

Prevalence of Knee Osteoarthritis in Elderly in Family Practice Center, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

Abstract

Tatree Bosittipichet, M.D.*

Knee osteoarthritis is a significant health problem worldwide, including Thailand. Knee osteoarthritis affects quality of life and disabilities in elderly. This study aims to investigate prevalence of knee osteoarthritis in elderly people who enrolled in Family practice center of Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital.

A cross-sectional descriptive study was conducted in 275 elderly, who visited Family Practice Center between September to November, 2016. Data was regained from questionnaires. Descriptive statistics were employed to describe sample characteristics and prevalence.

Results: The prevalence of knee osteoarthritis in elderly was 13.10. The high prevalence of knee osteoarthritis in elderly were age 60-69 years (17.3%), Female (15.58%), Overweight (16.49%), Family history of knee osteoarthritis (72.0%) and history of accidental knee injury (28.57%).

Conclusions: Knee osteoarthritis in elderly in Family practice center of Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital is a significant health issue. It is important to screening elderly in community. The development of prevention, treatment and effective referral systems in knee osteoarthritis should be formed in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province, especially in the high prevalence group.

Keywords: Osteoarthritis, Elderly, Prevalence

*Department of Social Medicine, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

การศึกษาความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ในศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

บทคัดย่อ

ธাত্রี โบสิทธิพิชญ์, พ.บ.*

โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อย ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการที่ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

รูปแบบวิธีการศึกษาภาคตัดขวางแบบบรรยาย (Cross sectional descriptive study) จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 275 คน ในช่วงกันยายน-พฤศจิกายน 2559 เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมเท่ากับร้อยละ 13.10 และพบความชุกมากในกลุ่ม ผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 17.33 เพศหญิง ร้อยละ 15.58 มีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) อยู่ในระดับเกินมาตรฐาน ร้อยละ 16.49 ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 72.0 มีเคยได้รับอุบัติเหตุรุนแรงบริเวณข้อเข่า ร้อยละ 28.57

สรุปโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญที่พบมากในผู้สูงอายุในศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัวโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จึงควรให้ความสำคัญถึงการคัดกรองในชุมชน นำไปสู่การพัฒนาแนวทางการป้องกัน การรักษา โดยเฉพาะลักษณะกลุ่มประชากรที่พบความชุกมาก รวมถึงระบบส่งต่อสู่แพทย์ ศัลยกรรมกระดูกอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โรคข้อเข่าเสื่อม ผู้สูงอายุ ความชุก

*กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญลำดับต้นๆ ของโลก⁽¹⁾ และเป็นสาเหตุการเกิดภาวะทุพพลภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ ความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมพบประมาณ 11.0-42.8%⁽²⁾ สถิติในประเทศไทยปี พ.ศ. 2539 สำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานว่าโรคข้อเข่าเสื่อมมีความชุก 11.3%⁽³⁾ และปี พ.ศ. 2553 ผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมเกิดที่ข้อเข่ามากที่สุด⁽⁴⁻⁵⁾ ผลจากรายงานของราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย⁽⁶⁾ (2554) พบว่า ผู้สูงอายุ 1 ใน 10 เกิดภาวะทุพพลภาพมากขึ้นจากโรคข้อเข่าเสื่อมประเทศไทยมีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายुर้อยละ 14.7 (9.5 ล้านคน) และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 20 (14.4 ล้านคน) ดังนั้น ประเทศไทยได้เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ผู้สูงอายุมีปัญาสุขภาพอื่นเนื่องมาจากความเสื่อมสภาพโรคที่สำคัญโรคหนึ่งคือโรคข้อเข่าเสื่อม

การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์ของโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ การนับถือศาสนาพุทธเทียบกับมุสลิม⁽⁷⁾ ภาวะอ้วนและดัชนีมวลกายที่เกินระดับมาตรฐาน^(4,8) เชื้อชาติ เพศ อาชีพ ประวัติอุบัติเหตุ ประวัติการผ่าตัดเข่า และลักษณะการใช้ชีวิตประจำวัน⁽⁹⁾ แต่ลักษณะชีวิตประจำวันท่าทางที่มีการงอเข่า

ค่อนข้างมากพบว่ายังไม่มีหลักฐานชัดเจนต่อการเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม⁽¹⁰⁾

ผลการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556 พบว่าผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 12.30 ที่ได้รับการคัดกรองของโรคข้อเข่าเสื่อม เนื่องมาจากรูปแบบการคัดกรองไม่ได้รับการยอมรับและการไม่เห็นความสำคัญของการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคในผู้สูงอายุ⁽¹¹⁾

ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา หรือที่เรียกว่า ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง ที่มีบทบาทในการให้บริการด้านดูแลสุขภาพประชาชนในเขตเทศบาล จำนวน 5,891 ราย ให้บริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟันฟู โดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จากข้อมูลสำรวจพบผู้สูงอายุในปี 2559 ของประชากรในเขตพื้นที่ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาคิดเป็นร้อยละ 26.3 และพบความชุกของภาวะอ้วนสูงถึงร้อยละ 38.10 ซึ่งจากข้อมูลการศึกษาที่ผ่านมาเราพบว่าภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคข้อเข่าเสื่อม^(4,8) จึงมีความสำคัญที่จะศึกษาถึงความชุก และลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มาใช้บริการ ในศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และวางแผนเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญาโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุในเขตพื้นที่

บริการศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัวที่เหมาะสมในลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับบริการที่ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

วัสดุและวิธีการ

ผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษานิตภาคตัดขวาง (Cross sectional study) การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดค่า $\alpha=0.05$ (two-sided test) ค่า $Z_{0.025}=1.96$ ค่าความผิดพลาดให้ได้ไม่เกิน 20% ของความชุกของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ เท่ากับ 29.6% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 275 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายและความสะดวกของผู้รับบริการในการให้ข้อมูล (Simple and Convenient random sampling) จากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิด้วยการซักประวัติและตรวจร่างกาย ประเมินผู้สูงอายุโดยใช้เกณฑ์วินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อมตาม The American College of Rheumatology (ACR) criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the knee และการสัมภาษณ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากแบบสอบถามโดยอ้างอิงปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากกรอบทฤษฎีงานวิจัย⁽⁴⁻¹⁰⁾ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 3 เดือน ตั้งแต่วันที่กุมภาพันธ์ ถึงพฤศจิกายน 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพ ความเสี่ยง

ด้านสุขภาพในปัจจุบัน เกณฑ์การวินิจฉัยพัฒนาจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อม ของวิทยาลัยแพทย์โรคข้อและรูมาติสซั่มสหรัฐอเมริกา (The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the knee) ใช้เกณฑ์วินิจฉัยทางคลินิก (Clinical criteria) เกณฑ์วินิจฉัยนี้เมื่อใช้เกณฑ์วินิจฉัยทางคลินิก 3 จากเกณฑ์ทั้งหมด 6 ข้อ มีค่าความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ ได้แก่ ความไว (sensitivity) ร้อยละ 95 และความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 69 และมีการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยเก็บข้อมูลของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 30 ราย และหาค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ ได้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.82

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (SPSS) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่ามัธยฐาน (Median) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าต่ำ (Minimum) ค่าสูง (Maximum) เพื่อแสดงลักษณะทั่วไปของข้อมูล

พิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา หนังสือรับรองเลขที่ 019/2559

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุภาวะสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคข้อเข่าเสื่อม

ผู้สูงอายุทั้งหมด 275 คน อายุเฉลี่ย 69.90 ปี (อายุมากที่สุด 96 ปี และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.48) ภาวะสุขภาพและความเสี่ยงด้านสุขภาพในปัจจุบัน พบว่า ผู้สูงอายุมี ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์

มาตรฐาน (18.5-24.9) ร้อยละ 54.9 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 65.5 มีประวัติโรคข้อเข่าเสื่อมในครอบครัว ร้อยละ 18.2

ลักษณะทั่วไปด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ผู้สูงอายุเคยสูบบุหรี่และยังคงสูบบุอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 33.5 เคยดื่มเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์และยังคงดื่ม ร้อยละ 31.2 ต้องเดินขึ้นลงบันไดทุกวัน มากกว่าวันละ 1 รอบ ร้อยละ 66.5 ใช้ห้องน้ำแบบนั่งยองๆ เช่น คอห่าน ร้อยละ 32.7 เคยมีประวัติการได้รับอุบัติเหตุรุนแรงบริเวณเข่า ร้อยละ 87.3 และขาดการออกกำลังกายโดยการบริหารข้อเข่า ร้อยละ 46.5 ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลลักษณะทั่วไป ภาวะสุขภาพ และลักษณะทั่วไปด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (n=275)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ(ปี)		
ผู้สูงอายุวัยต้น (60-69)	150	54.60
ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79)	90	32.70
ผู้สูงอายุวัยปลาย (80-89)	35	12.70
Mean (SD) 69.9 (7.48) Min 60, Max 96		
เพศ		
หญิง	164	59.60
ชาย	111	40.40
สถานภาพสมรส		
สมรส	146	53.10
หม้าย	84	30.50
โสด	34	12.40
หย่าร้าง	11	4.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	155	56.40
มัธยมศึกษา/ปวช	63	22.90
อนุปริญญา/ปวส	13	4.70
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	24	8.70
ไม่ได้รับการศึกษา	20	7.30
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	122	44.40
ค้าขาย/ประกอบอาชีพส่วนตัว	64	23.30
รับจ้างทั่วไป	51	18.50
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	31	11.30
เกษตรกร	6	2.20
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	Mean (SD) 158.30 (8.23) Min 140, Max 180	
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	Mean (SD) 59.92 (11.75) Min 22, Max 105	

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลลักษณะทั่วไป
ภาวะสุขภาพ และลักษณะทั่วไปด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (n=275) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index)		
< 18.5 = ผอม/ต่ำกว่ามาตรฐาน	18	6.50
18.51-24.9 = มาตรฐาน	160	58.20
> 25 = เกินมาตรฐาน	97	35.30
Mean (SD) 23.92 (4.12) Min 15.23, Max 43.29		
ประวัติการมีโรคประจำตัว		
ไม่มี	95	34.50
มีโรคประจำตัว	180	65.50
ประวัติโรคข้อเข่าเสื่อมในครอบครัว		
ไม่มี	225	81.80
มีประวัติ	50	18.20
พฤติกรรมการสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	183	66.50
เคยสูบ/ยังสูบ	92	33.50
พฤติกรรมการดื่มสุรา		
ไม่ดื่ม	189	68.70
เคยดื่ม/ยังดื่ม	86	31.20
การเดินขึ้นลงบันไดวันละหลายรอบ		
ไม่เคย	92	33.50
เคย	183	66.50
การใช้ส้วม		
นั่งยองๆ เช่น คอห่าน	90	32.70
นั่งบนที่รอง เช่น ชักโครก	185	67.30
การได้รับอุบัติเหตุรุนแรงบริเวณเข่า		
ไม่เคย	240	87.30
เคย	35	12.70
การออกกำลังกาย/บริหารข้อเข่า		
ออกกำลังกาย	148	53.80
ไม่เคยออกกำลังกาย	127	46.20

ความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อม และลักษณะทั่วไปด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

จากการประเมินความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมพบว่า ความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุเท่ากับ ร้อยละ 13.10 และเมื่อจำแนกตามลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมพบว่ามี ความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมดังนี้ ผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 17.33 เพศหญิง ร้อยละ 15.58 มีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) อยู่ในระดับ

เกินมาตรฐาน ร้อยละ 16.49 ประวัติคนในครอบครัว เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 72.0 ผู้ที่เคยสูบบุหรี่ ยังคงสูบบุหรี่ ร้อยละ 6.52 ผู้ที่ดื่มสุรายังคงดื่มสุรา ร้อยละ 5.81 เดินขึ้นลงบันไดวันละหลายรอบ ร้อยละ 13.11 ใช้ส้วมแบบนั่งยองๆ ร้อยละ 13.33 เคยได้รับอุบัติเหตุรุนแรงบริเวณข้อเข่า ร้อยละ 28.57 และขาดการออกกำลังกายหรือการบริหารข้อเข่า ร้อยละ 13.39 (ตาราง 2)

ตาราง 2 ความชุกและลักษณะทั่วไปด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม (n=275)

ข้อมูลลักษณะประชากร	ไม่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม		เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม		ความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ)
	n=239		n=36		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ(ปี)					
ผู้สูงอายุวัยต้น (60-69)	124	51.88	26	72.22	17.33
ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79)	82	34.31	8	22.22	8.89
ผู้สูงอายุวัยปลาย (80-89)	33	13.81	2	5.56	5.71
เพศ					
หญิง	138	57.74	26	72.22	15.58
ชาย	101	42.26	10	27.78	9.00
สถานภาพสมรส					
สมรส	127	53.14	19	52.78	13.01
หม้าย	76	31.80	8	22.22	9.62
โสด	25	10.46	9	25.00	26.47
หย่าร้าง	11	4.60	-	-	-
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	130	54.39	25	69.44	16.13
มัธยมศึกษา/ปวช	59	24.69	4	11.11	6.35
อนุปริญญาหรือสูงกว่า	32	13.39	5	13.89	15.63
ไม่ได้รับการศึกษา	18	7.53	2	5.56	10.00
อาชีพ					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	111	46.44	11	30.55	9.02
ค้าขาย/ประกอบอาชีพส่วนตัว	55	23.01	9	25.00	14.06
รับจ้างทั่วไป	42	17.57	9	25.00	17.65
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	25	10.46	6	16.67	19.35
เกษียณกร	5	2.09	1	2.78	16.67

ตาราง 2 ความชุกและลักษณะทั่วไปด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม (n=275) (ต่อ)

ข้อมูลลักษณะประชากร	ไม่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม		เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม		ความชุกของโรค ข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ)
	n=239		n=36		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index)					
< 18.5	17	7.11	1	2.78	5.56
18.51-24.9	141	58.99	19	52.78	11.88
> 25	81	34.00	16	44.44	16.49
ประวัติการมีโรคประจำตัว					
มีโรคประจำตัว	92	38.49	3	8.33	3.16
ไม่มีโรคประจำตัว	147	61.51	33	91.67	18.33
ประวัติการออกกำลังกาย					
ไม่มี	225	94.14	-	-	-
มีประวัติ	14	5.86	36	100	72.00
พฤติกรรมการสูบบุหรี่					
ไม่สูบ	153	64.02	30	83.33	16.39
เคยสูบ/ยังสูบ	86	35.98	6	16.67	6.52
พฤติกรรมการดื่มสุรา					
ไม่ดื่ม	158	66.11	31	86.11	16.40
เคยดื่ม/ยังดื่ม	81	33.89	5	13.39	5.81
การเดินขึ้นลงบันได					
ไม่เคย	80	33.47	12	33.33	13.04
เคย	159	66.53	24	66.67	13.11
การใช้ส้วม					
นั่งยองๆ เช่น คอห่าน	78	32.64	12	33.33	13.33
นั่งบนที่รอง เช่น ชักโครก	161	67.36	24	66.67	12.97
การได้รับอุบัติเหตุรุนแรงบริเวณเข่า					
ไม่เคย	214	89.54	26	72.22	10.83
เคย	25	10.46	10	27.78	28.57
การออกกำลังกาย/บริหารข้อเข่า					
ออกกำลังกาย	129	53.97	19	52.78	12.84
ไม่เคยออกกำลังกาย	110	46.03	17	47.22	13.39

วิจารณ์

ผลการศึกษาความชุกจากการศึกษานี้ พบความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 13.10 ใกล้เคียงกับการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย⁽¹¹⁾ เมื่อ ปี 2556 คือร้อยละ 20.50 จึงสะท้อนให้เห็นถึง

ความสำคัญของปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่มารับบริการในศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว อย่างไรก็ตามสาเหตุที่ความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมต่ำกว่าประชากรสูงอายุไทย อาจเกิดจากบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิเขตเมือง ที่ทำให้ผู้ป่วย

โรคข้อเข่าเสื่อมส่วนหนึ่ง รับบริการต่อเนื่องอยู่ในโรงพยาบาลตติยภูมิ และการเลือกสถานที่เก็บข้อมูล อาจยังไม่สะท้อนความชุกของประชากรในทั้งชุมชน อย่างไรก็ตามจากงานวิจัยนี้ทำให้เราเห็นถึงการคัดกรองโดยใช้แบบสัมภาษณ์ จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชนตนเองได้ทั่วถึงมากขึ้น

จากการศึกษาลักษณะทั่วไปในผู้สูงอายุ ที่พบความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมมาก ได้แก่ การมีประวัติโรคข้อเข่าเสื่อมในครอบครัว ร้อยละ 72.0 สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า กรรมพันธุ์เป็นสาเหตุสำคัญและถ่ายทอดจากคนในครอบครัวที่มีสายเลือดเดียวกันซึ่งผลการศึกษานี้ยืนยันว่ามากกว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ถ่ายทอดทางยีนจากบุคคลในครอบครัว⁽⁵⁾ นอกจากนี้ในส่วนของประวัติการได้รับอุบัติเหตุบริเวณข้อเข่า ก็พบความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมมากเช่นกัน ร้อยละ 28 สอดคล้องกับงานวิจัยเดิม⁽¹²⁾ ที่พบว่า การได้รับอุบัติเหตุรุนแรงหรือการได้รับการบาดเจ็บบริเวณข้อเข่า เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ในกลุ่มประชากรที่มีประวัติโรคข้อเข่าเสื่อมในครอบครัวและประวัติการได้รับอุบัติเหตุบริเวณข้อเข่านี้แม้จะไม่สามารถแก้ไขได้ แต่สามารถใช้เป็นข้อมูลนี้ในการวางแผนถึงการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับทุติยภูมิด้วยการคัดกรองทั้งสองกลุ่มได้

ระดับค่าดัชนีมวลกายที่อยู่ในระดับเกินมาตรฐานเป็นลักษณะที่พบความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมมาก ร้อยละ 16.49 สอดคล้องกับงานวิจัยเดิม⁽⁶⁾ ซึ่งมีความสำคัญกับบริบทประชากรศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัวที่พบประชากรที่มีค่าดัชนีมวลกายสูงถึง ร้อยละ 38.10 ซึ่งระดับค่าดัชนีมวลกายเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยน ดังนั้นคำแนะนำและการวางแผนส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดน้ำหนักจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนศูนย์เวชปฏิบัติ

ครอบครัวสำหรับโรคข้อเข่าเสื่อมต่อไป

การดื่มสุราเป็นลักษณะที่พบความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมน้อย ร้อยละ 5.81 ซึ่งประเด็นนี้แตกต่างจากงานวิจัยเดิม⁽¹³⁾ ซึ่งพบว่าประวัติการดื่มสุราและพฤติกรรมการดื่มสุราเป็นประจำมีความชุกของการเกิดโรคสูงกว่าคนที่ไม่ดื่มและเลิกดื่ม ส่วนหนึ่งปัจจัยด้านการดื่มสุราอาจมีเกี่ยวข้องกับระดับแอลกอฮอล์ที่ได้รับด้วย ซึ่งในการศึกษานี้ ได้ศึกษาข้อมูลที่ยังไม่ลงลึกระดับแอลกอฮอล์ที่ผู้ป่วยได้รับ จึงทำให้ผลการศึกษาดูแตกต่างกันออกไปได้

การสูบบุหรี่เป็นลักษณะที่พบความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมน้อย ร้อยละ 6.52 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเดิม⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงจากการสูบบุหรี่เป็นประจำ หรือมีประวัติเคยสูบและยังมีการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ไม่พบความสัมพันธ์ที่ชัดเจนให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม หรืออาจพบได้บ้างแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป

จากการศึกษาความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุครั้งนี้ พบว่าโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุที่มารับบริการในศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จึงควรให้ความสำคัญในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มารับบริการ และควรมีการพัฒนาต่อยอดไปถึงการคัดกรองในชุมชนในพื้นที่เขตรับผิดชอบ โดยเน้นไปที่ลักษณะกลุ่มประชากรที่พบความชุกมากกว่าปกติก่อน ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีประวัติโรคข้อเข่าเสื่อมในครอบครัว มีประวัติการได้รับอุบัติเหตุบริเวณข้อเข่า มีค่าดัชนีมวลกายที่อยู่ในระดับเกินมาตรฐาน ควรมีการพัฒนาโครงการส่งเสริมสุขภาพในเรื่องของการลดน้ำหนัก เนื่องจากเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ นอกจากนี้เมื่อมีการคัดกรองแล้วควรมีการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย ทั้งในส่วนที่ส่งตัวต่อไปยังสถานบริการระดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย

โรคข้อเข่าเสื่อมได้รับการดูแลรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและส่วนของการส่งตัวผู้ป่วยกลับมาดูแลรักษาต่อในชุมชนโดยกระบวนการเยี่ยมบ้านผ่านทีมหมอครอบครัวศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัวที่มีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมดูแลผู้ป่วยจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

สำหรับการศึกษาในอนาคต เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรเฉพาะ การศึกษาประชากรทั้งหมด (Total Survey) จะทำให้ได้ข้อมูลความชุกที่แม่นยำและสะท้อนปัญหาของประชากรในเขตรับผิดชอบของศูนย์เวชปฏิบัติ

ครอบครัวได้ดี นอกจากนี้ควรใช้รูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์ เพื่อจะทำให้ได้ข้อมูลปัจจัยที่สัมพันธ์หรือปัจจัยเสี่ยง ที่จะนำไปสู่การวางแผนป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงในผู้สูงอายุพื้นที่เขตรับผิดชอบศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะทำงานโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เจ้าหน้าที่ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัวทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยเฉพาะในโรคข้อเข่าเสื่อม ทำให้การเก็บข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Buckwalter JA, Saltzman C, Brown T. The impact of osteoarthritis: implications for research. Clin Orthop 2004 Oct; (427 Supple): S6-15.
2. Peat G, Mc Carney R, Croff P. Knee pain and osteoarthritis in older adults: a review of community burden and current use of primary health care. Ann Rheum Dis 2001 Feb; 60(2): 91-7.
3. Chaiamnuay P, Darmawan J, Muirden KD, Assawatanabodee P. Epidemiology of rheumatic diseases in rural Thailand: a WHO-ILAR COPCORD study; community oriented program for the control of rheumatic disease. J Rheumatol 1998 Jul; 25(7): 1382-7.
4. Pelletier JP, Raynald JP, Berthiaume MJ, Abram F, Choquette D, Haraoui B, et al. Risk factors associated with the loss of cartilage volume on weight-bearing areas in knee osteoarthritis patient assessed by quantitative magnetic resonance imaging: A longitudinal study. Arthritis Res Ther 2007; 9(4): R74.
5. Arden N. and Nevitt M.C. Osteoarthritis: Epidemiology. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2006 Feb; 20(1): 3-25.
6. ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทยสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทยและราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข โรคข้อเข่าเสื่อม พ.ศ. 2554. (ออนไลน์) 6 มีนาคม 2555. (เข้าถึงเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2559). เข้าถึงได้จาก: <http://www.rcost.or.th/web2012/data/cpgoa2554.pdf>
7. Chokkhanitchai S, Tangarunsanti T, Jaovisidha S, Nantiruj K, Janwityanujit S. The effect of religious practice on the prevalence of knee osteoarthritis. Clin Rheumatol. 2010 Jan; 29(1): 39-44.

8. Tangkulwanich B, Geater AF., Chongsuvivatwong V. Prevalence, patterns, and risk factors of knee osteoarthritis in Thai monks. *J Orthop Sci* 2006 Oct; 11(5): 439-45.
9. Kuptniratsaikul V, Tosayanonda O, Nilganuwong S, Thamalikikul V. The epidemiology of osteoarthritis of the knee in elderly patients living an urban area of Bangkok. *J Med Assoc Thai* 2002 Feb; 85(2): 154-61.
10. Nakagawa S, Kadoya Y, Kobayashi A, Tatsumi I, Nishida N, Yamano Y. Kinematics of the patella in deep flexion: analysis with magnetic resonance imaging. *J Bone Joint Surg Am* 2003; Jul; 85-A(7): 1238-42.
11. Nimitarnun N. Epidemiological Situation and Risk evaluation of Osteoarthritis among Thai populations. *Journal of the Royal Thai Army Nurses* 2014; 15(3); 185-194.
12. Arthritis Foundation. Alcohol and Arthritis: Drink only in moderation, if at all. (Cited 2016 November, 11) Available from: URL: <http://www.arthritis.org/living-with-arthritis/arthritis-diet/foods-to-avoid-limit/alcohol-in-moderation.php/>
13. Bradlow A. & Mowat A.G. Alcohol consumption in arthritis patients: clinical and laboratory studies. *Annual of the Rheumatic Disease* 1985; 44: 163-168.
14. Busija L., Bridgett L., Williams Sean R.M., Osborne R.H., Buchbinder R., March L., and Fransen M. Osteoarthritis. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 2010; 24; 757-768.