การพัฒนารูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุสำหรับการจัดการสุขภาพตนเองในการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาสารคาม

Development of an Elderly Clinic Service Model for Self-Management of Osteoarthritis in the Elderly at Mahasarakham Hospital

ภัทราภรณ์ ทวีนันท์[1] นันท์ชญาน์ นฤนาทธนาเสฏฐ์[2] วิศรุดา ตีเมืองซ้าย[3] จารุรินทร์ พงษ์ประเทศ[4] นภชนก รักษาเคน[5*]

Pattaraporn Thaweenan[1] Nanchayan Naruenatthanaset[2]
Wisaruda Teemuangsaai[3] Jarurin Pongprathet[4] Napachanok Raksaken[5*]

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 44000
[2]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 44000
[3]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 44000
[4]อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 44150
[5*]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 44150
[1]Professional Nurse, Outpatient Nursing Department, Maha Sarakham Hospital, Maha Sarakham 44000, Thailand.
[2]Senior Professional Nurse, Outpatient Nursing Department, Maha Sarakham Hospital, Maha Sarakham 44000, Thailand.
[3]Senior Professional Nurse, Social Medicine Department, Maha Sarakham Hospital, Maha Sarakham 44150, Thailand.
[4]Lecturer, Faculty of Nursing, Mahasarakham University, Maha Sarakham 44150, Thailand.
[5]Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University, Maha Sarakham 44150, Thailand.
Corresponding Author: *E-mail: khanittha.r@msu.ac.th

Received: 29 January 2025 Revised: 31 March 2025 Accepted: 7 April 2025

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษา 1) สถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุสำหรับการจัดการสุขภาพตนเองในการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาสารคาม และ 3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนา

รูปแบบและวิธีวิจัย : วิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุที่มีข้อเข่าเสื่อม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 45 คน และ 2) บุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 10 คน ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนมกราคม 2567 เสร็จสิ้นเดือนธันวาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบประเมิน Comprehensive Geriatric Assessment 2) แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford knee score) 3) แบบสัมภาษณ์สำหรับสนทนากลุ่มเพื่อทราบปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม และ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการป้องกันและควบคุมโรคข้อเข่าเสื่อม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนาและสถิติเชิงวิเคราะห์ Mann-Whitney U test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังพัฒนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา : 1) สถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ต้องการแก้ปัญหาการจัดการอาการปวด ร้อยละ 100.0 การติดตามอาการ ระบบการดูแลที่ครบวงจร และการเข้าถึงบริการที่สะดวกรวดเร็ว ร้อยละ 100.0 2) รูปแบบการบริการในคลินิกผู้สูงอายุ 5ACTS OA ประกอบด้วย การประเมิน 5A (Assess, Advise, Agree, Assist และ Arrange) การทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (Co-operation) ติดตามอย่างต่อเนื่องด้วยการพยาบาลทางไกล (Telenursing) การบริการครบวงจร (Service) ผลลัพธ์ที่ดี (Outcome) และการส่งเสริมความสามารถในการจัดการตนเอง (Ability) และ 3) ผลการใช้รูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้น พบว่า พฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมหลังพัฒนากลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05)
สรุปผลการศึกษา : สถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุพบว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องให้การจัดการดูแล ดังนั้นการจัดรูปแบบการบริการในคลินิกผู้สูงอายุโดยใช้ 5ACTS OA ช่วยให้ผู้สูงอายุมีทักษะในการควบคุมและป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยตนเองและส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการควบคุมและป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม จึงควรส่งเสริมการจัดรูปแบบการบริการติดตามเยี่ยมด้วยพยาบาลทางไกลนี้ต่อไป
คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, ข้อเข่าเสื่อม, บริการทางไกล, การจัดการสุขภาพตนเอง

ABSTRACT

Objectives : This study aimed to: (1) investigate the situation of knee osteoarthritis among older adults attending the elderly clinic; (2) develop a service model for elderly clinics to support self-health management in older adults with knee osteoarthritis at Mahasarakham Hospital; and (3) evaluate the effectiveness of the developed model.

Methods : This participatory action research was guided by Creer's (2000) self-management concept. Participants included 45 individuals: older adults with knee osteoarthritis, village health volunteers, and caregivers, as well as 10 healthcare professionals—physicians, nurses, physiotherapists, traditional Thai medicine practitioners, and subdistrict health-promoting hospital staff. The study was conducted from January to December 2024. Research instruments comprised: (1) Comprehensive Geriatric Assessment (CGA), (2) Oxford knee score, (3) focus group interview guide to assess problems and needs, and (4) a self-management behavior questionnaire for the prevention and control of knee osteoarthritis. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and the Mann-Whitney U test. Qualitative data were analyzed through content analysis.

Results : (1) All participants (100%) indicated the need for pain management, symptom monitoring, integrated care systems, and convenient access to services. (2) The developed service model, "5ACTS OA," consisted of five components: 5A assessment (Assess, Advise, Agree, Assist, Arrange), interdisciplinary team cooperation (Co-operation), continuous follow-up through telenursing (Telenursing), integrated service provision (Service), achievement of positive outcomes (Outcome), and enhancement of self-management ability (Ability). (3) The application of the 5ACTS OA model significantly improved self-management behaviors for the prevention and control of knee osteoarthritis ($p < 0.05$).

Conclusion : Knee osteoarthritis is a major health concern among the elderly. The "5ACTS OA" model effectively promoted self-management skills and encouraged appropriate health behaviors. This telenursing-based follow-up model should be further supported and implemented.

Keywords : Older adults, knee osteoarthritis, telenursing, self-health management

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคของระบบกล้ามเนื้อและข้อต่อที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และถือเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของกระดูกอ่อนผิวข้อซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามกระบวนการสูงอายุ[1] จากสถานการณ์การดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมในประเทศไทยพบสถิติของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มากกว่า 6 ล้านคน และจำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 75.6 ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดทุพพลภาพในผู้สูงอายุ[2] เมื่อทบทวนผลกระทบจากปัญหาข้อเข่าเสื่อม พบว่าถ้าไม่ได้รับการรักษาหรือปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม โรคจะดำเนินไปมากกว่าเดิม ทำให้มีความเจ็บปวด ข้อเข่าผิดรูป เกิดปัญหาการเดินและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำได้ไม่สะดวก ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และครอบครัว[3] ผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและชะลอภาวะข้อเข่าเสื่อมไม่ให้รุนแรงมากขึ้น เช่น การให้ความรู้เรื่องโรค คำแนะนำในการดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมน้ำหนัก และการหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ให้ข้อเข่าเสื่อม เมื่อปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดความมั่นคง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเชื่อในประโยชน์ของพฤติกรรมมากขึ้น ปัจจุบันมีการจัดการในผู้สูงอายุที่ข้อเข่าเสื่อมทั้งในระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ โดยการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในคลินิก มีการเชื่อมโยงการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุรวมทั้งการมีส่วนร่วมทั้งภาคประชาชน และภาครัฐ[4]

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Completed Aged Society) ในปี 2563 และคาดว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super Aged Society) ในปี 2578[5] ซึ่งส่งผลให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีความสำคัญมากขึ้น ในจังหวัดมหาสารคาม มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.7 ในปี 2556 เป็นร้อยละ 20.2 ในปี 2566 โดยมีจำนวนผู้สูงอายุ 190,060 คน ถือเป็นอันดับที่ 24 ของประเทศและอันดับที่ 11 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ[6] โรงพยาบาลมหาสารคามได้จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2566 เพื่อให้บริการสุขภาพแบบครบวงจรแก่ผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลมหาสารคาม โดยเฉพาะพื้นที่ใกล้เคียงโรงพยาบาลมหาสารคาม เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่ตำบลตลาด และใกล้เคียง จากข้อมูลในพื้นที่ระดับหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอเมือง มีการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี จาก 1,184 คนในปี 2564 เป็น 1,925 คนในปี 2566[7] นอกจากนี้มีการดำเนินการให้คำแนะนำร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพในภาพรวม อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีแนวทางการส่งต่อการรักษากลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อน เช่น มีภาวะกระดูกพรุนข้อเข่าเสื่อมร่วมกับคลินิกผู้สูงอายุ

การจัดการตนเองเป็นการปฏิบัติหรือทำกิจกรรมในแต่ละวันเพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบของโรคหรือการเจ็บป่วยต่อภาวะสุขภาพร่วมกับคำแนะนำของบุคลากรทางด้านสุขภาพและการปรับตัวต่อปัญหา[8] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดการจัดการตนเองสามารถเพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติตนในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อควบคุมโรคได้ดีและเป็นไปตามเกณฑ์โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อม และยังพบมีการนำแนวคิดการจัดการตนเองพัฒนาใช้ในรูปแบบของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุและโรคเรื้อรังซึ่งครอบคลุมการจัดการอาการที่เกิดขึ้น การรักษาที่ได้รับ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สามารถทำให้ควบคุมอาการและปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้เหมาะสม[9] ร่วมกับมีการศึกษาการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมพบว่าระดับการจัดการตนเองโดยรวมในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบอยู่ในระดับปานกลางในด้านการรักษาและด้านอารมณ์ เนื่องจากผู้สูงอายุเจ็บป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม 1-5 ปี มากที่สุด เป็นระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วย ทำให้ประสบการณ์การปฏิบัติในการจัดการตนเองยังทำได้ไม่ครอบคลุมเพียงพอ ซึ่งต้องเรียนรู้ ฝึกทักษะ และสะสมประสบการณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม[10]

การดำเนินงานของคลินิกผู้สูงอายุจากการประเมิน Comprehensive Geriatric Assessment พบปัญหาสำคัญโดยเฉพาะด้านความคิดความจำ ผู้สูงอายุมักมีการรับรู้ความเข้าใจลดลงและหลงลืมข้อมูลสุขภาพที่เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ ปัญหาด้านร่างกาย เช่น ข้อเข่าเสื่อมที่เป็นผลจากความเสื่อมตามวัย ส่งผลกระทบต่อการเคลื่อนไหว การทรงตัว และความสะดวกในการเดินทาง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว และหากขาดผู้ดูแลก็จะยิ่งเพิ่มความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพ การนำเทคโนโลยีในการสื่อสารเป็นแนวทางที่เหมาะสมและจำเป็นในการแก้ไขปัญหาเหล่านี้ โดยช่วยลดภาระการเดินทาง ลดค่าใช้จ่าย และเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระบบดังกล่าวช่วยส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สนับสนุนสุขภาพ นอกจากนี้ ยังสร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัว และผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดกระบวนการดูแลสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน ระบบบริการพยาบาลทางไกลจึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดความวิตกกังวล และลดค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุในระยะยาว ทั้งยังช่วยเสริมประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างเหมาะสมและครอบคลุม[8, 11]

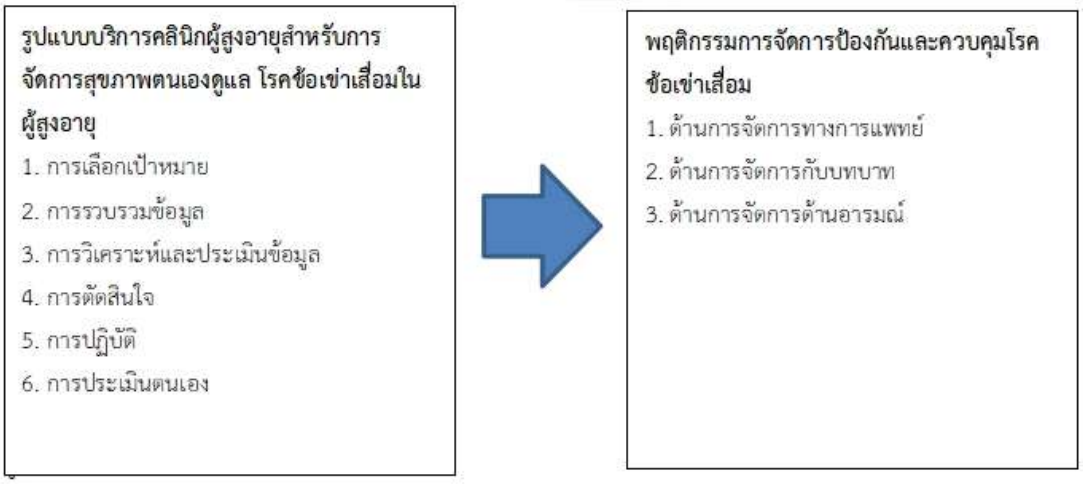
สำหรับการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมของโรงพยาบาลมหาสารคามที่ผ่านมา แม้จะมีการคัดกรองปัญหาและติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุ แต่ยังพบข้อจำกัดในเรื่องการประสานงานระหว่างหน่วยงานและการพัฒนาแนวทางการจัดการตนเองที่เป็นระบบ การพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุเพื่อการจัดการสุขภาพตนเองโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000)[12] และใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart[13] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผลการปฏิบัติ ซึ่งจะสามารถช่วยแก้ไขปัญหา และยกระดับมาตรฐานการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีข้อเข่าเสื่อมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยมุ่งเน้นการพัฒนาแนวทางการดูแลที่มีมาตรฐาน ชัดเจน และครอบคลุมทุกมิติ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดมหาสารคามและพื้นที่อื่น ๆ อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุสำหรับการจัดการสุขภาพตนเองในการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาสารคาม
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุสำหรับการจัดการสุขภาพตนเองในการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาสารคาม

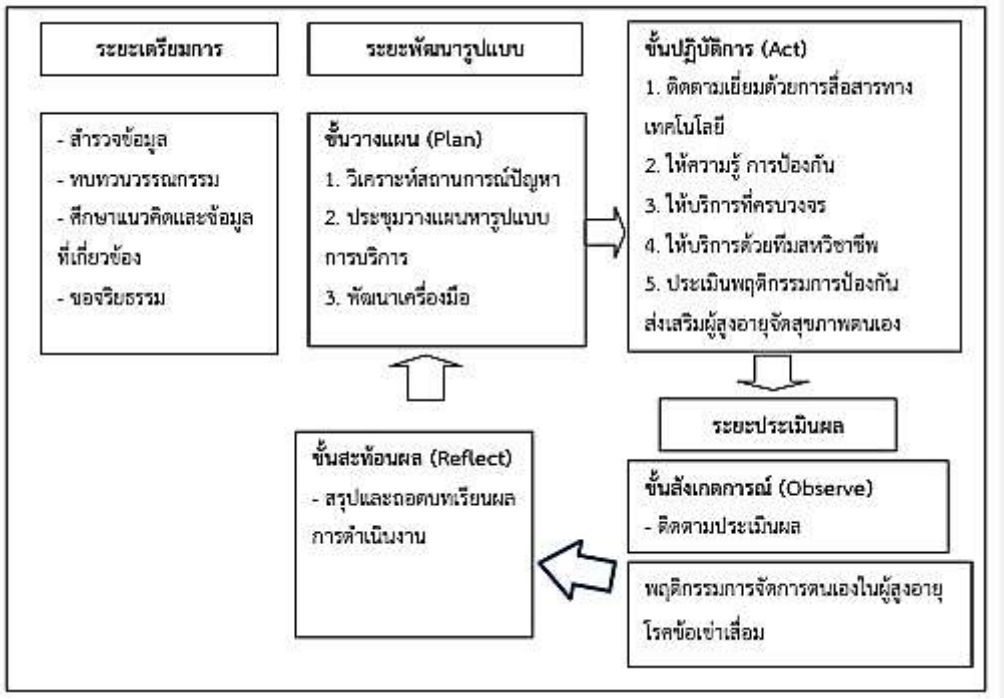
กรอบแนวคิด

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีข้อเข่าเสื่อม โดยใช้แนวคิดหลักคือแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer ประกอบด้วย



รูปแบบและวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ศึกษาในผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาสารคาม ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม 2567 เสร็จสิ้นเดือนธันวาคม 2567 แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้



ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่มารับบริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาสารคาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์จากประสบการณ์ของผู้ที่มีมีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้ระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มีข้อเข่าเสื่อมที่มารับบริการในคลินิก จำนวน 7 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 4 คน และ 2) บุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ จำนวน 2 คน พยาบาล จำนวน 1 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน แพทย์แผนไทย จำนวน 1 คน และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 1 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก สนทนากลุ่ม ด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสนทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้คือแนวทางการสนทนากลุ่มปัญหาและความต้องการการดูแลของบุคคลที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่มารับบริการคลินิกผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมมีข้อคำถามหลัก 6 ข้อดังนี้ 1) สถานการณ์ข้อเข่าเสื่อมปัญหาที่พบ 2) การจัดการข้อเข่าเสื่อมที่ผ่านมา 3) ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการข้อเข่าเสื่อม 4) แนวทางการจัดการข้อเข่าเสื่อม 5) ปัจจัยสนับสนุนและข้อเสนอแนะในการดำเนินการ 6) การออกแบบรูปแบบการดูแลข้อเข่าเสื่อมโดยการนำข้อมูลปัญหาความต้องการจากการสนทนากลุ่มมาออกแบบรูปแบบ มีการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางออร์โธปิดิกส์ 1 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางผู้สูงอายุ 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางออร์โธปิดิกส์ 1 คน ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนตามความเหมาะสมและความชัดเจนของภาษา

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ปัญหาและความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีข้อเข่าเสื่อม และการสนทนากลุ่มการพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีข้อเข่าเสื่อมด้วยระบบบริการพยาบาลทางไกลเพื่อการจัดการสุขภาพตนเอง นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ส่วนที่ 2 ศึกษาข้อมูลข้อเข่าเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุทั้งหมด ด้วยระเบียบวิจัยเชิงพรรณนา ในผู้สูงอายุที่มารับบริการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงทั้งหมดที่มารับบริการ จำนวน 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบประเมินข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ (1) แบบประเมิน Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) เป็นแบบฟอร์มสำหรับใช้ประเมินผู้สูงอายุ (Geriatric Assessment: GA) ปี 2564 สำหรับโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ขึ้นไป จัดทำโดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2) แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford knee score)[14] เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อมีจำนวน 5 คำตอบมีลำดับค่าคะแนน 0-4 คะแนน ค่าคะแนน 0 หมายถึง มีอาการนั้นมากที่สุด และค่าคะแนน 4 หมายถึง ไม่มีอาการนั้นเลยหรือเป็นปกติ โดยคะแนนรวมทั้งหมดมีตั้งแต่ 0-48 คะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง (0-19 คะแนน) มีอาการโรคข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง (20-29 คะแนน) เริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อม (30-39 คะแนน) และยังไม่พบอาการผิดปกติ (40-48 คะแนน) 3) แบบคัดกรองภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis Self-Assessment Tool for Asians) เป็นการประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคกระดูกพรุน และ 4) แบบประเมิน Frax score เป็นการประเมินความเสี่ยงของการเกิดกระดูกหัก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยข้อมูลกลุ่ม ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนข้อมูลต่อเนื่องใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุในการจัดการสุขภาพตนเองดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาสารคาม

พัฒนารูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุในการจัดการสุขภาพตนเองดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยใช้รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ จำนวน 2 คน พยาบาล จำนวน 1 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน แพทย์แผนไทย จำนวน 1 คน และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 1 คน ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis&McTaggart[13] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผลการปฏิบัติ ดังนี้

ขั้นวางแผน (Planning) ประกอบด้วย 1) ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเพื่อสะท้อนและกรอบพัฒนารูปแบบการบริการคลินิก และ 2) ประชุมวางแผนหารูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุในการจัดการสุขภาพตนเองดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาสารคาม

ขั้นปฏิบัติการ (Action) ผู้วิจัยดำเนินการตามรูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุในการจัดการสุขภาพตนเองดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาสารคาม ประกอบด้วย A: Assess การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ C: Co-operation การทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพร่วมกันดูแล/บริการ T: Telenursing การติดตามอาการทางโทรศัพท์และให้ความรู้ S: Service การให้บริการ O: Outcome พฤติกรรมการจัดการตนเองโรคข้อเข่าเสื่อม และ A: Ability การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและแนะนำผู้สูงอายุคนอื่นหรือบอกต่อได้

ขั้นสังเกต (Observation) ผู้วิจัยทำการสังเกตการณ์ เพื่อรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานในระหว่างการดำเนินงานในแต่ละช่วงเวลาของกิจกรรมการให้บริการ

ขั้นสะท้อนผลข้อมูลและปรับปรุง (Reflection) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตการณ์ในขั้นตอนที่ 3 มาวิเคราะห์ สรุปประเด็นปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ เพื่อทบทวนสถานการณ์และปรับแต่งกระบวนโดยจัดประชุมกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องวิเคราะห์ปัญหาข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้น เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน นำข้อมูลไปปรับกิจกรรมรูปแบบการบริการ

ระยะที่ 3 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุสำหรับการจัดการสุขภาพตนเองดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาสารคาม

การวิจัยระยะนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุที่มีข้อเข่าเสื่อมที่มารับบริการ คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยกำหนดลักษณะของประชากร ดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 2) เพศหญิงและเพศชาย 3) มีระดับความรู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารตอบคำถามได้ 4) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยข้อเข่าเสื่อม และ 5) มีความยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้สูตรคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยกึ่งทดลองที่เป็นอิสระต่อกันสำหรับงานวิจัยกึ่งทดลอง การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยใช้โปรแกรม G*Power ใช้ Testfamily เลือก Mean: Difference between two independentmeans (Two groups) เลือกการทดสอบทางเดียว กำหนดอำนาจทดสอบ (power of test) ที่ 0.80 กำหนดความเชื่อมั่นที่ 0.05 และขนาดอิทธิพลของสิ่งที่ต้องการศึกษา (effectsize) เท่ากับ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 26 คน และทดแทนการคัดออกในอัตราร้อยละ 10 คิดเป็น 4-5 คน จึงได้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน[15] สำหรับเกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการมองเห็นและการได้ยิน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย

1) รูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุสำหรับการจัดการสุขภาพตนเองดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาสารคาม ประกอบด้วย A: Assess การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ C: Co-operation การทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพร่วมกันดูแล/บริการ T: Telenursing การติดตามอาการทางโทรศัพท์และให้ความรู้ S: Service การให้บริการ O: Outcome พฤติกรรมการจัดการตนเองโรคข้อเข่าเสื่อม และ A: Ability การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและแนะนำผู้สูงอายุคนอื่นหรือบอกต่อได้ ผู้วิจัยพัฒนาจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และประชุมวางแผนพัฒนารูปแบบการบริการร่วมกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ท่าทางที่ทำประจำในการดำเนินชีวิต ประวัติการได้รับบาดเจ็บที่ข้อเข่า การรักษาที่ได้รับ และวิธีการจัดการความปวดด้วยตนเอง โดยลักษณะคำถามเป็นการเลือกตอบและเติมคำ

2) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการการป้องกันและควบคุมโรคข้อเข่าเสื่อม โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการอาการปวด การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การใช้ยา การจัดการความเครียด จำนวน 30 ข้อ โดยข้อคำถามนี้เป็นลักษณะมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือกเท่านั้น โดยตัวเลือก ปฏิบัติสม่ำเสมอ จะได้ 4 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลย จะได้ 1 คะแนน ตามลำดับ คะแนนรวมจะอยู่ระหว่าง 17 ถึง 68 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการการป้องกันและควบคุมโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของอุดมพร กาฬภักดี และคณะ[16] ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านข้อเข่าเสื่อม จำนวน 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยกระดูก จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน และผ่านการหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายแล้วนำข้อมูลมาตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านพฤติกรรมการจัดการการป้องกันและควบคุมโรคข้อเข่าเสื่อม ทำการเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมที่พัฒนาขึ้น โดยตัวแปรต่อเนื่องเป็นค่าคะแนน ทดสอบการแจกแจงข้อมูล กรณีมีการแจกแจงปกติ ทำการเปรียบเทียบข้อมูลด้วย Paired t-test และกรณีมีการแจกแจงไม่ปกติ ทำการทดสอบด้วย Mann-Whitney U test

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ 66-01-107 ออกให้วันที่ 22 ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยได้ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยขอความร่วมมือและชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้รับทราบอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

ผลการศึกษาวิจัย

1. สถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาสารคาม

1.1 ข้อมูลด้านผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ

จากการศึกษาสถานการณ์ พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองข้อเข่าเสื่อมที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ จำนวน 25 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.0 มีอายุเฉลี่ย 72.8 ปี มีปัญหาการมองเห็น ร้อยละ 84.0 มีความเสี่ยงกระดูกพรุน ร้อยละ 88.0 และมีความเสี่ยงหกล้ม ร้อยละ 72.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เข้ามารับบริการในคลินิกชวนชม (n=25)

ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	11	44.0
- หญิง	14	56.0
อายุ ($\overline{X}$ = 72.8, SD = 4.3)		
- 60-70 ปี	9	36.0
- 70-80 ปี	9	36.0
- > 80 ปี	7	28.0
ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CVD risk score)		
- คะแนน 0-9 (ความเสี่ยงต่ำ)	0	0.0
- คะแนน 10-19 (ความเสี่ยงปานกลาง)	2	8.00
- คะแนน 20-29 (ความเสี่ยงสูง)	13	52.0
- คะแนน 30 ขึ้นไป (ความเสี่ยงสูงมาก)	10	40.0
การมองเห็น: Snellen Chart		
- ปกติ	4	16.0
- ผิดปกติ	21	84.0
ประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคกระดูกพรุน (OSTA)		
- ความเสี่ยงต่ำ	3	12.0
- ความเสี่ยงปานกลาง	11	44.0
- ความเสี่ยงสูง	11	44.0
โอกาสเสี่ยงของการเกิดกระดูกหัก (FRAX Score)		
- โอกาสกระดูกตำแหน่งที่สำคัญหัก ร้อยละ <20	9	36.0
- โอกาสกระดูกตำแหน่งที่สำคัญหัก ร้อยละ ≥20	16	64.0
- โอกาสกระดูกสะโพกหัก ร้อยละ <3	18	72.0
- โอกาสกระดูกสะโพกหัก ร้อยละ ≥3	7	28.0
ประเมินภาวะเข่าเสื่อม (Oxford knee score)		
- 0-19 คะแนน (ระดับรุนแรง)	2	8.0
- 20-29 คะแนน (ระดับปานกลาง)	16	64.0

ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
- 30-39 คะแนน (เริ่มมีอาการ)	7	28.0
- 40-48 คะแนน (ยังไม่พบอาการผิดปกติ)	0	0.0
ประเมินภาวะหกล้ม: (Time up and Go Test)		
- ≤12 วินาที	7	28.0
- ≥12 วินาที	18	72.0

1.2 ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดการข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาสารคาม จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง สามารถสรุปได้ ดังนี้

1) ด้านผู้สูงอายุและผู้ดูแล พบว่า (1) ต้องการให้ช่วยลดอาการปวด เนื่องจากผู้สูงอายุยังมีอาการปวดข้อเข่า ทั้งใช้ยาและไม่ใช้ยา (2) ช่วยกระตุ้นเตือนในการรับประทานยา มาตามนัด การออกกำลังกาย จากปัญหาที่ผู้สูงอายุลืมกินยา และบางรายยังมีอาการ ยังไม่หายหาด จึงต้องการให้มีการติดตามอาการต่อเนื่อง และ (3) ช่วยเหลือบริการเมื่อมารับบริการที่คลินิก ความสะดวกสบายในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาล ดังคำกล่าวที่ว่า “ยายได้ยามากิน แล้วเวียนหัวมาก ไม่รู้จะทำอย่างไร จึงหยุดกินยา และเอายามาคืนคุณหมอ” และ “อยากให้คุณหมอโทรมาถามข่าว เตือนกินยา การออกกำลังกาย และเตือนวันนัด”

2) ด้าน อสม. พบว่า (1) ขณะที่ช่วยนำผู้สูงอายุที่มีข้อเข่าเสื่อมไปรับบริการที่โรงพยาบาลมีหลายขั้นตอนและต้องใช้เวลารอนานในแต่ละขั้น ร่วมกับ อสม. ที่พาไปมีจำนวนน้อย ต้องการระบบการดูแลที่ครบวงจร ภายหลังจากการเข้ารับบริการที่คลินิก การบริการที่ครอบคลุมจุดเดียว ตั้งแต่เข้าจุดรับบริการแรกที่คลินิก จนกระทั่งสิ้นกระบวนการเข้าตรวจรักษาที่คลินิก และ (2) ต้องการให้เข้าถึงบริการที่สะดวก รวดเร็ว สะดวกต่อการเข้ารับบริการ ไม่ต้องรอคิว หรือให้ส่งต่อการรักษาที่เหมาะสม

3) ด้านบุคลากร พบว่าต้องการระบบที่ช่วยติดตามอาการผู้สูงอายุที่ข้อเข่าเสื่อม สะดวก ง่ายต่อการให้บริการ ให้คำแนะนำ ในการปฏิบัติตัวและกระตุ้นเตือนในการรับประทานยา

4) ด้านระบบบริการและเทคโนโลยี พบว่าผู้สูงอายุลืมกินยาและบางรายยังมีอาการ ยังไม่หายขาด จึงต้องการให้มีการติดตามอาการต่อเนื่อง เช่น โทรศัพท์ติดตามอาการและปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

จากการรวบรวมข้อมูลปัญหาและความต้องการข้างต้น สามารถสรุปได้ ดังนี้

1) ด้านการจัดการอาการปวด เนื่องจากผู้สูงอายุยังมีอาการปวดข้อเข่า ต้องการให้ช่วยบรรเทาอาการปวด ทั้งใช้ยาและไม่ใช้ยา

2) ด้านการติดตามอาการ จากปัญหาที่ผู้สูงอายุลืมกินยา และบางรายยังมีอาการ ยังไม่หายขาด จึงต้องการให้มีการติดตามอาการต่อเนื่อง อาจจะลงเยี่ยมในชุมชน หรือโทรศัพท์ติดตามอาการและปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

3) ด้านระบบการดูแลที่ครบวงจร ภายหลังจากการเข้ารับบริการที่คลินิก พบว่ามีการดูแลช่วยเหลือเป็นอย่างดีแต่ยังต้องรับบริการหลายจุด เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อเข่าเคลื่อนไหวลำบาก จึงต้องการการบริการที่ครอบคลุมจุดเดียว ตั้งแต่เข้าจุดรับบริการแรกที่คลินิก จนกระทั่งสิ้นกระบวนการเข้าตรวจรักษาที่คลินิก

4) ด้านการเข้าถึงบริการที่สะดวก รวดเร็ว ผู้สูงอายุและอาสาสมัครที่นำส่ง อยากให้มีระบบการดูแลที่สามารถเข้าถึงบริการรวดเร็ว สะดวกต่อการเข้ารับบริการ ไม่ต้องรอคิว หรือให้ส่งต่อการรักษาที่เหมาะสม

2. การพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุสำหรับการจัดการสุขภาพตนเองดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาสารคาม ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 5A (หลัก 5A)

การดูแลร่วมกับการประเมินผู้สูงอายุทุกราย ประกอบด้วย 1) Assess: การประเมินผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุทุกรายที่เข้ารับบริการที่คลินิกจะได้รับการประเมินปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุ และประเมินการรับรู้เรื่องความสามารถและการจัดการสุขภาพตนเอง 2) Advise: การให้คำแนะนำด้านสุขภาพ เช่น ความเสี่ยง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสังเกตอาการการจัดการอาการอย่างถูกต้องและเหมาะสม 3) Agree: ตกลงบริการ เป็นการตกลงเป้าหมายร่วมกันในการจัดการสุขภาพตนเอง และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุจัดทำแผนการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-managementplan) 4) Assist: ให้การช่วยเหลือ โดยสอนสาธิต ฝึกทักษะให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุที่บ้านผ่านการสื่อสารทางเทคโนโลยี เช่น การพยาบาลทางไกล และ 5) Arrange: ติดตามผล โดยติดตามการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ ให้เป็นไปตามแผนการจัดการสุขภาพตนเอง

องค์ประกอบที่ 2 C=Co-operation การทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล พยาบาลงานส่งเสริมสุขภาพพยาบาลประจำชุมชน/รพ.สต. นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีข้อเข่าเสื่อม

องค์ประกอบที่ 3 T=Telenursing การติดตามอาการทางโทรศัพท์ให้การพยาบาลด้วยระบบบริการพยาบาลทางไกล ทำการติดตามทางโทรศัพท์ติดตาม อาการปวดการรับประทานยาอาหารการออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติการมาตามนัด ได้แก่ ติดตาม 1 สัปดาห์ 2 สัปดาห์ และ 1 เดือนตามแพทย์นัด

องค์ประกอบที่ 4 S=Service การให้บริการ ประกอบด้วย 1) การให้บริการในคลินิกแรกรับตรวจรักษาให้บริการด้วยทีมสหวิชาชีพส่งต่อปรึกษาแผนกต่าง ๆ และ 2) การรับยา ใช้ตราประทับคลินิกชวนชมในใบสั่งยา ถือเป็นช่องทางด่วนในการรับยา

องค์ประกอบที่ 5 O=Outcome การประเมินผลหลังเข้ารับบริการ ประกอบด้วย 1) ระดับความปวดข้อเข่าลดลง (Pain score) 2) พฤติกรรมการจัดการตนเองโรคข้อเข่าเสื่อมดีขึ้น 3) ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมลดลง (Oxford knee score) และ 4) คะแนนความพึงพอใจในการรับบริการในคลินิกชวนชมเพิ่มขึ้น

องค์ประกอบที่ 6 A=Ability การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและแนะนำผู้สูงอายุคนอื่นหรือบอกต่อได



รูปที่ 1 รูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองดูแลโรคข้อเข่าเสื่อม “5ACTS OA” ในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาสารคาม

3. ประสิทธิผลของรูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุสำหรับการจัดการสุขภาพตนเองดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาสารคาม

หลังการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ระยะเวลา 1 เดือน พบว่าข้อมูลทั่วไปส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.0 อายุเฉลี่ย 70.0 ปี มีค่าดัชนีมวลกาย 23.0 – 24.9 ร้อยละ 77.0 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 73.0 ท่าทางที่ทำประจำในการดำเนินชีวิตคือเดินนาน ๆ ร้อยละ 97.0 อายุที่เริ่มปวดเข่าครั้งแรกเฉลี่ย 65.6 ปีระยะเวลาที่เริ่มเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมเฉลี่ย 4.1 ปี การรักษาที่ได้รับคือการรับประทานยา ร้อยละ 100.0 และวิธีการจัดการปวดด้วยตนเองคือการประคบเย็น ร้อยละ 100.0

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	6	20.0
- หญิง	24	80.0
อายุ ($\bar{X}$ =70.0, SD=6.4)		
- 60-70 ปี	15	50.0
- 70-80 ปี	14	47.0
- > 80 ปี	1	3.0
ดัชนีมวลกาย		
- < 18.5	1	3.0
- 18.5-22.9	6	20.0
- 23.0-24.9	23	77.0
สถานภาพ		
- คู่	22	73.0
- หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	8	27.0
ท่าทางที่ทำประจำในการดำเนินชีวิต (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
- ยืนนาน ๆ	26	87.0
- เดินนาน ๆ	29	97.0
- ขึ้นลงบันไดบ่อย ๆ	1	3.0
- แบก/ยก/หิ้วของหนัก	27	90.0
- นั่งงอเข่า/เก้าอี้เตี้ย ๆ	7	23.0
- นั่งพับเพียบ/ขัดสมาธิ	24	80.0
- ประวัติการได้รับบาดเจ็บที่ข้อเข่า	3	10.0
อายุที่เริ่มปวดเข่าครั้งแรก ($\bar{X}$ =65.6, SD=6.7)	5	17.0
- < 60 ปี	19	63.0
- 60-70 ปี	5	17.0
- 70-80 ปี	1	3.0
- > 80 ปี		

ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เริ่มเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ($\overline{X}$ = 4.11, SD=2.85)		
- < 1 ปี	4	13.0
- 1-3 ปี	9	30.0
- 4-6 ปี	9	30.0
- > 6 ปี	8	27.0
การรักษาที่ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
- รับประทานยา	30	100.0
- ฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ	3	10.0
- ฉีดยาเข้าข้อเข่า	6	20.0
- ยาทาแก้ปวด	21	70.0
- กายภาพบำบัด	15	50.0
- แพทย์แผนไทย	15	50.0
วิธีการจัดการความปวดด้วยตนเอง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
- ประคบร้อน	5	17.0
- ประคบเย็น	30	100.0
- พักผ่อนอยู่เฉย ๆ	28	93.0
- ใช้สมุนไพรประคบ	7	23.0
- นวดแผนโบราณ	1	3.0

จากการศึกษาพฤติกรรมการจัดการป้องกันและควบคุมโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองดูแลโรคข้อเข่าเสื่อม “5ACTS OA” ในผู้สูงอายุ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการป้องกันและควบคุมโรคข้อเข่าเสื่อมหลังพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนา โดยก่อนพัฒนามีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการป้องกันและควบคุมโรคข้อเข่าเสื่อมเท่ากับ 3.05 และหลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการป้องกันและควบคุมโรคข้อเข่าเสื่อมเท่ากับ 3.3 ตามลำดับ ดังตาราง 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการป้องกันและควบคุมโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองดูแลโรคข้อเข่าเสื่อม “5ACTS OA” ในผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการจัดการป้องกันและควบคุมโรคข้อเข่าเสื่อม	Median	IQR	p-value
ด้านการจัดการทางการแพทย์			
- ก่อน	2.9	2.7-3.1	
- หลัง	3.2	2.8-3.6	
ด้านการจัดการกับบทบาท			
- ก่อน	3.0	2.9-3.6	
- หลัง	3.0	3.0-3.3	

พฤติกรรมการจัดการป้องกันและควบคุมโรคข้อเข่าเสื่อม	Median	IQR	p-value
ด้านการจัดการด้านอารมณ์			
- ก่อน	3.2	2.8-3.6	
- หลัง	4.0	4.0-4.0	
ภาพรวม			
- ก่อนพัฒนา	3.0	2.9-3.2	<0.001
- หลังพัฒนา	3.3	3.0-3.6	

อภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ

จากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองข้อเข่าเสื่อมที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุส่วนมากมีความเสี่ยงกระดูกพรุน ร้อยละ 100.0 มีความเสี่ยงกระดูกพรุนในระดับปานกลางถึงสูง ร้อยละ 88.0 และผลการประเมินระดับความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม พบว่าเริ่มมีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมควรได้รับคำแนะนำจากศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกระดูกและข้อเรื่องการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ร้อยละ 28.0 นอกจากนี้เมื่อศึกษาปัญหาและความต้องการ พบว่าต้องการให้จัดการอาการปวดติดตามอาการต่อเนื่องการจัดบริการให้สามารถเข้าถึงบริการที่สะดวกรวดเร็ว และให้มีระบบการ ดูแลที่ครบวงจร สอดคล้องกับการศึกษาของสมลักษณ์ หนูจันทร์[17] ศึกษาบริบท และสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพพัฒนาและศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม โดยชุมชนมีส่วนร่วม เขตรับผิดชอบของ รพ.สต. โนนสะอาด อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่าปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุและบริบทการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดผู้ดูแลและยังมีภาระต้องรับผิดชอบคือเลี้ยงหลานและเฝ้าบ้าน แต่ผู้สูงอายุบางส่วนต้องออกไปทำงานรับจ้างในหมู่บ้านเดียวกันเพื่อนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในครอบครัว ถ้ามีอาการเจ็บปวดบางส่วนซื้อยามากินเองและฉีดยาตามคลินิก บางส่วนไปหาหมอนวดเพื่อบรรเทาอาการปวด สาเหตุที่เป็นความเสี่ยงต่อการปวดเข่ามาก คือ อิริยาบถที่ไม่เหมาะสม เช่น มักนั่งพับเข่าเป็นเวลานาน ๆ นั่งพับเข่าบนพื้นบ้านเวลารับประทานอาหาร/ทำงานบ้าน ถูบ้าน ซักผ้า ดายหญ้า นั่งยองเวลาทำงานบ้าน หรือเข้าห้องน้ำ และมักยืนติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ ทำให้มีอาการปวดเข่ามากยิ่งขึ้น จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวจึงต้องให้ความสำคัญกับการป้องกันและจัดการอาการปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุจึงควรมีการพัฒนารูปแบบการบริการต่อไป

2. รูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุสำหรับการจัดการสุขภาพตนเองดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ

รูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองดูแลโรคข้อเข่าเสื่อม “5ACTS OA” ในผู้สูงอายุ ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย กิจกรรมการส่งเสริมการปรับตัวด้านการแพทย์ ด้านการจัดการกับบทบาท และด้านการจัดการกับอารมณ์ ซึ่งสามารถส่งเสริมการปรับพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ปัญหาข้อเข่าเสื่อมได้สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer ที่เชื่อว่าเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างสุขภาพให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับโรคเรื้อรังด้วยการจัดการควบคุมโรค ซึ่งผู้ป่วยและบุคลากรทางด้านสุขภาพ ควรต้องมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และกระทำพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีตลอดชีวิต[12] และสอดคล้องกับการศึกษาของพวงเพ็ชร สมทรัพย์สิน และคณะ[18] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer มาพัฒนาโปรแกรมการจัดการ

ตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผลพบว่าผู้ป่วยภายหลังที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น

3. ประสิทธิผลของรูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุสำหรับการจัดการสุขภาพตนเองดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ

รูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองดูแลโรคข้อเข่าเสื่อม “5ACTS OA” ในผู้สูงอายุ หลังการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ พบว่าช่วยทำให้การจัดการป้องกันและควบคุมโรคข้อเข่าเสื่อมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ครอบคลุมการประเมินคัดกรอง ส่งเสริม ป้องกัน รวมถึงการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ กิจกรรมประกอบด้วย การประเมินผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุทุกราย ประเมินปัญหาและความต้องการของความสามารถและการจัดการสุขภาพตนเอง การให้คำแนะนำด้านสุขภาพ การให้บริการที่ครบวงจร การช่วยเหลือ สอนสาธิต ฝึกทักษะให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุที่บ้านผ่านการสื่อสารทางเทคโนโลยี และการติดตามผล โดยติดตามการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุให้เป็นไปตามแผนการจัดการสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของละมัย หงษา และธิดารัตน์ อุทก[19] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านบริการพยาบาลทางไกลในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เป็นโรคเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหลังได้รับการบริการพยาบาลทางไกลมีความมั่นใจในการปฏิบัติเพิ่มขึ้น และพฤติกรรมการจัดการตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุม จะเห็นได้ว่าการพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีข้อเข่าเสื่อมด้วยระบบบริการพยาบาลทางไกลเพื่อการจัดการสุขภาพตนเอง นอกจากจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการยังช่วยให้พฤติกรรมการจัดการปัญหาได้อย่างมั่นใจและดีขึ้น

สรุปผลการศึกษา

สถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นสถานการณ์ที่บ่งบอกถึงปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องดูแล เช่น การแก้ปัญหาการจัดการอาการปวด การติดตามอาการ เป็นต้น ซึ่งรูปแบบการบริการควรเป็นรูปแบบที่ครอบคลุมและที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการปัญหาข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการนำรูปแบบไปใช้

1. ผู้ที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุสามารถนำรูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุที่มีข้อเข่าเสื่อมไปใช้ในหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุอื่นได้ เช่น รพ.สต. คลินิกพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น จะสามารถเป็นแนวทางในการดูแลส่งเสริมการปรับพฤติกรรมในการจัดการป้องกันและควบคุมโรคข้อเข่าเสื่อมได้

2. บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำรูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุที่มีข้อเข่าเสื่อมในด้านการบริการตรวจรักษา การประเมินความเสี่ยงข้อเข่าเสื่อม ประเมินความรุนแรงข้อเข่าเสื่อม และการให้คำแนะนำพฤติกรรมการดูแลตนเอง การติดตามเยี่ยม โดยการประยุกต์ใช้ความรู้ให้เหมาะกับบริบทของกลุ่มอื่นที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ผู้วิจัยในการศึกษาหน้าควรมีการศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการบริการที่ใช้แนวคิดการจัดการตนเองกับบริบทการให้บริการอื่น ๆ

2. ผู้วิจัยในการศึกษาหน้าควรมีการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการป้องกันชะลอข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุในรูปแบบอื่น ๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ชวิศ เมธาบุตร. การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอชุมพวงจังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(3):969–985.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สถิติผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอายุ 60 ปีขึ้นไปในปี 2560 ถึง 2563.[อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://experts.in.th/health/thai-osteoarthritis
3. มนชยา ทองดี และถนอม นามวงศ์. ศึกษาการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มกรณีศึกษาตำบลดู่ทุ่ง อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566;32(1):73–83.
4. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทวงสาธารณสุข. รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : บทเรียนจากพื้นที่ต้นแบบคลินิกผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : บริษัท อิส ออกัส จำกัด; 2560.
5. กรมกิจการผู้สูงอายุ. “สถานการณ์ผู้สูงอายุ”.[อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก https://www.dop.go.th/th/know/1
6. สำนักงานสถิตจังหวัดมหาสารคามสำนักงานสถิตแห่งชาติกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลังในโลกของ “สังคมผู้สูงอายุ”.[อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก https://mahasarakham.nso.go.th/
7. วิศรุดา ตีเมืองซ้าย. การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2567;21(1):122 –136.
8. กฤติยา ชาสุวรรณ, จีราพร ทองดี, เนตรนภา พันเล็ก และวัลภา ดิษสระ. การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2565;5(2):14 – 27.
9. ใหมมูน๊ะสังขาว และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2563;(40(1):84 – 100.
10. กันยนา มีสารภี, ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์ และโรจนี จินตนาวัฒน์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมระยะที่ 3. วารสารรามาธิบดีเวชศาสตร์. 2565;28(3): 353 – 369.
11. พิมพ์ใจ เหลืองอ่อนและกัลยาณี นาคฤทธิ์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดย ใช้ Tele-nursing โรงพยาบาลระนอง. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2563;6(2): e265471-e265471.
12. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.แนวทางการจัดระบบบริการพยาบาลทางไกลในผู้สูงอายุที่บานด้วยการจัดการสุขภาพตนเอง. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: www.don.go.th
13. Kemmis&Stephen. The Action Research Planner. Springer e-Books. 2014: n. pag. Print.
14. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564. 2564; กรุงเทพ: บริษัท ณจันตา ครีเอชั่น จำกัด

15. บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. ขนาดอิทธิพลการวิเคราะห์อำนาจการคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมโดยใช้โปรแกรม G*Power. 2563; กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
16. อุดมพร กาฬภักดี, ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ, พัชราพร เกิดมงคล และทัศนีย์ รวิวรกุล. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จังหวัดอ่างทอง.วารสารสุขศึกษา. 2563; 43(1):100-112.
17. สมลักษณ์ หนูจันทร์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชนมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสะอาด อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน. 2562;2(1): 153 – 162.
18. พวงเพ็ชร สมทรัพย์สิน และชวนพิศ ทำนอง. ผลโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2555;30(4): 88 – 95.
19. ละมัย หงษา และธิดารัตน์ อุทก. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านบริการพยาบาลทางไกลในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เป็นโรคเบาหวาน. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2566; 4(3):256 – 267.