

การพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลคูเมือง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

The development of knee osteoarthritis prevention program in elderly by
community participation in Khu Mueang Subdistrict, Warin Chamrap District
Ubon Ratchathani

สุวิมลรัตน์ روبรูเจิน

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

Suwimonrat Robrujen

Sirindhorn Public Health College, Ubon Ratchathani Province

Corresponding author: Email: suwimonr@scphub.ac.th

(Received: December 19, 2019; Revised: March 30, 2020; Accepted: April 3, 2020)

บทคัดย่อ

โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และประเมินผลการใช้โปรแกรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย ได้แก่ กลุ่มพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) บุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคข้อเข่าเสื่อมและตัวแทนประชาชนในชุมชนจำนวน 40 คน และกลุ่มผู้เข้าร่วมโปรแกรม คือ ผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลคูเมือง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 40 คน ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน มกราคม 2562 ถึง เดือน สิงหาคม 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถาม ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้แบบบันทึกข้อมูลบริบทชุมชน การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างด้วย Paired T-test ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่ชุมชนมีส่วนร่วม มี 4 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างองค์ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม 2) พัฒนาองค์ความรู้ด้านโรคข้อเข่าเสื่อมให้แก่ผู้นำในชุมชน 3) เพิ่มประสิทธิภาพการค้นหาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมรายใหม่ในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยใช้การคัดกรองเชิงรุก และ 4) สร้างแนวทางการติดตามผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในพื้นที่ หลังการใช้โปรแกรมพบว่า 1) ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) 2) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ และพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมหลังใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ดังนั้น การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ การนำโปรแกรมการป้องกันนี้ไปใช้ควรคำนึงให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

คำสำคัญ: โรคข้อเข่าเสื่อม ผู้สูงอายุ โปรแกรมการป้องกัน ชุมชนมีส่วนร่วม

Abstract

Osteoarthritis in the elderly is still a major health problem. This participatory action research aims to develop a program to prevent osteoarthritis in the elderly by community participation and evaluate the effect of using the osteoarthritis prevention program and evaluate in the elderly. The samples used simple random methods including program development group consisted of 32 people from community leaders, village health volunteers, and personnel from the local government organization, osteoarthritis specialist and community representative. A program participant is 40 elderly in Khu Mueang Subdistrict Warinchamrab District, Ubon Ratchathani Province. The research was conducted from January 2019 to August 2019. Tools used to collect data were divided into 2 parts. One is quantitative data used questionnaires. Two is qualitative data used quality recording form, group conversation, In-depth interviews. Data were analyzed using descriptive statistics and compared the difference with Paired T-test. Qualitative data were analyzed by content analysis. The results showed that knee osteoarthritis prevention programs in the elderly by community participation was 4 steps. 1) Knowledge creation about osteoarthritis 2) Develop knowledge about osteoarthritis for leaders in the community 3) Increasing search efficiency for new osteoarthritis patients in the elderly by using proactive screening and 4) establish guidelines for tracking patients with osteoarthritis in the area. After using the program, the result showed that 1) The elderly had higher knowledge scores about osteoarthritis after using the program with statistical significance (p -value < 0.05) 2) perception of illness with osteoarthritis in the elderly, perceptions about the causes of osteoarthritis in the elderly and osteoarthritis prevention behavior after the trial program were higher with statistical significant (p -value < 0.05). Therefore, the activities in the prevention of osteoarthritis developed by this study can effectively prevent osteoarthritis of the elderly in the community. The implementation of this prevention program should be considered in accordance with the way of life of the elderly in the community.

Keywords: Knee Osteoarthritis, Elderly, Prevention program, Community participation

1. บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อม (*knee osteoarthritis*) เป็นโรคเรื้อรังของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ มีผลกระทบต่อประชากรทั่วโลก ในประชากรประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2013 พบว่าอายุผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมคือ 55 ปี และความเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ที่ร้อยละ 13.83 และพบมากในผู้หญิงที่อ้วนหรือมีน้ำหนักตัวมาก⁽¹⁾ ในประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบในวัยกลางคนอายุเริ่มตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ในผู้สูงอายุ 65 ปีพบโรคข้อเข่าเสื่อมถึงร้อยละ 50 พบมากในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย 2-3 เท่า⁽²⁾ และจัดเป็นปัญหาสำคัญของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความทุพพลภาพ และการเป็นภาระพึ่งพิงในผู้สูงอายุ⁽³⁾ ความเสี่ยงนี้เพิ่มในกลุ่มคนที่มีน้ำหนักตัวมากเกินไปหรือคนอ้วน⁽⁴⁾ จัดเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ 75 ปีขึ้นไป พบข้อเข่าเสื่อมถึง ร้อยละ 80⁽⁵⁾

อาการปวดข้อเข่าเรื้อรังจะรบกวนการทำกิจวัตรประจำวันส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตลดลง รู้สึกแยกตัวจากสังคม และเกิดภาวะซึมเศร้า⁽⁶⁾ อาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม คือ อาการปวด มีลักษณะปวดตื้อๆทั่วๆ ไปบริเวณข้อ ไม่สามารถระบุตำแหน่งได้ชัดเจน อาการปวดมักเป็นเรื้อรังและมากขึ้นเมื่อใช้งาน หรือลงน้ำหนักบนข้อนั้นๆ อาการจะทุเลาลงเมื่อพักการใช้งาน หากการดำเนินโรครุนแรงขึ้นอาจทำให้ปวดตลอดเวลาแม้กลางคืนหรือขณะพัก บางรายมีอาการตึงบริเวณข้อพับเข่า ข้อฝืด (*stiffness*) พบได้บ่อย มักเป็นตอนเช้าแต่ไม่เกิน 30 นาที อาการฝืดอาจเกิดขึ้นชั่วคราวในช่วงแรกของการเคลื่อนไหวหลังจากพักเป็นเวลานานเรียกว่า ปรากฏการณ์ข้อเหนียว (*gelling phenomenon*) ข้อบวมและผิดรูป (*swelling and deformity*) อาจพบขาโก่ง (*bow legs*) หรือเข่าฉิ่ง (*knockknee*) ข้อที่บวมเป็นการบวมจากกระดูกงอกโปนบริเวณข้อ สูญเสีย การเคลื่อนไหวและการทำงาน ผู้ป่วยมีอาการเดินไม่สะดวก มีเสียงดังกรอบแกรบ (*crepitus*) ในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว⁽⁷⁾ จากภาวะดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยต้องดำรงชีวิตอยู่อย่างทุพพลภาพ ทำกิจวัตรประจำวันก่อนการประกอบอาชีพได้ช้าลง^(8,9) และนำไปสู่การใช้ยาแก้ปวด และยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดภาวะเสี่ยงและอันตรายจากการใช้ยา เช่น เลือดออกในกระเพาะอาหาร กระเพาะอาหารทะลุ เป็นต้น⁽⁵⁾

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การบำบัดโดยการใช้อายูเอชและไม่ได้ใช้ยาาร่วมกันเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกับโรคข้อเข่าเสื่อม โดยสามารถป้องกันและชะลอการดำเนินโรคไม่ให้รุนแรงจนผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด⁽⁷⁾ แต่พบว่ามีข้อจำกัดในหลายด้าน อาทิ การใช้ยาลดปวดจะส่งผลต่อการเกิดแผลในกระเพาะอาหารและการสูญเสียการทำงานของไต และการใช้ยาสเตียรอยด์ฉีดเข้าข้อจะทำให้เกิดผลข้างเคียงในการเกิดภาวะข้ออักเสบเลือดออกในข้อ ติดเชื้อในข้อ⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า เป้าหมายของการดูแลรักษาภาวะข้อเข่าเสื่อมประกอบไปด้วยการบริหารจัดการความปวด การคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำงานของข้อเข่า เช่น การให้ความรู้เพื่อปรับพฤติกรรม การดูแลตนเอง การประคบร้อน ประคบเย็น เพื่อบรรเทาความปวด การควบคุมน้ำหนักและหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่กดทับบริเวณข้อเข่า การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและทนทานแก่กล้ามเนื้อ ลดความเจ็บปวดและความพิการ การทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการเคลื่อนไหว และลดความเจ็บปวด⁽¹¹⁾ การทำกิจกรรมบำบัดเพื่อส่งเสริมทักษะการเคลื่อนไหวและอิริยาบถที่เหมาะสมเพื่อลดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ทั้งหมดที่กล่าวมาเป็นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมในระดับบุคคล ซึ่งไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เนื่องจากขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลจัดการอาการอย่างเหมาะสม⁽¹²⁾

การป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมมีหลายวิธี แต่วิธีที่สำคัญได้รับการยอมรับประกอบด้วย 4 วิธี คือ 1) การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่เป็นอันตรายต่อข้อเข่า ได้แก่ ไม่ควรนั่งพับเพียบ นั่งขัดสมาธิ นั่งคุกเข่า นั่งยองๆ เพราะทำดังกล่าวจะทำให้ข้อเข่าเสียดสีกันและเสื่อมเร็วขึ้น 2) การลดน้ำหนักเพราะจะทำให้เข่าแบกรับน้ำหนักน้อยลง การเสื่อมของเข่าก็จะช้าลงด้วย 3) การเสริมสร้างความแข็งแรงของกระดูกโดยการรับประทานอาหารที่เสริมสร้างความแข็งแรงของข้อ 4) การออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยเฉพาะการฝึกการบริหารข้อ และกล้ามเนื้อรอบข้อจะช่วยลดภาวะข้อเสื่อม⁽¹³⁾ จากการศึกษาผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยนรินทร์รัตน์ เพชรรัตน์ และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁴⁾

จากแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแนวคิดที่นำมาใช้พัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม โดยเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันคิด วิเคราะห์ ตัดสินใจ วางแผน ปฏิบัติตามแผน และ ประเมินผล เริ่มตั้งแต่การศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การร่วมกันวางแผนการดำเนินงานและประเมินผล⁽¹⁵⁾ โดยเชื่อว่าแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา ทูทางสังคม การตัดสินใจ การวางแผนดำเนินงาน การปฏิบัติงาน และประเมินผลในทุกขั้นตอน จะทำให้ชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการ และบริบทของชุมชน

จังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดหนึ่งที่สถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยปี พ.ศ. 2556-2558 พบร้อยละ 30.1, 32.4 และ 43.1 ตามลำดับ⁽¹⁶⁾ ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่มีอาการรุนแรงขึ้นและได้รับการผ่าตัดรักษาตามสิทธิบัตรทองทั่วประเทศมีจำนวน 268,000 รายต่อปี อัตราการให้บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียมตั้งแต่ปี 2557-2559 เพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 15.4 ปัญหาข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรทราบถึงวิธีการป้องกันรักษาอาการข้อเข่าเสื่อม ให้ครอบคลุมกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชน ผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกุญแจสำคัญทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในทางที่ดีขึ้นประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลผลและการประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติและการประเมินผล

การป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีเจ้าหน้าที่ที่มรสุภาพคอยสนับสนุนให้กำลังใจ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เพื่อลดโอกาสหรือชะลอระยะเวลาการเกิดโรค จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการลดน้ำหนักในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ถูกต้องสามารถลดความเสี่ยงหรือยื้อระยะเวลาการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ลดผลกระทบด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น สามารถคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจวัตรและเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ การ

รับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ผลจากการดำเนินโปรแกรมดังกล่าวจะสามารถเพิ่มสมรรถภาพทางกายและเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมได้

2. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วย การวางแผน (Planning; P) การปฏิบัติการ (Action: A) การสังเกตการณ์ (Observation; O) และการสะท้อนกลับ (Reflection; R) (PAOR)⁽¹⁷⁾

ผู้วิจัยนำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) ของ Lorig & Holman⁽¹⁸⁾ ที่กล่าวว่าบุคคลต้องมีความรับผิดชอบในการดูแลตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและการสร้างสุขนิสัยที่ดีงาม ซึ่งไม่มีบุคคลใดสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนอื่นได้นอกจากตัวบุคคลนั่นเอง บุคลากรทางด้านสาธารณสุขมีบทบาทกระตุ้นให้บุคคลเกิดแรงผลักดันเพื่อเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมใหม่ด้วยตนเอง รวมทั้งบุคคลสามารถที่จะจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โปรแกรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม เป็นการให้ความรู้เรื่องโรคและการฝึกทักษะในการจัดการตนเอง เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งประกอบด้วย 6 ทักษะคือ การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ การใช้แหล่งข้อมูล การสร้างความสัมพันธ์กับบุคลากร การปฏิบัติและการปรับทักษะให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล ดำเนินการวิจัยที่ตำบลคูเมือง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือน มกราคม 2562 ถึงเดือน - สิงหาคม 2562

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1) กลุ่มตัวอย่างในบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาโปรแกรม

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จำนวน 32 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้รับผิดชอบสอนวิชาบำบัดโรคเบื้องต้น นายกหรือปลัดองค์กรบริหารส่วนตำบล จำนวน 2 คน

ผู้ใหญ่วัย/กำนัน จำนวน 5 คน ตัวแทน อสม. จำนวน 5 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจำนวน 10 คน และ ตัวแทน ผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน

2) กลุ่มผู้เข้าร่วมโปรแกรม เป็นผู้สูงอายุที่จะเก็บ ข้อมูลเชิงปริมาณ และทดลองใช้โปรแกรมการป้องกันโรค ไข้หวัดใหญ่ที่พัฒนาขึ้นในพื้นที่ตำบลคูเมือง อำเภอวาริน ชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อ เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่ม ไม่เป็นอิสระต่อกัน กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยในครั้งนี้ คัดเลือกจากประชากรผู้สูงอายุในชุมชนตำบลคูเมือง จำนวน 1,400 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร การคำนวณของบุญชม ศรีสะอาด (2554)⁽¹⁹⁾ ได้กลุ่ม ตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 38 คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่ม ตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายร้อยละ 20⁽²⁰⁾ ซึ่งจะได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน โดยผู้วิจัยดำเนินการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

(1) ผู้สูงอายุ มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สัญชาติไทย อาศัย อยู่ในพื้นที่ตำบลคูเมือง อำเภอวารินชำราบ จังหวัด อุบลราชธานี อย่างน้อย 12 เดือน

(2) ผู้สูงอายุสามารถสื่อสาร อ่านออก เขียนได้ด้วย ภาษาไทย

(3) สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีโรคประจำตัว ร้ายแรง เช่นโรคหัวใจขาดเลือด

(4) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือกลุ่ม ตัวอย่างที่มีข้อจำกัดการเข้าร่วมโปรแกรมที่จะส่งผล อันตราย และต่อผลลัพธ์ของการวิจัย เช่น การรับรู้ผิดปกติ มีความเสี่ยงต่อการออกกำลังกาย

เกณฑ์การยุติการติดตามผู้เข้าร่วมโปรแกรม คือ เสียชีวิตในช่วงการดำเนินการวิจัยหรือ มีความ ประสงค์ขอยกจากการวิจัยหลังจากที่เข้าร่วมกิจกรรมการ วิจัยแล้ว

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมป้องกัน โรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกโดย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับวิธีการ จัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามแนวคิดของ Lorig & Holman⁽¹⁹⁾ เนื้อหาโปรแกรมเป็นการให้ความรู้และการ จัดการตนเองเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ประกอบด้วย การจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร

การออกกำลังกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การค้นหา แนวทางจัดการกับปัญหาหรืออุปสรรคในการจัดการตนเอง ที่ผ่านมา และการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่เอื้อต่อ การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานด้านบุคคลของผู้สูงอายุ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว สิทธิการรักษาพยาบาล

2. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ใน ผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ โดยผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือมาจาก งานวิจัยของสุภาพ อารีเอื้อ⁽²¹⁾ เป็นแบบปรนัยเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ผ่าน การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าความสอดคล้องเท่ากับ 0.85 และค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีค่าความตรง เท่ากับ 0.67 และนำไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) กับกลุ่ม ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของ KR-20 เท่ากับ 0.85⁽²¹⁾

3. แบบสัมภาษณ์การรับรู้การป้องกันโรคไข้หวัด ใหญ่ในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือมาจากงานวิจัยของ สุภาพ อารีเอื้อ⁽²¹⁾ ประกอบด้วย การรับรู้ความเจ็บป่วยด้วย โรคไข้หวัดใหญ่จำนวน 10 ข้อ การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของ การเกิดโรคไข้หวัดใหญ่จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถาม แบบมาตรวัดประมาณค่า มี 3 ระดับ คือ เห็นด้วยได้ 3 คะแนน ไม่แน่ใจ 2 คะแนนและไม่เห็นด้วย ได้ 1 คะแนน เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.67 และได้มีการตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่จำนวน 40 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.74

4. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้หวัด ใหญ่ในผู้สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย ด้านการออกกำลังกาย และด้านการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ข้อคำถามใช้ มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ตามวิธี ของลิเคิร์ต (Likert) คือ ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึงปฏิบัติ มากกว่า 3 ครั้งในหนึ่งสัปดาห์ (3 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 1-3 ครั้งในหนึ่งสัปดาห์ (2 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ หมายถึง เลิกปฏิบัติ หรือไม่เคยปฏิบัติ (1

คะแนน) เกณฑ์การแปลความหมายเป็นค่าเฉลี่ยโดยใช้เกณฑ์ประมาณค่าความคิดเห็นตามแนวคิดของ (บุญชม ศรีสะอาด, 2553)⁽¹⁹⁾ ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดสอบกับผู้สูงอายุ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.67 ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.86

2.3 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning; P) เป็นการศึกษาบริบทและประเมินสถานการณ์ (Situation analysis) โดยการศึกษาสภาพการณ์มีส่วนร่วมของชุมชนต่อการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมประเด็นที่ศึกษาคือ ข้อมูลบริบทชุมชน เทคนิคที่ใช้ คือ การสังเกต การสอบถาม การสัมภาษณ์ และการจัดเวทีกลุ่มย่อย (Focus group) เพื่อสนทนากลุ่ม บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมประเด็นที่ศึกษาด้านการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรคข้อเข่าเสื่อม และพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม โดยมีตัวแทนประชาชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล แล้วจัดระเบียบประเด็นต่าง ๆ ให้ครบถ้วน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action: A) เป็นการจัดการปฏิบัติการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ/กิจกรรมที่ได้จากขั้นตอนที่ 1

วิธีการศึกษาโดยการปฏิบัติตามแผนงาน เป็นขั้นตอนการนำรูปแบบการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นทั้ง 4 ขั้นตอนไปสู่การปฏิบัติจริงในชุมชน ตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้

การวิจัยดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม 2562 ถึงเดือน สิงหาคม 2562 รวม 8 เดือน ในพื้นที่ตำบลคูเมือง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีโดยการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

2.1) เดือนที่ 1 จัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ

ในพื้นที่ จัดกิจกรรมโดยใช้เวลา 3 ชั่วโมง ประกอบด้วย กิจกรรม การให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งเป้าหมาย และการวางแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ร่วมกับการฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม 6 ประการ ได้แก่ 1) การแก้ไขปัญหา 2) การตัดสินใจ 3) การใช้แหล่งข้อมูล 4) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับบุคลากรทีมสุขภาพ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การปรับทักษะและการปฏิบัติให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล สำหรับสาเหตุของการเกิดโรค อากาศปัจจัยเสี่ยง และการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมจะให้ความรู้โดยใช้การบรรยาย ภาพนิ่ง และชมวีดิทัศน์ ร่วมกับการสนทนากลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มๆ 10-14 คน

2.2) เดือนที่ 2 จัดกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมโดยใช้เวลา 2 ชั่วโมง ประกอบด้วย การสาธิตเมนูอาหารง่ายๆ ที่มีในชุมชน เน้นอาหารที่มีแคลเซียมสูงที่สามารถหาได้ง่าย เช่น ปลาตัวเล็กที่ช่วยเสริมความแข็งแรงของกระดูก

2.3) เดือนที่ 3 จัดกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมด้านการออกกำลังกาย โดยใช้เวลา 1 ชั่วโมง ประกอบด้วย การบรรยายการออกกำลังกายเพื่อป้องกันเข่าเสื่อม การสาธิตการออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อบริเวณเข่า และการบริหารข้อเข่า 15 นาที

2.4) เดือนที่ 4-6 ติดตามเยี่ยมบ้านให้ข้อมูลที่สำคัญรวมถึงให้กำลังใจและดูแลจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อลดการทำงานของข้อ เช่น การจัดสถานที่รับประทานอาหาร การใช้เก้าอี้ในการนั่งทานอาหารแทนการนั่งพื้น การใช้ส้วมแบบนั่งบนโถแทนการนั่งยอง ๆ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การกระตุ้นเตือนการควบคุมน้ำหนัก และการออกกำลังกายด้วยแบบบันทึก

2.5) เดือนที่ 7-8 นัดหมายเพื่อทำแบบวัดพฤติกรรม การป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม (Post-test)

2.6) พัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการแก่อสม. และผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน เป็นระยะเวลา 1 วัน เน้นการปฏิบัติงานจริงในชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observing; O) นักวิจัยได้ออกเก็บข้อมูลการดำเนินกิจกรรมในชุมชนเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และประเมินผลโปรแกรม และประเมินกระบวนการ โดยออกติดตามให้คำแนะนำแก่ชุมชน ตรวจสอบ รวบรวมข้อมูลจากการสอบถาม และการ

สัมภาษณ์เชิงลึก เก็บรวบรวมข้อมูลด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของชุมชน ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting; R) เป็นกิจกรรมประเมินผลการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ (Evaluation) หลังจากได้นำรูปแบบที่พัฒนาการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมที่พัฒนาขึ้นมาไปทดลองใช้ในผู้สูงอายุตำบลคูเมือง

2.4 สถิติที่ใช้และการวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา สำหรับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ย ความรู้ การรับรู้การป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยสถิติ Paired T- test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในชุมชน และข้อมูลจากการบันทึกในการสนทนากลุ่ม ทำการแยกข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ และพิจารณาถึงความพอเพียงและความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้มาสร้างเป็นข้อสรุปซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

2.5 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยทุกคน ได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และมีสิทธิ์ที่จะออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล มีการลงนามในใบยินยอมตามความสมัครใจก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย ซึ่งการวิจัยนี้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยการสาธารณสุข สุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี SCPHUBI004/2562 วันที่ 8 มิถุนายน 2561 ถึง 7 มิถุนายน 2562

3. ผลการวิจัย

ผลการดำเนินการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมตามขั้นตอน เป็นดังนี้

1) การวิเคราะห์สถานการณ์

จากการสนทนากลุ่ม การทบทวนสถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมในพื้นที่ โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุพื้นที่อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยกิจกรรมต่างๆ จะขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอวารินชำราบ ผลที่ได้รับจากการวิจัยขั้นตอนที่ 1 มีดังนี้ ปัญหาสถานการณ์และทุนทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมมีอาการปวดข้อเข่า ข้อฝืด ข้อติดขัด ทำให้เคลื่อนไหวร่างกายและทำกิจวัตรประจำวันส่วนตัวได้ไม่สะดวกเกิดอุบัติเหตุหกล้มได้ง่าย รู้สึกยากลำบาก ทำให้เป็นภาระต้องพึ่งพาครอบครัว ผู้ดูแล ญาติ เพื่อนบ้าน หรือเทศบาลในการเดินทางเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน อาการเจ็บปวดเรื้อรังทำให้ทุกข์ทรมานและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ส่วนใหญ่ไปรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในชุมชนที่อาศัยอยู่เพื่อรับยาบรรเทาอาการ ไปรักษาโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัดเป็นส่วนใหญ่ ไปรักษาที่คลินิกและโรงพยาบาลเอกชนเพื่อรับยาบรรเทาอาการ รักษาโดยการนวดหรือประคบด้วยสมุนไพรเพียงบางส่วน

2) โปรแกรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ นำมาสู่การหาโปรแกรมกิจกรรมร่วมกัน ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชน ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ตรวจคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม การดำเนินงานตามแบบคัดกรอง ทดลองใช้และปรับปรุงระยะเวลา 3 เดือน ดำเนินงานโดย แพทย์พยาบาล นักกายภาพบำบัด ผู้สูงอายุ อสม. จิตอาสา เจ้าหน้าที่เทศบาล

กิจกรรมที่ 2 จัดทำชุดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม การดำเนินงาน จัดทำชุดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยค้นหาต้นแบบ จัดทำสื่อ วิดีทัศน์ คู่มือ ระยะเวลา 2 เดือน ดำเนินงานโดย แพทย์พยาบาล นักกายภาพบำบัด ผู้สูงอายุ อสม. จิตอาสา เจ้าหน้าที่เทศบาล นักสัตตทัศนุภรณ์

กิจกรรมที่ 3 การออกกำลังกาย จัดกิจกรรมการออกกำลังกายด้วยท่าทางยืดเหยียดกล้ามเนื้อโดยใช้หนังยางผ้าขาวม้า สัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ อย่างน้อย 30 นาที ระยะเวลา 2 เดือน ดำเนินงานโดย แพทย์พยาบาล นักกายภาพบำบัด ผู้สูงอายุ อสม. จิตอาสา เจ้าหน้าที่เทศบาล

กิจกรรมที่ 4 จัดกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้เวลา 2 ชั่วโมง ประกอบด้วย การสาธิตเมนูอาหาร

ง่ายที่มีในชุมชนเน้นอาหารที่มีแคลเซียมสูงที่สามารถหาได้ง่ายเช่นปลาตัวเล็กที่ช่วยเสริมความแข็งแรงของกระดูก ดำเนินงานโดย

ทั้ง 4 กิจกรรม กลุ่มเป้าหมายคือผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 100 คน ประเมินผลและติดตามผลโดยการติดตามให้กำลังใจและดูแลจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อลดการทำงานของข้อ เช่น การจัดสถานที่รับประทานอาหาร การใช้เก้าอี้ในการนั่งทานอาหารแทนการนั่งพื้น การใช้ส้วมแบบนั่งบนโถแทนการนั่งยอง ๆ

2.1) การสร้างองค์ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมให้กับผู้สูงอายุในพื้นที่

(1) อบรมให้ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมแก่ผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้คู่มือหรือแผนการสอนสุขศึกษาที่มีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม รวมทั้งการใช้สื่อในการให้ความรู้ เช่น วีดีโอ แผ่นพับ

(2) จัดกิจกรรม เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมในชมรมผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมมาแล้วเป็นแกนนำในการถ่ายทอดความรู้โรคข้อเข่าเสื่อมแก่ผู้สูงอายุด้วยกันในวันที่มีการประชุมชมรมผู้สูงอายุ วันสำคัญทางศาสนาและวันที่มีการรวมตัวของผู้สูงอายุ

(3) จัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย

(4) จัดโภชนาการที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะงานบุญ งานประเพณี ในครัวเรือน และในวัด

2.2) พัฒนาองค์ความรู้ด้านโรคข้อเข่าเสื่อมให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น พัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ซึ่งรับรู้สถานการณ์ปัญหาผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชนโดยพัฒนาให้มีบทบาทการคัดกรองข้อเข่าเสื่อมเพื่อเสนอข้อมูลให้กับชุมชนทราบ ทำให้เห็นปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

2.3) เพิ่มประสิทธิภาพการค้นหาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมรายใหม่เชิงรุกในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ จัดกิจกรรมคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุในพื้นที่เสี่ยงสูง คัดกรองทุก 6 เดือน ส่วนพื้นที่ปกติคัดกรองปีละ 1 ครั้ง ใช้การคัดกรองด้วยวาจาและคัดกรองด้วยแบบคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม พัฒนามาจากเกณฑ์วินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อมราชวิทยาลัยโรครุมชาติชั้นประเทศสหรัฐอเมริกา ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญทางคลินิก และผลการตรวจร่างกาย และแบบ

ประเมินอาการข้อเข่าเสื่อม พัฒนาจากแนวทางประเมินอาการข้อเข่าเสื่อม⁽⁷⁾ แบบคัดกรองข้อเข่าเสื่อม และแบบประเมินอาการข้อเข่าเสื่อม โดยให้ รพ.สต. จัดเตรียมกลุ่มเป้าหมาย และแบบคัดกรองด้วยวาจา ส่วน อปท. ให้รับผิดชอบนำส่งผู้สูงอายุที่ติดบ้านมารับบริการคัดกรองตามจุดนัดหมาย ผลการคัดกรองด้านระบาดวิทยา ผู้วิจัย (พยาบาลวิชาชีพ) ได้ตรวจคัดกรองข้อเข่าเสื่อมผู้สูงอายุอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 100 คน พบว่ามาตรวจคัดกรอง จำนวน 68 คน (ร้อยละ 68.0) พบข้อเข่าเสื่อมจำนวน 28 คน (ร้อยละ 28) ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการตรวจคัดกรองเพศหญิง จำนวน 28 คน (ร้อยละ 75) และเพศชาย 7 คน (ร้อยละ 25) ตามลำดับ

2.4) สร้างแนวทางการติดตามผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในพื้นที่ ที่ส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชน ได้แก่

- 1) ผู้สูงอายุควรมีการรับรู้ในเรื่องโรค อันตรายจากโรค และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม
- 2) มีทัศนคติที่ดีต่อการออกกำลังกาย
- 3) มีการป้องกันความเสี่ยงจากการหกล้ม
- 4) การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชน
- 5) มีผู้สูงอายุต้นแบบที่มีการปฏิบัติตัวเหมาะสม
- 6) มีสถานบริการและบุคลากรที่สามารถเข้าถึงได้ โดยสะดวก รวมถึง การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในชุมชน
- 7) และการได้รับงบประมาณสนับสนุนจากภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งในและนอกชุมชนอย่างต่อเนื่อง

3) ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม

3.1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 68.8 ปี จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 78.0 สถานภาพสมรส ร้อยละ 88.0 อาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 82.3 รายได้หลักเฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 6,000-10,000 บาท ร้อยละ 84.2 มีรายได้ไม่พอเพียง ร้อยละ 68.2 สิทธิการรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 82.4 ค่า BMI อยู่ในเกณฑ์อ้วน ร้อยละ 62.7

3.2) ผลการประเมินความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติพฤติกรรมโปรแกรมเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ผลการเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ พบว่าในด้านความรู้หลังการทดลองผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่ม

มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ในด้านการรับรู้พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติพฤติกรรมมาร

ป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมและหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ และพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ (n=40 คน)

ตัวแปร	\bar{x}	SD.	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ			
ก่อนทดลอง	5.22	1.78	
หลังทดลอง	8.14	1.22	<0.001
การรับรู้การป้องกันโรคในผู้สูงอายุ			
- การรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ			
ก่อนทดลอง	7.26	2.88	
หลังทดลอง	8.66	1.63	0.024
- การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ			
ก่อนทดลอง	6.88	2.64	
หลังทดลอง	8.11	1.48	0.021
- พฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ			
ก่อนทดลอง	33.22	5.41	
หลังทดลอง	36.14	2.32	0.019

*statistical significance set at 0.05, Paired T-test

3.3) ผลลัพธ์จากการสะท้อนผลการปฏิบัติตามวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับในด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยใช้วิธีการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า การดำเนินงานสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ชุมชนได้โปรแกรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่เกิดจากการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน กิจกรรมการสะท้อนผลกระบวนการทำให้เกิดเครือข่ายการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุระดับตำบลในรูปแบบชมรมเพื่อดำเนินงานขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมอย่างต่อเนื่อง

4. อภิปรายผล

4.1 โปรแกรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชนมีส่วนร่วม งานวิจัยนี้ได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ให้ทุกภาคส่วน ทั้งผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม ผู้ดูแล อสม. จิตอาสา แกนนำชุมชน ผู้นำชุมชน และ พยาบาลวิชาชีพ รับรู้สถานการณ์ปัญหาผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชน โดยใช้ผลการตรวจคัดกรองข้อเข่าเสื่อม ให้ทุกคนเห็นปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชนเหมือนกัน โดยผู้วิจัยเป็นเพียงผู้สนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้เกิดกระบวนการพัฒนาโปรแกรมและส่งเสริมให้มีกิจกรรม

การป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่า กิจกรรมมีความเหมาะสมกับบริบทและพื้นที่ของผู้สูงอายุ ทูทางสังคม วิธีการดำเนินชีวิต และความต้องการของชุมชน เนื่องจากทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา ร่วมรับผิดชอบในการดำเนินงานและประเมินผล การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนนี้ถือเป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของบุญเรียง พิสมัย และคณะ⁽²¹⁾ พบว่า แรงสนับสนุนจากสังคม ครอบครัว ชุมชน และบุคลากรทีมสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชนเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของรังสิยา นารินทร์ และคณะ⁽⁹⁾ ที่กล่าวว่าการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชนควรให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดผลที่มีประสิทธิภาพ และมีการดูแลอย่างเป็นรูปธรรมต่อเนื่อง

การสร้างองค์ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมให้กับผู้สูงอายุในพื้นที่ มีกิจกรรมที่สำคัญคือ การอบรมให้ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมแก่ผู้สูงอายุ กิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยวิธีที่เหมาะสม โดยออกกำลังกายอย่างน้อย 3

ครึ่ง/สัปดาห์ ครึ่งละ 30-45 นาที และการบริหารกล้ามเนื้อข้อเข่า ซึ่งกล้ามเนื้อบริเวณข้อเข่าประกอบด้วย กล้ามเนื้อต้นขาส่วนหน้า (Quadriceps muscle) และกล้ามเนื้อต้นขาส่วนหลัง (Hamstring muscle) โดยกล้ามเนื้อบริเวณนี้ช่วยยึดข้อเข่าให้แข็งแรงสามารถชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพ อารีเอื้อ และนภาพร ปิยขจรโรจน์⁽²²⁾ ที่พบว่าโปรแกรมการบริหารกล้ามเนื้อต้นขาด้วยตนเองที่บ้านทำให้ความแข็งแรงกล้ามเนื้อต้นขาเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมการวิจัย

ในด้านการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ จึงอาจจะส่งผลกระทบต่อการศึกษาเกี่ยวกับโรคที่ไม่ถูกต้อง ตลอดจนมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันหรือดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคที่ไม่เหมาะสม

4.2 การประเมินผลโปรแกรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชนมีส่วนร่วม

พฤติกรรมของกลุ่มผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมหลังการเข้าร่วมการใช้โปรแกรมการป้องกันผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า มีพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้น โปรแกรมการป้องกันผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมรับรู้ตนเองเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม จากการตรวจคัดกรองโรค การอบรมให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม และจากชุดความรู้ สื่อวีดิทัศน์ คู่มือที่ร่วมกันพัฒนาขึ้น จากบุคคลต้นแบบในชุมชน และผู้วิจัยทำให้มีแรงจูงใจจากบุคคลต้นแบบผ่านสื่อและการพูดคุยแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ ปัจจัยที่สำคัญคือเกิดแรงจูงใจในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของรังสิยา นารินทร์ และคณะ⁽²³⁾ ที่พบว่าการออกกำลังกายเพื่อยืดเหยียดกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่องสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ อย่างน้อย 30 นาที ตลอดระยะเวลา 3 เดือน โดยใช้หนังยางจำนวน 5 เส้น ร้อยต่อกันประมาณ 1.5 เมตร จะเพิ่มสมรรถภาพทางกายและช่วยลดอาการปวดข้อเข่าลดลง

ผลการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชนมีส่วนร่วมในครั้งนี้ ทำให้ชุมชนได้โปรแกรมในการป้องกันภาวะข้อเสื่อมของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม มีกลุ่มแกนนำที่สามารถคัดกรอง ให้คำปรึกษา แนะนำ และติดตามผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานบรรลุผล สอดคล้องกับผลการศึกษารังสิยา นารินทร์ และคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่าทำให้ความสำคัญกับการเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยจัดให้มี

การอบรมเพิ่มพูนความรู้ และทักษะในการดูแลตนเอง การจัดประกวดผู้สูงอายุที่มีสุขภาพข้อเข่าดี ทำให้ได้บุคคลต้นแบบที่เป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพ ให้ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมเกิดแรงจูงใจ เกิดการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองมากขึ้น

5. สรุปผลการศึกษา

การพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม มี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การสร้างองค์ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมและส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในพื้นที่ 2) พัฒนางค์ความรู้ด้านข้อเข่าเสื่อมให้บุคลากรสาธารณสุขและแกนนำในชุมชน 3) เพิ่มประสิทธิภาพการค้นหาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมรายใหม่ในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยใช้คัดกรองเชิงรุกด้วยแบบคัดกรองข้อเข่าเสื่อม 4) สร้างแนวทางการติดตามผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในพื้นที่ โดยรูปแบบจากผลการวิจัยที่ ค้นพบนี้ เป็นรูปแบบการดำเนินการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่ปฏิบัติได้จริงและประสิทธิภาพ สามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุในพื้นที่ ที่มีบริบทที่มีสภาพภูมิศาสตร์ใกล้เคียงพื้นที่วิจัยได้ อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่มีความตระหนัก เห็นความสำคัญของปัญหา และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาด้วยกัน สำหรับการวิจัยครั้งต่อไปควรเน้นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการนำรูปแบบการจัดการดูแลโดยมีส่วนร่วมของชุมชน ไปพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ตามสภาพปัญหา และความต้องการของแต่ละบริบทของชุมชน

6. กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับสนับสนุนเงินทุนจากสถาบันพระบรมราชชนก ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน และผู้สูงอายุตำบลคูเมืองทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการทำวิจัย รวมถึงให้การอนุเคราะห์บุคลากรและสถานที่ในการดำเนินการวิจัยในการวิจัยครั้งนี้

7. เอกสารอ้างอิง

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.
- Shen J, Chen D. Recent progress in osteoarthritis research. *J Am Acad Orthop Surg* 2014; 22(7): 467-468.
 - Heidari, B. Knee osteoarthritis diagnosis, treatment and associated factors of progression: part II. *Caspian journal of internal medicine* 2011; 2(3): 249-255.
 - Neogi T, Zhang Y. Epidemiology of Osteoarthritis. *Rheum Dis Clin North Am* 2013; 39 (1): 1-19.
 - American Academy of Orthopedic Surgeons [AAOS]. Treatment of osteoarthritis of the knee: evidence-based guideline. 2nd ed. Illinois: American Academy of Orthopedic Surgeons; 2013.
 - รังสิยา นารินทร์, วิลาวัลย์ เตือนราษฎร์ และ วราภรณ์ บุญเชียง. การพัฒนาโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. *พยาบาลสาร* 2558; 42(3):170-181.
 - สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติ การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม [online]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thairheumatology.org/wp-content/uploads/2016/08/Guideline-for-Management-of-OA-knee.pdf> [เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม 2562].
 - Watanabe H, Urabe K, Takahira N, Ikeda N, Fujita M, Obara S, et al. 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): 31-34.
 - รังสิยา นารินทร์, วิลาวัลย์ เตือนราษฎร์, และวราภรณ์ บุญเชียง. รายงานการศึกษาวิจัยการพัฒนาารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถภาพผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชน กรณีศึกษาตำบลไชยสถาน อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2556.
 - Jüni P, Hari R, Rutjes AW, Fischer R, Silleta MG, Reichenbach S, da Costa BR. Intra-articular corticosteroid for knee osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 22(10): CD005328 doi: 10.1002/14651858.CD005328.pub3
 - Bosomworth NJ. Exercise and knee osteoarthritis: benefit or hazard? *Canadian Family physician* 2009; 55(9): 871-878.
 - ธัญยาภรณ์ ทองเสริม. รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรียมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและความเจ็บปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2551.
 - Nguyen C, Lefmvre-Colau MM, Poiraudau S, Rannou F. Rehabilitation (exercise and strength Training) and osteoarthritis: A critical narrative review. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* 2016; 59(3): 190-195.
 - นรินทร์รัตน์ เพชรรัตน์ และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม. *วารสารสภาการพยาบาล*. 2557; 29(2):127-140.
 - Cohen JM and Uphoff NT. Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. *World Development* 1980; 8(3): 213-235.
 - สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 10 จังหวัดอุบลราชธานี. การประชาสัมพันธ์. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2561.
 - Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong, Victoria: Deakin University Press.; 1988.
 - Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med* 2003; 26(1):1-7.
 - บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: บริษัทสุวีรียาสาส์น; 2554.

20. ศิริชัย กาญจนวาสี. การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์; 2544.
21. บุญเรียง พิสมัย, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามิ, และสุภาพ อารีเอื้อ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2555; 42(2): 54-67.
22. สุภาพ อารีเอื้อ และ นภาพร ปิยขจรโรจน์. ผลลัพธ์ของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการออกกำลังกายที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. วารสารการพยาบาล 2251; 23(3): 72-84.
23. รังสิยา นารินทร์, เจนเนต รามจิต, และจิล โรบินสัน. ผลของการออกกำลังกายต่ออาการเจ็บปวดความรู้สึกฝืดตืดข้อเข่า และความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวันในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมในชุมชน. พยาบาลสาร 2553; 37(3): 132-146.