนเสริมความรู้แก่พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในคลินิกเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพ ได้ตระหนักถึงการใช้แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล มาเป็นฐานในการปฏิบัติการพยาบาลสามารถใช้ กระบวนการพยาบาลตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ได้อย่างถูกต้องอันจะส่งผลให้ การพยาบาลมีผลลัพธ์ที่มีคุณภาพสูงขึ้น

2) จากผลการวิจัยพบว่าการบูรณาการแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลสามารถสร้างผลลัพธ์ที่ดี กับผู้รับบริการได้จริง จึงควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพได้เรียนรู้ วิธีการบูรณาการแนวคิดและ ทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้ในกระบวนการพยาบาลปฏิบัติจริงกับผู้รับบริการเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ทางทางการพยาบาล

5.3.4 ด้านการวิจัย

1) ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติได้จริงตาม แนวคิดการมอบหมายงานพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพสูงขึ้น

2) ควรมีการวิจัยเชิงประเมินผลการใช้รูปแบบพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

3) ควรมีการวิจัยต่อเนื่องถึงผลการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์โดยใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นให้ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุใช้ ระยะเวลาการศึกษาที่มากขึ้นด้วยการวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเปรียบเทียบกับเป็นระยะๆ ทุกๆ 3-6 เดือน

บรรณานุกรม

- กชพร อ่อนอภัย. (2551). การประยุกต์รูปแบบส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านแท่น อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กนกอร บุญพิทักษ์. (2556). ปวดเข้า เข้าเสื่อม การดูแลรักษาและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: Feel good Publishing.
- แขวมล ทุมวิภาต. (2540). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. วารสารการพยาบาล ห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย. 2(1). 23-28.
- จันทนา เตชะกฤต. (2540). ความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลก และความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตรและสัตยศาสตร์. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่.
- จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์. (2536). ระบบพยาบาลเจ้าของไข้. รามาธิบดีสาร. 2 (2). 89-93
- จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์. (2542). เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง “Pediatric Nursing in The year 2000: Primary Nursing System. งานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์. ภาควิชาพยาบาล ศาสตร์คณะแพทยศาสตร์. โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- จิรภัค สุวรรณเจริญ. (2545). ผลของการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหน่วยงานห้องคลอดและหลังคลอดต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพและความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้รับบริการ โรงพยาบาลชุมพร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธิดา ทองวิเชียร. (2550). ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

- บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร. (2551). *ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร. (2555). *การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญศรี นุเกตุ. (2541). *พฤติกรรมการดูแลตนเองและความผาสุกของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่.
- ประภาศรี สังข์ศรีทวงษ์. (2547). *ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาลและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปรางทิพย์ อุจะรัตน์. (2541). *การบริหารทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- ปราณี กาญจนวรวงศ์. (2540). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2523). “เอกสิทธิ์ของการพยาบาล”. ใน มาลี สนิทเกษตริน. (บรรณาธิการ). *ประมวลการประชุมพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 6*. เมื่อวันที่ 2-7 พฤศจิกายน 2522. หน้า 50-85. ม.ป.ท.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2525). *การนิเทศและการสอนพยาบาลในคลินิก*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2536). *50 ปี ชีวิตและงาน : อาจารย์พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์*. กรุงเทพฯ: วังใหม่บลูพริ้นต์.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2544). *ก้าวใหม่สู่บทบาทใหม่ในการบริหารการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: วังใหม่บลูพริ้นต์.
- พรจิตา ชัยอำนวย. (2545). Practice guideline: Osteoarthritis. ใน รัตนาดี ณ นคร, กิตติ โตเต็มโชคชัยการ, และสมชาย อรรถศิลป์. (บรรณาธิการ). *ฟื้นฟูวิชาการ โรคข้อและรูมาติซึม ประจำปี 2544*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์. 202-218.

ไพจิตร ลือสกุลทอง. (2545). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มันทนา วงศ์ศิริวรรัตน์. (2552). คู่มือตนเองด้วยกายภาพบำบัด : ข้อเข่าเสื่อม. กรุงเทพฯ: ฟ้าใส.

เยาวลักษณ์ อโณทยานนท์. (2543). ผลของการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาล ความพึงพอใจและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รุจา ภูไพบูลย์. (2541). การพยาบาลครอบครัว : แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้. กรุงเทพฯ: วิเจ พริ้นติ้ง.

เรณู พุกบุญมี, สุปราณี เสนาดีสัย, จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์, และจุติพร แดงฉาย. (2544). ผลของการใช้ระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความสามารถและความเป็นอิสระในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาลที่ได้รับ. ราชบัณฑิตยสาร. 7(1). 27-42.

ลักษมี บุญธรรม. (2540). อัฒมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วรวรรณ ทองสง. (2544). ผลงานการวิเคราะห์งานเพื่อกำหนดตำแหน่งระดับชำนาญการระดับ 8. ผลการใช้ระบบการมอบหมายงานแบบเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อการให้บริการพยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ป่วย. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.

วัลลา ตันตโยทัย. (2543). ทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม. ใน สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย, และรวมพร คงกำเนิด. (บรรณาธิการ). การส่งเสริมสุขภาพ : แนวคิดทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

วัลลดา เล้ากอบกุล. (2542). การประยุกต์แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของแพนเดอร์ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศราวัลย์ อิมอุคม. (2548). การประยุกต์รูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้องในผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านสำราญ ตำบลบ้านสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์สาขารณศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ศิริมา ลีละวงศ์. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล การยอมรับกระบวนการสูงอายุ ปัจจัยครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: วิ.เจ.พรินติ้ง.

สนธยา พิชัยกุล. (2533). ความสามารถในการดูแลตนเองและการรับรู้ความผาสุกในผู้ป่วย ไตวายเรื้อรัง ระยะท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมชาย อรรถศิลป์. และอุทิศ ดีสมโชค. (2541). โรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis). ใน สุรศักดิ์ นิลนุกาวงศ์, สุรวุฒิ ปรีชานนท์ (บรรณาธิการ). คู่มือโรคข้อ. หน้า 272-278. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

ส่องแสง ธรรมศักดิ์. (2542). ผลของการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้คุณภาพบริการพยาบาล: กรณีศึกษาในศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สิริกาญจน์ บริสุทธิ์บัณฑิต. (2540). ผลของการใช้ระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อการให้บริการพยาบาล ความเป็นอิสระและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุภาพ อารีเอื้อ. (2540). ความเครียด การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของหญิงสูงอายุ โรคข้อเสื่อม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์. (2539). ข้ออักเสบในคนสูงอายุ. วารสารมหิดล. 3(4). 211-220.

อุษณีย์ หลิมกุล. (2544). ผลการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อการใช้กระบวนการพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

Bernhard, L. A. & Walsh, M. (1995). *Leadership : The Key to The Professionalization of Nursing*. (3rd ed.). Saint Louise: C. V. Mosby.

Campbell, A. (1976). Subjective Measures of Well-being. *American Psychologist*. 31(2). 117-124.

Dunn, H. L. (1957). Points of Attack for Raising the Levels of Wellness. *Journal of the National Medical Association*. 49(4). 211, 225-235.

Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1985). Cited in Content Validity of the Quality of Life Index. *Applied Nursing Research*. 3. 126-127.

Ferrans, C. E., & Powers M. J., (1985). Quality of Life Index : Development and Psychometric Properties. *Advances in Nursing Science: Quality of Life*. 8(1). 15-24.

Friedman, M. M. (1993). Social Support Sources and Psychological Well-being in Older Woman with Heart Disease. *Research in Nursing & Health*. 16(2). 405-413.

Holmes, S. W. (1987). Managing the Stress of Primary Nursing. *Nursing Management*. 8(3). 62-66.

Heidrich, S. M. (1996). Mechanisms Related to Psychological Well-being in Older Women with Chronic Illness : Age and Disease Comparisons. *Research in Nursing & Health*. 19(3). 225-235.

Kristen, L. M. & Nola, A. S. (2004). *Spiritual Care in Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Manthey, M., Ciske, K., Robertson, P., & Harris, I. (1970). Primary Nursing: Return to Concept of My Nurse and My Patient. *Nursing Forum*. 9(1). 65-83.

Marram, G. D., Schlegel, M. W. & Bevis, E. O. (1974). *Primary Nursing: A Model for Individualize Care*. Saint Louis: C.V. Mosby.

- McKeehan, K. M., Cowling, W. R., & Wykle, M. L. (1986). Central Self Anchoring Ladders: Methodological Consideration for Nursing Science. In P. L. Chinn (Ed.). *Nursing Research Methodology* (pp.285-294). Rockville, Maryland: Aspen.
- McDowell, I., & Newell, C. (1987). *Measuring Health : A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York: Oxford University.
- Pender, N. J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. (3rded). Connecticut: Appleton & Lange.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice*. (5thed). Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall.
- Ryff, C. D. (1995). In the Eye of the Beholder: Views of Psychological Well-being Among Middle-aged and Older Adult. *Psychology and Aging*. 4(2). 195-210.
- Spitzer-Lehmann, R. (1994). *Nursing Management : Desk Reference: Concepts, Skill and Strategies*. Philadelphia: WB. Saunders.
- Swansburg, R. C. (1990). *Management and Leadership for Nurse Managers*. New York: Jones and Bartlett Publishers.
- Swanburg, R. C. (1996). *Management and Leadership for the Nurse Manager*. (2nded). Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Wetzler, H. P. & Ursano, R. J. (1988). A Positive Association between Physical Health Practices and Psychological Well-being. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 176(5). 280-283.
- Yoder- Wise, P.S. (1995). *Leading and Managing in Nursing*. St. Louis, Missouri: Mosby-Year Book.
- Yoder-Wise, P. S. (2003). *Leading Managing in Nursing*. (3rded). Saint Louis: Mosby-year Book.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพร ดนัยคุชฎีกุล

การศึกษา Bachelor of Science (B.Sc.), (Nursing & midwifery)
มหาวิทยาลัยมหิดล
Master of Science (M.S.), (Public Health)
มหาวิทยาลัยมหิดล
Doctor of Nursing Science (D.N.S.), (Nursing Science)
มหาวิทยาลัยมหิดล
Certificate of Completion, (Visiting Scholar in Nursing),
University of Virginia School of Nursing, USA.

ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน อาจารย์ประจำภาควิชาศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. นางสาวนันทา ขวัญดี

การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
จบพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน พยาบาลชำนาญการ
งานการพยาบาลศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์
โรงพยาบาลศิริราช

3. รองศาสตราจารย์ สมพร ชินโนรส

การศึกษา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(วิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน อาจารย์ประจำสาขาวิชาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์





เอกสารรับรองด้านจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์

เลขที่ 49/ 56

คณะกรรมการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล ขอให้การรับรองว่า

โครงงานวิจัยเรื่อง: “ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ต่อการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม”

ของ: นางสาวนิตยา สุวรรณเวก

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

ผ่านการพิจารณาจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยตามกระบวนการของคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ และเป็นการวิจัยที่มีลักษณะตรงตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล

เรือโทหญิง

(ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์)

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางสาวนิตยา สุวรรณเวก

สถานที่วิจัย หน่วยตรวจและติดตามผลการรักษาออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช

สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ของหัวหน้าโครงการวิจัยที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ
หน่วยตรวจและติดตามผลการรักษาออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช แขวงพรานนค เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

ผู้สนับสนุนทุนวิจัย ไม่มี

ระยะเวลาในการวิจัย ตุลาคม 2555 ถึง 30 สิงหาคม 2556 เวลา 9 เดือน

ที่มาของโครงการวิจัย เพื่อพัฒนาการพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยวัดจากการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสุขภาพ

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย..

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลแบบทีมกับหน้าที่และรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลแบบทีมกับหน้าที่ และกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจาก ท่านเป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการนัดหมายผ่าตัดในระยะ 1 เดือน

จะมีผู้ร่วมวิจัยนี้ทั้งสิ้นประมาณ จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 15 คน

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

1. กลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลตาม Intervention จำนวน 3 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ เป็นเวลา 3 สัปดาห์
2. กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตอบแบบสอบถาม จำนวน 36 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที เป็นจำนวน 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จ นำใส่ซองสีน้ำตาลปิดผนึก ที่ผู้วิจัยจัดให้ แล้วส่งคืนใส่กล่องซึ่งจัดเตรียมไว้ที่หน่วยตรวจและติดตามผลการรักษาออร์โธปิดิกส์ กล่องรับแบบสอบถามจะปิดมิดชิด มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่เข้าถึงข้อมูลได้

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย ความเสี่ยงที่เป็นอันตรายไม่มี จากการประเมินของผู้วิจัยโอกาสที่อาจเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ คือ ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องเสียเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณครั้งละ 20 นาที เป็นจำนวน 2 ครั้งและพยาบาลให้ข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพก่อนผ่าตัดประมาณครั้งละ 20 นาที เป็นจำนวน 3 ครั้ง

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐานคือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการรักษาพยาบาลของแพทย์และพยาบาลตามปกติ

หากมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวกับการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ นางสาวนิตยา สุวรรณเวก หมายเลขโทรศัพท์ 089-1175802

ประโยชน์ที่คิดว่าจะได้รับจากการวิจัย เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการที่ดีในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพงานห้องผ่าตัด ได้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง นำไปสู่การสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการการพยาบาล

ค่าตอบแทนที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการวิจัยนี้ ไม่มีค่าตอบแทนแก่ผู้ร่วมการวิจัย และไม่มีค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ

ท่านจะได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลรักษาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการวิจัยตามมาตรฐานทางการแพทย์ โดยผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษา คือ นางสาวนิตยา สุวรรณเวก หมายเลขโทรศัพท์ 089-1175802

ประโยชน์ที่คิดว่าจะได้รับจากการวิจัย เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ได้มีระบบที่ดีและนำไปสู่การสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วย

ค่าตอบแทนที่ผู้ร่วมวิจัยจะได้รับ ไม่มี

ค่าใช้จ่ายที่ผู้ร่วมวิจัยจะต้องรับผิดชอบเอง ไม่มี

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและจะไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมโดยไม่สามารถระบุข้อมูลรายบุคคลได้ ข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย ผู้กำกับดูแลการวิจัย สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบรวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายอนุญาตไว้

ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับตามมาตรฐานแต่ประการใด

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถร้องเรียนไปยังประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร. 02 419 2667-72 โทรสาร 02 411 0162

ลงชื่อ.....ผู้ร่วมโครงการวิจัย

(.....)

วันที่.....

ภาคผนวก ก

คู่มือรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ
ของเพนเดอร์สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม



คู่มือรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ ของเพนเดอร์

คู่มือรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เป็นเอกสารที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้แนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาบูรณาการร่วมกับแนวทางการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ ประกอบด้วยแนวคิด ขั้นตอนการปฏิบัติตามคู่มือ บทบาท และกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้คู่มือนี้

1. เข้าใจสาระและแนวคิดของรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
2. เข้าใจเป้าหมายของกิจกรรมการพยาบาลทุกขั้นตอน
3. สามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ตามรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ได้
4. เป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

วิธีการใช้คู่มือ

1. พยาบาลวิชาชีพอ่านและทำความเข้าใจกับสาระของคู่มือทั้งหมดก่อนที่จะปฏิบัติการพยาบาลในรูปแบบพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
2. ทบทวนกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ
3. ปรึกษาผู้จัดทำโครงการเมื่อต้องการความชัดเจนเพิ่มเติมหรือมีข้อสงสัยในเนื้อหาการปฏิบัติการพยาบาลตามคู่มือ
4. ฝึกปฏิบัติการพยาบาลในรูปแบบพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนปฏิบัติการจริง
5. ใช้คู่มือเมื่อต้องการคำอธิบายวิธีปฏิบัติในทุกกิจกรรมในรูปแบบพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

คุณลักษณะของผู้ใช้คู่มือ

เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมแล้ว

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล



แบบสัมภาษณ์
เรื่อง
การรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. เพศ

() ชาย

() หญิง

2. อายุ

() 45-50 ปี

() 51-55 ปี

() 56-60 ปี

() 61-65 ปี

3. สถานภาพสมรส

() โสด

() คู่

() หม้าย

() หย่า

() แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

() ไม่ได้เรียน

() ประถมศึกษา

() มัธยมศึกษาตอนต้น

() มัธยมศึกษาตอนปลาย

() ปวช./ปวส./

()ปริญญาตรี หรือสูงกว่า

5. อาชีพปัจจุบัน

() ไม่ได้ทำงาน

() รับจ้าง

() ค้าขาย

() เกษตรกรรม

() รับราชการ

() อื่นๆระบุ.....



ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

คำชี้แจง

โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อความแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงที่ท่านปฏิบัติ เพียงคำตอบเดียว เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่ท่านปฏิบัติมากที่สุดให้ระดับคะแนนเท่ากับ 5
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่ท่านปฏิบัติมากให้ระดับคะแนนเท่ากับ 4
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่ท่านปฏิบัติปานกลางให้ระดับคะแนนเท่ากับ 3
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่ท่านปฏิบัติน้อยให้ระดับคะแนนเท่ากับ 2
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่ท่านปฏิบัติน้อยที่สุดให้ระดับคะแนนเท่ากับ 1

ตัวอย่างการตอบคำถาม

ลำดับ	ข้อความ	ตรงกับความเป็นจริงที่ท่านปฏิบัติ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	ท่านบริหารข้อเข่าทุกวัน	✓				

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ลำดับ	ข้อความ	ตรงความเป็นจริงของท่าน				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
การรับรู้ความผาสุกด้านครอบครัว						
1	ท่านรู้สึกกระตือรือร้นเมื่อทำงานบ้าน...					
2	ท่านรู้สึกตนเองมีคุณค่าที่สามารถบริหารจัดการ...					
3	ท่านรู้สึกสุขใจเมื่อสมาชิกในครอบครัวมาขอ...					
4	เมื่อท่านบริหารข้อเข่า สมาชิกในครอบครัวจะ...					
5	ท่านรู้สึกดีใจเมื่อสมาชิกในครอบครัวจะไปพักผ่อน					
6	ท่านรู้สึกสบายใจเมื่อท่านและสมาชิกในครอบครัว					
7	ท่านและสมาชิกในครอบครัวช่วยกันเลือกอาหาร...					
8	เมื่อท่านมีอาการปวดข้อเข่า สมาชิกในครอบครัวจะ...					
9	ท่านรู้สึกปลื้มปิติในตนเองเมื่อสมาชิกในครอบครัว					
10	ท่านชื่นชอบที่มีส่วนร่วมกับสมาชิกในครอบครัวเพื่อ.....					
11	ท่านและสมาชิกในครอบครัวร่วมกันจัด...					
12	ท่านสามารถนอนหลับพักผ่อนตอนกลางคืนได้โดย					
การรับรู้ความผาสุกด้านการทำงาน						
1	ท่านรู้สึกมั่นใจที่สามารถยืน หรือลุกนั่ง ...					
2	ท่านรู้สึกภูมิใจ แม้ว่าจะมีความลำบากในการทำงาน...					
3	ท่านรู้สึกอึดใจที่ได้รับการยอมรับในการ...					
4	ท่านได้รับเชิญให้มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม...					
5	ขณะท่านทำงานถ้าต้องยืนหรือเดินท่านจะใส่...					
6	ท่านรู้สึกอึดใจเมื่อเพื่อนร่วมงานมาขอคำปรึกษา					

ลำดับ	ข้อความ	ตรงความเป็นจริงของท่าน				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
7	ท่านรู้สึกเพลิดเพลินกับการทำงานที่ต้องใช้แขนขา.					
8	ท่านรู้สึกยินดีเมื่อเพื่อนร่วมงานมาขอให้ท่านร่วม.					
9	ท่านรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าที่ท่านสามารถโน้มน้าว.					
10	ท่านมีความรับผิดชอบในการทำงานได้...					
11	เพื่อนร่วมงานให้ความสนใจและช่วยเหลือ...					
12	เพื่อนที่ทำงานมีการประชุม ท่านมีส่วนร่วม...					
การรับรู้ความผาสุกด้านสังคม						
1	ท่านปิด ยินดีไปพบปะสังสรรค์กับกลุ่มเพื่อน...					
2	ท่านรู้สึกสดชื่นร่าเริงเมื่อได้ออกกำลังกาย...					
3	ท่านยินดีเข้าร่วมเมื่อเพื่อนบ้านจัดกิจกรรม...					
4	ท่านได้รับเชิญให้มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม...					
5	ท่านรู้สึกมีความสุขเมื่อได้มีโอกาสเข้าร่วมรับฟัง..					
6	ท่านรู้สึกเป็นเกียรติที่ได้มีโอกาสเป็นผู้ถ่ายทอด...					
7	ท่านรู้สึกปลื้มใจ เมื่อทราบว่าเพื่อนบ้านนำ...					
8	ท่านรู้สึกอึดอัดใจ เมื่อท่านมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ...					
9	ท่านรู้สึกจิตใจสงบ เมื่อได้เข้าร่วมพิธีทางศาสนา..					
10	ท่านแสดงความยินดีกับเพื่อนบ้านในโอกาส ...					
11	ท่านสุขใจเมื่อได้ไปร่วมงาน เทศกาล ...					
12	ท่านยินดีให้ความช่วยเหลือเมื่อเพื่อนบ้าน...					

ภาคผนวก จ

ตำราหนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ





วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) โทรสาร 0 2675 5313
19 South Sathon Rd, Yannawa Sathon Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304 (-12) Fax. (662) 675 5313



ที่ ว.ชล.83000/0717

14 มิถุนายน 2556

เรื่อง เชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงการวิจัย จำนวน 1 ฉบับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน 2 ฉบับ

ด้วย นางสาวนิตยา สุวรรณเวก นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำการศึกษาอิสระ เรื่อง "ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ต่อการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา อนุสันติ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในการนี้สำนักงานวิชาการและบัณฑิตศึกษาขอเรียนเชิญ นางสาวนันทา ขวัญดี เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวนิตยา สุวรรณเวก และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ดร. สมศรี สุมเมธ)

อธิการบดีวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

สำเนาเรียน : นางสาวนันทา ขวัญดี

ผู้ประสานงาน : สำนักงานวิชาการและบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) ต่อ 63121

โทรสาร 0 2675 5313

พป/ธล



วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) โทรสาร 0 2675 5313
19 South Sathon Rd, Yannawa Sathon Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304 (-12) Fax. (662) 675 5313



ที่ ว.ชล.83000/0717

14 มิถุนายน 2556

เรื่อง เชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพร ดนัยคุชฎิกุล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างการวิจัย จำนวน 1 ฉบับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน 2 ฉบับ

ด้วย นางสาวนิตยา สุวรรณเวก นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำการศึกษาอิสระ เรื่อง "ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ต่อการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพนา อนุสันติ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในการนี้สำนักงานวิชาการและบัณฑิตศึกษาขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพร ดนัยคุชฎิกุล เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามให้ นางสาวนิตยา สุวรรณเวก และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ดร. สมศรี สุ่มธ)

อธิการบดีวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ผู้ประสานงาน : สำนักงานวิชาการและบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) ต่อ 63121

โทรสาร 0 2675 5313

พป/ธล

ภาคผนวก จ

สำเนาหนังสือขอความอนุเคราะห์พัฒนาเครื่องมือวิจัย




วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 0 2675 5304 (1-12) โทรสาร 0 2675 5313
19 South Sathon Rd. Yannawa Sathon Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304 (1-12) Fax. (662) 675 5313

เลขรับ 3685
วันที่ 2 ก.ค. 56
เวลา 15.05 น.



ที่ว.รล.83000/0800

25 มิถุนายน 2556

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือวิจัย

เขียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโป่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างการวิจัย จำนวน 1 ฉบับ 7.25

2. แบบสอบถาม จำนวน 1 ฉบับ ✓

กลุ่มพัฒนาระบบบริหารสุขภาพ
เลขรับ 1990
วันที่ 2 ก.ค. 2556
เวลา 13.30 น.

874
3 ก.ค. 2556
11.30 น.

ด้วย นางสาวนิศยา สุวรรณเวก นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
บริหารการพยาบาล กำลังดำเนินการทำการศึกษาอิสระ เรื่อง "ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการ
แนวความคิดส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์ ต่อการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ดร.สุวรรณา อนุสันติ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ในการนี้โครงการขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือ
การวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 30 คน ระหว่างเดือนมิถุนายน 2556 ด้วยการตอบแบบสอบถาม การรับรู้
ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยนักศึกษาจะเป็นผู้ดำเนินการด้วยตนเอง ทั้งนี้การวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณา
เห็นชอบด้านจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนิศยา สุวรรณเวก ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อพัฒนา
เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว สำนักงานวิชาการและบัณฑิตศึกษาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์
จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

น. ผอ.

เพื่อทราบ

เพื่อพิจารณา

ความเห็น... 2. 21.55

21.55
2 ก.ค. 56

21.55 2. 21.55

สำเนาเรียน : หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล

2 ก.ค. 56

หมายเลข : ติดต่อนักศึกษาโดยตรงได้ที่ 089-1175802

พบ

สำหรับ 21.55 2. 21.55

21.55 2. 21.55

3 ก.ค. 56

นายสุวัฒน์ ตนาย...

นายสุวัฒน์ ตนาย...

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโป่ง

3 ก.ค. 56

ขอแสดงความนับถือ

(ดร.สมศรี สุขเมธ)

อธิการบดีวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

21.55 2. 21.55

21.55 2. 21.55

21.55 2. 21.55

21.55 2. 21.55

21.55 2. 21.55

21.55 2. 21.55

21.55 2. 21.55

ภาคผนวก ข

ตัวอย่างเครื่องมือในงานวิจัย



ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย

1. โครงการอบรมบุคลากรเรื่องการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
2. ตัวอย่างแบบบันทึกการมอบหมายงานพยาบาลเจ้าของไข้
3. ตัวอย่างแบบบันทึกปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม



โครงการอบรมบุคลากรเรื่องการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

หลักการและเหตุผล สำหรับการบริการการพยาบาลที่มีคุณภาพและช่วยให้บรรลุเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม คือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีความผาสุกในการดำเนินชีวิต สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันของตนได้ตามปกติ โดยพยาบาลมีวิธีที่จะช่วยเหลือในการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพของการใช้ข้อเข่าที่ถูกต้องในการดำเนินชีวิตในด้านครอบครัว ด้านการทำงาน ด้านสังคม เป็นผลทำให้เกิดความผาสุกได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจึงได้จัดการอบรมการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนตนเองทำให้มีความผาสุกในชีวิต

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจในการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
2. เพื่อให้บุคลากรสามารถใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์สำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

รูปแบบโครงการ

เป็นโครงการอบรมแนวคิดการใช้ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

วิธีดำเนินการ

บรรยายเนื้อหาภาคทฤษฎี การอภิปรายและซักถามปัญหาและทำ Work Shop

วิทยากร ผศ.ดร. สุวรรณ อนุสันติ

สถานที่ หน่วยตรวจและติดตามผลการรักษาออร์โธปิดิกส์ ดึกสยามินทร์ โรงพยาบาลศิริราช

วันและเวลาในการอบรมและสัมมนา วันที่ 12 มิถุนายน 2556

ผลที่คาดว่าจะได้รับในระยะสั้น

1. ผู้เข้ารับการอบรมสามารถนำความรู้ แนวคิด ประสบการณ์ไปใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ผู้เข้ารับการอบรมได้ฝึกปฏิบัติก่อนดำเนินการทดลองจริง

ผลที่คาดว่าจะได้รับในระยะยาว

1. ผู้เข้ารับการอบรมสามารถปฏิบัติงานโดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์สำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในการปฏิบัติการบริการการพยาบาล

2. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และครอบครัวได้รับการบริการการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ

กำหนดการอบรมบุคลากร

การใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ

เพนเดอร์ต่อการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ณ ห้องประชุมหน่วยตรวจและติดตามผลการรักษาออร์โธปิดิกส์

วันที่ 12 มิถุนายน 2556

วันที่ 12 มิถุนายน 2556

เวลา 13.00- 13.20 น.

เวลา 13.20- 13.30 น.

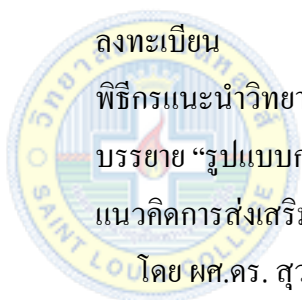
เวลา 13.30- 15.30 น.

ลงทะเบียน

พิธีกรแนะนำวิทยากร

บรรยาย “รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์”

โดย ผศ.ดร. สุวรรณ อนุสันติ



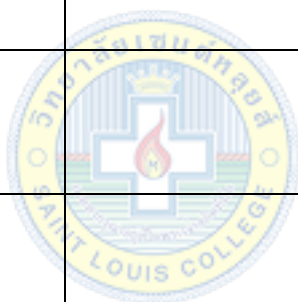
แบบบันทึกการมอบหมายงานพยาบาลเจ้าของไข้

วัน เดือน ปี	ชื่อผู้ป่วย	พยาบาลเจ้าของไข้	หัวหน้าหน่วย



แบบบันทึกปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

วัน เดือน ปี	ปัญหา	เป้าหมาย	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – ชื่อสกุล	นางสาวนิตยา สุวรรณเวก
วัน เดือน ปี เกิด	5 กันยายน 2509
สถานที่เกิด	จังหวัดสุพรรณบุรี ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2543 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล) วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พ.ศ.2556

ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน

พ.ศ.2543 – ปัจจุบัน



พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัดงานการพยาบาลผ่าตัด
หน่วยตรวจและติดตามผลการรักษาออร์โธปิดิกส์
โรงพยาบาลศิริราช แขวงพรานนค เขตบางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700