

การดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุในเขตศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองกำแพงเพชร

Continuity of self-management in elderly patients with knee osteoarthritis in Kamphaeng Phet primary care unit



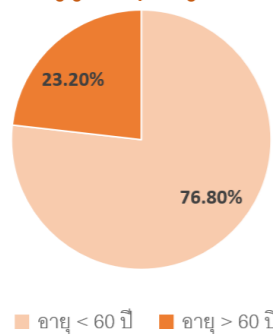
โรงพยาบาลกำแพงเพชร

โดย นายแพทย์ศักรินทร์ มีลาภ แพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก
 อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการ นายแพทย์พาทิศ คูหาทสันติกุล นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลกำแพงเพชร

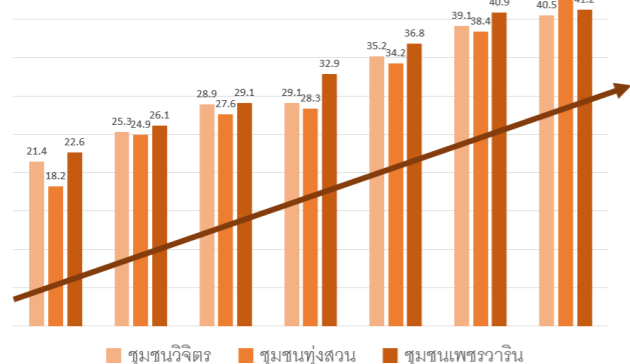
ที่มาและความสำคัญ

1. ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์” โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุ 10% (พ.ศ. 2548) --> 20% (พ.ศ. 2564) --> 28% (พ.ศ. 2574)

2. ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองกำแพงเพชร = “สังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์”



3. แนวโน้มความชุกของ “โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ” ในชุมชนวิจิตร ชุมชนทุ่งสวน และชุมชนเพชรวาริน “เพิ่มขึ้น”



กระบวนการได้มาซึ่งปัญหา

การประชาคมเพื่อวินิจฉัยปัญหาอนามัยชุมชน
 ลำดับความสำคัญของปัญหา

1. โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ
2. โรคความจำเสื่อมในผู้สูงอายุ
3. การหกล้มในผู้สูงอายุ

มุมมองของปัญหา

1. “กระตือรือร้นใช้ชีวิต” ชัดเจน
2. “ไม่มีความรู้” ในการดูแลตนเอง
3. บางคนมีความรู้แต่ “ไม่ได้ดูแลต่อเนื่อง”



กลุ่มเป้าหมาย

ผู้สูงอายุที่ถูกวินิจฉัยเป็น โรคข้อเข่าเสื่อมโดย ACR criteria

ในชุมชนวิจิตร ชุมชนทุ่งสวน และชุมชนเพชรวาริน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อ “เพิ่มความรู้” เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยตนเองให้แก่ผู้สูงอายุที่ถูกวินิจฉัยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชนวิจิตร ชุมชนทุ่งสวน และชุมชนเพชรวาริน

2. เพื่อ “ลดระดับความรุนแรง” ของโรคข้อเข่าเสื่อมที่ประเมินจาก Oxford knee score ที่ระยะเวลา 1 เดือน, 3 เดือน, และ 6 เดือน หลังการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ในชุมชนวิจิตร ชุมชนทุ่งสวน และชุมชนเพชรวาริน

วิธีดำเนินการ

ระยะที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยตนเองผ่าน “การบรรยาย” และ “ฝึกปฏิบัติจริง”

- กิจกรรมที่ 1: ประเมิน Oxford knee score และทำแบบทดสอบก่อนให้ความรู้ (30 นาที)
- กิจกรรมที่ 2: บรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและการดูแลตนเอง (30 นาที)
- กิจกรรมที่ 3: การฝึกปฏิบัติตามคำแนะนำการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (60 นาที)
- กิจกรรมที่ 4: ทำแบบทดสอบหลังให้ความรู้ และทดสอบการฝึกปฏิบัติจริงตามคำแนะนำ (30 นาที)
- กิจกรรมที่ 5: การแสดงความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมโครงการ และกิจกรรมตอบคำถามชิงรางวัล (30 นาที)



ระยะที่ 2 การ “ให้ความรู้โดยย่อ” และ “ประเมิน Oxford knee score” ที่จุดเวลา 1 เดือน, 3 เดือน, และ 6 เดือน

วันที่ดำเนินการ

- เดือนที่ 1: มีนาคม 2565
- เดือนที่ 3: พฤษภาคม 2565
- เดือนที่ 6: สิงหาคม 2565

“กลุ่มผู้เข้าร่วม 25 คน”
 โทรศัพท์ติดตามตลอด 3 จุดเวลา

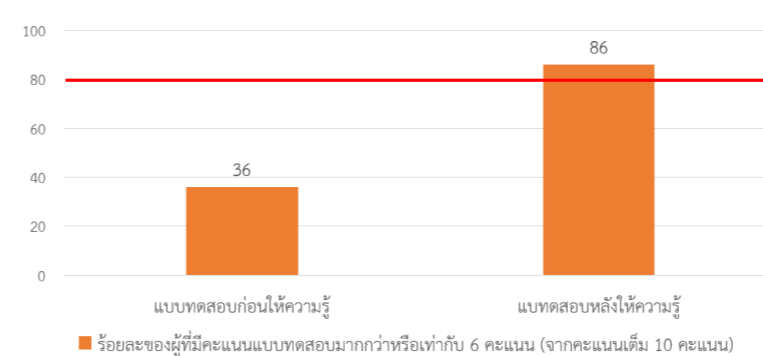


ผลการดำเนินโครงการ

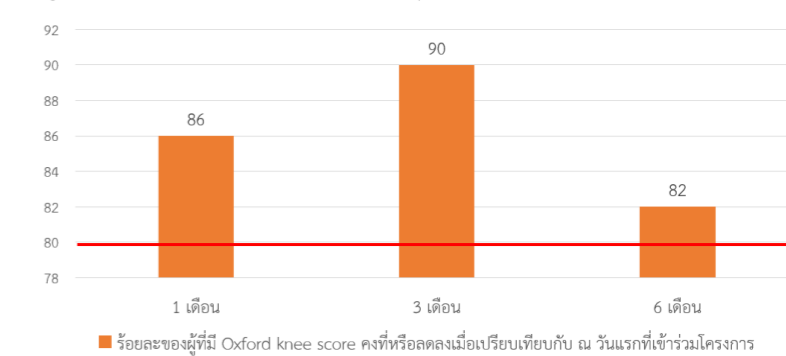
ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมโครงการ

ข้อมูลพื้นฐาน	ชุมชนวิจิตร	ชุมชนทุ่งสวน	ชุมชนเพชรวาริน
อายุเฉลี่ย (ปี)	72.8	64.2	68.1
เพศ (ร้อยละ)			
- ชาย	6 (37.5)	4 (25.0)	3 (16.7)
- หญิง	10 (62.5)	12 (75.0)	15 (83.3)
จำนวนรวมทั้งหมด (ร้อยละ)	16 (32)	16 (32)	18 (36)
คะแนนเฉลี่ยก่อนให้ความรู้ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	4.8	4.2	4.5
ค่าเฉลี่ย Oxford knee score ณ วันที่เข้าร่วมโครงการ (คะแนนเต็ม 48 คะแนน)	40.5	42.4	32.0

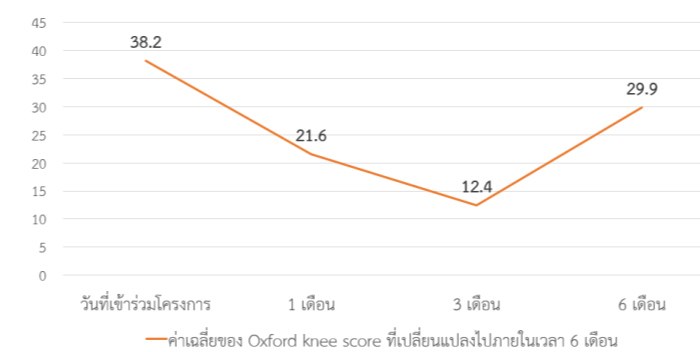
รูปภาพที่ 1 การประเมินความรู้ก่อนและหลังให้ความรู้จากแบบทดสอบ



รูปภาพที่ 2 การประเมิน Oxford knee score ที่จุดเวลา 1 เดือน, 3 เดือน, และ 6 เดือน



รูปภาพที่ 3 แนวโน้มค่าเฉลี่ย Oxford knee score ที่ 1 เดือน, 3 เดือน, และ 6 เดือน



คำอธิบายผลการดำเนินโครงการ

1. มีผู้ที่ทำคะแนนแบบสอบถามหลังให้ความรู้ได้ คะแนน ≥ 6 คะแนน ร้อยละ 86 ของผู้เข้าร่วมโครงการ
2. มีผู้ที่ปฏิบัติตามจริงได้ถูกต้องตามรายละเอียดของการดูแล มากกว่าร้อยละ 80 ในทุกข้อของการดูแล
3. มีผู้ที่มีระดับความรุนแรงที่หรือลดลง มากกว่าร้อยละ 80 ของผู้เข้าร่วมโครงการในทุกจุดเวลา
4. ค่าเฉลี่ยของ Oxford knee score มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจากวันแรกที่เข้าร่วมโครงการ จนกระทั่ง 3 เดือนหลังให้ความรู้ แต่กลับมาเพิ่มขึ้นในช่วงเดือนที่ 6

อภิปรายผลการดำเนินโครงการ

จุดเด่นของโครงการ

1. มี “กลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจนและสอดคล้องกับปัญหาที่พบในพื้นที่” คือ ผู้สูงอายุที่ถูกวินิจฉัยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม
2. มีผู้เข้าร่วมทำประชาคมเพื่อวินิจฉัยและจัดลำดับปัญหาอนามัยชุมชน (community diagnosis) ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. และผู้สูงอายุในพื้นที่ ซึ่ง “เป็นตัวแทนที่เหมาะสมของกลุ่มเป้าหมาย”
3. มีการวัดความรู้ของผู้เข้าร่วมโครงการ “ทั้งข้อเขียนและการปฏิบัติจริง”
4. มีการให้ความรู้และประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม “อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 6 เดือน”
5. มีการแสดงข้อมูล “แนวโน้มและทิศทาง” ของค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในระยะเวลา 6 เดือน

ข้อจำกัด ปัญหา และอุปสรรค

1. ไม่สามารถทำการติดตามให้ความรู้และประเมิน Oxford knee score ต่อเนื่องได้ในผู้เข้าร่วมโครงการทุกคน (ผู้สูงอายุบางคนไม่มีโทรศัพท์ของตนเอง)
2. การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ “ไม่สามารถจัดโครงการที่มีผู้เข้าร่วมเกิน 50 คน” ได้ตามนโยบายของโรงพยาบาลกำแพงเพชร

แนวทางการนำผลการดำเนินโครงการไปประยุกต์ใช้ / ข้อเสนอแนะ

1. จัดทำโครงการในลักษณะของการติดตามดูแลต่อเนื่อง ในกลุ่มปัญหาอื่น ๆ ที่ได้จาก community diagnosis ในชุมชนวิจิตร ชุมชนทุ่งสวน และชุมชนเพชรวาริน ได้แก่ “โรคความจำเสื่อมในผู้สูงอายุ” และ “การหกล้มในผู้สูงอายุ”
2. ทำการประเมินความรู้อีกผ่านแบบทดสอบที่จุดเวลา 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อ “ดูแนวโน้มของระดับความรู้” ว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ อย่างไร
3. จัดทำโครงการการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องในลักษณะเดิม ร่วมกับ “เพิ่มจำนวนประชากรเป้าหมาย” และ “ทำการติดตามต่อเนื่องในระยะเวลาที่นานขึ้น” เพื่อให้เห็นแนวโน้มของผลลัพธ์การดูแลในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์สุขภาพคนไทย: ปัจจุบันและอนาคต. [Internet]. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร: กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2557. Available from: https://www.dop.go.th/download/knowledge/knowledge_th_20160106135752_1.pdf
2. Heidari B. Knee osteoarthritis prevalence, risk factors, pathogenesis and features: Part I. Caspian J Intern Med. 2011;2(2):205-212.
3. Roopsawang I, Aree-Ue S. Knee Osteoarthritis in Adult and Older Thais Living in Rural and Urban Areas: A Comparative Study. Pacific Rim Int J Nurs Res. 2015;19(3):187-201.
4. Nimit-amun N. The Epidemiological Situation and Risk Assessment of Knee Osteoarthritis among Thai People. JRTAN. 2014;15(3):185-194.
5. Jenny J-Y, Diesinger Y. The Oxford Knee Score: Compared performance before and after knee replacement. OTSR. 2012; 98:409-412.
6. Marconcin P, Espanha M, Teles J, Bento P, Campos P, Andre R, Yazigi F. A randomized controlled trial of a combined self-management and exercise intervention for elderly people with osteoarthritis of the knee: the PLE2NO program. Clin Rehabil. 2018;32(2):223-232.
8. Zhang Y, Jordan JM. Epidemiology of Osteoarthritis. Clin Geriatr Med. 2010; 26:355-369.
9. Sharma V, Anuvat K, John L, Davis M. Scientific American Pain Management - Arthritis of the knee. Decker: Pain related disease states; 2017.
10. Robinson WH, Lepus CM, Wang Q, et al. Low-grade inflammation as a key mediator of the pathogenesis of osteoarthritis. Nat Rev Rheumatol. 2016;12(10):580-592.
11. Sellam J, Berenbaum F. The role of synovitis in pathophysiology and clinical symptoms of osteoarthritis. Nat Rev Rheumatol. 2010;6(11):625-635.
12. Altman R, Asch E, Bloch D, et al. Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis. Classification of osteoarthritis of the knee. Diagnostic and Therapeutic Criteria Committee of the American Rheumatism Association. Arthritis Rheum. 1986; 29:1039.
13. American Academy of Orthopaedic Surgeons. Management of Osteoarthritis of the Knee (Non-Arthroplasty) Evidence-Based Clinical Practice Guideline. [Internet]. 2021. Available from: <https://www.aaos.org/oa3cpgp>
14. Levin SL. SELF-CARE IN HEALTH. Ann. Rev. Public Health. 1983; 4:181-201.
15. Gulliford M, Naithani S, Morgan M. What is 'continuity of care'? UHSRP. 2006;11(4):248-250.