

Effectiveness of Treatment for Patients with Osteoarthritis by Providing Health Education to slow down the Progress of Osteoarthritis in Kamphaeng Saen Hospital

*Pawit Yuangngoen, M.D.**

Abstract

Objective: To study the effectiveness of treatment for patients with osteoarthritis by means of health education to slow down the progress of osteoarthritis in Kamphaeng Saen Hospital

Methods: This prospective randomized controlled trial study groups are divided into 2 groups: experimental groups, which are patients who receive health education once a month, and control groups, who receive health education once in 4 months, groups of 30 people. Health education process and 3 forms of degenerative arthritis severity assessment (Oxford Knee Score, WOMAC, IKDC) Data collection 4 times after 4 months, 8 months, and 12 months of treatment, data analysis included frequency, percentage, average, standard deviation. Test statistics by t-test independent and One-Way Repeated Measure (ANOVA)

Results: The results of the assessment of the severity of osteoarthritis of experimental groups and control groups, and with the over different periods, it was found that the average scores of severities of osteoarthritis in the experimental groups and control groups before treatment and 4 months after treatment showed no difference in the average score of severity of osteoarthritis. There was a statistically significant difference in the severity of osteoarthritis at 8 months and 12 months after treatment. Control groups assessed the severity of osteoarthritis with three forms of osteoarthritis severity assessment over different time periods. There was a statistically significant difference in average score on the severity of osteoarthritis The pain of degenerative joints subsides or does not hurt at all.

Conclusion: Treatment of osteoarthritis patients by means of health education monthly to slow down the progress of osteoarthritis has resulted in a decrease in the severity of osteoarthritis. As a result, the patients recover quickly and has a better quality of life.

Keywords: health education; osteoarthritis patients; slow down the progress of osteoarthritis

*Kamphaeng Saen Hospital

Received: July 7, 2023; Revised: October 27, 2023; Accepted: November 21, 2023

ประสิทธิผลการรักษาคนไข้โรคข้อเข่าเสื่อมโดยวิธีการให้สุขศึกษาเพื่อชะลอการดำเนินของโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลกำแพงแสน

ปวิทย์ ยวงเงิน, พ.บ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิผลการรักษาคนไข้โรคข้อเข่าเสื่อมโดยวิธีการให้สุขศึกษาเพื่อชะลอการดำเนินของโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลกำแพงแสน

วัสดุและวิธีการ: การศึกษาไปข้างหน้าแบบ prospective randomized controlled trial study โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองคือ กลุ่มคนไข้ที่ได้รับการให้สุขศึกษาเดือนละ 1 ครั้ง และกลุ่มควบคุมคือ กลุ่มคนไข้ที่ได้รับการให้สุขศึกษา 1 ครั้ง ใน 4 เดือนจำนวนกลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ วิธีการให้สุขศึกษาแบบเดือนละ 1 ครั้ง ประกอบด้วยเนื้อหาสาระ กระบวนการให้สุขศึกษา และแบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม 3 รูปแบบ (Oxford Knee Score, WOMAC, IKDC) การเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 4 ครั้ง คือ ก่อนการรักษา หลังการรักษา 4 เดือน 8 เดือน และ 12 เดือน การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติการทดสอบ t-test independent และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (One-Way Repeated Measure ANOVA)

ผลการวิจัย: ผลการประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยแบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการรักษา และหลังการรักษา 4 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน ส่วนระยะเวลาหลังการรักษา 8 เดือน และหลังการรักษา 12 เดือนมีคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผลการประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองด้วยแบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมมีคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีแนวโน้มว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับการให้สุขศึกษามีความเจ็บปวดของโรคข้อเข่าเสื่อมลดลงหรือไม่เจ็บปวดเลย

สรุป: การรักษาคนไข้โรคข้อเข่าเสื่อมโดยวิธีการให้สุขศึกษาทุก 1 เดือนเพื่อชะลอการดำเนินของโรคข้อเข่าเสื่อมมีผลทำให้ผู้เข้ารับรักษามีระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมลดลง ส่งผลทำให้ร่างกายฟื้นฟูลงมาได้อย่างรวดเร็วและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : การให้สุขศึกษา; คนไข้โรคข้อเข่าเสื่อม; การชะลอการดำเนินของโรคข้อเข่าเสื่อม

*โรงพยาบาลกำแพงแสน

ได้รับต้นฉบับ: 8 กรกฎาคม 2566; แก้ไขบทความ: 27 ตุลาคม 2566; รับลงตีพิมพ์: 21 พฤศจิกายน 2566

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากร อันเนื่องจากสังคมผู้สูงอายุ (aging society) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นพร้อมกันทั่วโลก ในประเทศไทยพบมีผู้สูงอายุ ร้อยละ 15.8 และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว⁽¹⁾ ในกลุ่มผู้สูงอายุนั้น จะพบการเปลี่ยนแปลงตามวัยหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือดระบบประสาท และระบบกล้ามเนื้อ และข้อต่อ ซึ่งโรคต่าง ๆ ที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุนี้ ล้วนเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ

ข้อเข่าเสื่อมหรือโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นภาวะที่ข้อเข่าผ่านการใช้งานมาเป็นเวลานาน เกิดการเสื่อมของกระดูกอ่อนบริเวณผิวข้อ ทำให้มีการงอกของกระดูก เวลาเดินจะเจ็บข้อ มีการผิดรูปของข้อเข่า โรคข้อเข่าเสื่อมมักพบในผู้สูงอายุ โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย⁽²⁾ ทำให้เกิดความทรมานแก่ผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง คุณภาพชีวิตลดลง และทำให้โรคอื่น ๆ กำเริบ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เนื่องจากออกกำลังกายไม่ได้ โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่พบได้บ่อยมากในผู้สูงอายุ ทำให้เกิดอาการปวดเข่า บวม เข่าฝืดยึด มีเสียงดังในเข่า ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน ได้ดังปกติ ซึ่งมีความรุนแรงมากน้อยแตกต่างกันไป สาเหตุมีได้หลายประการ เช่น ผลสะสมจากความเสื่อมและการใช้ข้อเข่าที่ไม่ถูกต้องตั้งแต่ วัยหนุ่มสาว การที่มีน้ำหนักตัวมาก ๆ ทำให้เข่าต้องรับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นหลายเท่าตัวในทุกขณะที่ก้าวเดิน หรือเคยได้รับอุบัติเหตุบริเวณข้อเข่า

มาก่อน บางรายเคยมีการอักเสบติดเชื้อ หรือเป็นโรคไขข้อ บางชนิด เช่น โรครูมาตอยด์ เป็นต้น ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไปในอำเภอกำแพงแสน มีจำนวน 22,366 คน (ร้อยละ 17.40) และมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมสูงขึ้น จากสถิติผู้เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลกำแพงแสน เก็บรวบรวมข้อมูลจากโปรแกรม HosXP ในปี 2560 จำนวนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลกำแพงแสน 1,618 คน/ปี นับเป็นจำนวนครั้งเท่ากับ 6,468 ครั้ง/ปี ปี 2561 จำนวนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลกำแพงแสน 1,363 คน/ปี นับเป็นจำนวนครั้งเท่ากับ 5,805 ครั้ง/ปี ปี 2562 จำนวนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลกำแพงแสน 1,252 คน/ปี นับเป็นจำนวนครั้งเท่ากับ 4,526 ครั้ง/ปี⁽³⁾

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การให้สุขศึกษา เป็นอีกแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกับคนไข้โรคข้อเข่าเสื่อม โดยทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพตนเองและชะลอการดำเนินโรคไม่ให้รุนแรงจนผู้ป่วยไม่ต้องเข้ารับการรักษา โดยการผ่าตัด⁽⁴⁾ เป้าหมายของการดูแลรักษา ภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยการให้สุขศึกษาประกอบไปด้วยการบริหารจัดการความปวด การคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำงานของข้อเข่า เช่น การให้ความรู้เพื่อปรับพฤติกรรม การดูแลตนเอง การประคบร้อน ประคบเย็นเพื่อบรรเทาความปวด การควบคุมน้ำหนักและหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่กดทับบริเวณข้อเข่า การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและทนทานแก่กล้ามเนื้อ ลดความเจ็บปวดและความพิการ การทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการเคลื่อนไหว และลดความเจ็บปวด⁽⁵⁾

การทำกิจกรรมบำบัดเพื่อส่งเสริมทักษะการเคลื่อนไหวและอิริยาบถที่เหมาะสมเพื่อลดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม⁽⁶⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัย 3 เรื่องที่อธิบายถึงแนวทางในการจัดการกับคนไข้โรคข้อเข่าเสื่อมที่อธิบายถึงรูปแบบหรือโปรแกรมการให้สุขศึกษากับคนไข้โรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อชะลอการดำเนินของโรคข้อเข่าเสื่อมของฐิติพร คัมภีรานนท์⁽⁷⁾ สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน⁽⁸⁾ และชวิต เมธานุตร⁽⁹⁾ ซึ่งผลจากการศึกษางานวิจัยทั้ง 3 เรื่อง ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองในกรณีผู้ป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อชะลอการดำเนินของโรคข้อเข่าเสื่อม มีผลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น แต่จากแนวทางการรักษาโรคที่ใช้อยู่ในปัจจุบันยังไม่มีตัวเลขที่แน่ชัดว่าการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองต้องมีความถี่ในการให้สุขศึกษาในระยะเวลาเท่าไรจึงจะเหมาะสมจากการรักษาในปัจจุบันมีการนัดติดตามคนไข้ทุก 4 เดือน พบว่า การให้สุขศึกษาที่คนไข้ได้รับยังพบปัญหาอยู่ คือ คนไข้มักจะจำไม่ได้และปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง จนเป็นที่มาในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ที่ต้องการเน้นย้ำให้เห็นถึงความสำคัญในการให้สุขศึกษาที่มีระยะความถี่มากขึ้นอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ไม่ว่าจะด้วยการนัดติดตามทุก 1 เดือน เพื่อพบแพทย์ หรือการติดตามโดยช่องทางอื่น เช่น การโทรติดตามผล การใช้ช่องทางออนไลน์ในการติดต่อสื่อสารตามความถี่ที่เหมาะสมหรืออาจใช้กลไกอื่น เช่น ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทีมเยี่ยมบ้าน เป็นต้น เพื่อเน้นย้ำให้คนไข้ดูแลตัวเองได้ดียิ่งขึ้น และเพื่อลดอัตราการใช้

ยาแก้ปวดในการรักษาโรค รวมทั้งลดอัตราการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลการรักษาคนไข้โรคข้อเข่าเสื่อมโดยวิธีการให้สุขศึกษาเพื่อชะลอการดำเนินของโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลกำแพงแสน

วัสดุและวิธีการวิจัย

การศึกษาไปข้างหน้าแบบ prospective randomized controlled trial study เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมในพื้นที่ตำบลกำแพงแสน และได้เข้ารับการรักษากรณี โรงพยาบาลกำแพงแสน จำนวน 293 คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ในพื้นที่ตำบลกำแพงแสน และได้เข้ารับการรักษากรณี โรงพยาบาลกำแพงแสน การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 ความเชื่อมั่นที่ 0.05 และขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect Size) ที่ 0.50 แล้วนำมาเปิดตารางสำเร็จรูปของ Cohen⁽¹⁰⁾ ได้ขนาดตัวอย่าง กลุ่มละ 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. กลุ่มทดลองคือ คนไข้ที่ได้รับการให้สุขศึกษาเดือนละ 1 ครั้ง (health promotion monthly groups) จำนวน 30 คน

2. กลุ่มควบคุมคือ คนไข้ที่ได้รับสุขศึกษา 1 ครั้ง ใน 4 เดือน (health promotion 1 time in 4 month groups) จำนวน 30 คน
เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ณ โรงพยาบาลกำแพงแสน
2. ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลและวิธีการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. โปรแกรมการให้สุขศึกษาสำหรับคนไข้โรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วยเนื้อหาการให้ความรู้และการจัดการตนเองเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วย 1) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 1.1) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลผู้ป่วย 1.2) จัดตั้งส่วนงานรับผิดชอบด้านการอุปถัมภ์ในประเด็นต่าง ๆ 2) การลดน้ำหนัก 3) การฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า 4) กายบริหารบำบัดจากแนวทางเวชปฏิบัติ โรคข้อเข่าเสื่อม ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย⁽⁹⁾

2. แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม 3 รูปแบบ (Oxford Knee Score⁽¹¹⁾, WOMAC⁽¹²⁾, IKDC⁽¹³⁾) เป็นแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือผ่านเกณฑ์เป็นที่ยอมรับและน่าเชื่อถือ

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามที่โรงพยาบาลกำแพงแสน โดยดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาสถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมของผู้ป่วย ได้แก่ การสำรวจสัดส่วนและความรุนแรง

ของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้ป่วยก่อนการรักษา ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมและสำรวจในช่วงวันที่ 1-7 กรกฎาคม 2564

2. ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ การปฏิบัติตัวการมีส่วนร่วมของผู้สนใจที่มีคุณลักษณะตรงตามเกณฑ์เข้าร่วมโครงการวิจัย สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย อธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยเข้ารับการให้สุขศึกษาตามแผนการดำเนินการที่กำหนด

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในช่วงเวลา 4 เดือน 8 เดือน และ 12 เดือน และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลเสร็จสิ้น การตอบประเมิน กรณีต้องการข้อมูลเพิ่มเติมหรือไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจะโทรนัดหมายเพื่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก

4. ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ทำการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลา ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2564 ถึงเดือน มิถุนายน 2565 รวมระยะเวลาประมาณ 1 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เพื่ออธิบายข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลอง

กับกลุ่มควบคุมด้วยแบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนการให้สุขศึกษา หลังการให้สุขศึกษา 4 เดือน 8 เดือนและ 12 เดือน โดยใช้สถิติ t-test independent

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองด้วยแบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนการให้สุขศึกษา หลังการให้สุขศึกษา 4 เดือน 8 เดือนและ 12 เดือน โดยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (One-Way Repeated Measure ANOVA) และเปรียบเทียบรายคู่โดยวิธี Bonferroni⁽¹⁴⁾

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม เลขที่ 8/2564 ลงวันที่ 20 มิถุนายน 2564 คณะผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างโดยไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูลและเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของเข้ารับบริการกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

1.1 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.33) มีอายุอยู่ระหว่าง 70-79 ปี (ร้อยละ 40.00) เฉลี่ยอายุ 72.56 ± 7.76 มีดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 25.45 ± 3.49 ผู้ป่วยส่วนมากมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 83.33) มีจำนวน

ข้อเข่าเสื่อมทั้ง 2 ข้างเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60.00) ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมโดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม Oxford Knee Score มีค่าเฉลี่ย 7.40 ± 1.58 WOMAC มีค่าเฉลี่ย 57.43 ± 2.80 และ IKDC มีค่าเฉลี่ย 1.36 ± 1.24

1.2 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.00) มีอายุอยู่ระหว่าง 70-79 ปี (ร้อยละ 53.33) เฉลี่ยอายุ 72.93 ± 6.95 มีดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 25.62 ± 3.66 ผู้ป่วยส่วนมากมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 76.67) มีจำนวนข้อเข่าเสื่อมทั้ง 2 ข้างเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.67) ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมโดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม Oxford Knee Score มีค่าเฉลี่ย 7.30 ± 1.82 WOMAC มีค่าเฉลี่ย 57.13 ± 2.30 และ IKDC มีค่าเฉลี่ย 1.30 ± 1.20

1.3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอายุ ดัชนีมวลกายและระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยของอายุก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของอายุไม่แตกต่างกัน (72.56 ± 7.76 และ 72.93 ± 6.95 ตามลำดับ $P>.05$) ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกัน (25.45 ± 3.49 และ 25.62 ± 3.66 ตามลำดับ $P>.05$) และระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนการทดลองโดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม มีคะแนนเฉลี่ยระดับ

ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน และ 57.13 ± 2.30 ตามลำดับ $P > .05$) และ IKDC Oxford Knee Score (7.40 ± 1.58 และ 7.30 ± 1.36 ตามลำดับ $P > .05$) WOMAC (57.43 ± 2.80 และ 57.13 ± 2.30 ตามลำดับ $P > .05$) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของเข้ารับบริการกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 60$)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง ($n = 30$)		กลุ่มควบคุม ($n = 30$)		p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	Mean $\pm$ SD	จำนวน (ร้อยละ)	Mean $\pm$ SD	
เพศ					
ชาย	15 (46.67)		12 (40.00)		
หญิง	16 (53.33)		18 (60.00)		
อายุ					
น้อยกว่า 70 ปี	10 (33.33)	72.56 ± 7.76	8 (26.67)	72.93 ± 6.95	.829
70-79 ปี	12 (40.00)		16 (53.33)		
80 ปีขึ้นไป	8 (26.67)		6 (20.00)		
ดัชนีมวลกาย (BMI)		25.45 ± 3.49		25.62 ± 3.66	.726
โรคประจำตัว					
ไม่มีโรคประจำตัว	5 (16.67)		7 (23.33)		
มีโรคประจำตัว	25 (83.33)		23 (76.67)		
โรคเบาหวาน	5 (20.00)		6 (26.08)		
โรคความดันโลหิตสูง	8 (32.00)		7 (30.46)		
โรคเบาหวาน+โรคความดันโลหิตสูง					
สูง+โรคไขมันในเลือดสูง	6 (24.00)		5 (21.73)		
อื่นๆ ได้แก่ โรคหลอดเลือด					
หัวใจตีบ, โรคไขมันในเลือดสูง	6 (24.00)		5 (21.73)		
จำนวนข้างของการมีข้อเข่าเสื่อม					
1 ข้าง	12 (40.00)		10 (33.33)		
2 ข้าง	18 (60.00)		20 (66.67)		
ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม					
Oxford Knee Score		7.40 ± 1.58		7.30 ± 1.82	.822
WOMAC		57.43 ± 2.80		57.13 ± 2.30	.652
IKDC		1.36 ± 1.24		1.30 ± 1.20	.834

2. เมื่อทำการประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในระยะเวลาที่แตกต่างกันพบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในระยะก่อนการรักษา และหลังการรักษา

4 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกันส่วนระยะเวลาหลังการรักษา 8 เดือนและหลังการรักษา 12 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพบว่ากลุ่มทดลองอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นไปในทางที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ในระยะเวลาที่แตกต่างกัน

แบบประเมิน	ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
Oxford Knee Score	ก่อนการรักษา	7.40	1.58	7.30	1.82	.227	.822
	หลังการรักษา 4 เดือน	24.33	3.39	24.16	3.05	.200	.842
	หลังการรักษา 8 เดือน	38.83	2.24	32.30	1.57	13.038**	<0.01
	หลังการรักษา 12 เดือน	46.66	1.34	37.33	2.12	20.332**	<0.01
WOMAC	ก่อนการรักษา	57.43	2.80	57.13	2.30	.453	.652
	หลังการรักษา 4 เดือน	30.70	5.10	30.73	5.40	.025	.980
	หลังการรักษา 8 เดือน	7.60	0.93	15.60	1.40	25.995**	<0.01
	หลังการรักษา 12 เดือน	3.86	1.85	9.16	2.03	10.548**	<0.01
IKDC	ก่อนการรักษา	1.36	1.24	1.30	1.20	.210	.834
	หลังการรักษา 4 เดือน	18.56	2.22	18.66	2.17	.176	.816
	หลังการรักษา 8 เดือน	31.03	2.07	24.23	2.14	12.479**	<0.01
	หลังการรักษา 12 เดือน	34.53	1.38	31.50	0.97	9.823**	<0.01

**p<0.01

3. เมื่อทำการประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองด้วยแบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในระยะเวลาที่แตกต่างกันพบว่า

3.1 แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม Oxford Knee Score ก่อนการรักษา มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 7.40 หลังการรักษา 4 เดือน มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 24.33 หลังการ

รักษา 8 เดือน มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 38.83 และหลังการรักษา 12 เดือน มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 46.66 เมื่อทดสอบสมมติฐานทางสถิติ พบว่าคะแนนค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองในระยะเวลาที่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 1656.940$, $P\text{-value} < .01$)

3.2 แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม WOMAC ก่อนการรักษา มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 53.43 หลังการรักษา 4 เดือน มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 30.70 หลังการรักษา 8 เดือน มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 7.60 และหลังการรักษา 12 เดือน มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.86 เมื่อทดสอบสมมติฐานทางสถิติ พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองในระยะเวลาที่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 1968.286$, $P\text{-value} < .01$)

3.3 แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม IKDC ก่อนการรักษา มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.36 หลังการรักษา 4 เดือน มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 18.56 หลังการรักษา 8 เดือน มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 31.03 และหลังการรักษา 12 เดือน มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 34.53 เมื่อทดสอบสมมติฐานทางสถิติ พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมทดลองในระยะเวลาที่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 1983.636$, $P\text{-value} < .01$) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองด้วยการประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในระยะเวลาที่แตกต่างกัน

แบบประเมิน	ช่วงเวลา	$\bar{X}$	S.D.	F	p-value
Oxford Knee Score	ก่อนการรักษา	7.40	1.58	1656.940**	<0.01
	หลังการรักษา 4 เดือน	24.33	3.39		
	หลังการรักษา 8 เดือน	38.83	2.24		
	หลังการรักษา 12 เดือน	46.66	1.34		
WOMAC	ก่อนการรักษา	57.43	2.80	1968.286**	<0.01
	หลังการรักษา 4 เดือน	30.70	5.10		
	หลังการรักษา 8 เดือน	7.60	0.93		
	หลังการรักษา 12 เดือน	3.86	1.85		
IKDC	ก่อนการรักษา	1.36	1.24	1983.636**	<0.01
	หลังการรักษา 4 เดือน	18.56	2.22		
	หลังการรักษา 8 เดือน	31.03	2.07		
	หลังการรักษา 12 เดือน	34.53	1.38		

**p<0.01

4. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองด้วยการประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ในระยะเวลาที่แตกต่างกัน โดยใช้วิธี Bonferroni พบว่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลอง ด้วยการประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีแนวโน้มว่าเมื่อระยะเวลาหลังการรักษามากขึ้น ความเจ็บปวดของโรคข้อเข่าเสื่อมลดลงหรือไม่เจ็บปวดเลย ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองด้วยการประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในระยะเวลาที่แตกต่างกัน

แบบประเมิน	ช่วงเวลา		ความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ย	Standard Error	p-value
Oxford Knee Score	ก่อนการรักษา	หลังการรักษา 4 เดือน	-16.933**	.657	<0.01
		หลังการรักษา 8 เดือน	-31.433**	.476	<0.01
		หลังการรักษา 12 เดือน	-39.267**	.457	<0.01
	หลังการรักษา 4 เดือน	ก่อนการรักษา	16.933**	.657	<0.01
		หลังการรักษา 8 เดือน	-14.500**	.650	<0.01
		หลังการรักษา 12 เดือน	-22.333**	.782	<0.01
	หลังการรักษา 8 เดือน	ก่อนการรักษา	31.433**	.476	<0.01
		หลังการรักษา 4 เดือน	14.500**	.650	<0.01
		หลังการรักษา 12 เดือน	-7.833**	.512	<0.01
	หลังการรักษา 12 เดือน	ก่อนการรักษา	39.267**	.457	<0.01
		หลังการรักษา 4 เดือน	22.333**	.782	<0.01
		หลังการรักษา 8 เดือน	7.833**	.512	<0.01
WOMAC	ก่อนการรักษา	หลังการรักษา 4 เดือน	26.733**	.985	<0.01
		หลังการรักษา 8 เดือน	49.833**	.599	<0.01
		หลังการรักษา 12 เดือน	53.567**	.546	<0.01
	หลังการรักษา 4 เดือน	ก่อนการรักษา	-26.733**	.985	<0.01
		หลังการรักษา 8 เดือน	23.100**	.971	<0.01
		หลังการรักษา 12 เดือน	26.833**	1.026	<0.01

ตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของ
กลุ่มทดลองด้วยการประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในระยะเวลาที่แตกต่างกัน

แบบประเมิน	ช่วงเวลา		ความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ย	Standard Error	p-value
WOMAC (ต่อ)	หลังการรักษา 8 เดือน	ก่อนการรักษา	-49.833**	.599	<0.01
		หลังการรักษา 4 เดือน	-23.100**	.971	<0.01
		หลังการรักษา 12 เดือน	3.733**	.321	<0.01
	หลังการรักษา 12 เดือน	ก่อนการรักษา	-53.567**	.546	<0.01
		หลังการรักษา 4 เดือน	-26.833**	1.026	<0.01
		หลังการรักษา 8 เดือน	-3.733**	.321	<0.01
IKDC	ก่อนการรักษา	หลังการรักษา 4 เดือน	-17.200**	.539	<0.01
		หลังการรักษา 8 เดือน	-29.667**	.393	<0.01
		หลังการรักษา 12 เดือน	-33.167**	.381	<0.01
	หลังการรักษา 4 เดือน	ก่อนการรักษา	17.200**	.539	<0.01
		หลังการรักษา 8 เดือน	-12.467**	.594	<0.01
		หลังการรักษา 12 เดือน	-15.967**	.425	<0.01
	หลังการรักษา 8 เดือน	ก่อนการรักษา	29.667**	.393	<0.01
		หลังการรักษา 4 เดือน	12.467**	.594	<0.01
		หลังการรักษา 12 เดือน	-3.500**	.486	<0.01
	หลังการรักษา 12 เดือน	ก่อนการรักษา	33.167**	.381	<0.01
		หลังการรักษา 4 เดือน	15.967**	.425	<0.01
		หลังการรักษา 8 เดือน	3.500**	.486	<0.01

**p<0.01

วิจารณ์

ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลการรักษา
คนไข้โรคข้อเข่าเสื่อมโดยวิธีการให้สุขศึกษา
เพื่อชะลอการดำเนินของโรคข้อเข่าเสื่อม
ในโรงพยาบาลกำแพงแสน ผู้ให้สุขศึกษา มีส่วน
สำคัญมากในบริบทของพื้นที่ที่ศึกษา จะต้องม
ีกระบวนการที่หลากหลาย มีความชัดเจนในการ
ให้สุขศึกษาแก่กลุ่มเป้าหมาย มีแบบแผนที่ดี จะ
นำไปสู่ความสำเร็จ ซึ่งมีรายงานวิจัยอ้างอิงของ

สมพงษ์ หามวงศ์ และพรณี บัญชรหัตถกิจ⁽¹⁵⁾
ที่ใช้โปรแกรมสุขศึกษาแบบผสมผสานทั้ง
การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การนำเสนอผ่าน
ตัวแบบด้านบวก รวมไปถึงการกำหนดการตรวจ
เยี่ยม ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และการปฏิบัติ
ตนในการป้องกันโรคได้ดียิ่งขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมี
คุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถอยู่ร่วมกับสังคมได้
อย่างมีความสุข และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือก
ใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม

ทั้ง 3 รูปแบบ มีข้อดีและข้อเสียในการนำไปใช้ ดังนี้ 1) IKDC score หรือ International Knee Documentation Committee score ข้อดีของ IKDC score เป็นแบบประเมินที่ทันสมัยและครอบคลุมทุกรูปแบบของการบาดเจ็บหรือสภาพของข้อเข่า เช่น การบาดเจ็บในการขับซึ่รถจักรยานยนต์ การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นในการกีฬาหรือการผ่าตัดของข้อเข่า ช่วยให้แพทย์และผู้รับบริการทราบถึงรายละเอียดที่สำคัญเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมทางกาย ระดับความปวดและปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และช่วยในการติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยที่กำลังฟื้นฟูหรือรักษาตนเองหลังจากการบาดเจ็บหรือผ่าตัดข้อเข่า ข้อเสียของ IKDC score: ในการใช้แบบประเมินจะขึ้นอยู่กับความรู้และประสบการณ์ของผู้ตอบแบบสอบถาม การประเมินด้วย IKDC score ขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้รับจากผู้รับบริการ ซึ่งอาจมีการคลาดเคลื่อนจากความรู้หรือความเข้าใจที่ไม่เต็มที่ ข้อจำกัดในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด การให้คะแนนความปวดอาจมีความเข้าใจที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจทำให้การประเมินไม่สามารถวัดความปวดที่แท้จริงได้⁽¹¹⁾ 2) WOMAC score (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index) ข้อดีของ WOMAC Score มีความชัดเจนและง่ายต่อการ ใช้ สามารถบันทึกข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการทำกิจกรรมทางกาย การเปลี่ยนแปลงในระดับความปวด และการจำกัดความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ข้อเสียของ WOMAC Score ขึ้นอยู่กับการรายงานของผู้ป่วย ต้องพึ่งพาการรายงานของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย

ซึ่งอาจมีความผิดพลาดหรือความลำเอียง และ WOMAC Score จะมุ่งเน้นการวัดอาการทางร่างกายเท่านั้น และไม่ได้นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับสภาพจิตและสุขภาพจิตของผู้ป่วย ในการใช้ WOMAC Score ต้องพิจารณาเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการประเมินโรคข้อเข่าหรือข้อสะโพก และควรผสมผสานกับข้อมูลอื่น ๆ ที่สามารถให้ภาพรวมที่ครอบคลุมเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วย⁽¹²⁾ 3) OXFORD Knee Score ข้อดีของ OXFORD Knee Score เป็นเครื่องมือง่ายต่อการ ใช้และทำให้การติดตามเป็นไปได้ มีคำถามที่ชัดเจนและง่ายต่อการ ใช้ ทำให้เป็นเครื่องมือที่สะดวกในการประเมินผลของการผ่าตัดข้อเข่า ช่วยในการบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูหลังการผ่าตัด รวมถึงระดับความปวดและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันเหมาะสำหรับการใช้ในงานวิจัยและทางคลินิก ข้อเสียของ OXFORD Knee Score ในการให้คะแนนจะต้องพึ่งพาการรายงานของผู้ป่วย ซึ่งอาจมีความผิดพลาดหรือความลำเอียง และใช้ไม่ได้กับทุกรูปแบบของการผ่าตัด ขึ้นอยู่ในบริบทของการประเมินผลของการผ่าตัดข้อเข่า และไม่ได้ถูกออกแบบมาสำหรับการประเมินผลของทุกรูปแบบของการผ่าตัด ในการใช้ OXFORD Knee Score ควรพิจารณาในบริบทของผู้ป่วยและประเมินทุกด้านของสภาพการฟื้นฟูหลังการผ่าตัด ควรให้ความสำคัญกับข้อมูลจากหลายแหล่งและคำปรึกษากับทีมแพทย์เพื่อการตัดสินใจที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย การใช้แบบประเมินทั้งสาม เพื่อช่วยให้ข้อมูลที่ได้มีความแม่นยำในทางคลินิกมากยิ่งขึ้นที่สามารถบอกถึงระดับความรุนแรงของโรคภายหลังให้การรักษา

โรคข้อเข่าเสื่อมไปแล้ว การใช้ทั้งสามแบบสอบถาม จะช่วยลดจุดด้อยบางอย่างของแบบสอบถาม แต่ละแบบ และเสริมความถูกต้องของข้อมูลในส่วนที่แบบสอบถามบางอย่างไม่สามารถเก็บ ข้อมูลระดับความรุนแรงของโรคได้ครบถ้วน ในแบบสอบถามเพียงชุดเดียว⁽¹³⁾ ซึ่งผลการ ประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการประเมิน ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมทั้ง 3 รูปแบบ ในระยะเวลาที่แตกต่างกันพบว่า คะแนนเฉลี่ย ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยการประเมินความรุนแรง ของโรคข้อเข่าเสื่อมในระยะก่อนการรักษา และ หลังการรักษา 4 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยระดับ ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน ส่วนระยะเวลาหลังการรักษา 8 เดือนและหลัง การรักษา 12 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยระดับความ รุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพบว่ากลุ่มทดลอง มีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมในทางที่ดีขึ้นกว่า กลุ่มควบคุมและเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง รายคู่ของคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของ โรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองด้วยการประเมิน ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในระยะเวลาที่ แตกต่างกัน โดยใช้วิธี Bonferroni พบว่า คะแนน เฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของ กลุ่มทดลองด้วยการประเมินความรุนแรงของโรค ข้อเข่าเสื่อมในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน มีคะแนน เฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีแนวโน้มว่าเมื่อระยะเวลาหลังการให้สุขศึกษา

ความเจ็บปวดของโรคข้อเข่าเสื่อมลดลงหรือไม่เจ็บปวดเลย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ การให้ สุขศึกษาเดือนละ 1 ครั้ง แก่คนไข้โรคข้อเข่าเสื่อม มีกระบวนการที่มีคุณภาพที่จะช่วยชะลอ การดำเนินของโรคข้อเข่าเสื่อมได้ สอดคล้องกับ งานวิจัยของฐิติพร คัมภีรานนท์⁽⁷⁾ ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกัน การดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลชลประทาน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรม สุขศึกษา กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก การหลีกเลี่ยงแรงกดบริเวณหัวเข่า การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาและมีภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา ดีขึ้นกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สุวิมล รัตน์รอบรู้เจน⁽⁸⁾ ได้ศึกษาโปรแกรมการป้องกัน โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมตำบลคูเมือง อำเภอมหาชนะชัย จังหวัด อุบลราชธานี ผลการวิจัย พบว่า การดำเนิน กิจกรรมตามโปรแกรมการให้สุขศึกษาและการมี ส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ในผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถป้องกันโรคข้อเข่า เสื่อมในผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และชีวิต เมธาบุตร⁽⁹⁾ ได้ศึกษารูปแบบการจัดการ โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุอำเภอบางบาล จังหวัด นครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า ผลการใช้รูปแบบ การดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น พบ ว่า คะแนน Modified WOMAC Score คะแนน ความปวด ความผิดปกติ คะแนนรวมและคะแนน ระดับความปวด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

สรุป

ผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการให้สุขศึกษาแก่คนไข้โรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อชะลอการดำเนินของโรคข้อเข่าเสื่อม โดยการให้สุขศึกษาจะต้องมีกระบวนการที่หลากหลาย มีความชัดเจน มีแบบแผนที่ดีเพื่อจะนำไปสู่ความสำเร็จและเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการรักษา คนไข้โรคข้อเข่าเสื่อมให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพถึงการดูแลคนไข้โรคข้อเข่าเสื่อมของคนในครอบครัว การมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีพฤติกรรมดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมของคนไข้

2. ควรมีการวิจัยโดยใช้ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการให้สุขศึกษา เช่น ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการดูแลตนเอง ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ทฤษฎีการควบคุมตนเอง เป็นต้น

3. ควรมีการประเมินผลความพึงพอใจต่อการรักษาคนไข้โรคข้อเข่าเสื่อมโดยวิธีการให้สุขศึกษาเพื่อชะลอการดำเนินของโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลกำแพงแสน ทั้งในส่วนของคนไข้โรคข้อเข่าเสื่อม และครอบครัวของคนไข้โรคข้อเข่าเสื่อม

4. ควรให้ความสำคัญในการให้สุขศึกษาถี่มากขึ้นอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ไม่ว่าจะด้วยการนัดติดตามทุก 1 เดือน เพื่อพบแพทย์หรือการติดตามโดยช่องทางอื่น เช่น การโทรติดตาม ผล การใช้ช่องทางออนไลน์ในการติดต่อสื่อสารตามความถี่ที่เหมาะสม หรืออาจใช้กลไกอื่น เช่น ทีม อสม. ทีมเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. อณิษฐา หาญภักดีนิยม. นโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุต่อการพัฒนาประเทศในอาเซียน. วารสารพุทธอาเซียนศึกษา 2563;5(1):55-70.
2. วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท. โรคข้อเข่าเสื่อม [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 15 ม.ค. 2564]. เข้าถึงจาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/ortho/sites/default/files/public/file/pdf/knee_book_0.pdf
3. Health Data Center, Ministry of Public Health. Screening report for osteoarthritis in the Elderly 2021 [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 30]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/>
4. ปองจิตร ภัทรนาวิก. พฤติกรรมการป้องกันข้อเข่าเสื่อมของพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2549;24(2):71-81.
5. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, et al. The expanded chronic care model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. Hosp Q 2003;7(1):73-82.

6. Huber DL. Leadership and nursing care management. 3rd ed. Philadelphia: Saunders; 2006.
7. จิตติพร คัมภีรานนท์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลชลประทาน [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2549.
8. สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. โปรแกรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลคูเมือง อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2563;3(1):25-36.
9. ชวิศ เมธาบุตร. การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศุนย์อนามัยที่ 9 2565;16(3):969-85.
10. Cohen JA. Statistical power analysis [Internet]. 1992 [cited 2021 Oct 28]. Available from: <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10768783>
11. Department of Health, Ministry of Public Health. Elderly health record. Bangkok: Suan Sunandha Rajabhat University; 2015.
12. Vilai Kuptniratsaikul, Manee Rattanachaiyanont. Validation of a modified Thai version of the Western Ontario and McMaster (WOMAC) osteoarthritis index for knee osteoarthritis. Journal of Inflammation 2007;6(10):1641-46.
13. Higgins LD, Taylo MK, Park D, Ghodadra N, Marchant M, Pietrobon R, et al. Reliability and validity of the international knee documentation committee (IKDC) subjective knee form. Joint Bone Spine 2007;74(6):594-99.
14. Cabin RJ, Mitchell RJ. To Bonferroni or not to Bonferroni: when and how are the questions [Internet]. 2000 [cited 2021 Oct 28]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/235938841_To_Bonferroni_or_Not_to_Bonferroni_When_and_How_Are_the_Questions
15. สมพงษ์ หามวงศ์, พรณิษฐ์ ปัญชรหัตถกิจ. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกุงเผือก อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์. ศรีนครินทร์เวชสาร 2556;28(4):451-60.