ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุ ในอำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

กฤติเดช มิ่งไม้[1*] ฉันท์ชนก อินทร์ศรี[2]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาระดับความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่า และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุ ในอำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอผักไห่ จำนวน 268 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2559 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล 2. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 3. แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และ 4. แบบประเมินความรุนแรงของการปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าอยู่ในระดับรุนแรงน้อย (ร้อยละ 44.8) รองลงมาคือ รุนแรงปานกลาง ไม่รุนแรง และรุนแรงมาก (ร้อยละ 36.6, 14.9 และ 3.7 ตามลำดับ) เมื่อวิเคราะห์แบบถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุตอนกลาง (OR=1.26, 95% CI= 1.44-2.29, p=0.003), ผู้สูงอายุตอนปลาย (OR=3.13, 95% CI=1.88-11.04, p=0.001), ภาวะน้ำหนักเกิน/ภาวะอ้วน (OR=1.39, 95% CI=2.29-4.88, p=0.032) พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาการปวดข้อเข่าระดับปานกลาง (OR=2.53, 95% CI=1.56-4.18, p=0.004) พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาการปวดข้อเข่าระดับต่ำ (OR= 2.61, 95% CI=1.53-4.87, p=0.002) และความไม่สม่ำเสมอในการมารับบริการ (OR= 4.76, 95% CI= 1.66-13.63, p=0.004) ผลจากการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนป้องกันและควบคุมการเกิดอาการปวดข้อเข่า เพื่อช่วยให้ลดการเกิดอาการปวดข้อเข่าและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ อาการปวดข้อเข่า ภาวะน้ำหนักเกิน

[1] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

[2] สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ผู้นิพนธ์หลัก e-mail: atthaponmingmai11@gmail.com

FACTORS ASSOCIATED TO THE SEVERITY OF KNEE PAIN AMONG OLDER PEOPLE IN PHAK HAI DISTRICT, PHA NAKHON SI AYUTTHAYA PROVINCE.

Krittidech Mingmai[1*] Chanchanok Insri[2]

Abstract

The study was a cross-sectional study aimed to investigate the severity of knee pain and the associated factors among older people in Phak Hai district, Phra Nakorn Si Ayutthaya province. The samples consisted 268 older people who were lived in Phak Hai district. The subjects were recruited by cluster sampling based on the inclusion criteria between May and December 2016. The data were collected using a structural interview. The instruments consisted of Four Parts: 1. questionnaire for demographic data, 2. Barthel Activities of Daily Living Index, 3. Self-care behavioral of knee pain assessment and 4. The severity of knee pain Assessment. Data were analyzed by using descriptive statistics and multiple regressions analysis. The result revealed that the older people had a mild level severity of knee pain, followed by moderate level, non-severity and high level of severity of knee pain. By the multiple regression analysis, factors which remained significantly related with severity of knee pain in older people were middle-old age (OR=1.26, 95% CI=1.44-2.29, p=0.003), early-old age (OR=3.13, 95% CI=1.88-11.04, p=0.001), obesity/overweight (OR=1.39, 95% CI=2.29-4.88, p=0.032), moderate level of self-care behavior of knee pain (OR=2.53, 95% CI=1.56-4.18, p=0.004), low level of self-care behavior of knee pain (OR=2.61, 95% CI=1.53-4.87 p=0.002) and intermittently of health service (OR= 4.76, 95% CI= 1.66-13.63, p=0.004). The finding suggest that should be lead to planning and control knee pain in order to reduce severity of knee pain and promote better quality of life of the older people.

Keywords : Older people, Knee pain, Obesity

[1] *Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University Under The Royal Patronage,*

[2] *Bureau of Epidemiology, Ministry of Public Health*

***** *Corresponding author, e-mail: atthaponmingmai11@gmail.com*

บทนำ

ปัจจุบันแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของประชากรสูงอายุกำลังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยตั้งแต่ปี 2553 โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 12.9 ของจำนวนประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี 2573 ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” เนื่องจากมีสัดส่วนของผู้สูงอายุสูงถึง ร้อยละ 25.8 ของจำนวนประชากรทั้งหมด และคาดว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2553) ซึ่งการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเช่นนี้ สิ่งสำคัญอย่างยิ่งก็คือการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านไปสู่การเป็นผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการเตรียมความพร้อมก่อนถึงวัยสูงอายุเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ซึ่งสาเหตุที่ทำให้ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้นเป็นผลมาจากปัจจัยสองประการหลัก ได้แก่ คนไทยนิยมมีบุตรน้อยลง ทำให้อัตราทารกแรกคลอดลดลงเรื่อย ๆ และการพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุขในช่วงระยะเวลาสามสิบปีที่ผ่านมาทำให้คนไทยมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น โดยในปัจจุบันคนไทยมีอายุขัยเฉลี่ย 72 ปี ในเพศชาย และ 78 ปีในเพศหญิง (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559)

วัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการเสื่อมของร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกาย การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคเรื้อรังและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพ (วิมล วงศ์หนู, 2553) จากการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาปวดข้อเข่า ในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง คือ ร้อยละ 43.9 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549) และในรายงานสำรวจสุขภาวะของผู้สูงอายุไทย ในปี พ.ศ.2556 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 20.5 มีอาการปวดข้อเข่า โดยกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการตรวจคัดกรองจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร้อยละ 37.8 รองมาคือ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 31.8 และสอดคล้องกับการรายงานขององค์การอนามัยโลก คาดการว่าผู้สูงอายุจะมีอาการปวดข้อเข่าสูงถึง 570 ล้านคนในปี 2563 (Pereira et al., 2011) จากการสำรวจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอผักไห่ในปี พ.ศ. 2559ที่ผ่านมา พบว่า โดยในเขตอำเภอผักไห่มีผู้สูงอายุมารับบริการด้วยอาการปวดข้อเข่าสูงถึง ร้อยละ 32.9 จะเห็นว่าอาการปวดข้อเข่าเป็นอาการสำคัญที่บ่งชี้ถึงการนำไปสู่การเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้ เริ่มแรกจะมีอาการปวดเมื่อยตึงด้านหน้าและด้านหลังของเข่าหรือบริเวณน่องเมื่อเป็นมากจะปวดเข่าเมื่อเคลื่อนไหว ลุกนั่งหรือเดินขึ้นบันไดไม่คล่องเหมือนเดิม ผู้ป่วยจะไม่สามารถเหยียดหรืองอขาได้เหมือนเดิมเนื่องจากมีการยึดติดภายในข้อ ดังนั้นปัญหาปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุทำให้เกิดความยากลำบากในการเคลื่อนไหว ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง เป็นอุปสรรคในการเข้าสังคม ทำให้สูญเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก และทำให้ต้องใช้ยาแก้ปวดหรือวิธีการรักษาอาการปวดที่ไม่เหมาะสมได้ (วรรณภา ศรีธัญรัตน์, 2554) จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า สาเหตุสำคัญของการเกิดอาการปวดข้อเข่าเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น ภาวะอ้วน การเปลี่ยนแปลงทางกลศาสตร์ของข้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรง การได้รับบาดเจ็บของข้อก็เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปวดข้อเข่าได้ (นงพิมล นิมิตอานันท์, 2557) นอกจากนี้อาจเกิดจากการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาการปวดข้อเข่าด้านต่าง ๆ การขาดความสม่ำเสมอในการไปรับบริการทางสุขภาพ ตลอดจนการที่มีอายุมากขึ้นก็ยิ่งเสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดข้อเข่าเนื่องจากสภาพร่างกายที่เสื่อมลง

ดังนั้นแล้วการที่ผู้สูงอายุมีอาการปวดข้อเข่า อาจส่งผลกระทบทางด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย มีความลำบากของข้อเข่าในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน อาจทำให้ผู้เกิดความกลัวและความวิตกกังวลทำให้นอนไม่หลับและพักผ่อนไม่เพียงพอ (Katz RL, 1995) ผลที่ตามมาคือร่างกายเกิดความอ่อนล้าได้ ผลกระทบทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ความเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นส่งผลกระทบต่อจิตใจและจิต

วิญญาณมากที่สุด (Hwu, 1995) จากการที่ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ทำให้ผู้ที่มีอาการปวดข้อเข่าอาจเกิดอาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความกลัวและมองตนเองว่าเป็นเป็นผู้ที่ไร้คุณค่าได้ ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากอาการปวดข้อเข่าเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดจากกระบวนการสูงอายุเพิ่มขึ้น การมีน้ำหนักตัวมากกว่าปกติ และการอยู่ในท่าที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่การงานอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อาจต้องกลายเป็นบุคคลไร้ความสามารถต้องพึ่งพาผู้อื่นจึงมีความต้องการแยกตัวออกจากสังคม ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Iqbal, MN. et al, 2011) และผลกระทบด้านครอบครัว ผู้ที่มีอาการปวดข้อเข่าต้องกลายมาเป็นภาระที่จะต้องให้การช่วยเหลือดูแล ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวจึงต้องมีการเปลี่ยนแปลงความรับผิดชอบและบทบาทหน้าที่ที่เคยทำ อีกทั้งอาการปวดข้อเข่าเป็นอาการที่ต้องใช้ระยะเวลารักษานานและต่อเนื่อง ทำให้ครอบครัวเกิดการสูญเสียรายได้และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากไม่มีที่สิ้นสุด (Jevsvar, D. et al., 2013)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุใน อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เนื่องจากผู้สูงอายุในอำเภอผักไห่ ผู้สูงอายุในอำเภอผักไห่มีจำนวนมาก (ร้อยละ 16.6) และมีประวัติการมารักษาด้วยอาการปวดข้อเข่าสูงถึงร้อยละ 32.9 และนอกจากนี้แล้วส่วนใหญ่ผู้สูงอายุยังมีโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมด้วย (ร้อยละ 40.2) จากสถิติของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอผักไห่ ปี พ.ศ.2559 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.7 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 56.9 และโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 49.0 จะเห็นว่าปัญหางโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่ทวีความรุนแรงมากในศตวรรษที่ 21 ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุยิ่งมีอายุมากขึ้นก็จะมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น โดยผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอาจนำไปสู่การมีภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยในหลายระบบ ทั้งร่างกาย และนำไปสู่การเกิดอาหารปวดข้อเข่าได้ และมีปัญหาสุขภาพหลากหลายประกอบกัน ที่อาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ด้านบุคคล ครอบครัวและสังคม นำไปสู่การเกิดภาวะทุพพลภาพและทำให้มีคุณภาพชีวิตแย่ลง ซึ่งผลจากการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลที่ช่วยนำไปวางแผนป้องกันการเกิดอาการปวดข้อเข่าที่อาจนำไปสู่อาการข้อเข่าเสื่อมและส่งเสริมการดูแลตนเองและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดอาการปวดข้อเข่าได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุในอำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกับความรุนแรงอาการปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุในอำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในอำเภอผักไห่ จำนวน 867 ราย กลุ่ม ตัวอย่างในการศึกษานี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีความยินดีเข้าร่วมการศึกษา และอาศัยอยู่ในอำเภอผักไห่ ซึ่งผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณของแดเนียล (Daniel, 1955) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 เมื่อแทนค่าต่าง ๆ ในสูตร พบว่า ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 268 ราย โดยผู้วิจัยใช้การเลือกสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Cluster sampling) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2559 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนักและส่วนสูง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ ประวัติการมีอาการปวดข้อเข่าของบุคคลในครอบครัว โรคประจำตัว จำนวนข้อเข่าที่มีอาการปวด การรักษาทางเลือก ความสม่ำเสมอในการมารับบริการ การได้รับข่าวสารทางสุขภาพเกี่ยวกับอาการปวดข้อเข่า

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนต่อการเกิดอาการปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย กิจกรรมไม่เหมาะสม และการบรรเทาอาการเจ็บป่วย ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบประเมินของแววดาว ทวีชัย (2543) ตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม (Orem DE, 1991) มีลักษณะคำถามแบบมาตรประเมินค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้งและไม่เคยปฏิบัติเลย ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 12 ข้อ การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ (แววดาว ทวีชัย, 2543) ดังนี้ คะแนน 1-12 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับต่ำ คะแนน 13-24 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง และ คะแนน 25-36 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living Index: ADL) ที่พัฒนาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2537) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมินกิจกรรมขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การรับประทานอาหาร สุขวิทยาส่วนบุคคล การอาบน้ำ การแต่งตัว การขึ้นลงบันได การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การใช้ห้องสุขา การเดิน และการเคลื่อนย้าย โดยมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-20 คะแนน สามารถแปลผลคะแนนได้ดังนี้ 0-8 คะแนน มีความสามารถในการกิจวัตรประจำวันต่ำ 9-11 คะแนน มีความสามารถในการกิจวัตรประจำวันปานกลาง 12-20 คะแนน มีความสามารถในการกิจวัตรประจำวันสูง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่า ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุของ แววดาว ทวีชัย (2543) โดยประยุกต์ตามแนวตามแนวคิดของ Bellamy และคณะ (Bellamy et al., 1988) ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่าโดยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual Analog Scales) เชิงเส้นตรง กำหนดคะแนน ตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน ที่แสดงถึงการรับรู้อาการและอาการแสดงของอาการปวดข้อเข่า ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ โดยประกอบไปด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับอาการเจ็บปวดข้อเข่า จำนวน 6 ข้อ อาการข้อเข่าติดแข็งหรือข้อเข่าฝืด จำนวน 2 ข้อ และความสามารถในการทำหน้าที่และการเคลื่อนไหวของข้อเข่า จำนวน 15 ข้อ โดยมาตราส่วนประมาณค่าจะกำหนดให้ปลายสุดทางซ้ายมือมีคะแนนเป็น 0 คะแนน หมายถึงไม่มีอาการแสดงตามข้อคำถามนั้นเลย ส่วนปลายสุดทางขวามือมีคะแนนเป็น 10 คะแนน หมายถึงมีอาการแสดงตามข้อคำถามนั้นมากที่สุด เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับตามความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่า ดังนี้ ระดับที่ 1 มีคะแนนตั้งแต่ 0.0-57.5 คะแนน หมายถึง มีอาการไม่รุนแรง ระดับที่ 2 มีคะแนนตั้งแต่ 57.6-115.5 คะแนน หมายถึง มีอาการรุนแรงน้อย ระดับที่ 3 มีคะแนนตั้งแต่ 115.6-172.5 คะแนน หมายถึง มีอาการรุนแรงปานกลาง และระดับที่ 4 มีคะแนนตั้งแต่ 172.6-230.0 หมายถึง มีอาการรุนแรงมาก โดยมีรายละเอียดแต่ละระดับของความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่า (แววดาว ทวีชัย, 2543) สามารถอธิบายได้ดังนี้

ระดับที่ 1 เป็นระยะที่โรคไม่มีความรุนแรง ผู้ป่วยสามารถเดินได้ไกล เดินขึ้นหรือลงบันได นั่งพับเพียบได้โดยไม่มีอาการปวดข้อเข่า หรืออาจมีเพียงอาการปวดเมื่อยเล็ก ๆ น้อย ๆ พอหยุดพักก็หายเหนื่อย และมีอาการเป็นครั้งคราวหรือนาน ๆ ครั้ง ไม่มีอาการข้อเข่าฝืดเมื่อจะเปลี่ยนอิริยาบถภายหลังจากอยู่ในอิริยาบถเดิมเป็นเวลานาน ยังคงสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ

ระดับ 2 เป็นระยะที่โรคมีความรุนแรงน้อย ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการปวดข้อเข่าเมื่อต้องเดินไกล ๆ ต้องเดินขึ้นบันได แต่เมื่อนั่งหยุดพักก็จะหายปวด การนั่งยอง ๆ หรือลุกจากท่านั่งเป็นท่ายืนจะทำได้แต่ไม่ค่อยสะดวกจากอาการปวดและอาการข้อเข่าฝืด ยังคงสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้แต่อาจไม่คล่องแคล่วเหมือนปกติ

ระดับที่ 3 เป็นระยะที่โรคมีความรุนแรงปานกลาง ผู้ป่วยจะปวดมากขึ้นและบ่อยขึ้นจนทำให้ขึ้นลงบันไดลำบาก นั่งยอง ๆ หรือนั่งพับเพียบไม่ได้หรือได้ไม่นาน เมื่อนั่งแล้วอาจลุกไม่ขึ้น เดินไกลและเดินบนที่ลาดชันไม่ได้ การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ อาจต้องมีคนช่วยทำให้

ระดับที่ 4 เป็นระดับที่โรคมีความรุนแรงมมาก ผู้ป่วยจะมีอาการปวดข้อเข่าตลอดเวลาทั้งขณะใช้ข้อและขณะพัก หรือทุกก้าวที่ต้องเคลื่อนไหว จะมีอาการข้อเข่าฝืดอย่างมาก เมื่อต้องอยู่ในอิริยาบถเดิมเป็นเวลานาน ๆ โดยเฉพาะตื่นนอนตอนเช้า มีความผิดปกติของรูปร่าง ข้อเข่าเสียสมดุลในการทรงตัวและเคลื่อนไหว ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความตรงเชิงโครงสร้างโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์จำนวน 3 ท่าน ช่วยพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องความครอบคลุมเนื้อหาให้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ศึกษาตลอดจนความเหมาะสมและความชัดเจนของภาษา ที่ใช้เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมก่อนนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีของ Alpha Coefficient ของ Cronbach ได้ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และ แบบประเมินความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.93, 0.89 และ 0.91 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยใช้สถิติ multiple regression analysis คำนวณค่า crude และ adjusted odds ratios ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

จากการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้สูงอายุเป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.3 มีอายุระหว่าง 60-95 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 72.6 ปี (SD.= 7.53 ปี) ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 41.4) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 94.0) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 88.8) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 35.8) มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 68.1) สำหรับข้อมูลด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่บ้านพักของตนเอง (ร้อยละ 94.7) ใช้สิทธิบัตรทอง/สิทธิ 30 บาท (ร้อยละ 95.1) และสำหรับข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีภาวะน้ำหนักตัวปกติ (ร้อยละ 48.1) รองลงมาคือ มีภาวะอ้วนและน้ำหนักเกินใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 19.0 และ 17.2 ตามลำดับ) ซึ่งมีคะแนนดัชนีมวลกายเฉลี่ย 22.88 (SD.= 4.31) ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุ (ร้อยละ 77.6) คนครอบครัวไม่มีประวัติการมีอาการปวดข้อเข่า (ร้อยละ 82.5) จำนวนโรคร่วม 1-2 โรค (ร้อย

ละ 68.7) ระยะเวลาที่มีอาการปวดข้อเข่า 1-2 ปี (ร้อยละ 52.6) มีความสม่ำเสมอในการมารับบริการ (ร้อยละ 91.8) ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเกี่ยวกับอาการปวดข้อเข่าจากอาสาสมัครสาธารณสุข (ร้อยละ 44.0) มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันระดับสูง (ร้อยละ 96.6) เคยได้รับการนวดแผนไทย (ร้อยละ 50.0) และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวข้องกับอาการปวดข้อเข่าอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.0) นอกจากนี้ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 77.6) รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง, โรคเบาหวานและ หัวใจ (ร้อยละ 44.0, 41.8 และ 10.8) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะด้านสุขภาพ และลักษณะด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (n=268)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			**โรคประจำตัว** (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
หญิง	183	68.3	โรคความดันโลหิตสูง	208	77.6
อายุ			โรคไขมันในเลือดสูง	118	44.0
60-69 ปี	111	41.4	โรคเบาหวาน	112	41.8
70-79 ปี	101	37.7	โรคหัวใจ	29	10.8
≥80 ปีขึ้นไป	56	20.9	โรคไต	20	7.5
สถานภาพสมรส			โรคหลอดเลือดสมอง	18	6.7
สมรส	252	94.0	โรคเกาท์	10	3.7
โสด	14	5.2	**ภาวะอ้วน (BMI)**		
หม้าย/ หย่า/แยก	2	0.8	น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	26	9.7
ระดับการศึกษา			น้ำหนักตัวปกติ	129	48.1
ไม่ได้รับการศึกษา	16	6.0	น้ำหนักเกิน	46	17.2
ประถมศึกษา	238	88.8	อ้วน	51	19.0
มัธยมศึกษา	9	3.4	อ้วนรุนแรง	16	6.0
ปริญญาตรี	5	1.8	**ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ**		
อาชีพ			เคย	**60**	**22.4**
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	103	38.5	ไม่เคย	208	77.6
รับจ้างทั่วไป	82	30.5	**ประวัติอาการปวดข้อเข่าของคนในครอบครัว**		
เกษตรกร	42	15.7	ไม่มี	221	82.5
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	41	15.3	มี	37	17.5
ความเพียงพอของรายได้			**ระยะเวลาที่มีอาการปวดข้อเข่า**		
ไม่เพียงพอ	85	31.7	1-2 ปี	141	52.6
เพียงพอ	183	68.1	3-4 ปี	61	20.8
ลักษณะที่พักอาศัย			≥ 5 ปีขึ้นไป	66	24.6
บ้านของตนเอง	254	94.7	**จำนวนโรคร่วม**		
ความสม่ำเสมอในการมารับบริการ			1-2 โรค	184	68.7

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะด้านสุขภาพ และลักษณะด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (n=268)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สม่ำเสมอ	246	91.8	≥ 3 โรคขึ้นไป	84	31.3
สิทธิการรักษา			**ช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาการปวด**		
บัตรทอง/สิทธิ 30 บาท	255	95.1	อาสาสมัครสาธารณสุข	118	44.0
จ่ายค่ารักษาเอง	9	3.4	แพทย์/พยาบาล	79	29.5
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	1.5	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	55	20.5
การรักษาแพทย์ทางเลือก			ไม่ได้รับความรู้	17	6.0
นวดแผนไทย	134	50.0	**ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน**		
ไม่เคยได้รับการรักษา	128	47.8	สูง	259	96.6
การประคบร้อน-เย็น	18	6.7	ปานกลาง	9	3.4
การฝังเข็ม	6	2.2			

เมื่อประเมินอาการปวดข้อเข่าโดยใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวด (Visual rating scales : VRS) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าอยู่ระหว่าง 31-230 คะแนน ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 102.8 คะแนน (SD.= 39.6) เมื่อจำแนกตามระดับรุนแรงของอาการปวดข้อเข่า พบว่า มีระดับความรุนแรงระดับน้อย ร้อยละ 44.8 รองลงมาคือ ระดับปานกลางและไม่รุนแรง (ร้อยละ 36.6 และ 14.9 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่า (n=268)

ระดับความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่า	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่รุนแรง (0.0-57.5 คะแนน)	40	14.9
รุนแรงน้อย (57.6-115.5 คะแนน)	120	44.8
รุนแรงปานกลาง (115.6-172.5 คะแนน)	98	36.6
รุนแรงมาก (172.6-230.0 คะแนน)	10	3.7
Mean = 102.8 คะแนน, SD.= 39.6 คะแนน		
รวม	268	100.0

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุใน อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ด้วยการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Multiple regression analysis พบว่า เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ ทุกตัวแปรแล้ว ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ พบว่า ผู้สูงอายุตอนกลางมีความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าเป็น 1.26 เท่าของผู้สูงอายุตอนตอนต้น (OR=1.26, 95% CI=1.44-2.29, p=0.003) และผู้สูงอายุตอนปลายมีความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าเป็น 3.13 เท่าของผู้สูงอายุตอนตอนต้น (OR=3.13, 95% CI=1.88-11.04,

p=0.001), ภาวะอ้วน/น้ำหนักเกิน พบว่า ผู้สูงอายุที่ภาวะน้ำหนักเกิน/ภาวะอ้วน มีความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าเป็น 2.29 เท่าของผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักตัวปกติ (OR=2.39, 95% CI=1.29-4.88, p=0.032), พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาการปวดข้อเข่า พบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง มีความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าเป็น 2.53 เท่าของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมระดับสูง (OR=2.53, 95% CI=1.56-4.18, p=0.004) และผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับต่ำ มีความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าเป็น 2.61 เท่าของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับสูง (OR=2.61, 95% CI=1.53-4.87, p=0.002) และความสม่ำเสมอในการมารับบริการ พบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการไม่สม่ำเสมอ มีความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าเป็น 4.76 เท่า ของผู้สูงอายุที่มารับบริการอย่างสม่ำเสมอ (OR= 4.76, 95% CI= 1.66-13.63, p=0.004) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ Multiple Regression (n=268)

ตัวแปร	จำนวน (%)	Crude			Adjusted		
		OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value
เพศ							
ชาย	85 (31.7)	1.00			1.00		
หญิง	183 (68.3)	1.54	0.77-3.07	0.225	1.63	0.74-3.56	0.224
อายุ							
60-69 ปี	111 (41.4)	1.00			1.00		
70-79 ปี	101 (37.7)	1.96	1.46-1.98	0.004	1.26	1.44-2.29	0.003
≥ 80 ปีขึ้นไป	56 (20.9)	2.97	1.69-5.63	0.001	3.13	1.88-11.04	0.001
สถานภาพสมรส							
สมรส	252(94.0)	1.00			1.00		
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	16 (6.0)	1.24	0.27-5.69	0.779	1.10	0.14-4.72	0.809
ความเพียงพอของรายได้							
ไม่เพียงพอ	85 (31.7)	1.27	0.60-2.67	0.535	1.21	0.52-2.80	0.661
เพียงพอ/มีเหลือเก็บ	183(68.3)	1.00			1.00		
ภาวะอ้วน/ภาวะน้ำหนักเกิน							
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	26 (9.7)	1.15	0.54-2.43	0.720	1.21	0.54-2.71	0.646
น้ำหนักตัวปกติ	129 (48.1)	1.00			1.00		
ภาวะน้ำหนักเกิน	113 (42.2)	1.39	1.38-9.63	0.042	2.29	1.19-4.88	0.032
ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ							
ไม่เคย	208(77.6)	1.00			1.00		
เคย	60 (22.4)	1.18	0.51-2.72	0.695	1.17	0.46-2.95	0.748
ประวัติครอบครัวมีอาการปวด							
มี	47 (17.5)	2.09			1.85	0.56-6.08	0.311
ไม่มี	221(82.5)	1.00	0.70-6.19	0.182	1.00		

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ Multiple Regression (n=268)

ตัวแปร	จำนวน (%)	Crude			Adjusted		
		OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value
จำนวนโรคร่วม							
1-2 โรค	184 (68.7)	1.00			1.00		
ตั้งแต่ 3 โรค ขึ้นไป	84(31.3)	2.00	0.89-4.55	0.111	1.66	0.67-4.09	0.275
พฤติกรรมการดูแลตนเอง							
ต่ำ	44(16.4)	1.00			1.00		
ปานกลาง	142(53.0)	2.48	1.62-3.52	0.030	2.53	1.56-4.18	0.004
สูง	82(30.6)	2.85	1.69-4.97	0.001	2.61	1.53-4.87	0.002
ความสามารถในการทำกิจวัตร							
ช่วยเหลือตัวเองได้ดี	259(96.6)	1.00			1.00		
ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง/ไม่ได้	9(3.4)	1.67	0.33-8.30	0.536	1.20	0.03-2.34	0.098
ความสม่ำเสมอในการมารับบริการ							
ไม่สม่ำเสมอ	22(8.2)	4.80	1.89-12.16	0.001	4.76	1.66-13.63	0.004
สม่ำเสมอ	246(91.8)	1.00			1.00		
การได้รับข้อมูลข่าวสาร							
ไม่ได้รับ	215(80.2)	1.02	0.44-2.36	0.969	1.31	0.50-3.43	0.580
ได้รับ	53(19.8)	1.00			1.00		

1.00 = Reference group

การศึกษาในครั้งนี้ศึกษาในผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับอาการปวดข้อเข่าใน อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ทั้งหมด 268 คน ซึ่งได้รับการประเมินความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าโดยใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวด (Visual rating scales : VRS) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าอยู่ระหว่าง 31-230 คะแนน ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 102.84 คะแนน (SD.= 39.562) เมื่อจำแนกความรุนแรง พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีระดับรุนของอาการปวดข้อเข่าอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 44.8) รองลงมาคือ ระดับรุนแรงปานกลาง (ร้อยละ 36.6) สอดคล้องกับการศึกษาของแววดาว ทวีชัย (2543) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจโรคกระดูกและข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.0 มีความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าในระดับน้อย โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 115.17 คะแนน (SD.= 42.7 คะแนน) และใกล้เคียงกับการศึกษาของ พิพัฒน์ เพิ่มพูน (2553) ศึกษา ความรุนแรงของโรคและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย พบว่า ผู้สูงอายุมีความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าในระดับน้อย คิดเป็น ร้อยละ 39.0 สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าสามารถแบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ อาการเจ็บปวดข้อเข่า, อาการข้อเข่าฝืดแข็งและความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อเข่าขนาดทำกิจกรรม อาการปวดข้อข่าเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องจากข้อ

เข่าเป็นข้อที่มีขนาดใหญ่และต้องรับน้ำหนักของร่างกายโดยตรง และต้องทำหน้าที่เคลื่อนไหวเกือบตลอดเวลา ทำให้เกิดอาการปวด และนำไปสู่การเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้ และนอกจากนี้อาการปวดข้อเข่าอาจเกิดจากการที่มีอายุมากขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดความทุพพลภาพได้ในอนาคต (ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, 2554) โดยการที่ระดับความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุจะแตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากเกณฑ์ในการกำหนดของกลุ่มอายุของกลุ่มตัวอย่างและการใช้เกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่าและไม่มีอาการปวดข้อเข่า ไม่ได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานไว้ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 70-79 ปี ซึ่งมีระดับความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าในระดับน้อยหรือปานกลาง ซึ่งด้วยวัยผู้สูงอายุตอนกลาง ยังมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ จึงทำให้มีระดับความรุนแรงน้อย ถ้าหากผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลง เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการทำหน้าที่ของข้อเข่าที่เกิดจากพยาธิสภาพของข้อเข่าเสื่อมอย่างถาวร (Altman et al, 2004) และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จึงพบความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าในระดับที่รุนแรงน้อย การไม่ได้ประกอบอาชีพทำให้มีความจำเป็นที่จำเป็นที่จะใช้ข้อเข่าน้อยกว่าคนที่ยังต้องทำงานหรือประกอบอาชีพ ข้อเข่าได้พักการใช้งานในการรองรับน้ำหนักขณะยืนหรือเดิน มีผลทำให้อาการความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าน้อยกว่า ผู้ที่จะต้องยืนหรือเดินนาน ๆ

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับอาการปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ อุดม ชมชาญ และสารเนตร ไวคกุล (2550) ศึกษาอุบัติการณ์การเกิดอาการปวดข้อเข่าของผู้ป่วย พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่า และการศึกษาของ Lawrence, RC et al.(2006) ศึกษาอุบัติการณ์การเกิดอาการปวดข้อเข่าในประเทศอังกฤษ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับกับคความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่า โดยมีอุบัติการณ์ในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไปสูงกว่าผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 45 ปี ซึ่งมีแนวโน้มของอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตามอายุ ผลจากการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ว่า อายุเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุด เพราะสัมพันธ์กับกระบวนการของการเสื่อมสภาพของร่างกาย เมื่ออายุมากขึ้นกระดูกอ่อนผิวข้อมีความทนต่อแรงกดลดลงตามลำดับ ร่างกาย ไม่สามารถจัดให้มีแรงผ่านของข้อเข่าได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เกิดแรงหรือน้ำหนักที่ผ่านข้อที่ลงที่จุดใดจุดหนึ่งมากเกินไป ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของสารที่อยู่ในกระดูกอ่อนผิวข้อ เช่น Oglycan Protein Collagen และการทำงานของเซลล์กระดูกอ่อน (Chondrocyte cells) นอกจากนี้เมื่ออายุมากขึ้นประสาทส่วนปลายทำงานลดลงและสูญเสียประสิทธิภาพของ ทั้งนี้ก็เนื่องจากข้อเข่าของผู้สูงอายุผ่านการใช้งานมาอย่างยาวนาน จึงส่งผลให้กระดูกมีความแข็งแรงน้อยลง อาการปวดข้อเข่าจึงเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดควบคู่ไปกับกระบวนการสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และอัตราการเปลี่ยนแปลงสู่วัยผู้สูงอายุของแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน (Fransen M, 2011) และจากการที่ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ทำให้ผู้ที่มีอาการปวดข้อเข่า อาจเกิดอาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความกลัวและมองตนเองว่าเป็นเป็นผู้ที่ไร้คุณค่า ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่การงานอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เกิดความเฉื่อยชาไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ อาจต้องกลายเป็นบุคคลไร้ความสามารถต้องพึ่งพาผู้อื่นจึงมีความต้องการแยกตัวออกจากสังคม (Jordan JM, 2007) ดังนั้นอายุจึงมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่า

ภาวะน้ำหนักเกิน/ภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Felson DT (2006) ศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดการรุกรามของอาการปวดข้อเข่า ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ภาวะโภชนาการเกินหรือภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุ นั่นคือบุคคลที่มีน้ำหนักตัวที่มากจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดข้อเข่า สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อมีน้ำหนักตัวมากจะมีผลทำให้ข้อเข่าต้องรับน้ำหนักมากขึ้นจึงเกิดการทำลายของผิวกระดูกอ่อนบริเวณข้อเข่าได้ง่าย ส่งผลทำให้เกิดแรงกดที่กระทำซ้ำ ๆ กันทุกวันจากท่าทางต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ซึ่งโดยปกติแล้วการเดินแต่ละครั้งน้ำหนักจะลงที่เข่า 2-3 เท่า

ของน้ำหนักตัว ดังนั้นยิ่งมีน้ำหนักตัวมาก แรงกดต่อข้อเข่าก็จะยิ่งมีมากขึ้น ทำให้เกิดความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าได้เร็วกว่าปกติ (Iqbal MN, 2011) ดังนั้นภาวะอ้วน/ภาวะน้ำหนักเกิน จึงมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงอาการปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาการปวดเข่าของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของแววดาว ทวีชัย (2543) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาการปวดเข่าของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Neogi T. (2013) ศึกษาระบาดวิทยาและผลกระทบของอาการปวดข้อเข่า พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับอาการปวดข้อเข่า สามารถอธิบายได้ว่า การรับประทานอาหารและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมที่สามารถส่งผลต่ออาการปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุ เช่น หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเค็มจัดและหวานจัด ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว และงดดื่มเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์ การออกกำลังกายและเล่นกีฬา ควรออกกำลังกายและบริหารกล้ามเนื้อรอบข้ออย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้กล้ามเนื้อรอบข้อแข็งแรง การออกกำลังกายที่แนะนำได้แก่ ว่ายน้ำ เดิน เต้นร้า รำมวยจีน อิริยาบถที่ควรหลีกเลี่ยงในชีวิตประจำวัน เช่น หลีกเลี่ยงอิริยาบถที่มีแรงกดที่ข้อ นั่งพับเพียบ คุกเข่า ขัดสมาธิ นั่งยอง ๆ นั่งเก้าอี้เตี้ย นั่งไขว่ห้าง ไขว้ขา การบิดหมุนเข่าไม่ว่ากรณีใด ๆ ขึ้นลงบันไดโดยไม่จำเป็นการยกหรือแบกของหนักๆ ดังนั้นหากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมก็จะสามารถลดความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าได้

ความไม่สม่ำเสมอในการมารับบริการมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิพัฒน์ เพิ่มพลู (2553) ได้ทำการศึกษา ความรุนแรงของโรคและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย พบว่า การมารับบริการอย่างไม่สม่ำเสมอมีความสัมพันธ์กับอาการปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับทฤษฎีของโอเร็ม (Orem DE, 1991) กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีได้นั้น บุคคลต้องมีการดูแลตนเองที่เหมาะสมซึ่งการดูแลตนเองของบุคคลจะเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมายเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพโดยเฉพาะการดูแลตนเอง ที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาสุขภาพหรือภาวะเจ็บป่วย ผู้ที่มีอาการปวดข้อเข่าจะต้องมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอถึงแม้จะไม่มีอาการแสดงหรือภาวะแทรกซ้อนของอาการก็ตาม ก็จำเป็นต้องมาตามแพทย์นัดเพื่อติดตามความก้าวหน้าของโรคและอาการว่ามีการรักษาว่าเปลี่ยนแปลงไปในทางใด สามารถอธิบายได้ว่า สาเหตุที่ผู้สูงอายุไม่มาพบแพทย์ตามนัด เพราะคิดว่าการอักเสบและความเจ็บปวดหายไปแล้วไม่มีความจำเป็นที่ต้องรักษาต่อ บางรายนั้นรู้สึกว่าแผนการรักษาและการปฏิบัติตัวยุ่งยากเกินไปทำให้ท้อแท้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่รักษาแล้วอาการไม่หายขาดมีการพยายามแสวงหาสถานที่รักษาใหม่ ๆ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการควบคุมโรคเป็นอย่างมาก ทำให้หากมารักษาไม่สม่ำเสมอจำให้เกิดความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าเพิ่มมากขึ้นได้ ดังนั้นการแก้ไขปัญหาความไม่สม่ำเสมอในการมารับบริการผู้ให้บริการทางสุขภาพเองจะต้องเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถามข้อสงสัยของตนเองเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่า เพื่อจะได้ทราบและเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง และมารับบริการรักษาอย่างต่อเนื่อง (สารเนตร์ ไวคกุล และคณะ, 2553)

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลที่ใช้ในการวางแผนในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการลดความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่า จากปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงอาการปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุ พบว่า ควรมีการให้ความรู้กับประชาชนก่อนที่จะเข้าสู่วัยผู้สูงอายุเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมและการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆที่จะนำไปสู่อาการปวดข้อเข่าได้ในอนาคต ควรมีการส่งเสริมด้านการออก

กำลังกายและการกำหนดโภชนาการที่ถูกต้องกับบุคคลที่เริ่มมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในภาวะน้ำหนักเกิน นอกจากนี้ควรมีการจัดอมรมให้ความรู้ในกลุ่มผู้สูงอายุในเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าและแนะนำแนวทางการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และบุคลากรทางสาธารณสุขควรมีการติดตามผลการศึกษาเพื่อเป็นการป้องกันการเกิดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากอาการปวด ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นสุขตามสมรรถภาพที่เป็นอยู่ได้

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการศึกษาในครั้งนี้จะนำไปสู่การศึกษาต่อไปได้ นั่นคือ ควรมีการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลต่อผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่าของในรายด้านให้มากขึ้น หรือมีการศึกษาวิจัยเชิงกึ่งทดลองในการสร้างโปรแกรมหรือนวัตกรรมที่จะช่วยลดอาการปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุ หรือผู้ใช้บริการทางสาธารณสุขควรมีระบบและการวางแผนเยี่ยมบ้านเป็นระยะและนำข้อมูลที่ได้ไปปรับใช้ในการให้บริการต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสำนักงานสาธารณสุขอำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการติดต่อประสานงานและอำนวยความสะดวกต่าง ๆในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบพระคุณผู้สูงอายุในอำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสัมภาษณ์เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

นงพิมล นิมิตอานันท์. (2557). สถานการณ์ทางระบาดวิทยาและการประเมินความเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อมในคนไทย. วารสารพยาบาลทหารบก, 15 (3), 185-194.

พิพัฒน์ เพิ่มพลู (2553). ความรุนแรงของโรคและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ, มหาวิทยาลัยศิลปากร.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2553). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ทีคิว พี จำกัด.

ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. (2554). แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคข้อเข่าเสื่อม พ.ศ. 2554. แหล่งข้อมูล www.rcost.or.th เข้าถึง ข้อมูลเมื่อ 1 กันยายน 2559.

วิมล วงศ์หนู. (2553). ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วรรณภา ศรีธัญรัตน์.(2554). การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาปวดข้อเข่าของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบากอำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 34 (4), 46-55.

แววดาว ทวีชัย.(2543). ความรุนแรงของโรคและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลผู้สูงอายุ,มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สารเนตร์ ไวคกุล และคณะ. (2553). แนวปฏิบัติบริการการดูแลรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม พ.ศ. 2553.กรุงเทพมหานคร : ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2559). สารประชากร 2559 : มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557 (พิมพ์ครั้ง ที่ 5). กรุงเทพมหานคร: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.(2549). โครงการวิจัยการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย.กรุงเทพ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2537). คุณค่าและการวิเคราะห์ปัจจัยของเจริแอทริคซ์ดีเปรสชั่นสเกลในผู้สูงอายุไทย. จุฬาลงกรณ์เวชสาร, 7, 383-389.

อุดม ชมชาญและสารเนตร ไวคกุล (2550). อุบัติการณ์เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

Altman, M., Gill, J. and McDonald, M. (2004). Numerical Issues in Statistical Computing for the Social Scientist. Wiley Series in Probability and Statistics. John Wiley: Hoboken NJ.

Bellamy, N., Buchanan, WW., Goldsmith, CH., Campbell, J. and Stitt LW. (1995). Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. The journal of Rheumatology, 15 (12), 1833-1840.

Fransen, M. et al. (2011). The epidemiology of Osteoarthritis in Asia. International J of Rheumatic Disease, 14, 113-121.

Felson, DT., Naimark, A., Anderson, J., Caswell, W. and Meena, RF. (2006). The prevalence of Knee osteoarthritis in the elderly: the Framingham Osteoarthritis Study. Arthritis Rheumatology, 30, 914-918.

Hwn. (1995). The Impact of Chronic Illness on Patients. Rehabilitation. Nursing Journal 21 (4), 221-225.

Iqbal, MN., Haidri, FR., Motiani, B. & Mannan, A. (2011). Frequency of factors associated with knee osteoarthritis. JPMA, 61, 786-789.

Jevsevar, D. et.al. (2013). The treatment of osteoarthritis of the knee - 2nd Edition: Clinical practice guideline work group. Journal of the American Academy of Orthopedic Surgeon, 21(9), 571-576.

Jordan, JM., Helmick, CG., Renner, JB., et al. (2007). Prevalence of knee symptoms and radiographic and symptomatic knee osteoarthritis in African-Americans and Caucasians: the Johnson County Osteoarthritis Project. J Rheumatology, 34, 172-80.

Katz, RL. (1995). Skills of an Effective Administrator. Harvard Business Review, 33-42.

Lawrence, RC., Helmick, CG., Arnett, FC., Deyo, RA., Felson, DT., and Giannini, EH. (2006). Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States. Arthritis Rheum, 41, 778–799.

Neogi, T. (2013). The epidemiology and impact of pain in osteoarthritis. Osteoarthritis Cartilage, 21, 1145-1153.

Orem, DE. (1991). Nursing Concepts of Practice (4th ed.). St. Louis: Mosby.

Pereira, D., et al. (2011). The effects of osteoarthritis definition on prevalence and incidence estimates: a systematic review, Osteoarthritis and Cartilage, (19), 1270-1285.