

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีความรุนแรงของโรคทุเลาลง

บทคัดย่อ
ของ
ธวันต์ ศรีอมรรัตนกุล

เสนอต่อคณะกรรมการบริหารหลักสูตร (เน้นวิจัย)
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
พฤศจิกายน 2549

ธนวันต์ ศรีอมรรัตนกุล.(2549).พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีความรุนแรงของโรคทุเลาลง
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม: รองศาสตราจารย์ ดร. ดุษฎี
โยเหลา, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉันทนา ภาคบงกช, อาจารย์ ดร.กมลรัตน์ เทอร์เนอร์.

งานวิจัยเรื่องนี้ มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีความรุนแรงของโรคทุเลาลง และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้ว่า เป็นผู้ป่วยหญิงซึ่งรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 21 ราย มีอายุระหว่าง 35 - 70 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคกระดูกและข้อว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน และมีความรุนแรงของโรคทุเลาลง การเก็บข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ลักษณะเฉพาะของผู้ให้ข้อมูล พบว่ามีสถานภาพสมรสและคู่ในจำนวนใกล้เคียงกัน เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีและประถมศึกษา มีอาชีพค้าขาย รายได้ต่อเดือนประมาณ 10,001-20,000 บาท และรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับสามีและบุตร และมีผู้ดูแลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย ด้านสิทธิการรักษาพยาบาลพบว่า ส่วนใหญ่ใช้บัตรสุขภาพและสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยราชการ ระดับอายุของผู้ให้ข้อมูลเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่ามีอายุอยู่ในช่วง 46-50, 51-55 ปี และ 56-60 ปี ในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน ระยะเวลาที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี และส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าในครอบครัวไม่มีประวัติการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมและระบุว่าไม่ทราบ การศึกษาค่าดัชนีมวลกายของผู้ให้ข้อมูลเมื่อแรกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมเปรียบเทียบกับปัจจุบัน พบว่า ผู้ที่มีดัชนีมวลกายในระดับอ้วนมี 2 ราย และทั้ง 2 รายมีค่าดัชนีมวลกายลดลงไปอยู่ในระดับมาก ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายระดับมากมี 8 ราย ต่อมาค่าดัชนีมวลกายลดลงไปอยู่ในระดับปกติ จำนวน 5 ราย ส่วนผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายระดับปกติ มีจำนวน 13 ราย และมีจำนวน 1 ราย ที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับน้อย ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มไม่มีการเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกายในภายหลัง และผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รับรู้ว่าสาเหตุของโรคข้อเข่าเสื่อมเกิดจากน้ำหนักตัวมาก

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมนั้น มี 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 รับรู้ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นระยะที่ผู้ป่วยมาตรวจกับแพทย์แล้วได้รับคำวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม พฤติกรรมของผู้ป่วยจะเป็นการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ระยะที่ 2 แสวงหาวิธีการรักษาที่ได้ผลดีกับตนเอง เป็นระยะที่ผู้ป่วยพยายามแสวงหาข้อมูลและวิธีการรักษาจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อนำมาทดลองใช้ร่วมกับการรักษาของแพทย์ ระยะที่ 3 เรียนรู้ที่จะดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เป็นระยะที่ผู้ป่วยยอมรับว่าโรคข้อเข่าเสื่อมรักษาไม่หายขาด แต่สามารถควบคุมความรุนแรงของโรคได้ ผู้ป่วยจึงเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับโรคข้อเข่าเสื่อม โดยพยายามที่จะปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อให้โรคทุเลาลงอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนปรับเปลี่ยนรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความรุนแรงของโรค เช่น หลีกเลี่ยงพฤติกรรม

กรรมการนั่งกับพื้น การยกของหนัก การขึ้นลงบันได เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรู้ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองและผลที่ได้จากการทำกิจกรรมที่ผ่านมา ซึ่งเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง โดยมีพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม 2 ด้านใหญ่ ๆ ได้แก่ 1) พฤติกรรมสุขภาพด้านร่างกาย ประกอบไปด้วย การประเมินภาวะสุขภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การดูแลสุขภาพ การตรวจสุขภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในด้านการรับประทานอาหาร เน้นการรับประทานผักผลไม้รสไม่หวาน รองลงมารับประทานงาดำ น้ำเต้าหู้ ด้านการออกกำลังกาย พบว่าส่วนใหญ่ใช้วิธียกขาเกร็งเข่า รองลงมาคือ เดินวิ่งเบา ๆ รำไท้เก๊ก โยคะ ฤๅษีดัดตน ด้านการพักผ่อน เช่น การนอนหลับในเวลากลางคืน และกลางวัน การฟังเพลง การดูทีวี การทำงานอดิเรกอื่น ๆ ด้านการรักษาทางเลือกที่เกี่ยวกับร่างกาย เช่น การนวดแผนไทยและการประคบสมุนไพร การประคบหินร้อน การดื่มน้ำตะไคร้และการพันตะไคร้ รอบ ๆ เข่า การรับประทานน้ำผึ้งเดือน 5 ผสมกระเทียมโทน การดื่มน้ำต้มเลืบนมู 2) พฤติกรรมสุขภาพด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ พบว่า ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น ๆ เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การยอมรับ และการเอาใจใส่จากบุคคลรอบ ๆ ข้าง การจัดการกับความเครียด เช่น การใช้วิธีเล่าให้บุคคลใกล้ชิดฟัง การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ เช่น การทำสมาธิ การชำระจิต โดยเชื่อว่าจะส่งผลทำให้อาการของโรคทุเลาลง การรักษาทางเลือกด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ เช่น การนั่งสมาธิ การทำบุญในรูปแบบต่าง ๆ การดื่มน้ำมันต์ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ให้ข้อมูล คือ ความพร้อมด้านความมั่นคงทางการเงินและด้านเวลา การรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้และประสบการณ์ ทักษะ ความตั้งใจ ความรัก การไม่หวังพึ่งพาผู้อื่น การมีจุดมุ่งหมาย ความเชื่อความศรัทธา การรับรู้เกี่ยวกับโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ การเห็นคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

HEALTH BEHAVIORS OF PATIENTS
WHO WERE ABLE TO REDUCE THE SEVERITY OF OSTEOARTHRITIS OF THE KNEE

AN ABSTRACT
BY
TANAVAN SRIAMONRUTTANAKUL

Presented in partial fulfillment of the requirements for
the Doctor of Science Degree in Applied Behavioral Science Research
at Srinakarinwirot University

November, 2006

Tanavan Sriamonruttanakul. (2006). Health behaviors of patients who were able to reduce the severity of Osteoarthritis of the knee.

Bangkok: Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Assoc. Prof. Dr.Dusadee Yoelao, Assist. Prof. Dr.Chantana Parkbongkoch, Dr.Kamolrat Turner.

The purpose of this research was to study the health behaviors and the factors related to health behaviors of the patients with Osteoarthritis of the knee (OA of the knee) who were able to reduce the severity of Osteoarthritis of the knee. The participants who relevant to this study were twenty one female patients of outpatient department, Rajavithi hospital, in the 35-70 year age group. This patients were diagnosed by orthopedic physicians and the first diagnosed were six months prior to the study and concomitant with reduction of severity of disease. Data collected by using conducting in-depth interview. The demographic data of the participants as described. Marital status was equal number in single and married. Almost participants were buddhist. The major group were graduated in bachelor degree and primary school level, merchant, estimated monthly income was 10,001-20,000 baht, which sufficient to earn. The large number of participants lived with their husband and offspring and had care givers. Security welfare for health care services of participants requisited from health card and government officials. Age group of participants incorporated with the first diagnosed of OA of the knee, The numbers were equal in 3 groups, 46-50, 51-55 and 56-60. Most term of attracted by OA of the knee was 1-5 years. The major group informed non history of OA of the knee in their family and unknown. The measurement of the body mass index(BMI) was conducted during the study and compared with that of the measurement conducted prior to the study. Finding showed that two participants of obesity in pre study decreased to be high level (overweight), Five of the eight participants had their BMI measurement decrease from high level before the study to normal level during the study. But only 5 cases were recategorized to be normal during the study, the number of thirteen participants of normal level and one participant of low level in pre study remained the same level during the study. Most participants perceived obesity was the causation of OA of the knee.

Research finding showed that health behaviors related to OA of the knee in this particularly group was categorized into 3 stages. Stage I: perceived of OA of the knee

attraction, the study of diagnosed by physician. Their health behaviors were complied to medical regimen. Stage II: seeking for health care services for optimistic of health to combine with medical regimen. stage III: learning for appropriated self care. When they perceived OA of the knee was their persistent illness and incurable but they could control the severity of disease. Learned how to adjust properly lifestyles. They tried to perform appropriated behaviors to relieve OA of the knee and also tried to adjust health behaviors models such as avoiding from sit squat on the floor, lifting heavy things and rung the stair. Participants had experiences and outcomes of their activities. Health behaviors related to OA of the knee composed of 2 parts. Part I: Physical health behaviors consisted of health assesment and prevention of the complication, for example, health care, health inspection and health prevention. Nutrition aspects were consumption of low sweet friut and vegetables, black sesame and soymilk. For exercise, most participants performed stretching exercise of muscle around the knee, slowly walking and running, tigege, yoga and ascetic exercise. Recreation as for example, hight sleep, take a nap, music, watching television and hobby. Alternative cares were Thai massage and herbal compress, hot compress with heat stone, drinking citronella water and wrapping lemongrass leaves around the knee, drinking 5th month honey miwed with single fold garlic and drinking water derived from boiling the pig's toe nail. Part II: psycho-social and spiritual health behaviors consisted of enhancing interpersonal relationship e.g. learning together, perceived of each other and paid attention to surrounded people. stress management, for instance, talking with closed persons, spiritual enhancement e.g. meditation, purified mindness to perform these behaviors related the beliefs of relief severity of disease. Alternative cares related to psycho-social and spiritual mind, for example, meditation, virtue performing or virtue forms of merit, drinking holy water. Furthermore, factors related to participants health behaviors were whealthy, readiness, perception of self efficacy, knowledge and experience, skil, intention, loveliness, independence, set the goal, beliefs faithfullness, perception of OA of the knee, health motivation, self esteem, social support.