บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยใน และเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นจากจำนวนประชากรที่เพิ่มมากขึ้นดังสถิติที่ได้จากสหรัฐอเมริกาตามรายงานของเฟลสัน (Felson, 2000)ในปี 2000 พบผู้เป็นโรคข้อเสื่อมจำนวน 25 ล้านคนในสหรัฐอเมริกา และ คาดว่าจะสูงขึ้นเป็น 2 เท่าในปี 2020 (Felson, 2000) และอัตราการเกิดโรคข้อเสื่อมขององค์การอนามัยโลกในปี 2003 (WHO, 2003) พบจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปของประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีการเกิดโรคข้อเสื่อมร้อยละ 40 รวมทั้งการศึกษาประชากรแอลเบอร์ต้าประเทศแคนาดาในปี 2002ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 3,086,571คน ของซันและคณะ (Sun et al, 2007) พบผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 27.6 และการสำรวจผู้สูงอายุจำนวน 1299 คนในเมืองชานติประเทศอิตาลีด้วยแบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม(WOMAC)ของเชคชิและคณะในปี ค.ศ. 2008 (Cecchi, et al, 2008) พบผู้สูงอายุที่มีอาการข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 22.4 สำหรับประเทศไทยพบว่าโรคข้อเสื่อมพบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าโรคข้อเข่าเสื่อมกว่า 6 ล้านคน เป็นผู้หญิงวัย 50 ปีขึ้นไปสูงมากถึง ร้อยละ 40 ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 50 (กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ซึ่งโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่จำนวน 880 เตียง ที่รับผู้ป่วยภาคใต้ตอนบน และมีรายงานสถิติโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีในปี 2551, 2552, 2553 มีจำนวน 682, 819, 1008 ตามลำดับ ซึ่งคาดว่าจะมีจำนวนสูงขึ้นในทุกๆปี (หน่วยเวชสถิติโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี, 2551-2553)

โรคข้อเข่าเสื่อมเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของผิวของกระดูกอ่อนหุ้มข้อ ทำให้ที่มีการหลุดลอกของผิวกระดูกอ่อนหุ้มข้อ มีการลดลงของโปรติโอแกลแคนและคอลลาเจน ชนิดที่ 2 ส่งผลทำให้เซลล์กระดูกอ่อน (chondrocyte) บวมน้ำ ความหนาแน่นของเนื้อกระดูกลดลง ทำให้เซลล์กระดูกอ่อนมีการสลายตัวหลุดลอกและความไม่สมดุลของกระบวนการสร้างและกระบวนการทำลาย ทำให้กระดูกอ่อนมีการแตกเป็นริ้ว ส่งผลให้มีเศษกระดูกอ่อนที่แตกจากการเสียดสีอาจหลุดลอยอยู่ในน้ำไขข้อ ทำให้เนื้อเยื่อหุ้มข้อเกิดการอักเสบ นอกจากนี้ ยังพบว่า มีน้ำในเยื่อหุ้มข้อเพิ่มมากขึ้น จากการสูญเสียการความสามารถให้น้ำซึมผ่านและพบว่าจากการหลุดลอกของกระดูกอ่อนหุ้มข้อจะมี

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การสร้างกระดูกทดแทนใหม่ แต่กระบวนการสร้างของกระดูกไม่มีความสมบูรณ์ ส่งผลให้บริเวณกระดูกใต้กระดูกอ่อนจะมีการหนาตัวขึ้น กระดูกอ่อนผิวข้อมีการหลุดลอกเพิ่มมากขึ้น เกิดขอบกระดูกที่ไม่เรียบ ขรุขระ ทำให้ช่องว่างระหว่างข้อเข่าแคบลง และเกิดการเสียดสีของขอบกระดูกเมื่อเคลื่อนไหว การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้เกิดอาการและอาการแสดงที่สำคัญคือ อาการปวดลดลง ข้อติดแข็งเพิ่มขึ้น ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นตัวชี้วัดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม โดยอาการปวดอาจเกิดจากแรงเสียดสีของข้อขณะมีแรงกระทำหรือเคลื่อนไหว มีเสียงกรอบแกรบ เมื่อมีแรงที่กระทำหรือเคลื่อนไหว เกิดอาการข้อติดโดยเฉพาะในเวลาตื่นนอนประมาณ 3-4 นาที มีการเคลื่อนไหวลำบาก และเมื่อมีอาการเป็นระยะเวลานานกล้ามเนื้อรอบข้อมีการเกร็งและหดตัว ทำให้มีการสลายของกล้ามเนื้อมากกว่าการสร้างกล้ามเนื้อจึงเกิดกล้ามเนื้อลีบ อาจจะพบขาโก่งจากการที่มีการชำรุดของเข่าด้านในมากกว่าด้านนอก ขาดความมั่นคงและอาจมีการสูญเสียการทรงตัว มีการเดินกะเผลกเพื่อลดความเจ็บปวดและปรับศูนย์ถ่วงไม่ให้เกิดการหกล้ม (วรรณี สัตยวิวัฒน์, 2551; วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ์, 2550) อาการดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุมีความลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งอาการและอาการแสดงดังกล่าวจะมากน้อยแตกต่างกันไป ความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ด้านร่างกายผู้สูงอายุมีอาการปวดเข่า ทำให้มีการใช้ยาลดปวด ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ การฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อ เพื่อบรรเทาอาการปวด แต่ยาต่างๆ ไม่สามารถหยุดยั้งการทำลายของข้อได้ เมื่อมีการทำลายของข้อในระยะท้ายๆ ผู้สูงอายุจะปวดจนนอนไม่หลับในเวลากลางคืน (สุรศักดิ์ นิลกานุวงศ์, 2548) ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลตนเองหรือเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม บทบาททางสังคมลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น (Holman & Lorig, 1997) เกิดภาวะซึมเศร้าหรือแยกตัวจากสังคม (Blixen Kippes, 1999) รวมทั้งโรคนี้เป็นโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมต้องเสียเวลาและมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Woo et al, 2003) ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมบางรายอาจต้องเข้ารับการผ่าตัด เมื่อมีอาการปวดข้อเข่ารุนแรง ข้อหดรั้ง ไม่สามารถเหยียดงอเข่าได้ มีความพิการหรือเข่าติดในท่างอ ข้อเข่าข้างนั้นไม่สามารถตอบสนองต่อการรักษา (คณะทำงานแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม, 2549) ส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งกระบวนการของโรคนี้จะค่อยๆเกิดขึ้นอย่างช้าๆทำให้คนส่วนใหญ่เข้าใจว่าอาการปวดเข่าเกิดจากกระบวนการชราเพียงอย่างเดียว ทำให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมไม่ได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง (Jink Ong & Richarson, 2007)

โรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง แม้จะไม่สามารถรักษาให้หายแต่สามารถบรรเทาอาการของโรคได้ ปัจจุบันการดูแลของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีด้วยกันหลายวิธี เช่น การประคบร้อนด้วยสมุนไพรดังเช่นการศึกษาของ พยอม สุวรรณ (2543) ซึ่งศึกษาเรื่องผลของการประคบร้อน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ด้วยสมุนไพรต่ออาการปวดข้อ ข้อฝืด และความลำบากในการทำกิจกรรมในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 30 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน พบว่าสามารถช่วยลดอาการปวดและข้อติดแข็ง รวมทั้งการประคบดังกล่าวเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ ($p<0.05$) การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองสนับสนุนจากการศึกษาของรุจิชัย เมืองแก้ว ในปี 2544 (รุจิระชัย เมืองแก้ว, 2544) ที่ศึกษาเรื่องการใช้กลุ่มช่วยเหลือต่อพฤติกรรมการควบคุมความเจ็บปวดและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 24 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 12 คน ส่งผลให้มีพฤติกรรมการควบคุมความเจ็บปวดและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p<0.05$) นอกจากนี้การศึกษาของอรสา กาพรัตน์ในปี 2545 (อรสา กาพรัตน์, 2545) ที่ศึกษาการนวดแผนไทยต่อการปวดข้อในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ในผู้สูงอายุจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน มีผลทำให้อาการปวดของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และการศึกษาของนภัส ทับกล่ำในปี 2549 (นภัส ทับกล่ำ, 2549) ที่ศึกษาการออกกำลังกายแบบไท่ จี๋ ชี่กง ต่อความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ในผู้สูงอายุจำนวน 30 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 15 คน ผลพบว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายแบบไท่จี่-ชี่กงมีความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p<0.01$) การลดน้ำหนัก การฝังเข็ม การใช้จินตนาการและการผ่อนคลายความเครียด แต่เนื่องจากการจัดการดังกล่าวเป็นการจัดการที่เฉพาะในเรื่องนั้นๆเมื่อผู้สูงอายุไม่ได้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องอาจส่งผลต่อความรุนแรงที่เพิ่มขึ้น ซึ่งการให้ข้อมูลดังกล่าวข้างต้นมุ่งเน้นที่ผู้เชี่ยวชาญสุขภาพเป็นผู้นำและค้นหาปัญหาให้ผู้สูงอายุ ในขณะที่โปรแกรมการจัดการตนเองมุ่งเน้นที่ให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ปัญหาและให้ผู้ป่วยจัดการกับโรคที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง (Lubkin & Larsen, 2009) การชะลอความรุนแรงของโรคจึงต้องใช้ทักษะการจัดการตนเอง ในด้านการจัดการทางการแพทย์ การจัดการบทบาทที่เปลี่ยนแปลงเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น และการจัดการด้านอารมณ์ ที่มีผลกระทบมาจากความเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจจัดการกิจวัตรประจำวันและผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของตนเอง (Lorig & Holman, 2003) รวมทั้งในช่วงที่ผ่านมา การศึกษาวิจัยการจัดการตนเองในผู้สูงอายุมีน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านกระบวนการของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดหลายอย่าง และการดูแลจัดการตนเองต้องใช้ระยะเวลา อย่างไรก็ตามคาดว่าการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จะสามารถช่วยในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเกี่ยวกับอาการปวด ชะลอภาวะทุพพลภาพจากข้อติดส่งผลให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้น เนื่องจากโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรัง ที่มีการเสื่อมถอยจากอายุที่เพิ่ม

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

สูงขึ้น และหากมีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นจะส่งผลต่อการสูญเสียความสามารถในการทำงาน หรือขาดความสามารถในขอบเขตที่ตนเองจะกระทำ (disablity) ได้เช่นเดียวกับโรคเรื้อรังอื่นๆ

การสนับสนุนการจัดการตนเอง เป็นการประสานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยให้เป็นศูนย์กลางที่ส่งผลให้มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยที่มีศักยภาพ (patient activation) โดยการให้ความรู้ การเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการขยายบทบาทของผู้เชี่ยวชาญสุขภาพส่งตรงไปยังผู้ป่วย ช่วยสร้างความเชื่อมั่นและทางเลือกที่จะนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น (Coleman and newton, 2005) การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองจะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีการระบุปัญหา รวมถึงมีการแก้ไขปัญหาจากโรค การติดตามตนเอง การตัดสินใจวางแผนแก้ไขปัญหา และผลกระทบจากโรคที่เกิดขึ้นด้วยตัวของผู้ป่วยเอง ซึ่งมีองค์ประกอบหลัก คือ สมรรถนะแห่งตน ความเชื่อมั่นของบุคคลหนึ่งสามารถบรรลุถึงพฤติกรรมที่จำเป็นในการนำไปสู่เป้าหมาย (Bodenheimer, Lorig, Holman & Grumbach, 2002**)** โดยพฤติกรรมดังกล่าวประกอบด้วย การจัดการความเครียด เพราะอาการและอาการแสดงออกของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังบางครั้งไม่ได้เกิดจากภาวะของโรค แต่เกิดจากปัญหาด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า การรักษาทางการแพทย์ที่มุ่งเน้นเรื่องยาอาจทำให้ผู้สูงอายุได้รับยาเป็นจำนวนมากแต่ไม่ตรงกับภาวะของโรค ส่งผลให้มีความรุนแรงของโรคทั้งทางร่างกายและจิตใจเพิ่มสูงขึ้น (Kravitz & Ford, 2008) พฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายรวมมากกว่า 40 มีความเสี่ยงในการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมทุกคน (Sharma, Swami & Bhatia, 2007) พฤติกรรมการออกกำลังกายซึ่งพบว่ามีการทบทวนวรรณกรรมการจัดการตนเองร่วมกับการออกกำลังกายแล้วได้ผลดี (Walsh, Mitchell, Reeves & Hurley, 2006) และในบางครั้งผู้สูงอายุเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงอาจไม่สามารถบอกอาการนำได้อย่างชัดเจน การให้ประวัติที่คลุมเครือจะทำให้การวินิจฉัยผิดพลาดได้ (สุทธิชัย จินตพันธ์กุล, 2549) จึงควรมีการปฏิบัติพฤติกรรมการสื่อสารร่วมกันระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพ รวมถึงพฤติกรรมที่กล่าวข้างต้น เพื่อเป็นการกระตุ้นให้บุคคลมีการตัดสินใจ สามารถดูแลตนเองด้วยความมั่นใจ แก้ไขความต้องการและความพึงพอใจร่วมกัน ลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ ลดการใช้บริการสุขภาพ ได้มีการพัฒนาสุขภาพของตนเองช่วยให้มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และมีความสามารถในการจัดการตนเองดีขึ้น เพิ่มหน้าที่การทำงานของร่างกาย เพิ่มคุณภาพชีวิต (Holman & Lorig, 2004) ซึ่งการจัดการตนเองนี้เป็นสิ่งสำคัญและมีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ให้สามารถรับผิดชอบต่อตนเองได้ในทุกๆวันเวลา และมีความรับผิดชอบต่อชีวิตตนเองในช่วงเวลาที่มีการเจ็บป่วยและการจัดการตนเองนี้เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในชีวิต (Lorig & Holman, 2003)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

จากแนวคิดของลอริกและโฮลแมน (Lorig & Holman, 2003) การจัดการตนเองมี 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการทางการแพทย์ (medical management) ในเรื่องความรู้เรื่องโรค การรักษาโดยการใช้ยา การรักษาโดยการไม่ใช้ยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย 2) การจัดการเกี่ยวกับบทบาท (role management) เป็นการปรับเปลี่ยนบทบาทให้เหมาะกับภาวะการเจ็บป่วย ที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ (emotional management) เช่น อารมณ์เครียด โกรธ กลัว เศร้า และซึมเศร้า ที่มีผลกระทบจากความเจ็บป่วย โดยการจัดการตนเองต้องอาศัยทักษะ 6 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะการแก้ไขปัญหา 2) การตัดสินใจ 3) การให้แหล่งข้อมูลที่สามารถติดต่อได้ เมื่อเกิดปัญหาระหว่างการเจ็บป่วย 4) การสร้างความสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างบุคคลากรด้านสุขภาพและผู้ป่วย โดยพยาบาลเป็นผู้ให้การสนับสนุนคำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุ ร่วมกับการวางแผน 5) การปฏิบัติ โดยให้ผู้ป่วยปฏิบัติด้วยตนเอง และ 6) การปรับกิจกรรมให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล (self-tailoring) การจัดการตนเองเกิดประสิทธิภาพ ต้องอาศัยสมรรถนะแห่งตนของบุคคลโดยแบนดูรา (Bandura, 1997) ได้กล่าวไว้ว่า การตัดสินใจในการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งของบุคคลจะขึ้นอยู่กับความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับการกระทำ โดยบุคคลจะมีสมรรถนะแห่งตนจากการเรียนรู้ที่ได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง (enactive mastery experience) การเรียนรู้จากความสำเร็จของผู้อื่น (vicarious experience) ทั้งแบบการเรียนรู้จากตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (self-modeling) และตัวแบบสัญลักษณ์ (symbolic modeling) และการชักจูงด้วยคำพูดที่ทำให้เชื่อว่าตนเองสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นสำเร็จ (verbal persuasion) และในขณะเดียวกันบุคคลต้องมีความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ (emotion arousal) ลอริกและโฮลแมนได้พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองและมีผู้นำไปใช้อย่างแพร่หลายในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่หลายกลุ่มรวมทั้งผู้ป่วยโรคข้ออักเสบในหลายประเทศ ได้แก่ ประเทศอังกฤษ ประเทศออสเตรเลีย (Coleman Briffa, Carroll Inderjeeth, Cook & McQuade, 2008:Osborne Spinks & Wicks, 2004:Warsi LaValley Wang Avorn & Solomon, 2003) และแม้ว่าจะได้มีการพัฒนาแพร่หลายในประเทศต่างๆดังกล่าวแต่สำหรับประเทศไทยยังไม่พบรายงานการจัดการตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งอาจส่งผลให้การจัดการตนเองแตกต่างกันไป ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งผลของการศึกษาจะเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อบรรเทาอาการของโรคชะลอความรุนแรงช่วยให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมด้วยความปกติสุข

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังการที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง และ กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีคะแนนเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของโรคต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง
2. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีคะแนนเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของโรคต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) ชนิดศึกษา 2 กลุ่มวัดก่อนและหลัง (pre test-post test control group designs) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรุนแรงของโรคในผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้ารับบริการใน ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีตั้งแต่ พฤศจิกายน 2554 ถึง พฤษภาคม 2554

นิยามศัพท์

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในโรคข้อเข่าเสื่อม หมายถึง แนวทางการให้ความรู้เสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองของลอริกและโฮลแมน (Lorig & Holman, 2003) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ทักษะและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน ประกอบด้วย การจัดการทางการแพทย์ การจัดการบทบาทของตัวผู้สูงอายุ และการจัดการด้านอารมณ์ที่มีผลต่อโรคข้อเข่าเสื่อมโดยการฝึกทักษะการจัดการตนเอง 6 ทักษะ ได้แก่ 1) การแก้ไขปัญหา

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม 2) การตัดสินใจที่เกิดขึ้นจากตัวผู้สูงอายุภายหลังการได้รับข้อมูล 3) การใช้แหล่งข้อมูลหรือแหล่งชุมชนภายในพื้นที่ที่ผู้สูงอายุอาศัยหรือการติดต่อกับเครือข่ายระบบสุขภาพรวมถึงผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยกัน 4) การสร้างความสัมพันธ์ด้านการสื่อสารให้และรับการช่วยเหลือดูแลระหว่างบุคคลากรสุขภาพและผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม 5) การปฏิบัติด้วยตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม 6) การปรับแนวทางหรือวิธีการให้เหมาะสมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมแต่ละคน รวมทั้งมีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมโดยให้เกิดการเรียนรู้จากการได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง (enactive mastery experience) การเรียนรู้จากความสำเร็จของผู้อื่นโดยจากการนำเสนอวีดีทัศน์ที่มีตัวแบบสัญลักษณ์ (vicarious experience) และการชักจูงด้วยคำพูดที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเชื่อว่าสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นสำเร็จ (verbal persuasion) ร่วมกับผู้สูงอายุจะได้รับการประเมินความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ (emotion arousal)

ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม หมายถึง ความไม่สุขสบายจากการรับรู้อาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ อาการปวด อาการข้อติดแข็ง ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการประเมินได้จากแบบแบบประเมินความความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมของ แววดาว ทวีชัย 2543 เป็นเครื่องมือในการประเมินที่ได้มีการประยุกต์ตามแนวคิดของเบลลามี่และคณะ จากเครื่องมือ Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) โดยอาการปวดข้อเข่าหมายถึงความรู้สึกไม่สุขสบายบริเวณข้อเข่าข้างใด ข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง เป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ อาการข้อติดแข็ง หมายถึง ความยากลำบากเมื่อมีการเคลื่อนไหวข้อเข่าตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย หมายถึง การที่ร่างกายมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวมีการใช้พลังงาน ตามการรับรู้ของผู้สูงอายุแต่ละคน ประเมินได้ในส่วนที่ 3

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

การดูแลตามปกติ หมายถึง การดูแลที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมได้รับจากแพทย์ทางออร์โธปิดิกส์ พยาบาล และบุคลากรทีมสุขภาพของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีเกี่ยวกับการรักษาและการปฏิบัติตัวที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved