

ผลของโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยการนัดแผนไทย ร่วมกับการพอกสมุนไพรและการดูแลตนเอง ต่อระดับความรุนแรงข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก*

รวินันท์ บุขศิลป์ วท.ม. สาธารณสุขศาสตร์** สี่แพร่ จงธรรณี พท.บ. การแพทย์แผนไทย***

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดก่อนหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุ ข้อเข่าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยการนัดแผนไทยร่วมกับการพอกสมุนไพรและการดูแลตนเอง ต่อระดับความรุนแรงข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 60 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเลือกแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลอง ที่ 2 และกลุ่มควบคุมกลุ่มๆ ละ 20 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงในเรื่องเพศ อายุ ภาวะข้อเข่าเสื่อม การรักษาข้อเข่า เสื่อมและระดับความรุนแรงข้อเข่าเสื่อม กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับการนัดแผนไทยจากหมอนวดชุมชนที่ผ่านการ ทดสอบหลังอบรมฟื้นฟูเทคนิคการนัดแผนไทยสำหรับบำบัดข้อเข่าเสื่อม (ร่วมกับรับประทานยาแผนปัจจุบัน) กลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับการนัดแผนไทยจากหมอนวดชุมชนที่ผ่านการทดสอบหลังอบรมฟื้นฟูเทคนิคการนัด แผนไทยบำบัดข้อเข่าเสื่อม (ร่วมกับการพอกสมุนไพร) และผู้วิจัยสนับสนุนการให้ความรู้และการสร้างสิ่งแวดล้อม ที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการดูแลตนเองเพื่อลดปัจจัยทำให้ข้อเข่าเสื่อม ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตาม ปกติ รวบรวมข้อมูลระหว่างมิถุนายน-พฤศจิกายน 2564 เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมดูแลผู้สูงอายุ ข้อเข่าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยการนัดแผนไทยร่วมกับการพอกสมุนไพรและการดูแลตนเองต่อระดับ ความรุนแรงข้อเข่าเสื่อมฯ แบบประเมินคัดกรองภาวะข้อเข่าเสื่อม และแบบประเมินระดับความรุนแรงข้อเข่าเสื่อม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิง อนุมาน repeated measures ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับการนัดแผนไทยร่วมกับการพอกสมุนไพร มีคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงข้อเข่าเสื่อมดีขึ้นกว่าผู้สูงอายุหลังได้รับการนัดแผนไทยร่วมกับการรับประทานยา แผนปัจจุบันและผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=63.71, p<.01$) ดังนั้นจึงสรุปได้ ว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการลดระดับความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมได้ สามารถประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ ข้อเข่าเสื่อมเพื่อส่งเสริมให้ชุมชนดูแลตนเองได้และลดค่าใช้จ่าย การพัฒนารูปแบบต่อไปควรเพิ่มหุ่นส่วนสุขภาพ ที่หลากหลายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม การมีส่วนร่วมของชุมชน การนัดแผนไทย การพอกสมุนไพร การดูแลตนเอง

วันที่รับบทความ 27 ธันวาคม 2564 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 21 มีนาคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 24 มีนาคม 2565

*ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏพิษณุโลกสงคราม

**อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิษณุโลกสงคราม ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ E-mail: ravinun.n@psru.ac.th

***แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกร่าง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

The effects of the older adult care program for knee osteoarthritis by community participation using traditional Thai massage combined with herbal wraps and self-care on severity level of knee osteoarthritis in a Tambon Health Promoting Hospital, Muang District, Phitsanulok Province*

Ravinun Nuchasilp M.Sc. (Public Health)** Seeprae Chongton B.TM. (Thai Traditional Medicine)***

Abstract

This quasi-experimental research (pretest and posttest design) aimed to study the effects of the older adult care program for knee osteoarthritis using community participation with traditional Thai massage combined with herbal wraps and self-care on knee osteoarthritis severity among older adults in a Tambon Health Promoting Hospital, Muang District, Phitsanulok Province.

Sample comprised 60 older adults with knee osteoarthritis at a Tambon Health Promoting Hospital, Muang District, Phitsanulok Province. Purposive sampling was used to recruit participants according to inclusion criteria. Sample were then divided into the experimental group I, the experimental group II, or the control group. Each group consisted 20 people. All three groups were similar, in terms of gender, age, knee osteoarthritis condition, knee osteoarthritis treatment, and knee osteoarthritis severity. The experimental group I received traditional Thai massage from Thai massage therapist who passed posttest after the refreshment course in traditional Thai massage technique for osteoarthritis treatment (in combination with taking modern medicine). The experimental group II received traditional Thai massage from Thai massage therapist who passed posttest after the refreshment course in traditional Thai massage technique for osteoarthritis treatment (in combination with herbal wraps). The researcher provided both experiment groups with knowledge support and suitable environment for self-care to reduce factors contributing to osteoarthritis, whereas the comparison group received usual care. Data collection was carried out from June to November 2021. Research instruments included the older adult care program for knee osteoarthritis using community participation with traditional Thai massage combined with herbal wraps and self-care, osteoarthritis assessment questionnaire, and osteoarthritis severity assessment questionnaire. Data analysis was performed using descriptive statistics; including frequency, distribution, percentage, mean, standard deviation; and inferential statistics, including repeated measures ANOVA.

The results showed that after the experiment, older people with knee osteoarthritis who received traditional Thai massage combined with herbal wraps, had statistically significant better severity level of knee osteoarthritis than those received traditional Thai massage combined with taking modern medicines, and better than those in the comparison group ($F=63.71, p<.01$). It is suggested that the program was effective in reducing knee osteoarthritis severity. It should be applied in caring for older people with knee osteoarthritis to promote community to take care of themselves and reduce expenses. Various health partners should be added for further development of the model in order to increase efficiency.

keywords: older adult care program for osteoarthritis; community participation; Thai massage; herbal; self care

Received 27 December 2021 Revised 21 March 2022 Accepted 24 March 2022

*Funding by Phibulsongkram Rajabhat University.

**Lecturer, Faculty of Nursing, Phibulsongkram Rajabhat University, Corresponding author, E-mail: ravinun.n@psru.ac.th

***Thai Traditional Medicine, Bankrang Health Promotion Hospital, Meung District, Phisanulok Province

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นโรคเรื้อรังของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ มีผลกระทบต่อประชากรทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบในวัยกลางคนและผู้สูงอายุ¹ อาการปวดข้อที่เกิดขึ้นโดยไม่มีสาเหตุเรียกว่าข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิ (primary) ส่วนกรณีที่เกิดตามหลังการบาดเจ็บ การติดเชื้อในข้อหรืออื่นๆ เรียกว่าข้อเข่าเสื่อมทุติยภูมิ (secondary)² โรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิเป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุเมื่อแบ่งตามช่วงอายุ พบว่าในช่วงอายุ ระหว่าง 60-64 ปี มีความชุก ร้อยละ 23 และช่วงอายุระหว่าง 70-74 ปี มีความชุก ร้อยละ 40³ ผู้หญิงพบมากกว่าผู้ชาย 2-3 เท่า ซึ่งอาจเกี่ยวกับการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อของร่างกาย⁴ อาการข้อเข่าเสื่อมที่พบได้บ่อย คือ 1) อาการปวดตื้อๆ ทั่วๆ ไปบริเวณข้อไม่สามารถระบุตำแหน่งได้ชัดเจน มักเป็นเรื้อรังและมากขึ้นเมื่อใช้งานหรือลงน้ำหนักบนข้อนั้นๆ จะทุเลาลงเมื่อพักการใช้งาน หากโรครุนแรงขึ้นอาจทำให้ปวดตลอดเวลาแม้กลางคืนหรือขณะพัก บางรายมีอาการตึงบริเวณข้อพับเข่า 2) ข้อฝืด (stiffness) พบได้บ่อยมากเป็นตอนเช้าแต่ไม่เกิน 30 นาที อาจเกิดขึ้นชั่วคราวในช่วงแรกของการเคลื่อนไหวหลังจากพักเป็นเวลานาน 3) ข้อบวมและผิดรูป (swelling and deformity) อาจพบขาโก่ง (bow legs) หรือเข่าจิ้ง (knock knee) ข้อที่บวมเป็นการบวมจากกระดูกงอกโปนบริเวณข้อ สูญเสียการเคลื่อนไหวและการทำงาน มีอาการเดินไม่สะดวก มีเสียงดังกรอบแกรบ (crepitus) ในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว⁵ หากมีการปฏิบัติตัวและดูแลที่ไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดอาการปวดที่รุนแรงภายใน 1 ถึง 3 ปี⁶ ทำให้เสี่ยงต่อการหกล้ม และนำไปสู่ความพิการ ซึ่งจะทำให้เป็นภาระพึ่งพิงของครอบครัว ผู้ดูแลและชุมชนได้⁷

ผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อมที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวต้องดำรงชีวิตอยู่อย่างทุพพิกาล ท้ากิจวัตรประจำวัน ประกอบอาชีพได้ช้าลง^{8,9} คุณภาพชีวิตลดลง ทำให้ถูกแยกตัวจากสังคมและเกิดภาวะซึมเศร้าได้⁷ และ

นำไปสู่การใช้ยาแก้ปวดและยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์อย่างต่อเนื่อง ส่งผลทำให้เกิดภาวะเสี่ยงและอันตรายจากการใช้ยา เช่น เลือดออกในกระเพาะอาหาร กระเพาะอาหารทะลุ เป็นต้น¹⁰ การรักษาด้วยยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ส่งผลทำให้เสียค่าใช้จ่ายปีละประมาณ 1,282 ล้านบาท ส่วนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าจะทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายปีละประมาณ 32,500 ล้านบาท¹¹ ในประเทศไทย พบว่า ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดข้อเข่า 1 ครั้ง ประมาณ 78,533-79,316 บาท และใช้ระยะเวลานอนในโรงพยาบาลถึง 7-8 วัน¹² การดูแลป้องกันภาวะเสี่ยงและอาการรุนแรงจากโรคข้อเข่าเสื่อมมีรูปแบบที่หลากหลาย⁹ ส่วนใหญ่เน้นการประคับประคองอาการ คงไว้ซึ่งความสามารถในการทำงานของข้อเข่าและกล้ามเนื้อ ตลอดจนลดปัจจัยอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมให้หายขาดได้จุดมุ่งหมายในการรักษา คือ ลดอาการปวดทำให้ข้อเคลื่อนไหวดีขึ้น ป้องกันหรือแก้ไขข้อที่ผิดรูปเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความเหมาะสม¹³

การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยการแพทย์แผนไทยมีหลากหลายวิธี เช่น นวด การประคบสมุนไพร และการพอกสมุนไพร เป็นต้น¹⁴ การนวดแผนไทยเป็นภูมิปัญญาไทยพื้นบ้าน ประกอบด้วย กดนวดที่ขา สะโพก เท้า และยืดกล้ามเนื้อของขา ช่วยให้คลายตึงของข้อเท้า ข้อเข่าดีขึ้น ใช้บรรเทาอาการปวดของกล้ามเนื้อและข้อ ทำให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น บริเวณที่นวดและข้างเคียง เกิดการซ่อมแซมเนื้อเยื่อบริเวณข้อเข่า เท้า ที่เสื่อมสภาพให้กลับมาแข็งแรง ดังนั้น เมื่อความปวดลดลง ความยืดหยุ่นดีขึ้น ทำให้แรงกระแทกจากการเดินในกิจวัตรประจำวันลดลง สามารถใช้ข้อเข่าได้นานขึ้น กลไกดังกล่าวนี้จึงทำให้การนวดแผนไทยมีส่วนในการลดอาการปวด และบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมได้¹⁵ สำหรับการประคบสมุนไพรและการพอกสมุนไพรเป็นการรักษาที่ได้จากสมุนไพรที่มีน้ำมันหอมระเหยและจากความร้อนของลูกประคบจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตให้ดีขึ้น นอกจากนี้การประคบยังใช้รักษาร่วมกับการนวดด้วยเพื่อเป็นการ

ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือดให้ดีขึ้น ช่วยลดอาการบวม บรรเทาอาการอักเสบของกล้ามเนื้อบริเวณข้อได้¹⁶

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในชุมชนส่วนใหญ่ พบว่า ส่วนใหญ่ตั้งรับ ณ สถานบริการ และให้บริการตามอาการ¹⁷ เช่น การคัดกรองเพื่อระบุกรณีเสี่ยง (risk) หรือกรณีป่วย (case) ให้การบำบัดรักษาแบบไม่ใช้ยา (non-pharmacological therapy) เช่น การให้ความรู้ ฝึกทักษะบริหารเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การลดน้ำหนักตัว เป็นต้น ทั้งนี้อาจใช้ร่วมกับการบำบัดรักษาแบบใช้ยา (pharmacological therapy)¹⁸ แม้มีประสิทธิผลดีแต่ยังขาดความต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของบุคคลแวดล้อมอย่างเพียงพอ ในการจัดการกับอาการอย่างเหมาะสม แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแนวคิดที่นำมาใช้พัฒนาโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมครั้งนี้ เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลได้ร่วมกันดำเนินกิจกรรมและ ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมเกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง สร้างเสริมสมรรถภาพเพื่อลดอาการปวดข้อเข้าและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรังสิยา นารินทร์ และคณะ¹⁹ พบว่า โปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมโดยพัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถเพิ่มสมรรถภาพทางกายและลดอาการปวดข้อเข้าในผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของสุวิมลรัตน์ ครอบรู้เจิน²⁰ พบว่า โปรแกรมการป้องกันโรคข้อเข้าเสื่อมในผู้สูงอายุที่ชุมชนมีส่วนร่วม ด้วยการสร้างองค์ความรู้เรื่องโรคข้อเข้าเสื่อม การพัฒนาองค์ความรู้ด้านโรคข้อเข้าเสื่อมให้แก่นำในชุมชน และสร้างแนวทางการติดตามผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อมในพื้นที่ ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในทุกด้าน

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาและการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยการนัดแพทย์ร่วมกับการพอกสมุนไพร และมีบุคลากรด้านสุขภาพคอยสนับสนุนให้

ความรู้ ให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข้าเสื่อม เนื่องด้วยปัญหาข้อเข้าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลานานในการรักษาดังนั้น การศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยการนัดแพทย์ร่วมกับการพอกสมุนไพรและการดูแลตนเองต่อระดับความรุนแรงข้อเข้าเสื่อม ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตอำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลกครั้งนี้สามารถนำรูปแบบ วิธีการ เทคนิค ขั้นตอนไปสู่คนในชุมชนทราบวิธีในการดูแลรักษาอาการข้อเข้าเสื่อมเบื้องต้นได้อย่างถูกต้องตามขั้นตอน จะลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษารวมทั้งประหยัดเวลาในการเดินทางมาโรงพยาบาล ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถเผยแพร่ให้แก่ชุมชนอื่นๆ และชมรมผู้สูงอายุอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนความรุนแรงข้อเข้าเสื่อมในผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข้าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยการนัดแพทย์ร่วมกับการพอกสมุนไพรและการดูแลตนเองต่อระดับความรุนแรงข้อเข้าเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 หลังได้รับการนัดแพทย์ร่วมกับการรับประทานยาแผนปัจจุบัน กลุ่มทดลองที่ 2 หลังได้รับการนัดแพทย์ร่วมกับการพอกสมุนไพร (สูตรที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น) และกลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการดูแลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนความรุนแรงข้อเข้าเสื่อมในผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 หลังได้รับการนัดแพทย์ร่วมกับการรับประทานยาแผนปัจจุบัน กลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับการนัดแพทย์ร่วมกับการพอกสมุนไพร (สูตรที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น) และกลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

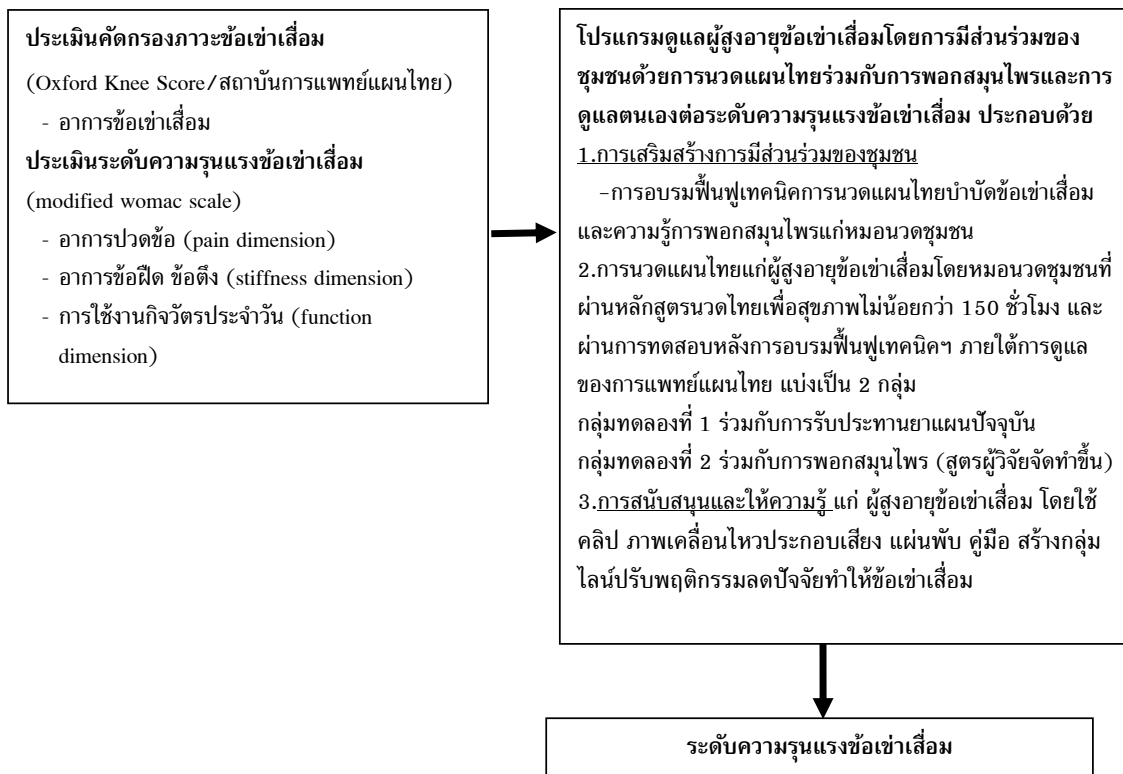
สมมติฐานข้อที่ 1 ระดับคะแนนความรุนแรงข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม หลังได้รับโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยการนวดแผนไทยร่วมกับการพอกสมุนไพรและการดูแลตนเองต่อระดับความรุนแรงข้อเข่าเสื่อมดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐานข้อที่ 2 ระดับคะแนนความรุนแรงข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมกลุ่มทดลองที่ 2 หลังได้รับการนวดแผนไทยร่วมกับการพอกสมุนไพร (สูตรผู้วิจัยจัดทำขึ้น) ดีขึ้นกว่ากลุ่มทดลองที่ 1 หลังได้รับการนวดแผนไทยร่วมกับการรับประทานยาแผนปัจจุบัน และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี ซึ่งประกอบด้วย แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกลวิธีผลักดันหรือเสริมสร้างศักยภาพชุมชน ทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม ร่วมกับการบูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นภูมิปัญญาของไทยมาใช้เป็นกรอบในการศึกษา โดยเชื่อว่าการผสมผสานการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยเสริมสร้างศักยภาพหมอนวดชุมชนเกิดความร่วมมือในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมด้วยภูมิปัญญาของไทย ด้วยวิธีการนวดแผนไทยช่วยลดความตึงตัว เกิดการคลายตัวของกล้ามเนื้อรอบๆ ข้อเข่า การไหลเวียนเลือดดีขึ้น การพอกสมุนไพรอย่าง

ถูกต้องทำให้สารสำคัญสามารถลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ พังผืดยึดตัวออก ลดการติดขัดของข้อเข่า²¹ และการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเพื่อลดปัจจัยทำให้ข้อเข่าเสื่อม โดยระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม²² แบบเหมาะสมกับผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่สามารถดูแลตนเองได้ แต่อาจขาดอาจทักษะและตัดสินใจในการดูแลตนเอง ปรับกระบวนการให้ความรู้ การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมมีการเปลี่ยนแปลง ในด้านความรู้ ความเข้าใจ วิธีคิด นำไปสู่การพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองร่วมกับกิจกรรมนวดแผนไทยร่วมกับการพอกสมุนไพร ที่ส่งผลช่วยลดปัจจัยทำให้ข้อเข่าเสื่อมได้²² จากวัตถุประสงค์การศึกษาผู้วิจัยต้องการเปรียบเทียบผลการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในรูปแบบการดูแลปกติ การได้รับการนวดแผนไทยร่วมกับการรับประทานยาแผนปัจจุบันและการได้รับการนวดแผนไทยร่วมกับการพอกสมุนไพร ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกกรอบแนวคิดนี้ดำเนินการวิจัย โดยเชื่อว่าการผสมผสานแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ภูมิปัญญาไทยและความต้องการที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชน สามารถปรับปรุงการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมและเป็นทางเลือกให้กับหน่วยบริการสุขภาพในชุมชนนำมาใช้ในการบำบัดผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิต่อไป (แผนภาพที่ 1)



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) รูปแบบการวิจัยเป็นแบบวัดก่อน-หลังการทดลอง (control groups pretest-post-test design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยการนวดแผนไทยร่วมกับการฟอกสมุนไพรและการดูแลตนเองต่อระดับความรุนแรงข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

ประชากร คือ ผู้สูงอายุประเภทติดสังคมที่มีอายุระหว่าง 60-80 ปี และมีภาวะข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์ (inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีข้อบ่งชี้ภาวะข้อเข่าเสื่อม 2 ใน 5 ข้อ ด้วยแบบคัดกรองโรคข้อเข่าทางคลินิกของสถาบันการแพทย์แผนไทยและมีผลคะแนน

อยู่ในช่วง 20-29 คะแนน ด้วยแบบประเมินคัดกรองภาวะข้อเข่าเสื่อม oxford knee score 2) ไม่มีประวัติการผ่าตัดข้อเข่า 3) ไม่อยู่ระหว่างการรักษาข้อเข่าเสื่อมด้วยการนวดแผนไทย 4) ไม่มีอาการชาส่วนใดของร่างกาย 5) ไม่มีข้อห้ามการประคบและฟอกเข่า 6) ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหว เช่น โรคหัวใจ โรคหอบในระยที่อาการกำเริบ 7) มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

สำหรับเกณฑ์ยุติการเข้าร่วมการวิจัย (termination criteria) มีดังนี้ 1) เกิดผลข้างเคียงจากการประคบและฟอกสมุนไพร เช่น การแพ้สมุนไพร ผื่นแดง คัน 2) ไม่สามารถทำกิจกรรมครบตามกำหนด 3) มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาระหว่างเข้าร่วม 4) มีผลข้างเคียงอาจเป็นอันตราย เช่น มีไข้ นวดแล้วมีอาการแย่ลง 5) จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้การวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis)²³ โดยกำหนดอำนาจทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 ระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากค่าอิทธิพล (effect size) จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง¹⁴ ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 2.5 ซึ่งแปลผลค่า d มากกว่า 0.80 เท่ากับอิทธิพลขนาดใหญ่ เปิดตารางสำเร็จรูปช่วยกำหนดขนาดตัวอย่างของ Cohen ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 26 ราย แต่ในระหว่างที่เก็บข้อมูล พบอุปสรรคบางประการ คือ แหล่งที่รวบรวมข้อมูลมีปัญหาเรื่องสถานการณ์โรคไวรัสโคโรนา ทำให้เก็บรวบรวมข้อมูลไม่เป็นไปตามแผนผู้วิจัยสามารถเก็บกลุ่มตัวอย่างได้ กลุ่มละ 20 ราย รวมเป็น 60 ราย ซึ่งนำไปวิเคราะห์ข้อมูลแล้วพบว่า มีอำนาจทดสอบสูงถึง 0.99-1.00 ซึ่งสูงกว่าที่กำหนดไว้ก่อนการศึกษาจึงยุติการเก็บข้อมูล

วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม โดยนำกลุ่มตัวอย่างมาจับคู่ (matching) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ในด้านเพศ อายุ ภาวะข้อเข่าเสื่อม การรักษาข้อเข่าเสื่อมและระดับความรุนแรงข้อเข่าเสื่อม จัดให้กลุ่มตัวอย่าง 20 รายแรกเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการดูแลตามปกติ 20 รายต่อมาเป็นกลุ่มทดลอง ที่ 1 ได้รับการนวดแผนไทยร่วมกับการรับประทานยาแผนปัจจุบันและ 20 รายสุดท้าย เป็นกลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับการนวดแผนไทยร่วมกับการพอกสมุนไพร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชนิด ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วย การนวดแผนไทยร่วมกับการพอกสมุนไพรและการดูแลตนเองต่อระดับความรุนแรงข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตาม

แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ศาสตร์แห่งการแพทย์แผนไทย และระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเริ่ม ดังนี้

1.1) การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการอบรมฟื้นฟูเทคนิคการนวดแผนไทยบำบัดข้อเข่าเสื่อมและความรู้การพอกสมุนไพรแก้อาการปวดข้อเข่าเสื่อม ที่มีคุณสมบัติผ่านหลักสูตรนวดไทยเพื่อสุขภาพไม่น้อยกว่า 150 ชั่วโมง และวิทยากรที่ให้ความรู้ต้องผ่านการอบรมหลักสูตร 800 ชั่วโมง จากสถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข ที่สามารถใช้สูตรการนวดแผนไทยจับโป่งเข้าแก้ม และจับโป่งเข่าน้ำได้

1.2) จัดกิจกรรมการนวดแผนไทยแก่ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม โดยหมอนวดชุมชนที่และผ่านการทดสอบหลังการอบรมฟื้นฟูเทคนิคการนวดแผนไทยบำบัดข้อเข่าเสื่อม ภายใต้การดูแลของแพทย์แผนไทย โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับการนวดแผนไทยร่วมกับการรับประทานยาแผนปัจจุบัน กลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับการนวดแผนไทยร่วมกับการพอกสมุนไพร (สูตรที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น)

1.3) ผู้วิจัยและทีมเป็นผู้ให้การช่วยเหลือชี้แนะ สนับสนุน และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างมีช่องทางการแลกเปลี่ยนความรู้ร่วมกันตอบคำถามเมื่อมีข้อสงสัย และให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องร่วมกับการแจกคู่มือ แผ่นพับ และคลิปภาพเคลื่อนไหวประกอบเสียง เพื่อให้ความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อลดปัจจัยทำให้ข้อเข่าเสื่อมโดยกระบวนการทดลองและสื่อสารทุกชุด ที่ใช้ในการทดลองผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งพยาบาลเวชปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทย และใช้ประสบการณ์ของผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้มีปัญหาสุขภาพเรื่องข้อเข่าเสื่อมและฝึกปฏิบัติการดูแลตนเองมาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 3 ปี ก่อนเริ่มการวิจัย

1.4) ระยะติดตามประเมินผล เป็นการประเมินระดับความรุนแรงข้อเข่าเสื่อมของกลุ่ม

ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม หลังเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 3 ครั้ง ห่างกัน 1 เดือน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่มีอาการปวดเข่า การรักษาและการดูแลตนเอง เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคัดกรองภาวะข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) ของนิชาร์รี่ คงเวียง²⁴ มีการแปลเป็นภาษาไทยเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมในประเทศไทย เพื่อประเมินคัดกรองภาวะข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เพื่อคัดกรองภาวะข้อเข่าเสื่อม โดยคำตอบในแต่ละข้อ จะให้มาตรวัดแบบตัวเลข 0-4 โดย 0 หมายถึง มีอาการมากที่สุด และ 4 หมายถึง ไม่มีอาการ การวิเคราะห์และแปลผล แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ไม่พบอาการผิดปกติ (40-48 คะแนน) เริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อม (30-39 คะแนน) มีอาการข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง (20-29 คะแนน) และเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง (0-19 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินระดับความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม (Modified WOMAC Scale) ของแวนดาว ทวีชัย²⁵ มีการแปลเป็นภาษาไทยเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมในประเทศไทย ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ เพื่อประเมินระดับความรุนแรงภาวะข้อเข่าเสื่อม แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้ อาการปวดข้อ (pain dimension) จำนวน 5 ข้อ อาการข้อฝืด ข้อตึง (stiffness dimension) จำนวน 2 ข้อ และ การใช้งานข้อในการทำกิจวัตรประจำวัน (function dimension) จำนวน 16 ข้อ โดยคำตอบในแต่ละข้อจะให้มาตรวัดแบบตัวเลข 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวดเลย และ 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด การวิเคราะห์และแปลผล แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับ 1: ไม่มีความรุนแรง (0-57.5 คะแนน) ระดับ 2: มีความรุนแรงน้อย (57.6-115.0 คะแนน) ระดับ 3: มีความรุนแรง

ปานกลาง (115.1-172.5 คะแนน) และระดับ 4: มีความรุนแรงมาก (172.6-230 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) แบบประเมินภาวะข้อเข่าเสื่อม แบบประเมินความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม โปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยการนัดแพทย์ไทยผสมผสานการดูแลตนเอง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ .90, .95, และ .87 ตามลำดับ

2) ตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ของแบบประเมินคัดกรองภาวะข้อเข่าเสื่อม (oxford knee score) และแบบประเมินระดับความรุนแรงข้อเข่าเสื่อม (modified WOMAC scale) ได้เท่ากับ 0.87 และ 0.85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินวิจัยและมีสิทธิที่จะออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลมีการลงนามในใบยินยอมตามความสมัครใจ ซึ่งการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม COA No.030/2021, PSRU-EC No.2021/007 ลงวันที่ 17 มิถุนายน 2564 หมดอายุวันที่ 17 มิถุนายน 2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวม

ข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน-พฤศจิกายน 2564 เป็นจำนวน 6 เดือน โดยมีขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำ focus group จากกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม หมอนวดชุมชน เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ดูแล เพื่อร่วมศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการพัฒนาโปรแกรมให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ

2. ผู้วิจัยขออนุญาตต่อหน่วยงานเพื่อขอเข้าทำการศึกษาวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้องของ รพ.สต.บ้านกร่าง รพ.สต.บ้านคลอง และรพ.สต.วัดจันทร์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา เหตุผลในการเลือกเป็นสถานที่ศึกษาวิจัย เช่น สถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ มีคลินิกแพทย์แผนไทยภายใต้การดูแลของการแพทย์แผนไทยเพื่อวางแผนในการวิจัย

3. จัดอบรมฟื้นฟูเทคนิคการนวดแผนไทยบำบัดข้อเข่าเสื่อมและความรู้การพอกยาสมุนไพรแก่หมอนวดของชุมชน จำนวน 2 วัน

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวางแผนขอความร่วมมือในการวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และนัดหมายการทำกิจกรรม หากผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมอ่านหนังสือไม่ออกหรือเขียนหนังสือไม่ได้ทีมผู้วิจัยจะมอบหมายให้บุคคลในทีมเป็นผู้อ่านข้อความยินยอมและทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องอยู่ในกระบวนการขอความยินยอมตลอดเวลา และขอความร่วมมือเก็บข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มด้วยแบบคัดกรองโรคข้อเข่าทางคลินิกของสถาบันการแพทย์แผนไทยและมีข้อบ่งชี้ภาวะข้อเข่าเสื่อม 2 ใน 5 ข้อ และคัดกรองด้วยแบบประเมินภาวะข้อเข่าเสื่อม (oxford knee score) และผลคะแนนอยู่ในช่วง 20-29 คะแนน และทำการศึกษากลุ่ม ดังนี้

4.1) กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับการนวดแผนไทยโดยหมอนวดชุมชนที่ผ่านหลักสูตรนวดไทยเพื่อสุขภาพไม่น้อยกว่า 150 ชั่วโมง และผ่านการทดสอบหลังการอบรมฟื้นฟูเทคนิคการนวดแผนไทยบำบัดข้อเข่าเสื่อม ภายใต้การดูแลของการแพทย์แผนไทย ครั้งละ 1.30 ชั่วโมง จำนวน 12 ครั้ง/สัปดาห์ รวม 4 ครั้ง/เดือน ระยะเวลา 3 เดือน ร่วมกับการรับประทานยาแผนปัจจุบันที่ได้รับการรักษา โดยทุกครั้งผู้ช่วยวิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทำให้ข้อเข่าเสื่อม กลุ่มทดลองได้รับคลิปภาพเคลื่อนไหวประกอบเสียง แผ่นพับ คู่มือการฝึกปฏิบัติด้วยตนเองและแบบบันทึกการฝึกปฏิบัติ จากนั้นผู้วิจัยชี้แนะและสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อให้เกิดการสื่อสารสองทางผ่านทางกลุ่มไลน์ปรับพฤติกรรมลดปัจจัยทำให้ข้อเข่าเสื่อม ผู้วิจัยติดตามระดับความรุนแรงข้อเข่าเสื่อมในเดือนที่ 1, 2 และ 3

4.2) กลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับการนวดแผนไทยโดยหมอนวดชุมชนที่ผ่านหลักสูตรนวดไทยเพื่อสุขภาพไม่น้อยกว่า 150 ชั่วโมง และผ่านการทดสอบหลังการอบรมฟื้นฟูเทคนิคการนวดแผนไทยบำบัดข้อเข่าเสื่อม ภายใต้การดูแลของการแพทย์แผนไทย ครั้งละ 1.30 ชั่วโมง จำนวน 12 ครั้ง/สัปดาห์ รวม 4 ครั้ง/เดือน ระยะเวลา 3 เดือน ร่วมกับการพอกสมุนไพรสูตรผู้วิจัยจัดทำขึ้น มี 2 สูตร คือ สูตรจับโป่งน้ำมีส่วนประกอบฟ้าทะลายโจร บอระเพ็ด แป้งข้าวเจ้า และพิมเสน และสูตรจับโป่งแห้งมีส่วนประกอบโพลซิง แป้งข้าวเจ้า และการบูร (โดยพัฒนาและใช้จริงในคลินิกแพทย์แผนไทย รพ.สต.บ้านคลองมา 3 ปี และยังไม่พบผลข้างเคียงที่เป็นอันตราย) พอกครั้งละ 15-20 นาที โดยทุกครั้งผู้ช่วยวิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทำให้ข้อเข่าเสื่อม กลุ่มทดลองได้รับคลิปภาพเคลื่อนไหวประกอบเสียง แผ่นพับ คู่มือการฝึกปฏิบัติด้วยตนเองและแบบบันทึกการฝึกปฏิบัติ จากนั้นผู้วิจัยชี้แนะและสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อให้เกิดการสื่อสารสองทางผ่านทางกลุ่มไลน์ปรับพฤติกรรมลดปัจจัยทำให้ข้อเข่าเสื่อม ผู้วิจัยติดตาม

ระดับความรุนแรงข้อเข้าเสื่อมในเดือนที่ 1, 2 และ 3

4.3) กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ โดยพยาบาลและเจ้าหน้าที่ มีรูปแบบการให้บริการบริการตามอาการ ให้อาบน้ำตามอาการ ให้ความรู้เกี่ยวกับข้อเข้าเสื่อมและควบคุมน้ำหนัก โดยการแนะนำกระตุ้นด้วยวาจา เพื่อให้กลุ่มเปรียบเทียบบริหารออกกำลังกาย ควบคุมน้ำหนัก ผู้วิจัยติดตามระดับความรุนแรงข้อเข้าเสื่อมในเดือนที่ 1, 2 และ 3

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการเปรียบเทียบระดับความรุนแรงข้อเข้าเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1, 2 และกลุ่มเปรียบเทียบ วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการเปรียบเทียบระดับความรุนแรงข้อเข้าเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1, 2 และกลุ่มเปรียบเทียบ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ repeated measures ANOVA ในการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น การแจกแจงข้อมูลและความแปรปรวนภายในกลุ่มต้องปกติและทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีการทดสอบของเชฟเฟ (scheffe) ในการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องความแปรปรวนภายในกลุ่มต้องไม่แตกต่างกัน (homogeneity of variance) พบว่ามีชุดข้อมูลบางชุด ผลการตรวจสอบด้วย levene's test พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบต่อไปโดยใช้ Fmaxstatistics พบว่า มีค่าเกินกว่า 3:1 เพียงเล็กน้อย (3.69) ซึ่งเคปเปลล์²⁶ แนะนำ

ว่าสามารถทดสอบด้วยสถิติ ANOVA (F-test) ต่อไปได้โดยกำหนดระดับนัยสำคัญขนาดเล็กลงในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดระดับนัยสำคัญของการทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .025 และแปลผลสถิติ ANOVA ที่มีการปรับค่าแล้ว คือ ค่า Greenhouse-Geisser statistic เพื่อลดความคลาดเคลื่อนแบบที่ 1 (type I error)

ผลการวิจัย

1) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมี จำนวน 60 ราย ไม่มีกลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากการวิจัย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.7 อายุต่ำกว่า 65 ปี ร้อยละ 40.0 สถานภาพสมรสหม้าย/แยกกันอยู่/หย่าร้างร้อยละ 40.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 30.0 อาชีพทำงานบ้าน ร้อยละ 30.0 ข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า ค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ร้อยละ 46.7 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 58.3 มีอาการปวดข้อเข้าทั้ง 2 ข้าง ร้อยละ 26.7 มีระยะเวลาที่มีภาวะข้อเข้าเสื่อม 0-2 ปี ร้อยละ 30.0 ส่วนใหญ่กินยา ร้อยละ 33.3 ไม่ได้รับความรู้เรื่องโรคข้อเข้าเสื่อม ร้อยละ 40.0

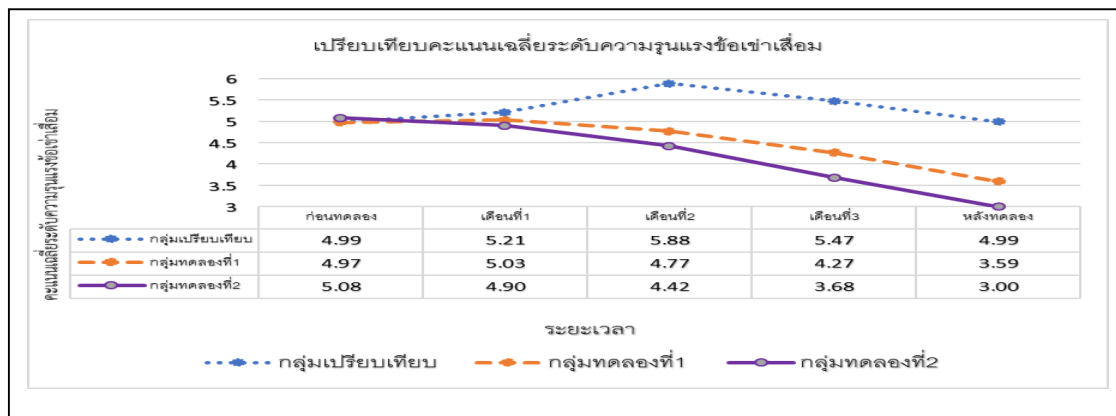
2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงข้อเข้าเสื่อม ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบ (ได้รับการดูแลตามปกติ) กลุ่มทดลองที่ 1 (นัดแพทย์ร่วมกับการพอกยาสมุนไพร) และกลุ่มทดลองที่ 2 (นัดแพทย์ร่วมกับการพอกยาสมุนไพร) พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงข้อเข้าเสื่อม เปรียบเทียบภายในกลุ่ม ระยะก่อนการทดลอง เดือนที่ 1, 2, 3 และหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=13.38, 48.81$ และ 187.30 $p<.01$) (ตารางที่ 1 และแผนภาพที่ 2)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงข้อเข่าเสื่อมระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F ^a	Observed Power _a
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=20)					
เวลา	11.38	1.69	6.72	13.38*	0.99
ความคลาดเคลื่อน	16.16	32.16	0.50		
กลุ่มทดลองที่ 1 (n=20)					
เวลา	29.19	2.63	11.12	48.81*	1.00
ความคลาดเคลื่อน	11.36	49.90	0.23		
กลุ่มทดลองที่ 2 (n=20)					
เวลา	60.04	2.28	26.34	187.30*	1.00
ความคลาดเคลื่อน	6.09	43.32	0.14		

*p < .01 SS = Sum Square; df = degree of freedom; Ms = Mean Square

^a = Greenhouse-Geisser correction was used to reduce type error



แผนภาพที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงข้อเข่าเสื่อม ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

3) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงข้อเข้าเสื่อมระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงข้อเข้าเสื่อมดีขึ้นกว่ากลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มเปรียบเทียบ ในเดือนที่ 2, 3 และหลังการทดลอง (ตารางที่ 2) เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงข้อเข้าเสื่อมระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่ม

ทดลองที่ 2 เป็นรายคู่โดยใช้วิธีการทดสอบของเชฟเฟ (Scheffe) พบว่า ในเดือนที่ 2, 3 และหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงข้อเข้าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทุกคู่ ($p < .025$) ยกเว้นระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ในเดือนที่ 2 พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงข้อเข้าเสื่อม ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ระยะเวลาทดลองระหว่างทดลองและหลังทดลอง โดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA

ระดับความรุนแรงข้อเข้าเสื่อม	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=20)		กลุ่มทดลองที่ 1 (n=20)		กลุ่มทดลองที่ 2 (n=20)		F
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
ก่อนทดลอง (T0)	4.99	0.67	4.97	0.82	5.08	0.75	0.12
เดือนที่ 1 (T1)	5.21	0.71	4.95	0.71	4.90	0.68	1.00
เดือนที่ 2 (T2)	5.88	0.68	4.77	0.78	4.42	0.66	23.14*
เดือนที่ 3 (T3)	5.47	0.57	4.27	0.67	3.68	0.61	43.60*
หลังทดลอง (T4)	5.67	0.77	3.59	0.40	3.00	0.48	63.71*

* $p < .01$

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงข้อเข้าเสื่อมระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 โดยใช้วิธีการทดสอบเชฟเฟ (Scheffe)

เปรียบเทียบ	ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย (Mean difference) ระดับความรุนแรงข้อเข้าเสื่อม				
	ก่อนทดลอง	เดือนที่ 1	เดือนที่ 2	เดือนที่ 3	หลังทดลอง
กลุ่มเปรียบเทียบ-กลุ่มทดลองที่ 1	0.02	0.18	1.11**	1.21**	1.40**
กลุ่มเปรียบเทียบ-กลุ่มทดลองที่ 2	0.09	0.31	1.46**	1.80**	1.99**
กลุ่มทดลองที่ 1 - กลุ่มทดลองที่ 2	0.11	0.13	0.35	0.59*	0.58**

* $p < .025$, ** $p < .01$

อภิปรายผล

โปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยการนวดแผนไทยร่วมกับการพอกสมุนไพรและการดูแลตนเองต่อระดับความรุนแรงข้อเข้าเสื่อม ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก เมื่อเปรียบเทียบตั้งแต่ก่อนทดลอง เดือนที่ 1 เดือนที่ 2 เดือนที่ 3 และหลังการทดลอง ผลจากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ต่างก็มีการเปลี่ยนแปลงภายในกลุ่มเกิดขึ้น โดยมีความแตกต่างกันไปบ้าง ดังนี้

กลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของข้อเข้าเสื่อม ดีขึ้นหลังการทดลอง สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า โปรแกรมที่จัดทำขึ้นเป็นการผสมผสานการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยการเสริมสร้างศักยภาพหมอนวดชุมชน จนเกิดความร่วมมือในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมด้วยการนวดแผนไทยซึ่งเป็นภูมิปัญญาของไทย สอดคล้องกับบริติช นารินทร์ และคณะ กล่าวว่า การดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในชุมชนควรให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงานเพื่อผลที่มีประสิทธิภาพและเกิดการดูแลเป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่อง¹⁸ อีกทั้งผู้วิจัยยังสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม²² โดยทำให้ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมเกิดความตระหนักและเห็นถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง เช่น การให้ความรู้จากคลิปภาพเคลื่อนไหวประกอบเสียง แผ่นพับ คู่มือ และสร้างกลุ่มไลน์ปรับพฤติกรรมลดปัจจัยทำให้ข้อเข้าเสื่อม เพื่อเกิดแรงกระตุ้นเพิ่มความสามารถการเข้าถึงเรื่องราวต่างๆจนเข้าใจเหตุผลของการปฏิบัติจากประสบการณ์ ที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น และสามารถพัฒนาทักษะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองให้ดีขึ้น²⁷ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทำให้ข้อเข้าเสื่อมทุกครั้งที่เกี่ยวข้องกิจกรรมและให้คำปรึกษาทางกลุ่มไลน์ปรับพฤติกรรมลดปัจจัยทำให้ข้อเข้าเสื่อม

สอดคล้องกับสุจิตา ปักสังคน และคณะ กล่าวว่า การรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ที่มีข้อเข้าเสื่อมมีหลายวิธีสามารถทำได้พร้อมๆกัน โดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางก็จะให้ผลที่ดีกว่าเช่นกัน²⁸ ดังนั้น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้สูงอายุ ทีมผู้วิจัย และหมอนวดชุมชน จึงทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี เกิดความร่วมมือเรียนรู้ร่วมกันในการดูแลสุขภาพ²² ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการนวดบำบัดข้อเข้าเสื่อมจากหมอนวดชุมชนที่ได้รับการอบรมฟื้นฟูเทคนิคการนวดไทยบำบัดข้อเข้าเสื่อม ภายใต้การดูแลของนักการแพทย์แผนไทยครบตามแผนการศึกษาจึงทำให้คะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงข้อเข้าเสื่อมหลังการทดลองดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง อาจเนื่องจากการนวดแผนไทยบำบัดข้อเข้าเสื่อมครั้งนี้เป็นการนวดแนวเส้นพื้นฐานและจุดสัญญาณ สอดคล้องกับวิชัย อิงพิณิจพงศ์ กล่าวว่า การกวดตามแนวพื้นฐาน ช่วยลดการเกร็งของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวของข้อเข้า ลดความดันโพรงกระดูกใต้ผิวข้อ เนื่องจากความดันเพิ่มจะทำให้การไหลเวียนโลหิตลดลง¹⁵ ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดปวดข้อเข้า ในภาวะข้อเข้าเสื่อม เชื่อว่า ความดันในโพรงกระดูกใต้ผิวข้อเพิ่มและสาเหตุที่ทำให้ความดันในโพรงกระดูกใต้ผิวข้อเพิ่มขึ้น เนื่องจากการไหลเวียนของโลหิตดำที่ลดลงและภาวะขาดเลือดไปเลี้ยง²⁹ ซึ่งตรงตามหลักทฤษฎีแผนแพทย์ไทยการนวดช่วยบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อและข้อ ยึดกล้ามเนื้อ เพิ่มการไหลเวียนโลหิตบริเวณที่นวดช่วยซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่เสื่อมสภาพให้กลับมาแข็งแรงขึ้นและสอดคล้องกับสภาการแพทย์แผนไทย ที่กล่าวว่า การนวดแนวเส้นพื้นฐานและจุดสัญญาณมีการนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยในสถานพยาบาลภาครัฐ³⁰ ขณะเดียวกัน สอดคล้องกับสุจิตรา บุญมาก พบว่า ผลการนวดไทยต่อผู้ป่วยอาการข้อเข้าและอาการข้อเข้าผิด มีระดับอาการปวด อาการข้อเข้าผิด ลดลง และองค์การเคลื่อนไหวของข้อดีขึ้น³¹ จึงทำให้กลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม ไม่ต้องทนต่อความเจ็บปวดทรมานในการทำกิจวัตรประจำวัน เพราะความยืดหยุ่นของข้อเท้า ข้อเข้าดีขึ้นไม่เกิดแรง

กระแทกจากการทำกิจวัตรประจำวัน จึงเกิดกำลังใจ
ช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ มุ่งมั่นในการปฏิบัติ
กิจกรรมเพื่อดูแลตนเอง

ส่วนประเด็นที่ว่ากลุ่มทดลอง ทั้ง 2 กลุ่ม มี
คะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงข้อเข่าเสื่อมในเดือนที่
2 ไม่แตกต่างกันนั้น อธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มทดลอง
ที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงข้อเข่าเสื่อม
(5.08) ก่อนทดลอง มากกว่ากลุ่มทดลองที่ 1 (4.97)
แม้ผู้วิจัยได้ matching เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะ
คล้ายคลึงกันมากที่สุดแล้วก็ตาม สอดคล้องกับคิวนันท์
ฐิติกุลพัฒน์วดี กล่าวว่า อาจเนื่องมาจากปัจจัย
หลายอย่างร่วมกัน เช่น การเปลี่ยนแปลงทางเคมี ทาง
โครงสร้าง และเมตาบอลิซึม³² และจากการทบทวน
วรรณกรรม พบว่า การบำบัดข้อเข่าเสื่อมด้วยการไม่
ใช้ยาเป็นวิธีทางกายภาพซึ่งมีรายละเอียดปลีกย่อย
และต้องใช้เวลาลongs³³⁻³⁴ สอดคล้องกับภุริชญา
วีระศิริรัตน์ พบว่า การกายภาพบำบัดในพระสงฆ์
ข้อเข่าเสื่อมภาวะปวดเข่า องศาเข่า จะเริ่มดีขึ้นจนเห็น
ผลชัดเจนในเดือนที่ 3³⁵ จากปัจจัยข้างต้น จึงเป็นไปได้ว่า
กลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับการนัดแพทย์ไทยร่วมกับการ
ฟอกสมุนไพร แต่ไม่ได้รับยาเพื่อควบคุมหรือลด
อาการปวด ลดกระบวนการอักเสบของข้อเหมือนกลุ่ม
ทดลองที่ 1 กระบวนการบำบัดจึงต้องใช้เวลาลongs
ให้ระดับความรุนแรงข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกันใน
เดือนที่ 2

กลุ่มทดลองที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยระดับความ
รุนแรงของข้อเข่าเสื่อม ต่ำขึ้นกว่ากลุ่มทดลองที่ 1 หลัง
การทดลอง สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้
ว่า นอกเหนือจากประโยชน์ที่ได้รับจากโปรแกรมการ
นัดแพทย์ไทยเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองที่ 1 ผู้วิจัยได้
นำสมุนไพรสูตรที่จัดทำขึ้นมา คือสูตรจับโป่งน้ำและ
สูตรจับโป่งแห้งโดยเลือกตามอาการของผู้สูงอายุข้อ
เข่าเสื่อมใช้ร่วมกับการนัดแพทย์ไทย เนื่องด้วยการ
รักษาทางการแพทย์แผนไทยมีหลากหลายวิธี เช่น
การนวด การประคบ การพอกยา และจากการทบทวน
วรรณกรรม พบว่า ยาพอกดูดพิษ โคลนสมุนไพรพอก

เย็น ลดร้อน ที่เป็นสูตรมาตรฐาน สามารถลดอาการ
ปวดเข่าได้³⁶ สอดคล้องกับณิรัตน์ วรรณะ กล่าวว่า
การนำองค์ความรู้จากภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผน
ไทยด้วยการนำสมุนไพรหลาย ๆ ชนิดทั้งสดและแห้ง
โขลกพอกแผลจนนำมาคลุกรวมกัน ห่อด้วยผ้าเรียกว่า
ลูกประคบหนึ่งให้ร้อนก่อนนำไปประคบ หรือพอก
บริเวณที่ต้องการ สารสำคัญจากสมุนไพรบางชนิดที่
ซึมเข้าทางผิวหนังภายหลัง 24-48 ชั่วโมง ลดอาการ
เกร็งของกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อยึดตัว ลดการติดขัดของ
ข้อต่อ และลดการใช้สารเคมี²¹ และน้ำมันหอมระเหย
จะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตได้ดีขึ้น ลดการ
บวม บรรเทาอาการอักเสบของกล้ามเนื้อบริเวณเข่า¹⁶
ประกอบกับกลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับประคบยาแผน
ปัจจุบันร่วมกับการนัดแพทย์ไทย จากการทบทวน
วรรณกรรมพบว่า การใช้ยา NSAIDs เช่น ยาแก้ปวด
แก้อักเสบ ยาลดอักเสบกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดผลข้างเคียง
เช่น ระคายเคืองเยื่อบุกระเพาะอาหารมีแผลในกระเพาะ
อาหาร ปวดท้องและมีเลือดออกได้ ความดันโลหิตสูง³⁷
อาจเป็นสาเหตุทำให้กลุ่มทดลองที่ 1 เกิดความวิตก
กังวลและหยุดยาเอง สอดคล้องกับราชวิทยาลัยแพทย์
ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย พบว่า การบำบัดโดยการ
ใช้ยาและไม่ใช้ยาร่วมกันเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพ
ในการจัดการและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ยังมี
ข้อจำกัดหลายด้าน เช่น การใช้ยาลดปวดส่งผลต่อการ
เกิดแผลในกระเพาะอาหาร และการสูญเสียการทำงาน
ของไต สอดคล้องกับเบญจยมาศ พิลายนต์³⁷ กล่าวว่า
การบำบัดโดยไม่ใช้ยาถ้ายังไม่เหมาะสมและเพียงพอ
ส่งผลให้ประสิทธิภาพลดลง จากปัจจัยข้างต้น จึงเป็น
ไปได้ว่ากลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับการนัดแพทย์ไทยร่วม
กับการฟอกสมุนไพรแต่ไม่ได้รับยาแผนปัจจุบัน จึงมี
ผลดีขึ้นกว่ากลุ่มทดลองที่ 1 เพราะได้รับการบำบัดโดย
ไม่ใช้ยาที่เหมาะสมและเพียงพอ คือ การนัดแพทย์ไทย
ร่วมกับการฟอกสมุนไพร การสนับสนุนความรู้ การให้
คำปรึกษา เพื่อปรับพฤติกรรมลดปัจจัยทำให้ข้อเข่า
เสื่อม เป็นต้น

ส่วนประเด็นที่ว่ากลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงข้อเข่าเสื่อมดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อาจเนื่องมาจากกลุ่มเปรียบเทียบมีความคุ้นเคยกับการดูแลตามปกติที่เคยได้รับ เช่น การแนะนำความรู้ การควบคุมน้ำหนัก การบริหารกล้ามเนื้อ โดยการกระตุ้นด้วยยา การได้รับยาเดิม ๆ และอาจมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อข้อเข่าอยู่ เช่น การใช้งานข้อมาก ๆ การใช้งานของข้อไม่เหมาะสม และการประกอบอาชีพที่ต้องแบกน้ำหนักเป็นเวลานาน จนเกิดการบาดเจ็บของข้อเข่า เช่น บวม ปวด และเดินไม่สะดวก ส่งผลให้ความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้น อาการปวดเข่ากลับซ้ำและรุนแรงเป็น ๆ หาย ๆ สอดคล้องกับแวตวาทวีชัย พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมแผนกผู้ป่วยนอก มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความรุนแรงข้อเข่าเสื่อม²⁵ สอดคล้องกับเตื่อนจิตต์ ช่วยจันทร์ กล่าวว่า บทบาทของเจ้าหน้าที่ในการดูแลบุคคลข้อเข่าเสื่อมที่ผ่านมาเน้นการตั้งรับและให้บริการตามอาการและยังขาดแนวปฏิบัติเฉพาะในการดูแลบุคคลที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมที่จำแนกตามความรุนแรงของโรค³⁸ จากปัจจัยข้างต้น จึงทำให้กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยระดับข้อเข่าเสื่อมมากกว่ากลุ่มทดลองที่ 2

โดยสรุป โปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยการนวดแผนไทย ร่วมกับการพอกสมุนไพรและการดูแลตนเองต่อระดับความรุนแรงข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ช่วยลดระดับความรุนแรงข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มตัวอย่างได้ การวิจัยนี้สามารถตอบสมมติฐานได้ทั้ง 2 ข้อ

ข้อเสนอแนะ

โปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยการนวดแผนไทย ร่วมกับการพอกสมุนไพรและการดูแลตนเอง ต่อระดับความรุนแรงข้อเข่าเสื่อม สามารถประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมเพื่อลดค่าใช้จ่ายเพื่อ

ชุมชนดูแลตนเองได้ แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นลักษณะนำร่องและมีข้อจำกัดเรื่องจำนวนกลุ่มตัวอย่างระยะเวลา และหุ่นส่วนสุขภาพที่เข้าร่วมการศึกษา ยังไม่ครอบคลุม ทุกศาสตร์ที่เกี่ยวข้องการศึกษาครั้งต่อไปควรมีพยาบาลเวชปฏิบัติ นักกายภาพหรือศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องฯ เพื่อให้เกิดผลการศึกษาน่าเชื่อถือและครอบคลุมมากขึ้น

References

1. Losina E, Weinstein AM, Reichmann WM, Burbine SA, Solomon DH, Daigle ME, et al. Lifetime risk and age at diagnosis of symptomatic knee osteoarthritis in the US. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2013;65(5):703-11.
2. Boonmag S. The result of Thai massage in patients with knee pain and stiffness in Thai traditional medicine clinic, Luangphorper hospital. *Journal of Multidisciplinary in Humanities and Social Sciences* 2020;3(3): 518-32. (in Thai)
3. Joern WP, Michael, Klaus U. Schlüter-Brust, Peer E. The epidemiology, etiology, diagnosis, and treatment of osteoarthritis of the knee. *Dtsch Arztebl Int* 2010;107(9):152-62.
4. Suwansawang Su. The effect of the thigh muscle exercise program on pain in patients with celiac disease osteoarthritis of the knee. [Thesis]. Nakhon si Thammarat: Graduate school Walailak University;2008. (in Thai)
5. Rheumatism Association of Thailand. Guidelines for treatment of osteoarthritis of the knee [Internet]. 2019 [cited 2021 Dec 15]. Available from: <https://www.thairheumatology.org/wp-content/uploads/2016/08/Guideline-for-Management-of-OA-knee.pdf>. (in Thai)

6. Phisama B, Thirawiwat M, Imami N, Areeuea S. Factors affecting the behavior of self-management of people with osteoarthritis. *Journal of Public Health* 2012;42(2):54-67. (in Thai)
7. Narin R, Ramjit J, Robinson J. Effects of exercise on pain feeling of stiffness in the knee joint and difficulties in daily life in community-based osteoarthritis patients. *Nursing Journal* 2010;37(3):132-46. (in Thai)
8. Watanabe H, Urabe K, Takahira N. Quality of life, knee function, and physical activity in Japanese elderly women with early stage knee osteoarthritis. *Journal of Orthopedic Surgery and Research* 2010;18(1):31-4. (in Thai)
9. Narin R, Taunrat W, Booncheang W. Research Study report on the development of the model Strengthening the capacity of the elderly with osteoarthritis in the community: Case study Chaiyasathan subdistrict, Saraphi district, Chiang Mai province. Chiang Mai: Faculty of Nursing Chiang Mai University;2013. (in Thai)
10. American Academy of Orthopedic Surgeons [AAOS]. Treatment of osteoarthritis of the knee: Evidence-based guideline. 2nd ed. Illinois: American Academy of Orthopedic Surgeons; 2013.
11. Chen A, Gupte C, Akhtar K, Smith P, Cobb J. The global economic cost of osteoarthritis: How the UK compared. Hindawi Publishing Corporation Arthritis [internet]. 2012 [cited 2021 Dec 13]. Available from: <http://www.hindawicom/journals/2012/698709/>
12. Wiwattanawarang N. Direct cost of knee replacement surgery in Chiang Rai hospital public relations. *Changrai Medical Journal* 2011;3(2):61-7. (in Thai)
13. Medical Department. Ministry of Public Health. Elderly screening assessment manual. Nontaburi. Factory Affairs Office Print the War Veterans Organization;2014:40-2. (in Thai)
14. Karaket S. A comparative study of pain levels before and after treatment with cold herbal mud and Thai massage in elderly patients with knee pain. *Changrai Medical Journal* 2017; 9(2):115-24. (in Thai)
15. Ungpinitpong W. Thai traditional massage to relieve knee pain from osteoarthritis. *Journal of Medical and Physical Therapy Techniques* 2016;18(2):38-41. (in Thai)
16. Department of Thai Traditional and Alternative Medicine. Ministry of Public Health. Guidelines and treatment of osteoarthritis of the knee with Thai traditional medicine. Bangkok: Sam Charoen Commerce Company (Bangkok) Limt;2016: p.21. (in Thai)
17. Thanapiyawat N. Development of the elderly care model for osteoarthritis by community participation. The community participation on model development for elderly with knee osteoarthritis. Conference and presentation of national research, The 2nd academic affairs 4.0 research for country development for prosperity, wealth and sustainability. Ratchathani University;2017. (in Thai)
18. Nimitanan N. Epidemiological situation and rheumatology risk assessment osteoarthritis of the knee in Thai people. *Royal Thai Army Nursing Journal* 2014;15(3):185-94. (in Thai)
19. Narin N. Development of a community participation program for caring older adults

- with knee osteoarthritis. *Nursing Journal* 2015;42(3):170-81. (in Thai)
20. Robrujen S. The development of knee osteoarthritis prevention program in elderly by community participation in Khu Mueang subdistrict, Warin Chamrap district. *Journal of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University* 2020;3(1):25-36. (in Thai)
 21. Wanna M, Khumpang M. The effectiveness of massage combined with herbal compress in patients with osteoarthritis Muang Suang hospital, Roi Et province, Koch Cha Sarn. *Journal of Science* 2018;40(1):120-30. (in Thai)
 22. Orem DE. *Nursing: Concepts of practice*. 6th ed. St. Louis (MO): Mosby Year Book;2001.
 23. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates, Publishers;1988.
 24. Kongwiang N. Efficacy in treating osteoarthritis patients with operative science “burning hot drugs”. Sawang Arom hospital;2017. (in Thai)
 25. Thaweechai W. Self-care behavior and severity of osteoarthritis in the elderly. [Bachelor Chiang Mai of Nursing Thesis. Senior Branch.] Chiang Mai: University;2000. (in Thai)
 26. Keppel G. *Design and analysis*. Upper Saddle River (NJ): Prentice hall;1991.
 27. Peerawut J. *Nursing teaching materials*. Bangkok: OS Printing House;2002. (in Thai)
 28. Paksangkane S, Mahavirawat U, Pititangpaisan P. Application of self-care theory program to relieve knee joint pain and satisfaction among elderly with knee osteoarthritis. *KKU Res J* 2011;16(1):1-10. (in Thai)
 29. Bancroft DA, Pigg Js *Alterations in skeletal function: Rheumatic disorders*. In: Porth Thai Traditional Medicine Council. *Standards and procedures for Thai traditional Medicine professional practitioner Thai traditional medicine*. Nontaburi: Thai Traditional Medicine Council;2019:25-30. (in Thai)
 30. Boonmag S. The result of Thai massage in patients with knee pain and stiffness in Thai traditional medicine clinic, Luangphorpern hospital. *Journal of Multidisciplinary in Humanities and Social Sciences* 2020;3(3): 518-32. (in Thai)
 31. Thitikulpattanawadee S, Kanchanasit W, Setphatphathol P. Nurse practitioner’s role to reduce osteoarthritis pain in patient’s with knee osteoarthritis by using the thigh muscle exercise program. *Christian University of Thailand Journal* 2018;24(4):636-46. (in Thai)
 32. Wittenberg RH, Schell E, Krehan G, Maeum-baed R, Runge H, Schluter P et al. First-dose analgesic effect of the cyclo-oxygenase-2 selective inhibitor lumiracoxib in osteoarthritis of the knee: A randomized, double-blind, placebo-controlled comparison with cerecoxib. *Arthritis Research & Therapy* 2006;8:1-9.
 33. Bennell KL, Hinman RS, Metcalf BR, Buchbinder R, McConnell J, McColl G, et al. Efficacy of physiotherapy management of knee joint osteoarthritis: A randomized, double blind, placebo controlled trial. *Ann Rheum Dis* 2005;64:906-12.

34. Weerasirirat P. Project on the effect of physical therapy management in monks with osteoarthritis of the knees. Chon Buri: Burapha University;2014. (in Thai)
35. Pakdeesamai R, Panichacheewakul P. The development, care of the elderly who have problems, joint pain, knee of hospital health promotion ban bak, Chan District Division [Thesis]. KhonKaen: KhonKaen University; 2011. (in Thai)
36. Billi J. Effect of self-relief knee pain relief program in elderly people with osteoarthritis. Thai Journal of Public Health and Health Science 2018;1(2):42-50. (in Thai)
37. Pilayon B. Effects of support and education on self-care and symptom control. Osteoarthritis of the elderly in urban communities. [Thesis] Bangkok: Graduate School Mahidol University; 2009. (in Thai)
38. Chuaychan T. The development of a model of management of osteoarthritis in the community by cooperation of practice nurses and village health volunteers. Songklangarind Journal of Nursing 2018;38(2):43-59. (in Thai)