

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นโรคที่เรื้อรังค่อยเป็นค่อยไป เกิดจากการเสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้อ ตามกระบวนการสูงอายุและพบมากที่สุด โดยจะพบผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 80-90 ในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป (สมชาย อรรถศิลป์และ อุทิศ ศิสมโชค, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของกนกพร สุควัง (2540) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมที่ห้องตรวจโรคกระดูกและข้อแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่าในผู้สูงอายุมีข้อเข่าเป็นข้อที่มีการเสื่อมมากที่สุดถึงร้อยละ 90 ของโรคข้อเสื่อมทั้งหมด จากสถิติของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงดาว อ. เชียงดาว จ. เชียงใหม่ ในช่วงเดือน มกราคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2543 มีจำนวน 96 ราย และในช่วงเดือน มิถุนายน-ตุลาคม พ.ศ. 2543 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 103 ราย (หน่วยงานเวชระเบียน และสถิติโรงพยาบาลเชียงดาว พ.ศ. 2543) จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้น

โรคข้อเข่าเสื่อมเกิดจากกระดูกอ่อนผิวข้อมีการเสื่อม และหลุดลอกออกเป็นชิ้นๆ (flaking) ต่อมามีการงอกของกระดูกใหม่ (osteophytes) ตรงขอบของข้อทำให้ผิวข้อขรุขระ โดยเฉพาะกระดูกที่หลุดค้างในช่องว่างระหว่างข้อจะกระตุ้นให้เกิดการอักเสบ เกิดข้อบวม น้ำและเนื้อเยื่อพังคืด จะมีผลทำให้ช่องว่างระหว่างข้อแคบลง และเมื่อเคลื่อนไหวข้อจะมีการเสียดสีของขอบผิวที่ไม่เรียบ เกิดอาการปวดข้อขึ้นได้ พบว่าอาการปวดข้อนี้เป็นอาการเด่นที่สุดของโรคข้อเสื่อม (สมชาย อรรถศิลป์ และ อุทิศ ศิสมโชค, 2541; Carter, 1997; Jagmin, 2000) อาการปวดข้อเข่ามีสาเหตุมาจากตัวรับความเจ็บปวดที่กระจายอยู่บริเวณโครงสร้างต่างๆของข้อเข่า ถูกกระตุ้นจากการเสียดสีกันของปลายกระดูกต้นขากับกระดูกที่เบี่ยงที่มีกระดูกอ่อนหลุดลอกขณะลงน้ำหนักหรือขยับข้อ (สารเนตร ไวกุล, 2539; Jagmin, 2000) และการเกร็งของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า ทำให้เกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงจากการไหลเวียนเลือดลดลง ร่วมกับจากสารเคมีที่เกิดจากกระบวนการอักเสบภายในข้อ และเกิดจากกระบวนการเผาผลาญกระตุ้นตัวรับความเจ็บปวด (Cassar, 1999) การกระตุ้นดังกล่าว

จะถูกเปลี่ยนให้เป็นสัญญาณประสาทที่บริเวณของเยื่อของตัวรับความเจ็บปวดของใยประสาทซึ่ง
ซึ่งเป็นใยประสาทขนาดเล็กชนิดไม่มีเปลือกหุ้ม ทำหน้าที่นำสัญญาณของความเจ็บปวด ทำให้มี
การหลั่งสารพี (substance P) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทความเจ็บปวด ไปยับยั้งการทำงานของเซลล์เอสจี
(S.G-cell) ที่ทำหน้าที่เป็นเซลล์ยับยั้ง ในคอร์ซอลลอรันของไขสันหลัง มีผลให้ประตูเปิด และทำให้
สัญญาณประสาทถูกส่งไปกระตุ้นเซลล์ที (T-cell) ซึ่งทำหน้าที่ส่งสัญญาณประสาทต่อไปยังสมอง
ทำให้เกิดการรับรู้ความเจ็บปวดได้ นอกจากการกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวดดังกล่าวข้างต้นแล้วยังพบว่า
การกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ เช่นการรับรู้ถึงความรู้สึกไม่พึงพอใจหรือความไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมาน
ต่อความเจ็บปวด ความเครียดวิตกกังวลและความกลัวเป็นต้น จะมีผลกระตุ้นระบบประสาท
อัตโนมัติให้ปล่อยสารสื่อประสาทของความเจ็บปวด เช่น พรอสตาแกลนดิน และนอร์อิพิเนฟริน
(norepinephrine) ทำให้เพิ่มการหลั่งสารพี ยับยั้งการทำงานของเซลล์เอสจี มีผลให้ประตูเปิด
เพิ่มสัญญาณความเจ็บปวดส่งไปกระตุ้นเซลล์ที ส่งต่อไปยังสมองทำให้เกิดการรับรู้ความเจ็บปวด
ที่รุนแรงขึ้นได้ (Banasik, 2000; Wilkie&Monreal, 1999) ผลจากอาการปวดที่เกิดขึ้นเมื่อไม่ได้รับ
การแก้ไข จะทวีความรุนแรงและปวดเพิ่มมากขึ้นแม้จะมีกิจกรรมเพียงเล็กน้อย ขณะพักหรือขณะ
นอนหลับตอนกลางคืน ทำให้รบกวนการนอนหลับต้องตื่นขึ้นมา ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วย
ตามมาได้ (Carter, 1997; Jagmin, 2000) อาการปวดข้อทำให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงการใช้ข้อเข่าและ
พักการใช้งานเป็นเวลานาน มีผลให้เกิดข้อติด กล้ามเนื้อต้นขาตึงและอ่อนแรง ผู้สูงอายุเหยียด
และงอข้อเข่าได้ไม่เต็มที่ เกิดการตึงรั้งของเยื่อหุ้มข้อและเอ็นยึดข้อ ร่วมกับผิวข้อมีการสึกหรอ
ไม่เท่ากันทำให้มีการผิดรูปของข้อ ทำให้ผู้สูงอายุจำกัดการเคลื่อนไหว มีความผิดปกติของ
ท่าเดิน เสี่ยงต่อการทรงตัวและขาดความคล่องตัวในการเคลื่อนไหว (วรณี สัตยาวิวัฒน์,
2539; Kee, 2000) เมื่อการดำเนินของโรคเป็นเวลานานจะทำให้ข้อเข่ามีรูปร่างผิดปกติ เกิด
เสียงดังภายในข้อเวลาเคลื่อนไหว อาจทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับภาพลักษณ์
(Kee, Harris, Booth, Rousor, & McCoy, 1998) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อจิตใจร่วมกับความสามารถ
ในการทำกิจกรรมที่ลดลง ทำให้การเข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและสังคมลดลง (Snelling, 1994)

แนวทางการรักษาอาการปวดข้อในปัจจุบัน แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆคือ การรักษาโดยใช้ยา
การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู การผ่าตัด และการรักษาแบบทางเลือก โดยการรักษาทางยา ประกอบด้วย
กลุ่มยาแก้ปวดในรายที่ปวดไม่รุนแรง กลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่มีสเตียรอยด์ใช้เมื่อมีการอักเสบของข้อ
และปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งพบว่าถ้าใช้ติดต่อกันนานๆจะเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาได้
เช่นเลือดออกในกระเพาะอาหาร คลื่นไส้อาเจียน ปวดท้อง และยาต้านการอักเสบที่มีสเตียรอยด์ผสม
ที่เป็นยาฉีด ใช้เมื่อมีการอักเสบรุนแรงและปวดมาก ซึ่งอาจทำให้เกิดกระดูกผุและข้อเสื่อมเร็วขึ้น
และเสี่ยงต่อการนำเชื้อเข้าไปในข้อ (วินัย พากเพียร, 2539; Hansen, 1998) การรักษาทางยาส่วนใหญ่จะ

ระงับการปวดข้อได้ดี เนื่องจากมีกลไกในการระงับปวดโดยลดสิ่งกระตุ้นต่อตัวรับความเจ็บปวด แต่ด้วยความเรื้อรังของโรคทำให้มีผู้ป่วยจำนวนมากไม่พึงพอใจกับการต้องใช้ยาเป็นเวลานานๆ เพื่อลดการปวด (Lombardo & Wilson, 1997) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุเองมักมีโรคเรื้อรังร่วมด้วย และมีการใช้ยาหลายชนิด จึงอาจนำไปสู่การได้รับอันตรายจากการทำปฏิกิริยาของยาแต่ละชนิด และผลของยาที่ใช้รักษาโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ (Stein, 1996) ประกอบกับผู้สูงอายุมีเมตาบอลิซึมของยาที่ลดลง และการขับถ่ายยาทางไตลดลง อาจทำให้เกิดอันตรายจากการสะสมของยาในร่างกายได้ (Ferrell, 1998) สำหรับการรักษาโดยวิธีทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู ได้แก่ การออกกำลังกายให้กล้ามเนื้อ คั้นขาแข็งแรง ข้อดีทำให้ลดอาการข้อติด ส่วนการปกป้องข้อด้วยการใช้เครื่องช่วยพยุงข้อ การใช้ไม้เท้าหรือเครื่องช่วยเดิน (Shahid&Edwards, 1998) การลดแรงกระทำต่อข้อก่อให้เกิดผลดีในการลดปวด โดยเป็นการลดสิ่งกระตุ้นทางเชิงกลต่อตัวรับความเจ็บปวด (Wilkie&Monreal, 1999) อย่างไรก็ตามพบว่าวิธีการทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู หากผู้สูงอายุปฏิบัติไม่ถูกต้องอาจเกิดอันตรายจากการเกิดแผลกดทับ หรือหกล้มได้ รวมทั้งอุปกรณ์ในการช่วยเดินหรือพยุงข้อบางอย่างมีราคาแพง สำหรับการให้ความร้อนและความเย็นในการลดอาการปวดข้อและข้อฝืด แม้จะได้ผลดีในการบรรเทาปวดโดยยับยั้งการนำสัญญาณความเจ็บปวด (Wilkie&Monreal, 1999) แต่วิธีการดังกล่าวอาจเกิดอันตรายได้ เนื่องจากผู้สูงอายุมีประสาทความรู้สึกลดลงเกี่ยวกับอุณหภูมิและความเจ็บปวดลดลง (พัชร ดันศิริ, 2533) ส่วนการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่านั้นจะเป็นการรักษาขั้นสุดท้าย ก่อให้เกิดผลดีเมื่อวิธีการรักษาแบบอื่นๆ ไม่ได้ผล (Jagmin, 2000) แต่พบว่าจะต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในการรักษา (Cooper et al. 2000) สำหรับการรักษาแบบทางเลือก (alternative care) เช่นการฝังเข็ม การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การกดจุดและการนวดเป็นต้น (Lorenzi, 1999) เป็นการรักษาเพื่อช่วยลดหรือบรรเทาอาการปวดที่เป็นทางเลือกนอกเหนือจากวิธีดังกล่าวไปแล้ว แต่พบว่าจะอาจไม่มีประสิทธิผลเต็มที่ ซึ่งบางครั้งจึงยังต้องใช้ผสมผสานกับการรักษาทางยา การนวดเป็นวิธีหนึ่งของการรักษาทางเลือกที่นำมาใช้กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมโดยผสมผสานกับการรักษาของแพทย์ในปัจจุบัน

การนวดเป็นการปฏิบัติการใช้มือ (manipulation) ใช้จังหวะการเคลื่อนไหวของมือหรืออวัยวะส่วนที่ใช้ทำการนวดลงบนเนื้อเยื่อที่อ่อนนุ่มของร่างกาย เพื่อวัตถุประสงค์ในการรักษาโรคหรืออาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น ลดอาการบวมจากการไหลเวียนไม่ดี ลดการตึงรั้งจากการเกิดแผลเป็น (Barr & Taslitz, 1970 cited in Snyder & Cheng, 1980) การนวดมีผลต่อระบบต่างๆ ของร่างกายเช่น ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบประสาท ระบบไหลเวียนเลือดและน้ำเหลืองเป็นต้น (Cassar, 1999) ผลของการนวดมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับชนิดและเทคนิคต่างๆ ที่ใช้ในการนวด รวมทั้งสภาวะของโรคหรือพยาธิสภาพที่ต้องการรักษา (Snyder & Cheng, 1980) ปัจจุบันการนวดเพื่อการรักษาไม่ได้มีการกำหนดลักษณะเฉพาะที่แน่นอนไว้ หากรวมถึงวิธีการนวดแบบต่างๆ

ที่ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกันไป เช่น การกด (pressing) การคลึง (circling) และการยืด (stretching) เป็นต้น ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับทุกส่วนของร่างกาย (สุวิชัย ปรินญา ปารมิตา, 2541; Cassar, 1999) สำหรับการนวดในประเทศไทยแบ่งเป็น 2 แขนง คือการนวดในวิชากายภาพบำบัดแผนปัจจุบันและการนวดแผนโบราณหรือการนวดแผนไทย (ประโยชน์ บุญสินสุข, 2525) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ การนวดแผนไทยแบบราชสำนักและแบบเชลยศักดิ์ โดยการนวดทั้งสองประเภทนี้มีความคล้ายคลึงกัน ในด้านหลักการของการบำบัดรักษาโรคและการเจ็บป่วย (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ, 2540) รูปแบบของการนวดแผนไทยในปัจจุบันเป็นการนวดเพื่อการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วทั้งตัวและกระตุ้นการไหลเวียนเลือด และเพื่อบำบัดรักษาเป็นการนวดเฉพาะที่ในส่วนที่มีอาการเจ็บป่วยเพื่อหวังผลในการรักษาโดยเฉพาะ (ชัยยงค์ ธรรมรัตน์, ดิศักดิ์ เป็นการส่วนตัว, มกราคม 15, 2545) ในการศึกษาครั้งนี้ใช้การนวดแผนไทยแบบเชลยศักดิ์ โดยใช้นิ้วหัวแม่มือและข้อศอก กดนวดบริเวณฝ่าเท้า และใช้นิ้วมือ อุ้งมือและสันมือ กด บีบ คลึงและยืดคัด บริเวณกล้ามเนื้อของขาและต้นขาข้างที่มีอาการปวด ในท่านอนหงายและคว่ำเป็นเวลา 20 นาที และใช้นิ้วหัวแม่มือกดจุดในตำแหน่งรอบๆข้อเข่าเป็นเวลา 10 นาที

การนวดเมื่อนำมาใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาจะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการลดปวดได้ (Wilkie&Monreal, 1999) ตามแนวคิดของทฤษฎีการควบคุมประตู (Gate Control Theory) โดยกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ที่นำสัญญาณของการสัมผัสและการกด ซึ่งจะมีผลกระตุ้นเซลล์เอสจีในคอร์ซอลลอร์นของไขสันหลัง ทำให้ประตูปิดจึงไม่มีสัญญาณประสาทไปกระตุ้นเซลล์ที่ทำให้ไม่มีความรู้สึกเจ็บปวด การนวดตามแนวคิดของทฤษฎีการควบคุมภายใน (Endogenous Control Theory) เป็นการกระตุ้นใยประสาทนำลงในระบบการควบคุมจากส่วนกลาง ทำให้มีการหลั่งสารที่มีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟิน เช่น สารเอนเคฟาลิน (enkephaline) และเอนดอร์ฟิน (endorphine) ออกมายับยั้งหรือควบคุมความเจ็บปวดในกลไกของการควบคุมประตูในระดับไขสันหลังในคอร์ซอลลอร์น โดยกระตุ้นเซลล์ประสาทภายใน (interneurons) ในชั้นเอสจีให้ปล่อยสารเอนเคฟาลิน ออกไปยับยั้งการทำงานของสารพี มีผลทำให้ประตูปิดจึงไม่เกิดความรู้สึกเจ็บปวด การนวดตามกลไกทางสรีรวิทยาของความเจ็บปวด (physiological aspect of pain) เป็นการช่วยลดสิ่งที่จะมากระตุ้นต่อตัวรับความเจ็บปวด (Wilkie&Monreal, 1999) จากผลของการนวดทำให้กล้ามเนื้อหรือเอ็นคลายตัว เส้นเลือดขยายตัว การไหลเวียนในบริเวณที่บาดเจ็บดีขึ้น เนื้อเยื่อได้รับอาหารและออกซิเจนเพิ่มขึ้น ทำให้มีการระบายหรือลดปริมาณของสารต่างๆที่เกิดในบริเวณที่บาดเจ็บซึ่งมีผลกระตุ้นตัวรับความเจ็บปวด และการนวดยังลดอาการปวดที่มีผลมาจากจิตใจ อารมณ์และสิ่งแวดล้อมได้โดยการนวดทำให้ลดปัจจัยที่เป็นสิ่งรบกวนทางอารมณ์ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียด เป็นต้น เนื่องจากในขณะที่นวดผู้ถูกนวดไม่ได้ทำกิจกรรมใดๆและอยู่ในท่าที่ผ่อนคลาย ในสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบและไม่ถูกรบกวน การสัมผัส

จากการนวดทำให้เกิดความพึงพอใจ ความอบอุ่น เอื้ออาทรและความห่วงใยระหว่างผู้นวดและผู้ถูกนวด ส่งผลควบคุมความเจ็บปวดโดยการปิดประตูในระดับไขสันหลัง ทำให้ไม่สามารถส่งสัญญาณความเจ็บปวดไปยังสมองได้ (Cassar, 1999) ในการศึกษารายงานที่ผ่านมายังไม่พบรายงานการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการนวดเพื่อรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามแต่มีการศึกษาวิจัยในกลุ่มอื่นๆดังการศึกษาของ ประโยชน์ บุญสินสุข,ประพจน์ เกตราสและ รุ่งทิวา ซาญพิทยานุกุล (2530) เรื่องการใช้การนวดไทยบำบัดอาการปวดกล้ามเนื้อและข้อในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในกลุ่มปวดศีรษะและคอ กลุ่มปวดหลัง กลุ่มปวดเข่า และกลุ่มปวดไหล่ เป็นการวัดผลก่อนและหลังการนวดโดยไม่มีกลุ่มควบคุม พบว่าการนวดไทยลดอาการปวดกล้ามเนื้อจากการไหลเวียนไม่ดี และจากการยึดติดของพังผืดได้ค่อนข้างดี จากการศึกษาของ วิจิตรา กุสุมภ์ (2532) เรื่องผลของการกดจุดและนวดต่อระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง พบว่าระดับความเจ็บปวดหลังส่วนล่างของกลุ่มทดลองภายหลังการกดจุดและนวดต่ำกว่าก่อนได้รับการนวดและกดจุดและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และจากการศึกษาของเจือจันทร์ วัฒนกิจเจริญ (2532) เรื่องเปรียบเทียบผลการนวดแผนไทยประยุกต์กับการกินยาพาราเซตามอลต่อระดับการปวดศีรษะและระยะเวลาที่ปวดศีรษะลดระดับลงในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะจากความเครียด พบว่าการนวดไทยประยุกต์ลดอาการปวดศีรษะได้ทันทีและเร็วกว่าการกินยาพาราเซตามอลในเวลา 15 นาที

ปัจจุบันแม้จะยังไม่มีวิธีการรักษาใดที่จะรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมให้หายขาดได้ และการรักษาแต่ละวิธีก็มีทั้งข้อดีและข้อเสียดังกล่าวไปแล้วข้างต้น รวมทั้งแนวทางการรักษาในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันขึ้นกับความรุนแรงของโรค ในกลุ่มผู้สูงอายุเองโรคข้อเข่าเสื่อมก็จะมีอาการแตกต่างจากวัยอื่นๆ เนื่องจากระดับของอาการปวดข้อ และความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุ (Kee, 2000) การผสมผสานการบรรเทาอาการปวดโดยวิธีต่างๆรวมทั้งการนวดเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะเป็นการดูแลแบบผสมผสาน (complementary care) ร่วมกับการรักษาของแพทย์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการลดปวดและลดการใช้ยาแก้ปวดในขนาดสูงช่วยลดอันตรายจากการใช้ยา ทำให้ระงับปวดได้อย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพ (Wilkie&Monreal, 1999) นอกจากนี้การนวดยังมีการเชื่อมโยงระหว่างร่างกายและจิตใจ สอดคล้องกับแนวคิดทางการพยาบาลแบบองค์รวม ที่มุ่งให้บุคคลทุกคนได้รับการเยียวยา (healing) และเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีทางเลือกในการรักษาอาการปวดข้อในโรคข้อเข่าเสื่อมโดยวิธีการนวด สอดคล้องกับแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพที่เน้นการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยให้มีทางเลือกในการรักษาในหลายๆทาง เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถพึ่งพาตนเองได้ ควบคุมโรคประหยัดทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายในการรับการรักษาในโรงพยาบาล และการนวดแผนไทย ผู้รับบริการสามารถฝึกการนวดเพื่อบรรเทาปวดได้ด้วยตัวเอง

และสะดวกเพราะสามารถทำได้ที่บ้าน จึงจัดเป็นการดูแลสุขภาพแบบพึ่งพาตนเองที่สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ, 2542) ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการนัดต่อการปวดข้อในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อเป็นการยืนยันถึงประสิทธิผลในการลดปวดโดยการนัดในกลุ่มผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโดยตรง เพื่อผลการศึกษาที่ได้รับจะเป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการปวดข้อ เพื่อลดอาการปวดข้อในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมและเป็นการส่งเสริมบทบาทอิสระ และเป็นการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบพึ่งพาตนเองหรือการดูแลแบบภูมิปัญญาพื้นบ้าน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1 เพื่อศึกษาผลของการนัดแผนไทย ต่อการปวดข้อ ในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม
- 2 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของการปวดข้อ ในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการนัดแผนไทยกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการนัดแผนไทย

สมมุติฐานของการวิจัย

- 1 ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ภายหลังได้รับการนัดแผนไทยมีการปวดข้อลดลงมากกว่าก่อนได้รับการนัดแผนไทย
- 2 ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มที่ได้รับการนัดแผนไทยมีการปวดข้อลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการนัดแผนไทย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชิงดาว ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือน พฤษภาคม พ.ศ 2545

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การนวดแผนไทย คือการกระทำโดยใช้นิ้วมือ อุ้งมือ ส้นมือและข้อศอก กระทำการกด การดึง การบีบ การบิด การยืดคัด และการคลึง ในตำแหน่งของกล้ามเนื้อและร่องระหว่างกล้ามเนื้อของต้นขา รอบข้อเข่า ปลายขาและเท้าที่มีอาการปวด กระทำการนวดโดยผู้วิจัย ทำนวดและการวางมือใช้ตามแบบแผนของการนวดแผนไทยเพื่อการรักษาแบบเชลยศักดิ์

การปวดข้อ หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบายบริเวณข้อเข่าข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้างที่เกิดจากโรคข้อเข่าเสื่อม ประเมินได้จากมาตรวัดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของจอห์นสัน (1974 อ้างในอุไร นิโรธนันท์, 2539) ซึ่งแปลและเรียบเรียงโดยอุไร นิโรธนันท์และเพ็ญศรี ระเบียบ (2539) ในการศึกษาครั้งนี้ใช้เฉพาะมาตรวัดความเจ็บปวด ส่วนที่ 1

ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ซึ่งแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม