

บทความวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพต่อการมีภาวะเสี่ยง โรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ

The Relationship between Health Literacy and Health behaviors towards the risk of osteoarthritis of the elderly

จุฬาร ธานี^{1*} Julaporn Thanee^{1*}

ฐิติรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์² Titirat Phawasuttipong²

บทคัดย่อ

วิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง วัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุต่อภาวะเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อม เลือกลุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ ที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี เดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2563 จำนวน 231 คน การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยดังนี้ ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพโรคข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง ร้อยละ 50.2 ความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ประกอบด้วย 1)ด้านความรู้ความเข้าใจ 2)การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3)การสื่อสารสุขภาพ 4)การจัดการตนเอง 5)การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ และ6)การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับ การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r=0.574$) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะเสี่ยงต่อโรคข้อเข่าเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r=0.730$) การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับภาวะเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r=0.737$)

ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลที่สามารถนำไปกำหนดเป็นแนวทางในการวางแผนดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อป้องกันหรือชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ตลอดจนการพัฒนาการให้บริการแก่ผู้สูงอายุเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ : ข้อเข่าเสื่อม ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

^{1,2} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

*ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: julaporn.pa@gmail.com

Abstract

This research design was analytical cross-sectional study. The objective is to study correlation between health literacy and health behaviors of the elderly towards osteoarthritis. The sample were 231 elderly people with the aged 60 years or older selected by accidental sampling who come to health promotion hospitals at Health Promotion Center Region 10 Ubon Ratchathani during January-February 2020. Collection of data with questionnaires the data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and correlation values are analyzed using the Pearson correlation coefficient.

The results showed that : Most of the elderly had moderate health knowledge of osteoarthritis, 50.2%. The relationship between six areas of health literacy consisted 1) cognitive 2) Access to health information and services 3) Communication-skill 4) Self-management 5) Information media literacy and 6) decision-skill were positively correlated with self practices for preventing knee osteoarthritis at a statistically significant at p-value <0.001 ($r=0.574$) and a positive correlation with a statistically significant risk of osteoarthritis at P-value <0.001 ($r=0.730$) and self practices to prevent knee osteoarthritis a positive correlation association with the risk of osteoarthritis among older adults at p-value <0.001 ($r=0.737$)

The results of this research will be information that can be used to formulate a guideline for planning for elderly health care and promotion to prevent or slow down the severity of osteoarthritis. as well as the development of services for the elderly in order to have a better quality of life for the elderly who continue to receive services in the hospital.

Keywords: osteoarthritis, health literacy, health behaviors of the elderly

^{1,2} Registered nurse Professional Level of Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani

* Corresponding Author Email: julaporn.pa@gmail.com

HPC10Journal

1.ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็นโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงของข้อเข่า ซึ่งมักพบบริเวณกระดูกอ่อนผิวข้อ หรือขอบกระดูกในข้อบหนาตัวขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงของน้ำในข้อ มีการหล่อลื่นลดลง ซึ่งอาการนี้พบมากในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป องค์การอนามัยโลก¹ คาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยกระดูกและข้อเพิ่มขึ้นจาก 400 ล้านคนในพ.ศ.2551 เป็น 570 ล้านคนในปีพ.ศ.2563 จากการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย โดยสุรเดช ดวงทิพย์สิริกุลและคณะ ปี2556² พบมีผู้ป่วยปวดข้อเข่าถึง ร้อยละ 43.9 ซึ่งส่วนใหญ่สาเหตุมาจาก ข้อเข่าเสื่อม ซึ่งพบว่าโรคข้อเข่าเสื่อมมักจะเกิดบริเวณข้อที่มีขนาดใหญ่ สาเหตุหลักเป็นผลสืบเนื่องจากการรับน้ำหนักร่างกายและต้องใช้ในการเคลื่อนไหวร่างกาย แต่การเกิดของโรคมักจะเป็นไปอย่างช้าๆตามอายุที่เพิ่มขึ้น ข้อมูลของกรมอนามัย พบปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่สูงเป็นอันดับแรก คือปัญหาการเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ 57.8 และพบเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ข้อมูลของจังหวัดอุบลราชธานี ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงจะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 52.5 ถึงแม้ว่าที่ผ่านมาจะมีการดำเนินการเพื่อลดปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อมในระบบของการให้บริการคัดกรองเพื่อประเมินโรคข้อเข่าเสื่อม แต่ยังพบปัญหาในผู้สูงอายุไม่ได้รับการคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมอีกจำนวนมาก จากรายงานผลการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยเมื่อปีพ.ศ.2556 พบผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการตรวจโรคข้อเข่าเสื่อม ถึงร้อยละ 72.9 และกลุ่มที่เคยตรวจและได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 10.6 ได้รับการตรวจคัดกรองจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 37.80 โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 31.80 และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 19.60 และจากผลการประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม พบอาการปกติ ร้อยละ 56.40 เริ่มผิดปกติ ร้อยละ 12.80 อาการรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 16.20 และอาการรุนแรงมาก ร้อยละ 4.40 และจากข้อมูลการสำรวจภาวะสุขภาพและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 1427 คน มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 45.2 ที่ได้ตรวจรับการคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม ในจำนวนนี้มีความเสี่ยงหรือแนวโน้มจะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ถึงร้อยละ 55.5 มีการรู้แบบเข้าใจผิด ร้อยละ 46.7 โดยผู้สูงวัยชายช่วงวัยตอนต้น มีปัญหาข้อเข่าเสื่อมรุนแรงมากกว่าช่วงวัยอื่น 4.5 เท่า จากข้อมูลที่กล่าวมา การเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมเริ่มมีจำนวนมากขึ้น ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดเป็นปัญหาทางสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว ทั้งในเรื่องความเจ็บป่วยที่จะส่งผลกระทบต่อถึงการดำเนินชีวิตและสุขภาพ เช่น เกิดความเจ็บปวดข้อเข่าผิดรูปหรือเกิดความพิการเดินไม่ได้ ส่งผลต่อภาพลักษณ์ เกิดความวิตกกังวล หรืออาจจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ส่วนครอบครัวต้องมีการเพิ่มมากขึ้นในการดูแล มีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นในการดูแลรักษา หากครอบครัวไม่สามารถปรับตัวหรือรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ปัญหาที่เกิดขึ้นอาจจะนำไปสู่ปัญหาทางครอบครัว ความเครียด ความวิตกกังวล สัมพันธภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในครอบครัวขึ้นได้ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสมองและความคิดต่างๆ ซึ่งจากผลกระทบที่กล่าวมา การจัดการบริการสาธารณสุขโดยเฉพาะระบบการคัดกรองจะทำให้ได้รับทราบข้อมูล สถานะสุขภาพ ที่เร็วมากขึ้น สามารถที่จะนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนจัดระบบบริการ เพื่อป้องกัน หรือลดระดับความรุนแรงของปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อมลงได้

ซึ่งในทศวรรษที่ผ่านมาความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ถูกพูดถึงและให้ความสำคัญเป็นอย่างมากในการนำมาสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนมากขึ้น โดยเริ่มต้นจากการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 7 ณ กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศให้มีความสำคัญกับการพัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้น เป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคคล ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริม

และดูแลสุขภาพของตนเองให้ได้อยู่เสมอ กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุขได้ริเริ่มสร้างเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ (HL) ของประเทศไทย โดยพัฒนาขึ้นตามองค์ประกอบ Health literacy ตามแนวคิดของ Nutbeam (2008)³ มี 3 ระดับ 6 ด้าน ประกอบด้วย 1)ระดับพื้นฐาน มีด้านการเข้าถึงข้อมูลและด้านความรู้ความเข้าใจ 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ มีด้านทักษะการสื่อสารและด้านการจัดการตนเอง 3) ระดับวิจรณ์ญาณ การรู้เท่าทันสื่อและด้านทักษะการตัดสินใจ ที่ผ่านมามีการศึกษาด้านความรู้ในประชาชนในหลายประเด็น โดยพบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพหรือภาวะสุขภาพ โดยหากประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงหรือมีความรู้ที่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพหรือผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น การลดการเจ็บป่วย ลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ เป็นต้น แต่ในทางกลับกันถ้าประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ก็จะส่งผลไปถึงการปฏิบัติตัว การมีพฤติกรรมสุขภาพ หรือการจัดการสุขภาพตนเองที่ไม่ดี ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อบุคคลนั้น เพราะอาจจะไม่สามารถประเมินความเสี่ยงต่อโรคต่างๆได้ทันเวลา เกิดความล่าช้าในการเข้ารับการรักษาพยาบาล ซึ่งหากประชาชนในประเทศมีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะส่งผลให้ประชาชนขาดการดูแลตนเอง ทำให้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ประเทศต้องรับภาระในเรื่องงบประมาณที่จะต้องนำมาใช้ในการดูแลมีค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ฉะนั้นการนำแนวคิดสร้างความรู้ให้กับประชาชน มาเป็นกรอบในการพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งในการดูแลทางคลินิกกลุ่มผู้ป่วย ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนทั่วไปและประชาชนกลุ่มเสี่ยง เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุข ตลอดจนการสร้างความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ประกอบกับแนวโน้มของผู้สูงอายุที่ประสบกับความเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อมที่ยังคงมีตัวเลขที่ค่อนข้างสูง และแนวทางการส่งเสริมความรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมยังเป็นเรื่องใหม่ที่ต้องได้รับการศึกษาค้นคว้าเพื่อการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถประเมินอาการเจ็บป่วยของตนเองได้ก่อนที่จะเกิดอาการโรคข้อเข่าเสื่อมที่รุนแรงจึงเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ให้บริการ สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับควรตระหนักและให้ความสำคัญ เพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม เพิ่มการมีคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้สูงอายุต่อไป

จากสถานการณ์ดังกล่าวมา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพต่อการมีภาวะเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ โดยนำกรอบแนวคิดของ Nutbeam (2008) มาปรับใช้เพื่อวัดความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจด้านโรคข้อเข่าเสื่อม การเข้าถึงข้อมูลและการบริการ การสื่อสารและการจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและด้านการตัดสินใจ เพื่อนำข้อมูลจากการศึกษาไปใช้ในการวางแผนและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ต่อไป

2.วัตถุประสงค์การวิจัย

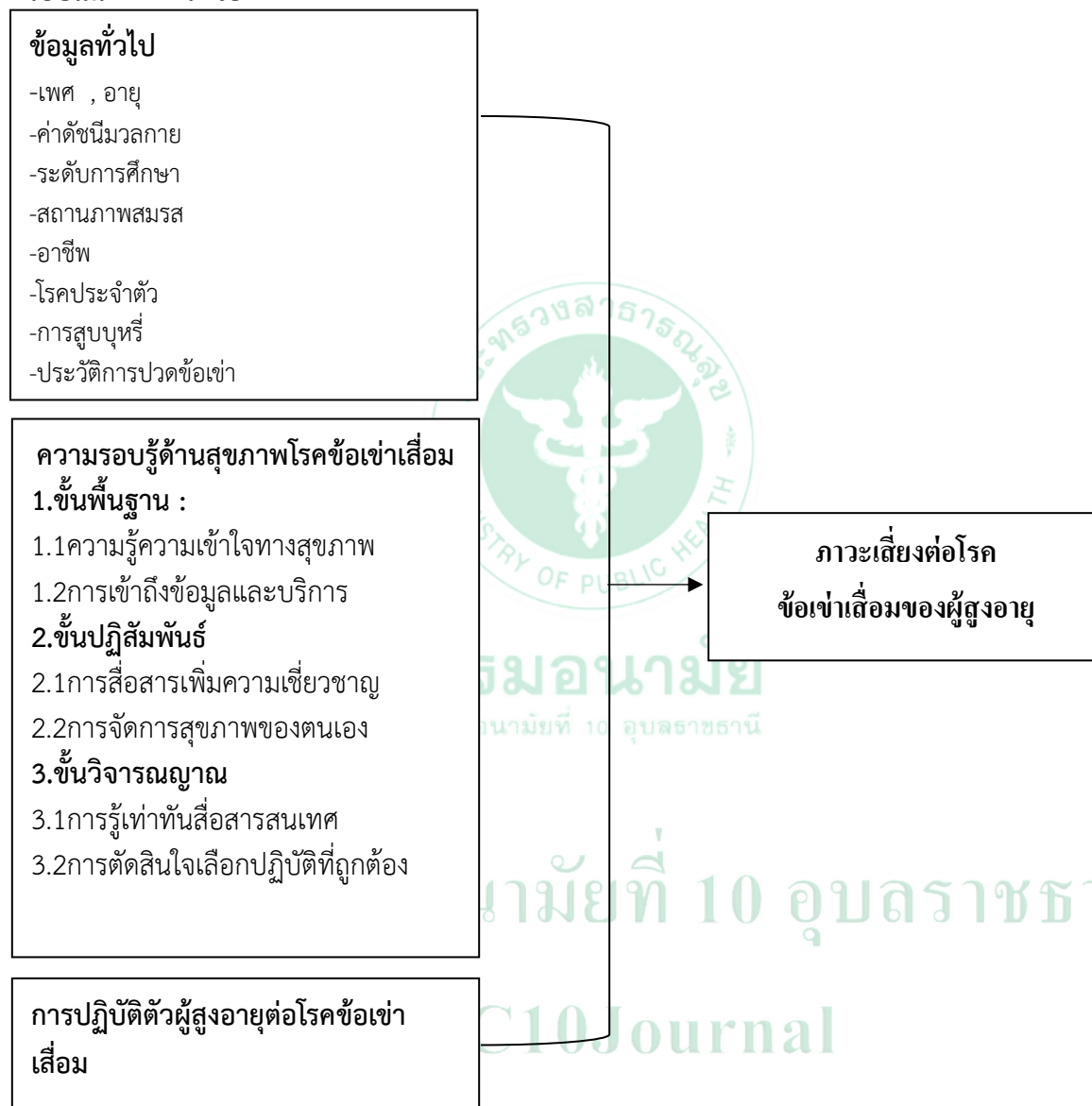
- 2.1 เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุต่อโรคข้อเข่าเสื่อม
- 2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุต่อภาวะเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อม

3.กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดเรื่องความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008)³ โดยได้ให้นิยามว่า เป็นความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการ

เข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง

กรอบแนวคิดการวิจัย



4.วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional study) โดยประชากรคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ระหว่างเดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ 2563 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยกำหนดคุณสมบัติ คือ มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ดังนี้

4.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

4.1.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จำนวน 1019 คน ที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

4.1.2 วิธีการสุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มารับบริการระหว่าง เดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ 2563 ไม่จำกัดเพศ ยินยอมให้ข้อมูล สามารถสื่อสารได้ดี เป็นผู้รับบริการทั้งรายใหม่และรายเก่า ซึ่งมีโรคประจำตัวได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงได้ และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม หรือเคยคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมตามแบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie, and Morgan, 1970) ⁴ กรณีทราบขนาดของประชากร ดังนี้

$$n = \frac{x^2 NP(1 - P)}{d^2(N - 1) + x^2 P(1 - P)}$$

เมื่อ n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนของประชากรผู้สูงอายุที่มารับบริการ 1019 คน

P = สัดส่วนของประชากรจากการทบทวน เท่ากับ 0.25

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้น เท่ากับ 0.05

x^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่นที่ 95% มีค่าเท่ากับ 3.84

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{3.84(1019)(0.25)(1 - 0.25)}{(0.05)^2(1019 - 1) + 3.84(0.25)(1 - 0.25)}$$

$$n = 225 \text{ คน}$$

ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 225 คน ผู้วิจัยได้เก็บตัวอย่างเพิ่มเป็น 231 คน

4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบประเมินลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ ประวัติการปวดข้อเข่า

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้แนวคิดของ Nutbeam จำแนกประเภทความรู้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณ์ญาณ ซึ่งเป็นแบบสอบถาม rating scale มีคำถามทั้งหมด 26 ข้อ ดังนี้ 1) แบบวัดความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 2) แบบวัดการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) แบบวัดการสื่อสารสุขภาพ 4) การจัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อสารต่างๆ 6) แบบวัดการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) คำถามเป็นทั้งด้านบวกและด้านลบ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อโรคข้อเข่าเสื่อม ของ Oxford Knee Score เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวดเข่าตามระดับความรุนแรงของค่าคะแนน จำนวน 12 ข้อ

4.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (validity) ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามเสนอต่อคณะกรรมการที่ปรึกษาวิจัย และผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อขอคำแนะนำปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถาม ให้ตรงตามวัตถุประสงค์การศึกษา และนำ

แบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น นำมาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ
วัตถุประสงค์ของวิจัย IOC ได้ค่าเท่ากับ 0.73 และการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม
ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดสอบใช้ (Try Out) กับผู้รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบัววัด จำนวน 30
ตัวอย่าง วิเคราะห์ความเที่ยงด้วยวิธีครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงดังนี้ ด้าน
ความรู้ความเข้าใจ (KR-20) เท่ากับ 0.78 ความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารสุขภาพ
ด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อสารต่างๆและด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคข้อ
เข่าเสื่อม ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.71 และประเมินการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ค่าความ
เที่ยงเท่ากับ 0.81

4.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง และมีเจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานีเป็นผู้ช่วยเก็บข้อมูล ระหว่างเดือน มกราคม-
กุมภาพันธ์ 2563 ซึ่งหลังจากได้รับความจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับอนุญาตให้เก็บ
ข้อมูล ผู้วิจัยมีขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

- 1) ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดต่างๆ
ก่อนการเก็บข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างตอบ
แบบสอบถามเอง
- 2) หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของ
แบบสอบถาม
- 3) นำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ ลงข้อมูลทั้งหมดในโปรแกรมสำเร็จรูปและวิเคราะห์ข้อมูล

4.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้ สถิติเชิงพรรณนา ใช้อธิบายข้อมูลและ
วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ
สถิติเชิงอนุมาน ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) เพื่อวิเคราะห์
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพ กับ การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุต่อภาวะเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อม และ
ความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมกับภาวะเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ

5. การพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการทำหนังสือขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมเสนอต่อ
คณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของเขตสุขภาพที่ 10 รหัสโครงการ ID-08-62-01-E ผ่านการพิจารณาอนุมัติ
วันที่ 14 มกราคม 2563 หลังผ่านการอนุมัติผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึง
วัตถุประสงค์ กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล การเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปด้วยความสมัครใจและ
เมื่อเข้าร่วมในการวิจัยแล้วสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างถึง
วัตถุประสงค์ในการศึกษา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้จากการศึกษา วิธีการตอบแบบสอบถาม และคำชี้แจงที่แสดงว่า
ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านมีอิสระในการตอบแบบสอบถามโดยคำตอบทั้งหมดจะเป็นความลับไม่ส่งผลกระทบ
ใดๆต่อผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมและนำผลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการ
ศึกษาวิจัย โดยไม่เปิดเผยรายชื่อหรือกล่าวนำไปยังผู้ให้ข้อมูลได้

6.ผลการวิจัย

6.1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ร้อยละ 51.1 เพศชาย ร้อยละ 48.9 เป็นผู้สูงอายุตอนต้นอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 84.4 และกลุ่มผู้สูงอายุตอนกลางถึงปลาย อายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 15.6 มีค่าดัชนีมวลกายใน ระดับอ้วน-อ้วนมาก (BMI 25.0 ขึ้นไป) ร้อยละ 49.4 รองลงมาคือ ดัชนีมวลกายอยู่ในระดับมาตรฐาน (BMI 18.5-22.9) ร้อยละ 26.4 และอยู่ในภาวะน้ำหนักเกิน (BMI 23.0-24.9) ร้อยละ 24.2 สถานภาพสมรสและอยู่ ด้วยกัน ร้อยละ 86.1 การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 82.3 รองลงมาคือ จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 10.8 ประกอบอาชีพรับราชการและข้าราชการบำนาญมากที่สุด ร้อยละ 82.3 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 89.2 เคยสูบบุหรี่และยังสูบบุหรี่ ร้อยละ 10.8 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.8 มากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 58.5 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 37.7 และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 34.6 เคยมีประวัติปวดข้อเข่า ร้อยละ 67.5 และไม่เคยปวดข้อเข่า ร้อยละ 32.5 ตามลำดับ

6.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ดังนี้

ภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 50.2 รองลงมาคือระดับมาก ร้อยละ 32.5 และระดับต่ำ ร้อยละ 17.3 ตามลำดับ เมื่อจำแนกเป็น รายด้าน พบว่าด้านความรู้ความเข้าใจ และการเลือกตัดสินใจปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันข้อเข่าเสื่อม มีความรอบรู้ ในระดับปานกลางไปถึงระดับมาก ร้อยละ 90.50 และ 91.30 ตามลำดับ ส่วนความรอบรู้ อีก 4 ด้าน มีความรอบรู้ ระดับปานกลางไปถึงระดับมาก ร้อยละ 60-70 ยกเว้น ด้านการสื่อสารสุขภาพ พบความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ใน ระดับต่ำ มากที่สุด ร้อยละ 39.0 รองลงมาคือด้านการเข้ามูลและบริการสุขภาพ และด้านการรู้เท่าทันสื่อสาร สนเทศ ร้อยละ 37.7 และ 34.2 ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน (n=231)

ความรู้	ช่วง คะแนน	ค่าเฉลี่ย	S.D	ระดับความรู้					
				ต่ำ		ปานกลาง		มาก	
				จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.ความรู้ความเข้าใจ	0-15	11.06	1.83	22	9.5	108	46.8	101	43.7
2.การเข้าถึงข้อมูล และ	5-25	16.83	2.96	87	37.7	106	45.9	38	16.5
3.การสื่อสาร	5-25	17.01	4.48	90	39.0	80	34.6	61	26.4
4.การจัดการ	5-25	17.86	3.57	65	28.1	99	42.9	67	29.0
5.การรู้เท่าทัน สื่อสาร	5-25	17.89	5.07	79	34.2	59	25.5	93	40.3
6.การตัดสินใจเลือก ปฏิบัติ	6-30	22.28	3.59	20	8.7	137	59.3	74	32.0
7.ภาพรวมความรอบ รู้	26 - 141	94.60	11.56	40	17.3	116	50.2	75	32.5

6.3 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุพบว่า มีระดับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ปฏิบัติเป็นบางครั้ง มากที่สุดคือ ร้อยละ 56.7 รองลงมาคือ การปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 38.1 และแทบจะไม่เคยปฏิบัติ ร้อยละ 5.2

6.4 ประเมินภาวะเสี่ยงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ 1) อาการปกติ ไม่เสี่ยงต่อโรคข้อเข่าเสื่อม 2) เริ่มมีภาวะเสี่ยงข้อเข่าเสื่อม 3) ข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง และ 4) ข้อเข่าเสื่อมรุนแรง ผลการศึกษา พบกลุ่มตัวอย่างมีอาการปกติไม่เสี่ยงต่อโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 38.1 มีภาวะเสี่ยงต่อโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 61.9 จำแนกเป็น เริ่มมีอาการผิดปกติ ร้อยละ 37.7 เป็นข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง ร้อยละ 19.0 และเป็นข้อเข่าเสื่อมรุนแรง ร้อยละ 5.2 เมื่อจำแนกตามลักษณะประชากร กลุ่มที่มีความเสี่ยง พบเพศหญิง ร้อยละ 35.0 เพศชาย ร้อยละ 26.9 โดยอายุ 60-69 ปี เริ่มมีภาวะเสี่ยงของโรคข้อเข่าเสื่อมมากที่สุด ร้อยละ 50.2 และกลุ่มอายุมากกว่า 70 ปี ร้อยละ 11.7 กลุ่มอ้วนและอ้วนมาก (BMI=25.0ขึ้นไป) พบว่าเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อมมากที่สุด ร้อยละ 31.5 กลุ่มน้ำหนักเกินเกณฑ์ (BMI=23.0-24.9) ร้อยละ 16.8 และค่าดัชนีมวลกายตามเกณฑ์ ร้อยละ 13.4 สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกันเป็นครอบครัว พบเสี่ยงต่อโรคข้อเข่าเสื่อมมากที่สุด ร้อยละ 52.9 รองลงมาคือ กลุ่มโสด หม้าย หย่า แยก ร้อยละ 9.0 ด้านการศึกษา จบปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 82.3 พบว่า เสี่ยงต่อโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 46.8 รองลงมาคือ ระดับประถมศึกษาและมีมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 8.3 และ 3.4 ตามลำดับ ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบอาชีพรับราชการหรือเป็นข้าราชการบำนาญมากที่สุด ร้อยละ 49.8 รองลงมาคือ ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 7.3 และประกอบอาชีพค้าขาย รับจ้าง เกษตรกรรม ร้อยละ 7.0 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อข้อเข่าเสื่อม เคยสูบบุหรี่หรือยังสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ร้อยละ 58.0 กลุ่มที่มีประวัติมีโรคประจำตัว พบว่ามีความเสี่ยงต่อโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 44.2 และกลุ่มที่มีอาการปวดข้อเข่า มีภาวะเสี่ยงต่อโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 55.8

6.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุต่อภาวะเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อม ผลการศึกษากาพรวมความรู้สุขภาพทั้ง 6 ด้าน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r=0.574$) เมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลมีความสัมพันธ์มากที่สุด ($r=0.466$) รองลงมาคือ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ($r=0.453$) ด้านการจัดการตนเอง ($r=0.437$) และที่มีความสัมพันธ์ น้อยที่สุดคือ ด้านความรู้ความเข้าใจโรคข้อเข่าเสื่อม ($r=0.261$) และความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะเสี่ยงต่อโรคข้อเข่าเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r=0.730$) จำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลมีความสัมพันธ์มากที่สุด ($r=0.673$) รองลงมา คือ ด้านการสื่อสารสุขภาพ ($r=0.561$) ด้านการจัดการตนเอง ($r=0.553$) และที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกน้อยที่สุด คือ ด้านความรู้ความเข้าใจโรคข้อเข่าเสื่อม ($r=0.286$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้านกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมและภาวะเสี่ยงโรค ข้อเข่าเสื่อม (n=231)

ความรู้	การปฏิบัติตัว		ภาวะเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อม	
	r	p-value	r	p-value
1.ความรู้ความเข้าใจ	0.261	0.001	0.286	0.001*
2.การเข้าถึงข้อมูล	0.466	0.001	0.673	0.001*
3.การสื่อสารสุขภาพ	0.402	0.001	0.561	0.001*

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้านกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมและภาวะเสี่ยงโรค ข้อเข่าเสื่อม (n=231) (ต่อ)

4.การจัดการตนเอง	0.437	0.001	0.553	0.001*
5.การรู้เท่าทันสื่อสารต่างๆ	0.362	0.001	0.445	0.001*
6.การตัดสินใจเลือกปฏิบัติฯ	0.453	0.001	0.498	0.001*
7.ภาพรวมความรู้ 6 ด้าน	0.574	0.001	0.730	0.001*

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

6.6 ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมกับภาวะเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะเสี่ยงต่อโรค ข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r=0.737$)

7. บทสรุปและอภิปรายผล

7.1 บทสรุป

การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพในเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งประกอบด้วย ทักษะขั้นพื้นฐานด้านการเรียนรู้ เช่น การอ่าน การเขียน การพูด การฟัง และประยุกต์ใช้กับการเข้าถึงข้อมูล การมีความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจ การสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อสารต่างๆ นำมาใช้ในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของตนเอง จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับพฤติกรรมของตนเองเพื่อการป้องกันหรือชะลอความรุนแรงการเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่สามารถส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน จากความเจ็บปวดที่เกิดจากโรคข้อเข่าเสื่อม ทำให้ดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ มีพฤติกรรมสุขภาพ หรือการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ซึ่งการพัฒนาความรู้ในบุคคลควรได้รับการพัฒนาตั้งแต่ทักษะขั้นพื้นฐาน สอดคล้องกับความรู้ด้านสุขภาพของนันทปิม นิยามไว้ว่า เป็นความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง^{3,5} ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพโรคข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง ร้อยละ 50.2 และความรู้ด้านสุขภาพในโรคข้อเข่าเสื่อมทั้ง 6 ด้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญที่สถิติที่ระดับ 0.001 ($r=0.574$) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะเสี่ยงต่อโรคข้อเข่าเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r=0.730$) และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r=0.737$)

7.2 การอภิปรายผล

7.2.1 ลักษณะประชากร ความรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 64.35 ปี มากที่สุดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 84.42 เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับรายงานที่พบว่า เพศหญิงจะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่าเพศชาย 2 เท่า ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในผู้หญิงหลังวัยหมดประจำเดือน โดยจะเริ่มพบมากขึ้นเมื่ออายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป⁶ อายุ 60-69 ปี จะเริ่มมีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมมากขึ้น จากการวิจัยครั้งนี้พบมากถึงร้อยละ 50.2 และอายุ 70-85 ปี พบร้อยละ 10.8 สอดคล้องกับการศึกษาที่พบอุบัติการณ์ของโรคข้อเข่าเสื่อมมากขึ้นเมื่ออายุที่

เพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจจะเกิดจากพยาธิสภาพของกระดูกอ่อนจะมีความทนต่อแรงกดลดลงตามลำดับอายุที่เพิ่มขึ้น อุบัติการณ์ของการเกิด ข้อเข่าเสื่อมอายุ 40 ปีขึ้นไป ข้อจะเริ่มเสื่อมในข้อที่รับน้ำหนักถึง 90% โดยไม่มีอาการ อายุ 45 ปี จะมีข้อเข่าเสื่อมอย่างน้อย 1 ข้อ ประมาณ 85%⁷ ในกลุ่มที่น้ำหนักเกินเกณฑ์ ร้อยละ 48.3 เริ่มมีอาการ โรคข้อเข่าเสื่อมไปจนถึงมีข้อเข่าเสื่อมที่รุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับสาเหตุเสริมของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้เร็วคือ ภาวะอ้วน จากการที่น้ำหนักตัวที่มากขึ้นจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม น้ำหนักตัวที่มากจะทำให้เกิด แรงกระทำที่ข้อเข่าระหว่างการเดิน ประมาณ 3-7 เท่าของน้ำหนักตัว และจากโครงการศึกษาของ Framingham ที่บอกว่าการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมร่วมกับมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นจะทำให้โรคลุกลามมากยิ่งขึ้น การศึกษาของวรวิทย์ เล่าห์เรณู และคณะ⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของ Am. J. Epidemiol.⁸ ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ โรคข้อ เข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ คือ น้ำหนักมากเกินไป และดัชนีมวลกายที่เกินเกณฑ์ และการศึกษาของ Felson & Zhand⁹ ที่พบว่าภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับข้อเข่าเสื่อมโดยผู้หญิงที่มีน้ำหนักตัวมากเมื่ออายุ 20 ปี มีโอกาสข้อเข่าเสื่อม มากกว่าผู้หญิงที่มีน้ำหนักตัวปกติ 20 เท่า และผู้หญิงที่มีค่าดัชนีมวลกาย 25 กก./ตร.ม หรือมากกว่ามีโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดข้อเข่าเสื่อมสูง และจากการศึกษาของสฤติ วงษ์น้อม¹⁰ ที่พบว่ากลุ่มที่มีอาการโรคข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่ มีภาวะอ้วนและมีเส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน ร้อยละ 72.9 แตกต่างจากการศึกษาของ ศิริินภา ทองแดง น้ำอ้อย ภัคติวงศ์ และวารินทร์ บินโฮเซ็น¹¹ ที่พบว่า ค่าดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

7.2.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ โดยภาพรวม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 50.2 เมื่อ พิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 59.3 รองลงมาคือ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการจัดการ ตนเองในโรคข้อเข่าเสื่อม และ ด้านการสื่อสารสุขภาพเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 47.6, 45.9, 42.9 และ 34.6 ตามลำดับ ยกเว้น ด้านการรู้เท่าทันสื่อเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ในระดับดี ร้อยละ 40.3 จาก ข้อมูลอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ มีความรู้ ความเข้าใจสามารถเข้าถึงสื่อต่างๆที่สื่อสารเกี่ยวกับโรคข้อ เข่าเสื่อม และสามารถตัดสินใจที่จะปฏิบัติตัวได้เพื่อดูแลตนเองในเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมได้ซึ่งสัมพันธ์กับระดับ การศึกษาที่ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ซึ่งศักยภาพตามการศึกษาน่าจะสามารถศึกษาค้นคว้าความรู้ได้ ด้วยตนเอง แต่พบว่าส่วนใหญ่ยังไม่สามารถที่จะสื่อสารกับบุคคลอื่นให้สามารถปฏิบัติตัว หรือสื่อสารเพื่อให้คนอื่น เข้าใจในเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเข้าถึงข้อมูลแล้ว แต่ยังมีปัญหาในการตัดสินใจเกี่ยวกับโรค ข้อเข่าเสื่อม และไม่สามารถนำมาใช้เพื่อตัดสินใจที่แม่นยำเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมได้ ดังนั้นการสร้างความรู้ด้าน สุขภาพ ผู้ที่จะสื่อสารความรู้ได้เอง จะต้องสามารถใช้ทักษะที่จำเป็นในการแสวงหา ความเข้าใจ ประเมิน สื่อสารและใช้สารสนเทศทางด้านสุขภาพ สามารถนำเสนอข้อมูลและสื่อสารในแนวทางที่ทำให้ผู้รับบริการเกิด ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวตามข้อมูลที่ได้รับดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันที ศรีประจันต์¹² ที่ได้ การประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากร และส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีระดับความรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณาความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน พบว่า ด้านการบอกต่อและการโต้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ส่วนด้านที่มีความรอบรู้ในระดับดีมาก คือการเข้าถึงข้อมูล บริการสุขภาพ และความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ และการศึกษาของนฤมล ใจดีและคณะ¹³ ที่ศึกษาความฉลาด

ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดกำแพงเพชร ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจสุขภาพและการป้องกันโรคในระดับปานกลาง มีทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ที่สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ทันที มีระดับปฏิบัติที่บางครั้ง ด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ได้ชักชวนให้คนอื่นทำตามหรือมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น มีระดับการปฏิบัติทุกครั้ง ร้อยละ 57.91 ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพมีการเลือกตัดสินใจที่ถูกต้อง เช่น การเลือกออกกำลังกายด้วยวิธีการเดินช้าๆ ร้อยละ 95.15 ในด้านการจัดการตนเอง มีระดับการปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 44.90 ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ส่วนใหญ่มีทักษะรู้เท่าทันสื่อโฆษณาต่างๆ เช่น มีสื่อเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ เกี่ยวกับอาหารเสริม เครื่องดื่มบำรุงสมอง ผู้สูงอายุเลือกที่จะไม่ได้ทำตาม ร้อยละ 55.36 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ชัชวาล เพ็ชรทอง¹⁴ ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชมรมผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 5 ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่แกนนำผู้สูงอายุมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้านโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 73.4 เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับไม่ดี 3 ด้านประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การสื่อสารด้านสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ร้อยละ 59.6, 45.9 และ 51.4 ตามลำดับ และนอกนั้นอีก 3 ด้านมีความรอบรู้ในระดับพอใช้ ประกอบด้วย มีความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การจัดการตนเอง และการตัดสินใจด้านสุขภาพ ร้อยละ 56.9, 42.2 และ 50.5 ตามลำดับ

7.2.3 ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 56.7 มีการปฏิบัติเป็นบางครั้ง รองลงมาคือ การปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 38.1 และแทบจะไม่เคยปฏิบัติ ร้อยละ 5.2 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ปฏิบัติได้เป็นประจำมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ มากที่สุดคือ การเลือกกินอาหารประเภทผักและผลไม้สดอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 79.2 รองลงมาคือ การหลีกเลี่ยงที่จะนั่งในท่าที่จะต้องพับข้อเข่า ร้อยละ 61.9 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แววดาว ทวีชัย¹⁵ ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และหลีกเลี่ยงที่จะนั่งในท่าที่มีการพับข้อเข่า ร้อยละ 76.0 รวมถึงไม่ยกของหนัก ร้อยละ 42.0 แต่ไม่เคยประคบข้อเข่าด้วยความร้อนเมื่อมีอาการปวด ร้อยละ 73.3 หรือใช้ไม้เท้าช่วยในการพยุงเดิน ร้อยละ 76.0 และกิตติชัย เศรษฐ์ ประเสริฐ¹⁶ ศึกษาภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะท่าทางที่ทำให้ในชีวิตประจำวันกับความรุนแรงของอาการปวดเข่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ท่าทางที่ทำให้ปวดข้อเข่าได้แก่ การนั่งกับพื้น การลุกขึ้นยืน การเดินในที่ลาดชัน การเดินขึ้นลงบันได

7.2.4 ความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ และภาวะเสี่ยงต่อโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ดังนี้ ภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r=0.574$) จำแนกเป็นรายด้าน พบว่าด้านการเข้าถึงข้อมูลมีความสัมพันธ์มากที่สุด ($r=0.466$) รองลงมาคือ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ($r=0.453$) ด้านการจัดการตนเอง ($r=0.437$) และที่มีความสัมพันธ์ น้อยที่สุดคือ ด้านความรู้ความเข้าใจโรคข้อเข่าเสื่อม ($r=0.261$) และความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านในภาพรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะเสี่ยงต่อโรคข้อเข่าเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r=0.730$) จำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลมีความสัมพันธ์มากที่สุด ($r=0.673$) รองลงมา คือ ด้านการสื่อสารสุขภาพ ($r=0.561$) ด้านการจัดการตนเอง ($r=0.553$) และที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกน้อยที่สุด คือ ด้านความรู้ความเข้าใจโรคข้อเข่าเสื่อม ($r=0.286$) และภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเสี่ยงต่อโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r=0.730$) และการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะเสี่ยงต่อโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r=0.737$) จากผลการวิจัยอธิบายได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญและส่งผลต่อการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุที่จะทำให้ตนเองเกิดภาวะเสี่ยงต่อโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับที่รุนแรงหรือไม่รุนแรงได้ อาทิเช่น จากการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายเพื่อช่วยในการเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เลือกรับประทานอาหารที่ช่วยลดแรงกระทำที่เข่า การหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ต้องใช้น้ำหนักลงที่เข่าเป็นประจำ เช่น การยกของหนัก หรือการขึ้นลงบันได การนั่งในท่าที่ต้องมีการพับงอข้อเข่า และเมื่อมีอาการปวดเข่าก็สามารถดูแลตนเองเพื่อลดอาการปวด เช่น ไข้ไม่เท่าในการช่วยเดิน ใช้การนวดหรือประคบรอบข้อเข่าเพื่อช่วยลดอาการปวด ซึ่งจะทำให้ภาวะเสี่ยงที่จะเกิดความเสี่ยงต่อโรคข้อเข่าเสื่อมลดลงได้ มีการเลือกหลีกเลี่ยงอาหารที่จะทำให้น้ำหนักเพิ่ม เช่น พวกอาหารทอด อาหารผัด ขนมหวานต่างๆ เลือกรับประทานผลไม้ และทานอาหารจำพวกผักผลไม้อย่างสม่ำเสมอ การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหรือช่วยลดภาวะเสี่ยงและความรุนแรงของโรคได้ เพราะได้มีการใช้ความรู้ ใช้ข้อมูลข่าวสาร ได้อย่างมีความเข้าใจ สามารถวิเคราะห์ตัดสินใจ ประเมินการปฏิบัติและสามารถจัดการตนเอง รวมถึงการแนะนำพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญระวี นิประพันธ์¹⁷ ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการป้องกันข้อเข่าเสื่อมของผู้ที่อยู่ในชุมชน พบว่า ปัจจัยด้านความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ชินตา เตชะวิจิตรจารุ¹⁸ ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครปฐม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ยกเว้นด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในระดับดีมาก และการศึกษาของวรจรรพญาร มงคลดิษฐ์ ดร.สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์ และมยุรี สี่ทองอิน¹⁹ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการรู้คิดและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับก้ำกึ่ง (ร้อยละ 49.50, 95% CI: 42.10-56.80) พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.40) และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.26, p < 0.05$) แตกต่างจากการศึกษาของ วิมลรัตน์ บุญเสถียร และอรทัย เจริญทิพย์เสกุล²⁰ ที่ศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประเด็นสถานการณ์และผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมระดับที่ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ แต่ด้านทักษะการตัดสินใจและการเลือกปฏิบัติแม้ว่าจะอยู่ในระดับดี แต่ถ้ามีความรู้ หรือขาดทักษะด้านการสื่อสาร ก็อาจจะทำให้การตัดสินใจในการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพตนเองผิดพลาดได้ ซึ่งเมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุการทำงานของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่รู้คิดส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมถอยลง การเปลี่ยนแปลงของระบบการทำงานของสมองอาจจะส่งผลต่อทักษะในการเรียนรู้ เช่น ความสามารถในการอ่าน การรับรู้ การได้ยิน การประเมินผล การทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพที่ลดลง โดยที่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพที่จำเป็น²⁰ การที่ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ นำไปสู่การดูแลสุขภาพ และการมีภาวะสุขภาพที่ไม่เหมาะสมได้ ²² ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ หรือระดับต่ำ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความยุ่งยากในการใช้บริการสุขภาพและการควบคุมอาการของโรคได้ไม่ดี ²³ และจากพยาธิ

สภาพของผู้สูงอายุ เมื่ออายุมากขึ้นสมรรถภาพสมองจะทำหน้าที่ได้ลดลง ทำให้ความสามารถในการรู้คิดลดลง เกิดข้อจำกัดของการรับรู้ได้ จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น²⁴

8. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

8.1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

8.1.1 จากผลการวิจัยผู้สูงอายุมีความรอบรู้โดยภาพรวมโรคข้อเข่าเสื่อม อยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการสื่อสารสุขภาพ มีความรอบรู้ส่วนใหญ่ระดับต่ำ ดังนั้น การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ อาจจะต้องเน้นการสร้างความรู้ในด้านการสื่อสารเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจเรื่องโรคที่ต้อง เข้าถึงข้อมูลในสื่อต่างๆที่ผู้สูงอายุในยุคปัจจุบันสามารถสืบค้นได้เองในหลากหลายช่องทาง เพื่อให้มีความมั่นใจในข้อมูลเรื่องโรค สามารถสื่อสารด้านโรคให้บุคคลอื่นๆ มีความเข้าใจได้ดีขึ้น

8.1.2 การจัดกิจกรรมสำหรับส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในสถานบริการหรือในชุมชน ควรมีการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนเพื่อการวางแผนการให้ข้อมูล การทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้กิจกรรมที่ทำตรงตามข้อมูลหรือปัญหาของกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่นั้นๆ ซึ่งจะส่งผลถึงผู้สูงอายุได้รับการดูแลและมีการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองที่ถูกต้อง

8.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

8.2.1 ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านโรคข้อเข่าเสื่อมในองค์กรประกอบด้านต่างๆ เพื่อส่งเสริมในผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อมได้ปฏิบัติตัวและมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องและยั่งยืน

8.2.2 มีการวิจัยเปรียบเทียบความรุนแรงของการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มอาชีพที่แตกต่างกัน หรือลักษณะทางประชากรที่ทำให้การเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมีความรุนแรงต่างกัน เช่น ภาวะน้ำหนักเกิน การมีประวัติเป็นโรคประจำตัว

9. เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The burden of musculoskeletal conditions as the start millennium: report of a WHO scientific group. 2003.
2. สุธเดช ดวงทิพย์สิริกุลและคณะ. รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และผู้พิการ. กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. โรงพิมพ์วชิรชนทร์ พี.พี . 2556.
3. Nutbeam, D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine. 2008.
4. Krejcie, R. V. & Morgan, D.W. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement. 1970; 30(3), 607-610.
5. Nutbeam, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century: Health Promotion International. 2000.
6. วรวิทย์ เล่าห์เรณู.(2546). โรคข้อเข่าเสื่อม. เชียงใหม่ : ชนบรรณการพิมพ์.
7. อารังรัตน์ แก้วกาญจน์ และคณะ. เข่าเสื่อม. กรุงเทพมหานคร : เนชั่นมัลติมีเดียกรุ๊ป. 2545.

8. Am. J. Epidemiol. Factors associated with osteoarthritis of the knee in the first national health and nutrition examination survey : evidence for an association with overweight, race, and physical demands of work. American Journal of Epidemiology. 1988; 128 (1), 179-189
9. Felson, DT., Naimark, A., Anderson, J., Caswell, W. & Meena, RF. The prevalence of Knee osteoarthritis in the elderly: the Framingham Osteoarthritis Study. Arthritis Rheum. 1987; 30, 914-8.
10. สุฤดี วงษ์น้อม (2563) ศึกษาการป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย. เอกสารประกอบการพิจารณาประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งทางวิชาการ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 19 ก.พ. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://203.155.220.238/csc/attachments/article/159/doctor631202.pdf>.
11. ศิริณา ทองแดง น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และ วารินทร์ บินโฮเซ็น. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม. เอกสารประชุมวิชาการระดับชาติ ประจำปี 2557 (National Research Conference 2014). วันที่ 3 เมษายน 2557.
12. สุนันท์ ศรีประจันต์. ประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 10 ม.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://203.157.71.148/hpc7data/Res/ResFile/2562000901.pdf>.
13. นฤมล ใจดี, รัฐธา ระมั่ง, นวลจันทร์ กวินวานิช และ ราตรี โพธิ์ระวัช. ความฉลาดด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร. รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 6. สถาบันวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร. วันที่ 20 ธันวาคม 2562.
14. ชัชวาลย์ เพ็ชรทอง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.พ. 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://hpc5.go.th/rcenter/_fulltext/20210128173212_59/20210128173336_962.pdf.
15. แวดาว ทวีชัย. พฤติกรรมการดูแลตนเองและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2543.
16. กิตติชัยเศรษฐ์ ประเสริฐ. ศึกษาภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลมหาราช จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิชาการ รพศ./รพท.เขต4. ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2553.
17. เพ็ญระวี นิประพันธ์. (2560). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อม ของผู้ที่อยู่ในชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 25 ธ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:126304>.
18. ชินตา เตชะวิจิตรจารุ, อัจฉรา ศรีสุภกรกุล และสุพัตตา ช่างเทศ. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลทหารบก. ปีที่ 19 ฉบับพิเศษ เดือนมกราคม-เมษายน 2561.

19. วรจรรพญาร มงคลดิษฐ์ ดร.สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์ และมยุรี ลีทองอิน. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการรู้คิดและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. เอกสารการประชุมวิชาการนำเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 20. วันที่ 15 มีนาคม 2562 ณ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
20. วิมลรัตน์ บุญเสถียร และอรรถัย เจริญวิทยะสกุล. ความสัมพันธ์ของความฉลาดทางสุขภาพกับการจัดการตนเอง ในผู้เป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่อาศัยในชุมชน จังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย. ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มิถุนายน 2564.
21. Manly J, Tang MX, Schupf N, et al. Frequency and course of mild cognitive impairment in a multiethnic community. Int Ann Neurol, 2018; 63, 494-506.
22. Berkman ND, Davis, TC, McCormack L. Health Literacy: What Is It?. Int Journal of Health Communication, 2010; 15, 9-19.
23. Loke YK, Hinz I, Wang X, Rowlands G, Scott D, Salter C. Impact of Health Literacy in Patients with Chronic Musculoskeletal Disease—Systematic Review. Int PLoS ONE, 2012; 7(7), e40210.
24. David W, Baker, Julie A. Gazmararian, Joseph S, Marian P. The association between age and health literacy among elderly persons. Int Journal of Gerontology. 2000; 55(6), S368-S374.

กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

HPC10Journal