

ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า และความสามารถทางกายของผู้สูงอายุ ข้อเข่าเสื่อม : การศึกษาความสัมพันธ์

อุษา คงสมบูรณ์* พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

สุภาพ อารีเอื้อ** Ph.D. (Nursing)

พิชญ์ประอร ยิงเจริญ*** Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ:

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า และความสามารถทางกายของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้เข้าร่วมวิจัยคือ ผู้สูงอายุ จำนวน 144 ราย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อม ไม่มีความพร่องในการรู้คิด เป็นสมาชิกและเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ 6 แห่ง ที่ตั้งอยู่ในเขต กรุงเทพมหานคร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความเหนื่อยล้าแบบหลายมิติ 3) แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทยฉบับสั้น 15 ข้อ และ 4) การทดสอบความสามารถในการทรงตัวและการเคลื่อนไหว เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบ เพียร์สัน และสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 29.90 ระดับความเหนื่อยล้ารวมอยู่ในระดับเล็กน้อยและความสามารถทางกายจากการประเมินการใช้เวลา ในการเดินไป-กลับระยะทาง 3 เมตร เฉลี่ย 12.60 วินาที แสดงถึงการเคลื่อนไหวที่ไม่ดี ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความสามารถทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า และความสามารถทางกายของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบถึงปัญหาทางด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม และสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า และความสามารถทางกาย อันเป็นข้อมูลพื้นฐานที่มีความสำคัญต่อการวางแผนหรือจัดกิจกรรมการพยาบาล เพื่อลดผลกระทบปัญหาทางด้านจิตสังคม รวมทั้งส่งเสริมความสามารถทางกาย ซึ่งจะนำไปสู่การคงไว้ซึ่งความสามารถทางกาย และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อม

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า ข้อเข่าเสื่อม ผู้สูงอายุ ความสามารถทางกาย

*นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**Corresponding author, รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: suparb.are@mahidol.ac.th

***อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ 15 มีนาคม 2562 วันที่แก้ไขบทความ 24 พฤษภาคม 2562 วันตอบรับบทความ 31 พฤษภาคม 2562

Depression, Fatigue, and Physical Performance among Older Adults with Knee Osteoarthritis: A Correlational Study

Usa Kongsombun* M.N.S. (Gerontological Nursing)

Suparb Aree-Ue** Ph.D. (Nursing)

Phichpraorn Youngcharoen*** Ph.D. (Nursing)

Abstract:

This descriptive correlational study aimed to examine the relationships among depression, fatigue, and physical performance in older adults with knee osteoarthritis. The participants were 144 older adults with knee osteoarthritis who met the inclusion criteria, including age 60 years or older, not having a cognitive impairment, and being active members of six senior citizens clubs located in Bangkok. The research instruments were 1) the Personal Data Questionnaire, 2) the Multidimensional Assessment of Fatigue, 3) the Geriatric Depression Scale-15, and 4) Timed Up & Go Test. Data were collected from August to November 2017 and were analyzed using descriptive statistics, Pearson correlation coefficients, and Spearman's rank correlation coefficients. The results indicated that 29.90 % of the sample had depressive symptoms, and they had mild fatigue. The participants had a slightly low physical performance of the Timed Up and Go test with a mean of 12.60 seconds, representing the poor movement of older adults and risk for falling. A weak positive correlation was found between depression and physical performance; moderate positive correlations were found between fatigue and depression and between fatigue and physical performance. The findings of this study emphasize the complexity of psychosocial problems in older adults with knee osteoarthritis by explaining relationships among depression, fatigue, and physical performance. This information will be beneficial not only to initiate an intervention for alleviating psychosocial problems but also to promote physical performance for delaying dependency and enhancing the quality of life in older adults with knee osteoarthritis.

Keywords: Depression, Fatigue, Knee osteoarthritis, Older adults, Physical performance

*Master's student, Master of Nursing Science Program (Gerontological Nursing), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

**Corresponding author, Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: suparb.are@mahidol.ac.th

***Lecturer, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Received March 15, 2019, Revised May 24, 2019, Accepted May 31, 2019

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสัดส่วนของผู้สูงอายุกำลังเพิ่มขึ้นทั่วโลก และในกลุ่มประชากรอาเซียนมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยพบว่า ในปีพ.ศ. 2559 มี 3 ประเทศที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ได้แก่ ประเทศสิงคโปร์ (ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 18.7) ประเทศไทย (ร้อยละ 16.5) และประเทศเวียดนาม (ร้อยละ 10.7) ในประเทศไทย แม้ประชากรรวมเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่ช้าลงอย่างมากเพียงร้อยละ 0.4 ต่อปีในปัจจุบัน จากอัตราการเกิดที่ลดลง แต่ประชากรผู้สูงอายุกลับเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว คาดการณ์ว่าในปี 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด) และเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด) ในปี 2574 โดยในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุจะพบการเปลี่ยนแปลงตามวัยหลายอย่าง มีการเสื่อมลงของอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคเรื้อรังหลายชนิด¹

โรคข้อเข่าเสื่อม (knee osteoarthritis) เป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสุขภาพและพบได้บ่อยในประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก โดยมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น จากการเสื่อมสภาพของกระดูกอ่อนผิวข้อ และกระดูกที่อยู่ใต้ผิวข้อของข้อเข่าอย่างเรื้อรัง ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป พบโรคข้อเข่าเสื่อมมากถึงร้อยละ 80² ในประเทศเนเธอร์แลนด์ พบความชุกการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้ชาย 14.3/1,000 และในผู้หญิง 23.8/1,000 คน³ การศึกษาความชุกโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จำนวน 1,118 ราย ประเทศเกาหลีใต้ พบความชุกร้อยละ 38⁴ ในประเทศไทยจากรายงานผลการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556 เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุ 14,000 ราย จากการสุ่มเป็นตัวแทน 28 จังหวัด 12 เครือข่ายบริการสุขภาพทั่วประเทศพบว่า ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมร้อยละ

10.60 จำแนกเป็นเพศชายร้อยละ 2.20 และเพศหญิงร้อยละ 8.40⁵ จะเห็นได้ว่าความชุกในการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมจะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และมีอัตราเพิ่มขึ้นในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน โดยมีความสัมพันธ์กับฮอร์โมนเอสโตรเจน นอกจากอายุเพิ่มมากขึ้น และเพศเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมแล้ว ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่น เช่น พันธุกรรม และความอ้วนโดยเฉพาะความอ้วน พบว่า ดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) > 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ทำให้เกิดความเสียหายในการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม⁶ ส่วนการมีระดับวิตามินดี ที่ต่ำกว่าปกติ พบว่าเป็นอีกปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม นอกจากนี้ การบาดเจ็บหรือการทำงานเกี่ยวกับการใช้ข้อเข่ามากเกินไป เช่นผู้ที่ทำอาชีพต้องยืนนาน ๆ เป็นอีกปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมที่สำคัญเช่นกัน⁷

เมื่ออาการโรคข้อเข่าเสื่อมมากขึ้นผู้ป่วยส่วนใหญ่ มักมาด้วยความปวด ข้อเข่าฝืดขยับลำบากกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าอ่อนแรง สูญเสียการทรงตัว เกิดข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแย่งลง มีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากไม่สามารถมีกิจกรรมทางกายได้ตามปกติ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีความลำบากอย่างมากในการขึ้น-ลงบันได 1 ชั้นร้อยละ 36.7 และ 33.3 ตามลำดับ และไม่สามารถนั่งยอง ๆ หรือนั่งพับเข่าได้ ร้อยละ 26.7⁸ นอกจากนี้ การเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมยังส่งผลต่อด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยร่วมด้วย เช่น เกิดความรู้สึกวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า การนอนหลับแปรปรวน และภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของซามิและคณะ⁹ ในประเทศตุรกี ปี 2013 ในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม 138 ราย พบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 49.3 และระดับของภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมนอกจากนี้ ยังพบว่า ร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีประสบการณ์ความเหนื่อยล้าและความเหนื่อยล้ายังเป็น

ปัจจัยสำคัญทำนายการลดความสามารถในการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อม¹⁰ ซึ่งความสามารถทางกาย เป็นการเคลื่อนไหว ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีการใช้พลังงาน ได้แก่ การทำงานบ้าน การเดินทางในชีวิตประจำวัน การทำงานอาชีพ และกิจกรรมในยามว่าง และพบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่น้อยหนึ่ง (inactivity) หรือไม่ค่อยเคลื่อนไหวจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีกิจกรรมทางกายกระฉับกระเฉง¹¹ นอกจากนี้ยังพบว่า โรคข้อเข่าเสื่อมนอกจากส่งผลในด้านลบต่อการทำหน้าที่ของร่างกายยังส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น คุณภาพชีวิตลดลง เพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพโดยเฉพาะในรายที่ต้องผ่าตัด อันนำไปสู่ปัญหาเศรษฐกิจของประเทศที่ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการนำเข้าข้อเข่าเทียม

จากการศึกษาที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า นอกจากความปวดแล้วยังมีปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และความเหนื่อยล้า ที่มีความสัมพันธ์ และเชื่อมโยงกับความสามารถในการเคลื่อนไหวทางกาย หรือการทำงานของสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และความเหนื่อยล้า ยังมีการศึกษาอย่างจำกัด และการศึกษาส่วนใหญ่ยังเป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยดังกล่าวและความเชื่อมโยงของปัจจัยเหล่านี้ ซึ่งในผู้สูงอายุไทยอาจมีลักษณะแตกต่างจากผู้สูงอายุชาติตะวันตก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า และกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งข้อมูลที่ได้ในการศึกษาครั้งนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวางแผนหรือพัฒนาจิตโปรแกรม เพื่อส่งเสริมการจัดการปัญหาทางด้านจิตสังคม และกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อันจะนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตในผู้ที่มีปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า และความสามารถทางกายของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า และความสามารถทางกายของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยนำแนวคิด The International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) ขององค์การอนามัยโลก¹² มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ICF ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้สำหรับประเมินความพิการโดยเน้นมุมมองทางด้าน biopsychosocial model แทนมุมมองเดิมที่เน้นด้าน medical model ซึ่ง ICF สะท้อนความพิการเป็นผลรวมความผิดปกติของร่างกาย และจากปัจจัยสิ่งแวดล้อม เมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วยจากโรค หรือมีปัญหาสุขภาพ ซึ่งแนวคิดนี้กล่าวถึงสภาวะสุขภาพ (health condition) หมายถึง ความผิดปกติ (disorder) หรือโรค (disease) ที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล ซึ่งส่งผลต่อหรือเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้คือ 1) โครงสร้างและการทำงานของกายจิต (body functions and body structure) หมายถึง การทำหน้าที่ทางด้านสรีรวิทยาทางร่างกาย (physiological functions) และการทำหน้าที่ของจิตใจ (psychological functions) เมื่อเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยขึ้น อาจเกิดการเบี่ยงเบนทำให้เกิดความพร่อง (impairment) หรือสูญเสีย (loss) 2) การทำกิจกรรม (activity) คือ การกระทำภารกิจส่วนบุคคล เช่น การเคลื่อนไหว การเดิน วิ่ง หรือการประกอบกิจวัตรประจำวัน เมื่อเกิดความพร่องในการทำหน้าที่ทางกาย หรือทางจิต จากกรณีโรคหรือความเจ็บป่วย ก็จะทำให้บุคคลมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม 3) การมีส่วนร่วมทางสังคม (participation) คือการมี

ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และเข้าร่วมทำกิจกรรมทางสังคม ต่าง ๆ ซึ่งเมื่อเกิดโรค หรือความเจ็บป่วย บุคคลมีความพร้อมและข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ก็จะส่งผลให้บุคคลไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ และ 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environmental factors) หมายถึง ปัจจัยภายนอกของบุคคล เช่น การสนับสนุนทางสังคม ระบบบริการ หรือสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อทั้งโครงสร้างและการทำงานของกายจิต การทำกิจกรรม และการมีส่วนร่วมทางสังคม และ 5) ปัจจัยด้านบุคคล (personal factors) คือปัจจัยในตัวบุคคล เช่น โรคประจำตัว สภาวะอารมณ์ อาชีพ เป็นต้น ซึ่งจะมีผลต่อโครงสร้างและการทำงานของกายจิตการทำกิจกรรม และการมีส่วนร่วมทางสังคม

การศึกษาค้นคว้าวิจัยได้เลือกองค์ประกอบด้านโครงสร้างและการทำงานของกายจิต (body functions and body structure) และองค์ประกอบด้านการทำกิจกรรม (activity) มาศึกษา เนื่องจากเป็นองค์ประกอบหลักที่ได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม (health condition) ทำให้เกิดความผิดปกติของโครงสร้างและการทำงานของกายจิต (body functions and body structure) มีการเปลี่ยนแปลงด้านการทำหน้าที่ทางด้านสรีรวิทยาทางร่างกาย (physiological functions) อันมีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงกระดูกอ่อน ผิวข้อถูกทำลาย ส่วนประกอบน้ำไขข้อเปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้สูงอายุแสดงอาการข้อฝืดแข็งหรือปวด มีข้อจำกัดในด้านเคลื่อนไหว ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของจิตใจ (psychological functions) ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล ความกลัว นำไปสู่ความซึมเศร้า หรือความเหนื่อยล้าตามมา ส่งผลต่อความสามารถทางการเดินและการเคลื่อนไหว (activity) ลดลง ดังการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปจำนวน 81 รายในประเทศอิหร่าน

พบว่าความปวด ภาวะข้อติดแข็ง และระยะเวลาของการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางด้านสรีรวิทยาของร่างกาย และทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหว หรือการทำกิจกรรมประจำวันลดลง¹³ และการศึกษาในผู้ป่วยที่มีโรคข้อเข่าและข้อสะโพกเสื่อม ในประเทศเยอรมนี จำนวน 1021 ราย พบว่า ภาวะซึมเศร้า ส่งผลต่อความสามารถของบุคคลในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง¹⁴ และการศึกษาในผู้ที่มีข้อสะโพกและข้อเข่าเสื่อมจำนวน 231 ราย พบว่า ร้อยละ 47 ของกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์เหนื่อยล้ารุนแรง และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถทางกาย¹⁵ นอกจากนี้โรคข้อเข่าเสื่อมจะส่งผลต่อด้านร่างกายโดยตรงแล้ว ยังส่งผลต่อด้านจิตใจทำให้ผู้สูงอายุที่มีโรคข้อเข่าเสื่อมมีปัญหาเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายมากขึ้น และการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมที่เกิดขึ้น (ภาวะซึมเศร้า และความเหนื่อยล้า) หากผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีอาการรุนแรงมากขึ้น อาจยังส่งผลกระทบมากขึ้นและนำไปสู่การมีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรม หรือการมีกิจกรรมทางสังคม (participation) การศึกษาค้นคว้านี้ศึกษาในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่เป็นสมาชิกและเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ที่ได้รับการเกื้อหนุนปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่อาจมีผลต่อการดูแลตนเองในการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคข้อเข่าเสื่อม ดังนั้น การเลือกศึกษาความสัมพันธ์เฉพาะองค์ประกอบด้านโครงสร้างและการทำงานของกายจิต และองค์ประกอบด้านการทำกิจกรรม (activity) จึงน่าจะสะท้อนให้เห็นความสัมพันธ์ของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากสภาวะโรคข้อเข่าเสื่อม และผลกระทบที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบบรรยาย วิเคราะห์ความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

มีอาการของข้อเข่าเสื่อมและเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ 6 ชมรม จากการสุ่มแบบแบ่งชั้นที่เป็นตัวแทนจาก 6 เขตการปกครองของกรุงเทพมหานครได้ชมรมผู้สูงอายุ ดังนี้ ศูนย์บริการสาธารณสุข 21 วัดธาตุทอง ชมรมผู้สูงอายุสุเหร่าบ้านดอน ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง ชมรมผู้สูงอายุวัดเลียบ ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 29 ช่วงนุชเนตร และชมรมผู้สูงอายุภานุมาภรณ์ (จอมทอง 3) ตั้งแต่เดือนสิงหาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุที่ศึกษา และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่ายจากรายชื่อผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรม โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) มีอาการของข้อเข่าเสื่อมประเมินจากอาการทางคลินิกตามเกณฑ์วินิจฉัยข้อเสื่อมของ American College Rheumatology¹⁶ ประกอบด้วยมีอาการปวดเข่าร่วมกับ อายุ 60 ปีขึ้นไป มีอาการข้อฝืดขัด (stiffness) น้อยกว่า 30 นาที และมีเสียงกรอบแกรบในข้อ (crepitation) 2) ไม่มีภาวะพร่องในการรู้คิด ประเมินโดยแบบประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-Cog¹⁷ 3) สื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ชัดเจน และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยการลงนาม ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power version 3.1.9.2¹⁸ สำหรับวิเคราะห์ความสัมพันธ์จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความสามารถทางกายได้ค่าขนาดอิทธิพลโดยเฉลี่ย (effect size) เท่ากับ 0.23¹⁹ กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบเท่ากับ .80 และระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 ซึ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปนี้ มีจำนวน 144 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง และเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ใช้แบบวัดความบกพร่องในการรู้คิดแบบสั้นฉบับภาษาไทย Mini-Cog พัฒนาโดย บอร์สันและคณะ²⁰ แปลเป็นภาษาไทยโดย สุภาพร ตรงสกุล และคณะ¹⁷ คะแนนรวมของการประเมินอยู่ระหว่าง 0-5 คะแนน คะแนนมากกว่า 3 คะแนนขึ้นไปถือว่าไม่มีภาวะพร่องในการรู้คิด หลังการแปลเครื่องมือนี้ผู้แปลนำไปทดสอบในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 21 ราย และรายงานค่าสัมประสิทธิ์แคปปา เท่ากับ .80 และค่าความตรงโดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในการเปรียบเทียบกับแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE ($r = .47$)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยผู้วิจัย จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลด้านสุขภาพของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป มีข้อความเกี่ยวกับอายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ และความเพียงพอของรายได้ ส่วนข้อความถามเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว ยาที่รับประทานเป็นประจำ ระยะเวลาที่เป็นข้อเข่าเสื่อม การรักษาอาการปวดข้อเข่า การปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการปวดข้อเข่า ลักษณะของท่าหนักที่ชอบปฏิบัติเป็นประจำ ระยะเวลาในการนั่งและการยืนอย่างต่อเนื่อง ลักษณะเป็นเลือกตอบและแบบปลายเปิด

2.2 แบบประเมินความเหนื่อยล้าแบบหลายมิติ (The Multidimensional Assessment of Fatigue: MAF) พัฒนาโดยเบลซาและคณะ²¹ ประกอบด้วย

ข้อคำถาม 16 ข้อ แบ่งออกเป็นสี่มิติ ได้แก่ ความรุนแรงของความเหนื่อยล้า ระดับของความทุกข์ที่เกิดจากความเหนื่อยล้า ระดับของการถูกรบกวนจากความเหนื่อยล้า ต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และระยะเวลาในการเกิดความเหนื่อยล้า (ความถี่ที่เกิดขึ้นในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา) ลักษณะข้อคำถามใน 14 ข้อแรกเป็นการให้คะแนนแบบตัวเลขตั้งแต่ 1 ถึง 10 ข้อสุดท้าย เป็นแบบปรนัย เลือกตอบ คะแนนรวมที่ได้จะคำนวณค่าดัชนีความเหนื่อยล้าทั่วไป (Global Fatigue Index: GFI) โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 1 (ไม่เหนื่อยล้า) ถึง 50 (เหนื่อยล้าอย่างรุนแรง) แบบประเมินนี้ได้รับการแปลมากกว่า 50 ภาษา รวมทั้งภาษาไทย โดยวิธีการแปลย้อนกลับ (back translation) การศึกษาครั้งนี้ใช้ฉบับภาษาไทยที่ได้รับอนุญาตจาก ePROVIDE™ รายงานความเที่ยงของเครื่องมือโดยผู้พัฒนาเครื่องมือในกลุ่มผู้ป่วยมาตอยต์จำนวน 133 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .93²¹ และกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .91

2.3 แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (Thai Geriatric Depression Scale-15: GDS-15) พัฒนาโดย เยสสาเวชและคณะ²² แปลเป็นภาษาไทยโดย ฌนพิทย์ วงศ์ปกรันย์และคณะ²³ ลักษณะข้อคำถามของแบบวัด เป็นแบบเลือกตอบใช่/ไม่ใช่ มีข้อคำถามทั้ง คำถามเชิงบวกและลบ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-15 โดยคะแนนรวม ≥ 5 หมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ผู้แปลนำไปศึกษาในผู้สูงอายุไทยจำนวน 237 ราย พบว่ามีความสะดวกง่ายต่อการใช้และมีความน่าเชื่อถือ โดยมีความไวและความจำเพาะ .92 และ .87 ตามลำดับ และความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .82²³ ในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .71

2.4 การทดสอบความสามารถในการทรงตัวและการเคลื่อนไหว (Timed Up and Go Test: TUGT) ใช้สำหรับประเมินความสามารถทางกายของผู้สูงอายุที่

เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ แบบทดสอบนี้ พัฒนาโดย โปสเซียโลและริชาร์คสัน²⁴ วิธีการทดสอบเริ่มจากให้ผู้สูงอายุนั่งหลังพิงพนักเก้าอี้และมีอวางไว้บนที่วางแขนของเก้าอี้ แล้วให้ผู้สูงอายุเดินตรงไปข้างหน้าเป็นระยะทาง 3 เมตรแล้วเดินวนกลับมาที่นั่งที่เดิม ประเมินผลโดยบันทึกเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการเคลื่อนไหว โดยเวลาที่ใช้ ≥ 12 วินาที หมายถึง ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวได้ไม่ดีเสี่ยงต่อการหกล้ม²⁵ การศึกษาครั้งนี้เวลาที่ใช้ในการเดินนาน แสดงว่า ความสามารถทางกายไม่ดี

คุณภาพของเครื่องมือ หลังจากพัฒนาแบบวัด โปสเซียโลและริชาร์คสันได้นำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 60 ราย มีอายุเฉลี่ย 79.5 ปี อาศัยอยู่ในโรงพยาบาลที่รับดูแลผู้สูงอายุในช่วงกลางวัน พบว่ามีความน่าเชื่อถือในการวัดซ้ำระหว่างผู้วัดโดยมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้นสูง (Intra-class Correlation Coefficient: ICC = .99) และมีความสัมพันธ์ให้ผลไปในทางเดียวกันกับแบบประเมินการทรงตัวของ Berg Balance Scale ($r = -.81$) อัตราเร็วในการเดิน ($r = -.61$) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index of ADL) ($r = -.78$) ปัจจุบันการทดสอบ Timed Up and Go Test ได้ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวาง เนื่องจากมีความน่าเชื่อถือ แม่นยำ และวิธีทดสอบไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่โครงการ 2560/154 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร รหัสโครงการ U019h/ 60 ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนการทำวิจัย สิทธิการยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย สามารถยุติการ

ตอบแบบสัมภาษณ์โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและไม่มีผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุได้รับการปกปิดข้อมูลเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) เพื่อเลือกชมรมผู้สูงอายุ และใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการ 1 คน ศึกษาโครงการวิจัยรวมทั้งแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนประสานงานกับประธานชมรมผู้สูงอายุทั้ง 6 แห่ง โดยวันเก็บข้อมูล ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรม และมาร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ หลังจากผู้สูงอายุลงทะเบียนตอนเช้าเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมในชมรม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะทำการสุ่มผู้สูงอายุตามบัญชีรายชื่อที่ผู้สูงอายุลงทะเบียน และพบผู้สูงอายุตามรายชื่อที่สุ่มไว้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด แนะนำตัวกับผู้สูงอายุและแจ้งวัตถุประสงค์ในการวิจัยเพื่อให้ผู้สูงอายุทราบรายละเอียด และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และไม่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ และทำการสุ่มกลุ่มผู้สูงอายุอีกครั้งหนึ่ง จนกว่าจะได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อผู้สูงอายุยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยเชิญผู้สูงอายุไปยังห้องที่ได้จัดเตรียมไว้และอธิบายถึงแบบสอบถาม และวิธีการทดสอบความสามารถทางกาย เมื่อผู้สูงอายุเข้าใจ จึงเริ่มสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 20-30 นาที หลังจากนั้นจึงเริ่มทดสอบความสามารถทางกายด้วยวิธี (Timed Up and Go Test: TUGT) โดยผู้วิจัยระมัดระวังไม่ให้เกิดการหกล้มขณะทดสอบ หลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยซักถามเกี่ยวกับปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อม และ

ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม รวมถึงสอนท่าออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมพร้อมทั้งมอบของที่ระลึกให้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งมีการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติบรรยายคำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัย
2. ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า และความสามารถทางกาย ใช้สถิติบรรยายคำนวณค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัย
3. หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาคือ ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า และความสามารถทางกาย จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) พบว่า ภาวะซึมเศร้าข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นแบบโค้งปกติ จึงไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้หาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้า กับความสามารถทางกาย โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) และหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับความสามารถทางกาย และระหว่างภาวะซึมเศร้า กับความเหนื่อยล้าด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank order correlation)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.33 อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 45.83 ใกล้เคียงกับช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 43.75 โดยมีอายุเฉลี่ย 71.33 ปี (SD = 6.44; range 60-89 ปี) ดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในช่วง 15.00-43.62 กิโลกรัม/

ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า และความสามารถทางกายของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม : การศึกษาความสัมพันธ์

ตารางเมตร เฉลี่ย 24.85 กิโลกรัม/ตารางเมตร (SD = 4.38) โดยอยู่ในเกณฑ์โรคอ้วน ร้อยละ 35.42 ใกล้เคียงกับอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 33.33 สถานภาพสมรสพบร้อยละ 41.67 เป็นหม้าย ร้อยละ 38.19 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างมีวุฒิการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.61 ไม่ได้ประกอบอาชีพ แหล่งที่มาของรายได้มาจากบุตรหลาน ร้อยละ 58.33 รองลงมาคือจากธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 16.67 รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 47.92 และใกล้เคียงกับความเพียงพอ ร้อยละ 47.22

สำหรับข้อมูลด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวพบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 56.25) รองลงมาคือโรคไขข้อในเลือดสูง (ร้อยละ 35.42) ระยะเวลาที่เป็นข้อเข่าเสื่อมอยู่ในช่วง 1-20 ปี เฉลี่ย 4.31 ปี (SD = 3.42) โดยระยะเวลาที่เป็นข้อเข่าเสื่อม 1-5 ปี พบมากที่สุด ร้อยละ 79.86 การรักษาอาการปวดข้อเข่าในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมาส่วนใหญ่รับประทานยา (ร้อยละ 52.08) ใช้แพทย์ทางเลือก (ร้อยละ 46.53) มีเพียง 1 รายที่ผ่าตัดล้างข้อ และฉีดยาเข้าข้อ ส่วนการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองเมื่อ

มีอาการปวดข้อพบว่า ผู้สูงอายุใช้ยานวด (ร้อยละ 40.97) รองลงมาคือการรักษา (ร้อยละ 22.22) ลักษณะทำนึ่งที่ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมชอบปฏิบัติเป็นประจำในปัจจุบันส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.50) นึ่งบนแก้ว มีเพียง 1 รายที่นึ่งพื้นเหยียดขา ส่วนระยะเวลาที่นึ่งอย่างต่อเนื่องในแต่ละวันอยู่ในช่วงเวลา 10-120 นาที เฉลี่ย 57.81 นาที (SD = 28.16) และระยะเวลาที่ยืนอย่างต่อเนื่องในแต่ละวันอยู่ในช่วงเวลา 5-120 นาที โดยเฉลี่ย 31.35 นาที (SD = 21.76)

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในช่วง 0-13 คะแนนเฉลี่ย 3.63 คะแนน (SD = 3.03) มีคะแนนความเหนื่อยล้ารวมอยู่ในช่วง 1-43.45 คะแนน เฉลี่ย 18.14 คะแนน (SD = 8.66) ส่วนคะแนน TUGT อยู่ในช่วง 8-19 วินาที โดยคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 12.60 วินาที (SD = 2.22) ดังรายละเอียดตามตารางที่ 1 และเมื่อวิเคราะห์จำแนกตามระดับความซึมเศร้าพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 70.14) และมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 27.78 และมีภาวะซึมเศร้าระดับมากร้อยละ 2.08 ดังรายละเอียดตามตารางที่ 2

ตาราง 1 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้าและความสามารถทางกายของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม (N = 144)

ข้อมูล	ค่าพิสัยที่เป็นไปได้	ค่าพิสัยจริง	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ภาวะซึมเศร้า	0-15	0-13	3.63	3.03
ความเหนื่อยล้า				
ระดับความเหนื่อยล้า	1-10	1-10	4.18	2.28
ความรุนแรง	0-10	0-10	3.29	2.32
ความทุกข์ทรมาน	0-10	0-10	3.10	2.27
ผลกระทบของความเหนื่อยล้าต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวัน	0-10	0-7.91	2.79	1.83
ระยะเวลาของความเหนื่อยล้า	0-10	0-10	4.91	1.61
ระดับความเหนื่อยล้ารวม	1-50	1-43.45	18.14	8.66
ความสามารถทางกาย (TUGT) (วินาที)*	0-∞	8-19	12.60	2.22

หมายเหตุ: *ความสามารถทางกาย (TUGT) จำนวนวินาทีที่มาก แสดงถึงความสามารถทางกายน้อย

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า (N = 144)

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-4 คะแนน)	101	70.14
มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (5-10 คะแนน)	40	27.78
มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก (11-15 คะแนน)	3	2.08

การศึกษาความสัมพันธ์ พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความสามารถทางกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .17, p < .05$) และความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางบวก

ในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าและความสามารถทางกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .38, p < .01; r = .38, p < .01$) ดังรายละเอียดตามตารางที่ 3

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะซึมเศร้า และความเหนื่อยล้า กับความสามารถทางกายของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม (N=144)

ตัวแปร	1	2	3
1. ภาวะซึมเศร้า ^a	1.00		
2. ความเหนื่อยล้า ^b	.38**	1.00	
3. ความสามารถทางกาย (TUGT) ^b	.17*	.38**	1.00

หมายเหตุ: * $p < .05$; ** $p < .01$; TUGT มากแสดงว่ามีความสามารถทางกายที่ไม่ดี

^aค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

^bค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

การอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่มาร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 71.33ปี (SD = 6.44) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าโรคข้อเข่าเสื่อมพบมากในเพศหญิงโดยมีอัตราการเพิ่มขึ้นในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างกระดูก รวมทั้งกระดูกอ่อนผิวข้อ⁷ ทำให้เนื้อเยื่อรอบข้อไม่แข็งแรง ข้อต่อหลวม และไม่มั่นคง²⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของพิพัฒน์ เพิ่มพูน²⁷ ที่ศึกษาความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน

200 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 61-75 ปี ดัชนีมวลกาย (BMI) ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในเกณฑ์โรคอ้วน ซึ่งถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคข้อเข่าเสื่อม ทั้งนี้เนื่องจากในผู้ที่มีน้ำหนักตัวมากข้อเข่าต้องรองรับน้ำหนักมากกว่าปกติโดยเฉพาะเวลามีกิจกรรม ส่งผลให้เกิดความเสื่อมของกระดูกและข้อเร็วกว่าผู้ที่มีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ สอดคล้องการศึกษาในเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 55 ปี ที่มีดัชนีมวลกายมาก มีโอกาสเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม²⁸

โรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือโรคไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาในประชากรเกาหลี พบว่า ความชุกของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมจะเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มคนที่มีโรคความ

ต้นโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เนื่องจากโรคดังกล่าวทำให้เกิดพยาธิสภาพที่หลอดเลือด ทำให้การไหลเวียนของเลือดลดลงส่งผลต่อเนื้อเยื่อและกระดูกอ่อนบริเวณรอบข้อเข่าเกิดความเสียหายได้²⁹ และการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปจำนวน 120 รายในประเทศอินเดียพบว่า โรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³⁰ และเมื่อมีอาการปวดข้อเข่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธียานวดจำนวน 59 ราย (ร้อยละ 40.97) รองลงมาคือรับประทานยาแก้ปวดจำนวน 32 ราย (ร้อยละ 22.22) สอดคล้องกับการศึกษาอาการปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นจำนวน 166 ราย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ มีการจัดการความปวดส่วนใหญ่ด้วยวิธีการใช้ยา โดยใช้นานวด (ร้อยละ 56) รองลงมาคือการใช้ยาพาราเซตามอล (ร้อยละ 50)³¹ เนื่องจากการใช้ยามีประสิทธิภาพช่วยบรรเทาอาการปวด และสามารถหาซื้อได้สะดวก

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มาทำกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ เช่น ออกกำลังกาย บริหารร่างกายส่วนต่างๆ การเคลื่อนไหวยังไม่ลำบาก ระดับความปวดจึงไม่มาก และระยะเวลาที่เป็นข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่ 1-5 ปี เฉลี่ย 4.31 ปี (SD = 3.42) ซึ่งเป็นระยะเวลานานทำให้ผู้สูงอายุเรียนรู้ในการดูแลตนเอง โดยระดับความสามารถในการดูแลตนเองจะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาและประสบการณ์การเจ็บป่วย อย่างไรก็ตามจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ทำหน้าที่กลุ่มตัวอย่างชอบปฏิบัติเป็นประจำส่วนใหญ่นั่งบนเก้าอี้จำนวน 126 ราย (ร้อยละ 87.50) เนื่องจากส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องข้อเข่าเสื่อมจากสื่อการสอนทั้งจากสถานพยาบาล และสื่อวีดิทัศน์ต่าง ๆ ถ้านั่งพื้นแล้วจะมีอาการปวดและลุกขึ้นลำบาก ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่นที่พบว่า มีการนั่งทำพับเข่าเนื่องจากสภาพทางสังคมและวัฒนธรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติเป็นประจำ เช่น การเข้าวัด ฟังธรรม หรือ

ทำอาชีพเสริมที่อยู่ในทำนงพับข้อเข่าเป็นเวลานาน เป็นประจำมากถึงร้อยละ 80 และการใช้ส้วมแบบนั่งยอง ๆ เป็นประจำ ถึงร้อยละ 86.7⁸

ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า และความสามารถทางกายของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 27.78 และมีภาวะซึมเศร้าระดับมากร้อยละ 2.08 ซึ่งในการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมนี้ อาจเนื่องจากส่วนใหญ่มีสถานภาพการสมรสหม้าย ไม่ได้ประกอบอาชีพรายได้ไม่เพียงพอ คล้ายคลึงกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์กับรายได้ และการสนับสนุนทางสังคม³² และในการศึกษาครั้งนี้พบภาวะซึมเศร้าค่อนข้างต่ำอาจมีสาเหตุจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นช่วงอายุ 60-69 ปี ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ฟังพาดูอื่นน้อย และการมาทำกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ มีการให้คำแนะนำด้านสุขภาพ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ เป็นการทำกิจกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพที่ดี ส่งเสริมและช่วยชะลอความเสื่อมจึงอาจทำให้ผู้สูงอายุคลายภาวะซึมเศร้า และหากพิจารณาตามกรอบ ICF ปัจจัยดังกล่าวเหล่านี้ถือว่าเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อด้านโครงสร้างและการทำงานของกาย (body functions and body structure) และด้านการทำกิจกรรม (activity)¹²

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้ารวม 18.14 คะแนน (SD = 8.66) คะแนนเฉลี่ยสูงสุดอยู่ที่ระยะเวลาของความเหนื่อยล้า รองลงมาคือ ระดับความเหนื่อยล้า ความรุนแรง ความทุกข์ทรมาน และผลกระทบของความเหนื่อยล้าต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามลำดับ ซึ่งคะแนนความเหนื่อยล้า ในการศึกษาครั้งนี้ต่ำกว่าการศึกษาของศรีบุญชู ชุ่มเต็ม³³ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่ม ในโรงพยาบาลตำรวจ และคณะ

แพทยศาสตร์วชิรพยาบาล จำนวน 150 ราย ที่พบว่ามีความเห็น้อยลำโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางโดยมีคะแนนเฉลี่ยความเห็น้อยลำรวมเท่ากับ 21.23 (SD = 9.28) โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดอยู่ที่ระยะเวลาของความเห็น้อยลำเท่ากับ 12.35 (SD=3.26) อธิบายได้ว่าแม้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมและโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ต้องเผชิญกับอาการปวดข้อเหมือนกัน จากกลไกการอักเสบแต่โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จะมีความรุนแรงของโรคมากกว่าโรคข้อเข่าเสื่อม เนื่องจากเมื่อเกิดอาการกำเริบจะเกิดการอักเสบได้หลายข้อ ผู้ป่วยไม่สามารถใช้งานข้อได้อย่างเต็มที่ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานหรือทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ลดลง จึงเกิดความเห็น้อยลำได้มาก ดังการศึกษาที่ผ่านมา พบความเห็น้อยลำในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ มากถึงร้อยละ 80-90³³ ในขณะที่ข้อมูลการศึกษาความเห็น้อยลำในกลุ่มผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม มีน้อยจึงอาจนำผลมาเปรียบเทียบกับการศึกษาครั้งนี้ได้จำกัด อย่างไรก็ตามมีการศึกษาความเห็น้อยลำในกลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ผ่านมาในผู้มีอายุระหว่าง 65-80 ปี จำนวน 80 ราย พบว่าส่วนใหญ่มีภาวะเห็น้อยลำช่วงเย็น 24 ราย (ร้อยละ 30) เนื่องจากใช้ระยะเวลาการยืนในช่วงระหว่างวันนาน รองลงมาคือเห็น้อยลำช่วงเช้า 16 ราย (ร้อยละ 20) เห็น้อยลำไม่มีระยะเวลาที่แน่นอน จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 17.5) และเห็น้อยลำช่วงบ่าย จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 11.3) ตามลำดับ³⁴ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า อาการเห็น้อยลำเป็นอาการที่พบได้ในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ที่สัมพันธ์กับการใช้งาน ร่วมกับกลไกการเปลี่ยนแปลงของโรคดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ความเห็น้อยลำจึงควรได้รับความสนใจในการจัดการ เช่นเดียวกับที่พบภาวะนี้ในโรคเรื้อรังอื่น ๆ

ความสามารถทางกายซึ่งประเมินด้วย Timed Up & Go Test (TUGT) โดยระยะเวลาที่ใช้เวลานาน ยิ่งแสดงว่ามีความสามารถทางกายที่ไม่ดี การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการเดินอยู่ในช่วง 8-19 วินาที โดย

เฉลี่ยอยู่ที่ 12.60 วินาที (SD = 2.22) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นช่วงอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 45.8) และมาร่วมทำกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ เช่น การออกกำลังกายด้วยการยืดกล้ามเนื้อ การรำไทเก๊ก หรือการบริหารร่างกายส่วนต่างๆ และระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างนั่งอย่างต่อเนื่องในแต่ละวันเฉลี่ย 57.81 นาที (SD = 28.16) ระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างยืนอย่างต่อเนื่องในแต่ละวันเฉลี่ย 31.35 นาที (SD = 21.76) แสดงถึงการไม่ได้ยู่ท่าเดิมนานๆ มีการสลับการยืน เดิน หรือนั่งพักน้อยกว่า 1 ชั่วโมง เนื่องจากการอยู่ในท่าเดิมนานๆ จะทำให้เกิดมาเลี้ยงกระดูกอ่อนลดลง เกิดการขาดสารอาหารและออกซิเจนมากขึ้น และทำนึ่งที่กลุ่มตัวอย่างชอบปฏิบัติเป็นประจำคือ นั่งบนเก้าอี้มากถึงร้อยละ 87.5 ช่วยลดแรงอัดภายในข้อ และการเสียดสีกันของผิวข้อ ส่งผลให้คะแนน TUGT สูงกว่าเกณฑ์ปกติเล็กน้อย นั่นคือผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างยังสามารถมีกิจกรรมทางกายได้ แต่ควรระมัดระวังเรื่องการหกล้ม สอดคล้องกับผลจากการศึกษา ความสามารถในการทรงตัว การล้มและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ ที่พบว่ากลุ่มที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย มีคะแนน TUGT โดยเฉลี่ย 12.2 วินาที (SD = 2.6) มากกว่ากลุ่มที่มีการทำกิจกรรมทางกายระหว่างวันเป็นประจำ และกลุ่มที่ออกกำลังกายเป็นประจำ นอกจากนี้เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุมากกว่าทุกกลุ่ม โดยในช่วง 6 เดือนที่ติดตาม กลุ่มที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยมีจำนวนผู้ที่เคยหกล้ม 11 ราย³⁵

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า ความเห็น้อยลำ และความสามารถทางกายของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม

ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถทางกายในระดับต่ำ อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับสูงจะมีแนวโน้มความสามารถทางกายลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเมื่อมีอาการปวดหรือ

มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวัน ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งเมื่อมีภาวะซึมเศร้าอาจส่งผลให้รู้สึกหดหู่ เบื่อหน่าย ทำให้ไม่อยากลุกเดินหรือทำกิจกรรมใดๆ หรือไม่อยากเคลื่อนไหวเพื่อลดอาการปวด สอดคล้องกับการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจำนวน 224 ราย อายุ 62-98 ปี พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของ อะดิโซลา และคณะ โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมจำนวน 80 ราย ในประเทศไนจีเรีย พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ผกผันกับความสามารถทางกาย ($r = -.66, p = .001$)³⁷ แม้ผลการศึกษาระายงานความสัมพันธ์ความแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาของ อะดิโซลาและคณะ³⁷ ใช้ The Ibadan Knee/Hip Osteoarthritis Outcome Measure (IKHOAM) ประเมินความสามารถทางกาย โดยคะแนน IKHOAM สูงแสดงถึงความสามารถทางกายมาก ซึ่งตรงข้ามกับคะแนน TUGT ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ คะแนนยิ่งมากแสดงว่า ความสามารถทางกายยิ่งไม่ดี สำหรับความเหนื่อยล้าในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนน TUGT ในระดับปานกลาง ซึ่งแปลผลผกผันว่าความสามารถทางกายไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของเมอพี และคณะ¹⁰ ที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อสะโพกและข้อเข่าเสื่อมอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปจำนวน 172 ราย พบว่า ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถทางกาย (TUGT) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและความเหนื่อยล้ายังสัมพันธ์กับการนอนหลับ อาการปวด อารมณ์ และคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง³⁴

นอกจากนี้ยังพบว่า ความเหนื่อยล้าเป็นปัจจัยทำนายการลดความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อสะโพกและข้อเข่าเสื่อม¹⁰ ทั้งนี้ อาจเป็นผลมาจากหลายปัจจัย เช่น เมื่อผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีการดำเนินของโรคแย่ลง มีการอักเสบ

ทำให้กล้ามเนื้อต้องใช้พลังงานมากขึ้น เกิดอาการปวด ส่งผลต่อความเหนื่อยล้า จากการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านร่างกาย ความคิดริเริ่มและอารมณ์ และปัจจัยด้านสังคม เป็นสาเหตุที่ส่งผลต่อความเหนื่อยล้า³⁸ และเมื่อมีความเหนื่อยล้าที่มากเกินไปจะนำไปสู่ปริมาณของงานที่ลดลง การทำกิจกรรมต่างๆ ทางร่างกายจะลดน้อยลง ทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อยต้องพึ่งพาครอบครัวหรือบุคคลอื่นมากขึ้น³³

ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเกิดความเหนื่อยล้าและไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม จะกระทบต่อด้านจิตใจคือ ทำให้รู้สึกสับสน รู้สึกว่าความเจ็บป่วยมีความรุนแรงขึ้น คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ท้อแท้สิ้นหวัง และเกิดภาวะซึมเศร้าได้³³ ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความเหนื่อยล้าครั้งนี้ คล้ายคลึงกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่าความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับภาวะซึมเศร้า คือเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลจะกระตุ้นความเครียดทางอารมณ์ ทำให้ร่างกายเพิ่มการเผาผลาญสูงขึ้นมีการสลายไขมันและกรดอะมิโนออกจากกล้ามเนื้อ หากเกิดระยะเวลายาวนานทำให้ร่างกายเกิดภาวะพร่องพลังงานและนำไปสู่อาการเหนื่อยล้าได้ และในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบความชุกของความเหนื่อยล้าประมาณร้อยละ 50-90 และจากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 154 ราย พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าในกลุ่มผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05³⁹ ซึ่งรูปแบบความสัมพันธ์คล้ายคลึงกับการศึกษาครั้งนี้ในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม

ข้อจำกัดในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเพศหญิงและมาร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสามารถสรุปอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเพศหญิง และเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุที่คล้ายคลึงกับการศึกษานี้เท่านั้น

ข้อเสนอแนะและแนวทางการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล จากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ อารมณ์ และความสามารถในการเคลื่อนไหวทางกาย พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแล และส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรตระหนักถึงผลกระทบต่อข้อเข่าเสื่อมต่อผู้ป่วยครอบคลุมทุกมิติ และวางแผนหรือจัดกิจกรรมการพยาบาล เพื่อลดปัญหาทางด้านจิตสังคม ทั้งภาวะซึมเศร้า และความเหนื่อยล้า อันจะนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ด้านการศึกษา ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีปัญหาทางด้านจิตสังคม (ภาวะซึมเศร้าและความเหนื่อยล้า) โดยเฉพาะความเหนื่อยล้าเป็นข้อมูลสำคัญที่มีการกล่าวถึงน้อยในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเพิ่มเติมข้อมูลในการจัดการเรียนการสอนให้ผู้เรียนได้ตระหนักถึงภาวะดังกล่าวในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ด้านการศึกษาวิจัย เนื่องจากการประเมินความสามารถทางกายในการศึกษาครั้งนี้ ใช้ Timed Up and Go Test อย่างเดียวอาจจะไม่ครอบคลุมทุกองค์ประกอบ

ของความสามารถทางกาย เช่น ความแข็งแรงกล้ามเนื้อ ร่างกายส่วนล่างที่จำเป็นสำหรับการทำกิจกรรมหลายอย่าง เช่น การเดิน เดินขึ้นบันได ลุกออกจากเก้าอี้ในรถในเรือ ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไป อาจนำเครื่องมืออื่น ๆ เช่น การประเมินลุกยืนจากเก้าอี้ 30 วินาที (30-Second Chair Stand) หรือ การทดสอบการเดิน 6 นาที (6-Minute Walking Test) เป็นต้น มาใช้ประเมินความแข็งแรงกล้ามเนื้อร่างกายส่วนล่าง หรือการประเมินความทนในการทำกิจกรรมด้วย จะช่วยให้การประเมินความสามารถทางกายของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้ครอบคลุมทุกมิติมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยทางจิตสังคม ความสามารถทางกาย และคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีปัญหาข้อสะโพกและข้อเข่า: การศึกษาภาคตัดขวาง” ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ปีงบประมาณ 2560 และโครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยบางส่วนจากสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารอ้างอิง

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). Situation of the Thai elderly 2016. Nakhon Pathom: Printery; 2017.
2. Jevsevar DS. Treatment of osteoarthritis of the knee, evidence-based guideline, 2nd edition. J Am Acad Orthop Surg. 2013;21(9):571-6.
3. Veenhof C, Huisman PA, Barten JA, Takken T, Pisters MF. Factors associated with physical activity in patients with osteoarthritis of the hip or knee: a systematic review. Osteoarthritis Cartilage. 2012;20(1):6-12.

4. Cho HJ, Morey V, Kang JY, Kim KW, Kim TK. Prevalence and risk factors of spine, shoulder, hand, hip, and knee osteoarthritis in community-dwelling Koreans older than age 65 years. *Clin Orthop Relat Res.* 2015; 473(10):3307-14.
5. Duangthipsirikul S, Sirisamut T, Tantipisitkun K, Ingsasawang SL, Thirawattananon Y. Report of the Thai elderly health survey 2013 under the elderly and people health promotion program disabled. Bangkok: Watcharin Printing Center; 2013. (in Thai)
6. Palazzo C, Nguyen C, Lefevre-Colau MM, Rannou F, Poiraudau S. Risk factors and burden of osteoarthritis. *Ann Phys Rehabi Med.* 2016;59(3):134-8.
7. Heidari B. Knee osteoarthritis prevalence, risk factors, pathogenesis and features: Part I. *Caspian J Intern Med.* 2011;2(2):205-12.
8. Pukdeesamai R, Panichacheewakul P. Improving care for elderly with knee pain at Ban Bak Tambol Health Promotion Hospital, Changan District, Roi Et Province. *Journal of Nursing Science & Health.* 2011;34(2):46-55. (in Thai)
9. Kuçuksen S, Halim Y, Karahan AY, Bağçacı S. The prevalence of depression and its relevance to clinical and radiological characteristics among older adults with knee osteoarthritis. *Clinical Medicine Research.* 2014;3(2): 25-30.
10. Murphy SL, Alexander NB, Levoska M, Smith DM. Relationship between fatigue and subsequent physical activity among older adults with symptomatic osteoarthritis. *Arthritis Care Res.* 2013;65(10):1617-24.
11. Shams A, Poor Hadi S, Sahaf R. Comparing levels of depression in healthy active and inactive elders versus those with knee osteoarthritis disease. *Ann Appl Sport Sci.* 2016;4(1):49-56.
12. World Health Organization (WHO). International classification of functioning, disability and health: ICF. [cited 2017 March 1]. Available http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43737/1/9789241547321_eng.pdf
13. Aghdam AM, Kolahi S, Hasankhani H, Behshid M, Varmaziar Z. The relationship between pain and physical function in adults with knee osteoarthritis. *IJSBR.* 2013;3(12):1102-6.
14. Rosemann T, Backenstrass M, Joest K, Rosemann A, Szecsenyi J, Laux G. Predictors of depression in a sample of 1,021 primary care patients with osteoarthritis. *Arthritis Rheum.* 2007;57(3):415-22.
15. Snijders GF, den Broeder AA, van Riel PL, Straten VH, de Man FH, van den Hoogen, FH, van den Ende CH. Evidence-based tailored conservative treatment of knee and hip osteoarthritis: between knowing and doing. *Scand J Rheumatol.* 2011;40(3):225-31.
16. Brandt KD. Diagnosis and nonsurgical management of osteoarthritis. New York: Professional Communication; 2010.
17. Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J. Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. *Geriatr Gerontol Int.* 2015;15(5): 594-600.
18. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods.* 2009;41(4):1149-60.
19. Possley D, Budiman-Mak E, O'Connell S, Jelinek C, Collins EG. Relationship between depression and functional measures in overweight and obese persons with osteoarthritis of the knee. *J Rehabil Res Dev.* 2009;46(9): 1091-8.
20. Borson S, Scanlan JM, Chen P, Ganguli M. The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51(10):1451-4.
21. Belza BL, Henke CJ, Yelin EH, Epstein WV, & Gilliss CL. Correlates of fatigue in older adults with rheumatoid arthritis. *Nurs Res.* 1993;42(2):93-9.
22. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1982-1983; 7(1):37-49.

23. Wongpakaran N, Wongpakaran T, & Van Reekum R. The use of GDS-15 in detecting MDD: a comparison between residents in a Thai long-term care home and geriatric outpatients. *J Clin Med Res.* 2013;5(2):101-11.
24. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc.* 1991;39(2):142-8.
25. Centers for Disease Control and Prevention. Timed Up & Go Test [cited 2017 January]. Available https://www.cdc.gov/steady/pdf/TUG_Test-print.pdf
26. Nimit-arnum N. The epidemiological situation and risk assessment of knee osteoarthritis among Thai people. *Journal of the Royal Thai Army Nurses.* 2014; 5(3):185-94. (in Thai)
27. Phempool P. Severity of osteoarthritis and self-care behavior of patients with osteoarthritis of the knee in sirirat hospital. [thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2010. (in Thai)
28. Iqbal MN, Haidri FR, Motiani B, Mannan A. Frequency of factors associated with knee osteoarthritis. *J Pak Med Assoc.* 2011;61(8):786-9.
29. Kim HS, Shin JS, Lee J, Lee YJ, Kim MR, Bae YH, Ha IH. Association between knee osteoarthritis, cardiovascular risk factors, and the Framingham risk core in South Koreans: a cross-sectional study. *PLoS One.* 2016; 11(10):e0165325. doi: 10.1371/journal.pone.0165325
30. Vohra I, Singh A, Ali S, Verma N, Kumar A, Katiyar V. Correlation of hypertension with the severity of osteoarthritis of knee. *Int J Biomed Res.* 2015;6 (4):238-41.
31. Pitantanakune P, Surit P. Chronic pain management of older person living in a community. *Journal of Nurses Association of Thailand, North-Eastern Division.* 2011;29(4):58-68. (in Thai)
32. Wiriyawong P, Kespichayawattana J. Selected factors related to depression in older persons with knee osteoarthritis. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok.* 2010;26(1): 83-98. (in Thai)
33. Chumtem S, Jitpanya C. The relationships joint pain, fatigue, sleep quality, depression and health related quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Kuakarun Journal of Nursing.* 2015;22(1):113-128. (in Thai)
34. Garip Y, Guler T, Tuncer OB. Fatigue among elderly patients with knee osteoarthritis and its association with functional status, depression and quality of life. *Ankara Med J.* 2016;16(1): 20-6.
35. Thaweewannakij T, Amatachaya S, Peungsuwan P, Mato L. Balance, fall and quality of life in active and inactive elderly. *J Med Tech Phy Ther.* 2010;22(3):271-9.
36. Greenglass E, Fiksenbaum L, Eaton J. The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly. *Anxiety, Stress, & Coping* 2006;19(1):15-31.
37. Odole AC, Ogunlana MO, Adegoke BOA, Ojonima F, Useh F. Depression, pain and physical function in patients with osteoarthritis of the knee: implications for interprofessional care. *Nigerian Journal of Medical Rehabilitation.* 2015;18(1). doi: <https://doi.org/10.34058/njmr.v18i1.120>
38. Nikolaus S, Bode C, Taal E, van de Laar MA. Fatigue and factors related to fatigue in rheumatoid arthritis: a systematic review. *Arthritis Care Res.* 2013;65(7):1128-48.
39. Klinputtan N. Factors predicting fatigue in patients with heart failure. [thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2014. (in Thai)