

ผลของโปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

เพลินดา พิพัฒน์สมบัติ¹, มาลี เอี่ยมสำอาง², ขวัญธิดา พิมพ์การ³, ดวงเนตร ธรรมกุล⁴

^{1,2,4} อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

³ อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

บทคัดย่อ

การศึกษาเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 35 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านข้อมูลสุขภาพ จำนวน 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้โรคข้อเข่าเสื่อมและการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเอง กิจกรรมที่ 3 การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา และกิจกรรมที่ 4 การติดตามให้คำปรึกษารายบุคคลแบบอัตถิภาวนิยม กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้มี 4 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม 3) แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม และ 4) แบบวัดคุณภาพชีวิต วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมด้วย KR-20 เท่ากับ 0.86 แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมและแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.92 และ 0.90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การจัดการสุขภาพด้วยตนเอง และคุณภาพชีวิต สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนอาการรุนแรงของโรค กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการรุนแรงของโรคต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 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 Phimpakam³, Doungnetre 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, 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, and as inclusion criteria. Sample were recruited from the orthopedic clinic at Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, divided equally into a control group and an experimental group. The experimental group were required to receive a self-efficacy program for 12 weeks. There were 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 had received regular care. The instruments used were divided into 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 significantly higher average score on knowledge about osteoarthritis, self-management and quality of life than before the experiment and than the control group; ($p < 0.001$). The experimental group had average significantly lower scores of severe symptoms, than before the experiment and than the control group; ($p < 0.001$). The study shows that this health management program can raise ability of to Osteoarthritis patients manage their own health condition, and finally resulting in a better quality of life.

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

บทนำ

โรคกระดูกและข้อเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ที่มีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้น โดยองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่า จะมีจำนวนผู้ป่วยกระดูกและข้อเพิ่มขึ้นจาก 400 ล้านคนใน พ.ศ. 2551 เป็น 570 ล้านคนใน พ.ศ. 2563¹ โดยเฉพาะโรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) และพบว่า ข้อที่ส่งผลกระทบต่อการใช้งานและการเจ็บป่วยและมารับบริการมากที่สุด คือข้อเข่า² โดยจะมีอาการข้ออักเสบ มีอาการปวดข้อเรื้อรัง ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน³ ซึ่งอาการปวดข้อที่เกิดขึ้น ทำให้มีปัญหาทำให้การเคลื่อนไหวลดลง ได้แก่ ลูกเขยลำบาก ต้องใช้เวลามากกว่าเดิมเพื่อที่จะเปลี่ยนจากท่านั่งเป็น ยืน เดินได้ช้ากว่าเดิม เดินลำบาก และเดินได้ในระยะทางไม่ไกลเท่าเดิม⁴ จึงเป็นสาเหตุสำคัญต่อการตัดสินใจ เลือกใช้บริการบำบัดรักษาด้วยวิธีการต่างๆ ซึ่งบางครั้งส่งผลต่อร่างกาย ได้แก่ การใช้ยาแก้ปวดหรือวิธีการจัดการอาการปวดที่ไม่เหมาะสม⁵ ความทุกข์จากการเคลื่อนไหวและความเจ็บปวดส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ทำให้รู้สึกหงุดหงิด (ร้อยละ 78.3) ท้อแท้ ซึมเศร้า ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง⁶

การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556 พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมมีจำนวนน้อยมากเพียงร้อยละ 12.30 และส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม ปัจจัยสาเหตุของโรคข้อเข่าเสื่อมและวิธีการจัดการอาการปวดในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำถึงร้อยละ 53.3 ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่าไม่มั่นใจการหลีกเลี่ยงการกดทับข้อเข่า การบริหารข้อและกล้ามเนื้อรอบข้อ เมื่อมีอาการปวดจะจัดการลดปวด โดยซื้อยาชุดมารับประทานเอง

เพื่อบรรเทาอาการปวด⁷ การให้โปรแกรม ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน ให้ความรู้ การฝึกและให้คู่มือการบริหารข้อเข่าในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ทำให้เกิดการเรียนรู้เพื่อจัดการอาการปวดเข่าได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะชะลอกระบวนการดำเนินโรคไปสู่ระยะที่มีความรุนแรงมากขึ้นได้⁸ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง ในเรื่องการควบคุมน้ำหนักและออกกำลังกายจะมีสมรรถนะทางกายดีขึ้น อาการปวดลดลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมดีขึ้น⁹ อีกทั้งสถิติผู้ป่วยนอกที่มารับบริการโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช พบเป็น 10 อันดับแรกของโรคที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และพบมีอาการรุนแรงและจำนวนเพิ่มขึ้น ในที่สุด ต้องผ่าตัดใส่ข้อเข่าเทียม (Total Knee Replacement: TKR) มีจำนวน 255 คน, 305 คน และ 333 คน ในปี พ.ศ. 2554, 2555 และ 2556 ตามลำดับ¹⁰

ดังนั้น การลดความรุนแรงของโรค ส่งเสริมให้ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้ป่วยวิจัยสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้ กิจกรรมการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา โดยนำทฤษฎีการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา¹¹ มาประยุกต์ใช้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมพัฒนาความเชื่อมั่นของตนเองในการฝึกปฏิบัติกิจกรรมการฝึกบริหารกล้ามเนื้อต้นขา โดยมีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้บุคคลมีสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นจากการเรียนรู้ผ่าน 4 กิจกรรม คือกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้โรคข้อเข่าเสื่อมและการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 3 การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา และกิจกรรมที่ 4 การติดตามโดยใช้การให้คำปรึกษาแบบอัติโนมัติ นิยม รวมระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมสุขภาพด้านจิตใจให้ผู้ป่วยรับรู้ปัจจุบัน ค้นหาความหมายและกำหนดเป้าหมายได้ชัดเจน รับรู้การมีคุณค่าในตนเองพร้อมตัดสินใจและนำตนเองสู่เป้าหมายทำให้สามารถดูแลตนเอง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

สมมติฐาน

1. ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพ มีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคข้อเข่าเสื่อมและการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพ มีระดับคะแนนเฉลี่ยอาการรุนแรงของโรคต่ำกว่าก่อนทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
3. ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพ มีระดับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ระเบียบวิธีวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต รหัส SDU-RDI 2015-005 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์

ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล 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 ปี 2558 ทำการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรคำนวณ ใช้กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้ อย่างน้อยที่สุด ที่ระดับ 80% กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยกำหนดกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เท่ากัน ($r=1$)¹² ได้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 35 คน เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย กรณี 2 กลุ่มประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 คน

การสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มอย่างง่ายโดยแบ่งผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ออกเป็น 2 กลุ่ม และจับฉลากเพื่อนำมาเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (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) ได้แก่ มีโรคประจำตัวอื่นๆ มีอาการจากโรคข้อเข่าเสื่อมหรือโรคอื่นๆ ที่รุนแรงมากจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมและปฏิบัติตามคำแนะนำตามรายละเอียดของกิจกรรมได้ตลอดโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นแบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 10 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ของ Modified WOMAC ฉบับภาษาไทย (ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย) จำนวน 22 ข้อ แบ่งเป็น อาการปวดเข่า จำนวน 5 ข้อ อาการข้อฝืด ข้อยึด จำนวน 2 ข้อ และความลำบากในการเคลื่อนไหว จำนวน 15 ข้อ มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.93 และ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย WHOQOL-26¹³ จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย ด้านสุขภาพกาย จำนวน 7 ข้อ ด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 3 ข้อ ด้านสังคม จำนวน 8 ข้อ และสุขภาพโดยรวม จำนวน 2 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.92

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบประจำแผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ ที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร ขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ ขอกการยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และเก็บข้อมูลก่อนทดลอง

ขั้นตอนดำเนินการ ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพในกลุ่มทดลอง รวมระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง ดังนี้คือ

สัปดาห์ที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินภาวะสุขภาพ แจกเอกสารคู่มือการอภิปรายกลุ่ม (ระยะเวลา 2 ชั่วโมง) ร่วมกันวิเคราะห์พฤติกรรมที่เป็นปัญหาวางแผนในการจัดการปัญหาเกี่ยวกับภาวะโรคข้อเข่าเสื่อม

สัปดาห์ที่ 2 การให้ความรู้โรคข้อเข่าเสื่อมและการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเอง การอภิปรายกลุ่ม (ระยะเวลา 2 ชั่วโมง) เพื่อวางแผนในการจัดการเกี่ยวกับภาวะโรคข้อเข่าเสื่อมและการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเองในการประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งประกอบด้วย อาการปวดเข่า อาการข้อฝืด ข้อยึด และความลำบากในการเคลื่อนไหว

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

สัปดาห์ที่ 5-6 การทบทวนการบริหาร
กล้ามเนื้อต้นขา (ระยะเวลา 2 ชั่วโมง) และการให้
รางวัล ผู้ที่บริหารกล้ามเนื้อต้นขาได้ถูกต้อง ตาม
เป้าหมายที่ได้วางไว้

สัปดาห์ที่ 7-12 ติดตามโดยให้คำปรึกษา
แบบอัติภาวนานิยมอย่างเป็นระบบทางโทรศัพท์
(ระยะเวลาประมาณ 2 ชั่วโมง/คน) เพื่อส่งเสริมและ
ให้กำลังใจเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติการบริหาร
กล้ามเนื้อต้นขาและการให้ความรู้โรคข้อเข่าเสื่อม
และการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเอง อีกทั้งกระตุ้น
ให้ตระหนักและเข้าใจตนเอง อยู่กับปัจจุบันสามารถ
เลือกสิ่งที่มีคุณค่าให้ตนเอง และรับผิดชอบต่อการ
ดูแลตนเอง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยนี้ทำการ
วิเคราะห์ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของ

คะแนนภายในกลุ่ม ด้วยสถิติ Paired t-test และ
เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ
Independent t-test ที่ค่าความเชื่อมั่น 95 %

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ
1) ข้อมูลลักษณะทั่วไป และ 2) ข้อมูลเกี่ยวกับโรคข้อ
เข่าเสื่อม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ กลุ่มทดลองและกลุ่ม
ควบคุม มีสัดส่วนของเพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา
อาชีพ และพฤติกรรมการออกกำลังกายที่คล้ายคลึง
กัน กล่าวคือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ช่วงอายุที่พบที่
มากที่สุด คือ อายุ 56-65 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพ
สมรส จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและ
อนุปริญญา/ปวส ไม่ประกอบอาชีพและประกอบ
อาชีพค้าขาย มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย สัปดาห์
ละ 1-2 ครั้ง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=70)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (ร้อยละ)	
		กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
เพศ	ชาย	15 (42.9)	9 (25.7)
	หญิง	20 (57.1)	26 (74.3)
อายุ (ปี) $\bar{X}$, SD		60, 0.87	61, 0.82
	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)
		3 (8.5)	2 (5.7)
สถานภาพ	โสด	31 (88.6)	32 (91.4)
	สมรส	1 (2.9)	1 (2.9)
	หย่าร้าง/ แยกกันอยู่		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=70) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (ร้อยละ)	
		กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
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 (20.0)	8 (22.9)
	ค้าขาย	7 (20.0)	10 (28.6)
ไม่ประกอบอาชีพ		13 (37.1)	6 (17.1)
พฤติกรรมออกกำลังกาย			
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 พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีสัดส่วนของเวลาที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวนข้อเข่าเสื่อมที่มีอาการ การจัดการอาการปวดข้อเข่าการรักษาทางเลือก และค่า BMI ที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ ส่วนใหญ่ระยะเวลาที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

1-10 ปี จำนวนข้อเข่าเสื่อมที่มีอาการ ที่พบที่มากที่สุด คือ 1 ข้าง ส่วนใหญ่การจัดการอาการปวดข้อเข่ามากที่สุด คือรับประทานยาแก้ปวด การรักษาทางเลือกที่ใช้มากที่สุดคือ นวดกับแพทย์แผนไทย และมีค่า BMI อยู่ในโรคอ้วนระดับ 2 (25.0-29.9) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม (n=70)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
ระยะเวลาที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม $\bar{X}$, SD	12, 0.97	12, 0.95
1-10 ปี	13 (37.1)	14 (40.0)
11-20 ปี	7 (20.0)	11 (31.4)
21-30 ปี	9 (25.7)	8 (22.9)
>31 ปี	6 (17.2)	2 (5.7)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม (n=70)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
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 (20.0)
BMI		
น้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน (< 18.5)		1 (2.9)
ปกติ (18.6-22.9)		3 (8.6)
โรคอ้วนระดับ 1 (23.0-24.9)		7 (20.0)
โรคอ้วนระดับ 2 (25.0-29.9)		20 (57.1)
โรคอ้วนระดับ 3 (> 30)		4 (11.4)

สำหรับความรู้โรคข้อเข่าเสื่อมและการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเอง อาการรุนแรงของโรค และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคข้อเข่าเสื่อมและการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเอง หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ส่วนค่าคะแนน

เฉลี่ยอาการรุนแรงของโรค หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของตัวแปร ก่อน-หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม(n=35)		Mean Difference	Independent t-test	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		t	p
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
Pair t-test	t=1.25	p<0.001	t=9.25	p=0.176			
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
Pair t-test	t=3.75	p<0.001	t=21.74	p=0.218			
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
Pair t-test	t=5.164	p<0.001	t=18.51	p=0.537			

อภิปรายผล

1. ความรู้โรคข้อเข่าเสื่อมและการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้โรคข้อเข่าเสื่อมและการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ความแตกต่างของคะแนนความรู้โรคข้อเข่าเสื่อมและการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเอง เพิ่มขึ้นจากคะแนน 3.83 คะแนนเป็น 5.60 คะแนน ผลจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นหลังจากการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วย อาการปวดเข่า อาการข้อฝืด ข้อยึด และความลำบากในการเคลื่อนไหว โดยผล

ทำให้เกิดการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเองของกลุ่มทดลองมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ ยุวดี สารบูรณ์และคณะ¹⁴ ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนด้วยการสัมภาษณ์ พบว่า มีความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.03 (SD=1.14) โดยมีคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 คิดเป็นร้อยละ 70.6 ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เนื่องจากกลุ่มทดลองมีการเสริมสร้างความรู้ มีความเข้าใจในสาเหตุ อาการ และอาการแสดงและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

2. อาการรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีอาการรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ความแตกต่างของคะแนนอาการรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ลดลงจากคะแนน 93.66 คะแนน เป็น 79.43 คะแนน ผลจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นหลังจากการสาธิตการบริหารกล้ามเนื้อต้นขาข้างที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อม โดยการเปิดวิดีโอ ประเมินผลการปฏิบัติพร้อมกับการฝึกปฏิบัติ และมอบวิดีโอการบริหารกล้ามเนื้อต้นขาให้ผู้ป่วยนำกลับบ้าน เพื่อทบทวนการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา ซึ่งผลจากการฝึกปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อต้นขาข้างที่มีปัญหาของกลุ่มทดลองอย่างต่อเนื่องและเป็นประจำทำให้อาการรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมลดลง สอดคล้องกับสอดคล้องกับการศึกษาของสุระเพ็ญ สุวรรณสว่าง¹⁵ พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา มีระดับความปวดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6 และระบุว่าการออกกำลังกายการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขามีประสิทธิภาพมากกว่าการรักษาตามปกติ และสอดคล้องกับการศึกษาของชัยญาวีร์ ไชยวงศ์ และคณะ¹⁶ พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายข้อเข่าอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองจะมีความปวดลดลงก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อใช้โปรแกรมฟื้นฟูผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเรื้อรัง ควรใช้โปรแกรม

ฟื้นฟูเฉพาะ ที่ประกอบด้วยการจัดการด้วยตนเอง และการรับมือกับการปวดเข่าโดยการออกกำลังกาย ร่วมกับการให้ความรู้ซึ่งจะได้ผลดีกว่า

3. คุณภาพชีวิต พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้นจากคะแนน 70.69 คะแนน เป็น 98.74 คะแนน ผลจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นหลังจากการติดตามการให้คำปรึกษาแบบอรรถภาวะนิยมเข้ามาสนับสนุนในการติดตาม ซึ่งแนวคิดดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อมมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถพึ่งพาตนเอง และดูแลตนเองได้สมวัย สามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อีราวรรณ เชื้อตาเล็ง และสุพรรณศิลป์¹⁷ พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีด้านความสัมพันธ์ทางสังคม หลังการทดลองพัฒนาขึ้นจากระดับต่ำเป็นระดับปานกลาง ซึ่งแสดงถึง การที่ผู้ป่วยอาจจะเริ่มสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น การรับความช่วยเหลือจากคนอื่นหรือช่วยเหลือบุคคลอื่น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมการจัดการสุขภาพนำไปวางแผนใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม 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 พิธานธนากุล และปัทมา สุริต. การจัดการความปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน วารสารสมาคมพยาบาล 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 และ ประเสริฐ อัสสันตชัย. การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545-2550. ใน: ชื่นตา 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; 2014.
7. สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ. รายงานผลการศึกษาเบื้องต้น โครงการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี 2556 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2556. [เข้าถึงเมื่อ1 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; 2011.
10. เวชสถิติคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล 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. Polit DF, Beck CT. Nursing Research Principles and Methods. Lippincott. Williams and Wilkins, Philadelphia, PA; 2004.
13. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, ปรีทรรศ ศิลปกิจ และ วนิดา พุ่มไพศาลชัย. คุณภาพชีวิตคนไทยในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ. โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่; 2541.
14. ยุวดี สารบุรณ, สุภาพ อารีเอื้อและ สุจินดาจารย์พัฒน์ มารูโอ. อาการ ความรู้ และการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุใน: การศึกษานำร่อง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี 2014; 30(2): 12-24.
15. สุระเพ็ญ สุวรรณสว่าง.ผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาต่อความระดับความปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นครศรีธรรมราช: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์; 2551.
16. ชัญญาวีร์ ไชยวงศ์, วีระกาญจน์ สุเมธานุรักษ์กุล, ดาราพร รักหน้าที่, รจนา วรวิทย์ศรางกูร และ รุ่งนภา ประยูรศิริศักดิ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพทางกายและการลดความเจ็บปวดของผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2559; 34 (4): 133-141.
17. อีราวรรณ เชื้อตาเล็ง และสุรีพร ธนศิลป์. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2557; 6(1): 130-131.