



การพัฒนาโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน Development of a Community Participation Program for Caring Older Adults with Knee Osteoarthritis

รังสิยา	นารินทร์	Ph.D.*	Rangsiya	Narin	Ph.D*
วิลาวณีย์	เดือนราชฤทธิ์	พย.ม.**	Wilawan	Taunrat	M.N.S.**
วราภรณ์	บุญเชียง	ปร.ด.***	Waraporn	Booncheang	Ph.D***

บทคัดย่อ

ข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ การดูแลที่เหมาะสมโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน จะช่วยให้ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีสุขภาวะ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา โปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และศึกษาผลของโปรแกรมต่อสมรรถภาพ ทางกายและอาการปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชน กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม พัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย ตัวแทนผู้สูงอายุ ผู้ดูแล พยาบาลวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน แกนนำในชุมชน เจ้าหน้าที่เทศบาล แพทย์ และนักกายภาพบำบัด รวม 86 คน และกลุ่มผู้เข้าร่วมโปรแกรม คือ ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม จำนวน 212 ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม 2555-กันยายน 2556 เครื่องมือ ที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แนวคำถามปัญหาสถานการณ์และความต้องการการดูแล แนวคำถามทุนทาง สังคม แบบทดสอบการเดิน 6 นาที ส่วนแบบคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม และแบบประเมินอาการข้อเข่าเสื่อม ทดสอบความเชื่อมั่น คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้เท่ากับ 0.82 และสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Chronbach's α) เท่ากับ 0.87 ตามลำดับ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ dependent t-test

โปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนพัฒนาขึ้นตามแนวคิด PRECEDE PROCEDE model (Green & Kreuter, 2005) การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น ระยะที่ 1 การประเมินทุน ทางสังคมและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม และระยะที่ 2 การนำโปรแกรมไป ใช้และการประเมินผลโปรแกรมที่ร่วมกันพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) การตรวจคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมใน ผู้สูงอายุ 2) การจัดทำชุดความรู้ สื่อวีดิทัศน์ คู่มือ โปสเตอร์ในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม 3) การจัดอบรม การดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชน 4) การจัดกิจกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม 5) การ จัดตั้งชมรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม 6) การจัดตั้งชมรมเพื่อรณรงค์การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ผลพบว่าผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมมีสมรรถภาพทางกายเพิ่มขึ้นและมีอาการปวดข้อเข่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.001$) โปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยพัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถ เพิ่มสมรรถภาพทางกายและลดอาการปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมได้ ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุข้อเข่า

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



เชื่อมโยงในชุมชนควรให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดผลที่มีประสิทธิภาพ มีการดูแลอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การพัฒนาโปรแกรมการดูแล ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

Knee osteoarthritis is common found in older adults. An appropriate caring using community participation is required to encourage older adults to perform activities of daily living and stay healthy. The objectives of this study were to develop a community participation program for older adults with knee osteoarthritis and determine the effects of this program toward older adults with knee osteoarthritis' physical function and knee pain. The participants were divided into two groups. The program developers was consisted of representative of older adults, care givers, registered nurses, community leaders, group leaders, local government officers, general doctor, and physiotherapists all together 86 people. Other group was the program participants including 212 older adults with knee osteoarthritis. The research was conducted during January 2012-September 2013. The research instruments were the situation analysis questionnaires, the social capital questionnaires, 6-minute walk test. The knee osteoarthritis screening test and the knee osteoarthritis score was tested used KR-20 = 0.82 and Chronbach's α = 0.87 respectively. Qualitative data were analyzed using content analysis and quantitative data were analyzed using descriptive statistics and dependent t-test.

The researcher developed the community participation program for caring older adults with knee osteoarthritis based on a PRECEDE-PROCEED model (Green & Kreuter, 2005). The program was composed of two phases as follows: The first phase consisted of problem assessment and situation analysis about caring older adults with knee osteoarthritis. The second phase was focused on implementation and evaluation the program that composed of six activity plans including 1) knee osteoarthritis screening test in older adults 2) develop a set of media, poster, video, and booklet for caring older adults with knee osteoarthritis 3) develop a training course for caring older adults with knee osteoarthritis 4) develop exercise program for older adults with knee osteoarthritis 5) setting a club for caring older adults with knee osteoarthritis and 6) setting a club for exercise promoting campaign among older adults. The results of this research revealed that the participants' physical function were improved and reduced knee pain scores after attained the program respectively ($p < 0.001$). The developed of community participative program for older adults with knee osteoarthritis could increase physical function and reduce knee pain among older adults with knee osteoarthritis. Thus, the community participation should be involved for effectively and sustainability caring in older adults with knee osteoarthritis in the community.

Key words: Caring program development, older adults with knee osteoarthritis, community participation



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ข้อเข่าเสื่อม (Knee osteoarthritis) เป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ 75 ปีขึ้นไป พบข้อเข่าเสื่อมถึงร้อยละ 80 และพบได้บ่อยในผู้ที่มีอายุน้อยลง (American Academy of Orthopedic Surgeons [AAOS], 2013) การรักษาด้วยยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่ สเตียรอยด์ส่งผลทำให้เสียค่าใช้จ่ายปีละประมาณ 1,282 ล้านบาท ส่วนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าจะทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายปีละประมาณ 32,500 ล้านบาท (Chen, Gupte, Akhtar, Smith, & Cobb, 2012) ในประเทศไทยพบว่าค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดข้อเข่า 1 ครั้ง ประมาณ 78,533-79,316 บาท และใช้ระยะเวลานอนในโรงพยาบาลถึง 7-8 วัน (นัฐวุฒิ วิวรรณวรงค์, 2554)

อาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม คือ ปวดข้อเข่า มีเสียงกรอบแกรบ (crepitation) ฝืดติดขัดข้อเข่า เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 30 นาที และมีข้อเข่าขนาดใหญ่ขึ้นโดยไม่มีการอักเสบบวมร้อน (Durham, Fowler, & Edlund, 2014) พฤติกรรมการนั่งยอง ๆ นั่งพับเพียบ และภาวะอ้วนจะเพิ่มแรงกดต่อผิวข้อเข่า 6 เท่า ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม (สุกัญญา มาลัยมาตร, ชุติกร ตำนายุทธศิลป์, ฐิตติอาภา ตั้งคำวานิช, และนิพัทธ์ กิตติมานนท์, 2555) ดังนั้น หากมีการปฏิบัติตัวและการดูแลที่ไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดอาการที่ปวดที่รุนแรงใน 1 ถึง 3 ปี (บุญเรียง พิสมัย, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามิ และสุภาพ อารีเอื้อ, 2555) อาการปวดข้อเข่าที่รุนแรงมีการอักเสบบวมแดงร้อน รวมทั้งอาการปวดข้อเข่าที่เรื้อรังทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน และนำไปสู่การใช้ยาแก้ปวดและยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์อย่างต่อเนื่อง ส่งผลทำให้เกิดภาวะเสี่ยงและอันตรายจากการใช้ยา เช่น เลือดออกในกระเพาะอาหาร กระเพาะอาหารทะลุ เป็นต้น (AAOS, 2013) นอกจากนี้ อาการปวดข้อเข่าเรื้อรังยังส่งผลทำให้เกิดข้อเข่าติด ขาโก่งหรือผิดรูป ทำให้เสี่ยงต่อการหกล้ม และนำไปสู่ความพิการ ซึ่งจะทำให้เป็นภาระพึ่งพิงของครอบครัว ผู้ดูแล และชุมชน เนื่องจากทำให้ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวรบกวนต่อการทำกิจวัตรประจำวัน เกิดความทุกข์ทรมาน ส่งผลทำให้

คุณภาพชีวิตลดลง ทำให้รู้สึกถูกแยกตัวจากสังคม และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (รังสิยา นารินทร์, วิลาวัลย์ เตือนราษฎร์ และ วราภรณ์ บุญเชียง, 2556)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลป้องกันภาวะเสี่ยงและอาการรุนแรงจากโรคข้อเข่าเสื่อมมีรูปแบบที่หลากหลาย (AAOS, 2013) ส่วนใหญ่นเน้นการปรับประคับประคองอาการ คงไว้ซึ่งสมรรถภาพและเพิ่มขีดความสามารถในการทำงานของข้อเข่าและกล้ามเนื้อตลอดจนลดปัจจัยอันตรายที่อาจเกิดขึ้น เช่น ส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและทนทานแก่กล้ามเนื้อ (Deyle, Allison, Matekel, Ryder, Stang, Gohdes, Hutton, Henderson, & Garber, 2005) การออกกำลังกายแบบไทชี (Tai Chi) (Yip, Su, & Wong, 2004) การเดิน (Brosseau, Wells, Kenny, Reid, Maetzel, Tugwell, Huijbregts, McCullough, Angelis, & Chen, 2012) การฟื้นฟูสภาพ (Davis & MacKay, 2013) การผสมผสานการให้ความรู้และออกกำลังกาย ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (Toda & Tsukimura, 2006) สำหรับประเทศไทย ส่วนใหญ่นเน้นการออกกำลังกาย (สุระเพ็ญ สุวรรณสว่าง, 2551) การบริหารข้อเข่าที่บ้าน (นิภาวรรณ ศรีรัตนวุฒิ, 2551) การให้ความรู้เพื่อปรับพฤติกรรมลดตนเอง (AAOS, 2013) การเสริมสร้างพลังอำนาจให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองและลดอาการปวดข้อเข่า (สุกัญญา มาลัยมาตร ชุติกร ตำนายุทธศิลป์ ฐิตติอาภา ตั้งคำวานิช และนิพัทธ์ กิตติมานนท์, 2555) การควบคุมน้ำหนักและหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่กดทับบริเวณข้อเข่า (สารเนตร์ ไชยกุล, วีระชัย ไควสุวรรณ, ธโนทัย โชตนฤดี, สุรพล เกษประยูร กฤษณ์ กาญจนฤกษ์ และธนา ธุระเจน, 2553) และการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยการนวดฝ่าเท้า (ธงชัย แก้วสียาชาญชัย วันทอง ปิยเชษฐ จตุเทน และวิชัย อิงพิณิจพงศ์, 2548) รวมทั้ง การสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกาย (social support) การให้บริการโดยพยาบาลเวชปฏิบัติที่ผสมผสานกิจกรรมที่หลากหลาย ทั้งให้ความรู้ การออกกำลังกาย การบันทึกการใช้ยา และการควบคุมน้ำหนัก (Narin, 2012) ส่วนใหญ่นเน้นกิจกรรมในระดับบุคคลส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมไม่มี



ประสิทธิภาพเท่าที่ควรเนื่องจากขาดครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม (ธัญยาภรณ์ ทองเสริม, 2551)

แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหนึ่งในแนวคิดที่นำมาใช้ในการพัฒนาการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันคิด วิเคราะห์ ตัดสินใจ วางแผน ปฏิบัติตามแผน และประเมินผล นับตั้งแต่ศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ร่วมกันวางแผนการดำเนินงานและประเมินผล (จินตวิรี เกษมสุข, 2554; Cohen & Uphoff, 1980) ส่วนแนวคิดพรีซีดี-โพรซีดีโมเดล (PRECEDE-PROCEED model) (Green & Kreuter, 2005) มุ่งเน้นการศึกษาสถานการณ์โดยรอบด้านเพื่อนำมาวางแผน ดำเนินการ และประเมินผลการดูแลสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 PRECEDE ประเมินทุนทางสังคม วิเคราะห์สถานการณ์ทั้ง 4 ด้าน คือ ปัญหาสังคม ระบาดวิทยา พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และการบริหาร/นโยบาย เพื่อการพัฒนาโปรแกรมฯ

ระยะที่ 2 PROCEED การนำโปรแกรมไปใช้และประเมินผล มี 4 ขั้นตอน คือ การดำเนินงานตามโปรแกรม การประเมินผล ผลกระทบ และผลลัพธ์

โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้นำทั้ง 2 แนวคิดมาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งผู้ดูแล ครอบครัว ภาครัฐหรือข่ายต่างๆ ในชุมชน เพื่อให้สอดคล้องกับบริบททุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน อันจะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมเกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง สร้างเสริมสมรรถภาพและลดอาการปวดข้อเข่าลง และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีสุขภาวะ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

คำถามการวิจัย

1. โปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นอย่างไร

2. ผลของโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นอย่างไร

2.1 สมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมแตกต่างกันหรือไม่

2.2 อาการปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมแตกต่างกันหรือไม่

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชนเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุและบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายและยั่งยืน ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดพรีซีดี-โพรซีดีโมเดล (Green & Kreuter, 2005) มาใช้ในการศึกษาวิจัย โดยเชื่อว่ากระบวนการพัฒนาโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยผสมผสานแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา ทุนทางสังคม ตัดสินใจ วางแผนดำเนินงาน การปฏิบัติงาน และประเมินผลในทุกขั้นตอน เพื่อให้ชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการ และบริบทของชุมชน ตลอดจนครอบคลุมกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชน และผลจากการดำเนินกิจกรรมจะสามารถเพิ่มสมรรถภาพทางกายและลดอาการปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมลง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพัฒนานี้ (Developmental research design) ศึกษาในชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอสารภ จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือน มกราคม 2555 ถึง กันยายน 2556

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มพัฒนาโปรแกรม คัดเลือกแบบเจาะจงจาก



ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วย ตัวแทนผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล 24 คน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 30 คน ผู้นำชุมชน 10 คน แกนนำชุมชน 10 คน เจ้าหน้าที่เทศบาล 7 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน แพทย์ 1 คน และนักกายภาพบำบัด 2 คน รวม 86 คน โดยมีคุณสมบัติคือ สามารถพูดและสื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

2. กลุ่มผู้เข้าร่วมโปรแกรม คัดเลือกจากประชากรผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 641 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้ 246 คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย ร้อยละ 10 รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 270 คน มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ อายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมระดับความรุนแรงของโรคไม่เกินระดับ 3 (ACR, 2000) และยินดีร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการศึกษา

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แนวคำถามปัญหาสถานการณ์และความต้องการการดูแล ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
2. แนวคำถามทุนทางสังคม ดัดแปลงจากแบบสอบถามทุนทางสังคมของชนิษฐา นันทบุตร (2553)
3. แบบคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม พัฒนาจากเกณฑ์วินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อมมหาวิทยาลัยโรครูมาติซึม ประเทศสหรัฐอเมริกา (American College of Rheumatology [ACR], 2000) ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญทางคลินิก และผลการตรวจร่างกาย
4. แบบประเมินอาการข้อเข่าเสื่อม พัฒนาจากแนวทางประเมินอาการข้อเข่าเสื่อมที่ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย (2554) ให้ข้อเสนอแนะไว้คือ The Western and McMaster Universities Arthritis Index [WOMAC] (Bellamy, 2007) แบ่งเป็น 3 ส่วน คืออาการปวดข้อเข่า
5. แบบทดสอบการเดิน 6 นาที (Rikli & Jones, 2013) โดยให้เดิน ระยะทาง 45.7 เมตร ในเวลา 6 นาที บนพื้นที่ทดสอบรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้าที่ทำเครื่องหมายไว้ทุกระยะ 4.57 เมตร หากเดินได้มากกว่า 32.0 เมตร ถือว่า

มีความคงทนและสมรรถภาพทางกายในระดับดี

แบบคัดกรองข้อเข่าเสื่อมและแบบประเมินอาการข้อเข่าเสื่อมได้รับการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จากนั้นได้นำไปทดสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในอำเภอแห่งหนึ่ง จำนวน 32 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) เท่ากับ 0.82 และได้ค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Chronbach's α) เท่ากับ 0.87 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากโครงสร้างการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 170/2554 เดือนธันวาคม 2554 ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือและความยินยอมเข้าร่วมวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างหลังจากกลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอม จึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการ เตรียมผู้วิจัย ชุมชน เครื่องมือ และขอพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัย ขอความร่วมมือดำเนินการวิจัย เตรียมพยาบาลวิชาชีพตรวจคัดกรองโรค ซึ่งแจ้งกลุ่มตัวอย่างเพื่อพิทักษ์สิทธิและประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างสมัครใจลงนามในใบยินยอม
2. ขั้นตอนดำเนินการและประเมินผล ภายหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูล และนำข้อมูลมาพัฒนาโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างที่ตรวจคัดกรองและพบโรคข้อเข่าเสื่อมจะได้รับเชิญเข้าร่วมโปรแกรมฯ ประกอบด้วย การให้ความรู้ การออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละอย่างน้อย 30 นาที 12 สัปดาห์อย่างต่อเนื่อง ประเมินสมรรถภาพทางกายและอาการปวดข้อเข่าก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพทางกายและอาการปวดวิเคราะห์โดยสถิติค่าที่ (dependent t-test) ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพได้นำมาจัดหมวดหมู่



ผลการวิจัย

สามารถนำเสนอออกเป็น 2 ระยะ ตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED ดังนี้

ระยะที่ 1 PRECEDE

1. ปัญหาสถานการณ์และทุนทางสังคม พบว่าผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมมีอาการปวดเข่า ข้อฝืดติดขัด ทำให้เคลื่อนไหวร่างกายและทำกิจวัตรประจำวันได้ไม่สะดวก เกิดอุบัติเหตุหกล้มได้ง่าย รู้สึกยากลำบาก ทำให้เป็นภาระและต้องพึ่งพาครอบครัว ผู้ดูแล ญาติ เพื่อนบ้าน หรือเทศบาลในการเดินทางเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน อาการปวดเรื้อรังทำให้ทุกข์ทรมานและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ส่วนใหญ่ไปรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อรับยาบรรเทาอาการ ส่วนน้อยไปรักษาโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัด บางส่วนไปรักษาที่คลินิกและโรงพยาบาลเอกชนเพื่อรับยาบรรเทาอาการปวดชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ส่วนน้อยที่เลือกรักษาโดยการนวดหรือประคบด้วยสมุนไพร

"...ไปไหนมาไหนลำบาก เจ็บก็ไปหาหมอที่อนามัย เอายามากิน ได้ยามาทา ก็ดีไป..."

"...ไปคลินิก หลานพาไปฉีดยา...ฉีดยาตลอด...(ยา) กินเอาบะอยู่เท่าใด..."

จากการประเมินทุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนมีการรวมกลุ่มดำเนินกิจกรรมทางด้านการดูแลสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายโดยใช้ไม้พลอง ฟ้อนเจิง รำวงย้อนยุค การบริหารข้อเข่าโดยใช้หนังยาง โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนบางส่วนจากเทศบาลฯ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รวมกลุ่มทำกิจกรรมตามประเพณี วัฒนธรรม ทำนุบำรุงพระศาสนา ในชุมชนมีปราชญ์และผู้รู้ทางพิธีกรรมเป็นแกนนำหลัก มีภูมิปัญญาพื้นบ้าน ได้แก่ หมอยาสมุนไพร ดอกเสี้ยน นวดแผนไทย จับเส้น ดอกเสี้ยน เป็นต้น

ด้านระบาดวิทยา ผู้วิจัยได้ตรวจคัดกรองข้อเข่าเสื่อมร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ ในผู้สูงอายุอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 641 คน พบว่ามาตรวจคัดกรอง จำนวน 378 คน (ร้อยละ 59.0) พบข้อเข่าเสื่อม จำนวน 212 คน (ร้อยละ 56) ของผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจคัดกรอง เพศหญิง จำนวน 121 คน (ร้อยละ 57) และเพศชาย

จำนวน 91 คน (ร้อยละ 43) ตามลำดับ ส่วนด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมพบว่า ปัจจัยนำที่ส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชน ได้แก่ ผู้สูงอายุมีการรับรู้ในเรื่องโรค อันตรายจากโรค และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม มีทัศนคติที่ดีต่อการออกกำลังกาย มีการป้องกันความเสี่ยงจากการหกล้ม ด้านปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชน และมีผู้สูงอายุต้นแบบที่มีการปฏิบัติตัวเหมาะสม มีสถานบริการและบุคลากรที่สามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก ด้านปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในชุมชน การได้รับงบประมาณสนับสนุนจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งในและนอกชุมชนอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ด้านนโยบายและการวางแผน ผลจากการวิเคราะห์และสอบถามข้อมูลร่วมกับชุมชน เพื่อหาแนวทางการพัฒนาโปรแกรม กำหนดกิจกรรมการดำเนินงานและผู้รับผิดชอบ

2. การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้ร่วมการพัฒนาและดำเนินงาน ดังตารางที่ 1

ระยะที่ 2 PROCEED

3. ผลการใช้โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่า โปรแกรมที่ร่วมกันพัฒนาขึ้นเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามาร่วมรับผิดชอบในการดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ ทำให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง การดำเนินงานยังได้รับการสนับสนุนจากชุมชน ทั้งจากเทศบาลฯ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

"...เริ่มมาจากที่เฮ้อู้กัน (เราพูดกัน) จะทิ้งไปจะใด (จะทิ้งไปได้อย่างไร)..แต่ที่เห็นคือมาทำแล้วมันดีต่อสุขภาพ คือเดินไม่ซึกซึก (เดินตืดๆ ซดๆ)..."

"...ถ้าเฮ้อบะทำ (ถ้าเราไม่ทำ) ใครก็ช่วยไม่ได้ ต้องทำกันน้อย (ทำทีละน้อย) จนทำได้เอง..."

3.1 สมรรถภาพทางกาย จากค่าเฉลี่ยระยะทางการเดินในเวลา 6 นาที ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีระยะทางการเดินเฉลี่ย ระหว่าง 235 ถึง 460 เมตร ค่าเฉลี่ย 322.70 เมตร ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 21.03 และหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีระยะทางการเดินเฉลี่ย ระหว่าง 250 ถึง 490 เมตร ค่าเฉลี่ย



362.90 เมตร ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 18.70
ผลพบว่าสมรรถภาพทางกายของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น

จากก่อนการดำเนินโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ 0.001 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 โปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

กิจกรรม	การดำเนินงาน	ระยะ	ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มเป้าหมาย
1. ตรวจคัดกรองข้อเข่าเสื่อม	- พัฒนาแบบคัดกรอง - ทดลองใช้และปรับปรุง - ตรวจคัดกรองข้อเข่าเสื่อม	3 เดือน	ผู้วิจัย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด ผู้สูงอายุ อสม. จิตอาสา เจ้าหน้าที่เทศบาล	ผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 641 คน
2. จัดทำชุดความรู้ในการ ดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม	2. จัดทำชุดความรู้ในการ ดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม - จัดทำชุดความรู้โดยค้นหา ต้นแบบ จัดทำสื่อ วีดิทัศน์ คู่มือ และโปสเตอร์ เรื่อง สูง วัยใส่ใจข้อเข่าเสื่อม	2 เดือน	ผู้วิจัย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด ผู้สูงอายุ อสม. จิตอาสา เจ้าหน้าที่เทศบาล นักโสต ทัศนูปกรณ์	ผู้สูงอายุในชุมชน ผู้สูงอายุทั่วไป ประชาชนทั่วไป
3. อบรมการดูแลผู้สูงอายุ ข้อเข่าเสื่อม	- ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุข้อ เข่าเสื่อม ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อสม. และจิตอาสาในชุมชน หมู่บ้านละ 2 วัน	2 เดือน	ผู้วิจัย พยาบาลวิชาชีพ ผู้สูงอายุ อสม. จิตอาสา แกนนำ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่เทศบาล	ผู้สูงอายุในชุมชน 270 คน อสม. จิตอาสา แกนนำ ผู้นำชุมชนหมู่บ้าน ละ 10-20 คน
4. การออกกำลังกาย	- จัดกิจกรรมการออกกำลังกาย ด้วยท่าทางการยืด เหยียดกล้ามเนื้อโดยใช้หนังสือ อย่าง สัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ อย่างน้อย 30 นาที	3 เดือน	พยาบาลวิชาชีพ ผู้สูงอายุข้อเข่า เสื่อม อสม. จิตอาสา แกนนำ ผู้นำ ชุมชน เจ้าหน้าที่เทศบาล	ผู้สูงอายุในชุมชน 270 คน อสม. จิตอาสา แกนนำ ผู้นำชุมชน
5. จัดตั้งชมรมเพื่อดูแล ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม	- รับสมัครสมาชิก - ตั้ง 'ชมรมข้อเข่าดี' - แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อ วางแผนและดำเนินงาน	3 เดือน	ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม อสม. จิตอาสา แกนนำ ผู้นำชุมชน พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ เทศบาล	ผู้สูงอายุข้อเข่า เสื่อม อสม. จิต อาสา แกนนำ ผู้นำชุมชน
6. จัดตั้งชมรมเพื่อรณรงค์ การออกกำลังกายสำหรับ ผู้สูงอายุ	- รับสมัครสมาชิก - ตั้ง 'ชมรมเฮฮาสุขภาพ' - แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อ วางแผนและดำเนินงาน	1 เดือน	ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม อสม. จิตอาสา แกนนำ ผู้นำชุมชน พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ เทศบาล	ผู้สูงอายุ และผู้สูง อายุข้อเข่าเสื่อม อสม. จิตอาสา แกนนำ ผู้นำชุมชน



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระยะทางการเดินในระยะเวลา 6 นาทีของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรม (n=212)

ระยะทางการเดินใน ระยะเวลา 6 นาที	ระยะทาง	ค่าเฉลี่ย	ค่าส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	p-value
ก่อน	235-460	322.70	21.50	0.001
หลัง	250-490	362.90	18.70	

3.2 อาการปวดข้อเข่า จากค่าเฉลี่ยอาการปวดข้อเข่าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับอาการปวดข้อเข่าระหว่าง 18 ถึง 25 คะแนน ระดับอาการปวดข้อเข่าเฉลี่ย 16.50 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.35 และหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีระดับ

อาการปวดข้อเข่า ระหว่าง 0 ถึง 20 คะแนน ระดับอาการปวดข้อเข่าเฉลี่ย 12.10 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.80 ผลพบว่าอาการปวดข้อเข่าลดลงจากก่อนการดำเนินโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอาการปวดของกล้ามเนื้อตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรม (n=212)

อาการปวด	ระดับคะแนน	ค่าเฉลี่ย	ค่าส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	p-value
ก่อน	18-25	16.50	2.35	0.001
หลัง	0-20	12.10	1.80	

ผลลัพธ์จากการประเมินผลรวบยอดวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับในด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนพบว่า การดำเนินงานสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ชุมชนได้โปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่เกิดจากการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน กิจกรรมการดำเนินงานทำให้เกิดเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในระดับตำบลในรูปแบบชมรมเพื่อดำเนินงานขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมอย่างต่อเนื่อง

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงเป็นไปตามวัตถุประสงค์ทั้งการพัฒนาโปรแกรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่เข้าร่วมกันพัฒนาขึ้นโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมถึงผลกระทบทางกายของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมดีขึ้นและอาการปวดข้อเข่าลดลง ซึ่งผลสำเร็จนี้อาจเนื่องจากหลายปัจจัย ดังนี้

1. การนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ให้ทุกภาคส่วนทั้งผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม ผู้ดูแล อสม. จิตอาสา แกนนำชุมชน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่เทศบาล และพยาบาลวิชาชีพ รับรู้สถานการณ์ปัญหาผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชน โดยใช้ผลการตรวจคัดกรองข้อเข่าเสื่อมนำเสนอให้กับชุมชนได้รับทราบ ทำให้เห็นปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชน ผู้วิจัยเป็นเพียงผู้สนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้เกิดกระบวนการพัฒนาโปรแกรมและส่งเสริมให้มีกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมอย่างต่อเนื่อง เป็นไปได้ว่ากิจกรรมมีความเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุ ทนทางสังคม วิถีชีวิต และความต้องการของชุมชน เนื่องจากทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา ร่วมรับผิดชอบในการดำเนินงานและประเมินผล การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนนี้ถือเป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของบุญเรียง พิสมัย มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์ นิรัตน์ อิมามิ และ



สุภาพ อาวีเอื้อ (2555) ที่กล่าวว่า แรงสนับสนุนจากสังคม ครอบครัว ชุมชน และบุคลากรทีมสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชนเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2. ได้ชุดความรู้ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีบุคคลต้นแบบที่เป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมเกิดแรงจูงใจ เกิดการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา มาลัยมาตร ชูติกร ด่านยุทธศิลป์ จิตติอาภา ตั้งคำวานิช และนิพัธ กิตติมานนท์ (2555) พบว่า การนำบุคคลต้นแบบมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลตนเอง เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมให้มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม เกิดการรับรู้ความสามารถ และนำแนวทางที่ได้ไปปฏิบัติจนเกิดคุณภาพภูมิวัง ซึ่งถือเป็นการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในการดูแลตนเองอีกทางหนึ่ง นอกจากนี้พบว่า ชุมชนมีแกนนำจิตอาสา อสม. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่จากเทศบาลฯ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน มีการประสานงานเพื่อขับเคลื่อนกิจกรรมต่างๆ ให้เป็นไปตามแผนที่ร่วมกันกำหนด เครือข่ายการดำเนินงานมีการติดตามเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การค้นหาและพัฒนาศักยภาพแกนนำหน้าใหม่ที่มีความสนใจ มีเจตคติที่ดี มีจิตอาสา ให้สามารถจัดการดูแลตนเอง ถือเป็นเรื่องสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จ สอดคล้องกับ ทัพพชวัญ ศรีรัศยวงศ์ สุมาลี เลิศมัลลิกาพร และอะเคื้อ อุณหเลขกะ (2555) ที่พบว่า แกนนำที่มีศักยภาพในการดำเนินงาน มีความสามารถในการประสานงาน มีความสนใจใส่ใจในการดำเนินงานและเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ และได้รับประโยชน์สูงสุด

3. กิจกรรมมีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชน โดยการออกกำลังกายที่ประกอบด้วยท่าทางการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ โดยใช้หนึ่งยาง จำนวน 10 ท่า สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ ไม่น้อยกว่า 30 นาที ที่ชุมชนได้แสดงความคิดเห็นร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ มีเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมในการ

กำหนดกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและข้อจำกัดของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา มาลัยมาตร ชูติกร ด่านยุทธศิลป์ จิตติอาภา ตั้งคำวานิช และนิพัธ กิตติมานนท์ (2555) พบว่า การมีส่วนร่วมเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้สามารถควบคุมจัดการกับปัญหาและความต้องการของตนเอง และเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

4. มีการรวมกลุ่มดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมที่ร่วมกันพัฒนาขึ้น และมีการรวมกลุ่มเป็นชมรมข้อเข่าดี และชมรมเฮฮาสุขภาพ ซึ่งถือเป็นการพัฒนาศักยภาพแกนนำผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมให้เกิดเครือข่ายการดูแลในชุมชนและขยายเครือข่ายไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้นอกชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนาวลี ภักดีสมัย และพนิชฐา พานิชชีวะกุล (2554) ที่กล่าวว่าศักยภาพแกนนำและเครือข่ายการดำเนินงานมีความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาปวดข้อเข่าในชุมชน

5. ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมีสมรรถนะทางกายเพิ่มขึ้นและอาการปวดข้อเข่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการได้รับโปรแกรม อธิบายได้ว่าโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมรับรู้ตนเองเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมจากการตรวจคัดกรองโรค การอบรมให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม และจากชุดความรู้ สื่อวีดิทัศน์ คู่มือโปสเตอร์ "สูงวัยใส่ใจ ข้อเข่าเสื่อม" ที่ร่วมกันพัฒนาขึ้นจากบุคคลต้นแบบในชุมชน ทำให้เกิดการสร้างแรงจูงใจจากบุคคลต้นแบบผ่านสื่อและการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัจจัยที่สำคัญคือเกิดแรงจูงใจในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง โดยการพัฒนากลุ่มแกนนำผู้สูงอายุเพื่อเป็นผู้นำการออกกำลังกาย ทำให้เกิดความมั่นใจและมีการออกกำลังกายต่อเนื่อง ส่งผลทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง ช่วยพยุงข้อเข่า ทำให้ลดแรงกดที่กระทำบริเวณข้อเข่าลง อาการปวดข้อเข่าจึงลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุระเพ็ญ สุวรรณสว่าง (2551) ที่พบว่า การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อจะเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ ช่วยป้องกันและรักษาโรคข้อเข่า



เสื่อม ทำให้สามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน ลดอาการปวดข้อเข่าและอาการรุนแรงของโรคลง สอดคล้องกับการศึกษาของ รังสิยา นารินทร์ เจนเนต รัมจิต และจิโรบินสัน (2553) ที่พบว่าการออกกำลังกายเพื่อยืดเหยียดกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่องสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ อย่างน้อย 30 นาที ตลอดระยะเวลา 3 เดือน โดยใช้หนึ่งยางจำนวน 5 เส้น ร้อยต่อกันประมาณ 1.5 เมตร จะเพิ่มสมรรถภาพทางกายและช่วยลดอาการปวดข้อเข่าลดลง

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

ได้โปรแกรมสำหรับผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชนที่พัฒนาขึ้นโดยทุกภาคส่วนของชุมชนมีส่วนร่วม และได้เครือข่ายความร่วมมือระหว่างผู้วิจัยจากสถาบันการศึกษาและภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนกิจกรรมการดูแลสุขภาพในชุมชน และขยายบทเรียนไปยังชุมชนใกล้เคียง

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. การนำโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนไปใช้ให้บรรลุผลสำเร็จต้องอาศัยความร่วมมือจาก ทุกภาคส่วนที่ต้องมีความตระหนัก เล็งเห็นความสำคัญของปัญหา และร่วมมือแก้ไขปัญหานี้

2. การพัฒนาโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุ ข้อเข่าเสื่อมในชุมชนควรเน้นการจัดทำสื่อและกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มเป้าหมายซึ่งผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยผลการใช้โปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเชิงเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม
2. ควรศึกษาวิจัยเพื่อติดตามผลการใช้โปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น การใช้ยาเพื่อลดอาการปวด การอักเสบ การลดน้ำหนัก การหกล้มในกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม
3. ควรศึกษาวิจัยในเชิงคุณภาพเพื่อถอดบทเรียนในเชิงลึกถึงความสำเร็จและความต่อเนื่องในการดำเนินงานของเครือข่ายการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม
4. ควรมีการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพในเรื่องอื่นๆ ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีสองเมือง โรงพยาบาลสารภี เทศบาลตำบลไชยสถาน ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม อสม. จิตอาสา แกนนำ และผู้นำชุมชน ที่ร่วมกันเป็นเครือข่ายการดำเนินงานที่เข้มแข็ง ทำให้การศึกษานี้สำเร็จลงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- ชนิษฐา นันทบุตร. (2553). *สุขภาพชุมชน: จากแนวคิดสู่ปฏิบัติการ*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน.
- จินตวีร์ เกษมสุข. (2554). *การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วม*. สืบค้นจาก http://www.edupol.org/pknow/course/C2/document/10/10_8.pdf



- ทัพพชัญ ศรีรัตนวงศ์, สุมาลี เลิศมัลลิกาพร, และอะเคื้อ อุณหเลขกะ. (2555). การพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการตีบเครื่องตีบแอลกอฮอล์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารพยาบาลสาร*, 39(1), 46-63
- ธงชัย แก้วสียา, ขาญชัย วันทอง, ปิยะเชษฐ จตุเทน, และวิชัย อึ้งพินิจพงศ์. (2548). ผลของการนัดเฝ้าต่อการบรรเทาอาการปวดและเพิ่มการทำงานของข้อเข่าในผู้ป่วยปวดเข่าจากโรคข้อเข่าเสื่อม. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลเสลภูมิ.
- ธัญญารักษ์ ทองเสริม. (2551). รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มต่อพฤติกรรมและการดูแลตนเองและความเจ็บปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นัฐภูมิ วิวรรณวรารค์. (2554). ต้นทุนโดยตรงของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. *เชียงรายเวชสาร*, 3(2), 61-67.
- นิภาวรรณ ศรีรัตนวุฒิ. (2551). ผลของโปรแกรมการบริหารข้อเข่าอย่างง่ายที่บ้านในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. *พุทธชินราชเวชสาร*, 25(ฉบับพิเศษ 2), 347-361.
- บุญเรียง พิสมัย, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามิ, และสุภาพ อารีเอื้อ. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 42(2), 54-67.
- ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. (2554). แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคข้อเข่าเสื่อม พ.ศ. 2554. สืบค้นจาก <http://www.rcost.or.th/>
- รังสียา นารินทร์, เจนเนต งามจิต, และจิล โรบินสัน. (2553). ผลของการออกกำลังกายต่ออาการเจ็บปวดความรู้สึกลดข้อเข่า และความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวันในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมในชุมชน. *พยาบาลสาร*, 37(3), 132-146.
- รังสียา นารินทร์, วิลาวัลย์ เตือนราษฎร์, และวรารักษ์ บุญเชียง. (2556). รายงานการศึกษาวิจัยการพัฒนาแบบการเสริมสร้างสมรรถภาพผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชน กรณีศึกษาตำบลไชยสถาน อำเภอสาร์ภี จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัตนวลี รักดีสมัย และพนัสฐา พานิชะกุล. (2554). การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาปวดข้อเข่าของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบาก อำเภोजังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(4), 46-55.
- สารนตร์ ไวกุล, วีระชัย ไควสุวรรณ, ธันนิธย์ โชตนฤติ, สุรพล เกษประยูร, กฤษณ์ กาญจนฤกษ์, และธนา ฐระเจน. (2553). แนวปฏิบัติบริการดูแลรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย.
- สุกัญญา มาลัยมาตร, ชลธิกร ด่านยุทธศิลป์, ฐิตาภา ตั้งคำวานิช, และนิพัธ กิตติมานนท์. (2555). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและความเจ็บปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อำเภอเมืองนครสวรรค์. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 26(2), 44-57.
- สุระเพ็ญ สุวรรณสว่าง. (2551). ผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

American Academy of Orthopedic Surgeons [AAOS]. (2013). *Treatment of osteoarthritis of the knee: evidence-based guideline*. (2nd ed.). Illinois: American Academy of Orthopedic Surgeons.



- American College of Rheumatology [ACR]. Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. (2000) Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee: 2000 update. *Arthritis and Rheumatism*, 43(9), 1905-1915.
- Bellamy, N. (2007). WOMAC osteoarthritis index: user guide VIII. Brisbane: The University of Queensland.
- Brosseau, L., Wells, G. A., Kenny, G. P., Reid, R., Reid, R., Maetzel, A., Tugwell, P., Huijbregts, M., McCullough, C., Angelis, G. D., & Chen, L. (2012). The implementation of a community-based aerobic walking program for mild to moderate knee osteoarthritis: a knowledge translation randomized controlled trial: part II: clinical outcomes. *Bio Med Central Public Health*, 12, 1073.
- Cohen, J. M. and Uphoff, N. T. (1980). *Participation's place in rural development seeking clarity through specificity*. World Development.
- Chen, A., Gupte, C., Akhtar, K., Smith, P., & Cobb, J. (2012). *The global economic cost of osteoarthritis: how the UK compares*. Retrieved from <http://www.hindawicom/journals/2012/698709/>.
- Davis, A. M. & Mackay, C. (2013). Osteoarthritis year in review: outcome of rehabilitation. *Osteoarthritis and Cartilage*, 21(10), 1414-1424.
- Deyle, G. D., Allison, S. C., Matekel, R. L., Ryder, M. G., Stang, J. M., Gohdes, D. D., Hutton, J. P., Henderson, N. E., & Garber, M. B. (2005). Physical therapy treatment effectiveness for osteoarthritis of the knee: a randomised comparison of supervised clinical exercise and manual therapy procedures versus a home exercise program. *Physical Therapy*, 85(12), 1301-1317.
- Durham, C. O., Fowler, T., & Edlund, B. (2014). Managing knee osteoarthritis in older adults. *American Nurse Today*, 9(7). Retrieved from <http://www.americannursetoday.com/managing-knee-osteoarthritis-in-older-adults/>
- Green, L. W. & Kreuter, M. W. (2005). *Health promotion planning an educational and ecological approach* (4th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Narin, R. (2012). *Comparison of the two different nursing interventions for knee osteoarthritis patients in the community in northern Thailand*. Doctoral of Philosophy Thesis, School of Nursing and Midwifery, Faculty of Health, University of East Anglia, Norwich, England.
- Rikli, R. E. & Jones, J. (2013). *Senior fitness test*. Illinois: Human Kinetics.
- Toda, Y. & Tsukimura, N. (2006). A 2-year follow-up of a study to compare the efficacy of lateral wedged insoles with subtalar strapping and in-shoe lateral wedged insoles in patients with varus deformity osteoarthritis of the knee. *Osteoarthritis and Cartilage*, 14(3), 231.
- Yip, Y. B., Su, J. W. H., and Wong, D. Y. S. (2004). A quasi-experimental study on improving arthritis self-management for residents of an aged people's home in Hong Kong. *Psychology, Health and Medicine*, 9(2), 235-246.