MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

Development of an osteoarthritis management model among the elderly in Mueang District, Mahasarakham

ประสงค์ ชั้วจำเริญ[1*], วิศรุดา ตีเมืองซ้าย[1], รัศมี เกตุธานี[2] , พวงแก้ว สาระโภค[3]

Prasong Chuachamroen[1*], Wisaruda Teemueangsai[1], Rutsamee Ketetanee[2]

Puangkaew Sarapoke[3]

[1*]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 44000

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 44000

[2]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลกระดูกและข้อ โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 44000

[3]วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จังหวัดมหาสารคาม 44000

[1*]Registered Nurse, Professional, Level Section of Health ServicesMahasarakham Hospital Maha Sarakham Province 44000

[1]Registered Nurse, Senior Professional Level, Section of Health ServicesMahasarakham Hospital Maha Sarakham, Province 44000

[2]Registered Nurse, Senior Professional Level, Orthopedic Nursing Department Mahasarakham Hospital, Mahasarakham Province 44000

[3]Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute. Maha Sarakham Province 44000

Corresponding Author: E-mail: advisory149@yahoo.com

Received: 30 October 2025 Revised: 9 December 2025 Accepted: 13 December 2025

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : การวิจัยครั้งนี้มุ่งพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยเน้นการเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพและยั่งยืน

รูปแบบวิจัย : การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการในอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างวันที่ 13 มกราคม ถึงวันที่ 20 มิถุนายน 2568 กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 160 คน คัดกรองด้วยแบบประเมิน Oxford Knee Score และ Modified WOMAC Score การดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์และบริบทของผู้สูงอายุในชุมชนผ่านแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม เพื่อสำรวจพฤติกรรม ปัญหา และความต้องการ 2) พัฒนารูปแบบส่งเสริม

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

การจัดการตนเองโดยจัดกิจกรรมกลุ่มแบบมีส่วนร่วมระยะเวลา 4 สัปดาห์ ประกอบด้วยการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ และการสะท้อนประสบการณ์ ดำเนินการโดยพยาบาลเวชปฏิบัติและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 3) ทดลองใช้และประเมินผลโดยเก็บข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมด้วยแบบสอบถามด้านความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และการจัดการตนเอง รวมทั้งสัมภาษณ์เชิงลึก และติดตามผลภายหลัง

ผลการศึกษา : ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.62) อายุระหว่าง 60–79 ปี ผลการคัดกรองพบว่าร้อยละ 33.75 มีอาการข้อเข่าเสื่อมระดับเริ่มต้น และร้อยละ 9.37 อยู่ในระดับปานกลาง หลังการใช้รูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมที่พัฒนาขึ้นใน 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) การประเมินและคัดกรองอาการข้อเข่าด้วย OKS และ WOMAC (2) การเสริมพลังผู้สูงอายุผ่านการให้ความรู้ การออกกำลังกายเฉพาะข้อเข่าและการปรับพฤติกรรมสุขภาพ (3) การดูแลแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลเวชปฏิบัติ อสม. และครอบครัวเพื่อสนับสนุนการติดตามต่อเนื่อง และ (4) ระบบติดตามความก้าวหน้าและประเมินผลซ้ำ ผลลัพธ์หลังดำเนินรูปแบบพบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง ความสามารถในการใช้ข้อเข่าและคะแนน OKS/WOMAC ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ พร้อมทั้งมีอาการปวดลดลงและมีความมั่นใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

สรุปผลการศึกษา : รูปแบบที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเองและใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ กระบวนการมีส่วนร่วมและการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนเอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน รูปแบบนี้จึงสามารถประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมในบริบทอื่น ๆ ได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : โรคข้อเข่าเสื่อม, ผู้สูงอายุ, การจัดการสุขภาพชุมชน

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

ABSTRACT

Objective : This research aimed to develop an osteoarthritis management model for the elderly in Mueang District, Mahasarakham Province, emphasizing the enhancement of self-care capabilities to enable them to maintain their daily living with quality and sustainability

Methods : This research is action research conducted in Mueang District, Maha Sarakham Province, from 13 January to 20 June 2025. The participants were 160 older adults aged 60 years and above, screened using the Oxford Knee Score and the Modified WOMAC Score. The research was implemented in three phases: (1) a situational and contextual assessment through questionnaires, interviews, and focus group discussions to identify behaviors, problems, and needs; (2) development of a self-management promotion model through a four-week participatory group activity program that included health education, practice sessions, and reflective learning, facilitated by a nurse practitioner and village health volunteers; (3) implementation and evaluation of the model using pre-and post-intervention assessments of knowledge, health behaviors, and self-efficacy, together with in-depth interviews and follow-up evaluations.

Result : Most participants were female (80.62%), aged 60–79 years. Screening results indicated that 33.75% had early-stage osteoarthritis, and 9.37% were at a moderate level. After participating in the activities, the elderly showed improved self-care behaviors, such as exercising, eating a proper diet, weight management, and correct medication usage. Levels of knowledge and self-efficacy increased, symptom severity significantly decreased, and participants expressed satisfaction with the care model received.

Conclusion : The developed model based on the self-management concept and participatory learning processes effectively promoted health behaviors and significantly enhanced the self-care capabilities of the elderly. The participatory process and operational consistency with the community context foster sustainable change. Therefore, this model can be appropriately applied to promote the health of elderly individuals with osteoarthritis in other contexts.

Keywords : Knee osteoarthritis, elderly, community healthcare management

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก[1]คาดการณ์ว่า ภายในปี 2573 ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกจะมีมากกว่า 1.4 พันล้านคน ซึ่งหมายถึงการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) หนึ่งในปัญหาสำคัญด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่น่ากังวล คือ โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis: OA) ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดจากการเสื่อมของกระดูกอ่อนข้อและเนื้อเยื่อรอบข้อ นำไปสู่อาการปวด บวม ฝืดข้อ และสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว

โรคข้อเข่าเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยข้อมูลจาก Hawker GA และ Silverwood และคณะ ชี้ว่าปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุ ภาวะโภชนาการและดัชนีมวลกาย (BMI) ที่สูง[2-3] การใช้งานข้อในท่าทางที่ผิด เช่น การนั่งพับเพียบหรือนั่งยอง การทำงานที่ใช้แรงกายซ้ำ ๆ และปัจจัยทางพันธุกรรม Bannuru RR และคณะ พบว่าผู้ที่มี BMI สูงกว่ามาตรฐานมีความเสี่ยงเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมสูงกว่าคนทั่วไปถึง 4 เท่า[4] และยังมีอัตราความพิการจาก OA เพิ่มขึ้นร้อยละ 30 ภายในระยะเวลา 10 ปี

ในประเทศไทย จังหวัดมหาสารคาม เป็นจังหวัดที่มีประชากรผู้สูงอายุสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ[5] ระบุว่า มีประชากรทั้งหมด 666,729 คน ในจำนวนนี้ 167,216 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 25.08 เป็นผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมืองมหาสารคามมีผู้สูงอายุ 25,633 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 21.87 ของประชากรทั้งหมด และจากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในปี 2565–2567 โดยหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ พบว่าอัตราการพบภาวะข้อเข่าเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยอยู่ที่ร้อยละ 3.72, 6.09 และ 2.76 ตามลำดับ โดยเฉพาะในชุมชนที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพและขาดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง[6]

จากการศึกษาบริบทพื้นที่ พบว่า พฤติกรรมของผู้สูงอายุในมหาสารคาม เช่น การนั่งพับเพียบการทำงานทำนา ทำไร่ การใช้แรงงานหนัก และการขาดการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิด OA เร็วขึ้นและรุนแรงขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุจำนวนมากยังมีความเชื่อผิด ๆ เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เช่น การไม่กล้าเคลื่อนไหวเมื่อปวดข้อ หรือการใช้สมุนไพรพื้นบ้านโดยขาดคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพเพิ่มขึ้นแม้จะมีแนวทางการรักษาที่แนะนำ ได้แก่ การใช้ยา กายภาพบำบัด การออกกำลังกาย และการเปลี่ยนพฤติกรรม แต่ในทางปฏิบัติยังพบปัญหาหลายประการ เช่น การขาดบุคลากรด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูในพื้นที่ชนบท การเข้าถึงบริการล่าช้า และการขาดองค์ความรู้ด้านการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง นอกจากนี้ ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิยังขาดกลไกการบูรณาการข้อมูล การคัดกรอง และติดตามผู้ป่วย OA อย่างมีประสิทธิภาพ

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

ผลการสำรวจจากกรมอนามัยระบุว่า ผู้สูงอายุในพื้นที่ห่างไกลเข้าถึงบริการเฉพาะทางได้ช้ากว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองถึงร้อยละ 30 และมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากข้อเข่าเสื่อม เช่น การหกล้มซ้ำซ้อนหรือข้อเข่าผิดรูปเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ยังขาดทักษะในการประเมินอาการข้อเข่าเสื่อมและให้คำแนะนำที่เหมาะสม ส่งผลให้การดูแลไม่ต่อเนื่องและไม่สามารถจัดการโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ[7] ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนจึงมีความจำเป็น โดยต้องอาศัยการบูรณาการระหว่างพยาบาลเวชปฏิบัติ อสม. และผู้สูงอายุเอง แนวทางหนึ่งที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล คือการใช้แนวคิด Self-management ของ Lorig & Holman ร่วมกับ Chronic Care Model (CCM) ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน[8] การสนับสนุนการจัดการตนเอง และการจัดบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน[9-10]

นอกจากนี้ ในบริบทของชุมชน ยังพบการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เช่น การใช้สมุนไพรประคบเข่า ได้แก่ ไพล เถาวัลย์เปรียง และขมิ้นชัน ซึ่งมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาช่วยลดอาการปวดและอักเสบของข้อ จากการศึกษาโดย ศศิณัฏฐ์ ศรีโรจน์ พบว่า การใช้สารสกัดไพลสามารถลดอาการปวดข้อและเพิ่มการเคลื่อนไหวได้อย่างมีนัยสำคัญ[11] ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม อย่างไรก็ตาม การใช้สมุนไพรเหล่านี้ยังขาดระบบสนับสนุนด้านความรู้และกลไกติดตามความปลอดภัยจากระบบสุขภาพหลัก จึงมีความจำเป็นต้องบูรณาการการใช้สมุนไพรไทยอย่างปลอดภัยในแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

จากผลการสนทนากลุ่มในพื้นที่ศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพร้อมในการดูแลตนเองหากได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสม โดยเฉพาะการฝึกท่าบริหารข้อเข่าเฉพาะทาง การปรับพฤติกรรมการนั่งและการใช้สมุนไพรร่วมกับการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม[12] นอกจากนี้อสม. ที่ผ่านการอบรมยังสามารถเป็นผู้ช่วยในการสื่อสาร ปรึกษา และติดตามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ[12]

จากปัญหาดังกล่าว จึงเป็นที่มาของการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยเน้นความครอบคลุมทั้งด้านพฤติกรรมสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น (สมุนไพร) ควบคู่กับการสร้างบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติและอสม. เพื่อให้เกิดระบบดูแลสุขภาพที่เข้มแข็งในระดับชุมชนและสามารถประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยอาศัยแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) [13] ดังนี้

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา (Content Scope) เป็นการศึกษาสถานการณ์ ความรุนแรง พฤติกรรมสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม พร้อมทั้งพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน โดยมุ่งเน้นองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม 2) การเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเอง 3) การบริหารข้อเข่าและการฟื้นฟูสมรรถภาพ 4) การบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น สมุนไพร และ 5) การมีส่วนร่วมของพยาบาลเวชปฏิบัติ และอสม.

2. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population & Sample Scope) แบ่งเป็นระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ผู้สูงอายุอายุ ≥ 60 ปี ในพื้นที่ศึกษา จำนวน 160 คน

ระยะที่ 2 พยาบาลเวชปฏิบัติ และอสม. ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ จำนวน 23 คน

ระยะที่ 3 ผู้สูงอายุที่มีคะแนน Oxford Knee Score 20–39 คะแนน จำนวน 69 คน ซึ่งเข้าร่วมการประเมินผลหลังพัฒนารูปแบบ

3. ขอบเขตด้านพื้นที่ (Area Scope) ดำเนินการในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ได้แก่ บ้านเชียงเหียน บ้านเขวา บ้านส่องนางใย ชุมชนธัญาวาส และชุมชนสามัคคี

4. ขอบเขตด้านเวลา (Time Scope) ดำเนินการระหว่างวันที่ 13 มกราคม ถึงวันที่ 20 มิถุนายน 2568 ครอบคลุมการสำรวจสถานการณ์ การพัฒนารูปแบบ การดำเนินกิจกรรม และการประเมินผล

ขั้นตอนการดำเนินงาน

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ของ Kemmis และ Mc Taggart[13] (1988) ประกอบด้วย 3 ระยะ ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยการกำหนดพื้นที่เป้าหมายในการศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม เพื่อสำรวจสัดส่วนและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุและการศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของบุคคลที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคามประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) การวางแผนการปฏิบัติงาน (P-Plan) 2) การลงมือปฏิบัติตามแผน (A-Action) 3) การติดตามสังเกตการณ์ (O-Observe) และ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (R-Reflect) ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลเพื่อสถานการณ์การโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ นำมาพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ และศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามระยะการวิจัยดังนี้

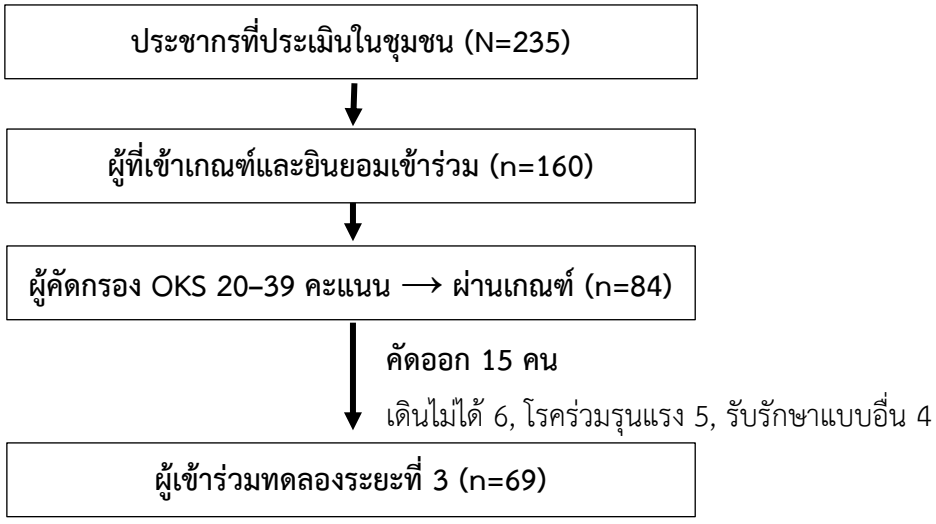
ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในเดือนมกราคม 2568 เป็นการสำรวจสถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ สำรวจ 5 ชุมชน ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ได้แก่

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

บ้านเชียงเหียน บ้านเขวา บ้านส่องนางใย ชุมชนธัญาวาส และชุมชนสามัคคี โดยคัดกรองความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score)[14] โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากตารางของ Krejcie & Morgan (1970) [15] มีประชากรทั้งหมด จำนวน 235 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 146 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 160 คน (n=160) กำหนดเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมวิจัย และเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม มีภาวะทุพลภาพ เสียชีวิต หรือย้ายถิ่นระหว่างการศึกษา

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยการสนทนากลุ่ม ประชากร เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติทั้งหมด และอสม. กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติและอสม. ในพื้นที่เป้าหมาย จำนวน 23 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง จำนวน 8 คน และอสม. ในเขตพื้นที่เป้าหมาย อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม (บ้านเชียงเหียน บ้านเขวา บ้านส่องนางใยชุมชนธัญาวาส และชุมชนสามัคคี) ชุมชนละ 3 คน และได้รับการเตรียมเป็นผู้ช่วยวิจัย รวม 15 คน

ระยะที่ 3 ระยะทดลองใช้รูปแบบ โดยเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากกลุ่มตัวอย่างจากระยะที่ 1 (n=160) ที่มีระดับคะแนนความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) ตั้งแต่ 20-39 คะแนน รวมกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 69 คน (n=69)



รูปที่ 1 Flow Diagram แสดงจำนวนผู้เข้าร่วมและการคัดเลือกตัวอย่าง

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ของประชากรกลุ่มเสี่ยงก่อนเข้าร่วมการศึกษา ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ (ปี) สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการผ่าตัดกระดูก โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย (BMI) และประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score)[14] เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2567 มีคำถามจำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อมีจำนวน 5 คำตอบ[6] มีลำดับค่าคะแนน 0-4 คะแนน ค่าคะแนน 0 หมายถึง มีอาการนั้นมากที่สุด และค่าคะแนน 4 หมายถึง ไม่มีอาการนั้นเลย หรือเป็นปกติ โดยคะแนนรวมทั้งหมดมีตั้งแต่ 0-48 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง (0-19 คะแนน) มีอาการโรคข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง (20-29 คะแนน) เริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อม (30-39 คะแนน) และยังไม่พบอาการผิดปกติ (40-48 คะแนน)

1.2 แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้วิจัยได้อิงกรอบแนวคิด Self-Management ของ Lorig & Holman[8]และทบทวนวรรณกรรมของงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น งานของจารุพร ไชยวงศา และคณะ ชี้ว่าการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมผ่านสื่อการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสามารถเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ[16] ข้อคำถามในแบบสอบถามได้รับการกลั่นกรองจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหาใน 4 ด้าน ได้แก่ ความรู้พื้นฐาน พฤติกรรมการออกกำลังกาย การใช้ยาและสมุนไพร และการจัดสิ่งแวดล้อมในชีวิตประจำวัน[17]

1.3 แบบประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นการประเมินผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อม ดำเนินการโดยใช้เครื่องมือ 5 ประเภท ดังนี้ 1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นแบบสอบถามแบบถูก-ผิด จำนวน 15 ข้อ ผู้ตอบได้คะแนนเต็ม 15 คะแนน โดย 1 คะแนนต่อคำตอบที่ถูกต้อง ใช้ประเมินระดับความรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 15 ข้อ เป็นมาตราประเมินแบบ 5 ระดับ (5=ปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์ ถึง 1=ไม่เคยปฏิบัติ) วิเคราะห์ผลโดยถ่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ 1) คะแนน 4.51–5.00=ระดับมากที่สุด 2) คะแนน 3.51–4.50=ระดับมาก 3) คะแนน 2.51–3.50=ระดับปานกลาง 4) คะแนน 1.51–2.50=ระดับน้อย 5) คะแนน 1.00–1.50=ระดับน้อยที่สุด 3) แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score: OKS) จำนวน 12 ข้อ คะแนนรวม 0–48 คะแนน ใช้จำแนกระดับความรุนแรงของอาการข้อเข่าเสื่อม 4) Modified WOMAC Score[17] ประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ระดับความปวด (5 ข้อ) ข้อฝืด (2 ข้อ) ความสามารถในการใช้งานข้อ (15 ข้อ) รวม 22 ข้อ โดยมีการใช้ Numeric Rating Scale (NRS) แยกต่างหาก จำนวน 1 ข้อ (คะแนน 0=ไม่ปวด, 10=ปวดมากที่สุด) 5) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 10 ข้อ ประเมินในระดับ 5 ระดับ ได้แก่ 5=พึงพอใจมากที่สุด ถึง 1=ไม่พึงพอใจเลย

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

วิเคราะห์ผลโดย เปรียบเทียบก่อน-หลังการดำเนินรูปแบบฯ โดยพิจารณาทั้งด้านความรู้ พฤติกรรม ระดับอาการ และความพึงพอใจ เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ[13]

2. เครื่องมือดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ คือ รูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยอิงจากการทบทวนวรรณกรรมของ นรินทร์ รังสิยาและคณะ รวมทั้งงานของเตือนจิตต์ ช่วยจันทร์และคณะตลอดจนข้อมูลปัญหาและความต้องการที่ได้จากการสนทนากลุ่มกับกลุ่มเป้าหมาย โดย รูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

2.1 แผนการสอน เนื้อหาประกอบด้วยความรู้เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและพฤติกรรมที่เหมาะสม ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม 2) ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางกายของผู้สูงอายุ 3) ความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ 4) แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม 5) ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรพื้นบ้านที่มีฤทธิ์บรรเทาอาการปวดและอักเสบของข้อ เช่น ไพล ขมิ้นชัน และเถาวัลย์เปรียง โดยให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับข้อควรระวัง ปริมาณที่แนะนำ และการเลือกใช้สมุนไพรร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบันอย่างปลอดภัย

2.2 สื่อประกอบการเรียนรู้ ได้แก่ แผ่นพับแสดงท่าบริหารสำหรับข้อเข่าเสื่อม และวิดีโอแนะนำเบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลตนเองสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงหรือภาวะข้อเข่าเสื่อม

2.3 โปรแกรมการจัดการตนเอง เป็นโปรแกรมที่มุ่งเน้นการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคข้อเข่าเสื่อม โดยมีระยะเวลาการดำเนินการ 4 สัปดาห์ (กุมภาพันธ์–พฤษภาคม 2568) ดำเนินการโดยอาศัยบทบาทร่วมกันของพยาบาลเวชปฏิบัติและอสม. แบ่งเป็น

สัปดาห์ที่ 1 พยาบาลเวชปฏิบัติให้ความรู้ในชุมชนเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมและแนะนำแนวทางการดูแลตนเอง โดยมีอสม. ร่วมจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์

สัปดาห์ที่ 2 อสม. สาธิตท่าบริหารข้อเข่าที่เรียนรู้จากการอบรม โดยพยาบาลเวชปฏิบัติเป็นผู้กำกับดูแล พร้อมประเมินความถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 3 อสม. เยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำเฉพาะรายและสังเกตพฤติกรรมเสี่ยง บันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มที่กำหนดและจัดกิจกรรมให้ความรู้และสาธิตการใช้สมุนไพรพื้นบ้านที่ปลอดภัย เช่น การประคบด้วยไพล การแช่เท้าด้วยสมุนไพร และการชงน้ำขมิ้นชัน โดยอาศัยภูมิปัญญาท้องถิ่นร่วมกับคำแนะนำจากพยาบาลเวชปฏิบัติ เพื่อเสริมทางเลือกในการบรรเทาอาการโดยไม่พึ่งยาเคมีเพียงอย่างเดียว

สัปดาห์ที่ 4 จัดกิจกรรมสรุปผลในชุมชน โดยเชิญผู้สูงอายุร่วมแบ่งปันผลการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางกายภาพและความรู้สึก

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินผล 1) แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อม 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อม 3) แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม 4) Modified WOMAC score 5) แบบประเมินความพึงพอใจของบุคคลที่มีข้อเข่าเสื่อมต่อรูปแบบการจัดการโรค ฯ ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกระดูกและข้อที่มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปีพยาบาลวิชาชีพด้านออร์โธปิดิกส์ และพยาบาลชุมชนที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุระดับชุมชน เพื่อเสริมความรอบด้านของโปรแกรม ผู้วิจัยเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทยเข้าร่วมในรอบการพัฒนาเครื่องมือครั้งถัดไป ซึ่งจะช่วยให้การใช้สมุนไพรในโปรแกรมมีความปลอดภัยและเหมาะสมยิ่งขึ้น[12]เครื่องมือทั้งหมดผ่านการควบคุมคุณภาพตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.93 ดำเนินการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ และนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นกับบุคคลในเขตศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองใกล้เคียง ที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และวิเคราะห์ค่า Cronbach’s alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด สำหรับข้อมูลพื้นฐานและคะแนนก่อนการทดลอง

1.2 สถิติวิเคราะห์ความแตกต่างก่อน–หลัง ใช้ Paired t-test เมื่อข้อมูลมีการกระจายปกติ โดยรายงานค่า Mean, SD, Mean Difference, 95%CI และ p-value

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้จากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ พยาบาลเวชปฏิบัติ และอสม. และวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอน 1) การถอดความข้อมูล 2) การอ่านทบทวนหลายรอบ 3) การเข้ารหัส (Coding) 4) การจัดหมวดหมู่ (Categorization) 5) การสังเคราะห์เป็นประเด็นสำคัญ (Themes) รวมทั้งใช้วิธี Triangulation Peer debriefing และ Member checking เพื่อเสริมความน่าเชื่อถือของข้อมูล

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านได้ CVI=0.93 และตรวจสอบ Reliability ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่า Cronbach’s alpha=0.80 การดำเนินการ แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังต่อไปนี้

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

ระยะที่ 1 การเตรียมการวิจัย

ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมสำหรับการดำเนินการวิจัยโดยจัดทำโครงร่างการศึกษา ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาเครื่องมือวิจัยให้มีความเที่ยงตรงเชื่อถือได้ รวมทั้งเตรียมทีมผู้ช่วยวิจัยให้มีความเข้าใจตรงกัน กระบวนการเตรียมการวิจัยดำเนินขึ้นระหว่าง เดือนตุลาคม 2567 ถึงเดือนธันวาคม 2567 ดังนี้

1.1 เสนอโครงการวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม

1.2 เมื่อได้รับอนุมัติแล้วผู้วิจัยจะลงพื้นที่เป้าหมาย เพื่อเก็บข้อมูล ศึกษาสถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

1.3 ผู้วิจัยจัดเตรียมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง จำนวน 8 คน และอสม. ในเขตพื้นที่เป้าหมาย อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม (บ้านเชียงเหียน บ้านเขวา บ้านส่องนางใย ชุมชนธัญาวาส และชุมชนสามัคคี) ชุมชนละ 3 คน รวม 15 คน ในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score)[14] และแบบประเมิน Modified WOMAC score[18] โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างรวมถึงขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยอย่างละเอียด การใช้แบบสอบถาม รวมทั้งเปิดโอกาส ให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยในการเก็บข้อมูล และผู้วิจัยมีการเตรียมให้ผู้ช่วยวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาภายใต้คำแนะนำ และการดูแลจากผู้วิจัย จนมีความแน่ใจว่าผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจแบบสอบถามตรงกับผู้วิจัย โดยการวัดค่าความสอดคล้องระหว่างผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัย (Inter-rater reliability) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 1 และสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างถูกต้อง

1.4 การออกแบบกระบวนการพัฒนารูปแบบ (Model Development Process Design) เพื่อให้ได้มาซึ่งรูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยได้วางแนวทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ โดยอิงจากหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) และการวิเคราะห์สถานการณ์จริงในพื้นที่ โดยมีกระบวนการสำคัญ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1) การรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น (Initial Contextual Assessment) ทำการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ เพื่อศึกษาทฤษฎีและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคข้อเข่าเสื่อม พร้อมทั้งสำรวจข้อมูลปฐมภูมิในพื้นที่ เช่น สัดส่วนผู้สูงอายุ ลักษณะพฤติกรรมการใช้ข้อเข่า และข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผ่านแบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

2) การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholder Engagement) ดำเนินการประชุมกลุ่มย่อยระหว่างนักวิจัย พยาบาลเวชปฏิบัติ อสม. และผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่อสะท้อนปัญหา พฤติกรรม ความเชื่อ

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

และความต้องการที่แท้จริง ซึ่งนำไปสู่การร่วมกันกำหนดแนวทางการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและบริบทของชุมชน

3) การสังเคราะห์แนวคิดและสร้างโครงร่างรูปแบบ (Conceptual Synthesis): นำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 และ 2 มาวิเคราะห์ สังเคราะห์องค์ประกอบที่จำเป็นต่อการดูแลผู้สูงอายุ เช่น ความรู้ ทักษะท่าทางการออกกำลังกาย การใช้สมุนไพร และระบบสนับสนุนในชุมชน โดยใช้กรอบแนวคิด Self-management และ Chronic Care Model (CCM) [10] มาเป็นพื้นฐานในการสร้างโครงร่างของรูปแบบ

4) การออกแบบกิจกรรมทดลองใช้ (Prototype Intervention Design): สร้างกิจกรรมในโปรแกรมต้นแบบสำหรับทดลองใช้ในชุมชน โดยประกอบด้วย 4 สัปดาห์ของกิจกรรมกลุ่ม เช่น การให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติท่าบริหาร การติดตามบ้าน และการสะท้อนผลผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และประสิทธิผลเบื้องต้น ก่อนนำไปสู่การใช้จริงและการประเมินผล

ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัย เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยหลังได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว โดยในขั้นตอนการดำเนินการวิจัยนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการโดยใช้กรอบแนวคิด การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามวงจรของ Kemmis และ McTaggart (1988) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การลงมือปฏิบัติ (Action) การสังเกตผล (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนการปฏิบัติงาน (P-Plan)เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มดำเนินการจริง โดยกิจกรรมสำคัญ ได้แก่

1) ประชุมชี้แจงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนเป้าหมาย เพื่อสร้างความเข้าใจในวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินงาน และประโยชน์ที่ชุมชนจะได้รับ พร้อมประสานความร่วมมือ

2) ศึกษาสถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมในพื้นที่ โดยสำรวจสัดส่วน ความรุนแรงของโรค และความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

3) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเตรียมผู้ช่วยวิจัยให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติ (A-Action)เป็นการดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน โดยใช้ข้อมูลจากขั้นตอนแรกในการออกแบบและจัดทำ “รูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ” โดยอ้างอิงแนวคิด Chronic Care Model (CCM)[10] ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ1)ระบบสุขภาพ (Health System) 2) การออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery System Design) 3) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support) 4) ระบบข้อมูลสารสนเทศหรือข้อมูลข่าวสารทางคลินิก (Clinical Information Systems) 5) ระบบสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (Self-Management Support) 6) การมีส่วนร่วมของชุมชน (The Community) ในระหว่างดำเนินการ จะมีการปรับปรุงแผนและแนวทางตามปัญหาและอุปสรรคที่พบ เพื่อให้เกิดรูปแบบ

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

ที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนและมีประสิทธิภาพสูงสุดและในการดำเนินกิจกรรมตามแผน มีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจนของพยาบาลเวชปฏิบัติและอสม. ดังนี้ 1) พยาบาลเวชปฏิบัติ รับผิดชอบในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น วางแผนดูแลสุขภาพรายบุคคล ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อม รวมถึงเป็นวิทยากรอบรมอสม. ในหัวข้อที่เกี่ยวข้อง เช่น เทคนิคการเยี่ยมบ้านอย่างมีประสิทธิภาพ และการประเมินอาการเบื้องต้น 2) อสม. ทำหน้าที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นประจำทุกสัปดาห์ เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เช่น ท่าบริหารข้อเข่า การจัดท่าทางในชีวิตประจำวัน และการใช้อุปกรณ์พยุงข้อเข่า รวมทั้งจดบันทึกอาการหรือข้อสงสัยส่งต่อให้พยาบาลเวชปฏิบัติ 3) มีการจัดตั้ง “ทีมดูแลผู้สูงอายุประจำชุมชน” (Care Team) ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลเวชปฏิบัติ อสม. และแกนนำผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยมีการประชุมปรึกษาหารือทุกสัปดาห์ เพื่อสะท้อนปัญหาและวางแผนการติดตามที่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผล (O-Observe) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วม การตอบสนองของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการดำเนินกิจกรรมในพื้นที่จริง ตามรูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การให้ความรู้ด้านโรคและการดูแลตนเอง 2) การฝึกปฏิบัติท่าบริหารข้อเข่าและการใช้สมุนไพรในชุมชน, และ 3) การติดตามโดยอสม. และพยาบาลเวชปฏิบัติแบบใกล้ชิด โดยรูปแบบนี้สอดคล้องกับแนวทาง Chronic Care Model ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและการสนับสนุนตนเอง[9] และได้รับการประเมินผลในแต่ละสัปดาห์อย่างเป็นระบบ โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อน-หลังการเข้าร่วมโปรแกรมในมิติของพฤติกรรม ความรู้ ความรุนแรงของอาการ และความพึงพอใจต่อการดูแลทีมวิจัยจะบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินงานในแต่ละรอบ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (R-Reflect) เป็นการประเมินและวิเคราะห์ผลจากการดำเนินกิจกรรมในรอบที่ผ่านมา ทั้งในด้านความสำเร็จและอุปสรรค ผ่านการประชุมร่วมกันของทีมวิจัยและภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อสะท้อนผลการดำเนินงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และนำข้อมูลไปวางแผนปรับปรุงการดำเนินงานในรอบถัดไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ดำเนินการผ่านเกณฑ์พิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์จากคณะกรรมการวิจัยด้านสาธารณสุขในคน โรงพยาบาลมหาสารคาม MSKH_REC 67-01-106 ลงวันที่ 6 มกราคม 2568 และกลุ่มตัวอย่าง ตกลงให้ความร่วมมือและลงชื่อในใบยินยอมแล้วผู้ศึกษาจึงจะทำการเก็บข้อมูล

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

ผลการศึกษา

ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคามมีขั้นตอนการดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ผลการศึกษาสถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน โดยการสำรวจสัดส่วนและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชนและการศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของบุคคลที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

ข้อมูลทั่วไปของประชากรกลุ่มเสี่ยงก่อนเข้าร่วมการศึกษา (n=160 คน) มีข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลทั่วไป ทั้งชายและหญิง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในพื้นที่เป้าหมาย อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม (บ้านเชียงเหียน บ้านเขวา บ้านส่องนางใย ชุมชนธัญาวาส และชุมชนสามัคคี) ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 160 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.38 อายุเฉลี่ย 69.35ปี (SD=6.43) อายุต่ำสุด 60 ปี และอายุมากสุด 81 ปี สถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 86.25 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 88.13 ประกอบอาชีพส่วนตัว/ค้าขาย ร้อยละ 28.75 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการผ่าตัดกระดูก ร้อยละ 99.37 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 20.00รองลงมาคือความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเส้นเลือด ร้อยละ 16.88 และเบาหวานร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 15.00 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ที่ 23.53 (SD=5.03) และมีค่าเฉลี่ยของค่า Oxford knee score ที่ 38.84 คะแนน (SD=5.75) โดยมีคะแนนประเมินต่ำสุด 13 คะแนน และสูงสุด 46 คะแนน โดยยังไม่พบอาการผิดปกติ ร้อยละ 56.25 พบเริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 33.75 พบมีอาการข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลางร้อยละ 9.37 และพบเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรงร้อยละ 0.62

ระยะที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ

จากการดำเนินงานตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart (1988) พบว่าการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุสามารถสังเคราะห์เป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยมีองค์ประกอบหลักของรูปแบบ ชัดเจน 3 ด้าน ดังนี้

1. องค์ประกอบด้านการคัดกรองและจำแนกระดับความรุนแรงของโรค ในการดำเนินงานร่วมกับพยาบาลเวชปฏิบัติ และอสม. ใน 5 ชุมชนเป้าหมาย ส่งผลให้เกิดระบบคัดกรองที่มีความแม่นยำและต่อเนื่อง โดยอาศัยแบบประเมิน Oxford Knee Score ในการจัดระดับความรุนแรงของโรค สามารถคัดกรองผู้สูงอายุที่มีคะแนน 20–39 คะแนนได้จำนวน 69 คน ซึ่งอยู่ในกลุ่มมีความรุนแรงระดับเริ่มต้นถึงปานกลาง ทำให้สามารถจัดกิจกรรมการดูแลได้ตรงตามระดับความเสี่ยง โดยมีผลลัพธ์สำคัญ คือ 1) อสม. สามารถใช้เครื่องมือคัดกรองได้ถูกต้องตามคู่มือกรมอนามัย[16] 2) มีการบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบและติดตามต่อเนื่องผ่านแบบฟอร์ม OKS และ Google Form 3) มีระบบส่งต่อ (refer) สำหรับผู้ที่อยู่ระดับปานกลาง–รุนแรง

2. องค์ประกอบด้านการดูแลรักษาและสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่าการพัฒนากิจกรรมเชิงรุกในชุมชนส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั้งในแบบกลุ่มและรายบุคคล โดยอ้างอิงจากแนวคิดการจัดการตนเอง

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

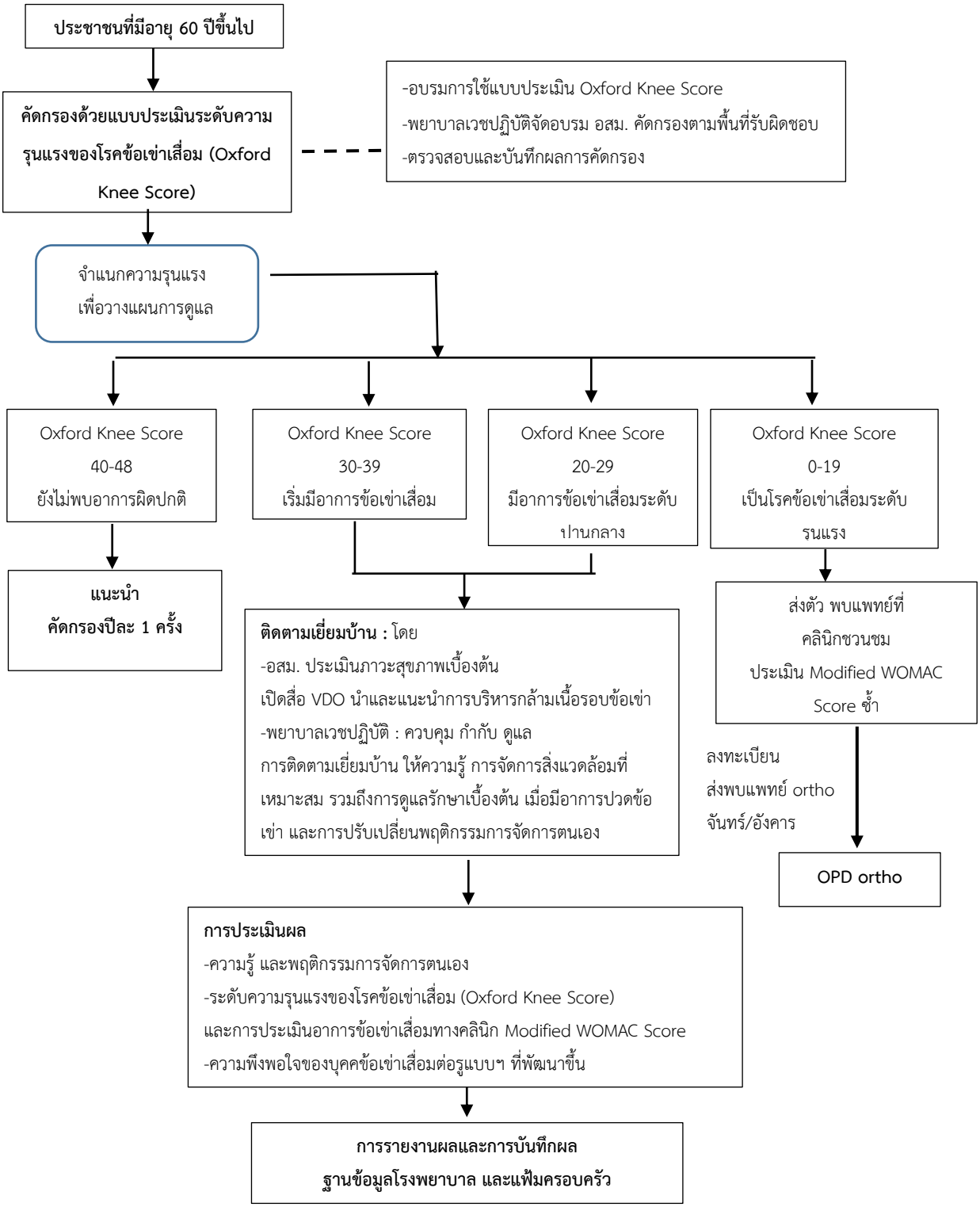
ของ Lorig และ Holman[8] และแนวทางเชิงพฤติกรรมตามสถาบันเวชศาสตร์ครอบครัวพระสงฆ์ราชฯ[19] ซึ่งมีผลลัพธ์สำคัญ ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุได้รับความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ แผ่นพับ และกิจกรรมกลุ่ม ทำให้มีความเข้าใจโรคมากขึ้น 2) อสม. สามารถให้คำแนะนำเฉพาะราย เช่น การบริหารข้อเข่า การจัดสิ่งแวดล้อม และการปรับพฤติกรรมเสี่ยง 3) มีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบ ทำให้ข้อมูลผู้ป่วยต่อเนื่องและทันสมัย 4) ผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำด้านการใช้สมุนไพรพื้นบ้านอย่างปลอดภัย เช่น ไพล ขมิ้นชัน ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานทางวิทยาศาสตร์[20-21]

3. องค์ประกอบด้านการจัดการความรู้และระบบสนับสนุนของชุมชน เป็นการดำเนินงานนำไปสู่การสร้างทีมดูแลสุขภาพระดับชุมชน (Care Team) ประกอบด้วยพยาบาลเวชปฏิบัติ อสม. และแกนนำผู้สูงอายุ เพื่อทำหน้าที่เป็น ระบบสนับสนุนการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อม ในพื้นที่ พบผลลัพธ์ในด้าน 1) มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้สูงอายุ–อสม.–พยาบาล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 2) การทำงานร่วมกันทำให้การสังเกตอาการและการติดตามผู้ป่วยมีความแม่นยำมากขึ้น 3) เกิดรูปแบบข้อมูลสุขภาพที่เก็บเป็นระบบ เช่น แบบฟอร์มเยี่ยมบ้าน และรายงานหน่วยบริการ[6] 4) กิจกรรมในชุมชนช่วยลดความเชื่อผิด ๆ เช่น การหยุดเคลื่อนไหวเมื่อปวดข้อ หรือหรือการใช้สมุนไพรแบบไม่มีคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ[22]

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

โดยความร่วมมือของพยาบาลเวชปฏิบัติ และอสม. เป็นการประเมินผล หลังการให้ความรู้แก่บุคคลที่มีข้อเข่าเสื่อม การบริหารกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม รวมถึงการดูแลรักษาเบื้องต้น เมื่อมีอาการปวดข้อเข่า และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ตามรูปแบบสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกันนาน 4 สัปดาห์ และประเมินผลรูปแบบจัดการโรคฯ ในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยทำการประเมินผลด้วยแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อลดและป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม โดยมอบหมายให้ผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลในกลุ่มบุคคล ที่มีคะแนน Oxford Knee Score ที่ 20-39 คะแนน รวมจำนวนทั้งหมด 69 คน (n=69)

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal



รูปที่ 2 รูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) และความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Modified WOMAC score) ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการโรคฯ

ประเด็น	หลังทดลอง (n=69)		ก่อนทดลอง (n=69)		Mean diff	95% CI	p-value
	mean	SD	mean	SD			
ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม	13.49	0.30	11.51	0.42	1.99	1.62 ถึง 2.35	<0.001
พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อลดและป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม	3.78	0.82	2.50	0.87	1.28	1.18 ถึง 1.37	<0.001
Oxford knee score	35.17	4.16	34.14	4.57	1.03	0.73 ถึง 1.32	<0.001
Modified WOMAC score							
-ความปวด	12.93	0.65	14.43	1.11	−1.51	−2.32 ถึง −0.70	<0.001
-ความฝืดของข้อ	5.79	0.46	6.36	0.54	−0.49	−0.71 ถึง −0.28	<0.001
-การใช้งานข้อ	49.01	0.78	52.25	0.87	−3.64	−5.17 ถึง −2.11	<0.001
คะแนนรวม	67.69	6.19	73.45	12.65	−5.64	−7.87 ถึง −3.40	<0.001

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์รายด้านของความรู้ และพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อลดและป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม ภายหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการจัดการโรคฯ ที่พัฒนาขึ้น (mean=13.49, SD=0.30) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนได้รับการดูแลรูปแบบการจัดการโรค (mean=11.51, SD=0.42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p<0.001$ และพบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อลดและป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ภายหลังได้รับการดูแลรูปแบบการจัดการโรคฯ ที่พัฒนาขึ้น (mean=3.78, SD=0.82) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนได้รับการดูแลรูปแบบการจัดการโรค (mean=2.50, SD=0.87) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.001$ ผลการประเมิน ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) ภายหลังได้รับการดูแลรูปแบบการจัดการโรคฯ ที่พัฒนาขึ้น (mean=35.17, SD=4.16) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนได้รับการดูแลรูปแบบการจัดการโรค (mean=34.14, SD=4.57) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.001$

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

พบผลการเปรียบเทียบ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Modified WOMAC score) โดยมีคะแนนความปวด หลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการจัดการโรคฯ ที่พัฒนาขึ้น (mean=12.93, SD=0.65) ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยความปวด ก่อนได้รับการดูแลรูปแบบการจัดการโรค (mean=14.43, SD=1.11) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ p<0.001 มีคะแนนความฝืด หลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการจัดการโรคฯ ที่พัฒนาขึ้น (mean=5.79, SD=0.46) ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยความฝืดก่อนได้รับการดูแลรูปแบบการจัดการโรค (mean=6.36, SD=0.54) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ p<0.001 มีคะแนนการใช้งานข้อ หลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการจัดการโรคฯ ที่พัฒนาขึ้น (mean=49.01, SD=0.87) ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยการใช้งานข้อ ก่อนได้รับการดูแลรูปแบบการจัดการโรค (mean=52.25, SD=0.54) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.001 และพบคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Modified WOMAC score) ในภาพรวม มีคะแนนหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการจัดการโรคฯ ที่พัฒนาขึ้น (mean=73.45, SD=12.65) ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยการใช้งานข้อ ก่อนได้รับการดูแลรูปแบบการจัดการโรค (mean=67.69, SD=6.19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ p<0.001

ประเมินความพึงพอใจของบุคคลที่มีข้อเข่าเสื่อม ต่อรูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ตามตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของบุคคลที่มีข้อเข่าเสื่อมต่อรูปแบบการจัดการโรค ฯ

รายการข้อคิดเห็น	**ระดับความพึงพอใจ**		
	คะแนนเฉลี่ย	**SD**	**ผลการประเมิน**
1. ความเอาใจใส่ในการรับบริการสุขภาพจากทีมสุขภาพ	4.62	0.49	มากที่สุด
2. ความชัดเจนของข้อมูลเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับ	4.00	0.49	มาก
3. การดูแลและให้คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์	4.00	0.24	มาก
4. การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย	3.80	0.41	มาก
5. ความพึงพอใจต่อการให้บริการกายภาพบำบัด	3.99	0.40	มาก
6. การจัดการและติดตามผลการรักษา	3.97	0.17	มาก
7. การสนับสนุนด้านอุปกรณ์ช่วยพยุงข้อเข่า	3.54	0.58	มาก
8. การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโภชนาการ	4.04	0.21	มาก
9. การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับวิธีป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม	3.96	0.27	มาก
10. ความพึงพอใจโดยรวมต่อรูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อม	4.59	0.49	มากที่สุด

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

จากตารางที่ 2 ความพึงพอใจของบุคคลที่มีข้อเข่าเสื่อม ต่อรูปแบบการจัดการโรค ฯ ที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผลการประเมินทุกด้านอยู่ในระดับมาก ถึงมากที่สุด โดยเฉพาะความเอาใจใส่ในการรับบริการสุขภาพจากทีมสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.62(SD 0.49) ลองลงมาด้านความพึงพอใจโดยรวมต่อรูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมมีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.59(SD 0.49) และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโภชนาการ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.04 (SD 0.21) ตามลำดับ

อภิปรายผล

ผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การป้องกัน และแนวทางการบรรเทาอาการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังเข้าร่วมโปรแกรม การถ่ายทอดความรู้ผ่านกิจกรรมกลุ่ม สื่อวีดิทัศน์ ใบความรู้ และการสาธิตท่าบริหารข้อเข่าที่เข้าใจง่าย ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงเนื้อหาและนำไปปรับใช้ในการดูแลตนเองได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Self-Management ของ Creer[23] ที่เน้นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถบริหารจัดการตนเองในโรคเรื้อรังได้อย่างต่อเนื่องรวมถึงแนวคิดของ Leeman[24] ที่เสนอว่าการพัฒนาเครื่องมือเรียนรู้และการสนับสนุนอย่างเป็นระบบในชุมชนมีบทบาทสำคัญในการเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และพบว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้เพิ่มขึ้นมีความมั่นใจมากขึ้นในการดูแลตนเอง ซึ่งช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การใช้งานข้อเข่าเกินกำลัง การนั่งพับเพียบ หรือการยืนนานเกินไป ซึ่งพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลต่อการลดอาการปวดและความเสื่อมของข้อเข่าอย่างมีนัยสำคัญ

ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องหลังได้รับความรู้และการติดตามเชิงรุก เช่น การออกกำลังกายเฉพาะข้อเข่า การควบคุมน้ำหนัก การใช้ท่าบริหารแบบยืดเหยียด หรือเกร็งกล้ามเนื้ออย่างเหมาะสม ซึ่งช่วยลดแรงกดบนข้อเข่าและเพิ่มการไหลเวียนเลือดในกล้ามเนื้อได้ดี ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร สุรินทร์และสยัมภู ใสทา[25] ที่ชี้ว่าการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถลดระดับความรุนแรงของอาการข้อเข่าเสื่อมได้ ในผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะการดูแลตนเองในบ้าน การเยี่ยมบ้าน และการติดตามพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอร่วมกับพยาบาลเวชปฏิบัติและอสม. ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ยั่งยืนตามแนวคิด Chronic Care Model (CCM) ซึ่งเน้นความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพ ชุมชน และผู้ป่วย เพื่อสร้างระบบสนับสนุนที่ยืดหยุ่นต่อการดูแลโรคเรื้อรังในระยะยาว[26]

ในบริบทพื้นที่ที่มีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหัวใจสำคัญ พบว่าโปรแกรมสามารถประสบความสำเร็จ เช่น การจัดกิจกรรมกลุ่มในชุมชน การใช้แกนนำชุมชน และการให้กำลังใจผู้สูงอายุระหว่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีแรงจูงใจสูงขึ้น[27] และในด้านอาการปวด ข้อฝืด และความคล่องตัว พบว่าผู้สูงอายุมีอาการดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในกลุ่มที่ปฏิบัติบริหารข้อเข่า

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

อย่างสม่ำเสมอ ผลการเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า โดยเฉพาะกล้ามเนื้อ quadriceps มีส่วนช่วยลดแรงกดบนข้อเข่า ลดความเจ็บปวด และเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหว ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Claire Mercer, และคณะ[28] ที่พบว่าการออกกำลังกายยืดกล้ามเนื้ออย่างเหมาะสมช่วยลดระดับความปวดและเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อได้อย่างมีนัยสำคัญ และการเยี่ยมบ้านโดยอสม. และพยาบาลเวชปฏิบัติช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การทรงตัวดีขึ้น การเดินมั่นคงขึ้น และลดอุบัติเหตุจากการหกล้ม ซึ่งส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ การบูรณาการสมุนไพรพื้นบ้าน เช่น ไพล ขมิ้นชัน สเปรย์สมุนไพร หรือผลิตภัณฑ์สมุนไพรท้องถิ่นเพื่อบรรเทาอาการปวด เป็นอีกกลยุทธ์หนึ่งที่พบว่าผู้สูงอายุยอมรับและนำไปใช้เพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม ส่งผลให้สมุนไพรพื้นบ้านกลายเป็นองค์ความรู้ด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุไทยคุ้นเคยและยอมรับสูง ทำให้การปฏิบัติจริงมีประสิทธิผลมากกว่าการใช้ยาเพียงอย่างเดียว ในขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุจำนวนมากมีข้อจำกัดในการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs เนื่องจากภาวะโรคร่วม เช่น โรคไต โรคเบาหวาน หรือโรคกระเพาะอาหาร งานวิจัยของ ศศิณัฏฐ์ ศรีโรจน์ และผลงานของ กมลวรรณ จงจิตต์ และคณะ สนับสนุนว่าสมุนไพร เช่น ไพล สามารถลดการอักเสบ เพิ่มการไหลเวียนเลือด และช่วยลดการพึ่งพายาแก้ปวดในกลุ่มผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ[11-12] การบูรณาการสมุนไพรเข้ากับการบริหารจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างเป็นระบบ ยังช่วยส่งเสริมความร่วมมือของครอบครัวและชุมชน เป็นแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ยังมีข้อจำกัด

ผลลัพธ์ทั้งหมดนี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมที่พัฒนาขึ้น สามารถส่งเสริมความรู้ทักษะ และแรงสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเอง ลดความรุนแรงของอาการ และเพิ่มคุณภาพชีวิตได้อย่างเป็นรูปธรรม เหมาะสมต่อการนำไปขยายผลในชุมชนอื่น ๆ เพื่อให้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประเทศไทย

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีอาการข้อเข่าเสื่อม ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกันกับบุคลากรสุขภาพที่มีบทบาทในการดำเนินโครงการ อาจส่งผลให้เกิดความเอนเอียงในการตอบแบบสอบถามหรือการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของโครงการ ซึ่งอาจกระทบต่อความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้รับ นอกจากนี้ ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยมีระยะเวลาเพียง 3 เดือน ซึ่งถือเป็นช่วงเวลาค่อนข้างสั้น อาจไม่ครอบคลุมการประเมินผลลัพธ์ในระยะยาวของการใช้รูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อม เช่น ความต่อเนื่องในการปฏิบัติตามแนวทาง หรือการเปลี่ยนแปลงด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

สรุปผลการศึกษา

การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ตามกรอบแนวคิดการจัดการโรคเรื้อรัง Chronic Care Model (CCM)[10] และเน้นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถบริหารจัดการตนเอง Self-Management[8] โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและอสม. พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถลดระดับอาการปวดข้อ เพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหว ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น และบุคลากรมีความรู้ในการดูแลมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นถึงความเหมาะสมของรูปแบบที่นำมาประยุกต์ใช้ในชุมชนได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำรูปแบบไปใช้

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรนำรูปแบบดังกล่าวไปขยายผล ในพื้นที่อื่นที่มีผู้สูงอายุจำนวนมากหรือมีปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อมคล้ายคลึงกัน

2. ศูนย์สุขภาพชุมชน อื่น ๆ ควรมีการจัด ฝึกอบรมทีมสุขภาพในพื้นที่ ได้แก่ พยาบาลเวชปฏิบัติ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ก่อนนำรูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมไปใช้ในพื้นที่อื่น เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินกิจกรรม การใช้เครื่องมือประเมิน และบทบาทในการสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

3. คณะกรรมการพัฒนาสุขภาพระดับตำบลหรืออำเภอ ควรบูรณาการรูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมที่พัฒนาขึ้นนี้ เข้าสู่แผนสุขภาพระดับตำบลหรืออำเภอเพื่อเสริมสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อมในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในด้านการให้ความรู้ การติดตามพฤติกรรมสุขภาพ และการคัดกรองอาการเบื้องต้น

4. งานวิชาการสาธารณสุขชุมชน ควรจัดให้มี “แนวทางปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร” สำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติและ อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีข้อเข่าเสื่อม เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมอย่างเป็นระบบ มีความต่อเนื่อง และสามารถขยายผลในชุมชนอื่นได้อย่างยั่งยืน

5. งานแพทย์แผนไทย ควรส่งเสริมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านอย่างเหมาะสม โดยบูรณาการร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชน และมีการให้ความรู้จากผู้เชี่ยวชาญด้านสมุนไพรหรือแพทย์แผนไทย เพื่อสร้างทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่ปลอดภัยและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ผู้วิจัย ควรศึกษากลุ่มตัวอย่างจากหลายพื้นที่ ทั้งในเขตเมืองและชนบท รวมถึงกลุ่มประชากรที่มีลักษณะแตกต่างกันด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมเพื่อให้มีผลลัพธ์ที่ชัดเจนมากขึ้น

2. ผู้วิจัย ควรมีการศึกษาในระยะยาวเพื่อประเมินผลของรูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในช่วงเวลาอย่างน้อย 6 เดือนถึง 1 ปี เพื่อดูความยั่งยืนของผลลัพธ์

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

3. ในการศึกษาครั้งต่อไป ผู้วิจัยหรือผู้ที่สนใจ ควรพิจารณาใช้เทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชันติดตามอาการ โปรแกรมการให้ความรู้ หรือระบบสื่อสารออนไลน์ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและประสิทธิภาพของการดูแล

การนำผลงานไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการบริการสุขภาพ: หน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สามารถนำรูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ผ่านกิจกรรมให้ความรู้ การออกกำลังกายเฉพาะส่วน และการติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งช่วยลดภาระทางเศรษฐกิจและลดความรุนแรงของโรคในระยะยาว

2. ด้านการพัฒนาบุคลากร: สามารถใช้เป็นแนวทางในการฝึกอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติ อสม. และนักวิชาการสาธารณสุข ให้มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละชุมชน

3. ด้านการวางแผนนโยบายสาธารณสุข: องค์การบริหารส่วนตำบลและหน่วยงานสาธารณสุขระดับพื้นที่สามารถนำข้อมูลและแนวทางจากงานวิจัยนี้ไปบูรณาการในแผนสุขภาพชุมชน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และลดความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพจากโรคข้อเข่าเสื่อม

4. ด้านการวิจัยและพัฒนา: สามารถใช้เป็นพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ และสร้างนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global report on ageism. Geneva: WHO; 2021.
2. Hawker GA. Osteoarthritis is a serious disease. Clin Exp Rheumatol. 2019;37 (Suppl 120):3–6.
3. Silverwood, V. et al. (2015). Current evidence on risk factors for knee osteoarthritis in older adults: a systematic review and meta-analysis. Osteoarthritis and Cartilage, 23(4), 507–515.
4. Bannuru RR, Osani MC, Vaysbrot EE, Arden NK, Bennell K, Bierma-Zeinstra SMA, et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. Osteoarthritis Cartilage. 2019;27(11):1578–1589.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานข้อมูลผู้สูงอายุและสุขภาพกลุ่มเปราะบาง ปีงบประมาณ 2565–2567. กรุงเทพฯ: สปสช.; 2565.
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น. รายงานภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง ปี 2565–2567. ขอนแก่น: สปสช.; 2567.

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

7. กรมอนามัย. รายงานการเข้าถึงบริการสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุพื้นที่ชนบท ปี 2566. กรุงเทพฯ: สำนักอนามัยผู้สูงอายุ; 2566.
8. Lorig KR, Holman H. Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. Ann Behav Med. 2003;26(1):1–7.
9. Dineen-Griffin S, Garcia-Cardenas V, Williams K, Benrimoj SI. Helping patients help themselves: a systematic review of self-management support strategies in primary health care practice. PLoS One. 2019;14(8):e0220116.
10. Hawker GA. Osteoarthritis is a serious disease. Clin Orthop Relat Res. 2019;477(8):1603–1605.
11. ศศิณัฏฐ์ ศรีโรจน์. ประสิทธิผลของครีมไพล (Zingiber cassumunar Roxb.) เปรียบเทียบกับ diclofenac gel ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2564;7(2):53–60.
12. กมลวรรณ จงจิตต์, ชุติวัต หยู่ทองอินทร์, พัชรมน สอนเจริญ. ประสิทธิผลของการใช้สเปรย์สมุนไพรข่า เถาวัลย์เปรียง ขิง และไพล ต่อการบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อของผู้ป่วย โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยสกลนคร หลวงปู่แฟ็บ สุภัทโท. วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล. 2567;37(1):68–80.
13. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press; 1988.
14. Oxford University Innovation. The Oxford Knee Score (OKS) [Internet]. Oxford: Oxford University Innovation; 2016 [cited 2024 Oct 20]. Available from: https://innovation.ox.ac.uk/outcome-measures/oxford-knee-score-oks/
15. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607–10.
16. จารุพร ไชยวงศา และคณะ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อระดับความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม ในผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2567;27(2):45–55.
17. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. บันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: สำนักอนามัยผู้สูงอายุ; 2567.
18. Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, Campbell J, Stitt LW. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. J Rheumatol. 1988;15(12):1833–40.

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

19. สถาบันเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ชุมชน กรมการแพทย์. แนวทางส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
20. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. แนวทางการใช้ลูกประคบสมุนไพรอย่างปลอดภัยในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
21. Pa-in P, Wonghongkul T, Panuthai S. Causal model of health literacy in Thai older adults with knee osteoarthritis. Pac Rim Int J Nurs Res. 2023;27(1):45–60.
22. Noppakhun T, Chiangkhong A. Barriers and facilitators of self-management among older adults with knee osteoarthritis in Thailand. J Behav Sci. 2023;18(3):69–82.
23. Creer TL. Self-management and the chronic illness experience. Disabil Rehabil. 2008;30(5):27–33.
24. Leeman J, Calancie L, Kegler MC, Escoffery C, Herrmann A, Tague L, et al. Building community capacity to disseminate and implement evidence-based chronic disease interventions. Prev Chronic Dis. 2022;19:E22.
25. ดวงพร สุรินทร์, สยัมภู ใสทา. ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าร่วมกับการประคบร้อนในผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง. วารสารกายภาพบำบัด. 2566;45(2):97–111.
26. Maziarz L, Miller V, Wagner J, Perry K. Nurse aide turnover in home health care: a scoping review. J Aging Long Term Care. 2024;7(1):23–43.
27. Tanglakmankhong K, Songsri C, Posri S, Thongphao P, Nilrach W, Fuongtong P. The implementation of a community-based elderly health care model through network participation. J Nurs Public Health Res [Internet]. 2025 Jun 9 [cited 2025 Nov 19];5(2):e271116.
28. Mercer C, Turnbull V, Saake S, Terman A, Fischer H, Ehrlich-Jones L. Measurement characteristics and clinical utility of the Kohlman Evaluation of Living Skills among older adults. Arch Phys Med Rehabil. 2020;101(2):173–4.