

ผลของโปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ¹, มาลี เอี่ยมสำอาง², ขวัญธิดา พิมพการ³, ดวงเนตร ธรรมกุล⁴

^{1,2,4} อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

³ อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

บทคัดย่อ

การศึกษาเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอกอออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 35 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านข้อมูลสุขภาพจำนวน 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้โรคข้อเข่าเสื่อมและการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเอง กิจกรรมที่ 3 การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา และกิจกรรมที่ 4 การติดตามให้คำปรึกษารายบุคคลแบบอัติโนมัติ กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในวิจัยครั้งนี้มี 4 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม 3) แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม และ 4) แบบวัดคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมด้วย KR-20 เท่ากับ 0.86 แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมและแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.92 และ 0.90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และทดสอบที่

ผลการวิจัย พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การจัดการสุขภาพด้วยตนเอง และคุณภาพชีวิต สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนอาการรุนแรงของโรค กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการรุนแรงของโรคต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการสุขภาพนี้ ทำให้ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมสามารถจัดการภาวะสุขภาพได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพ/ คุณภาพชีวิต/ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

The Effects of a Health Management Program on Quality of Life in Knee Osteoarthritis Patients

Ploenta Pipatsombat¹, Malee Emsamang², Khwanthida Phimpakarn³, Doungetre Thummakul⁴

^{1,2,4} Lecturer of Faculty of Nursing, Suan Dusit University

³ Lecturer of Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi University

Abstract

This Quasi-experimental, pretest-posttest control group design research was to examine the effect of health management program on quality of life in Knee Osteoarthritis Patients. The sample was composed of 70 patients with knee osteoarthritis, the American College of Rheumatology Inclusion criteria, was recruited from the orthopedic clinic at Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, divided equally into a control group and an experimental group. The participants in the experimental group were required to receive a self-efficacy program, 12 weeks. There are 4 activities: Activity 1; Relationship, Activity 2; Osteoarthritis Education and Self-Management, Activity 3; Thigh muscles management, and Activity 4, Follow-up with existential individual counseling. The control group will receive regular care. The instruments used in this research were 4 parts: 1) personal information questionnaire 2) Knowledge questionnaire for Knee Disease; KR-20, 0.86 3) Severity of osteoarthritis questionnaire; Cronbach's alpha coefficient, 0.92 and 4) Quality of life questionnaire; Cronbach's alpha coefficient, 0.90. Data were analyzed with descriptive statistics and t-test.

The results showed that: After the experimental group, there were an average score on knowledge about osteoarthritis, self-management and quality of life higher than before the experiment and higher than the control group; statistically significant, ($p < .001$). The experimental group had average scores of severe symptoms, lower than before the experiment and lower than the control group; Statistically significant, ($p < 0.001$). The study shows that this health management program. Osteoarthritis patients can manage their own health condition. Resulting in a better quality of life.

Keywords: Health Management Program/ Quality of Life/ Knee Osteoarthritis Patient

Corresponding author: Khwanthida Phimpakarn, Email: khwanthida_24@hotmail.com, Tel. 0823543399

ความสำคัญของปัญหา

โรคกระดูกและข้อเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ที่มีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นและองค์การอนามัยโลก¹ ได้คาดการณ์ว่า จะมีจำนวนผู้ป่วยกระดูกและข้อเพิ่มขึ้นจาก 400 ล้านคนใน พ.ศ. 2551 เป็น 570 ล้านคนใน พ.ศ. 2563 โดยเฉพาะโรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) และพบว่าข้อที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานและการเจ็บป่วยและมารับบริการมากที่สุด คือข้อเข่า² โดยจะมีอาการข้ออักเสบ มีอาการปวดข้อเรื้อรัง ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน³ ซึ่งอาการปวดข้อที่เกิดขึ้น ทำให้มีปัญหาทำให้การเคลื่อนไหวลดลง ได้แก่ ลูกเขยลำบาก ต้องใช้เวลามากกว่าเดิมเพื่อที่จะเปลี่ยนจากท่านั่งเป็น ยืน เดินได้ช้ากว่าเดิม เดินลำบากและเดินได้ในระยะทางไม่ไกลเท่าเดิม⁴ จึงเป็นสาเหตุสำคัญต่อการตัดสินใจ เลือกใช้บริการบำบัดรักษาด้วยวิธีการต่างๆ ซึ่งบางครั้งส่งผลต่อร่างกาย ได้แก่ การใช้ยาแก้ปวดหรือวิธีการจัดการอาการปวดที่ไม่เหมาะสม⁵ ความทุกข์จากการเคลื่อนไหวและความเจ็บปวดส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ทำให้รู้สึกหงุดหงิด (ร้อยละ 78.3) ท้อแท้ ซึมเศร้า ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง⁶

การสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556 พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมมีจำนวนน้อยมากเพียงร้อยละ 12.30 และส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม ปัจจัยสาเหตุของโรคข้อเข่าเสื่อมและวิธีการจัดการอาการปวดในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ถึงร้อยละ 53.3 ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่าไม่มั่นใจการหลีกเลี่ยงการกดทับข้อเข่า การบริหารข้อและกล้ามเนื้อรอบข้อ เมื่อมีอาการปวดจะจัดการลดปวด

โดยซื้อยาชุดมารับประทานเองเพื่อบรรเทาอาการปวด⁷ การให้โปรแกรม ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน ให้ความรู้ การฝึกและให้คู่มือการบริหารข้อเข่าในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ทำให้เกิดการเรียนรู้เพื่อจัดการอาการปวดเข้าได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะชะลอกระบวนการดำเนินโรคไปสู่ระยะที่มีความรุนแรงมากขึ้นได้⁸ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง ในเรื่องการควบคุมน้ำหนักและออกกำลังกายจะมีสมรรถนะทางกายดีขึ้น อาการปวดลดลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมดีขึ้น⁹ อีกทั้งสถิติผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลลพบุรี โรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี เป็น 10 อันดับแรกของโรคที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และพบมีอาการรุนแรงและจำนวนเพิ่มขึ้น ในที่สุดต้องผ่าตัดใส่ข้อเข่าเทียม (Total Knee Replacement: TKR) มีจำนวน 255 , 305 และ 333 คน ในปี พ.ศ. 2554, 2555 และ 2556 ตามลำดับ¹⁰

ดังนั้นการลดความรุนแรงของโรคส่งเสริมให้ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้ กิจกรรมการบริหารกล้ามเนื้อต้นขาโดยนำทฤษฎีการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา¹¹ มาประยุกต์ใช้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมพัฒนาความเชื่อมั่นของตนเองในการฝึกปฏิบัติ กิจกรรมการฝึกบริหารกล้ามเนื้อต้นขา โดยมีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้บุคคลมีสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นจากการเรียนรู้ผ่าน 4 กิจกรรมคือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้โรคข้อเข่าเสื่อมและการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเอง กิจกรรมที่ 3 การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา และกิจกรรมที่ 4 การติดตามโดยใช้การให้คำปรึกษาแบบอัติถิภาวะนิยม รวมระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมสุขภาพะด้านจิตใจให้ผู้ป่วยรับรู้ปัจจุบัน ค้นหาความหมายและกำหนดเป้าหมายได้ชัดเจน รับรู้การมีคุณค่าในตนเองพร้อมตัดสินใจและนำตนเองสู่เป้าหมายทำให้สามารถดูแลตนเอง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

สมมติฐานงานวิจัย

1. ภายหลังจากทดลองผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพมีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคข้อเข่าเสื่อมและการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเอง สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ภายหลังจากทดลองผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพมีระดับคะแนนเฉลี่ยอาการรุนแรงของโรคต่ำกว่าก่อนทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
3. ภายหลังจากทดลองผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพมีระดับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ระเบียบวิธีวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต รหัส SDU-RDI 2015-005 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร รหัส 087/58

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบวัดผลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (pretest-posttest control group design) แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ ที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2558 ทำการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรคำนวณ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย กรณี 2 กลุ่มประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 และกลุ่มควบคุม 35 คน

การสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มอย่างง่ายโดยแบ่งผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ออกเป็น 2 กลุ่ม และจับฉลากเพื่อนำมาเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อมของ The American College of Rheumatology มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ ที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2558 ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สามารถอ่านออกเขียนได้ สามารถร่วมกิจกรรมได้ตลอด โครงการจนเสร็จสิ้นและยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) มีโรคประจำตัวอื่น ๆ และมีอาการจากโรคข้อเข่าเสื่อมหรือโรคอื่น ๆ ที่รุนแรงมาก ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมและปฏิบัติตามคำแนะนำตามรายละเอียดของกิจกรรมได้ตลอดโครงการจนเสร็จสิ้นและถูกบังคับให้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้น แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 10 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ของ Modified WOMAC ฉบับภาษาไทย (ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย) จำนวน 22 ข้อแบ่งเป็นอาการ

ปวดเข่าจำนวน 5 ข้อ อาการข้อฝืด ข้อยึดจำนวน 2 ข้อ และความลำบากในการเคลื่อนไหวจำนวน 15 ข้อ มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.93 และส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัย จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย ด้านสุขภาพกาย จำนวน 7 ข้อ ด้านจิตใจจำนวน 6 ข้อ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมจำนวน 3 ข้อ ด้านสังคม จำนวน 8 ข้อ และสุขภาพโดยรวมจำนวน 2 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบประจำแผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ ที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร ขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ ขอร้องยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และเก็บข้อมูลก่อนทดลอง

ขั้นตอนดำเนินการ ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพในกลุ่มทดลอง รวมระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ดังนี้คือ

สัปดาห์ที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินภาวะสุขภาพ แจกเอกสารคู่มือการอภิปรายกลุ่ม (ระยะเวลา 2 ชั่วโมง) ร่วมกันวิเคราะห์พฤติกรรมที่เป็นปัญหาวางแผนในการจัดการปัญหาเกี่ยวกับภาวะโรคข้อเข่าเสื่อม

สัปดาห์ที่ 2 การให้ความรู้โรคข้อเข่าเสื่อมและการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเอง การอภิปรายกลุ่ม (ระยะเวลา 2 ชั่วโมง) เพื่อวางแผน

ในการจัดการเกี่ยวกับภาวะโรคข้อเข่าเสื่อมและการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเองในการประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งประกอบด้วยอาการปวดเข่า อาการข้อฝืด ข้อยึด และความลำบากในการเคลื่อนไหว

สัปดาห์ที่ 3-4 การสาธิตการบริหารกล้ามเนื้อต้นขาข้างที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อม โดยการเปิดวิดีโอ ประเมินผลการปฏิบัติพร้อมกับการฝึกปฏิบัติ และมอบวิดีโอการบริหารกล้ามเนื้อต้นขาให้ผู้ป่วยนำกลับบ้าน (ระยะเวลา 2 ชั่วโมง) เพื่อทบทวนการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา

สัปดาห์ที่ 5-6 การทบทวนการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา (ระยะเวลา 2 ชั่วโมง) และการให้รางวัล ผู้ที่บริหารกล้ามเนื้อต้นขาได้ถูกต้อง ตามเป้าหมายที่ได้วางไว้

สัปดาห์ที่ 7-12 ติดตามโดยใช้การให้คำปรึกษาแบบอัติโนมัตินิยามอย่างเป็นระบบทางโทรศัพท์ (ระยะเวลา 2 ชั่วโมง) เพื่อส่งเสริมและให้กำลังใจเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อต้นขาและการให้ความรู้โรคข้อเข่าเสื่อมและการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเอง อีกทั้งกระตุ้นให้ตระหนักรู้และเข้าใจตนเอง อยู่กับ

ปัจจุบันสามารถเลือกสิ่งที่มีคุณค่าให้ตนเอง และรับผิดชอบต่อการดูแลตนเอง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยนี้ทำการวิเคราะห์ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภายในกลุ่ม ด้วยสถิติ Paired t - test และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t - test ที่ค่าความเชื่อมั่น 95 %

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มี 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลลักษณะทั่วไป และ 2) ข้อมูลเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทั่วไป กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสัดส่วนของเพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ช่วงอายุที่พบที่มากที่สุด คือ อายุ 56-65 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับประถมศึกษาและอนุปริญญา/ปวส ส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพและประกอบอาชีพค้าขาย มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไป (N=70)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (ร้อยละ)	
		กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
เพศ	ชาย	15 (42.9)	9 (25.7)
	หญิง	20 (57.1)	26 (74.3)
อายุ	50-55 ปี	3 (8.6)	6 (17.2)
	56-60 ปี	11 (31.4)	9 (25.7)
	61-65 ปี	11 (31.4)	11 (31.4)
	66-70 ปี	10 (28.6)	6 (17.2)
	> 71ปี	-	3 (8.5)
สถานภาพ	โสด	3 (8.5)	2 (5.7)
	สมรส	31 (88.6)	32 (91.4)
	หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	1 (2.9)	1 (2.9)
การศึกษา	ไม่ได้รับการศึกษา	-	1 (2.9)
	ประถมศึกษา	10 (28.6)	11 (31.4)
	มัธยมศึกษา/ปวช	9 (25.7)	9 (25.7)
	อนุปริญญา/ปวส	13 (37.1)	5 (14.3)
	ปริญญาตรี	3 (8.6)	9 (25.7)
อาชีพ	รับราชการ	3 (8.6)	4 (11.4)
	พนักงานรัฐวิสาหกิจ	4 (11.4)	1 (2.9)
	รับจ้างทั่วไป	1 (2.9)	6 (17.1)
	ธุรกิจส่วนตัว	7 (20)	7 (20)
	ค้าขาย	7 (20)	8 (22.9)
	ไม่ประกอบอาชีพ	13 (37.1)	6 (17.1)
	พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย		
	สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง	29 (82.9)	20 (57.1)
	สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง	-	4 (11.4)
	สัปดาห์ละ 5-6 ครั้ง	-	1 (2.9)
	ไม่ได้ออกกำลังกาย	6 (17.1)	10 (28.6)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสัดส่วนของระยะเวลาที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวนข้อเข่าเสื่อมที่มีอาการ การจัดการ

อาการปวดข้อเข่าการรักษาทางเลือก และค่า BMI ที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ ส่วนใหญ่ระยะเวลาที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 1-10 ปีจำนวนข้อเข่าเสื่อมที่มีอาการ ที่พบที่มากที่สุด คือ 1 ข้าง ส่วนใหญ่การจัดการ

อาการปวดข้อเข่า มากที่สุดคือรับประทานยาแก้ปวด ส่วนใหญ่การรักษาทางเลือกที่ใช้มากที่สุดคือ นวดกับแพทย์แผนไทย ส่วนใหญ่ค่า BMI อยู่ในโรคอ้วนระดับ 2 (25.0-29.9) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม (N=70)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
ระยะเวลาที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม		
1-10 ปี	13 (37.1)	14 (40)
11-20 ปี	7 (20)	11 (31.4)
21-30 ปี	9 (25.7)	8 (22.9)
>31 ปี	6 (17.2)	2 (5.7)
จำนวนข้อเข่าเสื่อมที่มีอาการ		
1 ข้าง	30 (85.7)	31 (88.6)
2 ข้าง	5 (14.3)	4 (11.4)
การจัดการอาการปวดข้อเข่า		
รับประทานยาแก้ปวด	32 (91.4)	26 (74.2)
พักการใช้ขาข้างที่ปวด	2 (5.7)	8 (22.9)
บริหารกล้ามเนื้อขา	1 (2.9)	1 (2.9)
การรักษาทางเลือก		
นวดกับแพทย์แผนไทย	22 (62.8)	16 (45.7)
การฝังเข็ม	8 (22.9)	6 (17.1)
การนวดน้ำมัน	5 (14.3)	3 (8.6)
ไม่เคยรับการรักษาทางเลือก	-	10 (28.6)
บุคคลที่ให้คำแนะนำความรู้		
แพทย์	23 (65.7)	17 (48.6)
แพทย์และพยาบาล	12 (34.3)	11 (31.4)
พยาบาล	-	7 (20)
BMI < 18.5	-	1 (2.9)
ปกติ (18.6-22.9)	-	3 (8.6)
โรคอ้วนระดับ 1 (23.0-24.9)	17 (48.6)	7 (20)
โรคอ้วนระดับ 2 (25.0-29.9)	18 (51.4)	20 (57.1)
โรคอ้วนระดับ 3 (> 30)	-	4 (11.4)

ค่าเฉลี่ยคะแนนของความรู้โรคข้อเข่าเสื่อมและการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเอง อารมณ์รุนแรงของโรค และคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคข้อเข่าเสื่อมและการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเอง หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วน

ค่าคะแนนเฉลี่ยอาการรุนแรงของโรค หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของตัวแปร ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)		Mean Difference	t	p
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
1. ความรู้โรคข้อเข่าเสื่อมและการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเอง							
ก่อนทดลอง	3.83	4.54	3.34	0.54	1.77	10.883	0.231
หลังทดลอง	5.60	0.69	3.74	0.61	0.40	0.96	<0.001
2. อาการรุนแรงของโรค							
ก่อนทดลอง	93.66	22.53	92.80	15.95	14.23	25.74	0.421
หลังทดลอง	79.43	7.43	85.03	9.85	7.77	2.45	<0.001
3. คุณภาพชีวิต							
ก่อนทดลอง	70.69	11.59	70.80	4.76	28.05	17.21	0.374
หลังทดลอง	98.74	4.53	65.74	4.14	5.06	4.831	<0.001

อภิปรายผล

1. ความรู้โรคข้อเข่าเสื่อมและการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้โรคข้อเข่าเสื่อมและการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตาม

สมมติฐานข้อที่ 1 ความแตกต่างของคะแนนความรู้โรคข้อเข่าเสื่อมและการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเอง เพิ่มขึ้นจากคะแนน 3.83 คะแนนเป็น 5.60 คะแนน ผลจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นหลังจากการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วย อาการปวดเข่า อาการข้อฝืด ข้อยึด

และความลำบากในการเคลื่อนไหว โดยผลทำให้เกิดการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเองของกลุ่มทดลองมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของยุวดี สารบุรุษและคณะ¹³ ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนด้วยการสัมภาษณ์พบว่า มีความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.03 (SD=1.14) โดยมีคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 คิดเป็นร้อยละ 70.6 ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เนื่องจากกลุ่มทดลองมีการเสริมสร้างความรู้ มีความเข้าใจในสาเหตุ อาการและอาการแสดง และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

2. อาการรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีอาการรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ความแตกต่างของคะแนนอาการรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ลดลงจากคะแนน 93.66 คะแนน เป็น 79.43 คะแนน ผลจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นหลังจากการสาธิตการบริหารกล้ามเนื้อต้นขาข้างที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อม โดยการเปิดวิดีโอ ประเมินผลการปฏิบัติพร้อมกับการฝึกปฏิบัติ และมอบวิดีโอการบริหารกล้ามเนื้อต้นขาให้ผู้ป่วยนำกลับบ้าน เพื่อทบทวนการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา ซึ่งผลจากการฝึกปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อต้นขาข้างที่มีปัญหาของกลุ่ม

ทดลองอย่างต่อเนื่องและเป็นประจำทำให้อาการรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมลดลง สอดคล้องกับสอดคล้องกับการศึกษาของสุระเพ็ญ สุวรรณสว่าง¹⁴ พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา มีระดับความปวดลดลงมากกว่ากลุ่ม ควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)ในสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6 และระบุว่าโปรแกรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา มีประสิทธิภาพมากกว่าการรักษาตามปกติ และสอดคล้องกับการศึกษาของชัยญาวีร์ ไชยวงศ์ และคณะ¹⁵ พบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายข้อเข่าอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองจะมีความปวดลดลงก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) เมื่อใช้โปรแกรมฟื้นฟูผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเรื้อรัง ควรใช้โปรแกรมฟื้นฟูเฉพาะ ที่ประกอบด้วย การจัดการด้วยตนเองและการรับมือกับการปวดเข่า โดยการออกกำลังกาย ร่วมกับการให้ความรู้ซึ่งจะได้ผลดีกว่า

3. คุณภาพชีวิต พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้นจากคะแนน 70.69 คะแนน เป็น 98.74 คะแนน ผลจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นหลังจากการติดตามการให้คำปรึกษาแบบอัติถิภาวะนิยมเข้ามาสนับสนุนในการติดตาม ซึ่งแนวคิดดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อมมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง

สามารถพึ่งพาตนเอง และดูแลตนเองได้สมวัย สามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อีราวรรณ เชื้อตาเล็ง และสุริพร ธนศิลป์¹⁶ พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางสังคม หลังการทดลองพัฒนาขึ้นจากระดับต่ำเป็นระดับปานกลาง ซึ่งแสดงถึงการที่ผู้ป่วยอาจจะเริ่มสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น การได้รับความช่วยเหลือจากคนอื่นหรือช่วยเหลือบุคคลอื่น

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. โปรแกรมการจัดการสุขภาพ นำไปวางแผนใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

2 สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปพัฒนางานส่งเสริมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ เพื่อลดปัญหาการเกิดภาวะโรคดังกล่าวในผู้สูงอายุ

3. ควรมีการวิจัยในกลุ่มเสี่ยงของภาวะโรคดังกล่าว ในบริบทเขตเมืองและเขตชนบท เพื่อสามารถดูแลกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวได้ตรงกับบริบทนั้นๆ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยสวนดุสิต

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. *The burden of musculoskeletal conditions as the start millennium: report of a WHO scientific group.* (2003).

2. Pereira D, Peleteiro B, Araújo J, Branco J, Santos RA, and Ramos E. The effects of osteoarthritis definition on prevalence and incidence estimates: a systematic review. *Osteoarthritis and Cartilage* 2011; (19):1270-85.
3. พุทธิพร พิธานธนาคุณ และปัทมา สุริต. การจัดการความปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2554; 29(4): 58-68
4. Bindawas SM. Relationship between frequent knee pain, obesity, and gait speed in older adults: data from the Osteoarthritis Initiative. *Clinical Interventions in Aging* 2016; 11: 237-44.
5. วรณภา ศรีธัญรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง และประเสริฐ อัสสันตชัย. การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทยพ.ศ. 2545-2550. ใน: ชันตา วิชชาวุธ, บรรณาธิการ. *ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทย และบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย.* กรุงเทพฯ: คิว พี 2553; 63 -137.
6. Coriolano K. *The effect of obesity in self-reported disability, knee pain and isokinetic quadriceps strength in kneeosteoarthritis.* Queen's University, Kingston, Ontario, Canada. Available from ProQuest Dissertations and Thesis database. 10155056; 2014.
7. สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ. *รายงานผลการศึกษาเบื้องต้น โครงการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี 2556 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ.* [อินเทอร์เน็ต] 2556. [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2559] เข้าถึงได้จาก www.hitap.net/research.

8. Conaghan PG, Hunter DJ, Maillefert JF, Riechmann WM, & Losina E. Summary and recommendations of the OARSI FDA osteoarthritis Assessment of Structural Change Working Group. *Osteoarthritis and Cartilage* 2011; 19(5): 606-10.
9. Blackmon D. *The effect of exercise on physical function individuals with knee osteoarthritis: A review*. Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements. Master of Science in Exercise Science. University of South Carolina. UMI Number: 1498130; 2011.
10. เวชสถิติ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. *การสำรวจเกี่ยวกับสถิติโรคข้อเข่าเสื่อม*. กรุงเทพฯ: เวชสถิติ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช; 2556.
11. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman. and company; 1997.
12. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, ปรีทรรศ ศิลปกิจ และ วนิดา พุ่มไพศาลชัย. *คุณภาพชีวิตคนไทยในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ*. โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่, 2541.
13. ยุวดี สารบูรณ์, สุภาพ อารีเอื้อและ สุจินดา จารุพัฒน์ มารุโอ. *อาการ ความรู้ และการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุใน: การศึกษานำร่อง.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี 2014; 30(2): 12-24.*
14. สุระเพ็ญ สุวรรณสว่าง. *ผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่อความระดับความปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน นครศรีธรรมราช: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์; 2551.
15. ชัญญาวีร์ ไชยวงศ์, วิระกานุจน์ สุเมธานุรักษ์กุล, ดาราพร รักหน้าที่, รจนา วรวิทย์ศรางกูร และ รุ่งนภา ประยูรศิริศักดิ์. *ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพทางกายและการลดความเจ็บปวดของผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม*. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2559; 34 (4): 133-141.
16. อีราวรรณ เชื้อตาเล็ง และสุรพร ธนศิลป์. *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่*. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย* 2557; 6(1): 130-131.