ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชนมีส่วนร่วม

วนิดา ศรีพรหมษา, ปร.ด.*
อิสรีย์ ปัดภัย, ส.ด.** และ ชัญญาวีร์ ไชยวงค์, ปร.ด.*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชนมีส่วนร่วมและศึกษาประสิทธิผลระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชนมีสวนร่วม โดยแบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน ร่วมกันวางแผนกำหนดกิจกรรม ติดตามและปรับปรุงกระบวนการ ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลระบบฯ กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม จำนวน 60 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คู่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม แบบวัดความรู้ มีค่าความเที่ยง .82 แบบประเมินทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม มีค่าความเที่ยง .80 และแบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมและระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test และภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชนมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 1) ระบบบริการสุขภาพและพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม 2) ระบบสนับสนุนด้านอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม 3) ระบบสนับสนุนทางสังคมและจิตใจ 4) ระบบส่งเสริมความรู้และการป้องกัน และ 5) ระบบ ข้อมูล และติดตาม และผลของการพัฒนาระบบฯพบว่า 1) อาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการพัฒนาฯมีค่าเฉลี่ยความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่ได้รับการพัฒนาฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 19.38$, $p < 0.00$และ $t = 24.56$, $p < 0.001$) และ 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการพัฒนาฯ มีค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม 12 สัปดาห์ สูงกว่าการดูแลแบบปกติ (ระดับไม่พบอาการผิดปกติ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 5.02$, $p < 0.001$)

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชนมีส่วนร่วม ช่วยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้น และผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมมีระดับความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อมลดลง

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ภาวะข้อเข่าเสื่อม, ระบบการดูแล, การมีส่วนร่วมของชุมชน

---

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
**วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Corresponding E-mail: kaograng@hotmail.com
(Received: September 15, 2025; Revised: December 29, 2025; Accepted: March 1, 2026)

Effects of Development of Caring System for Elderly with Knee Osteoarthritis by Community Participation

Wanida Sripromsa, Ph.D.[*], Issaree Pudphai, Dr.P.H.[**] & Chanyawee Chaiwong, Ph.D. [*]

Abstract

This participatory action research aimed to: 1) study the situations of problem osteoarthritis in elderly, 2) Development of Caring System for Elderly with Knee Osteoarthritis by Community Participation and 3) evaluate and study Effects of Caring System for Elderly with Knee Osteoarthritis by Community Participation and comprised three phases. Phase I: situational analysis. Qualitative data were also collected from 30 participants through in-depth interviews and 30 participants through focus group discussions, Phase II: development of Caring System for Elderly with Knee Osteoarthritis by Community Participation that consisted, in which 20 personnel identified planned interventions, implemented activities, and monitored and refined the processes. Phase III: evaluate the effectiveness of Caring System for Elderly with Knee Osteoarthritis by Community Participation. The sample groups were 60 pairs of village health volunteers and Elderly with Knee Osteoarthritis. They were divided into two groups, control group (n = 30) and experimental group (n = 30). The questionnaire about knowledge with the reliability of .82, practical skills questionnaire replied with the reliability of .80, and Used tools comprised severity assessment form for knee osteoarthritis (Oxford Knee Score) were collected. Data was analyzed content analysis for qualitative data. using percentage, mean and standard deviation for quantitative data. The mean score of knowledge, practical skills and Used tools comprised severity assessment form for knee osteoarthritis (Oxford Knee Score) between the experimental group and the control group while independent t-test and Paired t-test

The findings revealed that A community-based care system for older adults with knee osteoarthritis encompasses five key domains: 1) Health service system for elderly people with osteoarthritis 2) Equipment and environmental, 3) Assistive Devices & Environment, 3) social and psychological support systems, 4) Hearth promotion and prevention systems, and 5) health information and monitoring systems, The results development of Caring System revealed that.1) after 12th week period, the experimental group had higher mean score of knowledge, , and practical skills in Caring for Elderly with Knee Osteoarthritis than the control group at significant level 0.05 ($t = 40.390, p < 0.001$, and $t = 36.295, p < 0.001$) 3) Elderly people with osteoarthritis who received care from village health volunteers after 12 th week period had an average score of Oxford knee score higher than before receiving care at significant level 0.05 ($t = 5.02, p < 0.001$)

Development of Caring System for Elderly with Knee Osteoarthritis by Community Participation could well affect the health volunteers who had knowledge and skill for caring the elderly with Knee Osteoarthritis and elderly with Knee Osteoarthritis had lower severity of knee osteoarthritis.

Keywords: Elderly, Knee Osteoarthritis, Care System, Community Participation

[*]Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute Ministry of Public Health

[**]Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

บทนำ

ปัจจุบันโครงสร้างประชากรโลกเปลี่ยนแปลงไป โดยพบว่ามีแนวโน้มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งสัดสวนและจำนวน คาดว่าปี พ.ศ. 2573 ประชากรผู้สูงอายุโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 1,402 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 16.5 และในปี พ.ศ. 2593 คาดว่าประชากรผู้สูงอายุโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 2,092 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 21.5 ของประชากรโลก ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลง (Strategy and Planning Division, 2024; อณิษฐา หาญภักดีนิยม, 2563) โรคข้อเข่าเสื่อม (knee osteoarthritis) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับประเทศและระดับโลกในกลุ่มผู้สูงอายุและเพิ่มมากขึ้นตามอายุและในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2-3 เท่า (Aiyong et al., 2020; Hatefi et al., 2019) ปีพ.ศ. 2564 พบว่ามีคนไทย เป็นโรคข้อเสื่อม มากกว่า 6 ล้านคน สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากสภาพอายุที่มากขึ้น เสื่อมตามวัย น้ำหนักตัวมาก ใช้เข่ามากหรือนานกว่าปกติ พฤติกรรมท่าทางไม่ถูกต้องหรือผิดท่า โดยข้อที่เสื่อมมากที่สุด คือ ข้อเข่า ผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมมาก ถ้าไม่ได้รับการรักษาหรือปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม โรคจะดำเนินไปมากกว่าเดิม ทำให้มีความเจ็บปวด เนื่องจากโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่เกิดจากการถูกทำลายและเสื่อมสภาพของกระดูกอ่อนผิวข้อ (articular cartilage) ทำให้กระดูกอ่อนในข้อเบาบางลงเมื่อกระดูกอ่อนผิวข้อสูญเสียคุณสมบัติในการต้านทานแรงกด และขาดความยืดหยุ่นในการเคลื่อนไหวของข้อ จะมีผลทำให้ข้อผิดรูปและความพิการ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามมา (Narin et al., 2015) โดยส่วนใหญ่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันหรือมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การเดิน การขึ้นบันได การทำงานบ้านต้องพึ่งพาผู้อื่นและเป็นภาระแก่ผู้ดูแล บางคนหมดกำลังใจ หงุดหงิด รำคาญ เบื่อหน่าย ท้อแท้อาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ทำให้ผู้ที่เป็นข้อเข่าเสื่อมต้องดำรงบทบาทของการเป็นผู้ป่วยตลอดเวลา

การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่มุ่งเน้นการบรรเทาอาการปวด การช่วยชะลอการเสื่อมของข้อเข่า เพื่อบรรเทาความรุนแรงของโรค ทำให้ข้อเข่าทำงานได้ดีขึ้น ป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้น แนวทางการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมมี 4 วิธี ได้แก่ 1) การรักษาโดยการใช้ยา (pharmacological therapy) 2) การไม่ใช้ยา เช่น การให้ความรู้เรื่องโรค การออกกำลังกาย การทำกายภาพบำบัด การลดน้ำหนัก 3) การใช้วิธีการแพทย์ทางเลือก (complementary and alternative medicine) เช่น การใช้ความร้อนหรือความเย็น และ 4) การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด (Surgery) (สมาคมรูมาติซั่ม, 2567; Maurer et al., 1999) สำหรับการป้องกันข้อเข่าเสื่อมจะเน้นเรื่องการดำเนินวิถีชีวิต คือ ให้ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การหลีกเลี่ยงอิริยาบถที่มีผลต่อข้อเข่า การบริหารกล้ามเนื้อรอบหัวเข่า และการลดน้ำหนัก ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องรับการสร้างเสริมสุขภาพและการหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ให้ข้อเข่าเสื่อม และเมื่อปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดความมั่นคง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเชื่อในประโยชน์ของพฤติกรรมมากขึ้น (Felson et al., 1987; Methabutr, 2022) จากการทบทวนวรรณกรรม การดูแลป้องกันภาวะเสี่ยงและอาการรุนแรงจากโรคข้อเข่าเสื่อมมีรูปแบบที่หลากหลาย ได้แก่ การให้ความรู้ การออกกำลังกาย การใช้ยา และการควบคุมน้ำหนักซึ่งกิจกรรมส่วนใหญ่เน้นระดับบุคคลส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควรเนื่องจากขาดครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม (Robrujen, 2020)

สถิติผู้สูงอายุปี 2565 – 2567 จังหวัดอุดรธานี พบมีประชากรสูงอายุร้อยละ 18.59, 19.40และ 20.54 ตามลำดับ ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยแบบคัดกรองผู้สูงอายุใน 10 เรื่อง ในจังหวัดอุดรธานีมีประชากรผู้สูงอายุ ได้รับการคัดกรองสุขภาพ ปี 2566 จำนวน 135,936 คน มี

ผู้สูงอายุปวดเข่าจากโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 6,907 คน คิดเป็นร้อยละ 5.08 (ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจังหวัดอุดรธานี) ในขณะที่ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของตำบลหนองไผ่ ได้รับการคัดกรองสุขภาพ จำนวน 696 คน มีผู้สูงอายุปวดเข่าจากโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 18.39 ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุหลายด้าน ดังนี้ ด้านสุขภาพ มีอาการปวดภายหลังการใช้งานข้อ ข้อฝืดภายหลังจากการพักข้อเป็นเวลานาน ข้อพิการ ข้อผิดรูป ความสามารถในการใช้งานผิดปกติ เช่น การนั่ง การเดิน เป็นต้น ด้านจิตใจ เนื่องจากโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังและรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลต่อจิตใจทำให้เกิดความท้อแท้ ซึมเศร้า ด้านเศรษฐกิจ เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาเนื่องจากต้องใช้เวลาในการรักษานานและต่อเนื่อง ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกและเป็นที่ยอมรับของชาวบ้านในหมู่บ้าน มีความคุ้นเคยและใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ แต่พบว่า การดำเนินการในพื้นที่ตำบลหนองไผ่ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมเป็นการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยังให้การดูแลไม่ครอบคลุม แม้จะมีอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้าน จากการศึกษานำร่อง อสม.จำนวน 10 คน พบว่า อสม. 4 คน ยังไม่มีส่วนดูแลข้อเข่าเสื่อม อสม. 5 คนไม่ทราบบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม อสม.ทั้ง 10 คน ไม่เคยฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม การติดตามเยี่ยมบ้านไม่ต่อเนื่อง คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ เริ่มตั้งแต่การศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การร่วมกันวางแผนในการดำเนินงานและประเมินผล ทำให้ชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการ และบริบทของชุมชนโดยสามารถพึ่งตนเองด้านการดูแลสุขภาพของชุมชนได้ โดยศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ผู้วิจัยได้เลือกวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ของ Kemmis and Mctaggart (2014) เป็นแนวคิดเชิงกระบวนการ มาพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชนมีส่วนร่วม และสะท้อนผลการดำเนินงานร่วมกัน ซึ่งจะส่งผลทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมเพื่อให้การดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการดูแลของผู้สูงอายุ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและจัดการความเจ็บปวดส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชนมีสวนร่วม
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชนมีสวนร่วม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชน โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 3 ระยะ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประกอบด้วย ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม เพื่อมากำหนดกิจกรรม ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชน โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ของ Kemmis and McTaggart(2014) แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การวางแผน (planning) 2) การปฏิบัติ (action) 3) สังเกตผลการปฏิบัติงาน (observation) และ 4) สะท้อนกลับผลการปฏิบัติงาน (reflection) โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการพัฒนางาน และระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม โดยประเมินความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) ของผู้สูงอายุ ประเมินความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ตามแนวคิดของ Kemmis and Mctaggart เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม มีวิธีการดำเนินการวิจัยแบ่ง 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการและการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม จำนวน 30 คน กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) ไม่เคยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า และ2) ข้อเข่าไม่บวม แดง ร้อน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และ ผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ประกอบด้วย กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 10 คน กลุ่มผู้นำชุมชน/แกนนำผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน และกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 10 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบฯโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมตามขั้นตอน ดังนี้ ขั้นวางแผน (planning) ขั้นปฏิบัติ (action) ขั้นสังเกตผลการปฏิบัติงาน (observation) และขั้นสะท้อนกลับผลการปฏิบัติงาน (reflection) ในขั้นการวางแผนประกอบด้วย 1) เจ้าหน้าที่และสมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน 4) ภาคประชาชน(อาสาสมัครสาธารณสุข, โรงเรียนผู้สูงอายุ) ประชุมสะท้อนข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 และระดมความคิดเห็นเพื่อร่างระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดย

ชุมชนมีส่วนร่วม นำสู่การปฏิบัติ และสะท้อนผลการดำเนินงานในวงรอบที่ 1 มาวางแผนในวงรอบที่ 2 ตรวจสอบความเหมาะสมของระบบฯโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติครอบครัว จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน จำนวน 1 ท่านตรวจสอบความเหมาะสมของโครงสร้างเนื้อหา ภาษา และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง กำหนดคุณสมบัติมี 4 กลุ่ม จำนวน 20 คน ดังนี้ 1) เจ้าหน้าที่และสมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 4 คน 2) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 4 คน 3) กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 4 คน 4) ภาคประชาชน(อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 4 คน , กรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 4 คน)

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม โดยวิธีวิจัยกึ่งทดลองเพื่อเปรียบเทียบ 2 กลุ่มก่อนและหลังทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรคือ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงสาธารณสุข และอาศัยอยู่ในตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ซึ่งมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง โดยเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ (1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมไม่น้อยกว่า 6 เดือน ในเขตรับผิดชอบและผู้สูงอายุมี Barthel Index score 12 คะแนนขึ้นไป (2) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมได้จนเสร็จสิ้นโครงการ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างไม่อยู่ในพื้นที่ระหว่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมในเขตรับผิดชอบ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้การอำนาจทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดอำนาจทดสอบ(power) เท่ากับ 0.80 ระดับความเชื่อมั่นที่.05 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากค่าอิทธิพล(effect size) จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (เตือนจิตต์ ช่วยจันทร์และคณะ, 2561) ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 2.5 ซึ่งแปลผลค่า d มากกว่า 0.80 เท่ากับอิทธิพลขนาดใหญ่เปิดตารางสำเร็จรูปช่วยกำหนดขนาดตัวอย่างของ Cohen ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 26 ราย เพื่อป้องกันการมีเหตุจำเป็นหรือมีภาระกิจเร่งด่วนที่ต้องออกจากงานวิจัยในระหว่างการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยจึงขอเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จึงมีกลุ่มตัวอย่าง 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน

การคัดเลือกเข้ากลุ่ม ผู้วิจัยสุ่มแยกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับสลาก ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งที่ 1 เป็นกลุ่มทดลองและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกและการคัดออกของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มให้เหมือนกัน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกันมากที่สุดหลังจากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยการจับสลากแบบไม่คืนที่ จนได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะที่ 1-2 ได้แก่ แนวทางในการสมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ในประเด็นปัญหาและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมการดูแลและระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ในระยะที่ 3 ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข อาชีพ รายได้

2) แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม เป็นแบบวัดแบบถูกผิด จำนวน 30 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม คะแนนอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน คิดคะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน แปลผลคะแนนโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ Bloom (1971) ดังนี้ ระดับความรู้ดี ได้คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับความรู้ปานกลาง ได้คะแนน ร้อยละ 60-79 ระดับความรู้น้อย ได้คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60

3) แบบประเมินทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม จำนวน 30 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยการสังเกตของผู้วิจัย คะแนนอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน ถ้าปฏิบัติได้ถูกต้อง ให้ 1 คะแนน ถ้าไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง ให้ 0 คะแนน แปลผลคะแนนโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ Bloom (1971) ดังนี้ ระดับทักษะดี ได้คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับทักษะปานกลาง ได้คะแนน ร้อยละ 60-79 ระดับทักษะน้อย ได้คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60

4) แบบประเมินความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (Department of Health, 2015) มีข้อคำถาม 12 ข้อ แต่ละข้อมี 5 คำตอบ มีระดับคะแนน 0–4 คะแนน โดยคะแนน 0 หมายถึง มีอาการนั้นมากที่สุดและคะแนน 4 หมายถึง ไม่มีอาการนั้นเลยหรือเป็นปกติ คะแนนรวมทั้งหมด 48 คะแนนและแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0–19 คะแนน คือ มีภาวะข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง 20–29 คะแนน คือ มีอาการภาวะข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง 30–39 คะแนน คือเริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อม 40–48 คะแนน คือ ยังไม่พบอาการผิดปกติ

5) รูปแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม โดยการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นเวลา 3 วัน โดยการให้ความรู้เรื่อง (1) โรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วย ความหมาย สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะข้อเข่าเสื่อม อาการและอาการแสดงของโรคข้อเข่าเสื่อม การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม (2) การประเมินและใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมและการแปลผล 3) สังเกตผลการปฏิบัติงาน (observation) เกี่ยวกับการสังเกตุการทักษะการปฏิบัติตัวเพื่อลดปวดตามขั้นตอน CHARM ดังนี้ (1) C (Check) ตรวจสอบประเมินข้อเข่า 3 นาที ด้วยวิธีการดู การบวมบริเวณข้อเข่า กดเพื่อหาจุดที่ทำให้เกิดอาการเจ็บเหยียดเข่าดูมุมการเคลื่อนไหว (2) H (Herbal compress) ประคบรอนข้อเขา 15 นาที โดยใช้ขวดแก้วบรรจุน้ำร้อน ห่อด้วยผ้าขนหนูชุบน้ำบิดให้หมาดหรือใช้ลูกประคบสมุนไพรอย่างง่าย สำหรับบรรเทาอาการปวดข้อ ข้อฝืดและข้อเข่าเสื่อม (3) A (Active Knee) การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ บริหารกลามเนื้อรอบขอเขา 15 นาที ด้วย 6 ท่าบริหารพิชิตข้อเข่าเสื่อม (4) R (Rest) พักข้อ 10 นาทีพรอมพันผ้ายืด และ (5) M (Massage) นวดข้อเข่า 15 นาที ด้วยวิธี คลึง ลูบเบา หยิบยก บีบ บิด กดและลูบหนักๆ หลังจากนั้นกลุ่มทดลองนำไปฝึกปฏิบัติกับผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมที่บ้านร่วมกับผู้วิจัย คนละ 1 ครั้ง ใช้เวลาในการดำเนินการประมาณ 1 ชั่วโมงและติดตามเยี่ยมกลุ่มทดลองทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามปัญหา อุปสรรค คนละ 1 ครั้ง และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้คืนข้อมูลในพื้นที่ ปัญหาอุปสรรค แนวทางการพัฒนาระบบฯ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แนวทางในการสมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติครอบครัว จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน จำนวน 1 ท่านเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และปรับแก้โดยใช้คำถามปลายเปิด ตรวจสอบคุณภาพข้อมูลแบบสามเส้า คือตรวจสอบสามเส้าจากผู้ให้ข้อมูล ทั้ง 4 กลุ่มและตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิเคราะห์ข้อมูล คือนักวิจัยและผู้ช่วยวิจัย

2. แบบประเมินความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม คู่มือพัฒนาอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม “รู้ทันโรค ชะลอข้อเข่าเสื่อม” ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความชัดเจนของการใช้ภาษาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติครอบครัว จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน จำนวน 1 ท่าน ได้ค่า (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ 0.7 หลังแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำ ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย เพื่อประเมินประสิทธิภาพของคู่มือก่อนนำไปใช้จริง แบบวัดความรู้ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.82 ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร KR-20 ได้ 0.85 และแบบประเมินทักษะการดูแล ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.80 แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำผลที่ได้ไปคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร KR-20 ได้ 0.78

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ IRB BCNU REC No.30/2566 วันที่ 22 กันยายน พ.ศ. 2566 และได้รับหนังสืออนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากสถานที่เก็บข้อมูล ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยมีคำอธิบายว่าข้อมูลจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับผู้ร่วมวิจัยสามารถถอนตัวเมื่อใดก็ได้โดยไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ จะไม่เกิดผลกระทบต่อการปฏิบัติงานและไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลอันพึงได้รับในปัจจุบันและอนาคต รวมถึงจะไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น และจะนำเสนอผลในภาพรวม หากผู้ร่วมวิจัยให้ความยินยอมจึงให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลโดยทำหนังสือถึงหน่วยงานชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และหลักจริยธรรมในมนุษย์โดยเคารพสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการให้ข้อมูล และขออนุญาตเก็บข้อมูลโดย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม จากการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 30 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการและการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 45 -60 นาที และสนทนากลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน 1 ครั้ง 1 วัน โดยแบ่งกลุ่มย่อยออกเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน ใช้เวลากลุ่มละ 2 ชั่วโมง

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบฯ โดยการประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อร่างระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชนมีส่วนร่วม จำนวน 20 คน 2 ครั้ง 2 วัน โดยใช้เวลา 4 ชั่วโมงต่อวัน

ระยะที่ 3 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 ท่านที่ผ่านการอบรมจากผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลโดยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณในการเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการอบรมพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข โดยใช้เวลา 3 วัน พร้อมมอบคู่มือ “รู้ทันโรค ชะลอข้อเข่าเสื่อม” กลุ่มควบคุม มีการจัดกิจกรรมตามปกติ ใช้แบบประเมินความรู้และทักษะ ก่อนและหลังการพัฒนา 12 สัปดาห์ ระดับความรุนแรงข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการดูแลจากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดการทดลอง โดยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบวัด ความถูกต้องและข้อความครบถ้วนของคำตอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมและระดับความรุนแรงข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนา 12 สัปดาห์ ระหว่างกลุมทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test และภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 สถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม แบ่งเป็น 3 ประเด็น ดังนี้ 1) ปัญหาด้านสุขภาพกายและจิตใจ พบว่า (1) ด้านร่างกาย ได้แก่ อาการปวดเข่า เข่าบวม ข้อฝืด การทรงตัวไม่มั่นคง ทำให้มีขีดจำกัดในการออกกำลังกายหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต้องการ (1.1) การบรรเทาความปวดและอาการอักเสบ (1.2) การฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า (1.3) การออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อให้เข่าแข็งแรง (1.4) การดูแลโภชนาการ ได้รับสารอาหารเสริมสร้างกระดูกและข้อ และ(1.5)การตรวจติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง (2) ด้านจิตใจ ได้แก่ เครียดจากการเจ็บปวดเรื้อรัง ข้อเข่าผิดรูปหรือเกิดความพิการเดินไม่ได้ ส่งผลต่อภาพลักษณ์ เกิดความวิตกกังวล หรืออาจจะเกิดภาวะซึมเศร้าและการเคลื่อนไหวจำกัดการสนับสนุนด้านจิตใจและสังคม ต้องการกำลังใจจากครอบครัว ชุมชนการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน ลดความโดดเดี่ยว (3) ด้านจิตวิญญาณ ได้แก่รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เหมือนเดิมความสามารถในการพึ่งพาตนเองลดลง กลายเป็นภาระของครอบครัว ต้องการให้เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพประเมินสุขภาพด้านจิตวิญญาณ 2) ขาดความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อย ไม่เข้าใจสาเหตุและกลไกของโรคข้อเข่าเสื่อม คิดว่าเป็นเพียงความเสื่อมตามวัยที่ไม่สามารถจัดการได้ ขาดข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เช่น การออกกำลังกายที่ถูกวิธี การใช้ไม้เท้าหรืออุปกรณ์พยุง และไม่ตระหนักถึง ความสำคัญของการรักษาต่อเนื่อง เช่น การไปพบแพทย์ตามนัด หรือการทำกายภาพบำบัด และ3) ขาดระบบสนับสนุนและการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน เนื่องจากอาการปวด เคลื่อนไหวลำบากจึงไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวและขาดการสนับสนุน รวมทั้งขาดคนดูแลต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม. เยี่ยมบ้าน มีการคัดกรองความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นระยะ หรือมีกิจกรรมรวมกลุ่ม สร้างเครือข่ายครอบครัว ชุมชนเพื่อช่วยดูแลกันเมื่อผู้สูงอายุมีข้อจำกัดการเดิน กิจกรรมกลุ่ม เพื่อนช่วยเพื่อน ลดความโดดเดี่ยวทางสังคม เป็นข้อมูลนำเข้าเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชน

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชน ประกอบด้วย 1) ระบบการบริการสุขภาพและการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ตั้งแต่การคัดกรอง การดูแลเพื่อลดอาการปวดเข่าด้วยเทคนิค CHARM การประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม การเยี่ยมบ้านและการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อ 2) ระบบสนับสนุนด้านอุปกรณ์และจัดสิ่งแวดล้อม/ปรับสภาพบ้านให้เหมาะกับผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม (ราวจับ ห้องน้ำปลอดภัย) 3) ระบบสนับสนุนทางสังคมและจิตใจโดยการรวมกลุ่มผู้สูงอายุ แกนนำ จัดกิจกรรมกลุ่มในชุมชน มีระบบพี่เลี้ยง คอยให้ความช่วยเหลือในการถ่ายทอดความรู้ และดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม 4) ระบบส่งเสริมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันภาวะข้อเข่าเสื่อม เช่น การออกกำลังกายร่วมกัน หรือการให้ความรู้เรื่องโรค เพื่อสร้างกำลังใจและการพึ่งพาตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุ ให้คำแนะนำในการป้องกันโรคฯ และ 5) ระบบข้อมูลและนำใช้ข้อมูลในการส่งเสริมแก้ปัญหาสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ การจัดทำระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมในตำบล และนำใช้ข้อมูลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมเพื่อจัดทำข้อบัญญัติท้องถิ่นและแผนงานงบประมาณในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

ระยะที่ 3 ประสิทธิผลระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชนมีส่วนร่วม ดังนี้

3.1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนและหลังการพัฒนาฯระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะฯระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน

หลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะฯระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะฯดีกว่ากลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนและหลังการพัฒนาฯระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปรตาม	กลุ่มทดลอง(n=30)			กลุ่มควบคุม(n=30)			t	*p*-value
	M	*SD*	ระดับ	M	*SD*	ระดับ		
ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุฯ								
ก่อนการพัฒนาฯ	14.03	2.75	น้อย	14.60	2.98	น้อย	-0.76	0.22
หลังการพัฒนาฯ	25.96	1.42	ดี	15.13	2.59	น้อย	19.38	0.00*
ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุฯ								
ก่อนการพัฒนาฯ	13.63	2.68	น้อย	13.83	2.56	น้อย	-0.40	0.34
หลังการพัฒนาฯ	25.33	1.39	ดี	14.46	1.88	น้อย	24.56	0.00*

p-value< .05

3.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนและหลังการพัฒนาฯ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการเปรียบเทียบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะฯในกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และในกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะฯดีขึ้น ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนและหลังการพัฒนาฯ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปรตาม	กลุ่มทดลอง (n=30)		t	p-value	กลุ่มควบคุม (n=30)		t	*p*-value
	M	*SD*			M	*SD*		
ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุฯ								
ก่อนการพัฒนาฯ	14.03	2.59	-21.83	0.00*	14.60	2.98	-1.38	0.08
หลังการพัฒนาฯ	25.96	1.42			15.13	2.59		
ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุฯ								
ก่อนการพัฒนาฯ	14.46	1.88	-27.78	0.00*	13.83	2.56	2.47	0.06
หลังการพัฒนาฯ	25.33	1.39			13.63	2.68		

p-value< .05

3.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนาฯระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน

หลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนาฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปรตาม	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	*p*-value
	M	*SD*	ระดับ	M	*SD*	ระดับ		
ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม								
ก่อนการพัฒนาฯ	32.90	5.20	เริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อม	31.63	5.31	เริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อม	0.95	0.07
หลังการพัฒนาฯ	40.26	5.27	ไม่พบอาการผิดปกติ	32.63	5.76	เริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อม	5.02	0.00*

p-value< .05

3.4 5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนาฯ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการเปรียบเทียบ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุภายในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพัฒนาฯไม่แตกต่างกัน และในกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุลดลง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนาฯ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปรตาม	กลุ่มทดลอง (n=30)		t	p-value	กลุ่มควบคุม (n=30)		t	*p*-value
	M	*SD*			M	*SD*		
ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ								
ก่อนการพัฒนาฯ	32.90	5.20	-4.88	0.00*	31.63	5.31	-2.30	0.07
หลังการพัฒนาฯ	40.26	5.27			32.63	5.76		

p-value< .05

อภิปรายผล

1. ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ปัญหาด้านสุขภาพกายและจิตใจ พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม มีอาการปวดข้อเข่า เข่าบวม กล้ามเนื้อรอบข้อเข่าอ่อนแรง รู้สึกฝืดและติดขัดของข้อ ส่งผลให้เดินไม่ถนัดดินไม่คล่อง ซึ่งสามารถอธิบายได้จากพยาธิสรีรวิทยาของโรคข้อเข่าเสื่อมร่วมกับกระบวนการเสื่อมตามวัย โดยเมื่ออายุมากขึ้น กระดูกอ่อนผิวข้อจะเกิดการเสื่อมสภาพ บางลง และสูญเสียความยืดหยุ่น ทำให้เกิดแรงเสียดทานระหว่างผิวข้อเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดการอักเสบของข้อและกระดูกใต้ผิวข้อ นำไปสู่อาการปวดและบวมของข้อเข่า (Hunter & Bierma-Zeinstra, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของชวิศ เมธาบุตร(2565) อธิบายว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมจะมีปัญหาเรื่องอาการปวดข้อเข่า และชุมชนยังไม่มีกิจกรรมในการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่มีการวางแผน กิจกรรม หรืองบประมาณ สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีข้อเข่าเสื่อม และ Masoumeh และคณะ (2017) อธิบายผลการวิจัยว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 58.5 มีความผิดปกติทางสุขภาพจิต ได้แก่ ความไม่สบายใจทางจิตใจในรูปแบบของอาการทางกาย โรคย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความก้าวร้าว โรคกลัว โรคจิตเภทหวาดระแวง และโรคจิต ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบถึงปัญหาทางด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม และสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า และความสามารถทางกายอันเป็นข้อมูลพื้นฐานที่มีความสำคัญต่อการวางแผนหรือจัดกิจกรรมการพยาบาล เพื่อลดผลกระทบปัญหาทางด้านจิตสังคม 2) ขาดความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬาพร ธานีและฐิติรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์ (2566) เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพต่อการมีภาวะเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ โดยศึกษาจากผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 231 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง ร้อยละ 50.2 มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญที่สถิติที่ระดับ 0.001 และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะเสี่ยงต่อโรคข้อเข่าเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ 3) ขาดระบบสนับสนุนและการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุปราณี บุญมี (2560) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ พบว่าผู้สูงอายุไม่มีความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเอง ยังไม่มีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกัน การดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุไม่ต่อเนื่อง ไม่เป็นรูปธรรม ร่วมกิจกรรม/โครงการตามที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือยจัดขึ้นเป็นครั้งคราว มากกว่าการมีบทบาทร่วมในการวางแผนดำเนินงาน และประเมินผล ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง “ความต้องการจำเป็น” ในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เน้นการเสริมสร้างความรู้และทักษะการดูแล ควบคู่กับการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน และการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งบุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร และผู้สูงอายุเอง เพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความต่อเนื่อง ยั่งยืน และตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการที่แท้จริง

2) การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วย 5 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบบริการสุขภาพและพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม 2) ระบบสนับสนุนด้านอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม 3) ระบบสนับสนุนทางสังคมและจิตใจ 4) ระบบส่งเสริมความรู้และการป้องกันภาวะข้อเข่าเสื่อม และ 5) ระบบข้อมูลและนำใช้ข้อมูลในการส่งเสริมแก้ปัญหาสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม การดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเสื่อม เป็นการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ตามปัญหาและบริบทของพื้นที่ ทั้งด้านความรู้และทักษะปฏิบัติให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ กระบวนการได้จากการประชุมระดมสมองหาแนวทาง วางแผนการดูแล และพัฒนาคู่มือการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข ผลการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้ การพัฒนาผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้ เรื่องโรค การฝึกทักษะการดูแลตนเอง ตามขั้นตอน CHAMP ที่เป็นรูปแบบที่เรียบง่าย ชัดเจน และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในระดับชุมชนและการมีคู่มือในการปฏิบัติ ช่วยเพิ่มความมั่นใจให้อาสาสมัครสาธารณสุขในการให้คำแนะนำและติดตามการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง และสะท้อนถึงศักยภาพของระบบการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม การบริหารเพื่อลดอาการปวดและสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้

3) ประสิทธิผลระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชนมีส่วนร่วม

3.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาฯพบว่า

อาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีกว่ากลุ่มควบคุมและดีกว่าก่อนได้รับการพัฒนาฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการพัฒนาเป็นการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขโดยการให้ข้อมูล (information) การให้ความรู้โรคข้อเข้าเสื่อม ปัจจัยที่ทำให้เกิดข้อเข่าเสื่อม ความรุนแรงของโรค รวมถึงการฝึกทักษะปฏิบัติให้อาสาสมัครไปดูแลผู้สูงอายุเพื่อลดอาการปวด โดยฝึกปฏิบัติกับผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมที่บ้านร่วมกับผู้วิจัย คนละ 1 ครั้ง ใช้เวลาในการดำเนินการประมาณ 1 ชั่วโมงและติดตามเยี่ยมอาสาสมัครกลุ่มทดลองทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามปัญหา อุปสรรค คนละ 1 ครั้ง ระบบดังกล่าวช่วยสร้างความมั่นใจให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขผ่านการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน การมีแนวทางปฏิบัติและคู่มือประกอบที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมถึงการฝึกทักษะการดูแลตามกระบวนการ CHAMP อย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถประเมิน ให้คำแนะนำ และติดตามการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง และผู้สูงอายุเองสามารถปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ อสม.เพื่อลดอาการปวดข้อเข่าได้ส่งผลต่อความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมลดลง สอดคล้องกับ นงนุช หอมเนียมและคณะ (2565) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ที่พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข และมีคู่มือการปฏิบัติของ อสม. ตามทักษะต่างๆ 8 ทักษะส่งผลให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้นและทุกคนสามารถผ่านการประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ในระดับดี ร้อยละ 100 และ ปิยรัตน์ ชูมี และ จิราพร อุดมกิจพิพัฒน์ (2564) ที่ได้ศึกษาเรื่องความรู้ด้านโรคเรื้อรังและสมรรถนะในการให้บริการด้านโรคเรื้อรังในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุราษฎร์ธานีโดยการจัดอบรมให้ความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขและฝึกปฏิบัติและประเมินความรู้และประเมินผลการปฏิบัติพบว่าทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสมรรถนะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการ พัฒนาฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คาเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคขอเขาเสื่อมของกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มทดลองหลังได้รับการพัฒนาฯ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากการพัฒนาให้อาสาสมัครสาธารณสุขมุงให้อาสาสมัครไปให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุ เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม และฝึกทักษะการปฏิบัติตัวให้แก่ผู้สูงอายุเมื่อมีอาการปวดให้มีความสม่ำเสมอตามขั้นตอน CHAMP ดังนี้ (1) C (Check) ดูการบวมบริเวณขอเขา กดหาจุดที่มีอาการเจ็บ (2) H (Herbal compress) ประคบร้อนข้อเขา (3) A (Active Knee) การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ บริหารกล ามเนื้อรอบข้อเขา (4) R (Rest) พักข้อพร อมพันผ ายืด และ (5) M (Massage) นวดข้อเข่า และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อ ความรุนแรงและการประเมินความรุนแรงของข้อเข่าสอน สอนแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการปวดตามขั้นตอน CHAMP แก่ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มทดลอง มีระดับความรุนแรงของโรคที่ลดลง สอดคล้องกับจุฑามาศ อุตรสัก (2567) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อความรุนแรงของโรคขอเขาเสื่อมและน้ำหนักตัวในผู้สูงอายุโรคข อเขาเสื่อมที่มีน้ำหนักเกิน โรงพยาบาลลำพูน หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลมีระดับความรุนแรงของโรคลดลง และชวิศ เมธาบุตร (2565) ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุอำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา โดยพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ และประเมินผลรูปแบบการจัดการโรค พบว่า ผลการใช้รูปแบบการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น พบว่า คะแนน Modified WOMAC Score คะแนนความปวด ความฝืดข้อ คะแนนรวม และคะแนนระดับความปวด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) อภิปรายได้ว่า ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมจะลดลงได้จนเห็นความแตกต่างนั้นต้องใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรม และมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในการใช้ข้อเข่าที่ถูกต้องและเหมาะสม การหลีกเลี่ยงหรือลดแรงกระแทกของข้อเข่า และการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าด้วยการบริหารกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าและการวิจัยในครั้งนี้ ดำเนินการ 12 สัปดาห์ จึงทำให้ความสามารถในการใช้งานข้อเข่าและการลดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างจากก่อนการเข้าร่วมการพัฒนาสอดคล้องกับ Fransen et al., 2015; Hunter & Bierma-Zeinstra, 2019 ที่ระบุว่าโปรแกรมฟื้นฟูข้อเข่าเสื่อมควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 8–12 สัปดาห์จึงจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพข้ออย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ปัญหาด้านสุขภาพกายและจิตใจ รวมถึงความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชนเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องให้ความสำคัญและนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ดังนั้นควรมีการกำกับติดตามดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและการเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลที่ครอบคลุมต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ

2. ด้านการพยาบาล หน่วยงานที่เกี่ยวข้องโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติงาน และการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมนี้ไปเป็นแนวทางในการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อทำวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการประเมินผลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม เพื่อให้เหมาะสมกับบริบท สังคม วัฒนธรรม ที่เปลี่ยนแปลงไป

2. ควรมีการศึกษาวิจัยต่อยอดการพัฒนาศักยภาพแกนนำกลุ่มมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน /แกนนำโรงเรียนผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสมาชิก อปท และ เจาหนาที่โรงพยาบาลสงเสริมสุขภาพ ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยมีการปรับปรุงเนื้อหาและวิธีการให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

จุฑามาศ อุตรสัก. (2567). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสรางแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อความรุนแรงของโรคขอเขาเสื่อมและน้ำหนักตัวในผู้สูงอายุโรคขอเขาเสื่อมที่มีน้ำหนักเกิน โรงพยาบาลลำพูน. *วารสารการสงเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดลอมล้านนา, 14*(1), 45-56.

จุฬาพร ธานีและฐิติรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์. (2566). *วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 อุบลราชธานี*, *11*(2), 73-88.

ชวิศ เมธาบุตร. (2565). การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, *16*(3), 969-985.

เตือนจิตต์ ช่วยจันทร์, สุทธีพร มูลศาสตร์และดนัย หีบท่าไม้. (2561). การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชนโดยความร่วมมือของพยาบาลเวชปฏิบัติและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 38*(2), 43-59.

นงนุช หอมเนียม, สุภาพร มะรังษีและดลนภา จิระออน. (2565). ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี*, *30*(3), 460-470.

ปิยรัตน์ ชูมี และ จิราพร อุดมกิจพิพัฒน์. (2564). ความรู้ด้านโรคเรื้อรังและสมรรถนะในการให้บริการด้านโรคเรื้อรังในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น*, *7*(4), 277-293.

สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย, ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2567). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการรักษาโรคข้อและกระดูกสันหลังอักเสบชนิดข้อแกนเด่นด้วยยาต้านรูมาติกที่ปรับเปลี่ยนการดำเนินโรคชนิดยาชีววัตถุและยาสังเคราะห์มุ่งเป้าโดยสมาคมรูมาติซั่มแห่งประเทศไทย พ.ศ.2567*. สืบค้นจาก: URL: https://drive.google.com/file/d/14oW9poVGFHGlpK6xEgQy2lRD71oKN6U/view.

สุปราณี บุญมี. (2560). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์.* ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจังหวัดอุดรธานี.(2566). *การคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยแบบคัดกรองผู้สูงอายุใน 10 เรื่อง*. สืบค้นจาก https://udn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96cedc48&id=df0700e8e3c79802b208b8780ab64d61

อณิษฐา หาญภักดีนิยม. (2563). นโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุต่อการพัฒนาประเทศในอาเซียน. *วารสารพุทธอาเซียนศึกษา*, *5*(1), 55-70.

Aiyong C, Huizi L, Dawei W, Junlong Z, Yufeng C,& Huading L. (2020). Global, regional prevalence, incidence and risk factors of knee osteoarthritis in population-based studies*. E Clinical Medicine*., *29*, 1-13.

Bloom, B.S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning.* New York: McGraw–Hill.

Department of Health, Ministry of Public Health. (2015). *Elderly health record*. Bangkok: Chao Chom Restaurant Suan Sunandha Rajabhat University.

Felson D.T., Naimark A, Anderson J, Kazis L, Castelli W, Meenan RF. Arthritis Rheum. 1987 30(8): 914-8. doi: 10.1002/art.1780300811.PMID: 3632732

Hatefi, M. Parvizi, R. Borji, M. and Tarjoman, A. (2019). "Effect of self-management program on pain and disability index in elderly men with osteoarthritis," *Anesthesiology and Pain Medicine, 9*(4), Article ID e92672.

Hunter, D. J., & Bierma-Zeinstra, S. (2019). Osteoarthritis. *The Lancet, 393*(10182), 1745–1759.

Kemmis, S., & McTaggart, R. (2005). *Participatory action research: Communicative action and the public sphere*. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), The SAGE handbook of qualitative research (3rd ed.) London: SAGE Publications.

Masoumeh N, Azim M, Azin E. M. (2017). *Investigating mental health in patients with osteoarthritis and its relationship with some clinical and demographic factors*. 55(4), 183-188. doi: 10.5114/reum.2017.69778.

Maurer BT, Stern AG, Kinossian B, Cook KD, Schumacher HR Jr. (1999). Osteoarthritis of the knee: isokinetic quadriceps exercise versus an educational intervention. *Arch Phys Med Rehabil; 80*(10): 1293-9. doi:10.1016/s0003-9993(99)90032-1

Methabutr C. (2022). Development of the Management Model for Osteoarthritis among Elderly in Chumphuang District, Nakhon Ratchasima Province. *Regional Health Promotion Center Journal*, *16*(3), 969-985.

Narin R, Taunrat W,& Booncheang W. (2015). Development of a Community Participation Program for Caring Older Adults with Knee Osteoarthritis. *Nursing Journal*, *42*(3), 170-181.

Strategy and Planning Division. (2024). *Health status 2024*. Retrieved from https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/area/index.php?ma=1&pf=01818101&tp=12_3. [In Thai]