อาการ ความรู้ และการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม ของผู้สูงอายุในชุมชน: การศึกษานำร่อง*

SYMPTOMS, KNOWLEDGE, AND PERCEIVED ILLNESS REPRESENTATION RELATED TO KNEE OSTEOARTHRITIS AMONG ELDERLY IN A COMMUNITY: A PILOT STUDY*

ยุวดี สารบูรณ์ (Yuwadee Saraboon, M.N.S.)[1]
สุภาพ อารีเอื้อ (Suparb Aree-Ue)[2]
สุจินดา จารุพัฒน์ มารุโอ (Sujinda Jarupat Maruo)[3]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอาการโรคข้อเข่าเสื่อม ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งสิ้น 34 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินและคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม 3) แบบประเมินความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม 4) แบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 34 ราย อายุอยู่ระหว่าง 60-84 ปี (mean=68.82, SD=6.32) ร้อยละ 64.7 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 55.9 มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (mean= 23.79, SD=3.86) กลุ่มตัวอย่างมีอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.7 โดยมีอาการข้อฝืดขัดและมีเสียงดังในข้อเข่า (ร้อยละ 64.7) และมีอาการปวดเข่า (ร้อยละ 100) โดยปวดเข่าทั้งสองข้างร้อยละ 50 และมีระยะเวลาปวดเข่าอยู่ในช่วง 1-3 ปี (ร้อยละ 55.9) กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.03 (mean=6.03, SD=1.14) โดยมีคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 คิดเป็นร้อยละ 70.6 ของกลุ่มตัวอย่าง และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมเท่ากับ 40.56 (SD=10.18) โดยมีคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 คิดเป็นร้อยละ 79.4 ของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม 3 อันดับแรก คือ อายุที่มากขึ้น การไม่ออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารไม่เหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 47.1, 29.4 และ 26.5 ตามลำดับ

**การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาระยะที่ 1 ของวิทยานิพนธ์เรื่อง THE EFFECT OF MULTIFACTORIAL INTERVENTION PROGRAMS (MUFIPs) ON HEALTH BEHAVIOR AND SYMPTOMS CONTROL AMONG COMMUNITY – DWELLING OVERWEIGHT OLDER ADULTS WITH KNEE OSTEOARTHRITIS*

[1]นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล Email : sarawadee31@gmail.com

[2]รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล Email : rasae@mahidol.ac.th

[3]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล Email : rajm@mahidol.ac.th

ข้อเสนอแนะ: ผลจากการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญสำหรับทีมสุขภาพในการนำไปใช้เพื่อพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมการให้ความรู้ ส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันและลดอาการรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ต่อไป

คำสำคัญ: โรคข้อเข่าเสื่อม ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม

Abstract

The aim of this study was to investigate self-reported symptoms related to osteoarthritis of the knee (OA knee), knowledge about OA knee, and illness representation of OA knee among elderly living in a community. The sample consisted of 34 participants aged 60 years old and above. Data were collected by using: 1) the demographic and personal health questionnaire; 2) the tool for assessing and screening of OA knee; 3) the OA knowledge test; and 4) the illness representation of OA knee questionnaire.

The results showed that the 34 participants were aged between 60 and 84 years ($\overline{X}$ =68.82, SD = 6.32). 64.7% of the participants were female and 55.9% of the participants were overweight and obesity ($\overline{X}$ =23.79, SD=3.86). The participants who have encountered symptoms of osteoarthritis of the knee were 22 cases (64.7%), with stiffness and crepitation (64.7 %) and knee pain (100%). Fifty percent of participants experienced pain in both knees. A period of knee pain of the participants was between 1-3 years (55.9%). The sample had everage score of knowledge related to OA knee at a middle level ($\overline{X}$ =6.03, SD=1.14) and most of the sample (70.6%) earned knee osteoarthritis knowledge scores of less than 60%, while had everage score of illness representation of OA knee at 40.56 points (SD = 10.18); 79.4% of the older adults had illness representation of OA knee scores less than 60%. The participants perceived top three causes of OA knee were increasing of age, physical inactivity, and inappropriated eating as 47.1%, 29.4% and 26.5%, respectively.

Suggestions from this study are as follows: Results from this study provide important information for health care providers to develop programs to promote health education together with to promote illness representation and health behaviors for OA knee prevention and reduction of the disease progression among older adults living in the community being studied.

Key Words: Osteoarthritis of the knee, Knowledge about OA knee, Illness representation of OA knee

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis: OA) เป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในวัยผู้สูงอายุ และกำลังเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขในปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2553 พบว่าทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมกว่า 400 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 570 ล้านคนในปี พ.ศ.2563 (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) โดยพบอุบัติการณ์และความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อม (OA Knee) มากที่สุดในโรคข้อเสื่อมทั้งหมด (American College of Rheumatology, 2006) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2549 มีรายงานผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมประมาณ 10 ล้านคน หรือคิดเป็น 1 ใน 6 ของประชากรทั้งประเทศ และในปีพ.ศ. 2553 มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2549 อีกร้อยละ 50 โดยพบว่า 1 ใน 3 เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม หรือคิดเป็นร้อยละ 45.6 ของโรคข้อทั้งหมด และร้อยละ 50 เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) จากสถิติดังกล่าวสะท้อนถึงอุบัติการณ์ด้านระบาดวิทยาของโรคข้อเข่าเสื่อมในประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้

โรคข้อเข่าเสื่อมเกิดจากการเสื่อมหรือการทำลายกระดูกอ่อนผิวข้อ (Articular cartilage) เป็นไปอย่างช้า ๆ และต่อเนื่องโดยไม่สามารถกลับคืนสู่สภาวะเดิมได้และอาจทวีความรุนแรงขึ้นตามลำดับ (สมาคมรูมาติซั่มแห่งประเทศไทย, 2551) ส่งผลให้เกิดอาการและอาการแสดงของโรคทั้งอาการปวดข้อเข่า มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว ข้อโก่งงอผิดรูป จนกระทั่งเกิดภาวะทุพพลภาพตามมา ซึ่ง 1 ใน 10 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพในประเทศไทยพบว่าเกิดจากปัญหาข้อเข่าเสื่อม (ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, 2553) จากภาวะดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยต้องดำรงชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมาน ไร้สมรรถภาพในการประกอบอาชีพ มีสภาพจิตใจที่เสื่อมถอย เกิดภาวะซึมเศร้า ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง (Watanabe, et al., 2010) นอกจากนั้นโรคข้อเข่าเสื่อมยังก่อให้เกิดการสูญเสียด้านเศรษฐกิจทั้งทางตรงและทางอ้อม (Bitton, 2009) จากการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อโรครุนแรงจนกระทั่งต้องผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และการสูญเสียรายได้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลจากการที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ประเทศไทยมีรายงานการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมรายละ 78,995 บาทต่อปี และผู้ป่วยยังเสียเวลาเฉลี่ยนานถึง 12 วันในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล (Kulthanan, et al., 2006) จากผลกระทบดังกล่าวสะท้อนถึงปัญหาของโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งจำเป็นต้องได้รับความสนใจจากทีมสุขภาพในการหาวิธีการจัดการกับปัญหาอย่างเร่งด่วนเพื่อป้องกันหรือชะลอการดำเนินโรค

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการบำบัดโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยาร่วมกันเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกับโรคข้อเข่าเสื่อมโดยสามารถป้องกันและชะลอการดำเนินโรคไม่ให้รุนแรงจนผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด (ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, 2553) แต่พบว่ายังมีข้อจำกัดในหลายด้าน อาทิ การใช้ยาลดปวดจะส่งผลต่อการเกิดแผลในกระเพาะอาหารและการสูญเสียการทำงานของไต และการใช้ยาสเตียรอยด์ฉีดเข้าข้อจะทำให้เกิดผลข้างเคียงในการเกิดภาวะข้ออักเสบ เลือดออกในข้อ ติดเชื้อในข้อ (Bellamy, Campbell, Robinson, Gee, Bourne & Wells, 2006) นอกจากนั้นยังพบว่าการบำบัดโดยการไม่ใช้ยา เช่น การให้ความรู้กับผู้ป่วย การแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมพบว่ายังไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติอย่างแท้จริง รวมถึงการยังขาดความสม่ำเสมอและต่อเนื่องในการปฏิบัติ (เบญจยามาศ พิลายนต์, 2552) ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ทีมเจ้าหน้าด้านสุขภาพควรแสวงหาแนวทางที่เหมาะสมในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น

จากรายงานการประเมินแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ระยะที่ 2 พ.ศ.2550-2554 ของวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติที่ผ่านมาพบว่า ประชากรไทยมีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุที่มีคุณภาพเพียง ร้อยละ 34.2 จากเป้าหมาย ร้อยละ 50 และได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปี ร้อยละ 56.7 จากเป้าหมาย ร้อยละ 50 แสดงให้เห็นว่ายังมีผู้สูงอายุอีกจำนวนหนึ่งที่ยังไม่ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ ส่งผลให้การจัดการกับปัญหาในผู้สูงอายุที่ผ่านมายังขาดประสิทธิภาพและไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ซึ่งการศึกษาข้อมูลในด้านต่าง ๆ และการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการดำเนินงานด้านสาธารณสุขเนื่องจากจะช่วยให้เจ้าหน้าที่มีความเข้าใจถึงสาเหตุของปัญหาและทราบความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ รวมถึงเข้าใจบริบททางครอบครัว สังคม และสิ่งแวดล้อม อันจะนำมาสู่การวางแผนและจัดการกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างตรงกับสภาพปัญหา มีความถูกต้องเหมาะสมและครอบคลุมเป็นองค์รวม สำหรับโรคข้อเข่าเสื่อมก็เช่นกัน คาดการณ์ว่ายังมีผู้สูงอายุอีกจำนวนมากที่กำลังเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการและอาการแสดงของโรคโดยยังไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัย ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาอย่างทั่วถึง ซึ่งจะทำให้อุบัติการณ์และความชุกของโรคเพิ่มสูงขึ้น และนำไปสู่อาการของโรคที่เลวลงในที่สุด และส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และประเทศชาติ จังหวัดนครพนม รายงานจำนวนผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2550 จำนวน 58,000 คน คิดเป็นร้อยละ 10.3 ของประชากรทั้งจังหวัดและคาดว่าในปี พ.ศ.2563 จะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.1 สำหรับพื้นที่เขตเทศบาลเมืองนครพนม ในปี พ.ศ.2553 มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 27,035 คน เป็นเพศชาย 12,877 คน และ เพศหญิง 14,158 คน โดยมีผู้สูงอายุจำนวนทั้งสิ้น 2,385 คน (สำนักงานสถิติจังหวัดนครพนม, 2553) ซึ่งในจำนวนนี้กว่าร้อยละ 60 มีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อม (โรงพยาบาลนครพนม, 2553) แต่ยังไม่พบรายงานการศึกษาถึงสภาพปัญหาเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุที่จะนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนจัดกิจกรรม เพื่อจัดการหรือลดความรุนแรงและผลกระทบของโรคข้อเข่าเสื่อม ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลชุมชนซึ่งปฏิบัติงานในพื้นที่ดังกล่าว จึงได้ทำการศึกษาแบบนำร่อง (pilot study) ในครั้งนี้ เพื่อเป็นข้อมูลที่สำคัญที่จะนำไปสู่การวางแผนและจัดการกับปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนให้เหมาะสมและเกิดประสิทธิภาพอันจะนำไปสู่การคงไว้ซึ่งสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอาการโรคข้อเข่าเสื่อม ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม และการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนา (descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target population) คือ ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม มีจำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเทศบาลทั้งสิ้น 2,385 คน (สำนักงานสถิติจังหวัดนครพนม, 2553)

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ในระหว่างวันที่ 17 -23 กันยายน 2554 จำนวน 34 คน

วิธีการคัดเลือกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คัดเลือกแบบการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) โดยเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนในเขตเทศบาลอำเภอเมือง จังหวัดนครพนมที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่สมัครใจในการให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถาม ในระหว่างวันที่ 17-23 กันยายน 2554

สถานที่เก็บข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในชุมชนเขตเทศบาลเมือง จังหวัดนครพนมประกอบด้วย 23 ชุมชน ซึ่งแบ่งออกเป็นเขตเหนือ 12 ชุมชน และเขตใต้ 11 ชุมชน แต่ละชุมชนมีลักษณะเป็นชุมชนเมืองกึ่งชนบท และมีความคล้ายคลึงกันในด้านวัฒนธรรม ประเพณี และการประกอบอาชีพ

เครื่องมือวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป สอบถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ น้ำหนักส่วนสูง ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพและลักษณะงานที่ทำประจำและความเพียงพอของรายได้โดยแบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและแบบปลายเปิดมีจำนวน 8 ข้อ

2. แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพ ใช้สอบถามข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคประจำตัว ยาที่รับประทานเป็นประจำ อาการและอาการแสดงของโรคข้อเข่าเสื่อม เช่น พฤติกรรมในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการปวดข้อเข่า ลักษณะของท่านั่งที่ชอบทำเป็นประจำ ระยะเวลาในการนั่งและการยืนอย่างต่อเนื่องรูปแบบความถี่ และระยะเวลาในการออกกำลังกาย และหมวดหมู่ ประเภทและรสชาติของอาหารที่รับประทานเป็นประจำการสนับสนุนดูแลและช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว/ญาติ และบุคคลที่ต้องการให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเกี่ยวกับภาวะข้อเข่าเสื่อม โดยแบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและแบบปลายเปิด มีจำนวน 19 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินและคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม ใช้ประเมินผู้ที่มีอาการและอาการแสดงของโรคข้อเข่าเสื่อมตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อมของวิทยาลัยรูมาติกส์แห่งสหรัฐอเมริกา (American College of Rheumatology) โดย Brandt (2010) ประกอบด้วยมีอาการปวดเข่าร่วมกับ 1) อายุ 50 ปีขึ้นไป 2) มีอาการข้อฝืดขัด (stiffness) น้อยกว่า 30 นาที และ 3) มีเสียงกรอบแกรบในข้อ (crepitation)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม แปลมาจากต้นฉบับชื่อ Test your arthritis knowledge ของ American Academy of Orthopedic Surgeons (2003) แปลโดยสุภาพ อารีเอื้อและนภาพร ปิยขจรโรจน์ (2551) ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบถูก-ผิด ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ถามเกี่ยวกับการดำเนินโรค สาเหตุ ผลกระทบ และการจัดการกับโรค โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 -10 คะแนน โดยคะแนนมากหมายถึงมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมมาก

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม สร้างโดยบอร์ดเบนและคณะ (Broadbent. et al., 2005) แปลและนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในประเทศไทย โดยสุภาพ อารีเอื้อ (2555) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ โดยสอบถามเกี่ยวกับ ผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย การรับรู้ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรค การรับรู้ลักษณะของความเจ็บป่วย

ความตระหนักถึงความเจ็บป่วย และการรับรู้ทางอารมณ์ของผู้ป่วย แบบเลือกตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง (continuous linear scale) จากระดับ 0-10 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-80 คะแนน โดยได้คะแนนมากหมายถึงมีการรับรู้ต่อการคุกคามของโรคมาก

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. แบบประเมินและคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม มีรายงานค่าความไว (sensitive) = 95% และความจำเพาะ (specific) = 69 % (Brandt, 2010)

2. แบบประเมินความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยกลางคน จำนวน 10 คน ซึ่งมีรายงานค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.82 (สุภาพ อารีเอื้อ และนภาพร ปิยขจรโรจน์, 2551) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้เมื่อผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 34 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ .87

3. แบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และได้มีการตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .74 (สุภาพ อารีเอื้อ, 2555) ซึ่งเมื่อผู้วิจัยนำเครื่องมือไปใช้ในงานวิจัยจริงกับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 34 คน พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .76

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลยื่นต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชมโขงและวิวโขงที่รับผิดชอบชุมชนในเขตเทศบาลอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ติดต่อประสานงานกับประธานชุมชนและหัวหน้าอาสาสมัครสาธารณสุขในแต่ละชุมชนที่เข้าไปทำการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับรวมทั้งรายละเอียดของการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 17 กันยายน 2554 ถึงวันที่ 23 กันยายน 2554 โดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบรวมทั้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเซ็นหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม โดยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างวันละ 3-5 คน หลังจากนั้น ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลและทำการเตรียมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (Statistic Package for the Social Science) โดยใช้สถิติ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสุขภาพและข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 34 ราย กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 60-84 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 68.82 ปี ($\bar{X}$=68.82, SD=6.32) ร้อยละ 64.7 เป็นเพศหญิง มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.79 กก./ตร.ม. ($\bar{X}$ =23.79, SD=3.86) สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 61.8 และมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 58.8 กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเป็นแม่บ้านคิดเป็นร้อยละ 64.7 และมีรายได้ไม่เพียงพอคิดเป็นร้อยละ 52.9

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และการประเมินและคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 47.1 และมียารักษาโรคประจำตัวร้อยละ 58.8 มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (BMI ≥ 23 กก./ตร.ม.) ร้อยละ 55.9 กลุ่มตัวอย่างมีอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 64.7) โดยมีเสียงดังในข้อเข่าและข้อฝืดขัด (ร้อยละ 64.7) และ (ร้อยละ 100) มีอาการปวดเข่า โดยปวดเข่าทั้งสองข้างคิดเป็น ร้อยละ 50 และส่วนใหญ่มีอาการปวดเข่าอยู่ในช่วงระยะเวลา 1-3 ปี (ร้อยละ 55.9) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 เข้ารับการตรวจรักษาโดยแพทย์ ซึ่งร้อยละ 42 ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาลดปวด และอีกร้อยละ 17.6 ได้รับการรักษาโดยวิธีฉีดยาเข้าข้อเข่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.9 มีการจัดการความปวดด้วยตนเองโดยการรับประทานยา และร้อยละ 94.1 ไม่มีการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ด้านพฤติกรรมสุขภาพและลักษณะการทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีลักษณะการทำงานเป็นการนั่งเป็นส่วนมาก ร้อยละ 64.7 โดยนั่งพับเพียบ (ร้อยละ 47.1) และนั่งขัดสมาธิ (ร้อยละ 35.5) ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลานั่งและยืนต่อเนื่อง 1 ชั่วโมง ร้อยละ 76.5 และ 73.5 ตามลำดับ และร้อยละ 61.8 มีการยกของหนัก กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 ไม่ได้ออกกำลังกาย ส่วนในกลุ่มที่ออกกำลังกายส่วนใหญ่ออกกำลังกายด้วยการเดิน ร้อยละ 64.7 โดยมีความถี่ในการออกกำลังกาย 3-5 ครั้ง/สัปดาห์ (ร้อยละ 50) และร้อยละ 47.1 มีระยะเวลาในการออกกำลังกาย 30 นาที/ครั้ง กลุ่มตัวอย่างรับประทานอาหารประเภทผัดและทอดคิดเป็นร้อยละ 58.8 และร้อยละ 44.1 ชอบรับประทานอาหารรสหวานและมัน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35.5 ครอบครัว/ญาติ ไม่ได้มีส่วนในการช่วยเหลือหรือสนับสนุนดูแล และส่วนใหญ่ร้อยละ 85.3 ต้องการบุคคลในการสนับสนุนดูแล เช่นกลุ่มเพื่อน ญาติ พยาบาลและเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครสาธารณสุข รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การประเมินและคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองนครพนม (N=34)

ข้อคำถาม	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
มีเสียง crepitation ในข้อเข่า		
มี	22	64.7
ไม่มี	12	35.3
มีอาการข้อฝืดขัด (stiffness) น้อยกว่า 30 นาที		
มี	22	64.7
ไม่มี	12	35.3
มีอาการปวดข้อเข่า		
ปวด	34	100
จำนวนเข่าที่มีอาการปวด		
ข้างซ้าย	14	41.2
ข้างขวา	3	8.8
ทั้งสองข้าง	17	50.0
ระยะเวลาที่ปวดเข่า		
1-3 ปี	19	55.9
4-6 ปี	10	29.4
7-10 ปี	3	8.8
> 10 ปี	2	5.9
การพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา		
ตรวจรักษา	17	50
ไม่ตรวจรักษา	17	50
วิธีการรักษา		
กินยาลดปวด	14	41.2
ฉีดยาเข้าข้อ	6	17.6
กายภาพบำบัด	2	2.9
การดูแลตนเอง		
ไม่ทำอะไร	4	11.8
ใช้ยาบรรเทาปวดเอง	19	55.9
บริหารกล้ามเนื้อต้นขา	4	11.8
พักการใช้ข้อเข่า	3	8.8
นวดประคบสมุนไพร	4	11.8
การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน		
ใช้	2	5.9
ไม่ใช้	32	94.1
ครอบครัว/ญาติมีส่วนสนับสนุนในการดูแล		
ไม่ช่วยเหลือ	12	35.5
ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน	11	32.4
ช่วยบริหารข้อเข่า	1	2.9
บุคคลที่ต้องการให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล		
ไม่ต้องการ	5	14.7
ญาติ	23	67.6
กลุ่มเพื่อนวัยเดียวกัน	2	5.9
อ.ส.ม./พยาบาล	4	11.7

ผลการวิเคราะห์คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมเท่ากับ 6.03 คะแนน ($\bar{X}$ =6.03, SD=1.14) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเป็นร้อยละพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.6 มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมต่ำกว่าร้อยละ 60 ส่วนการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมเท่ากับ 40.56 คะแนน ($\bar{X}$ =40.56, SD= 10.18) โดยที่ร้อยละ 79.4 มีคะแนนการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมต่ำกว่าร้อยละ 60 ส่วนด้านการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม 3 อันดับแรก พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.1, 29.4 และ 26.5 รับรู้ว่าอายุที่มากขึ้น การทำงานหนัก และการรับประทานอาหารไม่เหมาะสมเป็นสาเหตุของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และ การรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุเขตเทศบาลเมืองนครพนม (N=34)

ตัวแปร	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม (Mean 6.30 ; SD=1.14)		
< ร้อยละ 60	24	70.6
ร้อยละ 60 ขึ้นไป	10	29.4
การรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม (Mean 40.56 ; SD=01.18)		
< ร้อยละ 60	26	79.4
ร้อยละ 60 ขึ้นไป	8	20.6
การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม		
อายุที่มากขึ้น	15	44.1
การทำงานหนัก	10	29.4
การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม	9	26.5

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นวัยผู้สูงอายุทั้งหมดโดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 68.82 ปี ($\bar{X}$=68.82, SD=6.32) ซึ่งเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ทำให้พบอุบัติการณ์และความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมมากที่สุดสอดคล้องกับรายงานในหลายประเทศ เช่น ในประชากรอเมริกันที่อายุมากกว่า 45 ปีพบความชุกของโรคร้อยละ 27.8 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 37 ในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี (Lawrence et al., 2008) ในประเทศเกาหลีใต้พบความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มที่อายุ 50-59 ปี, 60-69 ปี และ 70-79 ปี เป็นร้อยละ 20, 25 และ 42 ตามลำดับโดยพบความชุกสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 63 (Kim, et. al., 2010) ในปัจจัยด้านเพศพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (64.7%) ซึ่งเป็นเพศที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม เนื่องจากอยู่ในวัยที่หมดประจำเดือนทำให้ขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเสื่อมของข้อเข่า (Sun et al., 2007) ซึ่งมีความสอดคล้องกับหลายการศึกษา เช่น การศึกษาในประชากรญี่ปุ่นอายุ 60 ปีขึ้นไปพบความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมในเพศหญิงร้อยละ 32 ในขณะที่เพศชายมีความชุกร้อยละ 14 (Muraki et al., 2009) เช่นเดียวกับประชากรเกาหลีอายุ 50 ปีขึ้นไปพบความชุกของโรคในเพศชายน้อยกว่า

เพศหญิงถึง 5 เท่า (Kim et. al., 2010) ด้านระดับการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ (58.8%) ซึ่งอาจส่งผลต่อการเรียนรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่ไม่ถูกต้อง ตลอดจนมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันหรือดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคที่ไม่เหมาะสม สนับสนุนโดยการศึกษาความสัมพันธ์ของระดับการศึกษากับผลเอกซเรย์และอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมในชาวแอฟริกัน-อเมริกันและคอเคเซียน พบว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาน้อยกว่า 12 ปี มีความเสี่ยงต่อการตรวจพบการเสื่อมของข้อเข่ามากกว่าร้อยละ 50 และมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการของโรคในเพศหญิงและเพศชาย มากกว่าร้อยละ 65 และ 85 ตามลำดับ (Callahan et al., 2010) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (64.7%) ประกอบอาชีพเป็นแม่บ้าน ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดการเสื่อมของข้อเข่า ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้หญิงที่ทำงานบ้านมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่าผู้ที่ทำงานนอกบ้าน (Dahaghin, Tehrani-banihashemi, Faezi, Jamshidi & Davatchi, 2009)

ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม เนื่องจากมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (55.9 %) ส่งผลให้ร่างกายต้องแบกรับน้ำหนักที่มากขึ้น และมีผลต่อการสูญเสียช่องว่างระหว่างข้อเข่าทำให้ข้อเข่าได้รับการเสียดสีหรือแรงกระแทกซ้ำ ๆ จากการทำกิจกรรมส่งผลทำให้เกิดการบาดเจ็บของข้อได้ง่าย (Teichtahl et al., 2008) มีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่เกือบทั้งหมดที่มีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน โดยเฉพาะเพศหญิง (Mark, 2007) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพและลักษณะการทำกิจกรรมที่ไม่เหมาะสมและเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม คือมีลักษณะการทำงานเป็นการนั่งพับเพียบ (47.1%) และนั่งขัดสมาธิ (35.5%) ซึ่งจะส่งผลให้แรงที่ผ่านข้อเข่าเพิ่มขึ้นกว่าปกติ 10 เท่า (Huch, Kuettner & Dieppe, 1997) และกลุ่มตัวอย่าง (76.5%) ใช้ระยะเวลานั่งต่อเนื่อง 1 ชั่วโมง/วัน หรือคิดเป็น 7 ชั่วโมง/สัปดาห์ ซึ่งจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม สนับสนุนโดยการศึกษาที่พบว่าหากใช้เวลานานกว่า 6 ชั่วโมง/สัปดาห์ในการนั่งพับเพียบ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมเป็น 4.86 เท่า (Ngamsutikul, 2000) กลุ่มตัวอย่าง (61.8%) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมจากการยกของหนัก ซึ่งทำให้ข้อเข่าต้องรับแรงกระทำอย่างมากและมีความเสี่ยงมากกว่าคนที่ไม่ได้ทำงานลักษณะนี้ประมาณ 5 เท่า (Manninen, et al., 2002) นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน เนื่องจากไม่ได้ออกกำลังกาย (50%) และส่วนใหญ่ (58.8%) รับประทานอาหารประเภทผัดและทอด และชอบรับประทานอาหารรสหวานและมัน (44.1%)

จากปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวข้างต้นส่งผลให้กลุ่มตัวอย่าง มีอาการและอาการแสดงของโรคข้อเข่าเสื่อมตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ American College of Rheumatology คือมีเสียงดังในข้อเข่าและข้อฝืดขัด (64.7%) และ มีอาการปวดเข่า (100%) ซึ่งพบว่ามีจำนวนกลุ่มตัวอย่างถึงครึ่งหนึ่ง ที่ไม่ได้รับการตรวจรักษา ส่วนอีกร้อยละ 50 เข้ารับการตรวจรักษาโดยแพทย์ ซึ่งส่วนใหญ่ (41.2%)ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาลดปวด มีการจัดการความปวดด้วยตนเองโดยการรับประทานยา (55.9%) ซึ่งมีความคล้ายคลึงกันกับการศึกษาในผู้สูงอายุมีอาการปวดเข่าที่ผ่านมาที่พบว่ามีการจัดการความปวดที่หลากหลายและมีการรับประทานยาเป็นส่วนใหญ่ (เบญจยามาศ พิลายนต์, 2552) และกลุ่มตัวอย่าง (35.5%) ไม่มีครอบครัว/ญาติสนับสนุนดูแล และส่วนใหญ่ (85.3%) ต้องการบุคคลในการสนับสนุนดูแล เช่นกลุ่มเพื่อน ญาติ พยาบาลและเจ้าหน้าที่หรือ

อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งอาจทำให้ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าแรงจูงใจมีส่วนสำคัญที่จะทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Ngamsutikul, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการที่ได้รับการสนับสนุนโดยกลุ่มเพื่อนหรือเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ ทำให้การเรียนรู้ของผู้ป่วยดีขึ้น และทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น (Piyakhachornrot, Aree-Ue, Putwatana, Kawinwonggowit, 2011)

กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมและมีอาการของโรคที่รุนแรงขึ้นจากการที่มีความรู้เรื่องโรคและการรับรู้ความเจ็บป่วยที่ต่ำ จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมต่ำกว่าร้อยละ 60 ($\bar{X}$ =6.03 คะแนน, SD=1.14) ซึ่งความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับโรคเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและจัดการกับโรคได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, 2553) และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมต่ำกว่าร้อยละ 60 เช่นกัน ($\bar{X}$ =40.56, SD=10.18) ซึ่งอาจส่งผลต่อการวางแผนและการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย เนื่องจากรับรู้ความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การจัดการกับปัญหาทางด้านสุขภาพโดยเลือกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Leventhal, Ian, & Elaine, 1989) และมีผลต่อความมุ่งมั่นในการเข้ารับการรักษา หรือจัดการกับภาวะสุขภาพภายใต้ความคาดหวังว่าจะช่วยให้สุขภาพดีขึ้น (Bijsterbosch et al., 2009) สนับสนุนโดยการศึกษากลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลาย ๆโรคเช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ และโรคสะเก็ดเงินพบว่า การรับรู้ต่อภาวะคุกคามทางด้านสุขภาพที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหลังความเจ็บป่วย ส่งผลต่อพฤติกรรมทางบวกในการดูแลตนเองและนำมาสู่การตัดสินใจที่ดีขึ้นในการปรับพฤติกรรมเพื่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ และมีผลต่อความมุ่งมั่นหรือความสม่ำเสมอในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น (Scharloo et al. 1998)

ผลการศึกษาดังกล่าวเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สะท้อนให้เห็นความสำคัญของปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุในชุมชนที่ควรได้รับความสนใจในการจัดการและป้องกันหรือชะลอการดำเนินโรคจากทีมสุขภาพ โดยจัดให้มีการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม โดยมุ่งเน้นให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่มาคุกคามสุขภาพทั้งทางร่างกายและอารมณ์ของผู้สูงอายุ อันจะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เกิดความตระหนักในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเกี่ยวกับโรค รวมทั้งจัดโปรแกรมเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรม อันจะนำไปสู่การลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือลดความรุนแรงของโรคที่จะเกิดขึ้นซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีสุขภาวะตามศักยภาพ

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบนำร่องเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชนกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

พยาบาลชุมชนหรือเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพควรนำผลการศึกษาดังกล่าวไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนเพื่อลดหรือป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *ข้อมูลสถิติผู้สูงอายุไทย.* สืบค้นจาก http://www.moph.go.th/moph2/index4.php เมื่อ 12 มกราคม 2554.

เบญจยามาศ พิลายนต์ . (2552). *ผลของการสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองและการควบคุมอาการโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง.* วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. (2553). *แนวปฏิบัติในการดูแลรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม.* สืบค้นจาก http://www.rcost.or.th/ เมื่อ 25 ธันวาคม 2555.

โรงพยาบาลนครพนม. (2553). การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาล. *รายงานการสำรวจข้อมูล.* มีนาคม 2553.

สำนักงานสถิติจังหวัดนครพนม. (2553). *สถิติผู้สูงอายุ.* สืบค้นจาก http://nkphanom.nso.go.th/nso/home/index.jsp? เมื่อ 12 มกราคม 2554.

สมาคมรูมาติซั่มแห่งประเทศไทย (2551). *แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม (Guideline for the Treatment of Osteoarthritis of Knee)* สืบค้นจาก http://thairheumatology. เมื่อ 2 ธันวาคม 2555.

สุภาพ อารีเอื้อ และ นภาพร ปิยขจรโรจน์. (2551). ผลลัพธ์ของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการออกกำลังกายที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. *วารสารการพยาบาล*, 23(3), 72-84.

สุภาพ อารีเอื้อ. (2555). การกำกับตนเองในสตรีสูงอายุไทยที่มีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อม: การวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์. *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์* โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

American College of Rheumatology (2006). Projections of US prevalence of arthritis and associated activity limitations. *Arthritis and Rheumatisms, 54*(1), 226-229.

Bellamy, N., Campbell, J., Robinson, V., Gee, T., Bourne, R., & Wells, G. (2006).Intraarticular corticosteroid for treatment of osteoarthritis of the knee. *The Cochrane Library (Oxford), 2.* DOI: 10.1002/14651858. CD005328.

Bijsterbosch, J., Scharloo, M., Visser, A. W., Watt ,I., Meulenbelt, I., & Huizinga, T.W. J., et al. (2009). Illness perceptions in patients with osteoarthritis: change over time and association with disability. *Arthritis and Rheumatism, 61*(8), 1054-1061.

Bitton, R. (2009). The economic burden of osteoarthritis. *The American Journal of Managed Care,* 15(8), 231-235.

Brendt, K.D. (2010). *Diagnosis and Nonsurgical Management of Osteoarthritis.* New York : Professional communications, Inc.

Broadbent, E., Petriea, K. J., Maina, J., & Weinmanb, J., (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research, 60*(6), 631-637

Callahan, F. L., Shreffler, J., Bernadette, S.C., Helmick, G. C.,5 Schoster B., & Schwartz, A. T., et al. (2010). Limited educational attainment and radiographic and symptomatic knee osteoarthritis: a cross-sectional analysis using data from the Johnston County (North Carolina) Osteoarthritis Project. *Arthritis Research Therapy,* 12(2): R46

Dahaghin, S., Tehrani-banihashemi, A., Faezi, S.T., Jamshidi, A.R., & Davatchi, F. (2009). Squatting, sitting on the floor, or cycling: Are life-long daily activities risk factors for clinical knee osteoarthritis. *Arthritis and Rheumatism, 61*(10), 1337-1342.

Huch, K., Kuettner, K.E., & Dieppe, P. (1997). Osteoarthritis in ankle and knee joints. *Seminar in Arthritis and Rheumatism, 26*(4), 667-764.

Kim, I.J., Kim, H.A., Seo, Y.I., Jung, Y.O., Song, Y. W., & Jeong J.Y., et al. (2010). The prevalence of knee osteoarthritis in elderly community residents in Korea. *The Korean Academy of Medical Sciences,* 25(2), 293-298.

Kulthanan, T., Kaewpornsawan, K., Thanapipatsiri, S., Lamsam, C., Asavamongkolkul, A., & Vamvanij, V., et al. (2006). Medical utilization review using indicators with ORTHOPAEDICS in Orthopaedic inpatients under universal coverage policy admitted to Siriraj Hospital. *Siriraj Meical Journal, 58*(3), 720-724.

Lawrence, R.C., Felson, D.T., Helmick, C.G., Arnold, M.L., Choi, H., & Deyo, A.R., et al. (2008). Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part II. *The Arthritis and Rheumatology, 58*(1), 26-35.

Leventhal, H., Ian, B., & Elaine. (1989). *The common-sense model of self-regulation of health and illness: The self-regulation of health and illness behavior.* New York: Simultaneously.

Manninen, P., Heliovaara, M., Riihimaki, H., & Suomalainen, O. (2002), Physical workload and the risk of severe knee osteoarthritis. *Scandinavian Journal of Work, Environment, & Health, 28*(1), 25-32.

Mark, R. (2007) Obesity profiles with knee osteoarthritis: Correlation with pain, disability, disease progression. *Obesity,* 15, 1867-1874

Muraki, S., Oka, H., Akune, T., Mabuchi, A., En-yo, Y., Yoshida, M., et al. (2009). Prevalence of radiographic knee osteoarthritis and its association with knee pain in the elderly of Japanese population-based cohorts: the ROAD Study. *Osteoarthritis Cartilages,* 17(9), 1137-1143.

Ngamsutikul, W. (2000). *Risk factors associated with osteoarthritis of the knee and quality of life.* Thesis in Epidemiology, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Piyakhachornrot, N., Aree-Ue, S., Putwatana, P., Kawinwonggowit, V. (2011). Impact of an integrated health education and exercise program in middle-aged Thai adults with osteoarthritis of the knee. *Orthopedic Nursing. 30*(2), 134-142.

Scharloo, M., Kaptein, A. A.,Weinman, J., Hazes, J. M.,Willems, L. N. A., Bergman,W., et al. (1998). Illness perceptions, coping, and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research, 44*(5), 573-585.

Sun, B. H., Wu, C.w., & Kalunian, K.C. (2007). Development of osteoarthritis. Rheumatic Disease Chinics of North America. 33(1), 135-48.

Teichtahl, A.J., Wang, Y., Wluka1 A.E., & Cicuttini F.M. (2008).Obesity and knee osteoarthritis: New insights provided by body composition studies. *Obesity, 16*(2), 232-240.

Watanabe, H., Urabe, K., Takahira, N., Ikeda, N., Fujita, M., & Obara, S., et al. (2010). Quality of life, knee function, and physical activity in Japanese elderly women with early stage knee osteoarthritis. *Journal of Orthopedic Surgery and Research, 18*(1), 31-34.