

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ
2. แนวคิดทฤษฎีแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender)
3. การปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

แนวคิดโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ

โดยธรรมชาติของผู้ที่เข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ไปในทางที่เสื่อมในทุก ๆ ระบบของร่างกาย ดังเช่น ผิวหนังจะบางลง น้ำและไขมันใต้ผิวหนังลดลง กล้ามเนื้อมีการเหี่ยวผอง กล้ามเนื้ออ่อนกำลังลง การได้ยินลดลง การรับกลิ่นด้อยลง ลิ้นรับรสน้อยลง กล้ามเนื้อตาเสื่อม ความไวการมองเห็นลดลง ปลายมือและเท้ารับสัมผัสเสื่อมลง สมรรถภาพปอดลดลง หัวใจมีแรงบีบ น้อยลง การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารล่าช้าลง ระบบประสาทและสมองเสื่อม ทำให้รู้สึก ซ้ำ ความจำถดถอย และที่สำคัญคือกระดูกมีปริมาณแคลเซียมลดน้อยลงทำให้กระดูกบาง มี ความปวดเจ็บกระดูกบ่อย น้ำไขข้อลดลง เกิดเจ็บปวด ข้อยึดติด เคลื่อนไหวลำบาก โอกาสเกิด ข้อเสื่อมง่าย โดยเฉพาะข้อเข่าเสื่อม (สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2542)

ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้ง่าย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีของ กระดูกอ่อนผิวข้อ จากการมีการเสื่อมสลายของซาโคเล็มมา (sacrolemma) ซึ่งเป็นเยื่อประสาธหลัง การควบคุมความสมดุลของโปรตีนและไขมันในกล้ามเนื้อ โดยโปรตีนที่ใช้ในการหดตัวของ กล้ามเนื้อสลายตัว มีการสูญเสียของเกลือโปแตสเซียมจากเส้นใยกล้ามเนื้อซ้ำ ๆ ทำให้เส้นใย กล้ามเนื้อลดลง ผู้สูงอายุจึงมีขนาดของกล้ามเนื้อเล็กลง และใยคอลลาเจนมีการสังเคราะห์น้อยลง ซึ่งคอลลาเจนเป็นส่วนประกอบของโครงสร้างร่างกาย เป็นเนื้อเยื่อประคับประคองและให้ความ แข็งแรง เมื่อคอลลาเจนมีการเชื่อมตามขวางมากในเซลล์จะทำให้มีลักษณะแข็ง สูญเสียความยืดหยุ่น แดก แห่ง เช่นเดียวกับเนื้อเยื่ออีลาสติน เมื่อมีอายุมากขึ้น ก็จะขาดลุ่ม แดก และฉีกขาดง่าย ปริมาตรของเหลวที่อยู่นอกเซลล์จะลดลง ทำให้ผิวแห้ง ย่น ขาดความยืดหยุ่น นอกจากนี้การ

ที่เซลล์มีการเชื่อมตามขวางจะทำให้เอ็นแข็งแห้ง การหดตัวของกล้ามเนื้อเสียไป ความแข็งแรงของเอ็นและกล้ามเนื้อที่ช่วยพยุงลดลง โอกาสเกิดข้อติดแข็งได้ง่าย (ปองจิตร, 2544; Burrage, & Sutter, 1999)

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่ไม่มีอาการอักเสบ (non inflammation joint disease) เกิดจากความเสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้อที่บุปลายกระดูกของข้อ (articular cartilage) (Salter, 1999) มักเกิดควบคู่ไปกับการเพิ่มของอายุ ดังนั้นจึงเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ทนทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก เป็นโรคที่ใช้เวลาในการรักษาพยาบาลนานกว่าอาการจะดีขึ้น ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Laborde and Powers, 1985; Mc Alindon, Snow, Cooper & Dieppe, 1992)

ความเสื่อมของข้อเข่าจะทวีความรุนแรงและรวดเร็วมากยิ่งขึ้น เมื่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุไม่เหมาะสม เช่น การยืน เดิน ขึ้นลงบันได และโดยวิถีชีวิตขนบธรรมเนียมประเพณีของคนไทย ที่มักใช้ข้อในท่าที่อึดอัดและเอ็นกล้ามเนื้อถูกยึดมาก ในการนั่งพับเพียบ นั่งยอง ๆ นั่งขัดสมาธิและนั่งคุกเข่า อาจปฏิกิริยาเหล่านี้หากทำติดต่อกันนาน ก่อให้เกิดการเสียดสี ความเครียดและแรงปฏิกิริยาต่อผิวข้อเป็นอย่างมาก (เจริญ, 2536; ปองจิตร, 2544) กระดูกอ่อนผิวข้อถูกกดทับนาน อาจขาดอาหารหล่อเลี้ยงชั่วคราวได้ จึงเป็นเหตุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผิวกระดูกอ่อนในระยะยาวได้ (ยงยุทธ, 2545)

ชนิดของข้อเข่าเสื่อม แบ่งได้เป็น 2 ชนิด (ประพันธ์และวิรัตน์, 2546; ปองจิตร, 2544; วัลลภ, 2533; Schoen, 1986)

1. ข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิ (primary osteoarthritis) เกิดจากอายุมากเป็นการเสื่อมที่เกิดขึ้นเอง โดยไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด และไม่มีสาเหตุนำมาก่อน เช่น ไม่มีโรคหรือความผิดปกติของข้อเกิดนำมาก่อน เชื่อว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพที่มีการเสื่อมของข้อจากการใช้งานมานานหลายปี

2. ข้อเข่าเสื่อมทุติยภูมิ (secondary osteoarthritis) เป็นการเสื่อมที่สามารถค้นหาสาเหตุของโรคได้เกิดขึ้นหลังจากเกิดโรคหรือความผิดปกติของข้อเป็นสาเหตุนำมาก่อนทำให้ข้อเข่านั้นเสื่อมสภาพในภายหลัง เช่น การติดเชื้ที่ข้อเข่า โรคข้ออักเสบเรื้อรัง การได้รับบาดเจ็บที่ข้อเข่า ภายหลังจากกระดูกหัก กระดูกเคลื่อน

ลักษณะการเสื่อมของข้อเข่า เกิดจากการเสื่อมของกระดูกผิวอ่อนและส่วนอื่น ๆ ของข้อ โดยไม่มีการอักเสบ การเสื่อมของข้อเข่ามักเกิดขึ้นในผู้สูงอายุจึงมีลักษณะดังนี้ (ประพันธ์และวิรัตน์, 2546; ปองจิตร, 2544; สุภาพ, 2542; Schoen, 1986)

ในการเกิดข้อเข่าเสื่อมมีลักษณะการเสื่อมของข้อเข่าจะค่อยเป็นค่อยไปตามระยะเวลาการใช้งานโดยพบว่ากระดูกอ่อนผิวข้อปกติจะมีสีขาว ใส และเรียบทำหน้าที่ปกป้องรองรับแรงเสียดทาน หรือป้องกันอันตรายจากน้ำหนักที่กดลงบนกระดูก เมื่อเริ่มเสื่อมจะเปลี่ยนเป็นสีเหลืองหรือน้ำตาลขุ่น บางส่วนจะนิ่ม (chondromalacia) ผิวไม่เรียบ และมีรอยแตก เป็นร่อง เป็นริ้วหรือเป็นแผลขึ้น แต่มีบางส่วนที่เนื้อกระดูกยังปกติ

เมื่ออาการเสื่อมของข้อมีมากขึ้น ผิวกระดูกอ่อนจะร่อนลอกหลุดออกเป็นแผ่น (flaking) หรือแตกเป็นริ้ว (fibrillation) จนในที่สุดมีการเสื่อมถึงเนื้อกระดูก เศษกระดูกที่แตกหลุดเป็นชิ้นเล็กชิ้นน้อยตกค้างในช่องว่างระหว่างข้อ หรืออยู่ในน้ำหล่อเลี้ยงไขข้อเป็นสาเหตุทำให้กระดูกอ่อนหุ้มข้อบางลงทำให้เกิดการอักเสบของข้อได้ ในระยะนี้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจะมีอาการปวดข้อเข่ามากเนื่องจากบริเวณเยื่อหุ้มกระดูก (periosteum) มีปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดที่ไวที่สุดต่อการกระตุ้น เมื่อผิวกระดูกอ่อนหุ้มข้อบางลง บริเวณส่วนปลายของข้อจะมีการตอบสนองด้วยการสร้างไฟโบรบลาสต์ (fibroblast) และมีการงอกของเนื้อกระดูกขึ้นใหม่ เรียกว่าออสติโอไฟท์ (Osteophyte) ขึ้นมาทดแทนบริเวณขอบกระดูกข้อ ส่วนต่อของเอ็นกระดูก (ligament) และเอ็น (tendon) ทำให้ขอบกระดูกมีลักษณะไม่เรียบ ขรุขระ และช่องว่างข้อเข่ามีขนาดแคบลง จึงเกิดการเสียดสีของขอบผิวกระดูกที่ขรุขระขณะที่มีการเคลื่อนไหว และทำให้มีเสียงกระดูกกระทบกัน (Crepitation)

หากยังไม่สามารถหยุดยั้งปัจจัยเสริมให้เกิดการเสื่อม เป็นผลให้กระดูกอ่อนผิวข้อมีการเสื่อมอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถซ่อมแซมได้ทันจะพบลักษณะของถุงน้ำเกิดขึ้นในชั้นกระดูกใต้กระดูกอ่อนผิวข้อ (subchondral bone cyst) เป็นผลจากการคั่งของสารน้ำในข้อหรืออาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงในตัวกระดูกเอง เกิดเป็นช่องมีน้ำขังอยู่ภายใน เมื่อมีจำนวนน้ำมากขึ้น แรงดันก็จะมากขึ้นและเขากระดูกอ่อนผิวข้อออกมาติดต่อกับช่องข้อ ทำให้ข้อเข่าบวม มีขนาดใหญ่ขึ้น และช่องว่างระหว่างข้อเข่าแคบลง ขอบกระดูกมาชนกันและเชื่อมติดกันส่งผลให้การเคลื่อนไหวข้อเข่าลำบาก ไม่คล่องแคล่วหรือไม่สามารถเคลื่อนไหวข้อเข่าได้จนทำให้เกิดอาการข้อเข่าติดแข็งหรือเกิดความพิการของข้อขึ้นโดยมีขาโก่ง (genu varus) หรือขาฉิ่ง (genu valgum)

ปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดข้อเข่าเสื่อม อาการเสื่อมของข้อเข่าจะมีมากขึ้นเมื่อมีปัจจัยเสริมที่สำคัญคือ

1. ความอ้วน พบว่า ความอ้วนและน้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์กับข้อเข่าเสื่อมโดยเฉพาะเพศหญิง ซึ่งอาจมีสาเหตุจากปัจจัยทางเมตาบอลิก และภาวะทางต่อมไร้ท่อและอาจมีปัจจัยจากความหนาแน่นของกระดูกในคนอ้วนมีมากกว่าคนผอม โดยคนที่มีน้ำหนักตัวมากตั้งแต่อายุ 20 ปี มีโอกาสเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่าคนปกติถึง 3.5 เท่า และเชื่อว่าน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นทำให้มีการเปลี่ยนแปลงต่อแรงที่กระทำต่อข้อเข่ามากขึ้น (ธันย์, 2545; สมชาย, 2543) โดยพบว่าในการเดินทางในแนวราบข้อเข่าต้องรับน้ำหนักประมาณ 3 เท่าของน้ำหนักตัว และเมื่อเดินขึ้นบันไดแรงที่กระทำต่อเข่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 4 เท่าของน้ำหนักตัว (พูนศรี, 2527)

2. อายุ อายุที่เพิ่มขึ้นมีผลให้ผิวข้อจะมีความยืดหยุ่นลดลง รวมทั้งมีการเสื่อมของกล้ามเนื้อและเส้นเอ็นที่ยึดข้อเข่าทำให้ข้อเข่าไม่แข็งแรงมั่นคง (Howell & Pelletier, 1993)

3. เพศ พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม และรุนแรงกว่าเพศชาย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในเพศหญิงเมื่อหมดประจำเดือนมีผลต่อการเกิดกระดูกเสื่อม (สมชาย, 2543; Smeltzer & Bare, 2001)

4. การใช้ข้อเข่า จากวัฒนธรรมประเพณีไทย ซึ่งนิยมการนั่งพับเพียบกับพื้น นั่งยอง ๆ นั่งคุกเข่าหรือนั่งขัดสมาธิ การไปทำบุญและนั่งฟังพระเทศน์ที่วัด ต้องนั่งกับพื้นนาน ๆ ข้อเข่าอยู่ในท่างอพับมากที่สุดและเกิดแรงกดทับเป็นเวลานาน ทำให้เกิดการขาดเลือดและมีอาหารไปเลี้ยงข้อเข่าไม่เพียงพอ ทำให้เกิดการเสื่อมของกระดูกอ่อนหุ้มข้อเข่าเกิดขึ้นเร็วกว่าปกติ (ไพรัช, 2530; Kart, Metress & Metress, 1992)

อาการและอาการแสดง (ประพันธ์, 2002; ประพันธ์ และ วิรัตน์, 2546; สมชาย, 2543)

1. ปวดข้อเข่า เริ่มจากมีอาการปวดเมื่อย เมื่อยืนหรือเดินนาน พอหยุดพักก็หายเมื่อเป็นมากขึ้น อาการปวดอาจมีตลอดเวลา แม้เวลานอน

2. อาการเสียดสีข้อเข่า มีเสียงดังในข้อเข่า เวลาขยับเคลื่อนไหวข้อ บางรายจะรู้สึกคล้ายผิวงูระคายหรือผิวกระดูกที่ขรุขระสีกันขณะเคลื่อนไหวข้อ

3. ข้อเข่าบวมและมีขนาดใหญ่ขึ้น เกิดการหนาตัวของกระดูกที่งอกขึ้นมาใหม่และไปติดกับเอ็นรอบ ๆ ข้อเข่า และข้อเข่าบวมอักเสบมีน้ำไขข้อมากขึ้น

4. ข้อฝืด ตึงยึด หรือข้อติดแข็ง มีอาการตึงขัดข้อหลังตื่นนอนหรือภายหลังอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนาน ๆ ข้อฝืดมักมีอาการสั้นเพียงไม่กี่นาทีไม่เกิน 30 นาที (Ignatavicious, Workman & Mishler, 1999) ถ้าหากเป็นมากขึ้นจะทำให้ขึ้นลงบันไดลำบาก นั่งยอง ๆ หรือนั่งพับเพียบไม่ได้

หรือได้ไม่นาน และเมื่อนั่งอาจลุกไม่ขึ้นต้องมีคนพยุงขึ้น เดินไกลไม่ได้ และอาจต้องใช้ไม้เท้าช่วยพยุงเวลาเดิน บางคนมีอาการปวดมากเมื่อเคลื่อนไหวข้อเข่าทำให้ต้องลดกิจกรรมที่เคลื่อนไหวข้อเข่า ข้อเข่าขยับได้ไม่เต็มพิสัยของการเคลื่อนไหวรวมกับการหนาตัวของกระดูกที่งอกใหม่ทำให้เกิดข้อเข่าติดแข็งได้

5. ข้อเข่าคด ผิดรูปร่าง ขาโก่ง หรือขาฉิ่ง

การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม

จุดมุ่งหมายในการรักษาโรคนี้ คือ การลดความปวด หยุดยั้งการเสื่อมของกระดูกอ่อนไม่ให้มากขึ้น ลดความรุนแรงของโรคป้องกันหรือแก้ไขความพิการผิดรูปของข้อ โดยวิธีการรักษา ดังนี้

1. การรักษาโดยการใส่ยา มีจุดมุ่งหมายหลัก (สมชายและอุทิศ, 2541)

1.1 ลดความปวด เริ่มจากการใส่ยาแก้ปวดทั่วไปก่อน เช่น ยาพาราเซตามอล หากไม่ดีขึ้นจึงพิจารณาใส่ยาต้านอักเสบชนิดไม่สเตียรอยด์เพราะอาจพบผลข้างเคียงได้มากกว่า

1.2 ชะลอความเสื่อมสลายหรือเสริมสร้างกระดูกอ่อนให้ดีขึ้นซึ่งยังไม่มียาที่สามารถพิสูจน์ว่าได้ผลชัดเจน

1.3 เพิ่มการหล่อลื่นในข้อเข่าโดยการฉีดสารหล่อลื่นในข้อเข่า (Viscosupplementation) ได้ผลการรักษาเป็นระยะเวลาประมาณ 6 เดือน

2. การรักษาโดยไม่ใส่ยา

โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นสิ่งที่รักษาหรือบรรเทาให้อาการทุเลา และลดความรุนแรงของโรคได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับความพยายามและความเข้าใจของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจริง ๆ แล้วโรคนี้เป็นโรคที่สามารถรักษาด้วยตนเองได้ผลดีมาก หากรู้จักการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง โดยตัดปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดข้อเข่าเสื่อมที่สามารถปฏิบัติได้ เช่น ความอ่อนเพลียลดน้ำหนัก นั่งเก้าอี้แทนการนั่งพับเพียบ ที่พื้นหรือนั่งยอง (ยงยุทธ, 2545) นอกจากนี้การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู เช่น การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญของความสำเร็จในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อเพิ่มสมรรถภาพความแข็งแรงของข้อ ลดข้อติดแข็ง การใช้ไม้เท้า ไม้ค้ำยัน การประคบร้อน เพื่อลดอาการปวด (ไพจิตต์, 2541)

3. การรักษาด้วยการผ่าตัด

ในระยะแรกทำโดยการผ่าตัดส่องกล้องล้างข้อเข่า (Arthroscopic debridement) ระยะปานกลาง ทำการผ่าตัดกระดูกเพื่อแก้ไข การผิดรูป (Osteotomy) และระยะรุนแรงทำการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (Total Knee arthroplasty)

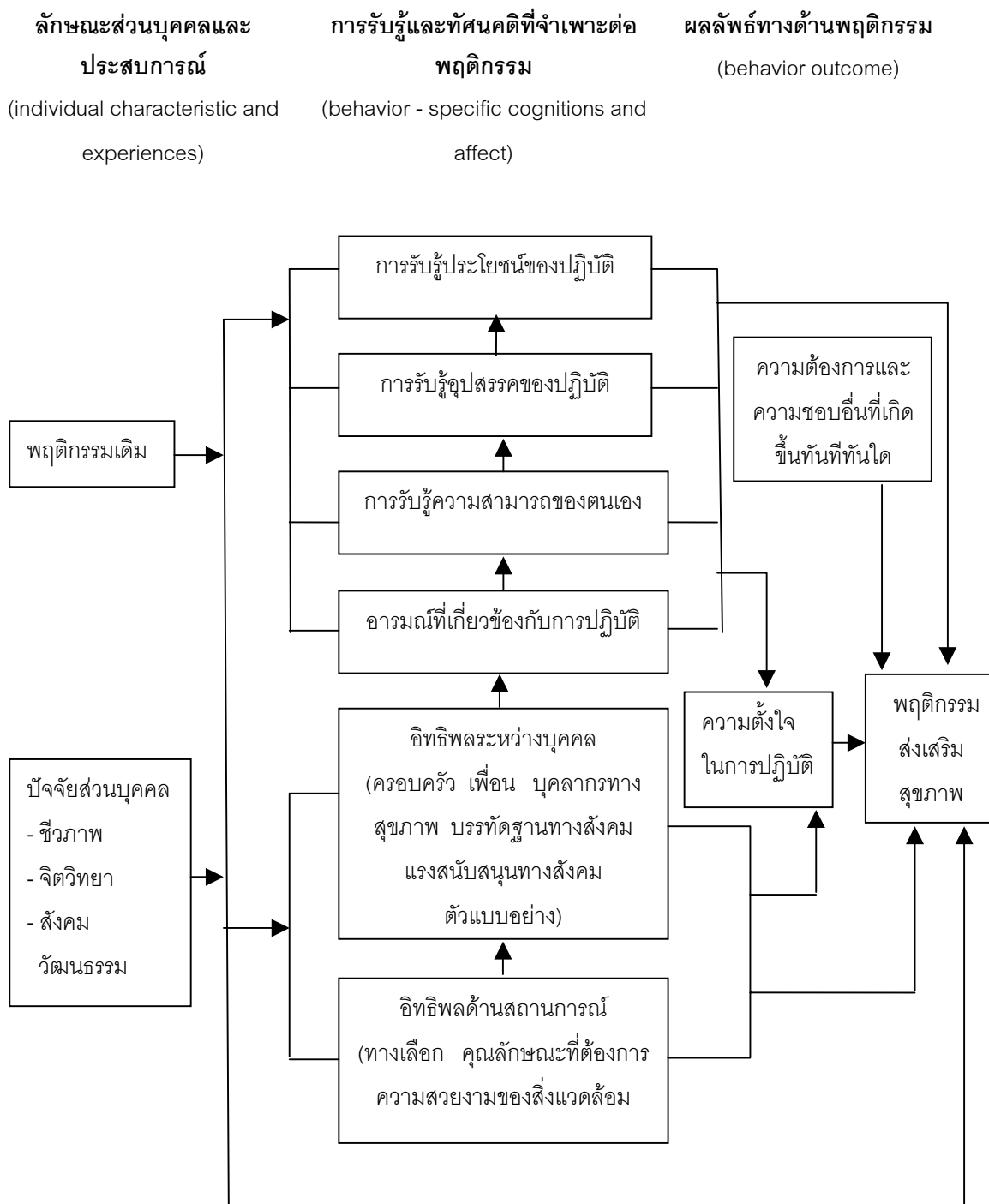
การผ่าตัดมีจุดมุ่งหมายเพื่อแก้ไขความพิการของข้อ บรรเทาความเจ็บปวด และทำให้ข้อเคลื่อนไหวได้มากขึ้น (วัลลภ, 2533) จะผ่าตัดให้เฉพาะรายที่มีความรุนแรงมาก ซึ่งการผ่าตัดเปลี่ยน

ข้อเข่าเทียมจะได้ผลดีในผู้ป่วยที่กล้ามเนื้อบริเวณข้อมีความแข็งแรงมากพอเท่านั้น (ยงยุทธ, 2545; Cicero, 1986)

โดยสรุปโรคข้อเข่าเสื่อมเกิดจากความเสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้อที่บุปลายกระดูก ลักษณะการเสื่อมจะค่อยเป็นค่อยไปตามระยะเวลาการใช้งาน เริ่มจากกระดูกอ่อนผิวข้อเปลี่ยนจากสีขาว ใส เรียบ เป็นสีเหลืองหรือน้ำตาลขุ่น บางส่วนนูน ผิวไม่เรียบ เมื่อเสื่อมมากขึ้นผิวกระดูกอ่อนที่จะร่อนหลุดจนกระดูกอ่อนหุ้มข้อบางลง บางแห่งร่อนจนถึงเนื้อกระดูก กระดูกอ่อนที่หลุดจะตกค้างในช่องว่างระหว่างข้อทำให้อักเสบเกิดอาการปวดข้อเข่ามาก และต่อมากจะมีการงอกของกระดูกใหม่มาทดแทนบริเวณขอบกระดูกข้อส่วนต่อของเอ็นกระดูก และเอ็นมีผลให้ช่องว่างข้อเข่าแคบลงเกิดเสียงขณะมีการเคลื่อนไหว หากมีการเสื่อมต่อเนื่องจะพบถุงในชั้นกระดูกได้ กระดูกอ่อนผิวข้อทำให้ข้อบวม การเคลื่อนไหวข้อเข่าลำบาก ถ้าไม่มีการเคลื่อนไหวข้อเข่าอาจเกิดข้อติดแข็งได้ การรักษาโรคมีทั้งการใช้ยา ได้แก่ ยาลดปวด ยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ การรักษาโดยการไม่ใช้ยาเป็นการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้องโดยการตัดปัจจัยเสริมที่ทำให้ข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ ควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วน การใช้ข้อที่ถูกต้อง การบริหารข้อเข่า การใช้ไม้เท้า ไม่ค้ำยัน และการประคบร้อนเพื่อลดปวด

แนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

แนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) จะมุ่งเน้นที่ชี้ให้เห็นความสามารถของบุคคล ซึ่งเพนเดอร์ได้พัฒนาและปรับปรุงแนวคิดนี้เมื่อ ค.ศ. 1987 จากแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) โดยได้กล่าวถึง ความสำคัญของกระบวนการรับรู้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และอธิบายพฤติกรรมที่ปฏิบัติต่อเนื่องจนเป็นวิถีชีวิตประจำวัน ต่อมาได้ทำการศึกษาวิจัยไปเรื่อย ๆ จนได้มีการปรับปรุงรูปแบบขึ้นใหม่ในปี ค.ศ. 1996 โดยตัดปัจจัยบางตัวออก ได้แก่ ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ สิ่งชักนำให้กระทำ และได้เพิ่มตัวแปรปัจจัยด้านประชากรและคุณลักษณะทางชีวภาพของประชากร ส่วนตัวแปรการให้คำจำกัดความของสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านประชากรและคุณลักษณะทางชีววิทยานั้นได้ปรับอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล ทำให้แนวคิดแบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ปี ค.ศ.1996 มีตัวแปรทั้งหมดรวม 10 ตัวแปร จากเดิมที่มี 13 ตัวแปร ดังภาพที่ 2



ภาพประกอบ 2 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

หมายเหตุ. จาก "Health Promotion in Nursing practice" (p. 67), by N. J. Pender, 1996, Copyright 1996 by Appleton & Lange.

แนวคิดแบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ปี คศ. 1996 (Pender, 1996) ประกอบด้วยองค์ประกอบหลักสำคัญ 3 ส่วน ดังนี้

1. คุณลักษณะและประสบการณ์ส่วนบุคคล (individual characteristic and experiences) บุคคลแต่ละคนมีคุณลักษณะและประสบการณ์ที่เฉพาะ ซึ่งจะมีผลต่อการกระทำที่ตามมาภายหลัง ความสำคัญของผลที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายโดยผ่านการพิจารณา ซึ่งอาจเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์สูงกับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมาย แต่ไม่ใช่ในประชากรทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วย

1.1 พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง (prior related behavior) พฤติกรรมที่บุคคลเคยปฏิบัติมาก่อนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) มีอิทธิพลโดยตรงต่อการรับรู้ และความรู้สึกที่จำเพาะต่อพฤติกรรมได้เท่า ๆ กับที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย

1.2.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ (personal biological factors) ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย (body mass index) ภาวะเจริญพันธุ์ (pubertal status) ภาวะหมดประจำเดือน (menopausal status) สมรรถภาพด้านแอโรบิก (aerobic capacity) ความแข็งแรง (strength) ความคล่องแคล่ว ว่องไว (agility) และความสมดุล (balance)

1.2.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยา (personal psychologic factors) ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (self-esteem) แรงจูงใจในตนเอง (self motivation) ความสามารถของตนเอง (personal competence) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (percieved health status) และคำจำกัดความของสุขภาพ (definition of health)

1.2.3 ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม (personal sociocultural factors) ได้แก่ เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ วัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย (acculturation) การศึกษาสภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม

2. การรับรู้และทัศนคติที่จำเพาะต่อพฤติกรรม (behavior - specific cognitions and affect) ตัวแปรกลุ่มนี้ได้รับพิจารณาเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญในการจูงใจมากที่สุด และเป็นแกนสำคัญสำหรับการบำบัด เนื่องจากสามารถปรับเปลี่ยนได้ด้วยวิธีการทางการแพทย์ประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (perceived benefits of action) ในการวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมบุคคลมักคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่ได้รับหรือผลลัพธ์ทางบวกที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งจะเป็นการเสริมแรงของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น โดยอาศัยประสบการณ์ และการปฏิบัติในอดีตของตนเองหรือเรียนรู้จากการสังเกตสิ่งต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามา หรือจากผลของการ

ปฏิบัติที่อาจจะเกิดขึ้น การคาดการณ์ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติจะเป็นสิ่งจูงใจในการปฏิบัติ พฤติกรรมนั้น ๆ โดยบุคคลมีแนวโน้มที่จะพยายามปฏิบัติพฤติกรรมที่คาดว่าจะเกิดประโยชน์ ประโยชน์ดังกล่าวมีทั้งภายในและภายนอก ประโยชน์ภายใน เช่นการเพิ่มความตื่นตัว (increase alertness) และการลดความรู้สึกเหนื่อยล้า (decreased feeling of fatigue) และประโยชน์ ภายนอก เช่น รางวัล ทรัพย์สิน เงินทอง หรือการเข้าร่วมกลุ่มในสังคม การรับรู้ประโยชน์ภายนอก เป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้บุคคลเริ่มปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งต่อมากการรับรู้ประโยชน์ภายในอาจ เป็นแรงจูงใจที่ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีอิทธิพล โดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ข้างต้นมีอิทธิพลโดยตรงด้วย การจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรม และโดยอ้อมผ่านเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน

2.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (perceived barrier to action) เป็นการรับรู้ อุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรม มีผลต่อความตั้งใจและการลงมือปฏิบัติพฤติกรรม ของบุคคล ซึ่งอุปสรรคเหล่านี้ อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นหรือสิ่งที่คิดคาดคะเน เช่น การรับรู้สิ่งที่ส่งผลให้ ไม่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง (perceptions concerning the unavailability) ความไม่สะดวก สบาย (inconvenience) ค่าใช้จ่าย (expense) ความยากลำบาก (difficulty) การสูญเสียเวลา (time-consuming nature of a particular action) อุปสรรคถูกมองว่าเป็นสิ่งขัดขวางไม่ให้บุคคล ปฏิบัติพฤติกรรม หรือทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อบุคคลมีความพร้อมในการ ปฏิบัติต่ำ หรือได้รับรู้อุปสรรคมาก การปฏิบัติพฤติกรรมก็จะไม่เกิดขึ้น แต่หากเมื่อความพร้อมใน การปฏิบัติพฤติกรรมสูง หรือการรับรู้อุปสรรคน้อยความเป็นไปได้ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมก็จะมากขึ้น การรับรู้อุปสรรคมีอิทธิพลโดยตรงด้วยการขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และโดยอ้อมผ่าน เจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนลดลง

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (perceived self efficacy) เป็นการตัดสินความ สามารถของบุคคลว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จในระดับใด โดยไม่คำนึงว่าบุคคลนั้นจะมีทักษะ ในการทำกิจกรรมนั้นหรือไม่ การรับรู้เกี่ยวกับทักษะและความสามารถเป็นแรงจูงใจสำคัญ ของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม บุคคลที่รู้ว่าตนเองมีความสามารถและมี ทักษะสูงจะสนับสนุนให้บุคคลบรรลุถึงพฤติกรรมเป้าหมายมากกว่าบุคคลที่รับรู้ความ สามารถต่ำ การเรียนรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองแต่ละคนมีพื้นฐานมา จาก 4 ประการ คือ 1) การปฏิบัตินั้นบรรลุผลสำเร็จตามมาตรฐานที่ตนเองได้ตั้งไว้ 2) การ สังเกตเห็นการปฏิบัติของผู้อื่นแล้วนำมาเปรียบเทียบกับตนเอง 3) การชักจูงด้วยคำพูดของผู้อื่น ทำให้บุคคลดึงความสามารถของตนเองออกมาใช้ในการทำกิจกรรมนั้น 4) สภาพทางด้านร่างกาย

เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความสงบ ความเจ็บ สิ่งเหล่านี้บุคคลนำมาตัดสินความสามารถของตนเอง ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองยิ่งสูงจะยิ่งรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติต่ำ การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลโดยตรงต่อการส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรม และโดยอ้อมผ่านการรับรู้อุปสรรคและความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผน

2.4 อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม (activity-related affect) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นพื้นฐานของการกระตุ้นพฤติกรรมของตนเอง การตอบสนองทางอารมณ์อาจอยู่ในระดับน้อย ปานกลาง หรือรุนแรง อารมณ์ดังกล่าว จะถูกนิยามตามความรู้สึกความเข้าใจ แล้วถูกเก็บไว้ในความทรงจำ และนำมาเป็นความคิดต่อการปฏิบัติ ภายหลังการตอบสนองทางอารมณ์ต่อพฤติกรรม มี 3 องค์ประกอบ คือ อารมณ์เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรม (activity related) อารมณ์ของตัวผู้ปฏิบัติเอง (self related) และอารมณ์เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมในขณะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น (context-related) อารมณ์นั้นอาจเป็นอารมณ์ความรู้สึกด้านบวกหรือด้านลบก็ได้ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับอารมณ์ความรู้สึกด้านบวกจะทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำ และถ้าเป็นอารมณ์ความรู้สึกด้านลบบุคคลมักจะหลีกเลี่ยง อารมณ์ข้างต้นมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และโดยอ้อมผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเองและความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences) เป็นการเรียนรู้ ความเชื่อ หรือทัศนคติของบุคคลอื่น แหล่งข้อมูลเบื้องต้นของอิทธิพลระหว่างบุคคล คือ ครอบครัว เพื่อนและบุคลากรทางสุขภาพ รวมถึงบรรทัดฐานทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม และตัวอย่าง ซึ่งบุคคลจะพยายามปฏิบัติพฤติกรรมเฉพาะที่น่าชื่นชมและสังคมยกย่อง อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและโดยอ้อมผ่านแรงกดดันทางสังคม เพื่อการกระตุ้นความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน

2.6 อิทธิพลด้านสถานการณ์ (situation influences) การรับรู้และการเรียนรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์หรือบริบทใด ๆ สามารถทำให้เกิด หรือขัดขวางต่อการแสดงพฤติกรรมอิทธิพลของสถานการณ์ที่มีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่เหมาะสม คุณลักษณะที่ต้องการ ความสวยงามของสิ่งแวดล้อม สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และโดยอ้อมผ่านความตั้งใจในการปฏิบัติตนพฤติกรรมตามแผน

3. ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม (behavior outcome) จุดเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรมมาจาก การกำหนดความตั้งใจเพื่อวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมประกอบด้วย 3 ปัจจัยย่อยดังนี้

3.1 ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน (commitment to a plan of action)

เป็นการตกลงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามที่กำหนด เป็นจุดเริ่มต้นที่ชักจูงให้บุคคลเข้าสู่การปฏิบัติพฤติกรรม ยกเว้นเมื่อมีความชอบหรือความต้องการอื่นที่เหนือกว่าเข้ามาจึงทำให้บุคคลไม่ได้ปฏิบัติพฤติกรรมตามที่ตั้งใจ ซึ่งอยู่ภายในกระบวนการด้านความคิด 2 ส่วน คือ ความตั้งใจที่มีต่อการปฏิบัติเฉพาะในเวลาสถานที่ที่กำหนดกับบุคคลอื่นหรือปฏิบัติเพียงลำพัง และความนึกคิดเกี่ยวกับกลวิธีที่เฉพาะในการปฏิบัติให้เป็นผลสำเร็จและเป็นแรงเสริมในการปฏิบัติพฤติกรรมซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นเพราะถ้ามีแต่เพียงความตั้งใจโดยไม่มีกลวิธีที่เหมาะสมมักจะปฏิบัติพฤติกรรมไม่สำเร็จ

3.2 ความต้องการและความชอบอื่นที่เกิดขึ้นทันทีทันใด (immediate competing demands and preferences)

เป็นพฤติกรรมทางเลือกอื่น ๆ ที่แทรกเข้ามาทันทีทันใด และบุคคลควบคุมได้ในระดับต่ำ ความพอใจที่เกิดทันทีทันใดเป็นทางเลือกที่ให้ผลตอบแทนมากกว่าจึงทำให้สามารถล้มเลิกพฤติกรรมสุขภาพ

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health promotion behavior) เป็นเป้าหมายสุดท้าย

หรือผลลัพธ์ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพนี้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้านได้แก่ ความรับผิดชอบ (health responsibility) การออกกำลังกาย (physical activity) โภชนาการ (nutrition) สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (interpersonal relation) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (spiritual growth) และการจัดการกับความเครียด (stress management)

โดยสรุปแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เป็นรูปแบบการผสมผสานศาสตร์ของพยาบาลและพฤติกรรมศาสตร์ มีความเชื่อว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่อง มองสุขภาพในด้านบวก มีองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน คือ 1) ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ ประกอบด้วย พฤติกรรมในอดีต และปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัจจัยด้านการรับรู้และทัศนคติที่จำเพาะต่อพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ 3) ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม ประกอบด้วยความตั้งใจในการปฏิบัติ พฤติกรรมตามแผนความต้องการและความชอบอื่นที่เกิดขึ้นทันทีทันใด และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

เนื่องจากยังไม่มีวิธีการใดที่สามารถยับยั้งกระบวนการเสื่อมของข้อเข่าที่เกิดขึ้นได้ วิธีที่ดีที่สุดที่สุดสำหรับผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่จะทำให้ความรุนแรงโรคลดลง นั่นคือ การปฏิบัติตนที่ถูกต้องของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม (ปราณี, 2540; สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2542) ซึ่งมีดังต่อไปนี้

1. ด้านการออกกำลังกาย

ความจำเป็นที่ต้องมีการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เนื่องจากการช่วยให้ข้อเคลื่อนไหวได้ดีขึ้นไม่ติดแข็ง และกล้ามเนื้อที่ยึดรอบ ๆ ข้อต่อมีความแข็งแรงขึ้น การบริหารข้อและกล้ามเนื้อส่วนที่เสื่อมจะช่วยบรรเทาอาการปวดให้ลดน้อยลงเรื่อย ๆ จนหายไปได้ และยังช่วยชะลอความเสื่อมของข้อป้องกันความพิการต่าง ๆ ได้ (วรรณิ, 2539; Petrella, 1999) ซึ่งวิธีการบริหารกล้ามเนื้อที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม คือ การบริหารกล้ามเนื้อควอดโรเซ็ปส์ (quadriceps femoris) เพราะกล้ามเนื้อนี้มีส่วนสำคัญมากในการทรงตัว ถ้ากล้ามเนื้ออ่อนแรงจะทำให้ไม่มีเครื่องผ่อนหรือแรงรับข้อเข่าเวลาใช้งาน ทำให้กระดูกกระดูกหรือกอดกันเกิดความเสื่อมมากขึ้น (วรรณิ, 2539) และการออกกำลังกายของผู้สูงอายุควรเป็นการออกกำลังกายที่ไม่รุนแรง เป็นไปด้วยความสนุกสนาน กระทำเมื่อไรก็ได้แต่ต้องถูกวิธี (Pender, 1987) การออกกำลังกายเพื่อให้กล้ามเนื้อที่ยึดข้อมีความแข็งแรงจะมีการเน้นในเรื่องการเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ ให้เต็มที่ (range of motion exercise) และการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออาร์มสริง (hamstrings) และกล้ามเนื้อแกสโตรคเนเมียส (gastrocnemius) มีดังนี้ (ธัญย์, 2538; ปองจิตร์, 2544; วรรณิ, 2539; Petrella, 1999)

1.1 การเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ ให้เต็มที่ (range of motion exercise) เพื่อป้องกันข้อยึดติดและลดอาการปวดข้อ โดยการงอและเหยียดข้อเข่าอย่างเต็มที่ สลับข้างกัน แต่ละข้างทำซ้ำครั้งละ 10 ครั้ง ในระยะแรกบริหารทุก 2-3 ชั่วโมง หรืออย่างน้อยวันละ 3 เวลา ภายใน 1-2 สัปดาห์ ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจะเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ ได้คล่องมากขึ้น อาการปวดลดน้อยลงด้วย การบริหารทำนี้จะปวดมากในครั้งแรกที่เคลื่อนไหวแต่ครั้งต่อ ๆ มาจะปวดน้อยลง

1.2 การเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (strengthening exercise) การบริหารเพื่อเพิ่มกำลังและความสามารถในการทำงานของกล้ามเนื้อ ได้แก่

1.2.1 การบริหารแบบไอโซเมตริกหรือสเตติก (isometric or static exercise) เป็นการบริหารโดยใช้กล้ามเนื้อหดตัวอยู่กับที่สลับกับท่าคลายตัวของกล้ามเนื้อโดยไม่มีเคลื่อนไหว

ของข้อ (เสก, 2534) ทำการบริหารที่กำหนดในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม คือ การเหยียดขาตรงเกร็งกล้ามเนื้อ โดยการกระดกข้อเท้าเข้าหาตัวให้มากที่สุดโดยนับ 1 ถึง 5 แล้วคลายออกในท่าพักประมาณ 3-5 วินาที และเกร็งกล้ามเนื้อสลับกับการคลายจนครบตามจำนวนที่กำหนดคือ 10 ครั้ง วันละ 3 เวลา ควรทำสม่ำเสมอ เป็นการเพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อ อาจจะทำนั่งหรือทำนอนก็ได้

1.2.2 การบริหารแบบไอโซโทนิคหรือไดนามิค (isotonic or dynamic exercise) เป็นการบริหารโดยมีการเปลี่ยนแปลงความยาวของกล้ามเนื้อและมีการเคลื่อนไหวของข้อแบ่งเป็น 4 แบบ คือ 1) ออกแรงโดยใช้แรงดึงดูดของโลกเป็นตัวต้านการเคลื่อนไหว โดยการนั่งเก้าอี้ห้อยเท้า แล้วยกขาข้างหนึ่งขึ้นสูงเท่าระดับเก้าอี้เกร็งกล้ามเนื้อต้นขาไว้ โดยนับ 1 ถึง 5 แล้ววางขาข้างนั้นพักลง ขาอีกข้างทำในลักษณะเดียวกัน ทำสลับกัน ข้างละ 15-20 ครั้ง อย่างน้อยวันละ 3 เวลา และเพิ่มได้เมื่อไม่เกิดอาการปวดเข่า (ปองจิตร, 2544) 2) ออกแรงโดยแรงดึงดูดของโลกเป็นตัวต้านการเคลื่อนไหวโดยมีการ เคลื่อนไหวข้อเข่าเล็กน้อย ระหว่างการบริหาร โดยผู้บริหารอยู่ในท่านั่งหรือนอน ทำหมอนข้างหรือม้วนผ้าขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 3 นิ้ว รองใต้ข้อเข่า ขณะยังไม่ได้เกร็งกล้ามเนื้อต้นขา ข้อเข่าจะพักอยู่บนอุปกรณ์ที่ใช้อรอง และเมื่อเกร็งกล้ามเนื้อต้นขา ใต้ข้อเข่าจะกดอยู่กับอุปกรณ์ที่ใช้อรอง ปลายขาจะยกขึ้นพ้นจากพื้น เกร็งกล้ามเนื้อต้นขาไว้ โดยนับ 1 ถึง 5 แล้วพักขาข้างนั้นลง ขาอีกข้างทำในลักษณะเดียวกัน ทำสลับกัน จำนวน 10 ครั้ง อย่างน้อยวันละ 3 เวลา ทำนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่ามากหรือมีอาการบวม 3) ออกแรงโดยผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมออกแรงต้านโดยสามารถ ออกแรงต้านได้มากน้อยตามความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เช่น นั่งบนเก้าอี้ คล้องผ้าไว้ใต้เท้า ดึงผ้าด้วยมือทั้ง 2 ข้าง เข่างอ ยกขึ้นจากพื้น 4-5 นิ้ว โดยเท้าเหยียดลง และมือดึงผ้ายกเท้าขึ้นในลักษณะต้านกัน ค้างไว้ 5-10 นาที แล้วยกลง พักสักครู่ สลับข้างกัน ทำซ้ำ 10 ครั้ง ทุกวัน อย่างน้อยวันละ 3 เวลา 4) ออกแรงโดยใช้เครื่องมือเป็นตัวต้านเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะเพิ่มความ แข็งแรงของกล้ามเนื้อ การบริหารทำนี้ทำโดยการนั่งเก้าอี้ วางน้ำหนัก (ถุงทราย) บนข้อเท้าแล้วนั่งห้อยเท้าเหยียดเข้าให้ตรงขนานกับพื้น พร้อมทั้งกระดกข้อเท้าขึ้น นับ 1 ถึง 5 แล้ววางลง ในระยะ แรกที่ออกกำลังเริ่มใช้ถุงทราย 0.5 กิโลกรัมก่อน แล้วค่อยเพิ่มน้ำหนักขึ้น

การศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 60 ไม่มีการออกกำลังกาย (สิรินทร์, 2538) ส่วนในเรื่องวิธีการออกกำลังกาย เช่น การยกขาขึ้นทั้งท่อน การงอและเหยียดขาเต็มที่ การเหยียดขาตรง เกร็งกล้ามเนื้อ กระดกข้อเท้าเข้าหาตัวมากที่สุด พบว่า จำนวนครั้งในการออกกำลังกายค่อนข้างน้อย โดยการบริหารข้อเข่าเฉลี่ยวันละ 1-2 ครั้ง (ขวัญฤตา, 2541; นงรัตน์ 2542)

2. ด้านโภชนาการ

การมีน้ำหนักตัวมากจะเป็นเหตุให้เกิดแรงที่กระทำต่อข้อเข่าเพิ่มมากขึ้น (Schoen, 1985) โดยพบว่าน้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดข้อเข่าเสื่อม คือ คนปกติขณะเดินจะมีแรงผ่านประมาณ 3 เท่าของน้ำหนักตัว ขณะก้าวขึ้นลงบันได จะมีน้ำหนักกดลงข้อเข่าประมาณ 4-5 เท่าของน้ำหนักตัว ขณะวิ่งออกกำลังข้อเข่าจะมีแรงกระทำ 3-10 เท่าของน้ำหนักตัว และคนปกติเมื่อสามารถลดน้ำหนัก 1 กิโลกรัมจะสามารถลดแรงที่กระทำข้อเข่าได้ถึงประมาณ 3 กิโลกรัม (ประพันธ์และวิรัตน์, 2546) ดังนั้นการควบคุมน้ำหนักตัวจึงจำเป็นมากเพราะจะช่วยชะลอความเสื่อมได้ ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจึงไม่ควรมีดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) เกินกว่าปกติคือ 20-24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร (Tanphichir,1996 อ้างตามวิมลรัตน์: 2543)

สาเหตุของการที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานอาหารให้พลังงานเข้าไปมากกว่าร่างกายสามารถเผาผลาญได้หมด โดยเฉพาะในวัยสูงอายุกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง การใช้แรงงานหนักต่าง ๆ น้อยลง และอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายมีการทำงานน้อยลง ทำให้ความต้องการพลังงานของผู้สูงอายุลดลง จึงทำให้พลังงานเหลือใช้ มีโอกาสอ้วนง่าย การลดน้ำหนักสามารถทำได้ หลายวิธี แต่ถ้าใช้วิธีการออกกำลังกายโดยไม่ลดอาหารจะไม่สามารถลดความอ้วนได้ วิธีที่ได้ผลดี คือ โดยการออกกำลังกายร่วมกับการลดน้ำหนัก (ประพันธ์และวิรัตน์, 2546; สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาเบื้องต้นในการออกกำลังกาย และลดน้ำหนักในผู้สูงอายุอ้วนที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมพบว่า ในระยะเวลา มากกว่า 6 เดือนที่ควบคุมอาหารและออกกำลังกาย ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่อ้วนสามารถทำให้ความปวด ความ สามารถช่วยเหลือตนเอง และสภาพทั่วไปมีสภาพที่ดีขึ้น และอาจจะมีประโยชน์ในการปรับปรุงท่าทางการเดินเมื่อเปรียบเทียบเฉพาะการออกกำลังกายเพียงอย่างเดียว (Messier,el al, 2000) การเลือกรับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักในโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถกระทำได้ถึงแม้ไม่มีอาหารเฉพาะโรค (ประพันธ์และวิรัตน์, 2546; วรณีย์, 2539) ดังนี้

2.1 รับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ แต่ในแต่ละมื้อค่อย ๆ ลดปริมาณอาหารเพื่อให้ร่างกายค่อย ๆ ปรับสภาพหรือถ้าเป็นไปได้ให้พยายามลดมื้อเย็น หรือรับประทานมื้อเย็นให้น้อยที่สุด เพราะอาหารมื้อเย็นส่วนใหญ่ร่างกายไม่ได้นำมาใช้จะสะสมในรูปของไขมัน

2.2 ลดอาหารพวกแป้ง น้ำตาล และไขมัน ในการประกอบอาหาร หลีกเลี่ยงการปรุงอาหารด้วยการทอด ให้พยายามปรุงโดยการนึ่ง ปิ้ง อบ เผา แทน

2.3 งดอาหารจุกจิกระหว่างมื้อ

2.4 รับประทานผัก ผลไม้ และดื่มน้ำเปล่ามาก ๆ งดน้ำหวาน น้ำอัดลม เหล้า เบียร์ น้ำชา กาแฟ

2.5 หลีกเลี่ยงอาหารประเภทที่มีไขมันหรือโคเลสเตอรอลสูง เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู แกงกะทิ ลาบหมู แกงฮังเล แคบหมู เครื่องในสัตว์ หมูสามชั้น และไข่แดง เป็นต้น พวกเนื้อปลาจะเหมาะสำหรับผู้สูงอายุเพราะเนื้อปลามีไขมันต่ำกว่าเนื้อสัตว์อื่นและย่อยง่าย การรับประทานอาหารไขมันไม่ควรเกิน ร้อยละ 20-25 ของการบริโภคอาหารทั้งหมด

2.6 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบจำพวกขนมหวานต่าง ๆ เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง สังขยา ลอดช่อง อาหารเชื่อม เค้ก ไอศกรีม เพราะนอกจากจะให้พลังงานสูงแล้วยังกระตุ้นความอยากรับประทานอาหารมากยิ่งขึ้น

2.7 ควรรับประทานอาหารที่มีเส้นใยอาหาร (fiber) สูงมาก ๆ ซึ่งจะช่วยลดระดับโคเลสเตอรอล อาหารที่มีเส้นใยอาหารสูง ได้แก่ ข้าวโพดอ่อน ถั่วเขียว ถั่วพักยาว ถั่วแระ เม็ดแมงลัก แอปเปิ้ล ฝรั่ง และแครอท

2.8 ควรเคี้ยวอาหารช้า ๆ เพื่อว่าอาหารที่เข้าไปจะกระตุ้นระดับน้ำตาลในเลือดทำให้ความรู้สึกอยากอาหารลดลง

2.9 เมื่อเริ่มรู้สึกอึดให้หยุดรับประทานอาหารทันทีแล้วดื่มน้ำตาม ไม่ควรรับประทานอาหารจนอึดเต็มที่

2.10 พยายามหลีกเลี่ยงงานเลี้ยงนอกบ้าน หากวันใดจะไปงานเลี้ยงนอกบ้านต้องรับประทานอาหารมื้ออื่น ๆ ให้น้อยลง

2.11 หลีกเลี่ยงการเติมเครื่องปรุงอาหาร เช่น การรับประทานก๋วยเตี๋ยว ต้องหลีกเลี่ยงการเติมน้ำตาล

2.12 ต้องพยายามสร้างความมุ่งมั่น เตือนสติตัวเองเสมอในการควบคุมอาหาร เช่น ชั่งน้ำหนักตัวเองทุกวัน หรือทำตารางโปรแกรมรับประทานอาหาร รวมถึงโปรแกรมการออกกำลังกาย

การศึกษาพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมนั้นพบว่า มีทั้งที่มีพฤติกรรมที่ดีเหมาะสมและบางส่วนยังไม่เหมาะสม ดังเช่น การศึกษาของชวัญตา (2541) พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมด้านโภชนาการต่อสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในกรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับที่ดี กลุ่มตัวอย่างมีรูปแบบในการรับประทานอาหารเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย รวมถึงการควบคุมน้ำหนักได้อย่างเหมาะสม แต่การศึกษาของนงรัตน์ (2542) พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จังหวัดนครศรีธรรมราช

ในเรื่องการปรับปรุงพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร ผู้สูงอายุไม่เคยควบคุมน้ำหนักถึงร้อยละ 63.6 รองลงมาควบคุมบ้าง แต่ไม่สม่ำเสมอร้อยละ 34.9 และปฏิบัติตนในการควบคุมน้ำหนัก ส่วนใหญ่ลดอาหารพวกแป้ง น้ำตาล และไขมัน ร้อยละ 58.3

3. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการใช้ข้อ

ควรหลีกเลี่ยงการมีอิริยาบถที่ไม่ถูกต้องที่มีผลทำให้ข้อเข่าต้องรับแรงกด เกิดความเครียดหรือแรงกดทับที่ทำต่อข้อเป็นเวลานาน ๆ ซึ่งเป็นปัจจัยทำให้เกิดการเสื่อมของกระดูกอ่อนหุ้มข้อเข่ามากขึ้น สามารถปฏิบัติได้โดย (ประพันธ์และวิรัตน์, 2546; วรณี, 2539; Hochberg, et al, 1995)

3.1 ท่านั่ง ไม่ควรนั่งพับเพียบ หลีกเลี่ยงการนั่งขัดสมาธิ การนั่งคุกเข่า นั่งยอง หรือนั่งราบกับพื้น เนื่องจากจะทำให้ผิวกระดูกอ่อนหุ้มข้อเข่าเสียดสีมากขึ้น ควรนั่งบนเก้าอี้สูงระดับเข่า ซึ่งเมื่อนั่งห้อยขาแล้วฝ่าเท้าจะวางราบกับพื้นพอดี

3.2 เวลาเข้าห้องน้ำ ควรหลีกเลี่ยงท่านั่งส้วมที่ข้อเข่าเต็มที่ เช่น การนั่งยอง ๆ ควรใช้ส้วมชักโครกแบบโถนั่ง เพราะเป็นท่าที่สบาย ลดการเสียดสีในข้อเข่า แต่ถ้าไม่มีส้วมชนิดนี้ในบ้าน อาจดัดแปลงโดยใช้เก้าอี้ไม้เจาะรูตรงกลางแล้วนำไปตั้งคร่อมส้วมซึม

3.3 หลีกเลี่ยงการอยู่ในอิริยาบถใด ๆ นานเกินไป เช่น ไม่ควรยืน เดิน นั่ง นานเกินไป ควรหาโอกาสนอนหลับพักผ่อนในช่วงบ่ายประมาณวันละ 1 ชั่วโมง

3.4 หลีกเลี่ยงการขึ้น-ลงบันได หากจำเป็นต้องขึ้น-ลงบันไดควรปฏิบัติดังนี้ การลงบันไดให้ก้าวขาข้างที่ปวดเข่าลงบันได โดยเหยียดเข่าตรงทิ้งน้ำหนักตัวลงขาข้างปวด ขาอีกข้างก้าวตาม ส่วนการขึ้นบันไดให้กลับกัน คือ ก้าวขาข้างที่ไม่ปวดขึ้นก่อน แล้วโถมน้ำหนักตัวไปข้างหน้า ก้าวขาข้างที่ปวดเข่าขึ้นตาม ถ้าปวดทั้ง 2 ข้างควรหลีกเลี่ยงขึ้นบันไดโดยเคร่งครัด

3.5 ควรนอนบนเตียง ไม่ควรนอนราบกับพื้น เพราะต้องงอเข่าเวลาจะนอนหรือลุกขึ้น และในการลุกจากที่นอนควรใช้ท่าตะแคงตัวงอข้อศอกแล้วยันตัวขึ้น

3.6 การเดิน ควรเดินบนพื้นราบใส่รองเท้าส้นเตี้ยพื้นรองเท้านุ่มขนาดพอเหมาะสามารถกันกระแทกได้

3.7 หลีกเลี่ยงการยกของหนัก ควรใช้รถเข็นแทน

การศึกษาพฤติกรรมด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการใช้ข้อพบว่า มีทั้งถูกต้องและไม่ถูกต้อง ดังเช่น การศึกษาของขวัญตา (2541) พบว่า พฤติกรรมของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม กรุงเทพมหานคร ในการใช้ส้วมแบบโถนั่งหรือใช้อุปกรณ์เสริมช่วยให้นั่งห้อยขา ผู้สูงอายุปฏิบัติได้อยู่ในเกณฑ์ดีมาก การหลีกเลี่ยงการเดินขึ้นลงบันได การนั่งงอเข่าปฏิบัติอยู่ในระดับดี

แต่การศึกษาของนงรัตน์ (2542) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ส่วนที่ใช้เป็นแบบนั่งยองถึงร้อยละ 74.2 และในล้มมีราวจับเพื่อพยุงตัวจากท่านั่งเป็นทำยืนเพียงร้อยละ 1.5 ส่วนพฤติกรรมการใช้ข้ออื่นนั้นพบว่าเวลานั่งจะนั่งบนเก้าอี้สูงพอดีกับระดับข้อเข่าหรือนั่งเหยียดตรงร้อยละ 86.4 มีเพียงร้อยละ 12.1 ที่นั่งบนพื้นโดยการนั่งขัดสมาธิ นั่งพับเพียบ นั่งยอง ๆ

4. ด้านการใช้วิธีลดปวด

เนื่องจากผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ส่วนใหญ่มักมีอาการปวดร่วมด้วยและเป็นอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยไปพบแพทย์ ซึ่งอาการปวดนี้มิได้เกิดขึ้นโดยตรงกับกระดูกอ่อนผิวข้อ แต่เกิดจากการอักเสบของเยื่อข้อและเอ็นยึดข้อ ในระยะแรกจะมีอาการปวด เมื่อใช้งานมากหรือข้อเข่าถูกพับงอไว้เป็นเวลานาน หากข้อเข่ายังถูกใช้งานมากอย่างต่อเนื่องอาการปวดจะเริ่มมากขึ้นเมื่อขยับหรือเคลื่อนไหวเพียงเล็กน้อย หากเป็นมากอาการปวดจะเกิดแม้บางครั้งอยู่เฉย ๆ ดังนั้นการบรรเทาความปวดคือการลดการใช้งานของข้อ ลดการอักเสบของข้อ เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า ซึ่งนอกจากทำได้โดยการบริหารร่างกายที่เหมาะสม การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ไม่ให้ร่างกายอ่อนเกินไป และการใช้ท่าทางอิริยาบถต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันที่ถูกต้อง แล้วยังมีวิธีอื่นอีกดังนี้ (ปองจิตร, 2544)

4.1 การใช้ยา ยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นยาลดอาการปวด และการอักเสบ แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ (ปองจิตร, 2544; วัลลภ, 2533, สมศักดิ์, 2547)

กลุ่มที่ 1 ยาแก้ปวดทั่วไป (simple analgesic) ซึ่งมีทั้งยาทาแล้วร้อนโดยมากมียาเมทิลซาลิซิลเลท (methylsalicylate) เป็นส่วนประกอบ และยารับประทานเช่นยาพาราเซตามอล (paracetamol) เป็นต้น

กลุ่มที่ 2 ยาต้านการอักเสบ (anti-inflammatory drugs) เหมาะสำหรับข้อเข่าเสื่อม การอักเสบรุนแรง มีอาการปวดมาก หรือปวดตลอดเวลาเมื่อเคลื่อนไหว ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ 1) Aspirin เป็นยาที่ราคาถูก และได้ผลเร็วในขนาดที่มากพอจะช่วยระงับการอักเสบด้วย แต่ผลข้างเคียง คือ ระคายเคืองกระเพาะอาหาร จึงต้องกินหลังอาหารทันทีร่วมกับยาลดกรดด้วยทุกครั้ง 2) Indomethacin เป็นยาราคาถูกและดี ต้องใช้ยาระมัดระวังเช่นเดียวกัน 3) Non Steroid Anti-inflammatory Drugs (NSAIDs) เป็นยาที่มีราคาแพงมาก โดยมากมักใช้ได้ผลเหมือน ๆ กัน แต่ยาทุกตัวสามารถทำให้เกิดฤทธิ์ข้างเคียงได้ เนื่องจากยาทุกตัวจะไปยับยั้งการสร้าง prostaglandin ทำให้เกิด mucin น้อย จึงเกิดผลที่เยื่อกระดูกอ่อนได้ง่าย ฤทธิ์ข้างเคียงของยาทุกตัวทำงานของเกร็ดเลือดทำให้เลือดหยุดยาก และยายังทำให้สมรรถภาพการทำงานของไตลดลง

อาจเกิดอาการบวมจนถึงไตวายได้ จึงต้องใช้ยาอย่างรอบคอบ และสังเกตความผิดปกติที่เกิดจากยาอยู่เสมอ และ 4) ยาช่วยยับยั้งการดำเนินของโรค (disease modifying and remittting drugs) เป็นยาช่วยสังเคราะห์ glycosaminoglycin มีทั้งชนิดกิน ฉีดเข้ากล้ามเนื้อฉีดเข้าข้อ

จากการสำรวจเกี่ยวกับพฤติกรรมในการใช้ยาชุดของคนที่มีอาการปวดข้อ และกล้ามเนื้อ พบว่า มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ที่เคยมีอาการปวดเคยรับประทานยาชุด คือ ประชากรไทย ประมาณ 15 ล้านคน ซึ่งยาชุดหรือบรรเทาอาการปวดโดยร้อยละ 90 ยอมรับว่ารับประทานเป็นครั้งคราว รับประทานทุกวัน ร้อยละ 10 (สุรพงศ์, 2543)

4.2 ควรใช้ไม้เท้า เวลาลุกยืนหรือเดิน เนื่องจากสามารถช่วยลดแรงที่กระทำต่อข้อเข้าได้ สามารถลดปวดได้ (รัตนา, 2537)

4.3 กรณีที่มีการอักเสบมีลักษณะบวม แดง ร้อน ควรพักข้อ ไม่ควรเดินมาก ๆ หรืออาจต้องงดเดินในระหว่างนี้ ให้บริหารกล้ามเนื้อให้แข็งแรงได้ (วัลลภ, 2533)

4.4 การใช้ความร้อนในช่วงที่ข้อเข้าไม่บวม เพื่อช่วยให้ข้ออักเสบหายเร็วขึ้น และช่วยให้กล้ามเนื้อคลายจากการเกร็งตัวได้

4.5 การใช้วิธีนวด บีบ ดัด จับเส้น หรือสะบัดข้อ ซึ่งทำให้รู้สึกสบาย แต่ไม่เกิดผลดีใด ๆ ในระยะยาว และถ้าทำรุนแรงจะเกิดผลเสียต่อข้อเข้าได้

การศึกษาพฤติกรรมด้านการใช้วิธีลดปวดของผู้สูงอายุโรคข้อเข้าเสื่อม พบว่า มีทั้งถูกต้องและไม่ถูกต้อง ดังเช่น การศึกษาของชวัญตา (2541) พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข้าเสื่อมจะพยายามมาพบแพทย์ตามนัด และรับประทานยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด การใช้เครื่องพยุงข้อเข้าช่วยเวลาขึ้นหรือเดินโดยเฉพาะไม้เท้าผู้สูงอายุปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ โดยให้เหตุผลว่าอายุและไม่สะดวกในการพกพาไปที่ต่าง ๆ ส่วนนงรัตน์ (2542) พบว่า การรักษาตนเองโดยใช้ยาแผนปัจจุบันผู้สูงอายุเคยซื้อยาแก้ปวดมารับประทาน ร้อยละ 28 ส่วนใหญ่จะซื้อจากร้านขายของชำในหมู่บ้าน ร้อยละ 89.2 ยาที่ซื้อมารับประทานเป็นประจำเป็นยาชุด ร้อยละ 40.6 รองลงมาเป็นยาพาราเซตามอล ร้อยละ 18.9 ส่วนใหญ่จะรับประทานยาแก้ปวดเมื่อมีอาการปวดถึงร้อยละ 91.9

โดยสรุปการที่จะทำให้ความรุนแรงของโรคข้อเข้าเสื่อมลดลง วิธีที่ง่ายและดีที่สุดคือการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ซึ่งมีได้ 4 ด้าน คือ 1) ด้านการออกกำลังกาย โดยเน้นการบริหารกล้ามเนื้อ ควอดไตรเซพส์ให้แข็งแรงไม่ลีบเล็ก 2) ด้านโภชนาการ จะเน้นการควบคุมน้ำหนักตัว 3) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการใช้ข้อ ควรหลีกเลี่ยงอิริยาบถที่ไม่ถูกต้องที่มีผลทำให้ข้อเข้าต้องรับแรงกด หรือแรงกดทับที่กระทำต่อข้อเป็นเวลานาน ๆ 4) ด้านการใช้วิธีลดปวด โดยการใช้ยาลดปวดทั่วไป และยาต้านการอักเสบ ใช้ไม้เท้า การพักเข้า และการประคบร้อน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นคุณลักษณะและประสบการณ์ที่เฉพาะของบุคคล ทำให้มีความรู้สึกนึกคิดและแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ แตกต่างกัน โดยเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หรือพฤติกรรมสุขภาพได้ทั้งโดยตรงและโดยอ้อม (Pender, 1996) ซึ่งในการศึกษารั้วนี้ได้เลือกปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ความเพียงพอของรายได้ ระบบครอบครัว และการรับรู้ภาวะสุขภาพ

1.1 เพศ

เพศมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยเพศที่ต่างกันจะมีการรับรู้ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหรือพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกัน (Pender, 1996) เพศหญิงมักให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองและมีการปฏิบัติดีกว่าเพศชาย (สมพันธ์, 2540) แต่การศึกษาพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมการออกกำลังกายดีกว่าเพศหญิง เพราะเพศหญิงต้องรับผิดชอบดูแลงานบ้านไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย ($r = .33, p < .01$) (Charoenkitkarn, 2000) แต่ก็มีการศึกษาอื่นที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (Charoenkit, 2000) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (กาญจนา, 2541)

การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างเพศการปฏิบัติตนด้านสุขภาพยังมีความหลากหลายไม่เป็นไปในทิศเดียวกันขึ้นอยู่กับชนิดของการปฏิบัติ ปัญหาสุขภาพ และยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

1.2 อายุ

อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996) อายุที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมสุขภาพต่างกัน พบว่า ผู้ที่มีอายุช่วง 60-69 ปี ยังแข็งแรงมีสมรรถภาพด้านต่าง ๆ ใกล้เคียงกับวัยหนุ่มสาว แม้อาจต้องพึ่งผู้อื่นบ้างยังสามารถเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมได้ ผู้สูงอายุในช่วง 70-79 ปี จะเริ่มเจ็บป่วยเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมน้อยลง ผู้สูงอายุช่วง 80-90 ปี เริ่มปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมยากขึ้นต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าวัยที่ผ่านมา ผู้สูงอายุช่วง 90-99 ปี มักพบว่ามีปัญหาทางสุขภาพช่วยเหลือตนเองน้อยลงต้องพึ่งพาคนอื่น (Crag, 1991 อ้างตาม ศรีเรือน, 2521) ดังนั้นจะเห็นว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น ความสามารถในการกระทำกิจกรรมก็

ลดลง จากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เสื่อมมากขึ้น รู้สึกเหนื่อยง่าย และมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวของกระดูกข้อเข่าทำให้อาจเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตน (ดวงเดือน, 2539) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของขวัญใจ (2533) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามรายงานของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ($r = .38, p < .01$) และเยาวเรศ (2543) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ในจังหวัดสงขลา ($r = .13, p < .01$) โดยอายุยิ่งมากจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือการปฏิบัติตนด้านสุขภาพดี ส่วนการศึกษาอื่นที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (กาญจนา, 2541) และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (Charoenkit, 2000)

จะเห็นได้ว่าความสัมพันธ์ในเรื่องอายุกับพฤติกรรมสุขภาพหรือการปฏิบัติตนด้านสุขภาพเป็นความสัมพันธ์ทั้งทางบวก และไม่มีความสัมพันธ์ และก็ยังไม่มีการศึกษาในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

1.3 ดัชนีมวลกาย

บุคคลทั่วไปที่มีน้ำหนักมากมีแนวโน้มการปฏิบัติด้านสุขภาพ และความต่อเนื่องในการปฏิบัติน้อยกว่าบุคคลที่มีน้ำหนักน้อย โดยเฉพาะในเรื่องของการออกกำลังกาย (Pender, 1987) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของเยาวเรศ (2543) ที่พบว่า ดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสงขลา

จะเห็นว่าการศึกษาความสัมพันธ์ในดัชนีมวลกาย และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพมีค่อนข้างน้อย และยังไม่มีการศึกษาในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งในผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมปัจจัยที่เสริมให้เกิดความเสื่อมของโรคมากขึ้น คือ น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นทำให้อาจเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพได้

1.4 ความเพียงพอของรายได้

การที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดีจะเอื้ออำนวยให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพได้ดี มีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ในการดูแลตนเองทำให้ได้รับประทานอาหารเพียงพอ เข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม รวมถึงสามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ในการอำนวยความสะดวก และส่งเสริมการที่จะดูแลตนเองให้ดีขึ้น (Pender, 1987) ดังนั้นจะเห็นได้ว่ารายได้น่าจะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนหรือพฤติกรรมสุขภาพ ดังจะเห็นได้จากการศึกษารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ ($r = .22, p < .01$)

(Charoenkit, 2000) การปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสงขลา ($r = .17, p < .05$) (เยาวเรศ, 2543) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ($r = .39, p < .01$) (วันดี, 2538) โดยรายได้สูงจะมีพฤติกรรมบริโภคอาหาร การปฏิบัติตนด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี แต่ก็มีการศึกษาอื่น ๆ ที่ไม่พบความสัมพันธ์การปฏิบัติตนหรือพฤติกรรมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (กาญจนา, 2541) และพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (Sanpaung, 2000)

จะเห็นได้ว่าความสัมพันธ์ในเรื่องความเพียงพอของรายได้กับพฤติกรรมสุขภาพหรือการปฏิบัติตนด้านสุขภาพเป็นความสัมพันธ์ทางบวกและไม่มีความสัมพันธ์ และก็ยังไม่มีการศึกษาในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเพียงพอของรายได้กับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

1.5 ระบบครอบครัว

ระบบครอบครัว หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกในครอบครัวอย่างใกล้ชิดและพึ่งพาอาศัยกัน มีการดูแลกันทั้งในภาวะปกติ และเมื่อเจ็บป่วยซึ่งถือเป็นแหล่งประโยชน์ให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ สนับสนุนทางด้านความรู้ ใช้อำนาจต่อการแสดงออกถึงสิ่งที่กังวลห่วงใย เพิ่มแรงจูงใจ ส่งเสริมความต้องการที่จะปรับปรุงสุขภาพเกิดกำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้อายุยืนยาวขึ้น (รุจา, 2537; Hilbert, 1985) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมในอดีตจะเป็นครอบครัวใหญ่ที่เรียกว่าครอบครัวขยาย ทำให้ความสัมพันธ์แน่นแฟ้นและเกิดความอบอุ่นระหว่างพ่อ แม่ ลูก หลาน ในปัจจุบันครอบครัวไทย จะเป็นครอบครัวเดี่ยวเป็นส่วนใหญ่ ลูกหลานต้องทำงานทั้งพ่อแม่เฝ้าบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุอยู่โดดเดี่ยว ไม่ได้รับการดูแล (สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2542) ดังนั้นจะเห็นว่าระบบครอบครัวจึงน่ามีความสัมพันธ์ในการปฏิบัติตนหรือพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมใจและชื่นจิตร (2541) พบว่า การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยารักษาโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ($r = .26, p < .001$) แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีสมาชิกในครอบครัวให้การดูแลเอาใจใส่ดีจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมใช้ยาโรคเบาหวานได้ดีด้วย ญัฐนาฏและจินตนา (2535) พบว่า การสนับสนุนทางครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ก็มีการศึกษาเกี่ยวกับสถานภาพสมรส โดยถือว่าคู่สมรสเป็นสมาชิกในครอบครัวบุคคลหนึ่ง พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนหรือพฤติกรรมสุขภาพใน

บริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และโรคเบาหวาน (Charoenkit, 2000; Sanpaung, 2000)

จะเห็นได้ว่าความสัมพันธ์ในเรื่องระบบครอบครัวกับพฤติกรรมสุขภาพ หรือการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ยังสรุปได้ไม่แน่ชัดว่ามีความสัมพันธ์หรือไม่ การที่ผู้สูงอายุมีหรือไม่มีสมาชิกในครอบครัวดูแลใกล้ชิดจะมีผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพหรือการปฏิบัติตนด้านสุขภาพดีกว่ากัน และก็ยังไม่มีการศึกษาในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างระบบครอบครัวกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

1.6 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นการประเมินสุขภาพของตนเอง โดยใช้ความคิดหรือการแสดงออกของความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนเอง โดยมีความสำคัญต่อความถี่และความจริงจังในการปฏิบัติพฤติกรรม (Pender, 1987) จะเห็นว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพจะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนหรือพฤติกรรมสุขภาพโดยพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพดีจะมีการปฏิบัติตนหรือพฤติกรรมสุขภาพดี ดังเช่น การศึกษาของสมใจและชินจิตร์ (2541) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ($r = .37, p < .01$) และเยาวเรศ (2543) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสงขลา ($r = .22, p < .01$) แต่การศึกษาของวันดี (2538) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม

จะเห็นได้ว่าความสัมพันธ์ในเรื่องการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพหรือการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางด้านบวกและไม่มีความสัมพันธ์และก็ยังไม่มีการศึกษาในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างระบบครอบครัวกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

2. ปัจจัยด้านการรับรู้

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

การที่ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจะปฏิบัติตนด้านสุขภาพหรือไม่ขึ้นอยู่กับประโยชน์ที่จะได้รับจากผลของการปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นประโยชน์ที่เคยได้จากการปฏิบัติจะเป็นตัวแทนของความคิดที่ส่งผลทางบวกหรือจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ถึงแม้ว่าสภาพของผู้สูงอายุในขณะนั้นจะไม่เอื้ออำนวยให้เกิดการปฏิบัติ แต่การที่บุคคลรับรู้หรือคาดการณ์ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลก็จะพยายามปรับเปลี่ยนสภาพตนเองให้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ (Pender, 1987) ดังจะเห็นได้จากการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โรคปอดเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูงและโรคต่อหินเรื้อรัง ($r = .43, p < .01$; $r = .48, p < .01$; $r = .42, p < .01$ และ $r = .75, p < .01$ ตามลำดับ) (กาญจนา, 2541; จิตรา, 2541; ปราณี, 2542; สุชาติ, 2542) พฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ($r = .53, p < .01$) (Sanpaung, 2000) การออกกำลังกายของผู้สูงอายุหญิงผิวดำชาวอเมริกัน และพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจหรือผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ ($r = .57, p < .05$ และ $r = .34, p < .01$) (Jones & Nies, 1996; Ngaosomkul, 2000) และการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสงขลา ($r = .22, p < .01$) (เยาวเรศ, 2543) แต่การศึกษาของดวงเดือน (2539) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการรับรู้ประโยชน์กับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพหรือพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ แต่ก็ยังไม่มีการศึกษาในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์กับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมว่าเป็นอย่างไร

2.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ

การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติเป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่ขัดขวางการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นสิ่งที่คาดคะเน ซึ่งได้แก่ความไม่สะดวกสบาย ค่าใช้จ่าย ความยากลำบากหรือระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัตินั้นๆ อุปสรรคเปรียบเสมือนสิ่งที่ขัดขวางไม่ให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมปฏิบัติพฤติกรรม หรือจูงใจหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (Pender, 1996) ดังจะเห็นได้จากการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูงและโรคต่อหินเรื้อรัง ($r = -.28, p < .01$; $r = -.44, p < .01$ และ $r = -.83, p < .01$ ตามลำดับ) (จิตรา, 2541; ปราณี, 2542; สุชาติ, 2542) พฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ($r = -.47, p < .01$) (Sanpaung, 2000) และการออกกำลังกายของผู้สูงอายุหญิงผิวดำอเมริกัน ($r = -.46, p < .05$) (Jones & Nies, 1996)

จะเห็นได้ว่าความสัมพันธ์ในการรับรู้อุปสรรคกับพฤติกรรมสุขภาพ หรือการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์ในด้านลบ คือ ถ้ารับรู้อุปสรรคมากจะมีพฤติกรรมสุขภาพ หรือการปฏิบัติตนด้านสุขภาพไม่ดี แต่ก็ยังไม่มีการศึกษาในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมว่าเป็นอย่างไร

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง

การรับรู้ความสามารถของตนเองจะเป็นแรงจูงใจหรือโน้มน้าวให้เกิดความเชื่อมั่นหรือมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติตนด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพโดยตรง เนื่องจากการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติกิจกรรมให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด (Pender, 1996) ดังจะเห็นได้จากการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรังและโรคต่อหีนเรื้อรัง ($r = .57, p < .01$ และ $r = .78, p < .01$ ตามลำดับ) (จิตรา, 2541; สุขาดา, 2542) พฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ($r = .42, p < .01$) (Charoenkit, 2000) พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจหรือผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจและผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ($r = .60, p < .01$ และ $r = .65, p < .01$ ตามลำดับ) (Charoenkitkam, 2000; Ngaosomkul, 2000) การปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสงขลา ($r = .58, p < .01$) (เยาวเรศ, 2543) วิธีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ($r = .62, p < .01$) (Stuifbergen & Becker, 1994)

จะเห็นได้ว่าความสัมพันธ์ในการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพหรือการปฏิบัติตนด้านสุขภาพพบว่ามีความสัมพันธ์ในด้านบวก คือ ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองมากจะมีพฤติกรรมสุขภาพหรือการปฏิบัติตนด้านสุขภาพดี แต่ก็ยังไม่มีการศึกษาในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมว่าเป็นอย่างไร

สรุป

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่เกิดจากการเสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้อที่บุนปลายกระดูก ลักษณะการเสื่อมจะค่อยเป็นค่อยไป โดยเริ่มจากการปวดเข่า มีเสียงเวลาเคลื่อนไหว เกิดการคั่งของสารน้ำในข้อ ข้อบวม เคลื่อนไหวข้อลำบาก หากไม่มีการเคลื่อนไหวข้อก็จะเกิดข้อติดแข็ง การรักษาที่ดีที่สุด คือ การปฏิบัติตนด้านสุขภาพอย่างถูกต้อง สม่าเสมอ ก็จะสามารถชะลอการเสื่อมของข้อเข่าได้ การปฏิบัติตนด้านสุขภาพ มี 4 ด้าน ได้แก่ การออกกำลังกาย โภชนาการ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการใช้ข้อ และการใช้วิธีลดปวด ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ศึกษาในงานวิจัยนี้ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ความเพียงพอของรายได้ ระบบครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านการรับรู้ คือการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งการศึกษาใน

ปัจจัยดังกล่าวที่ผ่านมายังไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจนในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม และคาดว่าผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมหรือขัดขวางการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อนำความรู้ที่ได้มาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล และให้พยาบาลส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่เหมาะสม