

ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและสมรรถนะด้านการแพทย์แผนไทยที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรค
ข้อเข่าเสื่อมในผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลราชวิถี

บทคัดย่อ

ของ

ธันวาคม ศรียมรัตน์กุล

เสนอต่อคณะกรรมการบริหารหลักสูตร (เน้นวิจัย)

เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต

สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สิงหาคม 2548

ธนวันต์ ศรีอมรรัตนกุล. (2548). ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและสมรรถฐานด้านการแพทย์แผนไทยที่มี ความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลราชวิถี

กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม: รองศาสตราจารย์ ดร. ดุษฎี โยเหลา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉันทนา ภาคบงกช , ดร.สถัญญ์ ภูคัง.

งานวิจัยเรื่องนี้มีจุดประสงค์เพื่อ ศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายระหว่างการรับรู้ ภาวะสุขภาพ 5 ด้าน คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม การป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และแรงจูงใจด้านสุขภาพกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม และ สมรรถฐานต่าง ๆ อาทิเจ้าเรือน กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ เป็นผู้ป่วย นอกพิเศษหญิงที่มารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลราชวิถี ระหว่าง เดือนกันยายน ถึงเดือนพฤศจิกายน 2547 แบ่งเป็น กลุ่มศึกษา คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่า เสื่อม จำนวน 150 คน และ กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการตรวจรักษาในแผนกเวชศาสตร์ ทัวไปโรงพยาบาลราชวิถี และไม่เคยมีประวัติการเป็นโรคที่เข่า จำนวน 150 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับสมรรถฐานวินิจฉัย แบบสำรวจธาตุเจ้าเรือน แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่ง ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเชื่อมั่น โดยการหาค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ยร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(Pearson's Product Moment Correlation coefficient) และสถิติ ไคสแควร์ (Chi-squared test) วิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยการวิเคราะห์ ถดถอยพหุคูณหลายขั้นตอน (Stepwise multiple regression)และวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบลอจิสติก (Multiple logistic regresstion)

ผลการวิจัยที่ได้ตามสมมติฐานการวิจัย มีดังนี้

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมที่ทำให้ เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมโดยรวม ($r = -.287$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อพิจารณาราย ด้าน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่า เสื่อมดังต่อไปนี้ คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ($r = -.234$) การมี อิริยาบถที่ไม่เหมาะสม ($r = -.343$) การกระแทกร้อนเย็น ($r = -.134$) การไม่รับประทานอาหารตาม ธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด ($\chi^2 = 18.35$, cramer's v coef. = .25) และการรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อ เข่าเสื่อมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมดังนี้ คือ พฤติกรรมการขาดอุเบกขา การมีโทษะมักโกรธอยู่เสมอ การไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมโดยรวม ($r = -.427$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในแต่ละด้าน คือ การรับประทานอาหารที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ($r = -.356$) การมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม ($r = -.478$) การกระแทกข้อเข่า ($r = -.257$) การขาดอุเบกขา ($r = -.144$) การมีโทสะมักโกรธอยู่เสมอ ($r = -.135$) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ในด้านการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด และการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ

3. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมโดยรวม ($r = -.472$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมดังนี้ คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ($r = -.411$) การมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม ($r = -.486$) การกระแทกข้อเข่า ($r = -.154$) การขาดอุเบกขา ($r = -.127$) การมีโทสะมักโกรธอยู่เสมอ ($r = -.144$) และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในด้าน การไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด และการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ

4. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมโดยรวม ($r = .678$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ดังต่อไปนี้ คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ($r = .456$) การไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด ($\chi^2 = 41.31$, cramer's v coef. = .37) การมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม ($r = .812$) การกระแทกข้อเข่า ($r = .260$) การขาดอุเบกขา ($r = .262$) การมีโทสะมักโกรธอยู่เสมอ ($r = .252$) และพบว่า การรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในด้านการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม โดยรวม ($r = -.624$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ($r = -.375$) การมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม ($r = -.788$) การกระแทกข้อเข่า ($r = -.302$) การขาดอุเบกขา ($r = -.197$) การมีโทสะมักโกรธอยู่เสมอ ($r = -.199$) การไม่

รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด ($\chi^2 = 47.95$, cramer's v coef. = .39) และพบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ

6. เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบโลจิสติก พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด คือ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม โดยพบว่าถ้าเพิ่มการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม 1 คะแนน ก็จะมีโอกาสเพิ่มพฤติกรรมการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด 1.13 เท่า

7. เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และแรงจูงใจด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด พบว่า มีเพียงการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมและแรงจูงใจทางด้านสุขภาพเท่านั้นที่สามารถทำนายพฤติกรรมการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิดได้ โดยสามารถทำนายร่วมกันได้ถึง ร้อยละ 45.30

8. ความสัมพันธ์ระหว่างสมมุติฐานต่าง ๆ ธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ธาตุสมมุติฐาน ประเทศสมมุติฐาน ธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ในขณะที่พบว่า อุดสมมุติฐาน อายุสมมุติฐาน กาลสมมุติฐาน และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคในด้านการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด การไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ การมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม การกระทบร้อนเย็น การขาดอุเบกขา การมีโทษะมักโกรธอยู่เสมอ โดยมีค่าความสัมพันธ์และสัมประสิทธิ์ของความสัมพันธ์ $\chi^2 = 18.884$, cramer's v coef. = .25, $\chi^2 = 3.93$, phi-coef. = .11, $\chi^2 = 7.611$, cramer's v coef. = .16, $\chi^2 = 20.43$, phi coef. = .27, $\chi^2 = 12.82$, phi-coef. = .21, $\chi^2 = 64.57$, cramer's v coef. = .46, $\chi^2 = 157.98$, cramer's v coef. = .73, $\chi^2 = 20.55$, cramer's v coef. = .26, $\chi^2 = 28.83$, cramer's v coef. = .31, $\chi^2 = 39.16$, cramer's v coef. = .36 มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

9. เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบโลจิสติก พบว่า การมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม การมีโทษะมักโกรธอยู่เสมอ การรับประทานอาหารที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคได้ โดยพบว่า การมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้น 1.16 เท่า การมีโทษะมักโกรธอยู่เสมอเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้น 1.15 เท่า การรับประทานอาหารที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีโอกาสเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้น 1.28 เท่า การไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมเป็น 8.63 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด

THE FACTORS OF HEALTH PERCEPTION AND SAMUTTHAN OF THAI TRADITIONAL MEDICINE AS
CORRELATES OF OSTEOARTHRITIS OF THE KNEE IN THE PATIENTS AT OUT-PATIENTS DEPARTMENT
IN RAJAVITHI HOSPITAL

AN ABSTRACT

BY

TANAVAN SRIAMONRUTTANAKUL

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Doctor of Science degree in Applied Behavioral Science Research
at Srinakharinwirot University

August 2005

Tanavan Sriamonruttanakul. (2005). The factors of health perception and Samutthan of Thai Traditional medicine as correlates of osteoarthritis of the knee in the patients at out-patient department in Rajavithi Hospital.

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

The purpose of this research was to study the factors relating to Osteoarthritis of the knee (OA of the knee) using Thai traditional medicine theory : Dhatus Samutthan (the causal factor of disease due to 4 elements of Dhatus: earth water air and fire), Utu Samutthan (the causal factor of seasons), Ayu Samutthan (the causal factor of age), Kala Samutthan (the causal factor of time), Prathet Samutthan (the causal factor of place), Dhatus Chao Ruean (the characteristics of human being depending on Dhatus) health risk behaviors, and health perception (perceived severity, perceived susceptibility, perceived benefit, perceived barrier and health motivation). The sample was 2 groups of patients : Group 1 was comprised of 150 patients with the diagnosis of OA of the knee at Orthopedic clinic, group 2 was comprised of 150 patients without the diagnosis of OA of the knee at out-patient department in Rajavithi Hospital. Data was collected by using the interview method during in September - November 2004. The instrument for data collection was interview form, composed of five parts : demographic data, Samutthan, Dhatus Chao Ruean, health perception (alpha equal 0.82) and health risk behaviors (alpha equal 0.87). Data were analyzed by using percentage, standard deviations, Pearson's product moment correlation, stepwise multiple regression and multiple logistic regression.

Results according to research hypothesis indicated the followings :

1.The perceived severity of OA of the knee was negatively correlated to health risk behaviors of OA of the knee ($r = -.289$) : inappropriate eating behaviors affecting OA of the knee ($r = -.234$), inappropriate movement and posture ($r = -.343$), exposure to extreme heat and cold ($r = -.134$) and was correlated to Dhatus non dietary allowance related to date of birth ($\chi^2 = 18.35$, cramer's v coef. = .25).The perceived severity of OA of the knee was not correlated to lack of Upekkha (indifference), impulsive behaviors and Dhatus non dietary allowance related to personality.

2. The perceived susceptibility of OA of the knee was negatively correlated to health risk behaviors of OA of the knee ($r = -.427$): inappropriate eating behaviors affecting OA of the knee ($r = -.356$), inappropriate movement and posture ($r = -.478$), exposure to extreme heat and cold ($r = -.257$), lack of Upekkha ($r = -.144$) and impulsive behaviors ($r = -.135$). The perceived susceptibility of OA of the knee was not correlated to Dhatus non dietary allowance related to date of birth and Dhatus non dietary allowance related to personality.

3. The perceived benefit of OA of the knee was negatively correlated to health risk behaviors of OA of the knee ($r = -.472$): inappropriate eating behaviors affecting OA of the knee ($r = -.411$), inappropriate movement and posture ($r = -.486$), exposure to extreme heat and cold ($r = -.154$), lack of Upekkha ($r = -.127$) and impulsive behaviors ($r = -.144$). The perceived benefit of OA of the knee was not correlated to Dhatus non dietary allowance related to date of birth and Dhatus non dietary allowance related to personality.

4. The perceived barrier of OA of the knee was positively correlated to health risk behaviors of OA of the knee ($r = .678$): inappropriate eating behaviors affecting OA of the knee ($r = .456$), inappropriate movement and posture ($r = .812$), exposure to extreme heat and cold ($r = .260$), lack of Upekkha ($r = .262$), impulsive behaviors ($r = .252$) and was correlated to Dhatus non dietary allowance related to date of birth ($\chi^2 = 41.31$, coeff. = .37). The perceived barriers of OA of the knee was not correlated to Dhatus non dietary allowance related to personality.

5. The health motivation was negatively correlated to health risk behaviors of OA of the knee ($r = -.624$): inappropriate eating behaviors affecting OA of the knee ($r = -.375$), inappropriate movement and posture ($r = -.788$), exposure to extreme heat and cold ($r = -.302$), lack of Upekkha ($r = -.197$), impulsive behaviors ($r = -.199$) and was correlated to Dhatus non dietary allowance related to date of birth ($\chi^2 = 47.95$, coeff. = .39). The health motivation was not correlated to Dhatus non dietary allowance related to personality.

6. The results of stepwise multiple logistic regression analyzed showed that the perceived barrier of OA of the knee were significant associated with Dhatus non dietary allowance related to date of birth: An increase of 1 score on perceived barriers of OA of

the knee will increase incidence of Dhatu non dietary allowance related to date of birth 1.13 times.

7. The results of stepwise multiple regression analyzed showed that 45.30 percent of the health risk behaviors of OA of the knee was accounted for by two predictors: perceived barriers of OA of the knee and health motivation.

8. The Dhatu Samutthan, Prathet Samutthan and Dhatu Chao Ruean were not correlated to OA of the knee. Utu Samutthan, Ayu Samutthan, Kala Samutthan and health risk behaviors: inappropriate eating behaviors affecting OA of the knee, Dhatu non dietary allowance related to date of birth, inappropriate movement and posture, exposure to extreme heat and cold, lack of Upekkha, impulsive behaviors and Dhatu non dietary allowance related to personality were correlated to OA of the knee ($\chi^2= 18.884$, cramer's v coef. = .25, $\chi^2= 3.93$, phi coef. = .11, $\chi^2= 7.611$, cramer's v coef. = .16, $\chi^2= 20.43$, phi coef. = .27, $\chi^2= 12.82$, phi coef. = .21, $\chi^2= 64.57$, cramer's v coef. = .46, $\chi^2= 157.98$, cramer's v coef. = .73, $\chi^2= 20.55$, cramer's v coef. = .26, $\chi^2= 28.83$, cramer's v coef. = .31, $\chi^2= 39.16$, cramer's v coef. = .36 respectively)

9. The result of stepwise multiple logistic regression analyzed showed that inappropriate eating behaviors affecting OA of the knee, Dhatu non dietary allowance related to date of birth, inappropriate movement and posture and impulsive behaviors were significant associated with OA of the knee: An increase of 1 score on inappropriate movement and posture, inappropriate eating behaviors affecting OA of the knee, impulsive behaviors will increase incidence of OA of the knee 1.61, 1.28, 1.15 times respectively. Dhatu non dietary allowance related to date of birth will increase incidence of OA of the knee 8.63 times.

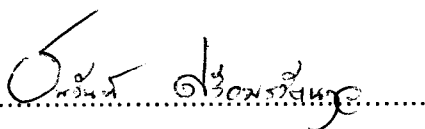
ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและสมรรถนะด้านการแพทย์แผนไทยที่มี
ความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลราชวิถี

งานวิจัย 1

ของ

ธันวาคม ศรีอมรรัตนกุล

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าได้ทำการวิจัยนี้ด้วยตนเอง
ไม่มีส่วนใดที่คัดลอกมาจากของผู้อื่น
โดยมิได้รับอนุญาตตามกฎหมายลิขสิทธิ์



(ธันวาคม ศรีอมรรัตนกุล)

เสนอต่อคณะกรรมการบริหารหลักสูตร (เน้นวิจัย)
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สอบวันที่ 16 พฤษภาคม 2548

งานวิจัย 1

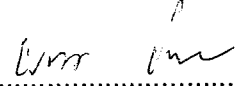
เรื่อง

“ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและสมรรถนะด้านการแพทย์แผนไทยที่มี
ความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลราชวิถี”

ของ

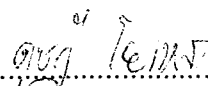
ธนวันต์ ศรีอมรัตนกุล

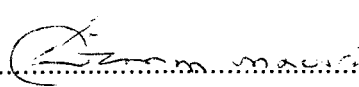
ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

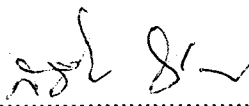
.....ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร
(รองศาสตราจารย์ ดร. ผจงจิต อินทสุวรรณ)

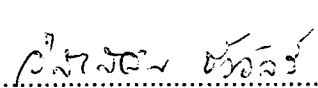
วันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ. 2548

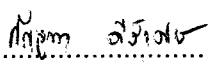
คณะกรรมการสอบงานวิจัย

.....ประธานกรรมการควบคุม
(รองศาสตราจารย์ ดร. ดุษฎี โยเหลา)

.....กรรมการควบคุม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทนา ภาคบงกช)

.....กรรมการควบคุม
(ดร.สชญ ภูงค์)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่ม
(ดร.วิลาสลักษณ์ ชวัลลี)

.....กรรมการภายนอก
(อาจารย์กัญจนา ตีวิเศษ)

ประกาศคุณูปการ

งานวิจัยนี้สำเร็จเรียบร้อยเป็นอย่างดี ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. คุชฎี โยเหลา ประธานกรรมการควบคุมงานวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทนา ภาคบงกช และอาจารย์สรณ ภู่งง กรรมการควบคุมงานวิจัย โดยทุกท่านได้เสียสละเวลา อันมีค่าให้คำแนะนำข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ รวมถึงการตรวจสอบแก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆ และคอยสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณทั้ง 3 ท่าน

ขอขอบพระคุณอาจารย์แพทย์หญิงเพ็ญภา ททรัพย์เจริญ อาจารย์กัญญา ดิวิเศษ อาจารย์สุภาวดี ตั้งจิตรเจริญ นายแพทย์พิพัฒน์ ชุมเกษียร นายแพทย์มงคล ผานิดานันท์ ดร.วิลเลียม วิมุกตายน ดร.กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ อาจารย์ศรีสุนทรา เจริญวิพัฒน์ และ อาจารย์รศเทพ เทพกุล ที่กรุณาให้คำแนะนำในการทำเครื่องมือวิจัย และตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหาของงานวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอกโรคกระดูก และข้อ ของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พอ.ธ.นินิธย์ โชตนภุติ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรค กระดูกและข้อ ที่เอื้อเพื่อให้ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของท่าน เพื่อทดลอง ใช้เครื่องมือวิจัย ด้วยความสะดวกเป็นกันเองและสร้างความประทับใจให้แก่ผู้วิจัย ขอขอบคุณ ท่านผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยนอกโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ โรงพยาบาลราชวิถี และนายแพทย์พรภวิษณ์ ศรีภิรมย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรค กระดูกและข้อ ที่ให้ความกรุณาผู้วิจัยได้เข้าเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของท่าน ขอ ขอบคุณหัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป ที่ให้ความสะดวกแก่ผู้วิจัยในการเก็บข้อมูลกับกลุ่ม เปรียบเทียบไปพร้อม ๆ กับกลุ่มศึกษา และขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือสละเวลาใน การให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย

ขอขอบคุณอาจารย์ ดร. นงพิมล นิมิตรสัมพันธ์ ตลอดจนทีมหมอนวดแผนไทยทุก ๆ คน น้อง ๆ พยาบาลที่ช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณทุกๆ ท่านที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีได้กล่าว นามไว้ ณ ที่นี้

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณความดีที่เกิดจากการวิจัยครั้งนี้ คຸ້ມຄອງบิตามารดา และผู้ที่มีพระ คุณทุกท่านให้ประสบแต่ความสุขสมปรารถนา สุขภาพร่างกายแข็งแรง พ้นจากอันตรายทั้งปวง

ธวันต์ ศรีอมรรัตนกุล

งานวิจัยครั้งนี้ ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย
จาก
มูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา
สถาบันการแพทย์แผนไทย
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
กระทรวงสาธารณสุข

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	5
ความสำคัญของการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
นิยามคำศัพท์.....	6
2 เอกสารและการศึกษาที่เกี่ยวข้อง.....	11
แนวคิดทฤษฎีของโรคข้อเข่าเสื่อม.....	11
แนวคิดทฤษฎีการแพทย์แผนไทย.....	18
โรคข้อเข่าเสื่อมในเชิงทฤษฎีการแพทย์แผนไทย.....	41
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ.....	43
งานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค.....	48
งานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง สมรรถนะต่าง ๆ ชาติเจ้าเรือน และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม.....	53
สมมติฐานการวิจัย.....	65
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	66
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	68
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	68
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การสร้างเครื่องมือ และการหาคุณภาพเครื่องมือ	70
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	76
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	77
4 การนำเสนอข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	78
ข้อมูลทั่วไป.....	78
ปัจจัยด้านสมรรถนะต่าง ๆ ชาติเจ้าเรือน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค ข้อเข่าเสื่อมกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม.....	80

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 (ต่อ)	
ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม.....	84
ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะต่าง ๆ ภาวะเจ้าเรือน และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม.....	87
5. สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	87
สรุปผลการวิจัย.....	91
อภิปรายผล.....	100
ข้อจำกัดของการทำวิจัย.....	119
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งนี้.....	119
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	120
บรรณานุกรม	122
ภาคผนวก.....	130
ภาคผนวก ก.....	130
จำนวนและร้อยละของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามอายุโดยละเอียด....	132
จำนวนและร้อยละของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกประเภทของอาหารที่ รับประทานตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิดที่มากกว่า 4 ครั้งต่อ 1 สัปดาห์.....	133
จำนวนและร้อยละของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกประเภทของอาหารที่ รับประทานตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพที่มากกว่า 4 ครั้งต่อ 1 สัปดาห์.....	134
ภาคผนวก ข.....	135
ใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย.....	136
แบบบันทึกการสัมภาษณ์.....	139
คู่มือการสัมภาษณ์.....	148
ภาคผนวก ค.....	157
หนังสือขออนุญาตในการใช้เครื่องมือ.....	158
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	162
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	163

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 ธาตุเจ้าเรือนจำแนกตามช่วงปฏิสนธิ.....	20
2 แสดงช่วงเวลาของการทำโทษของทวารโฑษและตรีโฑษ.....	29
3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามลักษณะบุคคล ในด้านสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและอาชีพ.....	78
4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามสมุฏฐานต่าง ๆ และ ธาตุเจ้าเรือน	80
5 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามการรับรู้ภาวะสุขภาพในด้านต่างๆ	82
6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามพฤติกรรม รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนทั้ง 2 ชนิด	83
7 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม	83
8 สัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ทั้งโดยรวมและรายด้านของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ.....	84
9 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน วันเดือนปีเกิด และธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ.....	85
10 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ ที่สามารถอธิบายพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมโดยรวม	86
11 ค่าสัมประสิทธิ์ของการถดถอยแบบขั้นตอนของปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพที่สามารถ อธิบายพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม โดยรวมในด้านต่าง ๆ ทั้ง 5 ด้าน กับการมี พฤติกรรมรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน	87
12 ความสัมพันธ์ระหว่างสมุฏฐานต่าง ๆ ธาตุเจ้าเรือน กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม.....	87
13 ความสัมพันธ์ระหว่างการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนทั้ง 2 ชนิดกับการเป็นโรค ข้อเข่าเสื่อม	88
14 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม.....	89
15 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยด้านอตุสมุฏฐาน อายุสมุฏฐาน กาลสมุฏฐาน และ พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม	89

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	66
2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม.....	94
3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม.....	94
4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม.....	95
5 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม.....	96
6 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจด้านสุขภาพกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม.....	96
7 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติกแบบขั้นตอนระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ.....	97
8 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม.....	98
9 ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะต่าง ๆ ธาตุเจ้าเรือน และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม.....	99
10 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติกแบบขั้นตอนระหว่างสมรรถนะต่าง ๆ ธาตุเจ้าเรือน และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม.....	100

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่เกิดขึ้นเองโดยไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของโรค แต่สันนิษฐานว่าอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน การเสื่อมของข้อเข่าอาจเกิดจากรูปร่างที่ผิดปกติ การได้รับบาดเจ็บที่ข้อเข่า ข้อเข่าถูกใช้งานมากเกินไป เนื่องจากพฤติกรรมที่มีลักษณะเพิ่มแรงกดภายในข้อเข่า เช่น การนั่งพับเพียบ การนั่งยอง ๆ การขึ้นลงบันได การนั่งขัดสมาธิ นอกจากนี้ ความอ้วนและพันธุกรรมก็อาจเป็นสาเหตุส่งเสริมทำให้เกิดการเสื่อมของข้อเช่นกัน (วรรณิ สัตยวิวัฒน์. 2539 : 361-371) จากการสำรวจประชากรในประเทศไทย พบว่ากลุ่มอายุ 42-60 ปี จำนวน 2,208 คน มีอาการปวดข้อ 548 คน (อัตรา 248 คน ต่อ ประชากร 1,000 คน) ในจำนวนนี้ มีสาเหตุจากข้อเข่าเสื่อม 241 คน คิดเป็นร้อยละ 44 นับว่าเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด (โครงการควบคุมโรคปวดข้อและปวดเมื่อย . 2530 : 39-48) ปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมคือความเจ็บปวด โดยเฉพาะในรายที่เกิดอาการเจ็บปวดอย่างรุนแรงและเจ็บปวดอยู่เป็นเวลานานจะเกิดผลเสียตามมามากมาย เช่น การเคลื่อนไหวที่น้อยลง ทำให้เกิดปัญหากล้ามเนื้อลีบอ่อนแรง เนื่องจากการใช้งานของกล้ามเนื้อลดลง เพราะมีอาการเจ็บปวด อักเสบบวม และข้อติด ผลสืบเนื่องจากการที่ไม่ค่อยใช้งาน คือความคงทนของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยลดลง (Semble; et al. 1990 : 32-40) โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดข้อพิการ และสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงานการที่ผู้ป่วยเดินไม่ได้ ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ทำให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองครอบครัว และ สังคม ประกอบกับค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ยาบรเทาอาการปวด และยาลดการอักเสบในข้อเข่ามีราคาแพง และใช้เวลารักษานานกว่าอาการปวดจะบรรเทา นอกจากนี้ ผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยากก็มีมากมาย ในปีหนึ่ง ๆ รัฐบาลต้องเสียงบประมาณเป็นจำนวนมาก ในการรักษาและพัฒนาเทคโนโลยีด้านวิทยาศาสตร์ เพื่อค้นหาวิธีการรักษาอาการปวดและความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด รวมทั้งป้องกันความพิการในผู้ป่วยโรคข้อเสื่อม (พูลศรี ชัยนิวัฒนา. 2527 : 1) ในบางกรณี ที่ผู้ป่วยไม่สามารถทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดได้ จะต้องอาศัยการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า (เจริญ โชติภวณิชย์. 2528 : 537) ซึ่งข้อเข่าเทียมมีราคาสูงมาก ประมาณ 25,000 ถึง 52,000 บาท และหลังจากเปลี่ยนข้อเข่าแล้ว ก็ไม่อาจแน่ใจได้ว่าจะสามารถใช้งานได้เหมือนเดิมหรือไม่(สุจิตรา ไชยพัฒนะพุกฤษ. 2532 : 2) ผู้ป่วยที่มีเศรษฐกิจยากจนย่อมมีอุปสรรคในการมารับการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน แนวทางหนึ่งซึ่งถือว่าเป็นทางเลือกและกำลังได้รับความสนใจในการศึกษา คือการแพทย์แผนไทย

การแพทย์แผนไทยเป็นภูมิปัญญาพื้นบ้านของบรรพบุรุษไทย และถือเป็นแพทย์พื้นบ้านของไทยที่ช่วยดูแลส่งเสริมสุขภาพ รักษาโรค และป้องกันโรคให้ประชากรไทยมีสุขภาพที่ดีมานานนับหลายร้อยปี โดยสืบต่อภูมิปัญญาจากต้นตระกูลบรรพบุรุษ และจากการศึกษาของรุ่งรังษี วิบูลชัย (2538 : 180) เกี่ยวกับการดำรงอยู่ของการแพทย์พื้นบ้าน พบข้อดี และข้อด้อยของการแพทย์พื้นบ้านดังนี้ ข้อดีของการแพทย์พื้นบ้านคือ

เป็นระบบการแพทย์แบบองค์รวม การวินิจฉัยโรคอาศัยบริบททางสังคม และวัฒนธรรม รักษาได้ผลดีในกลุ่มอาการของโรคที่ไม่ชัดเจนมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน และเสียค่าใช้จ่ายน้อยมาก อย่างไรก็ตาม ข้อดีของการแพทย์พื้นบ้าน ว่าเป็นระบบการแพทย์ที่ขาดการบันทึก การวัดประสิทธิภาพการรักษา วัดโดยพิจารณาจากความพึงพอใจและขาดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับ ฟอสเตอร์; และคนอื่นๆ (Foster ; et al. 1978 :125 -126) ที่ว่าข้อดีของการแพทย์พื้นบ้านที่ทำให้ขาดความน่าเชื่อถือ มีดังนี้ คือ ประการแรก เนื่องจากการแพทย์พื้นบ้านขาดการบันทึก ขาดข้อมูลทางสถิติ ขาดข้อมูลที่ระบุถึงความสำเร็จ ซึ่งมีความจำเป็นมากสำหรับการแพทย์แผนปัจจุบัน ประการที่สองการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่วัดประสิทธิภาพการรักษา โดยพิจารณาจากความพึงพอใจ และความคาดหวังของผู้รับการรักษา การวัดความพึงพอใจอย่างเดียว ยอมรับได้ยาก ดังนั้น นอกจากจะพิจารณาจากมิติทางสังคมและวัฒนธรรมแล้ว จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาพิสูจน์ความเชื่อถือได้ การขาดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และไม่ได้รับความเอาใจใส่จากรัฐบาลมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ทำให้องค์ความรู้ของการแพทย์พื้นบ้านหยุดนิ่ง ไม่มีการพัฒนาให้ก้าวทันกับโรคใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้น(เสาวภา พรสิริพงษ์ และพรทิพย์ อุศุภรัตน์, 2538 : 11) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะแพทย์แผนปัจจุบันขาดความรู้ในเรื่องการแพทย์แผนไทย เนื่องจากยังมีการเรียนการสอนทางการแพทย์แผนไทยในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตน้อยมาก หรือไม่มีเลย กอปรกับการตรวจวินิจฉัย และการพยากรณ์โรคโดยวิธีแพทย์แผนไทย มีความแตกต่างกันไปจากการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นอย่างมาก การบันทึก ตำรับยา ตลอดจนผลการรักษา ยากแก่ความเข้าใจ สำหรับแพทย์แผนปัจจุบัน (เพ็ญภา ทวีชัยเจริญ 2544 : 74) นอกจากนั้น ตำราการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่ยังแต่งเป็นคำกลอน ภาษาบาลี และภาษาสันสกฤต ซึ่งทำให้ผู้สนใจที่จะศึกษาทำความเข้าใจได้ยาก ถึงแม้ว่าจะมีการฟื้นฟูและพัฒนา ตลอดจนมีการแปล และสรุปข้อความต่างๆ จากคัมภีร์เพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น แต่ตำราเหล่านี้ก็ยังคงมีความคลุมเครือ ยากแก่ความเข้าใจอยู่มาก และด้วยเหตุผลที่การแพทย์พื้นบ้านเป็นสิ่งที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน และมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของชาวบ้านอย่างสอดคล้อง และกลมกลืนกับวัฒนธรรมความเชื่อที่ชาวบ้านยึดถือปฏิบัติ หากได้รับโอกาสและมีการส่งเสริมที่เหมาะสมย่อมสามารถสนับสนุนบทบาทของแพทย์แผนปัจจุบัน โดยปรับองค์ความรู้ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม (พรณี ภิญญรัตน์. 2541 : 27 ; อ้างอิงจาก เสาวภา พรสิริพงษ์. 2538) ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (ปี พ.ศ 2545-2549)

ในยุทธศาสตร์ ที่ 5 เรื่องการบริหารจัดการความรู้และภูมิปัญญาเพื่อสุขภาพ โดยมุ่งสร้างระบบบริหารจัดการข้อมูล องค์ความรู้ การวิจัย และภูมิปัญญาสุขภาพรวมทั้งสื่อการเรียนรู้และวัฒนธรรมสุขภาพ เพื่อให้สามารถสร้างไปพร้อมๆ กับผสมผสาน และพัฒนาให้เกิดระบบสุขภาพแบบพึ่งพาตนเอง รวมทั้งความสามารถของประชาชน ชุมชน และประชาสังคม ในการนำความรู้ เทคโนโลยี และภูมิปัญญาท้องถิ่น ที่มีอยู่ไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ (พันธิพิทย์ ธรรมสโรส ; และคนอื่นๆ . 2544 : 44) จะเห็นได้ว่า การผสมผสาน ควรเริ่มตั้งแต่ การให้ทุกคนยอมรับ ในภูมิปัญญาของการแพทย์แผนไทย เป็นอันดับแรก เมื่อมีการยอมรับแล้ว การผสมผสานในข้ออื่นก็ตามมาเองโดยมิได้ถูกบังคับ การยอมรับในภูมิปัญญาจะมีได้ก็ต่อเมื่อเราสามารถพิสูจน์ได้ว่าความรู้ ทฤษฎีต่างๆ ที่มีมาของคนโบราณนั้น เป็นทฤษฎีที่น่าเชื่อถือได้ ดังนั้น การศึกษาให้ทราบถึงแก่นแท้ของ

จุดอ่อนจุดแข็ง และขอบเขตเงื่อนไขแห่งความสมมูลอย่างชัดเจน จึงนับเป็นหลักสำคัญของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพื้นฐานการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์พื้นบ้าน ตามกรอบแนวคิดแบบการแพทย์ตะวันตกเพียงแต่เท่าที่เป็นอยู่ยังขาดความชัดเจนในกระบวนการวิธีประยุกต์ใช้ที่เหมาะสมกับยุคสมัยปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งขาดความชัดเจนในระบบรอยต่อระหว่างแพทย์พื้นบ้านกับการแพทย์ปัจจุบัน (เพ็ญญา ทวีพย์เจริญ. 2538 : 29)

ในปี พ.ศ 2533 สำรวย ทวีพย์เจริญ (Sumruay Subcharean.1989 : 115-116) ได้ศึกษาถึงการนำทฤษฎีการแพทย์แผนไทยมาใช้ในการวินิจฉัยโรค ในผู้ป่วยจำนวน 92 คน ในด้านธาตุเจ้าเรือน โดยใช้แบบสอบถามธาตุเจ้าเรือนในปัจจุบัน ของแพทย์แผนไทยเปรียบเทียบกับกรตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการของแพทย์แผนปัจจุบัน แล้วแปลมาเป็นความผิดปกติของธาตุต่าง ๆ แล้วนำผลที่ได้มาหาความเกี่ยวพันโดยใช้สถิติแคปปา (Kappa statistic) พบว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับกลางถึงดี ในผู้ป่วยที่มีธาตุไฟเจ้าเรือนในช่วงอายุ 0-16 ปี และผู้ป่วยที่มีธาตุลมเป็นเจ้าเรือนในช่วงอายุ 32 ปีขึ้นไป และพบว่ามีความเกี่ยวพันกันในระดับดี ระหว่างผลที่ได้กับการวินิจฉัยของแพทย์แผนปัจจุบัน ในผู้ป่วยที่มีธาตุลมเจ้าเรือน และอยู่ในช่วงอายุ 0-16 ปี

ในระบบทฤษฎีโรค ซึ่งเป็นระบบหนึ่งในระบบการแพทย์ที่ครอบคลุมความเชื่อในเรื่องสาเหตุของความเจ็บป่วย ซึ่งในตำราแพทย์แผนไทยสิ่งที่ถูกหยิบยกมาเป็นประเด็นของระบบทฤษฎีโรคก็คือเรื่องธาตุทั้ง 4 โดยเชื่อว่าการเกิดโรค หรือความเจ็บป่วยนั้นมีสาเหตุมาจากปัจจัยต่าง ๆ มากทำให้เกิดการเสียสมดุลของธาตุในร่างกาย โดยปกติร่างกายของมนุษย์จะประกอบด้วยธาตุภายใน อันได้แก่ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม และธาตุไฟที่อยู่ร่วมกันและสัมพันธ์กันอย่างได้สมดุล เมื่อใดที่ธาตุต่าง ๆ เกิดความแปรปรวนจนเสียสมดุล ก็จะทำให้เกิดความเจ็บป่วยขึ้นเช่น ถ้าธาตุน้ำมีความแปรปรวน จะมีอาการของระบบทางเดินหายใจ เช่น เป็นหวัด มีเสมหะ ถ้าธาตุลมแปรปรวนจะมีอาการแน่นอึดอัด ท้องอืดท้องเฟ้อเวียนหน้ามืด เป็นลม ถ้าธาตุไฟแปรปรวนจะมีความผิดปกติที่ระบบควบคุมความร้อนของร่างกาย จะมีอาการไข้ ตัวร้อน หรือระบบย่อยอาหารผิดปกติ ส่วนธาตุดินซึ่งไม่ค่อยมีความแปรปรวน นอกจากจะเสื่อมไปตามธรรมชาตินั้น ถ้าจะเกิดความผิดปกติ ก็มักจะเกิดโดยตรงจากอุบัติเหตุที่ทำให้กระดูกแตกหัก หรือบาดเจ็บแผลทางร่างกายซึ่งจะส่งผลให้ธาตุอื่นแปรปรวนไปด้วย โดยให้ความสำคัญกับธาตุสมุฏฐาน อุดสมุฏฐาน อายุสมุฏฐาน กาลสมุฏฐาน ประเทศสมุฏฐาน ธาตุเจ้าเรือน โดยธาตุสมุฏฐานและธาตุเจ้าเรือนจะเป็นจะบ่งบอกถึงจุดอ่อนทางสุขภาพ ซึ่งธาตุสมุฏฐานจะพิจารณาจากวันเดือนปีเกิดว่าเป็นธาตุใดที่มีลักษณะเด่น ในขณะที่ธาตุเจ้าเรือนนั้น จะพิจารณาจากบุคลิกภาพของบุคคล ซึ่งพิจารณาได้จากการทำแบบสำรวจธาตุเจ้าเรือน ซึ่งทั้ง 2 วิธี พบว่าธาตุเจ้าเรือนที่ได้อาจไม่ตรงกัน จากการสำรวจธาตุเจ้าเรือนของทั้ง 2 วิธีในนักศึกษาพยาบาลคนเดียวกัน จำนวน 100 คน พบว่า ร้อยละ 45 ในคน ๆ คนเดียวกัน ได้ธาตุเจ้าเรือนไม่ตรงกัน ส่วนร้อยละ 55 ในคนเดียวกันได้ธาตุเจ้าเรือนเดียวกัน จะเห็นได้ว่าการวินิจฉัยธาตุเจ้าเรือนโดยใช้ทั้ง 2 วิธี อาจได้ผลลัพธ์ออกมาทั้งเหมือนกันและแตกต่างกันได้ ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ทำให้ธาตุเจ้าเรือนเปลี่ยนแปลงไปได้ แต่อย่างไรก็ตาม การพิจารณาธาตุทั้ง 2 วิธี ก็เป็นที่น่าสนใจ เนื่องจากยังคงใช้ในการวินิจฉัยภาวะสุขภาพในหลาย ๆ สถานพยาบาลทาง

การแพทย์แผนไทย ซึ่งถือว่าเป็นภูมิปัญญาไทย โดยวินิจฉัยร่วมกับการคุณธาตุ และร่วมกับสมุฏฐานอื่น ๆ ซึ่งโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่เกิดจากการเสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้อ ซึ่งน่าจะพบในบุคคลที่มีธาตุดินเป็นเจ้าเรือน (ธาตุสมุฏฐาน และธาตุเจ้าเรือน) โดยมีธาตุลมมากกระทำจึงทำให้มีอาการปวดเข่า โดยอายุที่มีลมมากกระทำคืออายุมากกว่า 32 ปี (อายุสมุฏฐาน) และน่าจะอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีธาตุดินเป็นจุดอ่อน คือเขตที่เป็นน้ำเค็ม เปลือกตม คือภาคใต้ และมักเกิดในช่วงฤดูฝนในช่วงเวลา เย็น และใกล้รุ่ง

แต่อย่างไรก็ดี เราจะพบว่า สภาพสังคมไทยในยุคปัจจุบันกำลังอยู่ในระยะของการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจและการเมือง ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีต่าง ๆ เป็นผลทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างความเจริญทางด้านวัตถุกับวิถีการดำเนินชีวิต เป็นผลทำให้เกิดความไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลร้ายต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต สอดคล้องกับทฤษฎีการแพทย์แผนไทย ในตำราเวชศึกษาและตำราธาตุวิวัฒน์ (บุษบา ประภาสพงค์ ; และคนอื่น ๆ. 2542 337-341) ที่กล่าวถึงพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค ซึ่งได้แก่ การกินอาหารไม่ถูกกับธาตุ ไม่สะอาด บุดเน่า การกินอึดเกินไป หรือน้อยเกินไป การมีอริยาบถที่ผิดปกติผิดธรรมชาติ หรืออยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนาน ๆ การกระทบร้อนจัดหรือเย็นจัดมากเกินไป การอดนอน อดข้าว อดน้ำ การกลั่นอุจจาระและปัสสาวะ การทำงานเกินกำลังหรือหมกมุ่นในกามารมณ์มากเกินไป การขาดอุเบกขา มีความเศร้าโศกเสียใจ หรือดีใจมากเกินไป มีโทษะมาก หรือมักโกรธเสมอ ๆ (เพ็ญภา ทรรศัยเจริญ. 2537 : 83-86) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ก็คือ การรับรู้ทางสุขภาพของบุคคล ซึ่งเป็นความคิดและความเข้าใจของบุคคลที่เกี่ยวกับสุขภาพของตน โดยเบคเกอร์กล่าวว่า บุคคลใดจะมีพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิต และการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคมีผลดีต่อตนเอง และมีแรงจูงใจที่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพมากยิ่งขึ้น โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพของเบคเกอร์ ประกอบด้วย 5 ด้าน (Becker. 1974: 409-419) คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป

จากข้อมูลและผลการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดผลต่อภาวะสุขภาพพบว่า พฤติกรรมเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่ส่งผลให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม นอกจากนี้ปัจจัยทางด้านธาตุสมุฏฐาน อุดสมุฏฐาน อายุสมุฏฐาน กาลสมุฏฐาน ประเทศสมุฏฐาน และธาตุเจ้าเรือน และเนื่องจากพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกมานั้น เป็นผลมาจากการรับรู้ภาวะสุขภาพดังกล่าว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ในด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โดยนำปัจจัยทางด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพมาช่วยในการอธิบายพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม และนำปัจจัยทางด้านสมุฏฐานการแพทย์แผนไทย มาช่วยในการอธิบายการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ผลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จะนำไปสู่การแสวงหาวิธีการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม โดยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและวิธีการทางการแพทย์แผนไทยต่อไป

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านสมรรถนะต่าง ๆ อาทิเจ้าเรือน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และ อำนาจการทำนายของสมรรถนะต่าง ๆ อาทิเจ้าเรือน และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

ความสำคัญของการวิจัย

1. ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในทฤษฎีการแพทย์แผนไทยได้อย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น
2. ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาและฟื้นฟูทฤษฎีการแพทย์แผนไทย อันจะทำให้เกิดการยอมรับและเชื่อถือของประชาชนทั่วไป
3. ทำให้สามารถประยุกต์ใช้สมรรถนะการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน
4. เป็นแนวทางในการป้องกันโรค ซึ่งจะนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในระดับพื้นฐานได้ต่อไป

ขอบเขตของการศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมจากผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร ในระหว่างเดือนกันยายน ถึง พฤศจิกายน 2547

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยนอกเพศหญิงที่มีอายุ 32 ปีขึ้นไป และมารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี ในระหว่าง เดือนกันยายน ถึงเดือนพฤศจิกายน 2547 โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มศึกษา คือ ผู้ป่วยนอกเพศหญิงทุกคนที่มารับการตรวจรักษาในแผนกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชวิถีและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ชนิดปฐมภูมิ โดยมีระยะเวลาของการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมไม่เกิน 5ปี และมารับการตรวจรักษาในระหว่างเดือน กันยายน ถึง พฤศจิกายน 2547 จำนวน 150 คน

กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้ป่วยใหม่เพศหญิงที่มารับการตรวจรักษาในแผนกเวชศาสตร์ทั่วไป โรงพยาบาลราชวิถีและไม่เคยมีประวัติการเป็นโรคที่เข่า ซึ่งแผนกแผนกเวชศาสตร์ทั่วไป มีผู้ป่วยเฉลี่ย 50 คน / วัน ในการศึกษานี้ทำการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนกันยายน ถึงพฤศจิกายน 2547 จำนวน 150 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

1. ตัวแปรต้น คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม สมุนไพรต่าง ๆ ชาติเจ้าเรือน
2. ตัวแปรตาม คือ การเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

นิยามคำศัพท์เฉพาะ

1. ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย หมายถึง องค์ความรู้อันเป็นภูมิปัญญาดั้งเดิมของไทยที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันและรักษาสุขภาพ ของชาวไทยมาแต่โบราณ ซึ่งได้ประมวลมาจากตำราแพทย์แผนโบราณที่ได้รับการยอมรับ และใช้ศึกษาอยู่ในปัจจุบัน คือจากคัมภีร์สมุทฐานวินิจจัย คัมภีร์เวชศึกษาและคัมภีร์ธาตุวิภังค์
2. สมุทฐานต่าง ๆ หมายถึง สิ่งที่ทำให้เกิดโรคในพระคัมภีร์สมุทฐานวินิจจัย ซึ่งประกอบไปด้วย 5 สมุทฐาน ได้แก่

2.1 ชาติสมุทฐาน หมายถึง การพิจารณาว่าบุคคลเป็นธาตุใด โดยดูจากวันเดือนปีเกิด แล้วเทียบในคัมภีร์สมุทฐานวินิจจัย โดยแบ่งธาตุออกเป็น ดิน น้ำ ลม ไฟ หรือมีธาตุอื่นๆ คละกันไป ในโรคข้อเข่าเสื่อมนั้นจะมีธาตุดินเป็นหลักและอาจผสมกับธาตุอื่นๆ แต่ในที่นี้จะใช้วิธีการหมุนวงกลมวิเคราะห์ธาตุของแพทย์หญิงเพ็ญภา ทวีพย์เจริญ (เพ็ญภา ทวีพย์เจริญ. 2538 : 24)

2.2 อุตุสมุทฐาน หมายถึง ฤดูกาลที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วย หรืออาการกำเริบ เช่น ถ้าฤดูหนาวมักจะเจ็บป่วยด้วยโรค หรือมีอาการกำเริบที่เกี่ยวกับธาตุน้ำ ถ้าฤดูฝนมักจะเจ็บป่วยด้วยโรคหรือมีอาการกำเริบที่เกี่ยวกับธาตุลม และฤดูร้อนมักเจ็บป่วยด้วยโรค หรือมีอาการกำเริบเกี่ยวกับธาตุไฟ

2.3 อายุสมุทฐาน หมายถึง อายุใน 3 ช่วงอายุ คือ อายุแรกเกิดถึง 16ปี มักเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวกับธาตุน้ำ อายุ 16ปี - 32 ปี มักเจ็บป่วยด้วยธาตุไฟ อายุมากกว่า32 ปี มักเจ็บป่วยด้วยธาตุลม

2.4 กาลสมุทฐาน หมายถึง ช่วงเวลาของการเกิดโรคหรือช่วงเวลาของการกำเริบ คือ เวลา 6.00-10.00 น. และ 18.00-22.00 น. มักเจ็บป่วยด้วยธาตุน้ำ เวลา 10.00-14.00 น. และ เวลา 22.00 - 02.00 น. มักเจ็บป่วยด้วยธาตุไฟ เวลา 14.00-18.00 น. และ เวลา 02.00-06.00น. มักเจ็บป่วยด้วยธาตุลม

2.5 ประเทศสมุทฐาน หมายถึง สถานที่อยู่อาศัยว่า ถ้าเป็นที่สูงหรือภูเขา เช่นภาคเหนือ มักจะเจ็บป่วยด้วยธาตุไฟ ถ้าเป็นที่ราบลุ่มภาคกลางมักเจ็บป่วยด้วยธาตุลม และถ้าเป็นที่น้ำฝนตกชุก เช่นภาคใต้ มักจะเจ็บป่วยด้วยธาตุดิน และถ้ามีเป็นพื้นดินกรวดทราย เช่น ภาคอีสาน มักเป็นโรคเกี่ยวกับธาตุน้ำ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่อาศัยโดยตามถึงลักษณะสิ่งแวดล้อมเพิ่มเติม เช่น ที่อยู่อาศัยใกล้แม่น้ำ ลำคลอง / ใกล้ทะเลน้ำเค็ม / ใกล้โรงงานหรืออยู่ในตึกสูง โดยพิจารณาประเทศสมุทฐานให้สอดคล้องกับภูมิประเทศของประเทศไทย

3. ธาตุเจ้าเรือน หมายถึง การพิจารณาว่าบุคคลเป็นธาตุใดโดยดูจากลักษณะบุคลิกภาพ นิสัย และพฤติกรรมของบุคคลที่มีลักษณะเด่นของธาตุใดธาตุหนึ่ง โดยถือว่าธาตุนั้นเป็นธาตุเจ้าเรือน และมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคที่เกิดจากธาตุนั้น เช่น ถ้ามีธาตุดินเป็นเจ้าเรือน จะมีโอกาสเป็นโรคที่เกี่ยวกับอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น โรคที่เกี่ยวกับการเสื่อมของอวัยวะภายในร่างกาย โรคข้อกระดูกเสื่อม โรคมะเร็ง เนื้องอก ริดสีดวง ฯลฯ ผู้ที่มีธาตุน้ำเจ้าเรือน มีโอกาสเป็นโรคที่เกี่ยวกับระบบไหลเวียน และน้ำในร่างกายเช่น ท้องร่วง ไข้หวัด ฯลฯ ผู้ที่มีธาตุลมเจ้าเรือนมีโอกาสเป็นโรคที่เกี่ยวกับความเครียด โรคจิต ประสาท โรคความดัน โรคหัวใจ ฯลฯ ผู้ที่มีธาตุไฟเจ้าเรือนจะเป็นโรคที่เกี่ยวกับระบบการเผาผลาญอาหารในร่างกาย เช่น โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์เป็นพิษ ฤกษ์น้ำดีอักเสบ ฯลฯ โดยใช้แบบสำรวจธาตุเจ้าเรือนที่ดัดแปลงมาจากแบบสำรวจธาตุเจ้าเรือนของแพทย์หญิงเพ็ญภา ทวีทรัพย์เจริญ (เพ็ญภา ทวีทรัพย์เจริญ, 2541: 107-108)

4. การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้ป่วยรับรู้สภาวะสุขภาพในช่วงก่อนป่วยในด้านความเข้าใจ หรือความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งสามารถประเมินได้โดยใช้แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974 : 409-419) ประกอบด้วยการรับรู้ภาวะสุขภาพ 5 ด้าน คือ

4.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในช่วงก่อนป่วยในด้านความเข้าใจ หรือความรู้สึกเกี่ยวกับอาการของโรคข้อเข่าเสื่อม เช่น ถ้าข้อเข่าเสื่อมรุนแรงมาก จะทำให้ปวดเข่าตลอดเวลา แม้เวลานอนเฉย ๆ ก็ปวด ทำให้ข้อพิการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่ได้ตามปกติ

4.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม หมายถึง การที่บุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคข้อเข่าเสื่อม ในช่วงก่อนป่วยในด้านความเข้าใจ หรือความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับโอกาสเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม เช่น การมีน้ำหนักตัวมาก การยกของหนัก ตลอดจนการมีพฤติกรรมการใช้ข้อเข่ามากเกินไป การขาดการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา การไม่รับประทานอาหารที่มีประโยชน์

4.3 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ในช่วงก่อนป่วยในด้านความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น การลดแรงกดของข้อเข่า การหลีกเลี่ยงการยืนหรือเดินนาน ๆ การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาเพื่อให้กระดูกเข่าแข็งแรง

4.4 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม หมายถึง การที่บุคคลรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ด้านความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม เช่น ความยุ่งยาก ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่าย

4.5 แรงจูงใจในด้านสุขภาพทั่วไป หมายถึง การที่บุคคลมีความสนใจและห่วงใยสุขภาพตนเอง และตั้งใจปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี และป้องกันการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ในช่วงระยะเวลาก่อนป่วย เช่น ความภาคภูมิใจ ความชอบ หรือรู้สึกมีคุณค่าที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคได้

5. พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม หมายถึง พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคจากประมวลทฤษฎีแพทย์แผนไทย พระคัมภีร์สมุฏฐานวินิจจัย ของแพทย์หญิงเพ็ญภา ทวีพย์เจริญ (2537: 85-86) ซึ่งมีทั้งหมด 8 ข้อ ผู้วิจัยนำตัวแปรที่ลักษณะคล้ายคลึงกันมารวมเข้าด้วยกัน และตัดตัวแปรที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคข้อเข่าเสื่อมออก และเพิ่มตัวแปรด้านการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันปีเกิด และตัวแปรด้านการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ เข้าไปในตัวแปรด้านการรับประทานอาหาร ทำให้มี 5 ตัวแปร ดังนี้

5.1 ด้านการรับประทานอาหาร หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานอาหารหรือไม่รับประทานอาหารบางชนิด และจำนวนครั้งของการรับประทานอาหารที่มีผลต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ดังนี้

5.1.1 ด้านการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด หมายถึง การไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด โดยธาตุเจ้าเรือนวิเคราะห์จากแผนวงกลมวิเคราะห์ธาตุของแพทย์หญิงเพ็ญภา ทวีพย์เจริญ ซึ่งในบุคคลหนึ่งอาจเป็นธาตุเดี่ยวหรือธาตุผสมทั้ง 2 ธาตุก็ได้ เช่น ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม ธาตุไฟ ดินและน้ำ ดินและไฟ ลมและน้ำ ลมและไฟ โดยมีอาหารในแต่ละธาตุที่บุคคลควรรับประทาน ดังนี้

ธาตุดิน ควรรับประทานอาหารรสฝาด หวาน มัน เค็ม

ธาตุน้ำ ควรรับประทานอาหารรสเปรี้ยว ขม

ธาตุลม ควรรับประทานอาหารรสเผ็ดร้อน

ธาตุไฟ ควรรับประทานอาหารรสเย็นจืด

ดินและน้ำ ควรรับประทานอาหารรสฝาด หวาน มัน เค็ม และเปรี้ยวขม

ดินและไฟ ควรรับประทานอาหารรสฝาด หวาน มัน เค็ม และเย็นจืด

ลมและน้ำ ควรรับประทานอาหารรสเผ็ดร้อน และเปรี้ยวขม

ลมและไฟ ควรรับประทานอาหารรสเผ็ดร้อน และเย็นจืด

ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นสัมภาษณ์ย้อนหลังถึงพฤติกรรมด้านการไม่รับประทานอาหารดังกล่าวในช่วงก่อนป่วย

5.1.2 ด้านการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ หมายถึง การไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ ซึ่งวิเคราะห์จากการใช้แบบวัดธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดธาตุเจ้าเรือนของแพทย์หญิงเพ็ญภา ทวีพย์เจริญ ซึ่งอาหารที่เหมาะสมกับธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพมีลักษณะเช่นเดียวกับอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการสัมภาษณ์ย้อนหลังถึงพฤติกรรมด้านการไม่รับประทานอาหารดังกล่าวในช่วงก่อนป่วย

5.1.3 ด้านการรับประทานอาหารที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม หมายถึง การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารอิมเกินไป การรับประทานอาหารจุบจิบระหว่างมื้อ การรับประทานอาหารว่าง การรับประทานอาหารประเภทสัตว์ปีก หน่อไม้ หรือเครื่องในสัตว์ ฯลฯ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการสัมภาษณ์ย้อนหลังถึงพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารดังกล่าวในช่วงก่อนป่วย โดยมีอาหารในแต่ละธาตุที่บุคคล ควรรับประทาน ดังนี้

ธาตุดิน ควรรับประทานอาหารรสฝาด หวาน มัน เค็ม

ธาตุน้ำ ควรรับประทานอาหารรสเปรี้ยว ขม

ธาตุลม ควรรับประทานอาหารรสเผ็ดร้อน

ธาตุไฟ ควรรับประทานอาหารรสเย็นจืด

ดินและน้ำ ควรรับประทานอาหารรสฝาด หวาน มัน เค็ม และเปรี้ยวขม

ดินและไฟ ควรรับประทานอาหารรสฝาด หวาน มัน เค็ม และเย็นจืด

ลมและน้ำ ควรรับประทานอาหารรสเผ็ดร้อน และเปรี้ยวขม

ลมและไฟ ควรรับประทานอาหารรสเผ็ดร้อน และเย็นจืด

5.2 ด้านการมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม หมายถึง การมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสมในชีวิตประจำวัน เช่น การมีอิริยาบถใดอิริยาบถหนึ่งนานเกินไป การเพิ่มแรงกดบริเวณกระดูกเข่า เช่น การเดินขึ้น-บันได การนั่งยอง ๆ การนั่งขัดสมาธิ การนั่งพับเพียบ การยกของหนัก การป็นชั้นที่สูง การกระโดด กระแทกบริเวณเข่า ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการสัมภาษณ์ย้อนหลังถึงการมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสมในช่วงก่อนป่วย

5.3 ด้านการกระทบร้อนเย็น หมายถึง การที่ร่างกายไม่อยู่ในภาวะสมดุล โดยถูกความร้อนความเย็น เช่น การทำงานในที่กลางแจ้ง การอยู่ในที่อากาศหนาวเย็น การเดินเข้าออกสถานที่ที่หนาวเย็น และร้อนจัดอยู่ตลอดเวลา ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการสัมภาษณ์ย้อนหลังถึงการการกระทบร้อนเย็นในช่วงก่อนป่วย

5.4 ด้านการขาดอุเบกขา หมายถึง ความรู้สึกทางอารมณ์ที่ไม่เป็นกลาง การไม่วางใจเป็นกลาง ตีใจมากเมื่อสมหวัง เสียใจมากเมื่อไม่สมหวังดังตั้งใจ จึงมีความทุกข์หรือมีความสุขมากเกินไป ทำให้เกิดความคับข้องใจ และในการวิจัยครั้งนี้การขาดอุเบกขาจะเป็นการวัดการขาดอุเบกขาในแง่ขององค์ธรรมขั้นพื้นฐานของปฏุชนทั่วไป ซึ่งการวัดการขาดอุเบกขาของผู้ป่วยในช่วงก่อนป่วย โดยพฤติกรรมดังกล่าวสามารถแสดงออกให้เห็นได้ เช่น การตื่นตระหนก ตื่นเต้นง่าย วิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องที่ยังมาไม่ถึง คิดมาก คอยทุกข์ร้อนเกี่ยวกับเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ ไม่ยอมรับข้อผิดพลาดของตนเอง และคอยช่วยเหลือผู้อื่นแม้เกินกำลังความสามารถ ไม่ปล่อยวางกับสิ่งที่ผ่านไปแล้ว

5.5 ด้านการมีโทสะมักโกรธอยู่เสมอ หมายถึง ความรู้สึกหรือ อารมณ์ที่ขัดเคือง มีความอิจฉา ริษยา คิดอยากมีอยากได้ ซึ่งแสดงออกเป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตเห็นได้ เช่น การมีปฏิกิริยา

โต้ตอบอย่างรุนแรง การพูดคำหยาบ พุดส่อเสียด การเอะอะโวยวาย สบประมาทผู้อื่น การดูต่ำบุคคลรอบ ๆ ข้าง และการแสดงความไม่เป็นมิตร

6. โรคข้อเข่าเสื่อม หมายถึง โรคข้อเสื่อมที่เกิดขึ้นเอง ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของกระดูกอ่อนผิวข้อเข่า และมีความเปลี่ยนแปลงของกระดูกรอยต่อข้อเข่า เยื่อหุ้มข้อและโครงสร้างรอบข้อซึ่งผ่านการวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ

7. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ผู้ป่วยเพศหญิงที่เป็นผู้ป่วยใหม่และมีระยะเวลาของการป่วยมาแล้วไม่เกิน 5 ปี มารับการตรวจรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ทั่วไป ของโรงพยาบาลราชวิถีและไม่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

บทที่ 2

เอกสารและการศึกษาที่เกี่ยวข้อง

ในการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ผู้วิจัยนำเสนอโดยแบ่งหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดทฤษฎีของโรคข้อเข่าเสื่อม
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 พยาธิสภาพของโรคข้อเข่าเสื่อม
 - 1.3 สาเหตุของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม
 - 1.4 อาการของโรคข้อเข่าเสื่อม
2. ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย
 - 2.1 สาเหตุของการเกิดโรคตามแนวคิดทฤษฎีแพทย์แผนไทย
 - 2.2 พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคในเชิงทฤษฎีแพทย์แผนไทย
3. โรคข้อเข่าเสื่อมในเชิงทฤษฎีการแพทย์แผนไทย
4. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ
5. งานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค
6. งานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง สมุนไพรต่าง ๆ ธาตุเจ้าเรือนและพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค

กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

1.แนวคิดทฤษฎีของโรคข้อเข่าเสื่อม

1.1 ความหมาย

โรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) เป็นการเสื่อมสลายของกระดูกผิวข้อ และมีการงอกของกระดูกในข้อ เมื่อมีอายุมากขึ้น ก็มีการเสื่อมสลายของโครงสร้างของอวัยวะในส่วนข้อร่วมด้วยข้อที่เป็นโรคนี้ส่วนมากเป็นข้อที่รับน้ำหนัก โดยเฉพาะที่กระดูกสันหลัง เอว สะโพก ข้อเข่า ซึ่งส่วนใหญ่โรคนี้เป็นกับวัยกลางคน คนชรา และเกิดในเพศหญิงบ่อยกว่าชาย โรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งไม่มีการอักเสบแบบติดเชื้อในภาษาอังกฤษเรียกชื่อแตกต่างกันไป เช่น Degenerative joint disease Degenerative arthritis

(ทนงศักดิ์ นอมทรัพย์. 2542 :14)

ข้อเสื่อม แบ่งเป็น 2 ชนิดคือ (วรวิทย์ เล่าห์เรณู. 2546 : 37)

1. ข้อเสื่อมปฐมภูมิ (Primary Osteoarthritis) คือข้อเสื่อมที่เกิดขึ้นเอง โดยยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง ซึ่งอาจมีหลายปัจจัยร่วม อาทิเช่น อายุ เพศ น้ำหนัก เป็นต้น
2. ข้อเสื่อมทุติยภูมิ (Secondary Osteoarthritis) คือ ข้อเข่าเสื่อมที่ทราบสาเหตุของการเกิดโรค เช่น เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมเมื่อมีอาการอักเสบที่ข้อเข่า มีภาวะการติดเชื้อที่ข้อเข่า ทำให้มีการ

เปลี่ยนแปลงโครงสร้างร่างกายในข้อเข่าจนกลายเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมในภายหลัง ในการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิ ซึ่งเป็นการเสื่อมของข้อเข่าโดยไม่ทราบสาเหตุ

1.2 พยาธิสภาพของโรคข้อเข่าเสื่อม

ข้อเข่าเป็นข้อที่เกิดจากกระดูก 2 ชิ้น ต่อกัน การเสื่อมสลายของข้อเข่าเริ่มด้วยการมีการเปลี่ยนแปลงของกระดูกอ่อนของผิวข้อ ยิ่งในข้อเข่าเป็นข้อที่ต้องรับน้ำหนักมาก จะยังมีการเปลี่ยนแปลงที่เด่นชัดมากมีการสูญเสียส่วนประกอบต่างๆ ในกระดูกอ่อนของผิวข้อ เช่น คอนโดตินซัลเฟต (chondroitin sulphate) การสร้างโครงสร้างที่เป็นเส้นใยคอลลาเจน (collagen) การเสียดสีไปไม่สามารถคงรูปอยู่ได้ ทำให้พื้นผิวของข้อที่เคยราบเรียบที่เป็นประกาย จะเปลี่ยนแปลงกลายเป็นขรุขระและผิวด้าน และเมื่อมีความเครียดของข้อเข่าซึ่งเกิดจากแรงซึ่งผ่านข้อเข่า หรือปัจจัยอื่น ๆ จะทำให้มีการเสื่อมสลายตามมา เส้นใยคอลลาเจนจะแตกและหลุดเป็นเส้น กระดูกอ่อนไฮยาลิน (hyalin) ที่เสื่อมสลายตัวแล้วไม่สามารถซ่อมแซมคืนเป็นปกติได้เหมือนเดิม ถึงแม้ว่ากระดูกอ่อนของผิวข้อบางส่วนมีการซ่อมแซมด้วยกระดูกอ่อนแบบไฟบรัส (Fibrous) และมีการเปลี่ยนแปลงของกระดูกข้อต่อในที่นี้ คือ กระดูกฟีเมอร์ (Femur) และกระดูกทิวเบีย (Tibia) จะเกิดกระดูกงอก (Osteophyte) จะมีขนาดโตขึ้นและเกิดถุงน้ำ (Pseudocyst) ในกระดูกใต้ผิวข้อ เกิดจากการตายของกระดูกใต้ผิวข้อ นอกจากนี้ ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีเช่นสารมิวโคโพลีแซ็กคาไรด์ลดปริมาณลง จำนวนเซลล์กระดูกอ่อน (chondrocyte) ในชั้นผิวกระดูกอ่อนลดลงอย่างชัดเจน จากการศึกษาจำนวนเซลล์กระดูกอ่อน พบว่าเมื่อมีการทำลายของผิวกระดูกอ่อนมากขึ้นจะมีการสร้างเซลล์ขึ้นมาใหม่ และถ้ายังมีภาวะเครียดที่ผิวข้ออยู่ ทำให้ร่างกายไม่สามารถสร้างเซลล์กระดูกอ่อนขึ้นมาทดแทนได้ทันทำให้ผิวกระดูกอ่อนหลุดหายไปมากที่สุด

การเสื่อมสลายของข้อเข่าอาจเกิดขึ้นก่อนวัยอันควร หรืออาจเป็นมากในข้อที่ได้รับอุบัติเหตุ หรือโรคข้อบางชนิดมาก่อน เมื่อกระดูกอ่อนผิวข้อที่มีการเสื่อมสลายลึกลงไปมากจะทำให้ปลายกระดูกใกล้ชิดกันมากขึ้น เมื่อถ่ายภาพรังสีเข่าจะเห็นว่า ช่องในข้อเข่า แคบลง และขรุขระ มีกระดูกงอก เห็นถุงน้ำ เมื่อมีการอักเสบของเยื่อหุ้มข้อ จะทำให้เกิดการเจ็บปวดเมื่อมีการเคลื่อนไหวข้อนั้นมากขึ้น

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคข้อกระดูกเสื่อมที่เรื้อรัง และจัดอยู่ในกลุ่มโรคข้อจำพวกที่ไม่มีการติดเชื้อ (Non-inflammatory joint disease) โดยมีพยาธิสภาพของโรคอยู่ที่กระดูกอ่อน (Articular cartilage) และที่ปลายหัวกระดูกของข้อ ทำให้เกิดความเจ็บปวด หรือสูญเสียการทำงานของข้อ (Fralely, 1992 : 92 ; Kart ; & Metress. 1992:13 ; Mourad ; & Drostle . 1993 : 41 ; Gates ; & Cuckler .1994 :518 ; Ebersol ; & Hess .1994 :460 ; Stanley ; & Bearl . 1995 :995)

ส่วนประกอบของกระดูกอ่อนมี 3 ส่วน คือ

1. โปรทีโอไกลัยแคน (Proteoglycan) ทำหน้าที่ให้ความยืดหยุ่น และรองรับการกดการกระทำ
2. คอลลาเจน (Collagen) ทำหน้าที่ให้ความมั่นคง
3. คอนโดไซต์ (Chondrocyte) ทำหน้าที่สร้างสารเอกตราเซลล์ลุ่มเมตริก (Extracellular matrix) พร้อมทั้งสร้าง เอนไซม์ดีกราดเอนซ์ (degradation enzyme) ให้กับกระดูกอ่อน (Articular cartilage)

ขบวนการเมตาบอลิซึมในกระดูกผิวข้อที่ปกติ เซลกระดูก (chondrocyte) จะเป็นตัวจัดการเกี่ยวกับอะนาบอลิซึม และคาตาบอลิซึมของกระดูกในภาวะปกติแมทริกซ์ของกระดูกอ่อน จะมีการทดแทนอยู่เสมอ โดยที่บางส่วนของคอลลาเจน และโปรตีโอกลัยแคนจะเสื่อมสลายไปโดยขบวนการ Autolytic enzyme ดังกล่าว และมีการสร้างคอลลาเจน และโปรตีโอกลัยแคนขึ้นใหม่เพื่อทดแทน โดยกลไกที่ใช้ในการควบคุมนี้ อาศัย Mediator ซึ่งเป็นสารจำพวกไลปิด และโปรตีนที่สร้างโดยเยื่อข้อและกระดูกอ่อน หรือเป็นสารพวกฮอริโมนในร่างกาย เช่น โครมาโตเมดิน อินซูลิน หรือ Growth factor อื่น ๆ ซึ่งมีผลต่อเซลล์กระดูกอ่อนทำให้มีการสร้างแมทริกซ์ ส่วนคาตาโบลินซึ่งเป็น Interleukin - 1 ที่สร้างมาจากเยื่อข้อหรือกระดูกอ่อนสามารถกระตุ้นเซลล์กระดูกอ่อนให้สร้าง และหลังคอลลาจีเนส (Collagenase activating protein) นี้จะไปกระตุ้นCollagenase ทำให้มีการสลายของแมทริกซ์ นอกจากนี้ในกระดูกอ่อนยังมี (TIMP) Tissue inhibitor of metalloproteases ซึ่งเป็นตัวยับยั้งการทำงานของคอลลาจีเนส ทำให้เกิดความสมดุลกัน

พยาธิสภาพของข้อเสื่อมอยู่ที่กระดูกผิวข้อเป็นหลักในระยะแรก พยาธิสภาพมักเกิดเป็นบางส่วนของกระดูกผิวข้อโดยเฉพาะจุดที่รับน้ำหนัก โดยกระดูกซึ่งปกติมีสีขาว ใส และเรียบ จะเปลี่ยนเป็นสีเหลืองหรือสีน้ำตาล ขุ่น ไม่เรียบ และนูน อาจแตกเป็นร่อง (Fissure) เป็นริ้ว (Fibrillation) หรือเกิดเป็นแผล(Ulcer) ถ้าเกิดการเสื่อมมากขึ้นกระดูกอ่อน อาจหลุดร่อนออกจนเห็นเนื้อกระดูกใต้กระดูกอ่อน อาจพบเศษกระดูกอ่อนหลุดออกมาในสารน้ำข้อ นอกจากการเปลี่ยนแปลงที่กระดูกอ่อนแล้วจะมีการเปลี่ยนแปลงที่ส่วนอื่น ๆ ของข้อ ที่เนื้อกระดูกใต้กระดูกอ่อนจะมี Sclerosis มากขึ้น โดยเฉพาะบริเวณกระดูกใต้กระดูกอ่อนที่มีการเปลี่ยนแปลง อาจพบซีส (Subcondral bone cyst) ซึ่งซีสที่เกิดในโรคข้อเสื่อมนี้จะมีลักษณะหนาที่บ แตกต่างจากซีสในโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ซึ่งขอบเขตของซีสมักจะไม่ชัด ในรายที่โรคดำเนินไปมากอาจพบว่า กระดูกอ่อนผิวข้อหลุดร่อนหายไปหมดเหลือแต่เนื้อกระดูก ซึ่งมีลักษณะเป็นมันลื่นทำให้ผิวกระดูกซึ่งไม่มีกระดูกอ่อนคลุมจะขัดสีกันในขณะเคลื่อนไหวข้ออาจจะพบกระดูกงอกออกจากบริเวณของข้อ โดยที่ส่วนงอกของกระดูกจะมีกระดูกอ่อนคลุมอยู่ ซึ่งกระดูกอ่อนบริเวณนั้นจะหนากว่ากระดูกผิวข้อที่ปกติ (Hart .1983 :83 ; Roger; McCue ; & Gal .1987 :87 ; Gates ; & Cuckler .1994 :518 ; Stanley ; & Bearl .1995 :995)

การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีในกระดูกอ่อน พบว่าปริมาณน้ำในแมทริกซ์จะมากขึ้น และจะมากขึ้นตามความรุนแรงของโรค ชนิด และปริมาณของคอลลาเจนจะเหมือนกระดูกอ่อนปกติแต่ขนาดของคอลลาเจนจะเล็กลงกว่าปกติ และการสานกันของคอลลาเจน จะหลวมหรือแตกกระจายไม่สานกันแน่นเหมือนปกติ ปริมาณโปรตีโอไกลเคนจะลดลงและจะลดลงมากขึ้นตามความคืบหน้าของโรค โปรตีโอกลัยแคนจะรวมตัวกันน้อยลง เป็นผลทำให้ Glycosaminoglycan สั้นลง และเมื่อโรคลุกลามมากขึ้น โปรตีโอกลัยแคนหน่วยย่อยจะเล็กลงและแตกสลาย (Brandt. K D. 1985 : 1432)

จะเห็นได้ว่า นอกจากพยาธิสภาพของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมแล้ว ยังมีสาเหตุอื่นที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดพยาธิสภาพของโรคข้อเข่าเสื่อมได้เร็วขึ้น โดยสาเหตุของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมมีหลายสาเหตุที่จะกล่าวในหัวข้อต่อไป

1.3 สาเหตุของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

ได้มีคำอธิบายหลายอย่าง ซึ่งยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดว่าจะอะไรเป็นสาเหตุที่แท้จริง (Turex . 1977)
เชื่อว่าอาจจะเกิดจาก

1. อายุ คือ เมื่อมีอายุมากขึ้นจะมีการเสื่อมสลายของสาร Chondroitin sulphate ไม่สามารถยึด Collagen fiber ในกระดูกอ่อนบวบข้อได้ ทำให้มีการหลั่งสาร Enzyme ต่าง ๆ และทำให้ข้อเกิดความผิดปกติ (รัชนี สุภัทรพันธ์. 2538 : 323 ; Harris .1993 : 39 ; Resnick ; & Niwayama .1995:1265 ; ทนงศักดิ์ หอมทรัพย์ . 2542 : 14)
2. เพศ คือ พบได้ทั้ง 2 เพศ แต่ในข้อเสื่อมปฐมภูมิพบมากในผู้หญิง (ยงยุทธ วัชรดุลย์ 2526 : 5 ; Moskowitz .1993 :1737 ; Resnick ; & Niwayama . 1995 : 1265)
3. การผิดรูปขาแต่กำเนิด ขาโก่ง (Genu varum) ขาจิ้ง (Genu valgum) จะเพิ่มความดันในข้อเข่า และแรงที่มากระทำต่อข้อเข่าไม่สม่ำเสมอ จึงเกิดการทำลายของกระดูกอ่อนเพิ่มมากขึ้น (ทนงศักดิ์ หอมทรัพย์ . 2542 : 14)
4. การได้รับภัยอันตรายต่อข้อเข่า เช่น กระดูกเข่าแตกหัก การเคลื่อนหลุดของข้อเข่า การที่เคยมีเลือดคั่งในข้อเข่า หรือ เคยมีการอักเสบของข้อเข่ามาก่อน (ทนงศักดิ์ หอมทรัพย์ . 2542 : 14)
5. ฮอร์โมน และสารต่าง ๆ ในร่างกาย พบว่า มักเกิดในหญิงวัยหมดประจำเดือนหรือผู้ที่มีการลดลงของฮอร์โมนสูง (Turex .1977 : 1111)
6. สภาพอากาศ พบว่า คนที่อยู่ในอากาศหนาวจะมีอุบัติการณ์เกิดโรคได้มากกว่า(Turex .1977 :1111)
7. อาหาร พบว่า ในประเทศไซบีเรีย (Siberia) มีการกินสารฟูซารีเรีย (Fusaria) ที่พบในเมล็ดข้าวเกรน (Grain) มีโอกาสเกิดโรคนี้มากขึ้น (Golding .1973 : 110-115 ; Turex . 1977 : 1216)
8. พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค เช่น การแสดงกริยาท่าทางที่เพิ่มแรงกดของเข่า ไม่ว่าจะเป็นกริยาขณะทำงาน หรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การนั่งพับเพียบ การนั่งคุกเข่า นั่งยอง ความวิตกกังวล ความเครียดทางอารมณ์ ความเหนื่อยล้า (Moskowitz. 1993 : 1783) ท่านอน อิริยาบถต่างที่ไม่ถูกต้องเป็นกิจวัตรประจำวัน

จากการศึกษาของสุดา วิลเล็ค (2536 :56-60) ถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ จำนวน 170 คน พบว่า พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าพฤติกรรมการนอน พฤติกรรมการออกกำลังกาย และ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 26.17 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พฤติกรรมทางด้านสุขภาพ เป็นรูปแบบหนึ่งของการดูแลตนเองแบ่งเป็นพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค หรือพฤติกรรมเสี่ยง และพฤติกรรมที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมประกอบด้วย

1. การไม่ควบคุมอาหาร เพราะการมีน้ำหนักตัวมาก เป็นเหตุส่งเสริมให้เกิดข้อเข่าเสื่อม เนื่องจากน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากขึ้น จะก่อให้เกิดแรงจากการรับน้ำหนักมากกว่าคนปกติ Ebersole ; & Hess . 1994 : 260 ; Gates ; & Cuckler . 1994 : 516 ; Mourad ; & Drostle .1993 :41) การควบคุมน้ำหนักตัวจะเป็นการช่วยชะลอการเสื่อมของข้อเข่าได้ (Jame . 1992 :726 ; Paney ; & Hahn . 1989 :125 ; ทนงศักดิ์ หอมทรัพย์ . 2542 : 42) ความอ้วนเป็นสาเหตุของข้อเข่าเสื่อม โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในประเทศไทย เราพบว่าคนอ้วนมักมีขาเล็ก เข่ามักโก่งออก และท่อนขามักบิดหมุนเข้าด้านใน คนอ้วนมักเป็นคนไม่ค่อยออกกำลังกาย ทำให้กล้ามเนื้อไม่แข็งแรงเคลื่อนไหวร่างกายไม่ค่อยสะดวกทำให้เกิดการบาดเจ็บของข้อได้ง่าย

2. การทำท่าทางที่เพิ่มแรงกด เป็นการแสดงท่าทางต่างๆ ที่ทำให้เกิดการกดภายในข้อเข่า เช่น การนั่งพับเพียบ การนั่งคุกเข่า นั่งยองๆ นั่งขัดสมาธิ ยืนหรือเดินนานๆ การขึ้นลงบันไดบ่อยๆ การหิ้วหรือถือของหนักเป็นระยะเวลานานๆ นอกจากนี้ลักษณะงานและอาชีพบางอย่างก็เป็นสาเหตุสำคัญ ที่ทำให้เกิดอาการปวดเข่า เช่น อาชีพที่ต้องเดินนานๆ อาชีพที่ต้องยกของหนัก หรืออาชีพที่ต้องนั่งยองๆ นั่งพับเพียบ นั่งขัดสมาธิ หรือการเล่นกีฬาบางชนิด เช่น การเดินบัลเลย์ แอร์โรบิค (Moskowitz . 1993 :1738 – 1739 ; Gate ; & Cuckler . 1994 : 516 ; Resnick ; & Niwayama . 1995 : 1266 ; Spector ; et al. 1996 ; 988-995) ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ ก่อให้เกิดการเสียดสี ความเครียด และแรงปฏิกิริยาต่อผิวข้อเข่าเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะถ้ามีน้ำหนักตัวมาก (ยงยุทธ วัชรดุลย์ . 2526 : 5 ; รัตนา วาทบัณฑิตกุล . 2537 : 15 ; ทนงศักดิ์ หอมทรัพย์ . 2542 : 11-14 ; ชุมศักดิ์ พฤษชาพงษ์ . 2536 : 27 ; เบญจมาศ ม่วงทอง . 2544 : 13)

จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ประกอบไปด้วย การไม่ควบคุมอาหาร และการทำท่าทางที่เพิ่มแรงกดบริเวณข้อเข่า ซึ่งทั้ง 2 ประการ เป็นสาเหตุที่ช่วยส่งเสริมซึ่งกันและกัน คือ การไม่ควบคุมอาหาร เป็นผลทำให้ น้ำหนักเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลให้เพิ่มแรงกดบริเวณข้อเข่ามากยิ่งขึ้น ในขณะที่เดียวกัน ถ้าผู้มีน้ำหนักมาก และยังมีพฤติกรรมเพิ่มแรงกด เช่น การนั่งพับเพียบ การนั่งขัดสมาธิ การนั่งยองๆ การยกของหนัก การเดินแอโรบิค ก็จะทำให้เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมได้เร็วขึ้น

1. 4 อาการของโรคข้อเข่าเสื่อม จากพยาธิสภาพดังกล่าวก่อให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

1.4.1 การเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคของกระดูกข้อต่อ ทำให้ผิวของกระดูกอ่อนเป็นแผล ขรุขระ และมีการฉีกขาดรวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงในรูปร่าง ซึ่งในภาพฉายรังสีมีลักษณะของช่องข้อที่แคบลงซึ่งทำให้การทำงานของกระดูกเสียไป การเคลื่อนไหวของข้อไม่สะดวก โดยการรับและการถ่ายทอดแรงเสียไป ทำให้ส่วนประกอบของส่วนอื่น ๆ มีผลกระทบต่อไปด้วย โดยที่ปลายของกระดูกและรอบ ๆ ข้อ จะเปลี่ยนแปลงโดยมีการงอกของกระดูกเพิ่มขึ้น จึงอาจทำให้เกิดการกดในส่วนข้อบริเวณนั้น ๆ จากการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคศาสตร์บริเวณเข่า ทำให้เกิดการผิดรูปของข้อและทำให้การทำงานเสียไป (อุทิศ ดีสมโชค . 2537: 180-181)

ถึงแม้ว่าข้อเสื่อมจะถูกจัดเป็นกลุ่มโรคข้อชนิดไม่มีการอักเสบ (อุทิศ ดีสมโชค ,2534) แต่เมื่อมีการดำเนินของโรคอยู่เป็นเวลานาน การฉีกขาดของกระดูกอ่อนหุ้มข้อ และมีเศษกระดูกอ่อนแตกและหลุดไปอยู่

ในช่องว่างระหว่างข้อ จะเป็นสาเหตุให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองในกระบวนการอักเสบ โดยจะมีเซลล์ที่ทำหน้าที่ในการต่อต้านการอักเสบ (Type A cell หรือ phagocytic) เพิ่มขึ้น เพื่อขจัดสิ่งแปลกปลอมและทำลายเศษเนื้อเยื่อหรือเศษกระดูกที่แตกให้หมดไป จึงพบว่าการเกิดการอักเสบของข้อเกิดการบวมแดงร้อน ในบริเวณข้อที่มีการอักเสบและเกิดน้ำในเยื่อหุ้มข้อมากขึ้น ทำให้ปลอกหุ้มข้อและตัวข้อเกิดการบวมโตขึ้นได้

1.4.2 อาการแสดงที่พบ อาการแสดงของโรคข้อเข่าเสื่อมในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพ และความรุนแรงในการดำเนินโรค (วรวิทย์ เล่าห์เรณู. 2537: 37) โดยแบ่งความรุนแรงตาม การเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพออกเป็น 4 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 มีการงอกของกระดูกใหม่เล็กน้อย

ระดับที่ 2 มีการงอกของกระดูกใหม่ปานกลาง

ระดับที่ 3 มีการงอกของกระดูกใหม่จนทำให้เกิดช่องว่างระหว่างข้อเล็กลง

ระดับที่ 4 มีการงอกของกระดูกใหม่ จนทำให้ช่องว่างระหว่างข้อแคบมาก และกระดูก

ได้เยื่อหุ้มผิวกระดูกอ่อนมีการเสื่อมลงด้วย อาการและอาการแสดงของโรคข้อเข่าเสื่อม มักดำเนินไปอย่างช้า ๆ มีลักษณะการเกิดเฉพาะที่ไม่มีผลต่ออวัยวะในระบบอื่น ๆ อาการ และอาการแสดงที่พบได้แก่ (Fraley .1992 : 92 ; Craven ; & Dietsch . 1993 :93 ; Mourad ; & Drostle . 1993 : 41 ; Ebersole ; & Hess .1994 : 260)

1.4.3 อาการปวดข้อ โดยที่อาการปวดข้อในโรคข้อเข่าเสื่อม มิได้เกิดที่กระดูกอ่อนโดยตรง แต่เกิดจากส่วนประกอบของข้อ ดังนี้

1.4.3.1 การขาดเลือดไปเลี้ยงบริเวณปลายหัวกระดูก เนื่องจากการถูกกดของ

หลอดเลือด

1.4.3.2 การอักเสบของเยื่อหุ้มข้อ

1.4.3.3 ถุงหุ้มข้อเกิดการยึดติดจากการไปร่งพองและความไม่มั่นคงของข้อ

1.4.3.4 เอ็น เกิดความเค้นจากการถูกเบียด

1.4.3.5 ถุงน้ำหล่อเลี้ยงภายในข้ออักเสบ

1.4.3.6 กล้ามเนื้อรอบข้อเกิดการหดตัว

1.4.3.7 เกิดจากเศษกระดูกอ่อนผิวข้อ ที่แตกหลุดออกมาทำให้เกิดการระคาย

เคืองโดยตรง หรือมีแรงกดต่อเส้นประสาทของกระดูก ส่วนความเจ็บปวดของเนื้อเยื่อโดยรอบข้อเกิดจากความเครียดและความอ่อนล้าของกล้ามเนื้อ สาเหตุของการปวดมิได้ปวดจากกระดูกอ่อนในข้อเข่า เพราะ

กระดูกอ่อนไม่มีเส้นประสาทไปเลี้ยง เยื่อข้อจะมีหน้าที่ในการสร้างสารที่ช่วยควบคุมการสร้างและสลายกระดูกอ่อนผิวข้อ และเยื่อข้อจะมีหลอดเลือดมาเลี้ยงจำนวนมาก เพื่อช่วยในการสร้างน้ำไขข้อ การไหลเวียนเลือดที่มายังเยื่อข้อ จะเกิดจากสารในร่างกายและการเพิ่มแรงดันภายในช่องข้อ ซึ่งโดยปกติในข้อจะมีปริมาตร

เพียง 2.5 มิลลิลิตร โดยเป็นแหล่งอาหารของกระดูกอ่อนผิวข้อ และเส้นเอ็น (วรวิทย์ เล่าห์เรณู. 2537: 5)

ดังนั้น อาการปวดจึงเกิดจากสาเหตุข้างต้นที่กล่าวไว้ (เจริญ ไซติกวานิชย์ และวิชัย รุ่งปิตะรังสี . 2528 : 1031 ;

ทนางศักดิ์ หอมทรัพย์ . 2542 : 42)

1.4.3.8 เกิดจากจิตใจ เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า การนอนไม่หลับ เนื่องจากสภาพจิตใจทำให้เกิดโรคทางกายได้หลายชนิด โดยผ่านการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ และฮอร์โมน เช่น อาการปวดหลัง อาการอักเสบของข้อ (ปราโมทย์ สุนิษฐ์ . 2539 : 263) ซึ่งสอดคล้องกับ ณรงค์ สุภัทรพันธุ์ (2540 : 258) ที่กล่าวว่า โรคทางกายมีความสัมพันธ์กับจิตเมื่อเกิดความเครียด เช่น โรคของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ปวดศีรษะ ข้ออักเสบ เบทที (กนภพร สุคำวัง 2527 : 16 อ้างอิงจาก Betty . 1980) กล่าวว่าปฏิกิริยาตอบสนองของทางสรีรวิทยาของร่างกายที่มีต่อภาวะเครียด คือ มีการดึงของน้ำ และเกลือมากขึ้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะที่ต้องใช้ในการปรับตัวเพิ่มมากขึ้น ทำให้เลือดไปเลี้ยง ส่วนอื่น ๆ น้อยลง มีการตีบของเส้นเลือด ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มขึ้น หัวใจต้องทำงานมากขึ้น เลือดไปเลี้ยง อวัยวะส่วนปลายน้อยลงทำให้ผิวหนังซีดและเย็น อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น เพื่อให้มีจำนวนออกซิเจนไปเลี้ยง ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้เพียงพอ การสร้างอินซูลินน้อยลง มีการหลังกลูคาگونเพิ่มขึ้น และสร้างไกลโคเจน จากโปรตีน ไกลโคเจนจะเพิ่มขึ้นและกรดยูริกก็จะสูงขึ้นด้วย ทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น เกิดอาการ เมื่อยล้าทั่วร่างกายและทำให้กล้ามเนื้อมีการตึงตัว นอกจากนี้การหายใจและจิตใจก็มีความสัมพันธ์กันอย่าง ใกล้ชิด ความสิ้นหวัง ความเสียใจ ความดีใจ โศกเศร้า ความเบื่อหน่ายเป็นกลไกที่เกิดจากสภาพอารมณ์ ซึ่งความเครียดทางอารมณ์จัดเป็นปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญ นอกจากนี้อาการหายใจหอบ ยังก่อให้เกิดความเป็น ต่างมากขึ้นในเลือด หลังจากนั้นแคลเซียมอะตอมในพลาสมา จะผ่านออกมาจากสารละลายต่าง (Alkaline solution) การขจัดเอาอะตอมของแคลเซียมออก เกิดกระบวนการทำให้เป็นกลางของเส้นประสาทส่วนปลาย เกิดอาการชาและเสียวแปล็บบริเวณมือและเท้า เกิดอาการเกร็งตามกล้ามเนื้อ (Tetany) หรือเกิดอาการ เจ็บปวดได้ นอกจากนี้ ยังพบว่า ความเครียดก็มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของข้ออักเสบ โดยความเครียดทาง อารมณ์มีผลต่อฮอร์โมนบางชนิด เช่น คอติโคสเตอรอยด์ (Corticosteroid) ซึ่งการหลังสารนี้ จะก่อให้เกิด การเปลี่ยนแปลงในการควบคุมการสังเคราะห์เนื้อเยื่อและปฏิกิริยาระบบภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ความเครียด ทางอารมณ์ยังก่อให้เกิด การเพิ่มของประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nerve supply) และการเปลี่ยนแปลงของ ระบบอิมมูโนโกลบูลิน (immunoglobulin) ซึ่งเชื่อว่ามีส่วนทำให้โรคข้ออักเสบกำเริบขึ้น (จำลอง ดิษยวณิช ; และพริ้มเพรา ดิษยวณิช . 2542 : 278-281)

1.4.4 อาการตึงตัวของข้อหลังจากที่พักนาน ๆ

1.4.5 อาการตึงข้อเคลื่อนไหวไม่สะดวก ซึ่งเกิดจากการที่ผิวของกระดูกอ่อนไม่เรียบ

1.4.6 มีเสียงดังในข้อเนื่องจากการถูกเสียดสีของข้อ

1.4.7 อาจมีการกดเจ็บตามขอบของข้อ และมีอาการโปร่งนูนของกระดูกทำให้ผิดรูปได้

1.4.8 ความมั่นคงของข้อเสียไป

1.4.9 การสูญเสียการทำงานของข้อ เช่น การงอเหยียด หุบเข้าและกางออก

จะเห็นได้ว่า อาการที่สำคัญของโรคข้อเข่าเสื่อมก็คือ ความปวดที่เกิดจากการถูกกดของหลอด เลือด การอักเสบของเยื่อหุ้มข้อ กล้ามเนื้อรอบข้อหดตัว การระคายเคืองจากเศษกระดูกอ่อนผิวข้อ

ความเครียดและความอ่อนล้าของกล้ามเนื้อรอบข้อ นอกจากนี้ยังพบว่า มีอาการตึงขัดและการเคลื่อนไหวข้อไม่สะดวก และยังพบว่า ความเครียดทางด้านจิตใจก็สามารถส่งผลทำให้เกิดอาการปวดในข้อได้

2. แนวคิดทฤษฎีทางการแพทย์แผนไทย

ตำราการแพทย์ไทยเดิม (แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ฉบับอนุรักษ์) เป็นตำราทางการแพทย์ของไทยที่ได้รวบรวมขึ้นใหม่โดยทบทวน คัดเลือกและเรียบเรียงเนื้อหาวิชาการของคัมภีร์ต่าง ๆ จากตำราและคัมภีร์แพทย์ที่มีอยู่ 3 เล่ม คือ แพทย์ศาสตร์ฉบับโรงเรียนราชแพทยวิทยาลัย พ.ศ. 2444 แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ ฉบับหลวง พ.ศ. 2452 แพทย์ศาสตร์ฉบับกรมพยาบาล พ.ศ. 2544 คัมภีร์ที่ปรากฏอยู่ในตำราแพทย์ไทยเดิมมีอยู่รวมทั้งสิ้น ได้แก่

- พระคัมภีร์ปฐมจินดา เป็นตำราแพทย์ที่เกี่ยวกับการปฏิสนธิของทารก การเกิดมีเลือดระดูของสตรี โรคที่เกิดกับเด็ก และยารักษา

- พระคัมภีร์ฉันทศาสตร์ เป็นตำราแพทย์ที่กล่าวถึงจรรยาของแพทย์ โรคทราง สมุฏฐาน (สาเหตุ) ของอาการไข้อดีสาร และมรณญาณสูตร

- พระคัมภีร์ธาตุวิภังค์ เป็นตำราแพทย์ที่กล่าวถึงความเจ็บป่วยที่เกิดจากธาตุพิการตามฤดู

- พระคัมภีร์สมุฏฐานวินิจฉัย เป็นตำราแพทย์ที่กล่าวถึงการค้นหาสาเหตุของการเกิดโรค

- พระคัมภีร์โยคสาร เป็นคัมภีร์ที่กล่าวถึงรสนยาและการทำนายฝัน

- พระคัมภีร์มหาโชติตรีตี เป็นตำราแพทย์ที่กล่าวถึงโรคสตรีที่เกี่ยวกับการมีระดู

- พระคัมภีร์ชวดาร เป็นตำราแพทย์ที่กล่าวถึงโทษของอาหารที่ทำให้เกิดโรคเกี่ยวกับลม

- พระคัมภีร์โรคนิทาน เป็นตำราแพทย์ที่กล่าวถึงความผิดปกติของธาตุทั้ง 4 ในร่างกาย ซึ่งมีทั้งกำเริบหย่อน หรือพิการ

- พระคัมภีร์ธาตุวิภังค์ เป็นตำราแพทย์ที่กล่าวถึงธาตุทั้ง 4 และโรคที่เกี่ยวกับระดูของสตรี

- พระคัมภีร์ธาตุบรรจบ เป็นตำราแพทย์ที่กล่าวถึงโรคที่เกี่ยวกับอุจจาระ

- พระคัมภีร์มูจฉापักขันธิกา เป็นตำราแพทย์ที่กล่าวถึงโรคของทางเดินปัสสาวะ

- พระคัมภีร์ตักกสิลา เป็นตำราแพทย์ที่กล่าวถึงความเจ็บป่วยอันเกี่ยวเนื่องกับอาการไข้

- พระคัมภีร์อภัยสันตา เป็นตำราแพทย์ที่กล่าวถึงอาการไข้ โรคทราง และโรคตา

- พระคัมภีร์มัญชุสรวินเชียร เป็นตำราแพทย์ที่กล่าวถึงความเจ็บป่วยที่เกี่ยวกับโรคลม

- พระคัมภีร์อดีสาร เป็นตำราแพทย์ที่กล่าวถึงโรคอุจจาระร่วง

- พระคัมภีร์มุขโรค เป็นตำราแพทย์ที่กล่าวถึงโรคในปากในคอ

- พระคัมภีร์จะละนะสังคะหะ เป็นตำราแพทย์ที่กล่าวถึงลักษณะของอุจจาระ

- พระคัมภีร์ธาตุอภิญญาณ เป็นตำราแพทย์ที่กล่าวถึงลักษณะโรคที่เกิดกับธาตุทั้ง 4

- คัมภีร์กษัย เป็นตำราแพทย์ที่กล่าวถึงความเสื่อมของร่างกาย

- คัมภีร์เกษีย เป็นตำราแพทย์ที่กล่าวถึงความเสื่อมของร่างกาย

ในการศึกษาสาเหตุของการเกิดโรคตามทฤษฎีแพทย์แผนไทยกับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมนั้น จะมีความเกี่ยวข้องกับคัมภีร์แพทย์หลาย ๆ คัมภีร์ เช่น พระคัมภีร์สมุฏฐานวินิจจัย พระคัมภีร์ธาตุวิภังค์ พระคัมภีร์โรคนิทาน ที่เป็นเรื่องเกี่ยวกับความผิดปกติของธาตุทั้ง 4 และการเสียสมดุลของร่างกาย โดยทั่วไปภาวะสุขภาพในความหมายตามตำราของแพทย์แผนไทยนั้น ถือว่าภาวะสมดุลของร่างกายเป็นองค์รวมระหว่างร่างกายที่มีธาตุ 4 เป็นองค์ประกอบกับสิ่งแวดล้อมภายนอก ได้แก่ สภาพภูมิอากาศ ภูมิประเทศ คือเป็นองค์รวมที่เน้นธรรมชาติที่เป็นอยู่โดยไม่เน้นถึงเชื้อโรค แต่เน้นถึงพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรคอย่างทันสมัย ซึ่งอธิบายได้โดยใช้หลักทางระบาดวิทยาที่สัมพันธ์กับ อายุ ฤดูกาล และเวลา ที่อยู่อาศัย และพันธุกรรมที่ใช้ อธิบายในเรื่องธาตุเจ้าเรือน

2.1 สาเหตุของการเกิดโรคตามแนวคิดทฤษฎีแพทย์แผนไทย

2.1.1 แนวคิดทฤษฎีของธาตุทั้ง 4

ในระบบทฤษฎีโรค ซึ่งเป็นระบบหนึ่งในระบบการแพทย์ที่ครอบคลุมความเชื่อในเรื่องสาเหตุของความเจ็บป่วย การดำเนินโรคและแนวทางในการรักษาโรคนั้น ในตำราแพทย์แผนไทยสิ่งที่ถูกหยิบยกมาเป็นประเด็นของระบบทฤษฎีโรคก็คือเรื่องธาตุทั้ง 4 โดยเชื่อว่าการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยนั้นมีสาเหตุมาจากปัจจัยต่าง ๆ มากทำให้เกิดการเสียสมดุลของธาตุในร่างกาย โดยปกติร่างกายของมนุษย์จะประกอบด้วยธาตุภายใน อันได้แก่ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม และธาตุไฟ ที่อยู่ร่วมกันและสัมพันธ์กันได้อย่างสมดุล เมื่อใดที่ธาตุต่าง ๆ เกิดความแปรปรวนจนเสียสมดุล ก็จะทำให้เกิดความเจ็บป่วยขึ้นความหมายของธาตุทั้ง 4 มีกล่าวไว้ในคัมภีร์ธาตุวิภังค์และคัมภีร์โรคนิทาน ดังนี้ คือ

ธาตุดิน หรือปถวิธาตุ หมายถึง ส่วนที่เป็นอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายมี 20 อย่าง ประกอบด้วย ฝ่าม ขน เล็บ ฟัน หนัง เนื้อ เอ็น กระดูก เยื่อในกระดูก ม้าม หัวใจ ตับ พังผืด ไต ปอด ลำไส้ใหญ่ ลำไส้เล็ก อาหารใหม่ (ในกระเพาะอาหาร) อาหารเก่า (ในลำไส้ใหญ่) และมันสมอง

ธาตุน้ำ หรืออาโปธาตุ หมายถึง ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่เป็นของเหลว มี 12 อย่าง ประกอบด้วย น้ำดี เสมหะ หนอง เลือด เหงื่อ ไขมัน น้ำตา น้ำเหลือง น้ำลาย น้ำมูก น้ำไขข้อ น้ำปัสสาวะ

ธาตุลม หรือ วาโยธาตุ หมายถึง ลมที่มีอยู่ในร่างกาย ซึ่งมี 6 อย่าง ประกอบด้วย ลมที่พัดขึ้นเบื้องบน ได้แก่ลมจากการหายใจหรือเรอ ลมพัดลมเบื้องต่ำ ได้แก่ ลมจากการหายใจลมในท้อง ได้แก่ลมที่พัดอยู่นอกกระเพาะอาหาร และลำไส้ ลมในไส้ ได้แก่ ลมที่พัดอยู่ในกระเพาะอาหาร และในลำไส้ ลมในสรรพางค์กาย ได้แก่ลมที่มีอยู่ทั่วร่างกาย และลมหายใจเข้าออก

ธาตุไฟ หรือเตโชธาตุ หมายถึง ไฟหรือความร้อนที่มีอยู่ในร่างกายมี 4 อย่าง คือไฟที่ทำให้ร่างกายมีความอบอุ่น ไฟที่ทำให้แก่ชรา ไฟที่ทำให้ร้อนระส่ำระสาย และไฟสำหรับย่อยอาหาร

ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยนั้นเชื่อว่า การเกิดความเจ็บป่วยเป็นผลจากการที่มีปัจจัยต่าง ๆ มากกระทำให้อาตุต่าง ๆ ภายในร่างกายเกิดความแปรปรวน ได้แก่ อากาศของระบบทางเดินหายใจ เช่น เป็นหวัด มีเสมหะ ถ้าธาตุลมแปรปรวน จะมีอาการแน่นอึดอัด ท้องอืดท้องเฟ้อ วิงเวียน หน้ามืด เป็นลม ถ้าธาตุไฟแปรปรวนจะมีความผิดปกติที่ระบบควบคุมความร้อนของร่างกาย จะมีอาการไข้ ตัวร้อน หรือระบบย่อยอาหารผิดปกติ ส่วนธาตุดินซึ่งไม่ค่อยมีความแปรปรวน นอกจากจะเสื่อมไปตามธรรมชาตินั้น ถ้าจะเกิดความผิดปกติ ก็มักจะเกิดโดยตรงจากอุบัติเหตุที่ทำให้กระดูกแตกหัก หรือบาดเจ็บทางร่างกายซึ่งจะส่งผลให้อาตุอื่นแปรปรวนไปด้วย

สาเหตุของการเกิดโรคตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย ซึ่งมีกล่าวไว้ในคัมภีร์สมุฏฐานวินิจจัย นั้น แสดงให้เห็นถึงสมุฏฐานต่าง ๆ เพื่อให้รู้ถึงลักษณะของโรคที่เกิดขึ้น ซึ่งมูลเหตุของการเกิดโรคดังกล่าว ได้แก่ สมุฏฐานธาตุ 4 (ธาตุ อุดุ อายุ กาล) เรียกว่า กองพิภคสมุฏฐาน ประเทศสมุฏฐาน และพฤติกรรมที่ทำให้โรค 8 ประการ (เพ็ญญา ทรพย์เจริญ . 2537 : 12-13) มีดังนี้

2.1.2 ธาตุสมุฏฐาน หมายถึง ธาตุภายในร่างกายเป็นเหตุแห่งการเกิดโรค คนแต่ละคน จะมีธาตุประจำตัวของตน เรียกว่า ธาตุเจ้าเรือน ซึ่งจะถูกกำหนดไว้อย่างแน่นอน นับตั้งแต่บุคคลผู้นั้นปฏิสนธิในครรภ์มารดา ธาตุเจ้าเรือนของคนมี 4 ลักษณะใหญ่ คือ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม และธาตุไฟ ถ้าบุคคลใดมีธาตุใดเป็นเจ้าเรือน มักจะป่วยด้วยอาการเฉพาะซึ่งเป็นจุดอ่อนตามธาตุเจ้าเรือนของบุคคลผู้นั้น ลักษณะของธาตุทั้ง 4 ประจำตัวแต่ละบุคคลที่เรียกว่า ธาตุเจ้าเรือนนั้นจะแตกต่างกันไป และเริ่มมีอิทธิพลต่อบุคคลผู้นั้น ตั้งแต่ปฏิสนธิ ดังที่มิกกล่าวไว้ในคัมภีร์ปฐมจินดาว่า เมื่อตั้งครรภ์ในฤดูใดให้เอาธาตุของฤดูนั้น เป็นที่ตั้งแห่งธาตุของกุมาร กุมารี นั้น ๆ เช่น

ถ้าตั้งครรภ์ในเดือน 5,6,7	เป็นลักษณะแห่งธาตุไฟ
ถ้าตั้งครรภ์ในเดือน 8,9,10	เป็นลักษณะแห่งธาตุลม
ถ้าตั้งครรภ์ในเดือน 11,12,1	เป็นลักษณะแห่งธาตุน้ำ
ถ้าตั้งครรภ์ในเดือน 2,3,4	เป็นลักษณะแห่งธาตุดิน

ซึ่งก็หมายความว่าธาตุนั้น ๆ เป็นเจ้าเรือน แต่คนส่วนใหญ่มักจะจำเฉพาะวันเกิดเท่านั้น การคำนวณวันปฏิสนธิของคนโบราณจึงใช้วิธีนับย้อนหลังจากวันเกิดลงไป 9 เดือน หรือนับไปข้างหน้า 3 เดือน ก็จะทราบเดือนที่ปฏิสนธิดังนี้ คือ

ผู้ที่เกิดเดือน 5,6,7	จะมีธาตุลมเป็นเจ้าเรือน
ผู้ที่เกิดเดือน 8,9,10	จะมีธาตุน้ำเป็นเจ้าเรือน
ผู้ที่เกิดเดือน 11,12,1	จะมีธาตุดินเป็นเจ้าเรือน
ผู้ที่เกิดเดือน 2,3,4	จะมีธาตุไฟเป็นเจ้าเรือน

บุคลิกลักษณะของผู้ที่มีเจ้าเรือนแตกต่างกัน ก็จะแตกต่างกันไปด้วยโดยเชื่อว่าเมื่อปฏิสนธิในครรภ์มารดาก็จะได้รับอิทธิพลจากธรรมชาติที่อยู่รอบตัว ทั้งความร้อน ความเย็น ของภูมิอากาศตามฤดูกาล เวลาในแต่ละช่วงวัน ซึ่งสรุปได้ว่า ในเรื่องของธาตุสมุฏฐานที่มีสาระสำคัญเกี่ยวกับธาตุเจ้าเรือนนั้น จะบ่งบอกถึงจุดอ่อนทาง

สุขภาพตามลักษณะของธาตุเจ้าเรือน แต่อย่างไรก็ตาม ตามคัมภีร์สมุฏฐานวินิจัยได้แบ่งฤดูกาลใน 1 ปี ออกเป็นคาบ รวม 18 คาบ ๆ ละ 20 วัน ตามอิทธิพลของภูมิอากาศที่มีผลต่อความเจ็บป่วย ซึ่งจะทำให้ทราบลงไป ในรายละเอียดของอาการโรคที่เกิดขึ้น เช่น เมื่อมีปัญหาความเจ็บป่วยจากโรคของธาตุน้ำ ก็จะทำให้ทราบไปถึงว่าเป็นน้ำในส่วนบริเวณลำคอ (คอเสมหะ) บริเวณหน้าอก (อูระเสมหะ) หรือบริเวณช่องท้องส่วนล่าง (くだเสมหะ) เป็นต้น และตามที่ได้กล่าวแล้วว่าในรอบ 1 ปี จะแบ่งออกเป็น 18 คาบ ๆ ละ 20 วัน ตามอิทธิพลของภูมิอากาศในวันปฏิสนธิของบุคคลนั้น ๆ (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ. 2537 : 12-13) สรุปได้ดังตาราง ตาราง 1 ธาตุเจ้าเรือนจำแนกตามช่วงเวลาปฏิสนธิ

กลุ่ม	ช่วงปฏิสนธิ	จำนวน (วัน)	ธาตุเจ้าเรือน	ตัวควบคุมสุขภาพ
1.	แรม 1 ค่ำ เดือน 4 ถึง ขึ้น 5 ค่ำ เดือน 5	20	ดินและไฟ (พัทธะ)	อพัทธะ2 เสมหะกล้า1 ระคน
2.	ขึ้น 6 ค่ำ เดือน 5 ถึง แรม 10 ค่ำ เดือน 5	20	ไฟ (พัทธะ+ อพัทธะ)	กำเดา2 เสมหะ1 ระคน
3.	แรม 11 ค่ำ เดือน 5 ถึง ขึ้น 15 ค่ำ เดือน 6	20	ไฟ (พัทธะ+ กำเดา)	อพัทธะ2 เสมหะอ่อน1 ระคน
4.	แรม 1 ค่ำ เดือน 6 ถึง ขึ้น 5 ค่ำ เดือน 7	20	ไฟ (อพัทธะ+ พัทธะ)	อพัทธะ1 วาตะ2 ระคน
5.	ขึ้น 6 ค่ำ เดือน 7 ถึง แรม 10 ค่ำ เดือน 7	20	ไฟ (กำเดา+ อพัทธะ)	กำเดา 1 วาตะ 2 ระคน
6.	แรม 11 ค่ำ เดือน 7 ถึง ขึ้น 15 ค่ำ เดือน 8	20	ลมและไฟ (กำเดา)	วาตะ3 อพัทธะ ระคน
7.	แรม 1 ค่ำ เดือน 8 ถึง ขึ้น 5 ค่ำ เดือน 9	20	ลม (หทัยวาตะ)	สัตตกวาตะ2 ปิดตะ1 ระคน
8.	ขึ้น 6 ค่ำ เดือน 9 ถึง แรม 10 ค่ำ เดือน 9	20	ลม(หทัย+สัตตก)	สุนาวาตะ2 ปิดตะ1 ระคน
9.	แรม 11 ค่ำ เดือน 9 ถึง ขึ้น 15 ค่ำ เดือน 10	20	ลม(สัตตก+สุนาวา)	สัตตกวาตะ2 ปิดตะ1 ระคน
10.	แรม 1 ค่ำ เดือน 10 ถึง ขึ้น 5 ค่ำ เดือน 11	20	ลม(สัตตก+หทัย)	เสมหะ2 สัตตกวาตะ1 ระคน
11.	ขึ้น 6 ค่ำ เดือน 11 ถึง แรม 10 ค่ำ เดือน 11	20	น้ำและลม (สุนา+ สัตตก)	เสมหะ2 สุนาวาตะ1 ระคน
12.	แรม 11 ค่ำ เดือน 11 ถึง ขึ้น 15 ค่ำ เดือน 12	20	น้ำและลม (สุนา)	เสมหะ3 สัตตกวาตะ ระคน
13.	แรม 1 ค่ำ เดือน 12 ถึง ขึ้น 5 ค่ำ เดือน	20	น้ำ (คอเสมหะ)	อูระเสมหะ วาตะ2 ระคน
14.	ขึ้น 6 ค่ำ เดือน 1 ถึง แรม 10 ค่ำ เดือน 1	20	น้ำ(คอ+อูระ)	くだเสมหะ1 วาตะ2 ระคน
15.	แรม 11 ค่ำ เดือน 1 ถึง ขึ้น 15 ค่ำ เดือน 2	20	ดินและน้ำ (อูระ+くだ)	อูระเสมหะ2 วาตะ1 ระคน
16.	แรม 1 ค่ำ เดือน 2 ถึง ขึ้น 5 ค่ำ เดือน 3	20	ดินและน้ำ (อูระ+คอ)	อูระเสมหะ2 ปิดตะ1 ระคน
17.	ขึ้น 6 ค่ำ เดือน 3 ถึง ขึ้น 10 ค่ำ เดือน 3	20	ดินและน้ำ (くだ+อูระ)	อูระเสมหะ1 ปิดตะ2 ระคน
18.	แรม 11 ค่ำ เดือน 3 ถึง ขึ้น 15 ค่ำ เดือน 4	20	ดินและน้ำ (くだ)	อูระเสมหะระคน ปิดตะ3

ที่มา : มุฑิตา เสถียรวิวัฒน์ชัย . 2538 : 27-28 ; อ้างอิงจาก เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ . 2538 : 12-28.

จากตาราง 1 แสดงช่วงปฏิสนธิของแต่ละคน ใน 18 ลักษณะ จะบ่งบอกถึงจุดอ่อนของร่างกาย มีแตกต่างกันออกไป ดังนี้

ลักษณะที่ 1 จากอิทธิพลธรรมชาติของธาตุดิน และไฟเป็นเจ้าของที่กำหนดตัวบุคคลมาแต่กำเนิด จุดอ่อนทางสุขภาพจะแสดงออกมาในรูปของการเจ็บป่วยของระบบย่อยอาหาร โรคตับ กระเพาะ และลำไส้ตอนต้น

ลักษณะที่ 2 จากอิทธิพลธรรมชาติของธาตุไฟเป็นเจ้าของ โดยมีกำเดา 2 ส่วน เสมหะ 1 ส่วนระคน หมายถึง การเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีธาตุไฟเป็นหลัก โดยมีธาตุน้ำแปรปรวนระคนด้วย ได้แก่ มีไข้ตัวร้อน จัด ภูงน้ำดีอักเสบ ตับอักเสบ กระเพาะอาหารอักเสบ ปวดท้องจุกเสียด ลำไส้อักเสบ

ลักษณะที่ 3 จากอิทธิพลของธาตุไฟ เป็นเจ้าของ โดยมีอัมฤช 2 ส่วน และเสมหะอ่อน 1 ส่วน ระคน จะเจ็บป่วยด้วยโรคของธาตุไฟเป็นหลัก และมีธาตุน้ำแปรปรวนระคนด้วย ได้แก่ ตับอักเสบ ตีข่าน มักมีไข้สูง มีการอักเสบที่เกี่ยวข้องกับน้ำดี

ลักษณะที่ 4 ด้วยอิทธิพลแห่งธาตุไฟเจ้าของ โดยมีอัมฤช 1 ส่วน และวาตะ 1 ส่วนระคน จะเป็นป่วยด้วยโรคทางธาตุไฟเป็นหลัก และมีธาตุลมแปรปรวนระคนอยู่ด้วย ได้แก่ การอักเสบก็มีผลต่อระบบประสาท การเคลื่อนไหวของภูงน้ำดี การไหลเวียนของน้ำดี เกิดการปวดท้องเจ็บชายโครง

ลักษณะที่ 5 จากอิทธิพลของธาตุไฟเจ้าของ โดยมีกำเดา 1 ส่วน วาตะ 2 ส่วนระคน จะเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวกับธาตุไฟเป็นหลัก ได้แก่ ไข้สูง มีชักร่วมด้วย มีอาการเจ็บปวดอันเกิดจากการอักเสบ ติดเชื้อ

ลักษณะที่ 6 จากอิทธิพลของธาตุลมและธาตุไฟเป็นเจ้าของ โดยมีวาตะ 3 ส่วน อัมฤชระคน จะเจ็บป่วยด้วยโรคทางธาตุลมเป็นหลักและมีธาตุไฟ (กำเดา) ร่วมด้วย ได้แก่ อาการอักเสบต่าง ๆ มีไข้สูงมาก เจ็บปวดทรมานต่างๆ

ลักษณะที่ 7 มีอิทธิพลของธาตุลมเป็นเจ้าของ โดยมีสัตถกวาตะ 2 ส่วน ปิตตะระคน 1 ส่วน จะเจ็บป่วยด้วยโรคเกี่ยวกับธาตุลมเป็นหลัก และมีธาตุไฟแปรปรวนร่วมด้วย ได้แก่ โรคหัวใจ โรคลมปัจจุบัน เกี่ยวกับเส้นเลือดฝอย และอาจมีการอักเสบต่าง ๆ จุดอ่อนจะแสดงออกโดยตรงที่ระบบประสาท รวมทั้งสภาพทางจิต และเมื่อธาตุลมกำเริบอาจมีอาการเหนื่อยหอบ ไอ เป็นลม วิงเวียน กลุ้มใจ เครียด โกรธ เป็นอัมพาต

ลักษณะที่ 8 มีอิทธิพลของธาตุลมเป็นเจ้าของ โดยมีสุนาวาตะ 2 ส่วน และปิตตะ 1 ส่วน ระคน จะเจ็บป่วยด้วยโรคทางลมเป็นหลักและมีไฟแปรปรวนร่วมด้วย เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง อาจมีไข้ร่วมด้วย จุดอ่อนจะเจ็บป่วยที่ระบบประสาท ระบบหายใจ ระบบไหลเวียน

ลักษณะที่ 9 มีอิทธิพลของธาตุลมเป็นเจ้าของ โดยมีสัตถกวาตะ 2 ส่วน ปิตตะ 1 ส่วน ระคน ซึ่งมักจะเจ็บป่วยด้วยโรคทางลมเป็นหลัก และมีธาตุไฟแปรปรวนระคนด้วย ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด หัวใจวาย บวม ไตอักเสบ มดลูกพิการ

ลักษณะที่ 10 มีอิทธิพลของธาตุลมเป็นเจ้าของ โดยมีเสมหะ 2 ส่วน และสัตถกวาตะระคน 1 ส่วน จะเจ็บป่วยด้วยโรคทางธาตุลมเป็นหลัก และมีธาตุน้ำแปรปรวนร่วมด้วย ได้แก่ เส้นเลือดฝอยตีตัน โรคหัวใจวาย ความดันโลหิตสูง โรคเกี่ยวกับทางด้านหายใจ โรคหอบหืด และคล้ายกับลักษณะที่ 7-10 คือ จะเจ็บป่วยโดยตรงที่ระบบประสาท ทางเดินหายใจ และระบบไหลเวียนโลหิต รวมทั้งจิตประสาท

ลักษณะที่ 11 มีอิทธิพลของธาตุน้ำ และธาตุลมเป็นเจ้าเรือน โดยมีเสมหะระคน 2 ส่วน ซึ่งมักเจ็บป่วยด้วยธาตุน้ำเป็นหลัก และมีลมระคน ได้แก่ โรคเลือด หัวใจขาดเลือด โรกระบบประสาท ระบบทางเดินอาหาร มดลูกและไต เป็นตุ่ม ผื่นหนองมีเสมหะมาก เป็นหวัด ไอ ความดันโลหิตสูง

ลักษณะที่ 12 มีอิทธิพลธาตุน้ำ และลมเป็นเจ้าเรือน โดยมีเสมหะ 3 ส่วน สัตถกวาตะระคน จะเจ็บป่วยด้วยโรคทางธาตุน้ำเป็นหลัก และมีธาตุลมระคนด้วย ได้แก่ โรคหัวใจ โรคไต โรคความดันโลหิตสูง ทางเดินปัสสาวะอักเสบ และอาจมีความผิดปกติของเส้นเลือดฝอยร่วมด้วย

ลักษณะที่ 13 มีอิทธิพลธาตุน้ำเป็นเจ้าเรือน โดยมีอุระเสมหะ 1 ส่วน และวาตะ 2 ส่วนระคน จะเจ็บป่วยด้วยโรคทางธาตุน้ำและมีลมแปรปรวนระคนด้วย ได้แก่ โรคปอด หืด ไอ เจ็บคอ หลอดอาหารอักเสบ

ลักษณะที่ 14 มีอิทธิพลธาตุน้ำเป็นเจ้าเรือน โดยมีคุดเสมหะ 1 ส่วน และวาตะ 2 ส่วนระคน จะเจ็บป่วยด้วยโรคทางธาตุน้ำเป็นหลัก และมีธาตุลมแปรปรวนระคนด้วย ได้แก่ โรคเจ็บคอ โรคปอด หืด ไอ กระเพาะอาหาร อาหารไม่ย่อย ลำไส้ไม่ทำงาน ท้องผูก

ลักษณะที่ 15 มีอิทธิพลจากธาตุดินและน้ำเป็นเจ้าเรือน โดยมีอุระเสมหะ 2 ส่วน วาตะ 1 ส่วนระคน จะเจ็บป่วยด้วยโรคทางธาตุน้ำเป็นหลัก และมีธาตุลมแปรปรวนระคนด้วย จะเป็นโรคเกี่ยวกับการทำงานของกระเพาะอาหาร ปวดท้องจุกเสียด อืดเฟ้อ ลำไส้อักเสบ ท้องผูก ริดสีดวงทวาร

ลักษณะที่ 16 มีอิทธิพลของธาตุดินและน้ำเป็นเจ้าเรือน โดยมีปิตตะ 1 ส่วน อุระเสมหะ 2 ส่วน จะเจ็บป่วยด้วยโรคของธาตุน้ำเป็นหลัก และมีธาตุไฟแปรปรวนระคนด้วย ได้แก่ โรคจุกอกอักเสบ ไส้สออักเสบ คออักเสบ ปอดอักเสบ

ลักษณะที่ 17 มีอิทธิพลของธาตุดิน และน้ำเป็นเจ้าเรือน โดยมีปิตตะ 2 ส่วน เสมหะ 1 ส่วนระคน จะเจ็บป่วยด้วยโรคของธาตุน้ำเป็นหลัก และมีธาตุไฟแปรปรวนระคนด้วย ได้แก่ อาการอักเสบของลำไส้ใหญ่ ท้องเดิน เป็นไข้ มีอาการผิดปกติของอุจจาระ

ลักษณะที่ 18 มีอิทธิพลของธาตุดินและน้ำเป็นเจ้าเรือน โดยมีปิตตะ 3 ส่วน อุระเสมหะ ระคนเล็กน้อย มักจะเจ็บป่วยด้วยโรคทางธาตุน้ำเป็นหลัก และมีธาตุไฟแปรปรวนด้วย ได้แก่ อาการอักเสบของลำไส้ ท้องเดิน ไข้

การพิจารณาธาตุเจ้าเรือนนั้น พิจารณาได้ 2 กรณี คือกรณีแรก สามารถทราบธาตุเจ้าเรือนโดยดูจาก การที่บุคคลปฏิบัติในขณะเวลาตั้งตาราง และจะเจ็บป่วยที่มีสาเหตุมาจากตัวควบคุมสุขภาพ โดยดูจากตัวควบคุมสุขภาพที่ระบุไว้ตั้งตารางที่ 1 ด้านขวามือ ว่าคือตัวใด ซึ่งสามารถทายต่อไปได้อีกว่า มีธาตุใดกำเริบหย่อน หรือพิการ และกรณีที่ 2 คือ ถึงแม้จะไม่ได้ปฏิบัติในขณะเวลาตั้งกล่าว แต่ถ้าเกิดปัญหาสุขภาพขึ้นในช่วงเวลาดังกล่าว ก็สามารถทราบถึงสาเหตุของปัญหาสุขภาพ โดยดูที่ตัวควบคุมสุขภาพว่า คือตัวใด โดยสามารถทายต่อไปว่า มีธาตุใดกำเริบ หย่อน หรือพิการ เพื่อจะได้จัดยาให้ตรงกับธาตุนั้น

อย่างไรก็ตามพบว่า ถ้าบุคคลใดมีลักษณะใดลักษณะหนึ่งแล้วในช่วงปฏิสนธิอยู่ระหว่างอิทธิพล

ธาตุใดเป็นเจ้าเรือน ก็จะมีผลให้เกิดกับอวัยวะหรือจุดบกพร่องทางสุขภาพของธาตุนั้นมากยิ่งขึ้น ในขณะที่เดียวกัน ถ้าบุคคลนั้นอยู่ในสถานที่ที่มีความสัมพันธ์กับจุดบกพร่องทางสุขภาพและอายุของบุคคลนั้นอยู่ในช่วงเดียวกับธาตุดังกล่าว ก็จะมีผลให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น ในกรณีกลุ่มอาการของโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่าเป็นอาการที่เกิดการเสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้อ จากการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นที่อยู่รอบ ๆ ข้อ จากการใช้งานมากเกินไป ส่งผลให้เกิดความเครียดภายในข้อ ซึ่งจะทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงบริเวณข้อกระดูกได้อย่างสะดวก ส่งผลให้กระดูกอ่อนเสื่อมได้เร็วขึ้นและมีอาการปวดทรมานมาก จึงน่าจะอยู่ในลักษณะที่ 1,15,16,17,18 คือ มีธาตุดินและน้ำเป็นเจ้าเรือน และขณะอยู่ในช่วงปฏิสนธิมีอิทธิพลจากธาตุดินเป็นเจ้าเรือน โดยสามารถอธิบายในทางแพทย์แผนปัจจุบันได้ว่า กล้ามเนื้อและเส้นเอ็นรอบ ๆ ข้อเข่าเมื่อขาดเลือดไปเลี้ยง คือ ธาตุน้ำ ซึ่งมีสารอาหารที่ได้จากการเผาผลาญคือ ธาตุไฟ จะส่งผลให้ ธาตุดิน และธาตุน้ำพิการ คือ เกิดการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อเส้นเอ็นรอบ ๆ ข้อเข่าและการเสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้อ และการลดลงของน้ำหล่อเลี้ยงข้อ ทำให้เกิดการติดแข็งของข้อเข่าทำให้เคลื่อนไหวข้อเข่าได้ไม่สะดวก เกี่ยวกับเรื่องนี้ตามตำราได้กล่าวถึง จุดอ่อนของแต่ละธาตุเจ้าเรือนไว้ โดยเชื่อว่าธาตุทั้ง 4 จะมีตัวควบคุมสุขภาพที่เป็นจุดอ่อนแตกต่างกันไป ดังนี้

ธาตุดิน มีตัวควบคุมสุขภาพแห่งธาตุดินอยู่ 3 อย่าง คือ

1. ภัยวิบัติ หมายถึง การมีที่ตั้งที่หัวใจ ควบคุมความสมบูรณ์ของหัวใจ เช่น ลักษณะขนาดการทำงาน การเต้นของหัวใจ และความสมบูรณ์ของกล้ามเนื้อหัวใจ บางตำรากล่าวว่า ภัยวิบัติเป็นที่ตั้งของจิต

2. อุทริยง หมายถึง อาหารใหม่ ซึ่งเป็นอาหารที่เพิ่งรับประทานเข้าไป ดังนั้นในการซักประวัติ เพื่อหาสาเหตุของการเจ็บป่วยเรื่องอาหารที่รับประทาน จึงเป็นเรื่องจำเป็นเพราะอาหารคือธาตุภายนอกที่เข้าไปบำรุงหรือปรับธาตุภายใน

3. กริสัง หมายถึง อาหารเก่า คือกากอาหารในลำไส้ใหญ่ที่จะออกมาเป็นอุจจาระ ซึ่งดูว่าลักษณะอุจจาระว่าหยาบหรือละเอียด แข็งหรือเหลว และลักษณะของกลิ่นเป็นอย่างไร บ่งบอกภาวะสุขภาพได้ เช่น ถ้าธาตุน้ำเป็นเหตุ กลิ่นจะเหมือนปลาเน่า ถ้าธาตุไฟเป็นเหตุกลิ่นจะเหมือนหญ้าเน่า ถ้าธาตุลมเป็นเหตุ กลิ่นจะเหมือนข้าวบูด แต่ถ้าธาตุดินเป็นเหตุกลิ่นจะเหมือนศพเน่า เป็นต้น ทั้งนี้ตัวควบคุมสุขภาพของธาตุดิน ที่สำคัญที่สุด คือ กริสัง

ธาตุน้ำ มีตัวควบคุมสุขภาพแห่งธาตุน้ำอยู่ 3 อย่าง คือ

1. สอเสมหะ จะควบคุมน้ำบริเวณคอขึ้นไป คือ เกี่ยวกับเลือด น้ำมูก ว่ามีหรือไม่มี มากเวลาใด ซึ่งจะบ่งบอกถึงการทำงานของต่อมต่างๆ ที่ผลิตน้ำเมือกน้ำมูกในปอดและหลอดลม น้ำในกระเพาะอาหาร น้ำดี และน้ำย่อยในลำไส้เล็ก

2. อุระเสมหะ จะควบคุมน้ำบริเวณอก หรือกลางตัวจากคอลงมาถึงบริเวณล้นปีเหนือสะดือ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับหัวใจ การหอบ ลักษณะของเลือดและอาเจียน การปวดท้องเกี่ยวกับน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร ซึ่งจะบ่งบอกถึงการทำงานของต่อมน้ำมูก เมือก ในปอด หลอดลม น้ำในกระเพาะอาหาร น้ำดี และน้ำย่อยในลำไส้เล็ก

3. คุณเสมหะ จะควบคุมน้ำช่วงล่างตั้งแต่สะดือลงไป เกี่ยวข้องกับน้ำมูก เมื่อกลืนน้ำได้ น้ำในอุจจาระ ปัสสาวะ ในมดลูก หรือช่องคลอดของหญิงและในน้ำอสุจิของชาย ทั้งนี้ตัวควบคุมสุขภาพของธาตุของน้ำที่สำคัญที่สุดคือ คุณเสมหะ

ธาตุลม มีตัวควบคุมสุขภาพแห่งธาตุลมอยู่ 3 อย่างคือ

1. หทัยวาตะ เป็นลมที่ควบคุมจิตใจ การเต้นของหัวใจ ความหวั่นไหว ความวิตกกังวล ซึ่งเชื่อว่าน่าจะหมายถึงการทำงานของปมประสาท (Sinoatrial node Atrioventricular node) ซึ่งเชื่อว่าเป็น หทัยวัตต์ ในธาตุดิน

2. สัตถกวาตะ เป็นลมที่คมเหมือนอาวุธ หมายถึง เมื่อเกิดอาการจะมีความเจ็บปวดลิ้น เจ็บปวดลึก ๆ เหมือนอาวุธเสียดแทง ซึ่งลักษณะดังกล่าวคล้ายกับอาการขาดเลือดของอวัยวะต่าง ๆ ที่มักจะมีอาการเจ็บปวดอย่างรุนแรง เชื่อว่าน่าจะเป็นการทำงานของระบบไหลเวียน หรือการเคลื่อนไหวในระดับย่อยทั่วร่างกาย เช่น การทำงานของหลอดเลือดฝอย หรือปลายประสาท

3. สุนนาวาตะ เป็นลมที่ควบคุมพลังที่อยู่เส้นกลางลำตัวในแนวตั้ง โดยวิ่งจากกลางลำตัวไปจรดปลายลิ้น ซึ่งน่าจะเป็นตัวควบคุมระบบประสาท การไหลเวียนโลหิต สมอง ไขสันหลัง และระบบประสาทอัตโนมัติของร่างกาย จะเกี่ยวข้องกับการทำงานของของแซนชา อาการปวดเจ็บที่ขา อาการชักหรือกระตุก และอาการลิ้นกระด้าง คางแข็งทั้งนี้ตัวควบคุมสุขภาพของธาตุลม ที่สำคัญที่สุด ก็คือ สุนนาวาตะ

ธาตุไฟ มีตัวควบคุมสุขภาพแห่งธาตุไฟอยู่ 3 อย่าง คือ

1. พัทธะปิดตะ คือดีในฝัก เชื่อว่าหมายถึงการทำงานของน้ำดีในถุงน้ำดี

2. อพัทธะปิดตะ คือดินอกฝัก เชื่อว่าหมายถึงการทำงานของน้ำดีในลำไส้ การย่อยอาหารจะมีอาการจุกเสียด ท้องอืดเพื่อ อาหารไม่ย่อย เป็นต้น

3. กำเดา คือองค์แห่งความร้อน ที่เป็นศูนย์ควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย จะแสดงอาการเป็นตัวร้อนมีไข้สูง ทั้งนี้ตัวควบคุมสุขภาพของธาตุไฟที่สำคัญที่สุดคือ กำเดา

เมื่อตัวควบคุมสุขภาพ ทั้ง 12 ตัว ผิดปกติไป ก็จะไปกระทบธาตุทั้ง 4 ที่เป็นอยู่(ชาติ) จนเกิดการแปรเปลี่ยน (จลนะ) และสลาย(ภินนะ) ไปในที่สุด (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ 2538: 12-28) ซึ่งอธิบายได้ว่าการเจ็บป่วยของร่างกาย จะเริ่มต้นด้วยความผิดปกติของตัวควบคุมสุขภาพของธาตุต่าง ๆ ที่จะส่งผลกระทบให้แสดงออกเป็นความเสียสมดุลของธาตุทั้ง 4 ที่อยู่ในภาวะปกติ ซึ่งแสดงให้เห็นเป็นความเจ็บป่วยทางกาย ภาวะเสียสมดุลหรือภาวะเจ็บป่วยนี้ จะสิ้นสุดลงใน 2 กรณี คือร่างกายสามารถปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุลได้ ไม่ว่าจะโดยวิธีใด หรือร่างกายซึ่งเป็นที่ตั้งของธาตุทั้ง 4 ไม่สามารถดำรงอยู่ได้ในภาวะที่เสียสมดุลนั้น คือสูญเสียชีวิตไป

นอกจากนี้ยังพบว่า บุคลิกลักษณะของผู้ที่มีเจ้าเรือนแตกต่างกันก็จะแตกต่างกันไปด้วย โดยเชื่อว่าเมื่อปฏิสนธิในครรภ์มารดา ก็จะได้รับอิทธิพลจากธรรมชาติที่อยู่รอบตัวทั้งความร้อน ความเย็น ของภูมิอากาศตามฤดูกาล เวลา ในแต่ละช่วงวัน ลักษณะของธาตุที่แสดงออกถึงความเป็นธาตุเจ้าเรือนในแต่ละบุคคลนั้น

2.1.3 ธาตุเจ้าเรือน การพิจารณาว่าบุคคลใดมีธาตุใดเป็นธาตุเจ้าเรือน นอกจากจะพิจารณาธาตุใดเป็นธาตุสมุฏฐานที่คิดจากเวลาปฏิสนธิที่กล่าวไว้ข้างต้นแล้ว ยังสามารถพิจารณาได้จากธาตุเจ้าเรือนตามบุคลิกภาพ ซึ่งเป็นลักษณะของธาตุที่แสดงออกถึงความเป็นธาตุเจ้าเรือนของแต่ละบุคคล โดยสามารถพิจารณาได้ ดังนี้

ผู้ที่มีธาตุดินเป็นเจ้าเรือน จะมีรูปร่างสูงใหญ่ ผิวค่อนข้างคล้ำ ผมหดดำ เสียงดังฟังชัด ข้อกระดูกแข็งแรง กระดูกใหญ่ น้ำหนักมาก ลำสัน อวัยวะสมบูรณ์ มักจะเจ็บป่วยโดยตรงที่อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น อวัยวะทนต์ ไทรอยด์ ผุร่อนหรือมีเนื้องอกเกิดขึ้น

ผู้ที่มีธาตุน้ำเจ้าเรือน จะมีรูปร่างสมบูรณ์ สมส่วน ผิวพรรณสดใส เต่งตึง ตาหวาน น้ำในตามาก แขนขาทำทางเดินมั่นคง ผมหดดำงาม กินช้า ทำอะไรมักช้า ทนหนาวร้อนและทนเย็นได้ดี เสียงโปร่ง มีลูกดอก (มีความรู้สึกทางเพศดี) แต่มักเฉื่อยและค่อนข้างขี้เกียจ มักจะเจ็บป่วยที่ระบบไหลเวียนของร่างกาย

ผู้ที่มีธาตุลมเจ้าเรือน จะมีผิวพรรณหยาบแห้ง รูปร่างโปร่งผอม ผมหด ข้อมกระดูกมักลั่น เวลาเคลื่อนไหว ซ้อจฉา ขี้ขลาด รักง่ายหน่ายเร็ว ทนหนาวไม่ค่อยได้ นอนไม่ค่อยหลับ ช่างพูด เสียงต่ำ ออกเสียงไม่ชัด มีลูกไม่ดอก (ความรู้สึกทางเพศไม่ค่อยดี) มักจะเจ็บป่วยที่ระบบสั่งการ

ผู้ที่มีธาตุไฟเจ้าเรือน มักขี้ร้อน ทนร้อนไม่ได้ หิวบ่อย กินเก่ง ผมหงอกเร็ว มักหัวร่อนหน้าย่น ผมหงอกและหนวดอ่อนนุ่ม ไม่ค่อยอดทน ใจร้อน กล้ามเนื้อข้อกระดูกหลวม กลืนปาก และกลืนตัวแรง ความต้องการทางเพศปานกลาง มักจะเจ็บป่วยที่ระบบย่อยอาหาร

นอกจากนี้ในสเทศสุภิก (2521: 144) ได้กล่าวถึงบุคคลที่มีลักษณะของธาตุต่างๆ ว่าจะมีฐานะทางการเงินที่แตกต่างกัน เช่น บุคคลที่มีลักษณะแห่งธาตุไฟ จะขาดแคลนทรัพย์ บุคคลที่มีลักษณะแห่งธาตุน้ำจะมีทรัพย์พอประมาณ บุคคลที่มีลักษณะแห่งธาตุน้ำจะมั่งมีเพียงพอกับสถานะ บุคคลที่มีลักษณะแห่งธาตุดินจะมีมรดกมากมาย และกล่าวเพิ่มลักษณะของการนอนในแต่ละธาตุว่า บุคคลที่มีลักษณะแห่งธาตุลมจะนอนไม่หลับอยู่เป็นนิจ บุคคลที่มีลักษณะแห่งธาตุไฟจะนอนหลับไม่ตี บุคคลที่มีลักษณะแห่งธาตุดินจะนอนพอประมาณ บุคคลที่มีลักษณะแห่งธาตุน้ำจะนอนเกินประมาณ นอกจากนี้ยังพบพระสูตรตันตปิฎก กล่าวถึงการคบหาเกี่ยวข้องกับระหว่างกันว่า การคบหาเกี่ยวข้องกับระหว่างคนจะมีพื้นฐานทางใจในระดับเดียวกัน รวมถึงอาการทางกายอาจจะระดับเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน ย่อมคบค้าสมาคมกันเพราะเป็นธาตุเดียวกัน

ลักษณะต่าง ๆ ที่กล่าวมานี้เป็นลักษณะโดยรวมกว้าง ๆ มนุษย์จะมีลักษณะของแต่ละธาตุปะปนกันอยู่ แต่ลักษณะเด่นที่ปรากฏออกมาเป็นบุคลิกส่วนใหญ่และจุดอ่อนทางสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ ก็คือ ลักษณะที่เป็นเจ้าเรือนนั่นเอง

จากแนวคิดเกี่ยวกับธาตุสมุฏฐาน หรือธาตุเจ้าเรือนนั้น เราสามารถทราบได้ว่า บุคคลใดจะมีธาตุใดเป็นเจ้าเรือนใด สามารถดูได้ 2 วิธี คือ ดูจากวันเดือนปีเกิด ตามคัมภีร์สมุฏฐาน และดูจากลักษณะบุคลิกภาพของบุคคลในปัจจุบัน โดยใช้แบบวัดธาตุเจ้าเรือน จึงตัดแปลงมาจากแบบวัดธาตุเจ้าเรือนของแพทย์หญิงเพ็ญ

นาท ทรัพย์เจริญ โดยเหตุผลที่ว่า บุคลิกภาพมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพ โดยจากรายงานการวิจัยส่วนใหญ่พบว่า บุคลิกภาพมีความสัมพันธ์ต่อปัญหาสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นบุคลิกภาพแบบเก็บตัว หรือแสดงตัว และจากการดูธาตุเจ้าเรือน ก็ยังนิยมใช้ในวงการทางการแพทย์แผนไทย เนื่องจากเป็นตัวช่วยในการวินิจฉัยโรค และการกำหนดปริมาณยา โดยนิยมใช้วิธีการดูวันเดือนปีเกิดเป็นส่วนใหญ่ ส่วนการดูธาตุเจ้าเรือนจากบุคลิกภาพก็เป็นที่ยอมรับและถูกนำมาใช้ในวงต่อมา ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างธาตุเจ้าเรือนที่ดูจากวันเดือนปีเกิด และธาตุเจ้าเรือนที่ดูจากบุคลิกภาพกับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม โดยพิจารณาเฉพาะผู้ป่วยที่ทราบวันเดือนปีเกิดที่แน่นอน ซึ่งใช้วิธีการหมุนวงกลม ร่วมกับการดูตารางวิเคราะห์ธาตุเจ้าเรือน ของแพทย์หญิงเพ็ญภามา ทรัพย์เจริญ ส่วนธาตุเจ้าเรือนตามบุคลิกภาพนั้น ผู้วิจัยจะวัดบุคลิกภาพของผู้ป่วยในช่วงก่อนป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยตามถึงบุคลิกภาพในช่วงก่อนป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม

2.1.4 อายุสมุฏฐาน หมายถึง อายุที่เปลี่ยนแปลงไป ตามวัยของบุคคลนั้นเป็นเหตุแห่งการเกิดโรค การนับอายุเริ่มนับตั้งแต่เมื่อคลอดพ้นครรภ์มารดาแล้วเจริญเติบโตขึ้น ตามศาสตร์แห่งแพทย์แผนไทยได้แบ่งช่วงอายุของคนออกเป็น 3 ช่วงอายุ ซึ่งแต่ละช่วงอายุจะมีจุดอ่อนที่ต้องระวังดังนี้คือ

ปฐมวัย อายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 16 ปี มักจะเจ็บป่วยด้วยธาตุน้ำ คือการเจ็บป่วยของบุคคลในวัยนี้มักมีสาเหตุมาจาก ธาตุน้ำเป็นหลัก เช่น เป็นหวัด น้ำมูกไหล ท้องเสีย เป็นต้น

มัชฌิมวัย อายุระหว่าง 16-32 ปี มักจะเจ็บป่วยด้วยธาตุไฟ คือการเจ็บป่วยของบุคคลในวัยนี้มักมีสาเหตุมาจาก ธาตุไฟเป็นหลัก

ปัจฉิมวัย อายุระหว่าง 32ปีขึ้นไป มักจะเจ็บป่วยด้วยธาตุลม คือ การเจ็บป่วยของบุคคลในวัยนี้มักมีสาเหตุมาจาก ธาตุลมเป็นหลัก

แต่อย่างไรก็ตามในตำรายังกล่าวไว้ว่า แต่ละธาตุสมุฏฐานที่เกิดขึ้นจะมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องและผองซึ่งกันและกัน โดยสามารถสรุปได้ดังนี้

ปฐมวัย บุคคลในช่วงวัยนี้ เป็นอายุเสมหะ หากเกิดความผิดปกติ จะพบว่ามีระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยธาตุน้ำ (เสมหะสมุฏฐาน) ก่อนธาตุอื่น ๆ เป็นเวลา 12 วัน และตามด้วยธาตุไฟ (ปิตตะสมุฏฐาน) เป็นเวลา 7 วัน และตามด้วยธาตุลม (วาตะสมุฏฐาน) เป็นเวลา 10 วัน

มัชฌิมวัย บุคคลในช่วงวัยนี้ เป็นปิตตะสมุฏฐาน หากเกิดความผิดปกติจะพบว่ามีระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยธาตุไฟ (ปิตตะสมุฏฐาน) ก่อนธาตุอื่น ๆ เป็นเวลา 7 วัน และตามด้วยธาตุลม (วาตะสมุฏฐาน) เป็นเวลา 10 วัน และตามด้วยธาตุน้ำ (เสมหะสมุฏฐาน) เป็นเวลา 12 วัน

ปัจฉิมวัย บุคคลในช่วงวัยนี้ เป็นอายุเสมหะ หากเกิดความผิดปกติ จะพบว่ามีระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยธาตุลม (ปิตตะสมุฏฐาน) ก่อนธาตุอื่น ๆ เป็นเวลา 10 วัน และตามด้วยธาตุน้ำ (ปิตตะสมุฏฐาน) เป็นเวลา 12 วัน และตามด้วยธาตุไฟ (วาตะสมุฏฐาน) เป็นเวลา 7 วัน (เพ็ญภามา ทรัพย์เจริญ

จะเห็นได้ว่า นอกจากช่วงอายุของบุคคลจะบอกให้ทราบถึงสาเหตุของการเกิดโรคแล้ว ยังสามารถบอกช่วงเวลาของการกระทำของธาตุต่าง ๆ ในแต่ละช่วงอายุ ไปอธิบายอายุของโรคได้อีกด้วยการแบ่งวัยของตำราการแพทย์แผนไทยอาจจะดูเหมือนว่าคนแก่เร็ว คือจัดให้ผู้ที่มียุ 30 ปีขึ้นไปอยู่ในช่วงปัจฉิมวัย เพราะเชื่อว่าเมื่ออายุ 30 ปีขึ้นไป ธาตุทั้ง 4 จะเริ่มเสื่อม แม้จะมองเห็นอาการไม่ชัด ซึ่งในข้อนี้ความรู้ทางการแพทย์แผนปัจจุบันยอมรับว่าเซลล์ของร่างกายเริ่มเสื่อมเมื่ออายุ 30 ปี ขึ้นไป ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

2.1.5 อุดตมภูมูฐาน หมายถึงฤดูกาลต่าง ๆ ที่มีสภาพดินฟ้าอากาศต่าง ๆ กัน และผันแปรไปตามปกตินั้น ทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้แตกต่างกันไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงรอยต่อของฤดูกาลต่าง ๆ ได้แก่ ฤดูหนาวต่อฤดูร้อน ฤดูร้อนต่อฤดูฝน และฤดูฝนต่อฤดูหนาว ซึ่งจะมีอิทธิพลของลักษณะอากาศที่กำลังเปลี่ยนแปลงนั้นกระทบต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์ที่ต้องปรับตัวตาม ซึ่งหากปรับตัวไม่ได้ก็จะเสียสมดุล ทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ ดังนี้ ฤดูหนาวต่อฤดูร้อน ฤดูร้อนต่อฤดูฝน และฤดูฝนต่อฤดูหนาว ซึ่งจะมีอิทธิพลของลักษณะอากาศที่กำลังเปลี่ยนแปลงนั้น กระทบต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์ที่ต้องปรับตัวตาม ซึ่งหากปรับตัวไม่ได้ก็จะเสียสมดุล ทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ ฤดูร้อน มักเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องธาตุไฟ ฤดูฝนมักเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องธาตุลม ฤดูหนาว มักเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องธาตุน้ำ

2.1.6 ประเทศสมมูฐาน หมายถึง ดินฐานที่อยู่ที่เกิดหรือสิ่งแวดล้อมของบุคคลที่มีสภาพแตกต่างกัน โดยจะมีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพ เป็นสาเหตุของการเกิดโรค และจากคัมภีร์ธาตุวิกรม และคัมภีร์ธาตุวิภังค์ สรุปได้ว่า ประเทศสมมูฐานหรือสถานที่อยู่อาศัยเป็นที่ตั้งแห่งกองโรค ซึ่งสอดคล้องกับตำราของพระยาพิศนุประสาทเวทที่ได้กล่าวถึงหลักของประเทศสมมูฐานไว้ว่า คือ การที่บุคคลไม่คุ้นเคยกับประเทศหนึ่ง ๆ ต้องมีการปรับตัวและทำให้เจ็บป่วยได้ โดยมีการแบ่งเขตสถานที่ดังนี้

- ผู้ที่เกิดในประเทศสูงเป็นภูเขา ถือเป็นประเทศร้อนมักเจ็บป่วยด้วยธาตุไฟ
- ผู้ที่เกิดในประเทศที่เป็นน้ำฝนกววดทราย เป็นที่เก็บน้ำไม่อยู่ถือเป็นประเทศอุ่น มัก

เจ็บป่วยด้วยธาตุน้ำ

- ผู้ที่เกิดในประเทศที่ฝนตกชุก มีโคลนตม ถือเป็นประเทศเย็น มักเจ็บป่วยด้วยธาตุลม
- ผู้ที่เกิดในประเทศที่เป็นน้ำเค็ม มีโคลนตม ขึ้นแฉะ เช่น ตามชายทะเล ถือเป็น

ประเทศอุ่น มักเจ็บป่วยด้วยธาตุดิน

แต่อย่างไรก็ตาม ก็ยังพบความไม่ชัดเจนที่ว่า สถานที่ซึ่งนำมาพิจารณานั้น ให้เป็นสถานที่เกิดหรือสถานที่ที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน แต่เนื่องจากคนโบราณนั้นพักอาศัยอยู่กับที่ไม่เคลื่อนย้ายไปไกล เพราะการเดินทางไม่สะดวก การพิจารณาประเทศสมมูฐานจึงใช้สถานที่เกิด แต่อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันควรที่จะพิจารณาสถานที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ . 2537: 82)

แต่เนื่องจากโรคข้อเข่าเสื่อม มีช่วงเวลาของการสัมผัสปัจจัยจนแสดงอาการนั้นค่อนข้างต้องใช้เวลาพอสมควร ผู้วิจัยจึงใช้สถานที่อยู่อาศัยที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในขณะที่เริ่มป่วยและอาศัยอยู่

สถานที่แห่งนั้น เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยพิจารณาประเทศสมมุติฐานให้สอดคล้องกับภูมิประเทศไทย ดังนี้ (พรสวรรค์ เพชรแดง ; และคนอื่น ๆ. มปป: 6-7)

1. ประเทศสูงเป็นภูเขา ได้แก่ เขตภูเขาที่ราบระหว่างภูเขาภาคเหนือ เป็นบริเวณพื้นที่ในเขตจังหวัดเชียงราย เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ลำพูน ลำปาง พะเยาแพร่ น่าน และอุดรดิตถ์ โดยพื้นที่ส่วนใหญ่แบ่งภูเขาสลับกับที่ราบระหว่างภูเขา และเขตเทือกเขา และหุบเขาภาคตะวันตก ได้แก่ บริเวณฝั่งที่ติดกับจังหวัดกาญจนบุรี ราชบุรี เพชรบุรี ตาก ประจวบคีรีขันธ์ ซึ่งเขตนี้จะมีลักษณะคล้ายภาคเหนือ คือ มีทิวเขาและหุบเขาสลับซับซ้อน

2. ประเทศที่เป็นน้ำฝนกรวดทราย ได้แก่ เขตที่ราบสูงภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เช่น บริเวณพื้นที่ในจังหวัดเลย หนองคาย อุดรธานี ขอนแก่น สกลนคร นครพนม กาฬสินธุ์ ชัยภูมิ มหาสารคาม ร้อยเอ็ด ยโสธร มุกดาหาร นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ หนองบัวลำภู พื้นที่ส่วนใหญ่มีลักษณะคล้ายกะทะหงาย เนื้อดินเป็นดินปนทราย ฤดูฝนน้ำท่วมถึง แต่ฤดูแล้งจะกันดารน้ำเพาะปลูกไม่ค่อยได้ผล

3. ประเทศที่ฝนตกชุก มีโคลนตม ได้แก่ เขตที่ราบภาคกลาง เป็นบริเวณพื้นที่ในจังหวัดสุโขทัย พิษณุโลก กำแพงเพชร พิจิตร เพชรบูรณ์ นครสวรรค์ อุทัยธานี ชัยนาท สิงห์บุรี ลพบุรี อ่างทอง สระบุรี สุพรรณบุรี อัญญา ปทุมธานี นนทบุรี นครนายก กรุงเทพมหานคร นครปฐม สมุทรปราการ สมุทรสงคราม สมุทรสาคร

4. ประเทศที่เป็นน้ำเค็ม มีโคลนตมชั้นแฉะ ได้แก่ เขตภูเขาที่ราบชายฝั่งภาคตะวันออก เป็นบริเวณพื้นที่ในเขตจังหวัดตราด จะเข้เทรา และปราจีนบุรี พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบแคบ ๆ ตามชายฝั่ง และเขตภูเขาที่ราบชายฝั่งคาบสมุทรภาคใต้ ได้แก่ ชุมพร ระนอง สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช สงขลา พัทลุง พังงา กระบี่ ตรัง ภูเก็ต สตูล ปัตตานี ยะลา นราธิวาส

เพื่อให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงนำเฉพาะสถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่นานที่สุดก่อนที่จะป่วยมาเป็นสถานที่ ที่ใช้ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งอาจเป็นสถานที่เกิดหรือสถานที่อยู่อาศัยปัจจุบันก็ได้

2.1.7 กาลสมมุติฐาน หมายถึง ช่วงเวลาที่เปลี่ยนแปลงไปทุก 24 ชั่วโมง ในแต่ละวันเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคได้ เพราะอิทธิพลจากตำแหน่งของดวงอาทิตย์ ดวงจันทร์และดวงดาวต่าง ๆ ที่มีผลต่อโลกและมนุษย์ที่ทำให้เกิดกลางวัน กลางคืน น้ำขึ้นน้ำลง หรือที่เชื่อว่าการเกิดจันทรุปราคาหรือสุริยุปราคามักจะทำให้เกิดปรากฏการณ์ต่าง ๆ เช่น น้ำท่วม แผ่นดินไหวได้นั้น กาลเวลาก็น่าจะมีผลต่อภาวะสุขภาพได้เช่นกัน ดังนี้

ตอนเช้า (6.00- 10.00 น.) และตอนพลบค่ำ (18.00- 22.00 น.) ฤดูน้ำมักจะทำให้

เกิดโทษ

ตอนเที่ยงวัน (10.00 – 14.00 น.) และตอนเที่ยงคืน (22.00- 02.00 น.) ธาตุไฟ มักจะทำให้เกิดโทษ

ตอนบ่าย (14.00 – 18.00 น.) และตอนย่ำรุ่ง (02.00- 06.00 น.) ธาตุลมมักจะทำให้เกิดโทษ

ซึ่งทั้ง 3 ช่วงเวลาของการแพทย์แผนไทยเรียกว่า “ เอกโทษ ” คือโทษที่เกิดจากสมุฏฐานกระทำโทษเพียงธาตุเดียว ไม่มีธาตุอื่นมาปะปน แต่อย่างไรก็ตามจากตำราพบว่า ช่วงเวลาดังกล่าวที่บ่งบอกถึงปัญหาสุขภาพก็ยังเป็นหลักกว้าง ๆ เพราะในแต่ละช่วงเวลา มิได้มีการกระทำของสมุฏฐานเดียว อาจมีสมุฏฐานอื่น ๆ มากระทบ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้นอีก ซึ่งการแพทย์แผนไทยเรียกว่า “ ทวินโทษและตรีโทษ ” ดังรายละเอียด ดังนี้

ทวินโทษ คือ โทษที่เกิดจากสมุฏฐานกระทำโทษร่วมกัน 2 สมุฏฐาน มิใช่สมุฏฐานเดียวเหมือนขั้นต้นที่เสนอไว้

ตรีโทษ คือ โทษที่เกิดจากสมุฏฐานกระทำโทษร่วมกัน 3 สมุฏฐาน โดยมีช่วงเวลากระทำดังนี้ (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ . 2538 : 71-75)

ตาราง 2 แสดงช่วงเวลาของการทำโทษของทวินโทษ และตรีโทษ

ช่วงเวลา	ทวินโทษ	ตรีโทษ
หลังเวลา 6.00 – 7.00 น.	เสมหะกระทำ 1 ส่วน วาตะกระทำ 2 ส่วน	เสมหะ 1 ส่วน วาตะ 4 ส่วน ปิตตะ 1 ส่วน
หลังเวลา 7.00 – 8.00 น.	เสมหะกระทำ 2 ส่วน วาตะกระทำ 1 ส่วน	เสมหะ 2 ส่วน วาตะ 3 ส่วน ปิตตะ 2 ส่วน
หลังเวลา 8.00 – 9.00 น.	เสมหะกระทำ 2 ส่วน ปิตตะกระทำ 1 ส่วน	เสมหะ 2 ส่วน วาตะ 2 ส่วน ปิตตะ 3 ส่วน
หลังเวลา 9.00 – 10.00 น.	เสมหะกระทำ 2 ส่วน ปิตตะกระทำ 1 ส่วน	เสมหะ 1 ส่วน วาตะ 1 ส่วน ปิตตะ 4 ส่วน
หลังเวลา 10.00 – 11.00 น.	เสมหะกระทำ 2 ส่วน ปิตตะกระทำ 1 ส่วน	เสมหะ 4 ส่วน วาตะ 1 ส่วน ปิตตะ 1 ส่วน
หลังเวลา 11.00 – 12.00 น.	เสมหะกระทำ 1 ส่วน ปิตตะกระทำ 2 ส่วน	เสมหะ 3 ส่วน วาตะ 2 ส่วน ปิตตะ 2 ส่วน
หลังเวลา 12.00 – 13.00 น.	วาตะกระทำ 2 ส่วน ปิตตะกระทำ 2 ส่วน	เสมหะ 2 ส่วน วาตะ 2 ส่วน ปิตตะ 3 ส่วน
หลังเวลา 13.00 – 14.00 น.	วาตะกระทำ 2 ส่วน ปิตตะกระทำ 1 ส่วน	เสมหะ 1 ส่วน วาตะ 1 ส่วน ปิตตะ 4 ส่วน
หลังเวลา 14.00 – 15.00 น.	วาตะกระทำ 2 ส่วน ปิตตะกระทำ 1 ส่วน	เสมหะ 1 ส่วน วาตะ 1 ส่วน ปิตตะ 4 ส่วน
หลังเวลา 15.00 – 16.00 น.	วาตะกระทำ 2 ส่วน ปิตตะกระทำ 1 ส่วน	เสมหะ 2 ส่วน วาตะ 2 ส่วน ปิตตะ 3 ส่วน
หลังเวลา 16.00 – 17.00 น.	วาตะกระทำ 2 ส่วน เสมหะกระทำ 1 ส่วน	เสมหะ 3 ส่วน วาตะ 2 ส่วน ปิตตะ 2 ส่วน
หลังเวลา 17.00 – 18.00 น.	วาตะกระทำ 1 ส่วน เสมหะกระทำ 2 ส่วน	เสมหะ 4 ส่วน วาตะ 1 ส่วน ปิตตะ 1 ส่วน

ที่มา : เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ . 2537 :70-73.

หมายเหตุ กลางวันและกลางคืน จะเกิดโทษจากสมุฏฐานเหมือนกัน

จากตารางจะเห็นได้ว่า ทุกชั่วโมงจะมีการกระทำโทษ 2 หรือ 3 สมบูรณ์ ซึ่งมีปริมาณสัดส่วนมากน้อยแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของแต่ละสมบูรณ์ ซึ่งอธิบายได้ว่า โลกหมุนรอบตัวเองใน 1 วัน ทำให้เกิดกลางวันและกลางคืน รวม 24 ชั่วโมง การหมุนรอบตัวเองของโลกนี้ มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง อยู่ตลอดเวลา เป็นผลทำให้เกิดการเสียสมดุล ซึ่งทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา ผู้วิจัยจึงคาดว่า ช่วงเวลาน่าจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม แต่เนื่องจากข้อจำกัดของผู้ป่วยเกี่ยวกับการจำรายละเอียดของช่วงเวลา โดยใช้กาลสมบูรณ์ เอกโทษ คือช่วงเวลาเพียง 3 ช่วงแรกเท่านั้น

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวบางปัจจัยเป็นตัวแปรที่คงที่ เช่น ชาติเจ้าเรือนของบุคคล บางปัจจัยมีการเปลี่ยนแปลงเป็นวัฏจักรที่แน่นอน เช่น ฤดูกาลและเวลา โดยที่เราไม่สามารถกำหนดได้ นอกจากปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวมาแล้ว ยังมีปัจจัยสำคัญที่มีผลอย่างยิ่งต่อภาวะสุขภาพตามแนวคิดของแพทย์แผนไทย ก็คือ พฤติกรรมของบุคคล

2.2 พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคในเชิงทฤษฎีแพทย์แผนไทย

ในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ พฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลนับได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งที่กำหนดภาวะสุขภาพของมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นการคิดในระบบการแพทย์แผนปัจจุบันหรือระบบการแพทย์แผนดั้งเดิม ในปัจจุบันโรคภัยไข้เจ็บหลาย ๆ โรค สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต เช่น ความเครียดจากการทำงาน การสูบบุหรี่ การพักผ่อนไม่เพียงพอ สุขนิสัยในการขับถ่าย ฯลฯ ตามตำราการแพทย์แผนไทยเดิมของไทยระบุไว้ชัดเจนว่า พฤติกรรมบางอย่างสามารถก่อให้เกิดโรค ดังต่อไปนี้

พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค

จากตำราเวชศึกษาของพระยาพิศณุประสาทเวช (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ. 2537: 83-86 อ้างอิงจาก พระยาพิศณุประสาทเวช. 2531) ได้กล่าวถึงมูลเหตุของการเกิดโรคไว้ 12 ประการ คือ

-ฤดูที่เปลี่ยนแปลงไป หมายถึง อิทธิพลของอากาศที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นเหตุให้เกิดความเจ็บป่วยได้

-อาหารให้โทษ หมายถึง การกินอาหารที่มากเกินไป หรือ น้อยเกินไป การกินอาหารสลับ อาหารบูดเน่า กินอาหารไม่ตรงเวลา รวมทั้งกินอาหารไม่ถูกกับธาตุ

-การอดข้าว

-การอดน้ำ

-การอดนอน

-การกลั่นจุกจระ

-การกลั่นปัสสาวะ

-การต้องร้อนยิ่งนัก เช่น การทำงานกรำแดด หรือใกล้ไฟมาก หรือถูกไอ

ความร้อนจัด

-การต้องเข็นยี่งัก เช่นการถูกละของไฝ่น กระทบอากาศหนาว ตากลม กลางแจ้ง ยามค่ำคืนหรือแช่น้ำนานเกินไป

-การไม่เปลี่ยนอิริยาบถ คือ อยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนาน ๆ ย่อมทำให้เลือดลมเดินไม่ดี

-การทำงานเกินกำลัง ฝืนร่างกายอยู่เสมอ เช่น การแบกหามของหนักเกินไป

-เศร้าโศกเสียใจเกินไป เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่ได้ตั้งใจ ไม่สมหวัง จะทำให้

จิตใจไม่ผ่องใส

จากมูลเหตุต่าง ๆ ดังกล่าว จะเห็นได้ว่า ถ้าไม่นับในเรื่องการเปลี่ยนแปลงของอากาศ แล้ว สาเหตุในข้ออื่น ๆ ล้วนเป็นพฤติกรรมที่มนุษย์สามารถหลีกเลี่ยงที่จะไม่ประพฤติปฏิบัติได้ และอันที่จริงในเรื่องฤดูหรืออากาศที่เปลี่ยนแปลงไป มนุษย์ก็สามารถที่จะหลีกเลี่ยง โดยหาวิธีป้องกันไม่ให้ร่างกายได้รับผลกระทบโดยตรงได้ นอกจากนั้นยังมีตำราอื่นที่กล่าวถึงพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรคอีก คือ ในพระคัมภีร์ธาตุวิวรรณ์ (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ . 2537 : 83-86 อ้างอิงจาก คัมภีร์ธาตุวิวรรณ์ 2531) ได้กล่าวถึงพฤติกรรม ก่อให้เกิดโรค 6 ประการได้แก่

-การรับประทานอาหารผิดเวลา หรืออิมเกินไป

-มักมากในกาม หมกมุ่นในกามารมณ์มากเกินไป

-ชอบนอนกลางวัน

-กลางคืนนอนไม่หลับ

-มีอารมณ์โกรธอยู่เสมอ

-ชอบกลั่นปัสสาวะ อุจจาระอยู่เสมอ

จากทั้ง 2 ตำรา สามารถสรุปพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรคได้ 8 ประการ คือ

-การกินอาหารไม่ถูกต้องกับธาตุ ไม่สะอาด บุคเน่า การกินอิมเกินไป หรือน้อย

เกินไป

-การมีอิริยาบถ ที่ผิดปกติฝืนธรรมชาติ หรืออยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนาน ๆ

-การกระรอนจัดหรือเย็นจัดมากเกินไป

-การอดนอน อดข้าว อดน้ำ

-การกลั่นอุจจาระ ปัสสาวะ

-การทำงานเกินกำลัง หรือหมกมุ่นในกามารมณ์มากเกินไป

-การขาดอุเบกขา มีความเศร้าโศกเสียใจ หรือดีใจมากเกินไป มีโทสะมาก หรือ

มักโกรธเสมอ ๆ (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ . 2537 : 83-86)

นอกจากนี้จากประมวลทฤษฎีการแพทย์แผนไทย เล่ม 1 พระคัมภีร์สมุฏฐานวินิจฉัย ของ อาจารย์แพทย์หญิงเพ็ญญา ทรัพย์เจริญ . (2537: 85-86) ก็ได้กล่าวถึงรายละเอียดของพฤติกรรมแต่ละอย่างไว้ดังนี้

1. การกินอาหาร ได้แก่ การกินอาหารมากเกินไป น้อยเกินไป รับประทานอาหารแปรกรส อาหารเน่าบูด รับประทานอาหารไม่ถูกกับธาตุ และรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา
2. การมีอริยาบถ ที่ผิดปกติผิดธรรมชาติ ได้แก่ การยืนทั้งวัน นั่งทั้งวัน นอนทั้งวันโดยปกติแล้วมนุษย์ ต้องมีการยืนนั่งนอนสลับกันไป เพื่อการคล่องตัวของเส้นเอ็น การอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนาน ๆ ย่อมทำให้เลือดลมเดินไม่ดี
3. การกระทบร้อนจัดหรือเย็นจัดมากเกินไป เช่น การทำงานตากแดด หรือใกล้ไฟมาก การถูกไอความร้อนจัด หรือการถูกละของไอน้ำ การกระทบอากาศหนาว ตากลมกลางแจ้งในยามค่ำคืน การแช่น้ำนานเกินไป
4. การอดนอน อดข้าว อดน้ำ เช่น การตื่นทำงานหรือกิจกรรมโดยไม่ได้พักผ่อนนอนหลับ การพยายามไม่ดื่มน้ำ หรือด้วยความจำเป็นใด ๆ ก็ตาม หรือยามกินก็ไม่ได้กิน การทรมานตนหรือฝืนปฏิบัติตน ทนพิวจนเกินกำลัง
5. การกลั่นอุจจาระ ปัสสาวะ เช่น การพยายามกลั่นอุจจาระโดยไม่ขับถ่ายออกหรือกลั่นปัสสาวะไว้นาน ๆ ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตาม
6. การทำงานเกินกำลัง หรือหมกมุ่นในกามารมณ์มากเกินไป เช่นการแบกหามของหนักเกินไป
7. การขาดอุเบกขา มีความเศร้าโศก เสียใจ หรือดีใจมากเกินไป เช่น ทำใจไม่ได้ การพลัดพรากจากของรัก การผิดหวัง ทำให้ใจเหี่ยวแห้ง ใจชุ่มมัวไม่ผ่องใส
8. การมีโทษะมาก หรือมักโกรธเสมอ ๆ (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ 2537 : 83-86)

และเนื่องจากบางพฤติกรรมสามารถนำมารวมกันเป็นตัวแปร 1 ตัวได้ เช่น ตัวแปรด้านอริยาบถ จะรวมตัวแปรการทำงานเกินกำลังเข้าไป และตัดตัวแปรด้านการขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะออก โดยแนวคิดทฤษฎีของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่ามีสาเหตุมาจากพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยเช่นกัน โดยมีความสอดคล้องกับพฤติกรรมดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการกิน โดยเน้นที่การรับประทานอาหารให้ตรงกับธาตุ เพื่อให้เกิดสมดุลแห่งสุขภาพดังนี้

1.1 อาหารประจำธาตุดิน ได้แก่ อาหารรสฝาด หวาน มัน เค็ม โดยมีผลต่อร่างกายดังนี้

รสฝาด มีสรรพคุณ ช่วยสมาน รักษาแผล ท้องร่วง ได้แก่ หัวปลี กัลป์ลี แคนบ้าน ฝรั่ง กระท้อน น้อยหน่า พุทรา มะขามเทศ กัลยาดิบ ลูกทับทิม มังคุดอ่อน ฯลฯ

รสหวาน มีสรรพคุณ ช่วยบำรุงร่างกาย บำรุงกล้ามเนื้อ ได้แก่ ข้าวโพด หัวผักกาดขาว ฟักทอง อ้อย น้ำผึ้ง มะพร้าว กัลยน้ำสุก ฯลฯ

รสมัน มีสรรพคุณ ช่วยบำรุงเส้นเอ็น บำรุงไขข้อ สร้างความอบอุ่นให้แก่ร่างกาย และทำให้เกิดพลังงาน ได้แก่ ถั่วลิสง ถั่วแระ ถั่วฝักยาว ถั่วพู ถั่วลันเตา ถั่วแบบ เมล็ดบัว เผือก มัน ฯลฯ

รสเค็ม มีสรรพคุณ ช่วยรักษาบาดแผลไม่ให้เน่า ชำระเมือกมันในลำไส้ แก้ท้องมาน ได้แก่ เปลือกสมุท กะลือสินเธาว์ และต้นไม้ที่เกิดตามชายทะเล เช่น เหงือกปลาหมอ ผักชะคราม ฯลฯ

1.2 อาหารประจำฤดูน้ำ ได้แก่ อาหารที่มีรสเปรี้ยว กัดเสมหะ ฟอกโลหิต ระบายอุจจาระ ช่วยทำให้เม็ดเลือดแดงแข็งแรง เช่น มะเขือเทศ มะนาว มะเฟือง มะม่วง มะกรูด ส้ม ส้มโอ สับปะรด ยอดมะขามอ่อน กระเจี๊ยบ มะขาม

1.3 อาหารประจำฤดูลม ได้แก่ อาหารรสรสเผ็ดร้อน ช่วยแก้ลมจุกเสียด แน่น ช่วยขับลม บำรุงร่างกาย เช่น โหระพา กะเพรา ขิง ข่า ตะไคร้ ใบมะกรูด ใบสะระแหน่ กระเทียม คื่นช่าย ยี่ห่วย ดีปลี พริกไทย กระวาน กานพลู

1.4 อาหารประจำฤดูไฟ ได้แก่ อาหารรส ขม เย็นจัด โดยมีผลต่อร่างกาย ดังนี้

รสขม มีสรรพคุณ ช่วยแก้ไข ร้อนใน บำรุงโลหิตและดี ได้แก่ กลุ่มขม ผักขม มะระ ผักหนอก ก้านสะเดา ขี้เหล็ก บวมหอม บวมขม น้ำเต้าขม เถาบระเพ็ด ฟ้าทะลายใจ มะม่วงต้น ฯลฯ

รสเย็น มีสรรพคุณ ช่วยบำรุงหัวใจ บำรุงครรภ์ ได้แก่ ผักกาดขาว ผักบุ้ง ผักกระเฉด แตงโม แตงกวา แตงไทย คื่นช่าย ตำลึง ฯลฯ

รสจัด มีสรรพคุณ ช่วยแก้ไข ขับปัสสาวะ ได้แก่ น้ำเต้า ผักบุ้งจีน แก่นขนุน และผักอื่น ๆ ที่มีรสจัด ฯลฯ

จะเห็นได้ว่า แพทย์แผนไทย เน้นอาหารประเภทพืชผักผลไม้ ซึ่งสอดคล้องกับการแพทย์แผนปัจจุบันเกี่ยวกับวิตามินและเกลือแร่ เช่น วิตามินซี ช่วยลดระดับคอเลสเตอรอลในเส้นเลือด ช่วยสร้างคอลลาเจน และสารสื่อประสาทช่วยดูดซึมธาตุเหล็ก เข้าไปสร้างเม็ดเลือดแดง วิตามินอี ช่วยป้องกันอนุมูลอิสระ ทำปฏิกิริยากับกรดไขมัน ไม่อิมตัวในเนื้อเยื่อ ซึ่งเป็นผลทำให้กล้ามเนื้อมีเลือดไปเลี้ยงอย่างสม่ำเสมอ ผู้วิจัยจึงคาดว่า การรับประทานอาหารไม่เหมาะสมกับธาตุเจ้าเรือน อาจมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

2. การมีอิริยาบถต่าง ๆ ซึ่งเน้นที่การปรับเปลี่ยนอิริยาบถหมุนเวียนกัน เช่น การนั่ง ยืน เดิน นอน ไม่ทำอิริยาบถใด อิริยาบถหนึ่งนานเกินไป และกล่าวว่าถ้าอยู่อิริยาบถใดนานเกินไป เส้นเอ็นหรืออวัยวะต่าง ๆ ก็จะแปรไปจากปกติทำให้เกิดโรคได้ จะเห็นได้ว่า การเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โดยเฉพาะบริเวณข้อเข่า ซึ่งเกิดจากการใช้อวัยวะส่วนเข่านานเกินไป เช่น การยืนหรือเดินนาน ๆ การขึ้นลงบันได การนั่งยอง ๆ นั่งขัดสมาธิ นั่งพับเพียบ การยกของหนักหรือแบกของหนัก การลากวัตถุ และการปีนชั้นที่สูง ผู้วิจัยคาดว่าพฤติกรรมต่าง ๆ ดังกล่าวน่าจะมีความสัมพันธ์กับเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

3. การกระทบร้อนเย็น เน้นที่ร่างกายถูกความร้อน หรือสัมผัสกับความร้อน และเย็นในเวลาใกล้เคียงกัน เช่น เคยอยู่ในที่ร่ม แล้วไปอยู่ในที่กลางแจ้ง แดดกล้า หรืออบอ้าวอากาศผ่านไม่ได้นานเกินไป เคยอยู่ในที่ร้อนอบอ้าว แล้วไปอยู่ในที่ที่มีอากาศเย็นนานเกินไป เช่น การสัมผัสอากาศร้อน ๆ แล้วไปถูกฝนหรือแช่น้ำทันทีถ้าได้รับความร้อนและความเย็นนานเกินควร ก็จะก่อให้เกิดความเจ็บป่วยได้

ซึ่งจะเห็นได้ว่า สภาพแวดล้อมภายนอกเช่น ความร้อน ความเย็น ก็ส่งผลกระทบต่อ โดยเมื่อผิวหนังกระทบความเย็น หลอดเลือดที่ผิวหนังจะขยายตัว กล้ามเนื้อจะหดตัวทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อได้ไม่สะดวก ซึ่งทำให้เกิดความปวดได้ (รัชนี ศิลปบรรเลง. 2541 : 18) การอุ่นร่างกายที่เพียงพอจะช่วยป้องกันการเกิดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น ดังนั้น ความเย็นจึงส่งผลในทางตรงกันข้าม คือทำให้กล้ามเนื้อ และเส้นเอ็นเกิดความตึงเครียด ซึ่งส่งผลทำให้ปวดได้ (จิตอนงค์ ก้าวกสิกรรม. 2540: 16) ผู้วิจัยจึงคาดว่าอาการกระทบร้อนเย็น น่าจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม โดยสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ดังกล่าว

4. การขาดอุเบกขา ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน หมายถึง ความมีใจเป็นกลาง ความวางใจเฉย ตามหลักพุทธศาสนาอุเบกขาเป็น 1 ในพรหมวิหาร 4 เป็น 1 ในสติปัฏฐาน 4 เป็น 1 ในเวทนา 6 เป็น 1 ในโพชฌงค์ 7 และเป็น 1 ในเวทนา 5 และจากหนังสือธรรมจักขุ เดือน กรกฎาคม 2544 ปีที่ 45 ฉบับที่ 33 กล่าวไว้ว่า อุเบกขา คือการวางเฉยไม่ตีใจเมื่อผู้อื่นได้ดี ไม่เสียใจเมื่อผู้อื่นประสบเคราะห์กรรมของเขา เพราะทุกคนย่อมตกอยู่ในอำนาจที่ตนเองได้ทำไว้ แม้ว่าเขาจะเป็นเพื่อนหรือศัตรู (พิพัฒน์ บุญยั้ง . 2544 : Online) ในพจนานุกรมพุทธศาสตร์ประมวลธรรม หมวด 10 กล่าวถึง อุเบกขาว่า คือ ความวางใจเป็นกลาง วางใจสงบราบเรียบสม่ำเสมอ เทียงธรรม ไม่เอนเอียงไปด้วยความยินดียินร้าย นอกจากนี้ยังพบว่า อุเบกขา หมายถึง การวางใจเป็นกลางเพราะพิจารณาเห็นว่า ใครทำดีย่อมได้ดี ทำชั่วย่อมได้ชั่ว ตามกฎแห่งความดี ใครทำสิ่งใดสิ่งนั้นย่อมตอบสนอง เมื่อเห็นใครได้รับผลกรรมในทางที่เป็นโทษ เราก็ไม่ควรวิตใจหรือคิดซ้ำเติมเขาในเรื่องที่เกิดขึ้น เราควรมีความปรารถนาดี คือ พยายามช่วยเหลือผู้อื่น ให้พ้นจากความทุกข์ในลักษณะที่ถูกต้องตามทำนองคลองธรรม ส่วนในพจนานุกรมพุทธศาสตร์ พระธรรมปิฎก กล่าวถึง อุเบกขาว่า คือ ความวางใจเป็นกลาง ไม่เอนเอียงด้วยชอบหรือชัง ความวางใจเฉย ไม่ยินดียินร้าย เมื่อใช้ปัญญาพิจารณาเห็นผลอันเกิดขึ้นอันสมควรแก่เหตุ และรู้ว่าพึงปฏิบัติต่อไปตามธรรม หรือตามควรแก่เหตุ นั้น การรู้จักวางใจเฉย ดูเมื่อเห็นเขารับผิดชอบตนเองได้ ในเมื่อเขาควรต้องได้รับผลอันสมควรแก่ความรับผิดชอบของเขาเอง ความวางเฉยคอยดูอยู่ในเมื่อคนนั้น ๆ สิ่งนั้น ๆ ดำรงอยู่หรือดำเนินไปตามควรของเขา ตามควรของมันไม่เข้าข้าง ไม่สอดแสร้ง ไม่รู้ ไม่ก้าวก่ายแทรกแซง (พจนานุกรมพุทธศาสตร์ พระธรรมปิฎก. nd : Online) ตามหนังสือพุทธศาสนาของพระธรรมปิฎก (2538: 85) กล่าวถึง อุเบกขาว่า คือ ความมีใจเป็นกลางมีจิตราบเรียบเที่ยงตรง ไม่เอนเอียง ไม่ให้ถูกอำนาจกิเลสของความชอบใจไม่ชอบใจเข้าครอบงำ และกล่าวถึงสติว่าเป็นตัวควบคุมจิตใจให้อยู่กับหลัก ป้องกันการรับอารมณ์ของอายตนะ ในหลักที่เรียกว่า "อินทริยสังวร" แปลว่า การสำรวมอินทริย หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า การคุ้มครองทวาร กล่าว คือ การมีสติพร้อมอยู่ เมื่อรับอารมณ์มีรูป ก็จะไม่ปล่อยใจถือไปตามนิมิตหมายต่าง ๆ อันจะเป็นเหตุทำให้เกิดความคิดฝันซุ่มเคือง ชอบใจ ไม่ชอบใจ แล้วถูกอกุศลธรรมเข้าครอบงำจิตใจ การปฏิบัติเช่นนี้จะช่วยป้องกันความทุกข์และการที่จะปฏิบัติได้ สติจะต้องตั้งมั่นและเตรียมพร้อมอยู่เสมอ โดยต้องมีการฝึกฝนอบรมอยู่เป็นประจำ ซึ่งสามารถระงับความทุกข์ และหลักธรรมในระดับปัญญาที่เรียกว่า โยนิโสมนัสสิกการ ซึ่งเป็นการพิจารณาอารมณ์ เพื่อให้เกิดความรู้เท่าทัน เช่น พิจารณาคุณโทษ ข้อดีข้อเสียของอารมณ์นั้น พร้อมทั้งภาวะความเป็นอิสระปลอดภัย อยู่ดี มีสุข โดยไม่ต้องพึ่งพาอาศัยอารมณ์ ในแง่

ที่จะต้องให้คุณให้โทษของมันเป็นตัวกำหนด ความทุกข์และชะตาชีวิต ผู้ใดมีจิตใจอิสระ ไม่มีตัณหา มองชีวิตจิตใจของมนุษย์ด้วยความเข้าใจ หยั่งเห็นสุขทุกข์ ให้ความเกื้อกูล ช่วยเหลือ ไม่เบียดเบียนผู้อื่น (พระธรรมปิฎก. 2538: 201) การมองสิ่งทั้งหลายตามที่มันเป็น หรือเห็นภาพตามความเป็นจริง เริ่มตั้งแต่การรับรู้อารมณ์ตามอายตนะ ด้วยจิตใจที่มีท่าที่เป็นกลาง และมีสติ ไม่วุ่นไหว ถูกชักจูงไปตามความชอบใจ ไม่ชอบใจ สามารถตามดูรู้เห็นอารมณ์นั้น ไปตามสภาวะของมันตั้งแต่ต้นจนตลอด ไม่ถูกความติดพัน ความข้องขัดขุ่นมัวหรือความกระทบกระทั่งที่เนื่องจากอารมณ์นั้นจุดรั้ง หรือสะดุดเอาไว้ กล่าวคือ เมื่อรับรู้อารมณ์ เช่น รูป รส กลิ่น เสียง สัมผัส ก็สามารถบังคับสัญญาของตนได้ วางใจเฉยเป็นกลางอยู่อย่างมีสติสัมปชัญญะ และการไม่ติดในกาม ไม่ติดในบาปบุญ ไม่ติดในอารมณ์ต่างๆ อันจะเป็นเหตุให้ต้องรำพึงถึงความหลัง หวังถึงอนาคต กล่าวคือ ไม่เศร้าโศก ถึงสิ่งที่ล่วงไปแล้ว ไม่ฝันเพื่อถึงสิ่งที่ยังมาไม่ถึง และดำรงอยู่ด้วยสิ่งที่เป็นอยู่ปัจจุบัน (พระธรรมปิฎก. 2538: 245) จิตที่ไม่มีเรื่องติดใจกังวล ไม่มีอะไรค้างใจ ไม่มีความกระวนกระวายใจ ไม่ขุ่นงัน หงุดหงิด ไม่หงอยเหงานา เบื่อหน่าย ไม่หวาดสะดุ้ง ปราศจากภัย จิตใจสงบ เป็นสุข ไม่มีความโศกเศร้า ขุ่นมัว ฝ้าหมอง แต่จะมีความปลอดโปร่ง เกษม ผ่องใส เยือกเย็น เอิบอิม พอใจ จะเดินจะยืนจะนั่งจะนอนก็เบาใจ วางใจสนิท สุขทุกข์ภายนอกไม่สามารถเข้าไปกระทบถึง ภาวะที่เย็นเป็นสุขภายใน ความสุขจึงเป็นอิสระ ไม่ขึ้นอยู่

กับอารมณ์หรือสิ่งต่าง ๆ ภายนอก ซึ่งสอดคล้องกับเวทนา 5 โดยกล่าวถึงการเสวยอารมณ์ ได้แก่ ความสุข ความทุกข์ ความโลมนัส โทมนัส โดยมีอุเบกขาเป็นองค์ธรรมอันดับสุดท้าย (พระเทพเวที. 2538 : 121) ดังนั้นความผันแปรเปลี่ยนของสิ่งทั้งหลาย อันเป็นไปตามธรรมดาแห่งสภาพสังขาร จึงไม่เป็นเหตุให้เกิดความทุกข์ ความรู้เท่าทันในความไม่เที่ยงและสภาพที่ผันแปรจะทำให้เกิดความสุขสงบเย็นและอยู่เป็นสุขได้ตลอดเวลา (พระธรรมปิฎก. 2538 : 247)

อย่างไรก็ตามในปัจจุบัน สภาพแวดล้อมต่างๆ โดยเฉพาะสภาพสังคม จะเปลี่ยนแปลงไปตามอำนาจปรุงแต่ง และแรงกระทบจากปัจจัยภายนอกอย่างยั้งอื่น โดยเมื่อสภาพแวดล้อมเปลี่ยนไป ในทางไม่เกื้อกูล ต่อการปฏิบัติตามหลักการของพุทธศาสนา ทำให้บุคคลไม่มีอุเบกขา ซึ่งเมื่อบุคคลรับรู้ทางอายตนะทั้ง 5 ก็เกิดเวทนา และทำให้ตัณหาก่อเกิดขึ้น ก็เพราะไม่รู้เท่าทันสภาพตามความเป็นจริง ของสิ่งที่ตนเสพเสวย ว่าเป็นอนิจจัง ทุกขัง อนัตตา ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่อาจเข้าไปยึดถือ เอาเป็นของตนได้จริง ไม่ว่าจะสิ่งนั้นมีคุณมีโทษอย่างไร และทำการรับรู้วิชา ที่เรียกว่า อวิชาสัมผัส เวทนาที่เกิดจากอวิชาสัมผัส จึงเป็นเหตุให้เกิดตัณหา ดังเช่นปุถุชน ที่เมื่อรับรู้อารมณ์ใด มักจะไปสะดุดอยู่ตรงจุด หรือในแง่ของการกระทบความชอบใจไม่ชอบใจ แล้วเกาะเกี่ยวพัวพันอยู่ตรงนั้น สร้างความตรึงตรึงคิดปรุงแต่งแล้วไหลเชวออกไปจากความเป็นจริง เกิดความรู้ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน คือ รู้เห็นไปตามอำนาจกิเลสที่ปรับแต่ง ไม่รู้เห็นตามความเป็นไปของสิ่งนั้น ๆ เรื่องนั้น ๆ เช่น เรื่องราวเดียวกัน คนหนึ่งมาพูดโดยไม่เสริมแต่งเลย ผู้ฟังเดียวกันกลับไม่เห็นชอบด้วย หรือข้อความอย่างเดียวกันคนที่รักใคร่ชอบพอนำมาพูด ผู้ฟังชมว่าถูกต้อง เห็นดีเห็นงามไปด้วย แต่คนที่ผู้ฟังเกลียด ชังมาพูด ผู้ฟังก็จะเห็นเป็นสิ่งผิดพลาด เสียหายไม่อาจยอมรับได้ (พระธรรมปิฎก. 2538: 242)

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า อุเบกขา เป็นความรู้สึกหรืออารมณ์ของใจที่อยู่ในภาวะปกติเป็นกลาง ไม่มีความทุกข์หรือสุขมากจนเกินไป ไม่ดีใจเมื่อผู้อื่นได้ดี ไม่เสียใจเมื่อผู้อื่นประสบเคราะห์กรรม โดยต้องใช้ปัญญาพิจารณา ซึ่งมีใช่เป็นการวางเฉยเมื่อเห็นผู้อื่นตกทุกข์แต่ควรช่วยเหลือให้เขาพ้นทุกข์ตามความสามารถที่ตนมีอยู่ โดยถ้าช่วยเหลือไม่ได้ก็คิดว่าเป็นกรรมของบุคคลผู้นั้นได้ทำเอาไว้

ตามความหมายของการมีอุเบกษาดังกล่าว สามารถระบุถึงลักษณะของการขาดอุเบกขา ได้ดังต่อไปนี้

- ขาดความยุติธรรม มีใจเอนเอียงด้วยชอบหรือชัง
- ยินดี ยินร้ายกับบุคคลอื่น ๆ
- ช่วยเหลือบุคคลอื่นโดยไม่ประมาณความสามารถของตนเอง
- เก็บความทุกข์คับข้องใจไม่สบายใจไว้กับตนเอง
- กังวลกับสิ่งต่าง ๆ ที่ยังไม่ได้เกิดขึ้น
- ตื่นเต้นง่ายเมื่อพบกับเหตุการณ์ต่าง ๆ
- ไม่ยอมรับความผิดพลาดของตนเอง และ คอยทุกขร้อนกับเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ

ซึ่งการขาดอุเบกขา จะทำให้จิตคิดแต่เรื่องร้าย ๆ จิตจะหวั่นไหว อาลัยอาวรณ์ เสียอกเสียใจ คิดแล้วคิดอีก คิดถึงอดีตที่ผ่านมา ยิ่งคิดก็ยิ่งทุกข์ ไม่นำมาปรับปรุงแก้ไขขณะอยู่ในปัจจุบัน เกิดความห่อถอยต่ออุปสรรคต่าง ๆ ไม่พร้อมยอมรับความจริงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ถ้าพบว่ามีหวังก็จะยินดีหรือดีใจกับมันมากเกินไป แต่ถ้าพบกับความผิดหวัง ก็จะเสียใจเก็บไว้ในใจจนเป็นความคับข้องใจ เนื่องจากการขาดอุเบกขาในครั้งนี้ เป็นการวัดถึงสภาพจิตที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะดังกล่าว ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อบุคคลมีการรับรู้สิ่งกระตุ้นจากสถานการณ์ และสิ่งแวดล้อมภายนอก ผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 ก่อน ถ้าบุคคลขาดอุเบกขา บุคคลก็จะไม่ใช่องค์ธรรมนี้ในการคิดพิจารณาถึงสถานการณ์ที่รับรู้มัน ไม่สามารถตามดูรู้เห็นอารมณ์นั้น การรู้เห็นก็จะเป็นไปตามอำนาจกิเลสที่ปรุงแต่ง แต่ถ้าไม่มีสิ่งกระตุ้น หรือบุคคลไม่พบกับสถานการณ์กระตุ้นใด ๆ บุคคลก็ไม่สามารถให้องค์ธรรมนี้มาปรับแก้สถานการณ์ ซึ่งการที่ไม่มีสิ่งกระตุ้นให้ให้องค์ธรรมนี้ ก็ไม่ได้หมายความว่าบุคคลนั้นจะขาดอุเบกขา ซึ่งทำให้การวัดการขาดอุเบกขาของบุคคลเป็นไปได้ยาก ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ถ้าบุคคลไม่พบกับสถานการณ์กระตุ้นดังกล่าว บุคคลก็จะไม่เกิดความทุกข์ความคับข้องใจ หรือความเครียด ดังนั้นจึงถือว่าบุคคลนั้นไม่ขาดอุเบกขา

5. ความโกรธ ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2493 หมายถึง ความเคือง ชุ่นเคือง (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน .2493: 173) ความโกรธ เป็นความชุ่นเคือง ชัดเคือง อันเนื่องมาจากพฤติกรรมที่สื่อต่อกัน ทำให้เกิดอารมณ์ คำว่า อารมณ์ แปลตามตัวว่า เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ หมายถึง สิ่งที่ถูกรู้ หรือถูกรับรู้ ซึ่งก็คือ ความรู้สึก โดยความรู้สึกจะเป็นได้ทั้งทางดีและทางชั่ว ถ้าอารมณ์หรือความรู้สึกดีก็จะเกิดความรักใคร่อยากมีอยากได้ อยากเอามาเป็นสมบัติของตน มีกิเลสราคะเข้ามามีส่วนร่วมในจิตใจ ทำให้เกิดครบทั้ง 3 อย่าง คือ โภคะ อยากได้อะไรก็อยากยึดถือ อยากเอามาเป็นของตนเองคนเดียว และจะเกิดโทสะ คือ ถ้าไม่ได้มา ก็จะมีอารมณ์ชัดเจนเกรี้ยวกราดมีความพยาบาทอาฆาต จองเวร ตัวต่อมาก็คือ โมหะ ต่อเมื่อได้มาสมใจแล้วก็เกิดความหมกหมุ่น มัวสุม จนหน้ามืด ตามัว สิมตัว สิมตน

ดังนั้นความโกรธ จึงเป็น สภาพที่เกิดจากจิตใจ ซึ่งเป็นกิเลส ที่เกิดจากกุศลมูล 3 ประการ คือ โภคะ (ความอยากได้) โทสะ (คิดประทุษร้าย) และโมหะ (หลงไม่รู้จริง) ตามธรรมชาติของปุถุชนย่อมมีจิตใจชอบบ้าง ไม่ชอบบ้าง ถ้าประสบอารมณ์ชอบก็พยายามชวนชวาย ถ้าไม่ชอบก็มีจิตใจเศร้าหมองหงุดหงิด งุ่นง่าน และเมื่อระงับจิตไม่อยู่ย่อมเกิดอารมณ์โกรธ แสดงอาการวิปริตต่าง ๆ นานา มีเลือดวีนขึ้น ใบหน้าจึงมีสีแดง มือเท้าสั่น สมอ่มินง คนที่มีอารมณ์โกรธ เนื่องจากโทสะย่อมมีความเครียด ความวิตกกังวล ความสูญเสีย ความอยากได้คืนมา ต้องทำด้วยความอาฆาตมาดร้าย เพราะไม่ต้องการให้สูญเสียไปได้ง่าย ๆ จนถึงอาจมีการประทุษร้ายผู้ที่ตนขัดเคืองได้ด้วยประการต่างๆ และคนที่มิโมหะเกิดขึ้นย่อมเปลี่ยนแปลงบุคลิกลักษณะ และพฤติกรรมโดยสิ้นเชิง ตามตำราคัมภีร์มโนธรรมศาสตร์ อธิบาย 7 โศลกที่ 45 กล่าวถึงความโกรธไว้ 8 ประการ คือ (วิธีชนะความโกรธ. 2542 : 14-16)

1. พุดส่อเสียดเหยียดหยาม
2. กล่าววาจาแบบคนมูทะลุ
3. ทรยศหักหลัง
4. มีความอิจฉา
5. มีความริษยา
6. หาเล่ห์เพื่อชิงเอาประโยชน์
7. กล่าวคำทอ
8. กล่าวแต่คำหยาบคาย

ในธรรมบทททณิกาย ภาค 1 ท่านกล่าวไว้ว่า คนไม่โกรธ หรือไม่โกรธตอบคนอื่น มีหลักปฏิบัติ 4 ประการ คือ 1. นะอักโกจณี คือ ไม่คำตอบ 2. นะอะวะริ คือ ไม่ประทุษร้ายผู้อื่น 3. นะอะชินิ คือ ไม่โกรธตอบ 4. นะอะทาสี คือ ไม่จู้ปล้นตอบ ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า บุคคลที่มีความโกรธ จะมีพฤติกรรมดังต่อไปนี้

1. พูดจาหยาบ พูดส่อเสียดเหยียดหยามผู้อื่น
2. พูดคำด่าทอต่อว่าผู้อื่น
3. พูดแบบมทะลุ (พูดตรง ๆ ไม่รักษาน้ำใจผู้อื่น)
4. แสดงความอิจฉาและริษยาผู้อื่น
5. ทรมานหลังผู้อื่น
6. มีการปฏิบัติโต้ตอบอย่างรุนแรงต่อผู้อื่น

นอกจากนี้ยังพบว่า ความโกรธอยู่ในกิเลส คือ เครื่องเศร้าหมอง 1 ใน 16 ประการ โดยกล่าวถึง ความโกรธ เป็นความซึ่งเครียด ชุนเคือง อันเกิดในดวงจิต โดยกล่าวว่าเมื่อเกิดในจิตใจใครแล้ว มักทำให้จิตใจหมกหมุ่น หม่นหมอง ไม่สบายใจตนเอง ฟังกถวาทอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการประทุษร้ายผู้อื่น ๆ

จะเห็นได้ว่า ทั้งความโกรธ และการขาดอุเบกขา เป็นสภาพของจิตที่แสดงออกมาทางร่างกาย เช่น ความไม่สบายกายไม่สบายใจ ความวิตกกังวล อารมณ์เสีย ไม่มีสมาธิ ไม่พอใจ ซึ่งสามารถกล่าวได้ว่า ทั้งความโกรธ และการขาดอุเบกขา เป็นผลที่เกิดจากความเครียดนั่นเอง

ความเครียด เป็นสภาวะที่ซับซ้อนของร่างกายและจิตใจ อันเกิดจาก สภาพแวดล้อม หรือสถานการณ์ที่บีบบังคับให้ร่างกาย และจิตใจเปลี่ยนแปลงไป ในปัจจุบันความเครียดที่เกิดขึ้นมักเกิดจากสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ นอกจากนี้ ความเครียดยังอาจเกิดจากอุปนิสัยหรือวิถีการดำเนินชีวิต ของคนบางคนที่มีลักษณะดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ที่ชอบแข่งขันสูง ชอบท้าทาย ชิงดีชิงเด่น เอาชนะ
2. ผู้ที่เข้มงวด เอาจริงเอาจังกับชีวิต ทุกอย่างไม่มีการผ่อนปรน
3. ผู้ที่พยายามทำอะไรหลาย ๆ อย่างในเวลาเดียวกัน
4. ผู้ที่มีอารมณ์รุนแรง อึดแน่นในใจเป็นประจำ
5. ผู้ที่ใจร้อน ทำอะไรต้องได้ผลทันที ไม่ชอบรอนาน

จะเห็นได้ว่าในข้อที่ 1,2,3 และ 5 เป็นลักษณะของคนที่ขาดอุเบกขาและลักษณะของคนในข้อ 4 คือ คนที่มีลักษณะ ของความโกรธ ซึ่งความเครียดและส่งผลให้เกิดความทุกข์นั่นเอง โดยสามารถแบ่งความทุกข์ได้เป็น 3 แบบ คือ

แบบที่ 1 ความทุกข์ภายในจิตใจ คือ ความรู้สึกเป็นทุกข์ทางจิตใจ ที่เกิดขึ้นในขณะที่มีความคิดเจือปนด้วยกิเลส หรือ คิดด้วยกิเลส เช่น ขณะมีความเครียด กลุ้มใจ ชุนมัว เศร้าหมอง ซึมเศร้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย น้อยใจ ชัดเคือง คับแค้น โกรธ พยาบาท ลุ่มหลง ไขว่คว้า เป็นต้น ซึ่งอาการต่าง ๆ ดังกล่าว เกิดจากขณะนั้น กำลังมีการคิดด้วยกิเลส และกำลังมีความทุกข์ทางจิตใจ

แบบที่ 2 ความทุกข์ภายในจิตใจ ที่แสดงอาการออกมาทางร่างกาย คือ ความทุกข์ที่ เกิดขึ้นภายในจิตใจ แต่มีความรุนแรงจนถึงขั้นแสดงออกมาทางกิริยาอาการและคำพูด เช่น มีอาการ กระสับกระส่าย ร้องไห้ คร่ำครวญ รำพึง รำพัน พูดเพ้อเจ้อ พูดตุตัน หน้านิ่ง คิ้วขมวด ก้าวร้าว ทำลายสิ่งของ ทำร้ายตนเอง แย่งชิงทรัพย์สินของผู้อื่น

แบบที่ 3 ความทุกข์ทางร่างกายที่สืบเนื่องมาจากการมีความทุกข์ทางจิตใจ คือ ความ ไม่สบายของร่างกาย หรือความเจ็บป่วยของร่างกายที่มีสาเหตุโดยตรง จากความทุกข์ทางจิตใจ ความทุกข์ทางจิตใจ อาจทำให้เกิดความทุกข์ทางร่างกายซ้ำเติมขึ้นมาอีก เช่น มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ ปวดท้อง อาเจียน เบื่ออาหาร อาหารไม่ย่อย ท้องอืด ท้องผูก ร่างกายผ่ายผอม หดแรงแ อ่อนแอ ปวดเมื่อย หาย ป่วยซ้ำ ผม่วง ใจสั่น หายใจไม่เต็มอิ่ม เจ็บที่หัวใจ วิงเวียน หน้ามืด เป็นลม นอนไม่หลับ เป็นต้น ซึ่งอาการ เจ็บป่วยของร่างกายที่แสดงออกนั้น เกิดจากช่วงนั้น กำลังมีการคิดด้วยกิเลส และกำลังมีความทุกข์ทางจิตใจ (เอกชัย จุลจาริกต์ . 2544 : Online)

จะเห็นได้ว่า ความทุกข์ทางร่างกายที่เกิดขึ้นจากการมีความทุกข์ทางจิตใจนั้น เป็น ปฏิกิริยาทางธรรมชาติของมนุษย์ เพราะร่างกายและจิตใจมีการเชื่อมโยงกันโดยตรง จึงแยกออกจากกัน ไม่ได้ เมื่อมีความทุกข์ทางจิตใจเกิดขึ้น สมองจะโยงใยให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานผิดปกติ จนถึงขั้นเจ็บป่วย ทางร่างกายได้ ซึ่งสอดคล้องกับตำราธรรมานุกรม ธรรมโฆษณที่กล่าวถึง ความทุกข์ทางใจ ว่าคือ การทรมานที่เกิดแต่ความกระทบทางใจใด ๆ คือ ใจมันเอาไปยึดถือเอามาเป็นของหนัก และเป็นความทุกข์ แม้ร่างกาย สบายดี และกล่าวว่าความทุกข์ทางกาย คือ ความรู้สึกไม่ผาสุกที่เกิดแต่ความกระทบทางกาย คือมีกายเป็นที่ตั้ง ของความทุกข์โดยตรง (พินิจ รักทองหล่อ . 2537 : 33-34)

แต่อย่างไรก็ตาม การที่บุคคลไม่มีความเครียดเลย ร่างกายจะอ่อนแอ เพราะไม่ได้ใช้พลังงาน ในการแก้ไขปัญหาใด ๆ จะขาดความภาคภูมิใจในความสำเร็จของตน แต่ถ้ามีความเครียดในระดับสูง และ ปลดปล่อยความเครียดดำเนินต่อไปโดยมิได้แก้ไข ก็จะทำให้เกิดโรคต่างๆ ได้ เช่น โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคขาดสารอาหาร (จากการทำงานของต่อมไทรอยด์ที่ผิดปกติ) โดยเฉพาะความเครียดที่เกิดจากความวิตกกังวล และความโกรธ จะทำให้หัวใจเต้นเร็ว เกิดภาวะหลอดเลือดหดตัว ความดันโลหิตสูง และเมื่อร่างกาย เกิดความเครียดทำให้เกิดการขับคลอเรสเตอรอลออกมาในระดับสูง (เพื่อให้ร่างกายได้ใช้เป็นพลังงานในการต่อสู้ กับปัญหาที่เผชิญอยู่) ซึ่งคลอเรสเตอรอลจะพอกพูนในเส้นเลือด เป็นผลทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่สะดวก ส่งผลทำให้เกิดอาการปวดตึงกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะปวดหลัง และกล้ามเนื้ออื่น ๆ

จะเห็นได้ว่า ปฏิกริยาตอบสนองทางจิตใจต่อความเครียด เกิดขึ้นควบคู่ไปกับปฏิกริยาทาง กายในระยะสั้น มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เช่น วิตกกังวล ตื่นกลัว ฯลฯ และเผชิญความเครียด อยู่นาน ไม่สามารถปรับตัวให้เข้าสู่ภาวะสมดุล จะเกิดการเจ็บป่วยทางกาย(เกษม ตันติผลาชีวะ . 2547 :Online)

สรุปได้ว่า ความเครียดก็คือ การหดตัวของกล้ามเนื้อส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ซึ่งทุกคนจำเป็นจะต้องมีอยู่เสมอในการดำรงชีวิต เช่น การทรงตัว การเคลื่อนไหวทั่วไป มีการศึกษาพบว่า ทุกครั้งที่คิดหรือมีอารมณ์บางอย่างเกิดขึ้น จะต้องมีการหดตัวเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อแห่งใดแห่งหนึ่ง ในร่างกายควบคู่ไปด้วยเสมอ ซึ่งความโกรธและการขาดอุเบกขา ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรทั้ง 2 ตัว มาหาความสัมพันธ์กับเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การกระทำหรือพฤติกรรมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของธาตุทั้ง 4 ซึ่งสาเหตุของโรคตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย จากคัมภีร์สมุฏฐานวินิจจัย คัมภีร์เวชศึกษา และคัมภีร์ธาตุวิภรณ์ สามารถอธิบายระบบทฤษฎีโรคได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งผู้ศึกษาได้นำมาใช้ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในเชิงทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

3. โรคข้อเข่าเสื่อมในเชิงทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

จะเห็นได้ว่า โครงสร้างของข้อมีความสำคัญในการเคลื่อนไหว การรับน้ำหนัก ซึ่งถ้าเกิดความผิดปกติของส่วนประกอบจากพยาธิสภาพของโรค จะทำให้สภาพการทำงานของข้อเสียไป โดยที่โรคข้อเข่าเสื่อมนั้น ถือว่าเป็นโรคที่เกิดจากการเสื่อมสลายของกระดูกอ่อน โดยไม่พบลักษณะของการอักเสบ ดังนั้น อาการกำเริบของโรคนี้ก็คือ อาการขัดตึงของข้อ ทำให้ข้อมีการเคลื่อนไหวได้น้อยลง งอหรือยืดได้ไม่เต็มที่ ซึ่งอาจเกิดจากพยาธิสภาพภายในและภายนอกข้อ เช่น เอ็นกล้ามเนื้อ หรือจากการงอกออกมาของหัวกระดูกและถ้าเคลื่อนไหว จะพบว่า มีเสียงดังในข้อ ซึ่งเกิดจากการเสียดสีของเอ็น กล้ามเนื้อหรือกระดูก เช่น การหนาตัวของกล้ามเนื้อ เอ็น เยื่อภายในข้อและความรุนแรงของกระดูกอ่อนที่ปลายหัวกระดูก

ในสภาวะปกติ กระดูกอ่อน จะมีภาวะสมดุล การสร้างและการทำลายที่อยู่ในการกำกับควบคุม โดยปัจจัยทางด้าน ฮอรโมนต่าง ๆ ตลอดจนอาหารและยา

จากพระคัมภีร์สมุฏฐานวินิจจัย กล่าวถึง กระดูกซึ่งอยู่ในธาตุดิน 20 ประการ และในคัมภีร์โรคนิทาน กล่าวถึงกระดูกที่พิการว่าอยู่ในธาตุดินเช่นกัน โดยกล่าวเพิ่มในเรื่องของอาการว่า เมื่อกระดูกพิการ จะมีอาการเมื่อยขบในทุกข้อทุกกระดูก ซึ่งสอดคล้องกับคัมภีร์ธาตุวิภังค์ ที่กล่าวว่า กระดูกพิการให้เมื่อยในข้อในกระดูก และกล่าวเพิ่มเติมโดยกล่าวถึงน้ำมัน ซึ่งจุอยู่ในข้อนั้น เมื่อละลายออกแล้วให้เจ็บปวดกระดูกดังจะเคลื่อนออกจากกัน ซึ่งมีทั้งกระดูกอ่อนและกระดูกแข็ง ตามตำราแพทย์แผนไทยเดิม (แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์) ฉบับพัฒนาตอนที่ 1 โดยมูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมแพทย์แผนไทยเดิมอยุธยาวิทยาลัย (ชีวกโกมารภักจ) กล่าวถึงกระดูก ข้อต่อ และไขข้อว่า คือ ธาตุดิน โดยที่ถ้ามีลักษณะพิการ กระดูกจะมีอาการมุกร้อนหรือหัก ข้อต่อจะผิดรูปหรือข้อแข็ง และกล่าวถึงน้ำไขข้อว่าคือธาตุน้ำ เมื่อพิการจะตกผลึก เกิดตะกอนในข้อ หรือน้ำไขข้อแห้ง ทำให้เกิดอาการปวดข้อ (มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์แผนไทยเดิม . 2536 : 8-16) และจากตำราเส้น จุด และโรค ในทฤษฎีการนวดไทย กล่าวถึง อาการปวดเข่าว่าเกิดจากภาวะเข่าเสื่อม และเอ็นหรือเนื้อเยื่อรอบเข่าเกิดอักเสบ ฉีกขาด การอักเสบของกล้ามเนื้อบริเวณเข่า ทำให้ปวดเจ็บข้อเมื่อเวลาเดิน (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ . 2540 : 77)

และกล่าวเกี่ยวกับโรคนี้ว่าเป็นจับโปง ซึ่งมี 2 ชนิด คือ จับโปงน้ำกับจับโปงแห้ง ซึ่งจับโปงน้ำจะมีอาการปวดบวมแดงร้อน ส่วนจับโปงแห้งจะไม่มีอาการปวดบวมแดงร้อน มีเพียงแต่อาการขัดเจ็บ โดยมีเส้นนิทาและบึงคลา อยู่ทางด้านซ้ายและขวาของเข่าตามลำดับ และจากคำกล่าว ของ ประจวบ รักแพทย์ และ ศศิธร พลมุข (2535 : 15) ที่กล่าวถึงข้อเข่าเสื่อมว่า เกิดจากการใช้งานเป็นระยะเวลานาน เป็นภาวะที่มีอาการปวดจากความเสื่อมของข้อ ส่วนข้อเสื่อมที่ไม่ปวด ไม่ถือว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และโรคนี้พบว่าที่ของกระดูกจะมีการสร้างกระดูกพอกพูนขึ้นเรื่อย ๆ ข้อเสื่อมที่เป็นอยู่หลายปีจะพบว่า ข้อเข่านั้นมีลักษณะโตชัดเจน และมักเรียกกระดูกอกหรือหินปูนเกาะ

จากพยาธิสภาพของโรคข้อเสื่อม ดังกล่าวข้างต้น จะพบว่ามีอาการสำคัญ คือกระดูกอ่อนนุ่มกว่าและเกิดการสร้างของสลายกระดูกขึ้นมาใหม่ ซึ่งมีลักษณะไม่เรียบเป็นผลทำให้เกิดการเสียดสีกันของข้อ ซึ่งตามแนวคิดทฤษฎีการแพทย์แผนไทย สาเหตุดังกล่าวก็คือธาตุดิน โดยถือว่าเป็นที่ตั้งแรกของโรค เมื่อมีการเสียดสีกันทำให้เกิดแรงกด แรงเค้น การถูกเบียดบริเวณใต้กระดูก ทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยง เอ็นถูกเบียดกล้ามเนื้อรอบข้อเกิดการหดตัว ทำให้เกิดอาการปวดข้อมีเสียงดังในข้อ เกิดการขัดตึงในข้อขณะเคลื่อนไหว และทำให้กระดูกผิดรูป ซึ่งอาการเจ็บปวดดังกล่าวเกิดจากธาตุลม ชื่อ อโรคมาวาตา ซึ่งเป็นลมที่พัดตั้งแต่ศีรษะลงมาจนถึงปลายเท้า เมื่อพิจารณาให้ยกมือและเท้าไม่ไหว ให้เมื่อยขบไปทุกข้อ และจากตำราการแพทย์แผนไทยเดิม (แพทยศาสตร์สงเคราะห์ฉบับพัฒนาตอนที่ 1) โดยมูลนิธิส่งเสริมการแพทย์แผนไทยเดิม อายurvedicวิทยาลัย (ชีวโกมารภักจ) ได้กล่าวเกี่ยวกับลักษณะของกระดูกซึ่งเป็นโครงสร้างของร่างกาย เมื่อพิจารณากระดูกจะผิดรูป จากการขาดวิตามิน หรือสารอาหาร ทำให้มีอาการนูนหรือหักได้ง่าย และกล่าวถึงธาตุลมชื่ออโรคมาวาตาว่า เมื่อพิจารณาจะทำให้เคลื่อนไหวไม่ได้ ซึ่งโรคข้อเสื่อมถ้ามีอาการมาก ๆ จะทำให้ข้อติดแข็งบางรายผิดรูปพิการจนไม่สามารถเดินได้

จากแนวคิดของสมุฏฐานต่าง ๆ และพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรค 8 ประการ ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย สามารถนำมาอธิบายกลไกการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ได้ดังนี้ บุคคลที่มีธาตุดินเป็นธาตุเจ้าเรือน เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้มากกว่ากลุ่มอื่นๆ ฤดูฝน เป็นฤดูกาลแห่งการเริ่มเจ็บป่วย ช่วงอายุที่พบว่าเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ คือ ช่วงอายุระหว่าง 32 ปีขึ้นไป ช่วงเวลาโรคกำเริบได้มากที่สุดคือ ช่วงเวลา 14.00 - 18.00 น. และ 02.00 - 06.00 น. และภาคใต้เป็นภาคที่มีโอกาสเสี่ยงได้มากกว่าภาคอื่นๆ ปัจจัยเหล่านี้เป็นองค์ประกอบสำคัญของการเกิดโรค เมื่อบุคคลในกลุ่มดังกล่าวมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมประการใดประการหนึ่งหรือหลายประการก็ย่อมส่งเสริมให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้

นอกจากนี้ยังพบว่า มีสิ่งที่ส่งผลให้บุคคลมีความโน้มเอียงที่จะประพฤติปฏิบัติหรือเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม ก็คือความเชื่อ ซึ่งความเชื่อเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคล ที่เป็นผลมาจากการได้รับประสบการณ์ต่าง ๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม และยังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ในการช่วยให้บุคคลสามารถปรับปรุงพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้สอดคล้องกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งก็คือการรับรู้ที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลในการรักษาสุขภาพ ซึ่งกระบวนการรับรู้เป็นกระบวนการที่สมองตีความเชื่อ หรือแปลข้อมูลที่ได้รับจากการสัมผัสของร่างกายกับสิ่งแวดล้อม ทำให้ทราบถึงสิ่งแวดล้อมที่สัมผัสนั้นเป็นอย่างไร ดังนั้น พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรคจึงน่าจะเป็นผลมาจากการรับรู้ภาวะสุขภาพ

4. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

4.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Health perception)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับและมีผู้นำมาใช้อย่างแพร่หลาย โดยแนวคิดนี้เกี่ยวข้องกับจิตวิทยาการตัดสินใจ ที่อธิบายการกระทำในการเลือกสถานการณืที่แต่ละบุคคลสนใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค โดยถูกพัฒนามาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950 โดยกลุ่มนักจิตวิทยาทางสังคม เนื่องจากประชาชนไม่สนใจในการป้องกันโรค จึงเริ่มนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมกขึ้น โดยสามารถทำนายพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของบุคคล ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ ความเข้าใจและยอมรับความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อสุขภาพของตนเอง (บุปผา อินติะแก้ว. 2544: 30; Rosenstock. 1974) บุคคลจะรับเอาความเชื่อของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อตนเองอย่างค่อยเป็นค่อยไป ในลักษณะเป็นตัวกำหนดหรือข้อห้าม อาจเป็นตัวกระตุ้น และมีบทบาทสำคัญในการวางเป้าหมายการกระทำ ส่วนหนึ่งคือ ความเชื่อที่เกี่ยวกับสุขภาพในการป้องกันโรค ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพนี้จะมีอิทธิพลต่อการเลือกปฏิบัติในการป้องกันโรค (บุปผา อินติะแก้ว. 2544: 30 อ้างอิงจาก King. 1987) แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ตัวแปรทางด้านกรรับรู้ของบุคคล ซึ่งกล่าวถึงความเชื่อและการรับรู้ของบุคคล เป็นตัวทำนายหรือแสดงพฤติกรรมของบุคคล

การรับรู้ของบุคคล เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะโน้มน้าว และกระตุ้นให้บุคคลเกิดความรับผิดชอบ และเอาใจใส่ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการมีสุขภาพที่ดี (Pender. 1996: 68) ซึ่งการรับรู้ของบุคคลที่เกี่ยวกับสุขภาพ ก็คือการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นความคิด ความเข้าใจของบุคคลที่เกี่ยวกับสุขภาพของตน ไฮแอท เพ็คลาร์ และบอร์เจน (Hiatt, Pedlar, & Borgen. 1984: 87) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ภาวะสุขภาพว่า หมายถึง ความคิดและความเข้าใจของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ

เบคเกอร์ ;และไมแมน (กนกภรณ์ ช่อมพราหมณ์. 2541 : 33 ; อ้างอิงจาก (Becker; & Maiman. 1975 : 409-410) ได้พัฒนาแบบแผนการรับรู้ หรือความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของโรเซนสตอก (Rosenstock . 1974: 330) ซึ่งเป็นแบบจำลองของเคิร์ท เลวิน (Kurt Lewin) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้ในสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นก่อให้เกิดผลดีและประโยชน์แก่ตน และหนีห่างออกจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา โดยมีความเชื่อว่าการที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมใดเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อที่ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิต และการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะมีผลดีต่อตนเองในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ โดยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ คือ

1. ความพร้อมที่จะกระทำ (readiness to take action) เป็นความพร้อมที่บุคคลจะปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยตัดสินใจจากการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรคที่จะตามมา

2. การประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค (The individual's evaluation of the advocated action) เป็นการรับรู้ถึงการเป็นไปได้และประสิทธิผลของการกระทำเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือความรุนแรงของโรคว่ามีขนาดไหน โดยเปรียบเทียบระหว่างประโยชน์และอุปสรรคเปรียบเทียบระหว่างการรับรู้ด้านร่างกาย จิตใจ การเงิน และผลกระทบที่ส่งต่อการปฏิบัติ

3. สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการกระทำ (Cue to action) เป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ที่เหมาะสมกับสถานการณ์นั้น ๆ อาจเป็นสิ่งกระตุ้นจากภายใน เช่น อาการแสดงของการเจ็บป่วย หรือสิ่งกระตุ้นภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สื่อต่าง ๆ สื่อมวลชน วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือ บุคลากรสุขภาพ

จาก 3 องค์ประกอบดังกล่าว สามารถอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยการรับรู้ของบุคคลจะส่งผลต่อความพร้อมของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมในการป้องกันโรค กล่าวคือ การรับรู้ของบุคคลจะส่งผลต่อความพร้อมของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรค ส่วนปัจจัยร่วมที่เป็นตัวแปรด้านประชากร ตัวแปรด้านจิตสังคม และตัวแปรด้านโครงสร้าง จะส่งผลทางอ้อมต่อแนวโน้มของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรค ต่อมาเบคเกอร์ และคนอื่น ๆ (Becker; et al. 1977: 348-366) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดังกล่าว โดยเสนอ องค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สามารถอธิบายพฤติกรรม และเพิ่มแรงจูงใจด้านสุขภาพเข้าไป เพื่อให้สามารถอธิบายพฤติกรรมของบุคคลทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้เจ็บป่วยได้

ดังนั้น การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมไปในทางที่เสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือพฤติกรรมที่ช่วยในการส่งเสริมสุขภาพนั้น จึงจำเป็นต้องอาศัยการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญ ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 1987: 64) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยด้านแรงจูงใจที่โน้มน้าวหรือกระตุ้นให้บุคคลเกิดความรับผิดชอบหรือไม่เกิดความรับผิดชอบ เอาใจใส่หรือไม่เอาใจใส่ในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว ดังที่ นิพนธ์ แจ็งเยี่ยม (ศุภาวดี แถวเพีย 2540 :35) อ้างอิงจาก นิพนธ์ แจ็งเยี่ยม 2534) กล่าวว่า การรับรู้มีความสำคัญมากในการกำหนด หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เพราะถ้าการรับรู้คลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง บุคคลจะแสดงพฤติกรรมแบบผิด ๆ ซึ่งทำให้เกิดผลเสียหายต่อสุขภาพของตนเองได้

4.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่เกิดจากการเสื่อมสลายของกระดูกผิวข้อ และมีการงอกของกระดูกในข้อ โดยมีปัจจัยร่วมคือ น้ำหนักตัว อายุ และพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น พฤติกรรมการไม่ควบคุมอาหาร พฤติกรรมการทำท่าทางที่เพิ่มแรงกด การนั่งพับเพียบ นั่งขัดสมาธิ ยืนหรือเดินนาน ๆ ขึ้นลงบันไดเป็นประจำ เป็นผลทำให้เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมตั้งแต่มีอาการเล็กน้อย จนถึงมีอาการรุนแรงที่ต้องรับการรักษาจากแพทย์ บุคคลจะรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมจากบุคคลใกล้ชิด บุคลากรทางการแพทย์หรือจากสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือแผ่นพับ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่มากระตุ้นให้บุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตน โดยผ่านกระบวนการทางความคิด ซึ่งสมองจะตีความแปลความจากข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนอาศัยประสบการณ์ของตน ค่านิยม เจตคติ ความคาดหวัง และแรงจูงใจออกมาเป็นการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองได้ 2 ลักษณะ

คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพในทางที่ถูก และไม่ถูก ซึ่งมีผลทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพตามการรับรู้นั้น ๆ โดยแบ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพได้ดังนี้

4.2.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity)

การที่บุคคลมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างเดียว ไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรค หรือควบคุมโรค แต่บุคคลต้องมีการรับรู้ว่ามีโรคนั้นมีความรุนแรงอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายและจิตใจ หรือกระทบกระเทือนต่อชีวิตครอบครัว การงาน และสังคม สำหรับกรณีโรคข้อเข่าเสื่อม นั้น เป็นการรับรู้ถึงอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเป็นโรค ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ต่อครอบครัว ต่อหน้าที่การงาน เช่น ทำให้เกิดอาการปวดเข่า ข้อเข่าติดแข็ง เคลื่อนไหวลำบาก ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือช่วยเหลือตนเองได้ ต้องเป็นภาระแก่ผู้อื่น ด้วยเหตุนี้บุคคลที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ก็จะทำให้เกิดความตระหนักถึงอันตราย และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสุขภาพ สิ่งเหล่านี้จะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรค ดังเช่น การศึกษาของ มัลลิกา ตั้งเจริญ (กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์ . 2541 : 35 ; อ้างอิงจาก มัลลิกา ตั้งเจริญ 2534 : ก) ที่พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเอ็ดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันโรคเอ็ดส์ของหญิงบริการทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า การสนับสนุนช่วยเหลือ จากครอบครัว เช่น การให้ความรักและความเอาใจใส่จะช่วยผลักดัน ให้บุคคลทำพฤติกรรมที่เป็นไปในทางบวกเพิ่มมากขึ้น (Cobb. 1976: 301-313)

4.2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือภาวะแทรกซ้อนเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในผู้ป่วยที่ยังไม่ป่วย และเป็นการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูงขึ้น เช่น การรับประทานอาหารจุบจิบ การรับประทานอาหารปริมาณมาก การมีน้ำหนักตัวมาก การมีพฤติกรรมการเพิ่มแรงกดบริเวณข้อเข่า การขาดการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา ซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม จะเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลเอาใจใส่ต่อสุขภาพ และมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมมากขึ้น สำหรับบุคคลที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม จะเป็นแรงผลักดันหรือกระตุ้นให้บุคคลสนใจเอาใจใส่สุขภาพของตนเองมากขึ้น โดยการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมมากขึ้น ดังเช่นการศึกษาของเบคเกอร์ ; และคนอื่นๆ (อารีรัตน์ อุลิส . 2539 : 45; อ้างอิงจาก Becker; et al. 1977: 360-364) ที่พบว่ามารดาที่มีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยต่าง ๆ ได้ง่ายเมื่อมีน้ำหนักเกิน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมอาหาร เพื่อให้ให้น้ำหนักตัวบุตรลดลง และมีพฤติกรรมมาตรวจตามนัดเป็นประจำ

4.2.3 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรค (Perceived benefits)

เป็นการรับรู้ที่มีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมว่าสามารถป้องกันการเกิดโรค หรือภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อบุคคลทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง สำหรับบุคคลเป็นความเข้าใจหรือความรู้สึกเกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หรือการช่วยเหลือตนเองในด้านต่าง ๆ ที่จะช่วยป้องกันการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม เช่น การออกกำลังกายโดยการเกร็งกล้ามเนื้อต้นขา การ

รับประทานผักผลไม้ การลดน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมกาบ่งคับเพียบ การนั่งขัดสมาธิ นั้งยอง ๆ การเดินขึ้นลงบันได การยกของหนักจะช่วยป้องกันการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ดังเช่น การศึกษาของเบคเกอร์ ; และคนอื่น ๆ (กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์ . 2541 : 36; อ้างอิงจาก Becker; et al. 1977: 24) . ที่พบว่า ผู้ป่วยที่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอมีความเชื่อว่ายาที่ได้รับมีประสิทธิภาพในการรักษา และการรักษาที่ได้รับนั้นมีประโยชน์ สอดคล้องกับการศึกษาของเทอเรลและเฮิร์ต (กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์ . 2541 : 35; อ้างอิงจาก Tirrel; Hert. 1980: 470) ที่พบว่า การรับรู้ถึงประสิทธิผลของการออกกำลังกายตามแผนการรักษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

4.2.4 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมกำบังโรค (Perceived barriers)

เป็นการรับรู้อุปสรรคที่ขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมกำบังโรค อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือคาดคะเนก็ได้ ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมหรือบริหารจัดการพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรค เช่น การรับรู้เกี่ยวกับความไม่สะดวกสบาย ค่าใช้จ่ายในการกำบังโรค ความยากลำบาก หรือระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมนั้น ๆ อุปสรรคเปรียบเสมือนสิ่งกีดขวางไม่ให้คุณคนปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติน้อย และมีอุปสรรคมาก พฤติกรรมดังกล่าวก็จะเกิดขึ้นยาก แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีการรับรู้ในอุปสรรคน้อย และมีความพร้อมในการปฏิบัติมาก ก็จะส่งผลให้บุคคลกระทำพฤติกรรมดังกล่าวได้ง่าย ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมกำบังโรค จึงมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรม โดยขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมกำบังโรคของบุคคล ในด้านโรคข้อเข่าเสื่อมสำหรับบุคคลนั้น เป็นความเข้าใจหรือความรู้สึกเกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นผลขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในการกำบังโรค เช่น ความยากลำบากในการควบคุมอาหาร การลดน้ำหนัก การงดกิจกรรมบางอย่างที่ชอบ การลดอิริยาบถที่เพิ่มแรงกดของข้อเข่า ความยากในการปฏิบัติ การได้รับคำแนะนำที่ไม่ชัดเจน หรือการได้รับความช่วยเหลือการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิด หรือบุคลากรทางสุขภาพไม่เพียงพอ สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้เกิดความล้มเหลวในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ดังเช่น การศึกษาของ เทอเรลและเฮิร์ต (กิตินันท์ สิทธิชัย. 2540 : 44; อ้างอิงจาก Tirrel; Hert. 1980) ที่พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการออกกำลังกาย

นอกจากนี้ยังมีรายงานการวิจัยที่สนับสนุนการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยรวมกับพฤติกรรมกำบังส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้ที่ยังไม่ป่วย เช่นอำไพ สุภาภา (2541:74) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรรมในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นสตรีที่มีอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 400 คน พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกำบังป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของปาจริย์ จันทรพิง (2541: 60) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรรมในเขตภาคใต้ตอนบน ซึ่งเป็นสตรีที่มีอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 400 คน พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกำบังป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของบุปผา อินต๊ะแก้ว (2544 : 75-80) ที่ศึกษาอำนาจการทำนายของตัวกำหนดความเชื่อด้านสุขภาพ 4 องค์ประกอบ คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคกระดูกพรุน การรับรู้โอกาสเสี่ยง

ต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน การรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุน การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคกระดูกพรุน ในสตรีวัยหมดประจำเดือนอายุ 40-50 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 333 คน พบว่า ตัวกำหนดความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนได้ ส่วนการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของชนิดา สุรจิตต์ (2543: 43) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี อายุ 30-50 ปี ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 230 คน พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อย่างไรก็ตามยังมีงานวิจัยที่ไม่สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรค เช่น การศึกษาของสกุลรัตน์ สุรกุล (2544 : 48-49) ที่ศึกษาถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในสตรีวัยหมดประจำเดือน จำนวน 214 คน พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของสตรี สอดคล้องกับระดับ ทองใส.(2541: 86) ที่ศึกษาถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม เขตปริมณฑล จังหวัดนนทบุรี จำนวน 400 คน พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

4.2.5 แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation)

เป็นความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพตนเอง และความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อคงไว้ซึ่งความมีสุขภาพดี แรงจูงใจด้านสุขภาพเป็นแรงกระตุ้นภายในที่เป็นพื้นฐานส่วนตัวของแต่ละบุคคล บุคคลที่มีความสนใจในสุขภาพของตนเอง จะไปรับการตรวจสุขภาพและปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างดี สำหรับโรคข้อเข่าเสื่อม บุคคลจะมีความเข้าใจ หรือความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตน ให้ความสนใจเอาใจใส่สุขภาพของตนโดยทั่วไป ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การไปตรวจสุขภาพ การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและไปพบแพทย์เพื่อตรวจสิ่งผิดปกติ

ดังนั้นแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป จึงเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลสนใจในการปฏิบัติตนหรือดูแลรักษาสุขภาพมีการแสวงหาความรู้ ดังเช่นการศึกษาของ กิตินันท์ สิทธิชัย (2540 : 78) ที่พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาที่ติดเชื้อ เอชไอวี

จะเห็นได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่เป็นพื้นฐานของแต่ละบุคคล การที่บุคคลมีพฤติกรรมไปในทางใดจะขึ้นอยู่กับรับรู้ภาวะสุขภาพ ในขณะที่แรงจูงใจด้านสุขภาพเป็นความสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพของบุคคล ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยเสริมให้บุคคลแสดงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่เป็นไปในทางบวก โดยลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพได้

5. งานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค

จากการรวบรวมข้อมูลรายงานการวิจัยดังกล่าว ยังไม่พบการศึกษาโดยตรงระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรค แต่พบว่ามีการศึกษาถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรค ซึ่งถือว่าเป็นพฤติกรรมที่ตรงกันข้ามกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค โดยมีรายงานวิจัย ดังต่อไปนี้

5.1 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค

เป็นการรับรู้หรือความรู้สึก หรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรค มิใช่เป็นความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง แต่เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรค (Becker, 1974: 330-331) จากการศึกษาของ วรเดช ช้างแก้ว (2539: 78) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงจากอันตรายของฝุ่นกับพฤติกรรมการใช้หน้ากากป้องกันฝุ่นของพนักงานชลประทานซีเมนต์ จำนวน 180 คน พบว่าการรับรู้ความรุนแรงจากอันตรายของฝุ่น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้หน้ากากป้องกันฝุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณ ไขอนันต์ (2540: 84) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพ้สารเคมีกับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในกลุ่มเกษตรกร จำนวน 387 คน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงต่อการแพ้สารเคมี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปิยะมาภรณ์ นิมสุวรรณ. (2541: 67) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวของสตรีวัยหมดประจำเดือน พบว่าการรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปรับตัวของสตรีวัยหมดประจำเดือน และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการปรับตัวได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 สอดคล้องกับบุปผา อินต๊ะแก้ว (2544: 75-80) ที่ศึกษาอำนาจการทำนายของการรับรู้ความรุนแรงของโรคกระดูกพรุน ในสตรีวัยหมดประจำเดือน อายุ 40-50 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่จำนวน 333 คน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคกระดูกพรุน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุน สอดคล้องกับการศึกษาของ มิคเฮล (บุปผา อินต๊ะแก้ว. 2544: 34; อ้างอิงจาก Mikhail. 1981) ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรม การตรวจหามะเร็งเต้านม ด้วยเครื่องแมมโมแกรม และสอดคล้องกับวายุเบอร์เกอร์ และคนอื่นๆ (บุปผา อินต๊ะแก้ว. 2544: 34 ; อ้างอิงจาก Weinberger; et al. 1981) ที่ศึกษาในบุคคลที่สูบบุหรี่และไม่ได้สูบบุหรี่ พบว่าคนที่สูบบุหรี่มีการรับรู้ความรุนแรงแต่ไม่รับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่

อย่างไรก็ตามยังมีงานวิจัยที่ไม่ได้สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคและพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ เช่น การศึกษาของ บงกช เก่งเขตกิจ และคนอื่นๆ (บุปผา อินต๊ะแก้ว. 2544: 34 ; อ้างอิงจาก บงกช เก่งเขตกิจ และคนอื่นๆ .2542) ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม ไม่มีผลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทั้งนี้อาจเนื่องจากความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมเป็นเรื่องยากในการจินตนาการเกี่ยวกับอาการของสตรีที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคน้อย และจากการศึกษาของ รุจเล็จ (บุปผา อินต๊ะแก้ว. 2544: 34 ; อ้างอิงจาก Rutledge. 1987) พบว่าสตรีมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมสูง แต่ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคด้วยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพราะสตรีเหล่านี้ยังไม่มีอาการ และมีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคน้อย สอดคล้องกับ ชนิดา สุวจิตต์ (2543 : 43) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุนกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี อายุ 30 -50 ปี

ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 230 คน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

เป็นการรับรู้หรือความรู้สึก หรือความคิดเห็นของบุคคลว่าตนมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค บุคคลแต่ละคนจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างกัน เช่น บางคนปฏิเสธความเป็นไปได้ที่ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ในขณะที่บางคนรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูงมาก ดังนั้นการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคสูงจึงขึ้นอยู่กับระดับการรับรู้ของตนเองต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค นักวิจัยหลายคน พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคกับพฤติกรรมสูง จะมีผลทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมามากขึ้น เช่นการศึกษาของ ดังเช่น วรเดช ช่างแก้ว (2539 : 76) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากอันตรายของฝุ่น กับพฤติกรรมการใช้หน้ากากป้องกันฝุ่นของพนักงานชลประทานซีเมนต์ จำนวน 180 คน พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากอันตรายของฝุ่น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้หน้ากากป้องกันฝุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับ อรพิน โชนันต์ (2540 :84) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพ้สารเคมีกับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในกลุ่มเกษตรกร จำนวน 387 คน พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพ้สารเคมี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ นุปผา อินต๊ะแก้ว (2544 : 75-80) ที่ศึกษาอำนาจการทำนายของตัวกำหนดความเชื่อด้านสุขภาพ 4 องค์ประกอบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในสตรีวัยหมดประจำเดือน อายุ 40-50 ปีที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่จำนวน 333 คน พบว่าการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนได้ สอดคล้องกับการศึกษาของฮาลาล (นุปผา อินต๊ะแก้ว. 2544: 34 ; อ้างอิงจาก Hallal. 1982) ที่พบว่าสตรีร้อยละ 80 มีพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคกระดูกพรุนด้วยตนเอง เนื่องจากสตรีกลุ่มนี้ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุนสูงกว่าสตรีที่ไม่ตรวจดูด้วยตนเอง และจากการรวบรวมผลการวิจัยของแจนส์ และเบคเกอร์ (นุปผา อินต๊ะแก้ว. 2544: 33 ; อ้างอิงจาก Janz ; & Becker. 1984) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ สอดคล้องกับแชมเปียน (นุปผา อินต๊ะแก้ว. 2544: 33 ; อ้างอิงจาก Champion. 1991) ที่ทำการศึกษาในสตรีที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป พบว่า สตรีกลุ่มนี้มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคกระดูกพรุนสามารถทำนายการตรวจดูด้วยตนเองร้อยละ 64.00

อย่างไรก็ตามยังมีผลการวิจัยที่ไม่สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น รุทเลจ (นุปผา อินต๊ะแก้ว. 2544: 33 ; อ้างอิงจาก Rutledge. 1987) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคกระดูกพรุนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคกระดูกพรุนด้วยตนเอง สอดคล้องกับ ชนิตา สุรจิตต์ (2543 :43) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี อายุ 30 -50 ปี ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 230 คน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับอัญญา จำปาทอง (2545 :60) ที่ศึกษาถึงการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับภาวะเสี่ยงจริงในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่ โดยรอบไม่เกิน 100 กิโลเมตร จำนวน 200 คน พบว่า ภาวะเสี่ยงจริงที่ประเมินได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.3 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมในการป้องกันโรค

เป็นการรับรู้หรือความรู้สึก หรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการป้องกัน และได้รับประโยชน์จากพฤติกรรมนั้น และการปฏิบัตินั้นลดการคุกคามจากการเจ็บป่วย จากการศึกษาของชนิตา สุรจิตต์ (2543 :43) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมในการป้องกันโรคต่อการเกิดโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี อายุ 30-50 ปี ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 230 คน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมในการป้องกันโรคต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคกระดูกพรุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของวรเดช ช้างแก้ว (2539 : 76) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์จากอันตรายของฝุ่นกับพฤติกรรมการใช้หน้ากากป้องกันฝุ่นของพนักงานชลประทานซีเมนต์ จำนวน 180 คน พบว่าการรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันอันตรายของฝุ่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้หน้ากากป้องกันฝุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สอดคล้องกับการศึกษาของอรพิน ไซอนันต์ (2540 : 84) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมี ในกลุ่มเกษตรกรจำนวน 387 คน พบว่าการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการศึกษาของวรชาติ เตชะ (2544 : 60) ที่ศึกษาพฤติกรรม และการรับรู้ประโยชน์ในการออกกำลังกายของนักศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนพุทธโสภณ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 241 คน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของบุปผา อินต๊ะแก้ว (2544 : 80) ที่ศึกษาอำนาจทำนายของตัวกำหนดความเชื่อด้านสุขภาพ 4 องค์ประกอบ กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคกระดูกพรุน ในสตรีวัยหมดประจำเดือน อายุ 40-50 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่จำนวน 333 คน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคกระดูกพรุนได้ และจากการศึกษาของรุทเลจ (บุปผา อินต๊ะแก้ว, 2544: 33 ; อ้างอิงจาก Rutledge, 1987) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สอดคล้องกับแจนส์และเบคเกอร์ (บุปผา อินต๊ะแก้ว, 2544: 33 ; อ้างอิงจาก Janz ; & Becker, 1984) ที่รวบรวมสรุปผลงานวิจัย พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีอำนาจในการทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค รองจากการรับรู้อุปสรรค และพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมากกว่าการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค

อย่างไรก็ตามยังมีงานวิจัยที่ไม่ได้สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมในการป้องกันโรคและการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค เช่น ดวงเดือน พันธุโยธี (2540 :45) ศึกษาความ

สัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จังหวัด เชียงใหม่ จำนวน 120 คน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายไม่สามารถที่จะทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชูสเตอร์ (บุปผา อินติะแก้ว, 2544: 33 ; อ้างอิงจาก Schlueter, 1980) ที่ศึกษาในกลุ่มนักกีฬาและกลุ่มที่ไม่ใช่ นักกีฬา พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความเชื่อว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีประโยชน์สูงมาก แต่ความบ่อยครั้งในการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนยังต่ำ อาจเนื่องมาจากตัวกระตุ้นภายในตัวบุคคลของการรับรู้ หรือผลจากตัวกระตุ้นภายนอก คือ ขาดแรงจูงใจ ขาดคำแนะนำจากสื่อ การบุคลากรทางการแพทย์ ขาดความรู้ในการปฏิบัติ หรือขาดทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หรือขาดความเชื่อมั่น

5.4 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค

เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพในด้านลบ ความเจ็บปวด ความอาย ความไม่สุขสบาย ค่าใช้จ่าย ความเจ็บปวดและความยากลำบากในการปฏิบัติ บุคคลจะประเมินถึงประโยชน์ที่ได้รับกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนตัดสินใจ ถ้าพบว่าอุปสรรคในการปฏิบัติมีมากกว่าประโยชน์ที่จะได้รับ อาจทำให้เกิดการขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ หรืออาจทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคต่าง ๆ จึงมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคอย่างมาก (Becker, 1974 :332) จากการศึกษาของ วรเดช ช้างแก้ว (2539 : 76) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงจากอันตรายของฝุ่น กับพฤติกรรมการใช้หน้ากากป้องกันฝุ่นของพนักงานชลประทานซีเมนต์ จำนวน 180 คน พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันอันตรายของฝุ่น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้หน้ากากป้องกันฝุ่น สอดคล้องกับการศึกษาของอรพิน โชนันต์ (2540 : 84) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมี ในกลุ่มเกษตรกร จำนวน 387 คน พบว่าการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของชนิดา สุวจิตต์ (2543 : 43) ที่ศึกษาความเชื่อทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันการเป็นโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรีอายุ 30-50 ปี ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 230 คน โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของจิตอาวี ศรีอาคะ (2543 : 48) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน จำนวน 331 คน พบว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของบุปผา อินติะแก้ว (2544 :75) : ที่ศึกษาอำนาจการทำนายของตัวกำหนดความเชื่อด้านสุขภาพ 4 องค์ประกอบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุน ในสตรีวัยหมดประจำเดือนอายุ 40-50 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่จำนวน 333 คน พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนได้ และจากการศึกษาของ

บงกช เก่งพานิช ; และคนอื่น ๆ (บุปผา อินติะแก้ว. 2544: 34 ; อ้างอิงจาก บงกช เก่งเชตกิจ และคนอื่น ๆ .2542) พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีที่เป็นพยาบาล และสตรีที่มารับบริการตรวจทั่วไปในโรงพยาบาลศรัทธา มีระดับต่ำ ซึ่งอธิบายได้ว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีที่ง่าย สามารถทำได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์พิเศษ ในขณะที่การศึกษาของแชมเปียน (บุปผา อินติะแก้ว. 2544: 33 ; อ้างอิงจาก Champion. 1991) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเป็นตัวแปรที่สำคัญต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค หากบุคคลรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเป็นสิ่งยุ่งยาก การปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคก็จะลดต่ำลงด้วย และจากการประมวลผลงานวิจัยของแจนส์ และเบคเกอร์ (บุปผา อินติะแก้ว. 2544: 33 ; อ้างอิงจาก Janz ; & Becker. 1984) พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมากที่สุด สอดคล้องกับรูทเลท (บุปผา อินติะแก้ว. 2544: 33 ; อ้างอิงจาก Rutledge. 1987) ที่พบว่าสตรีที่มีความเชื่อว่า การตรวจเต้านมด้วยตนเองมีอุปสรรคน้อยจะมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอมากกว่าสตรีที่เชื่อว่ามีอุปสรรคมากในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของลี (บุปผา อินติะแก้ว. 2544: 37 ; อ้างอิงจาก Lee. 200) ที่ศึกษาในสตรีชาวอเมริกันเชื้อชาติเกาหลี จำนวน 102 ราย พบว่าอุปสรรคในการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกในระยะแรก คือ ไม่มีเวลาในการมาตรวจ เนื่องจากเวลาส่วนใหญ่ต้องทำงานวันละหลายชั่วโมง ค่าใช้จ่ายในการตรวจเนื่องจากไม่มีการประกันสุขภาพ และกลัวการตรวจ และจากการประมวลผลงานวิจัยของแจนส์ และเบคเกอร์ (บุปผา อินติะแก้ว. 2544: 33 ; อ้างอิงจาก Janz ; & Becker. 1984) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค เป็นองค์ประกอบที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคได้ดีกว่าพฤติกรรมกรรมการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรคมีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมกรรมการเจ็บป่วยได้ดีกว่าพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค คือ สามารถอธิบายพฤติกรรมกรรมการเจ็บป่วยได้ร้อยละ 85.00 ขณะที่อธิบายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคร้อยละ 36.00 และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค มีอำนาจการทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรครองจากการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมีอำนาจการทำนายพฤติกรรมกรรมการเจ็บป่วยมากกว่าพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค

อย่างไรก็ตามยังมีงานวิจัยที่ไม่ได้สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ดังเช่นการศึกษาของปริญา ดาสา (2544:35) ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนของบุคคล

5.5 แรงจูงใจด้านสุขภาพ

มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคพบว่า ส่วนใหญ่พบความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค ดังเช่น การศึกษาของแสงเดือน พรหมแก้วงาม (2543 : 53) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ภายหลังการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลูน จำนวน 50 คน พบว่า แรงจูงใจตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านกิจกรรมทางกายกับการเจริญทางจิตวิญญาณ อย่างมีนัยสำคัญทางจิตที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ จรรยาวัฒนานนท์ (2545 : 45) ที่ศึกษาถึงแรงจูงใจ และอุปสรรคต่อการออกกำลังกายของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ จำนวน 140 คน พบว่ากลุ่มที่ไม่ออกกำลังกาย

และไม่มีความสนใจที่จะออกกำลังกาย เนื่องจากมีประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับกีฬา และการออกกำลังกายทำให้ไม่ชอบการออกกำลังกาย และ คิดว่าภาระครอบครัว และการใช้แรงงานในการทำงานเป็นการเพียงพออยู่แล้ว ซึ่งเป็นปัจจัยที่เป็นแรงจูงใจทางด้านยับยั้งไม่ให้มีพฤติกรรมในการออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังพบว่าสิ่งที่ยับยั้งหรือทำให้หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายเกิดจากปัจจัยด้านบุคคลเป็นสำคัญ โดยคิดว่าการใช้แรงงานจนเหนื่อยล้า ถือว่าเป็นการออกกำลังกายแล้ว และควรสนใจกิจกรรมอื่น ๆ มากกว่า ตลอดจนการรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพที่ดีพอสำหรับการดำเนินชีวิตทำให้ไม่จำเป็นต้องออกกำลังกาย ส่วนกลุ่มที่มีการออกกำลังกาย พบว่า เกิดจากแรงจูงใจภายใน ซึ่งเป็นปัจจัยด้านจิตใจที่ได้รับความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง มีความสนุกสนาน และสุขภาพจิตดี จากการออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังเป็นแรงจูงใจเพื่อปรับปรุงร่างกายให้เป็นที่ดึงดูดใจและเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร ทองมี (2545 : 45) ที่ศึกษาถึงแรงจูงใจต่อการออกกำลังกายของพนักงานบริษัทลาดสวนแก้ว จำกัด จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 100 คน ซึ่งมีการออกกำลังกายอย่างน้อย 1 ครั้งใน 1 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มพนักงานมีแรงจูงใจต่อการออกกำลังกายในระดับมาก คือ ต้องการมีร่างกายแข็งแรง ทำให้บุคลิกภาพดี มีรูปร่างสมส่วนอายุยืนยาว จิตใจปลอดโปร่ง สนุกสนาน ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์พักผ่อนหย่อนใจและผ่อนคลายความเครียด ส่วนแรงจูงใจต่อการออกกำลังกายในระดับน้อย คือ รางวัลสิ่งล่อใจต่าง ๆ การลงโทษ และการดำเนินคดีเตียนจากการศึกษาส่วนใหญ่ พบว่า แรงจูงใจทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนของบุคคล โดยสามารถสนับสนุนและยับยั้งให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมทั้งทางด้านบวกและทางด้านลบได้

จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ทั้งทางตรงและทางอ้อม ในขณะที่แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นตัวสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่ดีและไม่ดีได้ จากรายงานการวิจัยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงจูงใจกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค เป็นพฤติกรรมที่ถือว่าเป็นพฤติกรรมทางด้านลบที่ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพ พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ถือว่าเป็นพฤติกรรมเสี่ยง ที่คาดว่าจะมีผลมาจากการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง และขาดแรงจูงใจทางด้านสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และแรงจูงใจด้านสุขภาพกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

6. งานวิจัยที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถฐานต่าง ๆ ภาวะเจ้าเรือน และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

6.1 รายงานการวิจัยที่เกี่ยวกับธาตุสมรรถฐาน

จากทฤษฎีการแพทย์แผนไทยในด้านที่เกี่ยวกับธาตุเจ้าเรือนเกิดนั้น ระบุว่าถ้าบุคคลใดเกิดในช่วงเวลาใดก็จะมีธาตุนั้น ๆ เป็นธาตุเจ้าเรือน และธาตุเจ้าเรือนใด ๆ ก็บ่งบอกให้ทราบถึงโอกาสที่จะเกิดโรค

แตกต่างกัน ในกรณีโรคข้อเข่าเสื่อม ชาติเจ้าเรือนดิน จะเป็นชาติที่มีแนวโน้มของการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ แต่จากรายงานการวิจัยพบว่ายังไม่มีผู้ใดหาความสัมพันธ์ระหว่างชาติเจ้าเรือนกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมาก่อน แต่มีรายงานที่มีเกี่ยวกับพันธุกรรมอยู่บ้าง เช่น จากการรวบรวมรายงานที่เกี่ยวข้องพบว่า พันธุกรรมมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ดังการศึกษาของแมคคาท์ (สุจิตรา ไชยพัฒน์พฤกษ์ . 2532 :73 ; อ้างอิงจาก Mc Carty. 1979) ได้ศึกษาถึงโรคข้อเข่าเสื่อมในครอบครัวที่มีลูกฝาแฝด พบว่า มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในแฝดจากไข่ใบเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา ไชยพัฒน์พฤกษ์ (2532 :73) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติญาติพี่น้องเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มศึกษา มีผู้ป่วยร้อยละ 46.70 ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีประวัติพี่น้องเป็นข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มเปรียบเทียบ มีร้อยละ 12.70 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติ พบว่า พันธุกรรมมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปิยพันธ์ มณีกุล (2540 : 79) ซึ่งพบว่าญาติพี่น้องของผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมีประวัติการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 16 ในขณะที่กลุ่มที่ไม่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมีญาติพี่น้องซึ่งมีประวัติเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 1 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติพบว่าพันธุกรรมมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของกนกกรรณ สมสุขชีพ (2544:60) ที่พบว่าผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมีญาติพี่น้องเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมถึงร้อยละ 90.97 ในขณะที่ผู้ที่พบว่าไม่เคยมีญาติเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อม เพียงร้อยละ 69.03 และจากการศึกษาของสุจิตรา เลิศวิระศิริกุล ; และคนอื่น ๆ (มาริสสา สุวรรณราช . 2544 : 17 ; อ้างอิงจากสุจิตรา เลิศวิระศิริกุล ; และคนอื่น ๆ . 1992 : 34-39) พบว่ากรรมพันธุ์เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญ และพบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่าเพศชาย เนื่องจากยีนที่ควบคุมลักษณะการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้หญิงมีการควบคุมทางพันธุกรรมผ่านทางยีน (Single autosomal gene) และจากการศึกษาของวิไล วิวัฒน์ชาญกิจ. (2539: 88-89) เกี่ยวกับชาติสมุฏฐานกับการเป็นโรคเบาหวาน พบว่า เมื่อแบ่งชาติเจ้าเรือนของผู้ป่วยโรคเบาหวานออกเป็น 18 ลักษณะ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่อยู่ในลักษณะที่ 6 คือ ชาติตุลมและชาติไฟ ซึ่งเป็นชาติเจ้าเรือนจำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.60 ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการแพทย์แผนไทยที่พบว่า โรคเบาหวานส่วนใหญ่มีธาตุไฟและธาตุลมเป็นธาตุเจ้าเรือน และจากการศึกษาของมุขิตา เสถียรวัฒน์ชัย (2540: 80-81) เกี่ยวกับชาติสมุฏฐานกับการเกิดโรคเนื้องอกทางนรีเวช พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีธาตุเจ้าเรือนเป็นธาตุไฟ คิดเป็นร้อยละ 32.30 ส่วนธาตุดินและน้ำมีจำนวน เท่า ๆ กัน คิดเป็นร้อยละ 20.70 ซึ่งผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับทฤษฎีการแพทย์แผนไทยที่ว่า โรคเนื้องอกทางนรีเวชน่าจะพบในบุคคลที่มีธาตุดินเป็นธาตุเจ้าเรือน

จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ณ ศูนย์อนุรักษ์ภูมิปัญญาไทย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ. ตั้งแต่ พ.ศ. 2542- 2547 พบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 500 คน ที่มีประวัติว่ามีอาการของโรคเพียงโรคเดียว โดยการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบัน โดยพบว่าเป็นโรคปวดไหล่ บ่า หลัง จำนวน 45 คน เข้าเสื่อม

จำนวน 42 คน ภูมิแพ้จำนวน 26 คน ไมเกรนจำนวน 24 คน ภาวะอาหารอึดเสบจำนวน 15 คน เนื่องอกมดลูกจำนวน 15 คน ความดันโลหิตสูงจำนวน 10 คน ริดสีดวงทวารจำนวน 10 คน ใ้ตั้งอึดเสบจำนวน 5 คน ไทรอยด์จำนวน 5 คน นิ้วจำนวน 4 คน และเมื่อวิเคราะห์ธาตุเจ้าเรือนโดยหมุนวงกลมวิเคราะห์ธาตุของแพทย์หญิงเพ็ญภา ทรัพย์เจริญ พบว่า กลุ่มอาการปวดบ่า ไหล่ หลัง มีธาตุดิน เป็นธาตุเจ้าเรือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.00 รองลงมาคือ ธาตุน้ำ ธาตุลม และธาตุไฟ และธาตุผสมระหว่างดินและน้ำ ธาตุผสมระหว่างดินและไฟ ธาตุผสมระหว่างน้ำและลม คิดเป็นร้อยละ 25.00 , 20.00, 12.00 , 7.00 , 5.00 และ 2.00 ในขณะที่พบผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีธาตุดินคิดเป็นร้อยละ 32.00 รองลงมาคือธาตุไฟ น้ำ ดินและน้ำ ดินและไฟ และธาตุลม คิดเป็นร้อยละ 28.00, 25.00, 8.00, 5.00 และ 2.00 ตามลำดับ ส่วนในโรคอื่น ๆ พบว่าผู้ป่วยมีธาตุดิน น้ำ ลม ไฟ ดินและน้ำ น้ำ และลม ลมและไฟ ดินและไฟ ในจำนวนที่ไม่แตกต่างกัน และจากทฤษฎีแพทย์แผนไทยในด้านธาตุสมภูฐานั้น ระบุว่า ถ้าบุคคลใดเกิดในช่วงเวลาใด ก็จะมีธาตุเจ้าเรือนนั้น ๆ และธาตุเจ้าเรือนใด ๆ ก็ยังบ่งบอกให้ทราบถึงโอกาสจะเกิดโรคต่างกัน ในกรณีโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความเครียดตึงของกล้ามเนื้อเส้นเอ็นรอบ ๆ ข้อเข่า จึงคาดว่าน่าจะเกิดจากธาตุดินเป็นหลัก โดยมีธาตุอื่น ๆ เป็นส่วนประกอบย่อย และจากรายงานการวิจัยยังไม่พบว่ามีผู้ใดศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิดกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม แต่จากคำกล่าวของ พันธุ์ทิพย์ รามสูต (2540 : 180) เกี่ยวกับบุคคลิก และอินทรีย์ว่าเป็นองค์ภาวะที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้อย่างชัดเจนในทางรูปธรรมและกล่าวถึงอินทรีย์ว่าเป็นรูปธรรมของชีวิตอันเป็นผลมาจากพันธุกรรม และเนื่องจากตามทฤษฎีกล่าวไว้ว่า บุคคลที่เกิดมาในช่วงเวลาและฤดูกาลแห่งธาตุดิน โดยมีโอกาสที่จะเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะในส่วนที่เป็นของแข็ง เช่น กระดูกและเนื้อเยื่อรอบ ๆ ข้อเข่า ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่าบุคคลที่มีลักษณะต้นกำเนิดเป็นธาตุดิน จึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมดังกล่าว

6.2 รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอายุสมภูฐาน

ในด้านโรคข้อเข่าเสื่อมนั้น ช่วงอายุที่มักทำให้เกิดการกำเริบ(อาการปวด) ของโรคข้อเข่าเสื่อมคือช่วงอายุตั้งแต่ 32 ปีขึ้นไป ที่เรียกว่า ปัจฉิมวัย ซึ่งจากการรวบรวมรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ดังการศึกษาของอุดม ชมชาญ และสารเนตร ไวกกุล (2527: 46) ซึ่งศึกษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 200 ราย ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่าช่วงอายุที่เริ่มมีอาการส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 74 ของผู้ป่วยทั้งหมด สอดคล้องกับการศึกษาของเจริญ โชติกวนิชย์ และ วิชัย รุ่งปีตะรังสี (2528 : 531-538) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 144 คน ซึ่งอยู่ในโรงพยาบาลศิริราช พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาของอิบอง (สุจิตรา ไชยพัฒนะพฤกษ์. 2532 : 23 ; อ้างอิงจาก Ebong, 1985) ซึ่งศึกษาอยู่ในประเทศไนจีเรีย พบผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีอายุระหว่าง 25-90 ปี และพบว่าผู้ป่วยส่วนมากมีอายุมากกว่า 50ปี คิดเป็นร้อยละ 61.50 สอดคล้องกับการศึกษาของเฟลสัน ; และคนอื่นๆ (Felson ; et al . 1988 : 535) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม เมื่อมีการควบคุมปัจจัยอื่น

ๆ เช่น เชื้อชาติ ค่าตรวจนี้ความอ้วน ไชมันได้ผิวหนัง รายได้ สถานภาพสมรส การศึกษา ระดับยूरคและการสูบบุหรี่ และจากการศึกษาของ สุจิตรา ไชยพัฒนพฤษ (2532:71-73) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม กรณีศึกษาเฉพาะผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 300 คน โดยทำการศึกษาย้อนหลัง และแบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มศึกษา และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวนกลุ่มละ 150 คน ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถึงแม้จะมีการควบคุมปัจจัยอื่นๆ ก็พบว่ายังมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุณี นันทโนทยาน (2539:50) พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจะมีอาการปวดเข่าครั้งแรกในช่วงอายุ 41-50 ปี และ 51-60 ปี มากพอๆ กัน ประมาณ ร้อยละ 37 และจากการศึกษาของปิยนันท์ มณีกุล (2540:77) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม มีอายุระหว่าง 45-64 ปี อายุสูงกว่า 64 ปี และอายุต่ำกว่า 45 ปี มีจำนวนร้อยละ 49.50, 19 และ 31.50 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบที่มีอายุดังกล่าว มีจำนวนร้อยละ 65, 27 และ 8 ตามลำดับ และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ กนกกรร สมนุชชีพ (2544:60) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ในกลุ่มผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง จำนวน 126 คน พบว่าผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่มีอายุ 60-64 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.93 รองลงมา คือ 65-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.63 และจากการศึกษาของกาญจนา คุ่มภัย (2544:50) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเลิดสิน โดยศึกษาผู้ป่วยจำนวน 384 คน พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 55 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.90 รองลงมาคือ 51-55 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.20 และพบอายุน้อยกว่า 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 8.60

จากรายงานการวิจัยที่ผ่านมา สามารถสรุปได้ว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม แต่อย่างไรก็ดีทางทฤษฎีการแพทย์แผนไทย กล่าวไว้ว่า วัยปัจฉิมวัย คือ อายุ 32 ปีขึ้นไป จะมีปัญหาสุขภาพ ที่เกี่ยวกับธาตุลม ซึ่งกล่าวถึงความเจ็บปวดของร่างกาย ดังนั้น จึงคาดว่า อายุน่าจะมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมดังกล่าว

6.3 รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรม

มีรายงานการวิจัยที่เกี่ยวกับช่วงฤดูกาล ที่พบว่าเป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย ดังนี้ จากการศึกษาของวิไล วิวัฒน์ชาญกิจ. (2539:38) เกี่ยวกับอุตสาหกรรมกับโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเริ่มป่วยในช่วงฤดูร้อน คิดเป็นร้อยละ 47.10 ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการแพทย์แผนไทยที่กล่าวว่า โรคเบาหวานเป็นโรคที่เกี่ยวกับการเผาผลาญอาหาร ดังนั้นจึงทำให้มีการกำเริบในช่วงฤดูร้อน ซึ่งทำให้ธาตุไฟแปรปรวน จนร่างกายเสียสมดุลและแสดงอาการของโรคเบาหวานออกมา สอดคล้องกับการศึกษาของมูชิตา เสถียรวัฒน์ชัย. (2540:83) เกี่ยวกับอุตสาหกรรมกับการเป็นโรคเนื้องอกทางรีเวช พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการกำเริบในช่วงฤดูร้อน คิดเป็นร้อยละ 37.40 โดยอธิบายว่าฤดูร้อนผู้ป่วยจะมีความรู้สึกหงุดหงิด ไม่สุขสบายทั้งกายและใจ อารมณ์เสียง่าย เครียด และไม่ชอบฤดูร้อนมากที่สุด จึงส่งผลให้เกิดโรคมะเร็งและเนื้องอกได้

มากกว่าฤดูกาลอื่นๆ และจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม พบการศึกษาของแมกคาที (สุจิตรา ไชยพัฒนะพฤษ. 2539 ; อ้างอิงจาก Mc Carty.1979) ที่พบว่าอากาศมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม คือ คนในซีกโลกเหนือมีอัตราอุบัติการณ์เกิดโรค มากกว่าคนในยุโรปและอเมริกา ส่วนในอังกฤษกับจาเมกา พบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคใกล้เคียงกัน สอดคล้องกับการศึกษาของมาเดอไล ; และคนอื่นๆ (ธนวันต์ ศรีอมรรัตนกุล ; และคนอื่นๆ อ้างอิงจาก Mauderli A.P. et al . 1996 : 96) พบว่าอุณหภูมิมีผลต่อความปวดของผิว โดยพบว่าถ้ากระตุ้นด้วยความเย็น จะทำให้เกิดความรู้สึกปวดในบริเวณที่ถูกกระตุ้น

6.4 รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกาลสมมูลฐาน

จากรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับช่วงเวลา กับการเป็นโรคในเชิงทฤษฎีการแพทย์แผนไทย พบการศึกษาของวิไล วิวัฒน์ชาญกิจ. (2539 : 97) เกี่ยวกับช่วงเวลาที่กำเริบของโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะกำเริบในช่วงเวลา 10.00-14.00 น. รองลงมาคือจะกำเริบในช่วงเวลา 22.00-02.00 น. ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการแพทย์แผนไทยที่กล่าวว่า โรคเบาหวานเป็นโรคที่ทำให้ธาตุไฟแปรปรวน ดังนั้น จะพบว่าโรคนี้มักจะเจ็บป่วยในช่วงเวลาดังกล่าว ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ธาตุไฟกำเริบ สอดคล้องกับการศึกษาของมุขิตา เสถียรวัฒน์ชัย (2540 : 84) ที่ศึกษาเกี่ยวกับช่วงเวลาที่กำเริบของผู้ป่วยโรคเนื้องอกทางนรีเวช พบว่า ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบในช่วงเวลา 10.00-14.00 น. คิดเป็นร้อยละ 10.00 โดยอธิบายว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรู้สึกไม่สบายในช่วงเวลาดังกล่าว เนื่องจากร้อนและอากาศไม่ดี ทำให้เกิดความเครียด และจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม พบเบลลามี ; และคนอื่นๆ (มาริสสา สุวรรณราช 2544 : 30 ; อ้างอิงจาก Bellamy. 1989) กล่าวว่า ความปวดในโรคข้อเข่าเสื่อมมักจะปวดในช่วงเย็นมากกว่าช่วงเช้า และความปวดของข้อเข่าเสื่อมมักพบร่วมกับอาการข้อติดในตอนเช้า หรือการพักช้อนานๆ และพบว่า ความรุนแรงของความปวดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับวันในสัปดาห์ โดยพบว่า ผู้ป่วยจะมีอาการปวดมากในวันเสาร์และวันอาทิตย์ เนื่องจากใช้ข้อ 5 วันใน 1 สัปดาห์

6.5 รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเทศสมมูลฐาน

จากรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานที่ที่เริ่มป่วยด้วยโรคหรือปัญหาสุขภาพทางทฤษฎีการแพทย์แผนไทย พบการศึกษาของวิไล วิวัฒน์ชาญกิจ. (2539 : 94-95) เกี่ยวกับสถานที่ที่เริ่มป่วยกับโรคเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตภาคกลาง คิดเป็นร้อยละ 69.00 โดยพบว่าอาศัยอยู่ในเขตภาคเหนือน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 3.40 ซึ่งพบว่าไม่สอดคล้องกับทฤษฎีการแพทย์แผนไทยที่กล่าวว่า โรคเบาหวานน่าจะมีภูมิภานาอยู่ในเขตภาคเหนือ สอดคล้องกับมุขิตา เสถียรวัฒน์ชัย. (2540 : 85-86) ที่ศึกษาเกี่ยวกับสถานที่ที่เริ่มป่วยด้วยโรคเนื้องอกทางนรีเวช พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่ในเขตพื้นที่ภาคกลาง ทั้งช่วงเวลาที่เริ่มป่วยและช่วงเวลาที่กำเริบ คิดเป็นร้อยละ 64.70 และ 50.00 ตามลำดับ ซึ่งไม่สอดคล้องกับทฤษฎีการแพทย์แผนไทยเกี่ยวกับประเทศสมมูลฐานที่ว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ในประเทศ ดินชายทะเล หรือน้ำเค็มเปลือกตม มักจะเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวกับธาตุดิน

แต่อย่างไรก็ดี ในด้านอุณหภูมิฐาน (ฤดูกาล) กาลสมมูลฐาน (ช่วงเวลา) และประเทศสมมูลฐาน (สถานที่ที่เริ่มป่วย) นั้นสามารถอธิบายได้ว่า ความร้อนและความหนาวเย็นของอากาศในแต่ละช่วงฤดูกาล ช่วงเวลา และแต่ละสถานที่ สามารถทำให้เกิดการกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกร้อนเย็น และพบว่า พลังประสาทจะแล่นไปตามไขสันหลัง จนถึงเปลือกสมองใหญ่ในที่รับการกระตุ้น ทำให้เกิดความรู้สึกร้อนเย็น นอกจากนั้นยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในร่างกายคือ ความร้อนทำให้หลอดเลือดขยายตัว ความเย็นทำให้หลอดเลือดหดตัว โดยจะส่งผลทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อได้น้อยลง ทำให้เกิดการปวด (อวย เกตุสิงห์. 2536 : 11)

จากข้อมูลข้างต้นอาจสรุปได้ว่า ความชื้นและความหนาวเย็นของอากาศ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม และสอดคล้องกับทฤษฎีการแพทย์แผนไทยที่ว่า ในช่วงฤดูฝนมักเจ็บป่วยด้วยโรคหรือกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับธาตุลม และช่วงเวลาเย็นมักเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับธาตุลมเช่นเดียวกัน

6.6 รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับธาตุเจ้าเรือน (ตามบุคลิกภาพ)

จากทฤษฎีการแพทย์แผนไทยที่เกี่ยวกับธาตุเจ้าเรือน ในลักษณะทางบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีกล่าวไว้ว่า บุคคลใดมีธาตุใดเป็นเจ้าเรือน ก็มักเจ็บป่วยด้วยอาการเฉพาะซึ่งเป็นจุดอ่อนของธาตุเจ้าเรือนเฉพาะบุคคล และจากพยาธิสภาพของโรคข้อเข่าเสื่อม พบได้ว่าอาการเสื่อมของร่างกายนั้นก็คือ ธาตุดินนั่นเอง ผู้ที่มีธาตุดินเจ้าเรือนจะมีรูปร่างสูงใหญ่มีน้ำหนักมาก ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลรายงานการวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับธาตุเจ้าเรือน ยังไม่มีผู้ใดทำมาก่อน แต่มีรายงานการวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงบ้างบางส่วน ดังนี้

ด้านน้ำหนัก

แอนเดอร์สันและเฟลสัน ๗ (Anderson ; & Felson . 1988 : 914-918) ศึกษาปัจจัยด้านความอ้วนในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยทำการสำรวจประชากรในสหรัฐอเมริกา จำนวน 5,193 คน โดยใช้ค่า BMI เป็นดัชนีบ่งชี้ พบว่าค่า BMI เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม โดยในคนที่มีค่า BMI มากกว่า 30 มีอัตราการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่ากลุ่มอื่นอย่างเห็นได้ชัดเจน และเมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า ค่า BMI มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เจริญ โชติกวณิชย์ และวิชัย รุ่งปิตะรังสี (2528 : 1031) ศึกษาในคนปกติและผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 144 ราย พบว่าน้ำหนักผู้ป่วยมากกว่าคนปกติอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของมานิตย์ ลิมปพยอม และคณะ (2521) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 160 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 157 คน ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีน้ำหนักเฉลี่ยรวมมากกว่าในกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งในชายและหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เฟลสัน และเชลสัน (Felson ; & Chaison .1997 : 535) ศึกษาน้ำหนักตัวกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่าคนที่มีน้ำหนักตัวมากมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม และพบว่าการมีน้ำหนักตัวมากจะเป็นตัวเร่งให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้เร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของปิยนันท์ มณีกุล (2540 : 79) ที่พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม มีภาวะโภชนาการเกิน ผิดปกติ และภาวะโภชนาการด้อยมีจำนวนร้อยละ 61

.31 และ 2 ตามลำดับ ส่วนในผู้ที่ไม่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมีภาวะโภชนาการเกิน โภชนาการผิดปกติ และ โภชนาการด้อย มีจำนวนร้อยละ 29, 61.50 และ 9.50 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติพบว่า ภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และจากการศึกษาของกนกรส สมสุขชีพ (2544: 79) พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวปกติ คิดเป็นร้อยละ 57.52 มีน้ำหนักมากกว่าปกติคิดเป็นร้อยละ 38.84

จากการศึกษาของเฟลสัน (มาริสสา สุวรรณราช 2544 : 16 ; อ้างอิงจาก Felson ; et al . 1988 : 25) พบว่าความอ้วนและน้ำหนักตัว มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม โดยในผู้หญิงที่มีน้ำหนักตัวมากเมื่ออายุ 20ปี มีโอกาสเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้มากกว่าผู้หญิงที่มีน้ำหนักตัวปกติถึง 20 เท่า เมื่อพิจารณาในเรื่องดัชนีความหนาของร่างกาย ต่อมาเฟลสันและเชลสัน (Felson ; & Chaison .1997 :535) ได้ศึกษาเพิ่มเติมอีกพบว่า ผู้หญิงที่มีดัชนีความหนาของร่างกาย 25 กิโลกรัม ต่อ ตารางเมตร หรือมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมสูง ในขณะที่ผู้หญิงที่มีน้ำหนักตัวน้อยจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมต่ำ เมื่อควบคุมอิทธิพลของอายุและเพศ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภา งามวิสุทธิกุล (2543 : 45) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมและคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 210 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีความหนาของร่างกาย 25.0 ถึง 29.9 กิโลกรัม ต่อ ตารางเมตร และ 30 กิโลกรัม ต่อ ตารางเมตรขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมถึง 2.27 เท่า และ 6.75 เท่า ตามลำดับ

ด้านผิวพรรณ

ฟอร์แมน มาลาเมท และ แคปแลน (สุจิตรา ไชยพัฒนะพฤกษ์. 2532 : 17-19 ; อ้างอิงจาก Forman ; Malament ; & Kaplan . 1983) ศึกษาวิจัยโดยเปรียบเทียบชนผิวขาวและผิวดำ พบว่า หญิงผิวดำมีอาการแสดงของโรคมากกว่าหญิงผิวขาว สอดคล้องกับ อีบอง (สุจิตรา ไชยพัฒนะพฤกษ์. 2532 : 19 ; อ้างอิงจาก Ebong . 1985) ซึ่งทำการศึกษาในประเทศไนจีเรีย จากจำนวนผู้ป่วย 160 คน โดยใช้เวลาติดตามติดตามเป็นเวลา 6 ปี พบว่า การดำเนินของโรคข้อเข่าเสื่อมของคนไนจีเรียมีลักษณะเหมือนในพวกคอเคเซียน ถ้าพิจารณาเกี่ยวกับอุบัติการณ์การเกิดโรคจะพบว่า คนไนจีเรียที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี มีโอกาสเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้มากกว่าคนคอเคเซียน จากการศึกษาของแอนเดอร์สัน และเฟลสัน (Anderson ; & Felson . 1988 : 179-189) ทำการสำรวจประชากรในสหรัฐอเมริกา จำนวน 5,193 คน ทั้งในชนผิวขาวและผิวดำพบว่า อุบัติการณ์การเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ในคนผิวดำมากกว่าคนผิวขาว โดยเฉพาะในหญิงผิวดำจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมาก ถึงแม้จะมีการควบคุมปัจจัยอื่น ๆ เช่น ปัจจัยด้านความอ้วน

ด้านการเคลื่อนไหว รูปร่างของกระดูกเข่า

มานิตย์ ลิมปพยอม ; และคณะ (2521 : 21) กล่าวว่า การเสื่อมสลายของข้อตามอายุในคนเอเชียพบน้อยกว่าในคนคอเคเซียนมาก โดยเสนอแนะว่าอาจเนื่องมาจากลักษณะทางกายภาพของประชากรน้ำหนักตัว วิธีการเคลื่อนไหวในการดำรงชีวิต ซึ่งพบว่าข้อของคนเอเชียมีการเคลื่อนไหวมากกว่า เจริญ ไชติกวณิชย์ และวิชัย รุ่งปิยะรังสี (2528 : 1029 -1033) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่า

เสื่อม โดยพิจารณาจากความผิดปกติของข้อเข่า โดยศึกษาในคนปกติและผู้ป่วยจำนวน 144 คน พบว่าการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจะพบได้มากในผู้ที่มีลักษณะของขาโก่ง

สุจิตรา ไชยพัฒนะพฤกษ์ (2532 : 35-36) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม กรณีศึกษาเฉพาะผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 300คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 150คน โดยทำการศึกษาย้อนหลังเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง ขาโก่ง และขาจิ้งกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โดยศึกษาแบบตัวแปรเดียว ผลปรากฏว่าลักษณะขาโก่งและขาจิ้งมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

ด้านลักษณะความจำและความคิดริเริ่ม

พบว่ายังไม่มีผู้ใดศึกษามาก่อนว่าเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมหรือไม่ แต่จากการรวบรวมข้อมูล พบว่า มีผู้ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ดังนี้

สุจิตรา ไชยพัฒนะพฤกษ์ (2532: 50) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ด้านการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาในชั้นประถมศึกษา มัธยมศึกษา แต่ไม่มีการศึกษา ในระดับสูงกว่ามัธยมศึกษา มีจำนวน 59.3, 18.0, 12.7 และ 10.0 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาดังกล่าว ในกลุ่มเปรียบเทียบ มีร้อยละ 62.7 , 12.0 , 8.00 และ 17.3 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติ พบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม P value = 0.09 และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.147

ปิยนันท์ มณีกุล (2540: 50) ศึกษาปัจจัยทางด้านการศึกษาโดยหาความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม และพบว่าระดับความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

ด้านสถานภาพสมรส

จากการศึกษาของสุจิตรา ไชยพัฒนพฤกษ์ (2532: 48) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม โดยศึกษาตัวแปรด้านสถานภาพสมรส พบว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส หม้าย/หย่า/แยก และโสด ในกลุ่มศึกษา มีร้อยละ 68.7, 22.7, และ 8.7 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีสถานภาพดังกล่าว ในกลุ่มเปรียบเทียบมีร้อยละ 64.7, 9.3, และ 26.0 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญ (P value = 0.00) และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.268

ด้านฐานะการเงิน

จากการศึกษาของสุจิตรา ไชยพัฒนพฤกษ์ (2532: 50) พบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยกว่า 4,000 บาท/เดือน 4,000 -6,000 บาท/เดือน และ มากกว่าหรือเท่ากับ 7,000 บาท/เดือน ในกลุ่มศึกษามีร้อยละ 55.3, 26.7 และ 18 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ป่วยที่รายได้ในระดับดังกล่าวในกลุ่มเปรียบเทียบ มีร้อยละ 70.0, 17.3 และ 12.7 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติ พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่า

เสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P \text{ value} = 0.0312$ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.152 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของปิยนันท์ มณีกุล (2540: 51) ที่พบว่า ระดับของรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ณ ศูนย์อนุรักษ์ภูมิปัญญาไทย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ. ตั้งแต่ พ.ศ. 2542- 2547 มีผู้ป่วยจำนวน 500 คน และทำการวิเคราะห์ธาตุเจ้าเรือน โดยใช้แบบสำรวจธาตุเจ้าเรือนของแพทย์หญิงเพ็ญภา ทรรศัยเจริญ. ซึ่งเป็นแบบวัดธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ พบว่าผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการปวดบ่า ไหล่ หลัง มีธาตุเจ้าเรือนดินมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.22 รองลงมา คือ ธาตุดิน น้ำ ลม ไฟ คิดเป็นร้อยละ 28.88, 13.33 , 15.55 ตามลำดับ และพบผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม มีธาตุดินเป็นเจ้าเรือนมากที่สุด เช่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 57.14 รองลงมา คือธาตุน้ำและธาตุไฟ จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 19.05 และเป็นธาตุลม คิดเป็นร้อยละ 4.76 และพบผู้ป่วยที่เป็นภูมิแพ้ มีธาตุน้ำเป็นเจ้าเรือนอย่างเดียว จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 76.92 ที่เหลือเป็นธาตุดินน้ำลมและไฟ ผสมกัน คิดเป็นร้อยละ 23.08 และพบผู้ป่วยโรคไมเกรนซึ่งเป็นธาตุดินมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาคือ ธาตุน้ำ คิดเป็นร้อยละ 33.33 และธาตุลมดินไฟ ในส่วนที่เท่า ๆ กัน คิดเป็นร้อยละ 8.33

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายของบุคลิกภาพ ซึ่งเกี่ยวกับโรคหรือปัญหาสุขภาพ โดยพบผลการวิจัยจำนวนมากที่กล่าวว่า บุคลิกภาพ A ซึ่งเป็นบุคลิกภาพที่มีภาวะแข่งขันสูง เร่งรีบแข่งกับเวลา อารมณ์ร้อน ทะเยอทะยานต่อการประสบความสำเร็จ ขอบแข่งขันในการทำงานมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ(พันธุ์ทิพย์ รามสูตร . 2540 : 189 ;อ้างอิงจาก Tenkins .1976) สรุปได้ว่า ธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ น่าจะมีอิทธิพลต่อการเกิดโรค

6.7 รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค

จากการรวบรวมข้อมูลรายงานการวิจัยส่วนใหญ่เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อหาพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องหลังจากการอบรม มีดังต่อไปนี้

6.7.1 ด้านการรับประทานอาหาร จากรายงานการวิจัย พบการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างกรรับประทานอาหารกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม คือภาวะพร่องทางโภชนาการ (Nutrition insufficiency) (ประดิษฐ์ ประทีปะวณิช. 2542 : 234-235 ; อ้างอิงจาก Gerwin RD. 1993 : 83-89 ; Rachlin ES. 1994 : 173-195) โดยพบว่าวิตามินที่มีความสัมพันธ์กับความปวดก็คือ วิตามิน ซี บี1, บี6, บี12 และโฟลิก แอซิด.(C, B1, B6, B12, Folic acid) โดยทราเวลและไซมอน (ประดิษฐ์ ประทีปะวณิช. 2542 : 234-235 ; อ้างอิงจาก Travell JG ; & Simons DG. 1983 : 103-163) อธิบายว่าเพราะวิตามินเหล่านี้ช่วยทำหน้าที่ที่สำคัญ โดยเป็นโคเอนไซม์ และอโพนไซม์ (Coenzyme and apoenzyme) ที่ให้พลังต่อกล้ามเนื้อ เพื่อให้ความสมบูรณ์ของกล้ามเนื้อ และร่างกายอยู่ในระดับสูงสุด ซึ่งมักจะพบในกรณีที่ขาดวิตามินระดับมาก ๆ โดยกลไกที่ทำให้เกิดอาการปวด คือ ความบกพร่องในการเผาผลาญพลังงาน (Energy metabolism) ที่จะใช้ในการหดตัวของกล้ามเนื้อ และการเพิ่มความกระด้างต่อระบบประสาท ทำให้กล้ามเนื้อปวดได้ จากการศึกษา

พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการปวดจำนวนมาก ที่มีความพร่องในเรื่องของวิตามิน ซึ่งพบว่าในประชากรกลุ่มที่อยู่ในชนบทที่มีฐานะยากจน มักมีความพร่องของโภชนาการแฝงอยู่ ที่ค่อนข้างชัดเจนคือกลุ่มผู้สูงอายุ (ประดิษฐ์ประทีปวณิช. 2542 : 234-235) และพบว่าผลการเผาผลาญอาหารของกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะอาหารที่สารต้านอนุมูลอิสระจะช่วยส่งผลให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงมากยิ่งขึ้น (พจนานุกรมพุทธศาสตร์ พระธรรมปิฎก . nd : online) โดยพบว่าอาหารมีส่วนช่วยเพิ่มหรือลดปัจจัยที่ทำให้เกิดความปวดได้ (Florida knee and Orthopedic Centers . 1999-2004 : Online) โดยโรคข้อเข่าเสื่อมมีสาเหตุที่สำคัญ นอกจากจะเกิดจากการเสื่อมของกระดูกอ่อนเอง ยังมีสาเหตุจากการขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อเส้นเอ็น และเนื้อเยื่อรอบ ๆ ข้อเข่า สอดคล้องกับการแพทย์แผนไทยที่เน้นให้รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน โดยพบว่าเป็นอาหารประเภทผักผลไม้ ประกอบไปด้วยวิตามินที่จำเป็นต่อร่างกาย และช่วยส่งผลทำให้กล้ามเนื้อสมบูรณ์และมีความยืดหยุ่นเป็นปกติ และจากการศึกษาของ แมคลินคอน แจ็คควิส แซง ; และคนอื่น ๆ (McAlindon TE; Jacques P. Zhang Y, et al. 1996 : 648) เกี่ยวกับการรับประทาน พบว่า ผู้ที่บริโภควิตามิน ซีในปริมาณสูง จะทำให้การเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมลดลงถึง 3 เท่า เมื่อเทียบกับผู้บริโภควิตามินซีในปริมาณต่ำ ในขณะที่พบว่าการบริโภควิตามินดี ในปริมาณต่ำ ๆ จะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมถึง 3 เท่า ของผู้บริโภควิตามินดีในระดับสูง (McAlindon TE; Jacques P. Zhang Y, et al. 1996 : 353-359) ที่เป็นเช่นนี้ เนื่องจากกระดูกอ่อนผิวข้อ จะมีน้ำไขข้อซึ่งหล่อเลี้ยงและคงสภาพของกระดูกอ่อนผิวข้อ เช่นไฮดรอน (Hyaluronate) ในน้ำไขข้อซึ่งลดการสูญเสียสารพื้นจากกระดูกอ่อนผิวข้อ (สุกิจ แสงนิพนธ์กุล . 2534: 99 ; อ้างอิงจาก Sweet; et al. 1971) และพบว่าการเคลื่อนไหวของข้อ จะช่วยให้มีการไหลเวียนของน้ำไขข้อ ดีขึ้น ช่วยให้มีการดูดหรือการแผ่กระจายของน้ำไขข้อเข้าไปในกระดูกอ่อนผิวข้ออย่างมีประสิทธิภาพ (Maroudas; et al. 1968 :166) และเนื่องจากกระดูกอ่อนผิวข้อไม่มีหลอดเลือดไปเลี้ยงโดยตรง ดังนั้นน้ำที่อยู่ในเนื้อพื้นจึงมีความสำคัญในการช่วยนำสารอาหาร และของเสียเข้าและออกจากคอนโดไซต์ (Chondrocyte) แลกเปลี่ยนกับน้ำไขข้อ (สุกิจ แสงนิพนธ์กุล . 2534 : 105) และยังมีกระดูกใต้กระดูกอ่อน ซึ่งมีหลอดเลือดที่ จะนำอาหารจากใต้กระดูกอ่อนเข้าไปยังกระดูกอ่อนผิวข้อ และพบว่าข้อที่ไม่มีการเคลื่อนไหว จะทำให้เกิดความเสื่อมของกระดูกอ่อนอย่างรวดเร็ว การออกกำลังกายจะทำให้ความหนาของกระดูกอ่อนผิวข้อเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากปริมาณสารเหลวของกระดูกอ่อนเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ความคงทนของกระดูกอ่อนผิวข้อจะขึ้นอยู่กับ การจับตัวกันและความเข้มข้นของโปรตีโอไกลัยเคนในกระดูกอ่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานอาหารกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

6.7.2 ด้านอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม จากรายงานที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาพฤติกรรมด้านอิริยาบถที่ไม่เหมาะสมที่เป็นโอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ดังนี้

มานิตย์ ลิมปพยอม ; และคณะ (สุจิตรา ไทยพัฒนะพฤษ . 2532 : 20 ; อ้างอิงจาก มานิตย์ ลิมปพยอม ; และคณะ .2521) พบว่า การเสื่อมสลายของข้อตามอายุในคนเอเชีย พบน้อยกว่าในคนคอเคเซียนมาก โดยเสนอแนะว่าอาจเนื่องมาจากลักษณะทางกายภาพของประชากร น้ำหนักตัว วิธีการเคลื่อนไหวในการดำรงชีวิต ซึ่งพบว่า ข้อของคนเอเชียมีการเคลื่อนไหวมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุณี

นันทวโนทยาน (2539: 57) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมของกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม กับกลุ่มที่ไม่ได้ป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่มีการบริหารกล้ามเนื้อคอวทไคเซบิส คิดเป็นร้อยละ 67 ซึ่งมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่เมื่อศึกษาถึงวิธีการบริหารร่างกายในกลุ่มผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม พบว่ากลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยบริหารกล้ามเนื้อคอวทไคเซบิส ไม่ถูกต้อง คือใช้วิธีการเดิน สะบัดข้อเข่า การบีบดัดด้วยตนเองและผู้อื่น จากการศึกษาของสุจิตรา ไชยพัฒนะพุกษ (2532: 45) เกี่ยวกับพฤติกรรมในการประกอบอาชีพ พบว่า อาชีพที่มีลักษณะเป็นงานหนักปานกลาง มีลักษณะเป็นงานหนัก และมีลักษณะเป็นงานเบา ในกลุ่มศึกษา มีร้อยละ 60.7 24.7 และ 14.7 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีการประกอบกิจกรรมดังกล่าวในกลุ่มเปรียบเทียบมีร้อยละ 38.7 20.0 41.3 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติ พบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญ ($P \text{ value} = 0.000$) และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.301 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของปิยนัน มณีกุล (2540: 52) ที่พบว่าลักษณะของอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ส่วนในเรื่องของพฤติกรรมบริโภค หรือบริโภคนิสัย จากการศึกษาของปิยนัน มณีกุล (2540: 79-80) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี โดยแบ่งเป็นกลุ่มศึกษาจำนวน 100 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 200 คนศึกษาพฤติกรรมบริโภค หรือบริโภคนิสัย พบว่า กลุ่มศึกษาที่มีการบริโภคนิสัยอยู่ในระดับพอใช้ ระดับที่ต้องปรับปรุง และระดับดี มีจำนวนร้อยละ 92.00 , 6.00 และ 2.00 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมบริโภคนิสัยดังกล่าว มีจำนวนร้อยละ 75.50 , 7.50 และ 17.00 ตามลำดับ และพบว่าบริโภคนิสัย มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกิจกรรมในชีวิตประจำวัน พบว่า กลุ่มที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมีชีวิตประจำวันอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง ระดับพอใช้ และระดับดี มีจำนวน ร้อยละ 84.00 , 15.00 และ 3.50 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติและพบว่า กิจกรรมในชีวิตประจำวัน มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของวิชัย รุ่งปัดะรังสี (2541: 45) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยแบ่งเป็นกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 210 คน พบว่า พฤติกรรมของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โดยพบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมนั่งคุกเข่า จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคถึง 20.90 เท่า ของผู้ที่ไม่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมผู้ที่มีพฤติกรรมนั่งขัดสมาธิจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคถึง 156.02 เท่าของผู้ที่ไม่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้ที่มีพฤติกรรมนั่งพับเพียบ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคถึง 20.80 เท่า ของผู้ที่ไม่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาของวิภา งามสุทธิกุล (2543: 45) ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ในผู้ป่วยจำนวน 210 คน พบว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมการนั่งคุกเข่า การนั่งยอง ๆ การนั่งพับเพียบ นานกว่า 6 ชั่วโมง/สัปดาห์ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม เท่ากับ 20.90 เท่า 66.12 เท่า และ 4.86 เท่า ตามลำดับ นอกจากนี้ยัง พบว่า วัฒนธรรมประเพณีของไทยที่ยังนิยมนั่งบนพื้น เช่น การนั่งพับเพียบ นั่งขัดสมาธิ นั่งคุกเข่า ลักษณะการนั่งดังกล่าวทำให้เอ็นยึดข้อกระดูกยึดเต็มที่ ข้อเข่าจะถูกงอพับเป็นเวลานาน เป็นผลทำให้มีการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงไม่เต็มที่เท่าที่ควร

ทำให้กระดูกอ่อนผิวข้อขาดอาหาร เป็นเหตุส่งเสริมให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้ง่าย (นิตยา สุภานันท์ 2533: 244, วรวิทย์ เล่าห์เรณู 2533: 149)

6.7.3 ด้านการกระทบร้อนเย็น จากรายงานที่ผ่านมายังไม่พบว่ามีการศึกษาด้านการกระทบร้อนเย็นกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม แต่พบว่าเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดจุดกดเจ็บ (Trigger point) โดยการอยู่ในสถานที่ร้อนหรือเย็น เช่นการทำงานในห้องแอร์ หรือนอนในห้องแอร์ที่มีความเย็นจัด หรือการทำงานในที่ร้อน การอยู่ในที่อับชื้น ก็จะมีผลให้เกิดอาการปวดได้ (Ivana Gill . 1998 : Online) และเนื่องจากพังผืดคือเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (connective tissue) ที่มีลักษณะเหนียวและแผ่คลุมไปทั่วร่างกายจากศีรษะจรดนิ้วเท้า ปกคลุมกล้ามเนื้อ กระดูก ประสาท หลอดเลือดและอวัยวะภายในร่างกาย โดยส่งผลถึงระดับเซลล์ ดังนั้นการที่พังผืดจะผิดปกติก่อเกิดจากการกระทบกระเทือนจากท่าทางต่าง ๆ จากการถูกกดบนกล้ามเนื้อ เส้นประสาท กระดูกหรืออวัยวะอื่น ๆ นอกจากนี้ยังพบว่า การกระทบเย็นอย่างกะทันหัน จะทำให้เกิดจุดกดเจ็บขึ้นมาใหม่ และจากการศึกษาของ เบนเซน เจนสัน และโอริเซน เจ (Bendtsen L. Jensen R ; & Olesen J. 1996 : 259-267) พบว่า ร้อยละ 72 ของผู้ที่มีจุดกดเจ็บจะเกิดกลุ่มอาการปวด ตามทฤษฎีแพทย์แผนไทย กล่าวว่า การกระทบร้อนเย็น การถูกไอความร้อน การถูกละอองไอน้ำ การแช่น้ำ (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ . 2537 : 85) ล้วนแล้วแต่เป็นผลทำให้เกิดความเจ็บป่วย และจากทฤษฎีที่กล่าวมาข้างต้นพบว่า การอยู่ในสถานที่หนาวเย็นและชื้น จะเป็นผลทำให้เกิดจุดกดเจ็บ ซึ่งการรายงานการวิจัยพบว่า จุดดังกล่าวทำให้เกิดกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อตามมา ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่า การกระทบร้อนเย็น น่าจะมีความสัมพันธ์กับเส้นเอ็น กล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อรอบ ๆ เข่า เป็นผลทำให้เกิดการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

6.7.4 ด้านการขาดอุเบกขาและด้านการมีโทสะมักโกรธอยู่เสมอ จากรายงานที่ผ่านมายังไม่พบว่ามีการศึกษาด้านการขาดอุเบกขาและความโกรธกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม แต่พบว่ามีปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อและเอ็นรอบ ๆ ข้อ หลายปัจจัย ประกอบกับปัจจัยทางด้านสรีรวิทยา ปัจจัยทางด้านจิตใจ และทางสังคม จากการศึกษาของศูนย์ศึกษาความปวด (CPS : Center for pain study) ถึงสาเหตุของความปวดในกลุ่มที่มีอาการปวดเรื้อรัง จำนวน 62 คน ที่เคยถูกรับไว้รักษาในศูนย์ศึกษาความปวดในปีค.ศ. 1997 โดยมีความปวดเรื้อรังเป็นเวลา 48 เดือน โดยวัดความรุนแรงของความปวด กับความไม่สุขสบายใจ พบว่า ความปวดมีความสัมพันธ์กับความไม่สุขสบายใจ (Ivana Gill . 1998 :1 : Online) และจากการศึกษาของอเล็กซานดรอฟสกี และคนอื่น ๆ (Aleksandrovskii ; et al . 2003 : 103 : online) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับการปวดหลังในผู้ป่วยจำนวน 143 ราย พบว่า ความวิตกกังวลความเครียด และความซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันความปวดอย่างมีนัยสำคัญ โดยอธิบายว่าเมื่อระบบประสาทเกิดความเหนื่อยล้าซึ่งเป็นผลมาจากความวิตกกังวลและความเครียดต่าง ๆ ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงของระดับสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) เช่น ซีโรโทนิน (Serotonin) ซึ่งพบว่าการมีซีโรโทนินอยู่ในระดับต่ำ จะมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้า (Florida Knee and Orthopedic Center. 1999-2000: online) อาจกล่าวได้ว่าอารมณ์ที่จิตใจมีอารมณ์รุนแรง เช่น โกรธ เสียใจ ตื่นเต้น ตีใจ อาจส่งผลกระทบทำให้ หัวใจบีบตัว โดยไม่คลายตัว หลอดเลือดหดตัว เลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ได้น้อยลง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อลายซึ่งอยู่ได้

อำนาจจิตใจ ทำให้เกิดการหดตัว เป็นผลทำให้เลือดไปเลี้ยงได้น้อยลง ส่งผลให้เกิดอาการปวดขึ้นได้. สรุปได้ว่า ความเครียดก็คือ การหดตัวของกล้ามเนื้อส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ซึ่งทุกคนจำเป็นจะต้องมีอยู่เสมอในการดำรงชีวิต เช่น การทรงตัว การเคลื่อนไหวทั่วไป การศึกษาพบว่า ทุกครั้งที่คิดหรือมีอารมณ์บางอย่างเกิดขึ้น จะต้องมีการหดตัวเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อแห่งใดแห่งหนึ่ง ในร่างกายควบคู่ไปด้วยเสมอ ซึ่งความโกรธและการขาดอุเบกขา ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

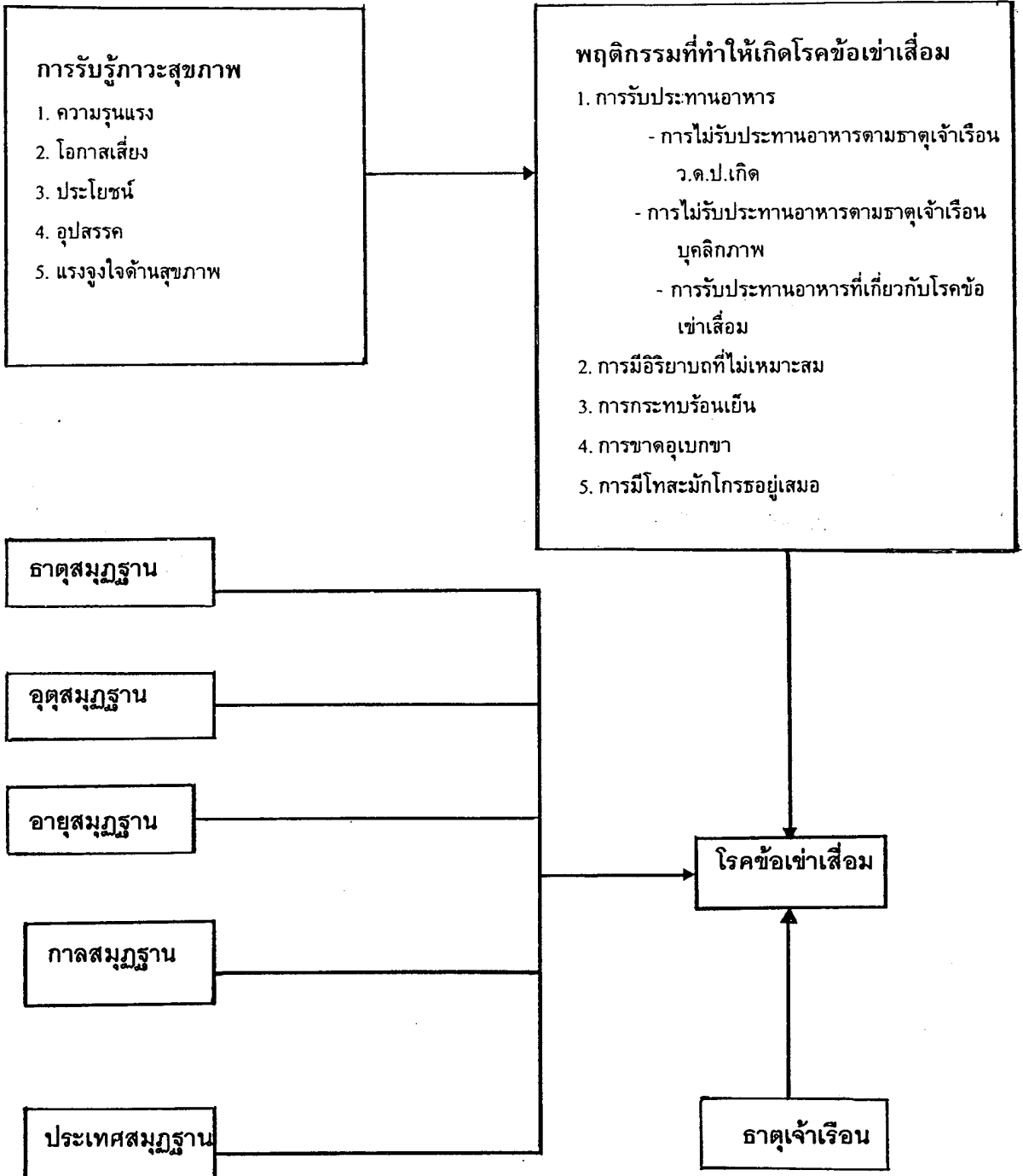
ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์มาช่วยในการอธิบายโดยนำแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker.1974 : 372-375) ซึ่งประกอบไปด้วยการรับรู้ทางด้านสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพ มาเป็นแนวทางในการศึกษาหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม และผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีแพทย์แผนไทย จากคัมภีร์เวชศึกษา และคัมภีร์ธาตวิภังค์ ซึ่งกล่าวถึง พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค และจากคัมภีร์สมุฏฐานวินิจฉัย ที่กล่าวถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค โดยกล่าวถึงสมุฏฐานต่าง ๆ คือ ธาตุสมุฏฐาน อุตสมุฏฐาน อายุสมุฏฐาน กาลสมุฏฐาน ประเทศสมุฏฐาน และธาตุเจ้าเรือน มาเป็นแนวทางในการวิจัยเพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

สมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถนำมาตั้งสมมติฐานได้ดังนี้

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม
2. การรับรู้ความโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม
3. การรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม
4. การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม
5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม
6. การรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมในด้าน การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และแรงจูงใจด้านสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม
7. ธาตุสมุฏฐาน อุตสมุฏฐาน อายุสมุฏฐาน กาลสมุฏฐาน ประเทศสมุฏฐาน ธาตุเจ้าเรือน และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

8. ธาตุสมมูลฐาน อุดสมมูลฐาน อายุสมมูลฐาน กาลสมมูลฐาน ประเทศสมมูลฐาน ธาตุเจ้าเรือน และ พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม สามารถร่วมกันทำนายการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

จากภาพประกอบ 1 แสดงถึงกรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนแรก ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพที่ประกอบไปด้วยตัวแปรด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล ที่เป็นตัวทำนายและอธิบายการกระทำพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคล โดยส่งผลต่อความพร้อมของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมในการป้องกันโรค ซึ่งประกอบไปด้วยการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมในการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมในการป้องกันโรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป โดยเบคเกอร์กล่าวไว้ว่า (Becker; et al. 1977) บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และรับรู้โรคนั้นมีอันตรายถึงชีวิต จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี โดยจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค แต่ถ้าบุคคลเชื่อว่าการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคนั้น เป็นวิธีที่ดีและเหมาะสม แต่ถ้าบุคคลรับรู้ถึงอุปสรรค ความไม่สะดวก ความยากลำบาก ในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคก็จะส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้มในการไม่ปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคดังกล่าว จึงส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เสี่ยง หรือพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคเพิ่มขึ้นได้ ในขณะที่แรงจูงใจเป็นอารมณ์ของบุคคล เป็นความสนใจของบุคคล เป็นความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ในขณะที่พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคซึ่งถือว่าเป็นพฤติกรรมที่ตรงกันข้ามกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดดังกล่าวจากแนวคิดทฤษฎีแพทย์แผนไทย ของแพทย์หญิงเพ็ญณา ทรัพย์เจริญ ซึ่งประยุกต์มาจากคัมภีร์ธาตุวิภังค์ และโรคนิทาน โดยผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค 5 ด้าน คือ 1. การรับประทานอาหาร ซึ่งมีข้อย่อย 3 ข้อ คือ การไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน ว.ค.ป.เกิด การไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ และการรับประทานอาหารที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม 2. การมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม 3. การกระแทบร้อนเย็น 4. การขาดอุเบกขา 5. การมีโทสะมักโกรธอยู่เสมอ ดังนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพจึงคาดว่าจะส่งผลต่อพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ในส่วนที่ 2 ผู้วิจัยศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมกับตัวแปรทางทฤษฎีแพทย์แผนไทยด้านสมุฏฐานต่าง ๆ คือ ธาตุสมุฏฐาน อุดสมุฏฐาน อายุสมุฏฐาน กาลสมุฏฐาน ประเทศสมุฏฐาน และธาตุเจ้าเรือน จากพระคัมภีร์สมุฏฐานวินิจจัย (เพ็ญณา ทรัพย์เจริญ, 2537) ซึ่งคาดว่าตัวแปรดังกล่าวน่าจะมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์มาช่วยในการอธิบายโดยนำแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker .1974) ซึ่งประกอบไปด้วยการรับรู้ทางด้านสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพ มาเป็นแนวทางในการศึกษาหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม และ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีแพทย์แผนไทย จากคัมภีร์เวชศึกษา และคัมภีร์ธาตวิภังค์ ซึ่งกล่าวถึง พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค และจากคัมภีร์สมุฏฐานวินิจฉัย ที่กล่าวถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค โดยกล่าวถึงสมุฏฐานต่าง ๆ คือ ธาตุสมุฏฐาน อุดสมุฏฐาน อายุสมุฏฐาน กาลสมุฏฐาน ประเทศสมุฏฐาน และธาตุเจ้าเรือน มาเป็นแนวทางในการวิจัยเพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โดยศึกษาในผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลราชวิถี ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. การกำหนดขนาดตัวอย่างและวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การสร้างเครื่องมือ และการหาคุณภาพเครื่องมือ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การกำหนดขนาดตัวอย่างและวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า อายุ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ดังนั้นจึงให้อายุเป็นปัจจัยในการคำนวณหาขนาดตัวอย่าง โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของกลุ่มเปรียบเทียบในแผนกเวชศาสตร์ทั่วไป โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 4,327 คน เพื่อหาอัตราการได้รับสาเหตุ (ผู้ที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป) ในกลุ่มเปรียบเทียบ และหาค่าโอกาสเสี่ยงสัมพัทธ์ต่อการเกิดโรค (Odds Ratio) แล้วนำค่าที่ได้มาคำนวณหาอัตราการได้รับสาเหตุในกลุ่มศึกษา (P_1) แล้วจึงนำค่าที่ได้มาแทนค่าในสูตรเพื่อหาจำนวนขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม จะต้องจำวันเดือนปีเกิดได้แม่นยำ และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง (Schlesselman, 1982: 145)

กำหนดค่า $\alpha = 0.01$ (Two - tail) ค่า $Z_{0.005} = 2.58$

$\beta = .0.01$ $Z_{0.01} = 2.33$

$$(Z_{\alpha/2} \sqrt{2PQ} + \sqrt{Z_{\beta} P_1 Q_1 + P_0 Q_0})^2$$

$$n = \frac{\quad}{(P_1 - P_0)}$$

$$\begin{aligned}
 & \frac{(2.58 / \sqrt{(.54)(.46)} + 2.33 \sqrt{(.62)(.38)(.45)(.55)})^2}{(.62 + .45)^2} \\
 = & \frac{(2.58 (.70) + 2.33 (.69)) / .0289}{(1.82 + 1.62) / .0289} \\
 = & 120
 \end{aligned}$$

หมายเหตุ	P_0	=	อัตราการใช้รับสาเหตุในกลุ่มเปรียบเทียบ	=	.45
	OR	=	Odds Ratio	=	2
	P_1	=	$P_0 \text{ OR} / 1 + P_0 (\text{OR}-1)$	=	.62
	P	=	$(P_1 + P_0) / 2$	=	.54
	Q	=	$1 - P$	=	.46
	Q_1	=	$1 - P_1$	=	.38
	Q_0	=	$1 - P_0$	=	.55

ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ในครั้งนี้ คือ ขนาดตัวอย่างในกลุ่มศึกษาจำนวน 120 คน และขนาดในกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 120 คน รวมขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ทั้งหมด 240 คน แต่ในทางปฏิบัติผู้วิจัยได้เก็บมากกว่าขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ โดยเก็บในกลุ่มศึกษาจำนวน 150 คน และเก็บในกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 150 คน

และเนื่องจากผู้ป่วยใหม่เพศหญิงที่มารับการตรวจรักษาในแผนกเวชศาสตร์ทั่วไปโรงพยาบาลราชวิถี และไม่เคยมีประวัติการเป็นโรคที่เข้า ซึ่งแผนกแผนกเวชศาสตร์ทั่วไป มีผู้ป่วยเฉลี่ย 50 คน / วัน ในการศึกษาครั้งนี้ ทำการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนกันยายน ถึงพฤศจิกายน 2547 ดังนั้นจะมีผู้ป่วยใหม่เฉลี่ยทั้งหมด 3,000 คน การศึกษาครั้งนี้ต้องการกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 150 คน ดังนั้นจึงใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic random sampling)

$$\begin{aligned}
 \text{โดยมีค่า Sampling interval} &= 3,000 / 150 \\
 &= 20
 \end{aligned}$$

ทำการเลือก Random start ในแต่ละวัน โดยวิธีการจับฉลากเมื่อค่า r (random) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20

ดังนั้นผู้ป่วยใหม่ที่ถูกเลือกเป็นตัวอย่างในแต่ละวัน คือ ผู้ป่วยใหม่คนที่ $r, r+k, r+2k, r+3k, \dots$ ซึ่ง r ที่ได้ในแต่ละวันจะแตกต่างกัน และ $k = 20$ เช่น

วันที่ 1 ค่า $r = 2$ จะเก็บข้อมูลในผู้ป่วยใหม่คนที่ 2, 22, 42

วันที่ 2 ค่า $r = 10$ จะเก็บข้อมูลในผู้ป่วยใหม่คนที่ 10, 30, 50

วันที่ 3 ค่า $r = 6$ จะเก็บข้อมูลในผู้ป่วยใหม่คนที่ 6, 26, 46

จำนวนผู้ป่วยใหม่ที่ทำกรเก็บข้อมูลในแต่ละวันอาจแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ป่วยใหม่ทั้งหมดในแต่ละวันที่เข้ามารับการตรวจรักษาในแผนกเวชศาสตร์ทั่วไป โรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างเดือนกันยายน ถึง พฤศจิกายน 2547

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การสร้างเครื่องมือ และการหาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 2.11 ข้อมูลส่วนบุคคล
- 2.12 ข้อมูลเกี่ยวกับสมรรถฐานวินิจฉัย
- 2.13 แบบสำรวจธาตุเจ้าเรือน
- 2.14 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ
- 2.15 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

2.2 การสร้างเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

2.2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย น้าหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา

2.2.2 แบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลสมรรถฐานวินิจฉัย เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยประยุกต์มาจากแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย ในการวินิจฉัยภาวะสุขภาพตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยของ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์ และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก ซึ่งประกอบไปด้วย ธาตุสมรรถฐาน อุดสมรรถฐาน อายุสมรรถฐาน กาลสมรรถฐาน ประเทศสมรรถฐาน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- ธาตุสมรรถฐาน เป็นการวิเคราะห์ธาตุเจ้าเรือน โดยดูจากวันเดือนปีเกิดของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจะออกมาในรูปของธาตุดิน น้ำ ลม ไฟ โดยวิเคราะห์ธาตุจากการหมุนวงกลมวิเคราะห์ธาตุของแพทย์หญิงพิณภา ทรัพย์เจริญ ซึ่งใช้วันเดือนปีเกิดของกลุ่มตัวอย่างเป็นจุดเริ่มต้นของการหมุนวงกลม

- อุดสมรรถฐาน เป็นช่วงเวลาที่เริ่มป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจะแบ่งออกเป็น ช่วงฤดูร้อน ฤดูฝน ฤดูหนาว โดยการซักถามถึงช่วงฤดูกาลที่กลุ่มตัวอย่างเริ่มมีอาการป่วย และดูจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยแต่ละราย ในช่วงที่มาพบแพทย์เป็นครั้งแรก

- อายุสมรรถฐาน เป็นอายุของผู้ป่วยที่เริ่มป่วยเป็นครั้งแรก ว่าอยู่ในช่วงเวลาใด ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์ และดูจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย โดยให้ความหมายดังนี้

อายุน้อยกว่า 16 ปี จัดอยู่ในช่วง ปฐมวัย

อายุ 16-32 ปี จัดอยู่ในช่วง มัชฌิมวัย

อายุมากกว่า 32 ปี จัดอยู่ในช่วง ปัจฉิมวัย

- กาลสมรรถฐาน เป็นช่วงเวลาที่เริ่มป่วยของผู้ป่วย ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์และการดูจากแฟ้มประวัติ ในส่วนของการสัมภาษณ์ประวัติการเจ็บป่วย ก่อนเข้ามารักษาที่โรงพยาบาล โดยแบ่งเป็นช่วงเวลา ดังนี้

6.00-10.00 หรือ 18.00-22.00 น.

10.00-14.00 หรือ 22.00-02.00 น.

14.00-18.00 หรือ 02.00-06.00 น.

- ประเทศสมมุติฐาน เป็นสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างอยู่นานที่สุด ผู้วิจัยจึงใช้สถานที่อยู่อาศัยที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในขณะที่เริ่มป่วยและอาศัยอยู่สถานที่แห่งนั้น เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยพิจารณาประเทศสมมุติฐานให้สอดคล้องกับภูมิประเทศไทย ดังนี้ (พรสวัสดิ์ เพชรแดง ; และคนอื่น ๆ . มปป.: 6-7)

ประเทศสูงเป็นภูเขา ได้แก่ เขตภูเขาที่ราบระหว่างภูเขาภาคเหนือ เป็นบริเวณพื้นที่ในเขตจังหวัดเชียงราย เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ลำพูน ลำปาง พะเยา แพร่ น่าน และอุตรดิตถ์ โดยพื้นที่ส่วนใหญ่แบ่งภูเขาสลับกับที่ราบระหว่างภูเขา และเขตเทือกเขา และหุบเขาภาคตะวันตก ได้แก่ บริเวณฝั่งที่ติดกับจังหวัด กาญจนบุรี ราชบุรี เพชรบุรี ตาก ประจวบคีรีขันธ์ ซึ่งเขตนี้จะมีลักษณะคล้ายภาคเหนือ คือ มีทิวเขาและหุบเขาสลับซับซ้อน

ประเทศที่เป็นน้ำฝนกรวดทราย ได้แก่ เขตที่ราบสูงภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เช่น บริเวณพื้นที่ในจังหวัดเลย หนองคาย อุดรธานี ขอนแก่น สกลนคร นครพนม กาฬสินธุ์ ชัยภูมิ มหาสารคาม ร้อยเอ็ด ยโสธร มุกดาหาร นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ หนองบัวลำภู พื้นที่ส่วนใหญ่มีลักษณะคล้ายกระทะหงายเนื้อดินเป็นดินปนทราย ฤดูฝนน้ำท่วมถึง แต่ฤดูแล้งจะกันดารน้ำ เพาะปลูกไม่ค่อยได้ผล

ประเทศที่ฝนตกชุก มีโคลนตม ได้แก่ เขตที่ราบภาคกลาง เป็นบริเวณพื้นที่ในจังหวัด สุโขทัย พิษณุโลก กำแพงเพชร พิจิตร เพชรบูรณ์ นครสวรรค์ อุทัยธานี ชัยนาท สิงห์บุรี ลพบุรี อ่างทอง สระบุรี สุพรรณบุรี อัญญา ปทุมธานี นนทบุรี นครนายก กรุงเทพมหานคร นครปฐม สมุทรปราการ สมุทรสงคราม สมุทรสาคร

ประเทศที่เป็นน้ำเค็ม มีโคลนตมชั้นแฉะ ได้แก่ เขตภูเขาที่ราบชายฝั่งภาคตะวันออก เป็นบริเวณพื้นที่ในเขตจังหวัดตราด ฉะเชิงเทรา และปราจีนบุรี พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบแคบ ๆ ตามชายฝั่ง และเขตภูเขาที่ราบชายฝั่งคาบสมุทรภาคใต้ ได้แก่ ชุมพร ระนอง สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช สงขลา พัทลุง พังงา กระบี่ ตรัง ภูเก็ต สตูล ปัตตานี ยะลา นราธิวาส

เพื่อให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงนำเฉพาะสถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่นานที่สุดก่อนที่จะป่วย มาเป็นสถานที่ที่ใช้ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งอาจเป็นสถานที่เกิดหรือสถานที่ที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน

2.2.3 แบบสำรวจธาตุเจ้าเรือน เป็นการพิจารณาว่าบุคคลเป็นธาตุใดโดยดูจากลักษณะบุคลิกภาพนิสัยและพฤติกรรมของบุคคล ที่มีลักษณะเด่นของธาตุใดธาตุหนึ่ง ซึ่งถือว่าธาตุนั้นเป็นธาตุเจ้าเรือน โดยใช้แบบวัดธาตุเจ้าเรือนที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดธาตุเจ้าเรือนของแพทย์หญิงเพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ

2.2.4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแรงจูงใจด้านสุขภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตามกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ลักษณะคำถามเป็นข้อความที่ถามถึงความรู้สึกนึกคิด ความคิดเห็น โดยถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม การ

รับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และแรงจูงใจด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม โดยสร้างจากคำตอบของผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งใช้คำถามปลายเปิดในแต่ละข้อ ดังนี้

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม

- 1.1 ถ้าวันใดที่ท่านเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ท่านคิดว่าจะเป็นอย่างไบบ้าง
- 1.2 จากประสบการณ์ของท่าน ปัญหาของการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมีอะไรบ้าง
- 1.3 ท่านคิดว่าระดับความรุนแรงของการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม มีมากน้อยเพียงใด
- 1.4 เหตุการณ์ที่เป็นผลกระทบของโรคข้อเข่าเสื่อม มีอะไรบ้าง

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

- 2.1 ปัจจัยที่ทำให้ท่านเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม มีอะไรบ้าง
- 2.2 ท่านเคยคิดบ้างไหมว่า ท่านมีโอกาสเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ทำไมจึงคิดเช่นนั้น

3. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม

- 3.1 ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ต่อการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของท่านมีอะไรบ้าง
- 3.2 จากประสบการณ์ของท่าน ปัญหาของการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมมีอะไรบ้าง
- 3.3 ปัจจัยที่เอื้อต่อการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของท่านมีอะไรบ้าง

4. การรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม

- 4.1 ผลดีที่คาดว่าจะเกิดขึ้น หากท่านป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมได้ มีอะไรบ้าง
- 4.2 ผลเสียที่คาดว่าจะเกิดขึ้น หากท่านป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมได้ มีอะไรบ้าง
- 4.3 มีวิธีใดบ้างที่ท่านคิดว่า สามารถป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมได้

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม

- 5.1 ท่านคิดว่ามีสิ่งใดที่ทำให้ท่านไม่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม
- 5.2 ท่านคิดว่ามีสิ่งใดที่ทำให้ท่านเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม
- 5.3 จากประสบการณ์ของท่าน ท่านคิดว่ามีแรงจูงใจใดที่ช่วยให้ท่านไม่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

โดยกำหนดพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และสร้างคำถามปลายเปิด ถามความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม โดยให้กลุ่มตัวอย่างบอกถึงความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในแต่ละด้าน นำข้อคำถามไปถามกลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีประสบการณ์ของการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 30 คน โดยมีประสบการณ์การเป็นโรค 1 ปี จำนวน 6 คน , 2 ปี จำนวน 6 คน, 3ปี จำนวน 6 คน , 4ปี จำนวน 6 คน , 5ปี จำนวน 6 คน แล้วนำคำตอบที่ได้ในแต่ละข้อมาหาความถี่ โดยคัดเลือกคำตอบที่มีความถี่สูงสุด มาพัฒนาเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและแรงจูงใจด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วยคำถามทั้งหมด 60 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแรงจูงใจด้านสุขภาพ ดังนี้

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-6 ข้อคำถามมีความหมายด้านลบทั้งหมด ได้แก่ข้อ 1,2,3,4,5 และ 6

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7-20 ข้อคำถามที่มีความหมายบวก ได้แก่ 7, 8, 9, 10, 11,12, 15, 17, 18, 19, ส่วนข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบ ได้แก่ 13, 14, 16, 20

3. การรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ข้อ 21-32 ข้อคำถามที่มีความหมายบวก ได้แก่ 21,22,23,25,28,30 ส่วนข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบ ได้แก่ 24,26,27,29,31,32

4. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ข้อ 33-44 ข้อคำถามที่มีความหมายบวก ได้แก่ 34,35,40,41,43 ส่วนข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบ ได้แก่ ข้อ 33,36,37,38 39, 42, 44

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 17 ข้อ ได้แก่ ข้อ 45-60 ข้อคำถามที่มีความหมายบวก ได้แก่ 45, 46, 47,48,49,53 ส่วนข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบ ได้แก่ 50, 51, 52, 54,55, 56, 57,58, 59, 60

ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยมาก หมายถึง ผู้ตอบคิดหรือรู้สึกว่ ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความจริงและความรู้สึกนึกคิดของผู้ตอบ

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบคิดหรือรู้สึกว่ ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความจริงและความรู้สึกนึกคิดของผู้ตอบเพียงครึ่งเดียวหรือระดับปานกลาง

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบคิดหรือรู้สึกว่ ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความจริงและความรู้สึกนึกคิดของผู้ตอบ

ซึ่งแบบสัมภาษณ์นี้มีข้อความเป็น 2 ลักษณะ คือข้อความที่แสดงว่าบุคคลนั้นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางบวก และข้อความที่บุคคลนั้นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางลบ ในการรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และแรงจูงใจด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม เกณฑ์การให้คะแนน จะให้คะแนนการตอบแบบสัมภาษณ์ เป็นรายข้อ สร้างเป็นคำถาม ให้เลือกตอบ 3 ระดับ โดยให้คะแนน ดังนี้

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วยมาก	3	1
เห็นด้วยปานกลาง	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

การแปลความหมายของคะแนน ผู้ที่ได้คะแนนมาก คือ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในด้านนั้น ๆ ในระดับมาก

2.2.5 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตามแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค จากคัมภีร์ธาตุวิวัฒน์และคัมภีร์เวชศึกษา และจากแนวคิดของแพทย์หญิงเพ็ญภา ททรัพย์เจริญ. โดยสร้างเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ครอบคลุมพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 42 ข้อ มี 5 ด้าน ดังนี้

2.2.5.1 ด้านการรับประทานอาหาร มีดังนี้

- ด้านการไม่รับประทานอาหารที่เกี่ยวกับธาตุเจ้าเรือนตามว.ด.ป.เกิด มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดให้ตอบประเภทของรสอาหารที่ชอบ ความถี่ของการรับประทานอาหาร
- ด้านการไม่รับประทานอาหารที่เกี่ยวกับธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดให้ตอบประเภทของรสอาหารที่ชอบ ความถี่ของการรับประทานอาหาร
- ด้านการรับประทานอาหารเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม มีจำนวน 6 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 1.1-1.6 โดยข้อคำถามที่มีความหมายด้านบวก ได้แก่ ข้อ 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5 และข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบ ได้แก่ ข้อ 1.6

โดยคำตอบของข้อคำถาม ด้านการรับประทานอาหารที่เกี่ยวกับธาตุเจ้าเรือนตามวันเดือนปีเกิด และด้านการรับประทานอาหารที่เกี่ยวกับธาตุเจ้าเรือนตามบุคลิกภาพจะเป็นคำถามปลายเปิดถามเกี่ยวกับอาหารประเภทผักผลไม้ตามธาตุเจ้าเรือนตามความบ่อยในการรับประทาน ดังนี้

รับประทาน หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน มากกว่า 4 ครั้งใน 1 สัปดาห์

ไม่รับประทาน หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน น้อยกว่า 4 ครั้งใน 1 สัปดาห์

โดยพิจารณาว่ารับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิดและตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพหรือไม่ โดยพิจารณาได้ ดังนี้

ธาตุดิน ควรรับประทานอาหารรสฝาด หวาน มัน เค็ม

ธาตุน้ำ ควรรับประทานอาหารรสเปรี้ยว ขม

ธาตุลม ควรรับประทานอาหารรสเผ็ดร้อน

ธาตุไฟ ควรรับประทานอาหารรสเย็นจืด

2.2.5.2 ด้านการมีอิริยาที่ไม่เหมาะสม มีจำนวน 10 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 2.1-2.10

โดยมีความหมายทางบวก ได้แก่ข้อ 2.7 และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ ได้แก่ ข้อ 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.8, 2.9, 2.10.

2.2.5.3 ด้านการกระทบร้อนเย็น มีจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 3.1-3.6

โดยมีความหมายทางลบหมดทุกข้อ

2.2.5.4 ด้านการขาดอุเบกขา มีจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ข้อ 4.1 - 4.10

โดยข้อคำถามที่มีความหมายด้านบวก จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 4.1, 4.2, 4.3, 4.9, 4.10 และข้อคำถามที่มีความหมาย ด้านลบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 4.4, 4.5, 4.6, 4.7, 4.8

2.2.5.5 ด้านการมีอารมณ์โกรธ มีจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ข้อ 5.1- 5.10 โดยข้อคำถามที่มีความหมายด้านบวก ได้แก่ 5.2, 5.8, 5.9, 5.10 และข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบ ได้แก่ 5.1, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7,

เป็นแบบสัมภาษณ์เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ดังนี้

ประจำ	หมายถึง	ผู้ตอบมีพฤติกรรมนั้น ๆ มากกว่า 4 ครั้งใน 1 สัปดาห์
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ผู้ตอบมีพฤติกรรมนั้น ๆ น้อยกว่า 4 ครั้งใน 1 สัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง	ผู้ตอบไม่มีพฤติกรรมในเรื่องนั้น ๆ เลย

เกณฑ์การให้คะแนนสำหรับข้อคำถามดังกล่าวมีดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ประจำ	1	3
นาน ๆ ครั้ง	2	2
ไม่เคยปฏิบัติเลย	3	1

แบบสอบถามพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 42-126 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนมากแสดงว่า มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมไม่ดี มีพฤติกรรมเสี่ยงในระดับมาก คือมีพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคมก ส่วนผู้ที่มีคะแนนน้อย แสดงว่ามีพฤติกรรมดังกล่าวอยู่ในระดับน้อย คือ มีพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในน้อย การคิดคะแนนในแต่ละตัวแปร สำหรับการคิดคะแนนข้อความด้านลบจะกลับคะแนนก่อน

2.3 การหาคุณภาพเครื่องมือ

2.3.1 แบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลสมมุติฐานต่าง ๆ เป็นแบบบันทึกที่ประยุกต์มาจากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ในการวินิจฉัยภาวะสุขภาพตามทฤษฎีแพทย์แผนไทยของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก โดยนำแบบบันทึกดังกล่าวมาให้ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

2.3.2 แบบสำรวจธาตุเจ้าเรือน เป็นแบบสำรวจธาตุเจ้าเรือนที่ผู้วิจัยนำมาดัดแปลงเพิ่มเติมจากแบบวิเคราะห์ธาตุเจ้าเรือนของแพทย์หญิงเพ็ญญา ทรัพย์เจริญ โดยปรับเป็นมาตราส่วนประมาณค่า หลังจากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับธาตุเจ้าเรือนตรวจสอบอีกครั้งหนึ่ง

2.3.3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Champion V.L. 1984 : 81 ; citing Becker . 1974) โดยสร้างเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ที่ประกอบไปด้วยการรับรู้ภาวะสุขภาพ 5 ด้าน คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และแรงจูงใจด้านสุขภาพ นำแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ มาหาความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องของการใช้ภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านพฤติกรรมศาสตร์และสุขภาพ จำนวน 5 ท่าน นำไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วจึงนำมาทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

2.3.4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเอง ตามแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคจากพระคัมภีร์ธาตุวิวัฒน์ พระคัมภีร์เวชศึกษา และจากแนวคิดของแพทย์หญิงเพ็ญภา ทรัพย์เจริญ โดยสร้างเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ซึ่งครอบคลุมใน 5 ด้าน คือ

- พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ได้แก่ การไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด การไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ และการรับประทานอาหารที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม
- พฤติกรรมที่เกี่ยวกับอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม
- พฤติกรรมการกระแทบร้อนเย็น
- พฤติกรรมเกี่ยวกับการขาดอุเบกขา
- พฤติกรรมเกี่ยวกับการมีโทษะมักโกรธอยู่เสมอ

ตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสัมภาษณ์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ คือ อาจารย์ที่ปรึกษา 3 คน แพทย์ 1 คน พยาบาล 1 คน อาจารย์แพทย์แผนไทย 2 คน นำมาปรับปรุงแก้ไข แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 30 คน ปรับภาษาและหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach 's Alpha coefficient) (ยูวดี ฤาชา ; และคนอื่น ๆ.2537; 127) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือแต่ละฉบับดังนี้

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ	= .82
ด้านความรุนแรง	= .99
ด้านโอกาสเสี่ยง	= .81
ด้านประโยชน์	= .68
ด้านอุปสรรค	= .80
ด้านแรงจูงใจ	= .80
ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม	= .87
การรับประทานอาหารที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม	= .67
การมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม	= .82
การกระแทบร้อนเย็น	= .81
การขาดอุเบกขา	= .80
การมีโทษะมักโกรธอยู่เสมอ	= .78

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยในแผนกออร์โธปิดิกส์ และแผนกเวชศาสตร์ทั่วไป ของโรงพยาบาลราชวิถี เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงดำเนินการกับกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบดังนี้

3.2 ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ แผนกออโรโธปิดิกส์ และเวชศาสตร์ทั่วไปของโรงพยาบาลราชวิถี

3.3 แนะนำตัว พร้อมทั้งสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัยต่อผู้ป่วย เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย

3.4 ผู้วิจัยศึกษาเวชระเบียนของผู้ป่วย เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคของแพทย์แผนปัจจุบันในการเก็บข้อมูล ครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในระหว่างที่ ผู้ป่วยรอเรียกตรวจก่อนพบแพทย์

3.5 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรค รูปแบบวิธีการรักษา พฤติกรรมต่างๆ เช่น การกิน การทำงาน ฯลฯ ของผู้ป่วยโดยการใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสมมุติฐานวินิจฉัย แบบสำรวจ ญาติเจ้าเรือน แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคตามแนวคิด ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 คำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพในแต่ละด้าน และคะแนนพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

4.2 วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรคตามสมมุติฐานต่าง ๆ และญาติเจ้าเรือน เสนอเป็นตาราง จำนวน และร้อยละ

4.3 คำนวณหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ประโยชน์จากการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และแรงจูงใจด้านสุขภาพกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation coefficient)

4.4 วิเคราะห์อำนาจการทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณหลายขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

4.5 หาความสัมพันธ์ระหว่างสมมุติฐานต่าง ๆ ญาติเจ้าเรือน และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้สถิติ ไคสแควร์ (Chi-squared test) คำนวณหาอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ (Odds ratio) ของแต่ละปัจจัยกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

4.6 วิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยต่าง ๆ กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบลอจิสติก (Multiple logistic regression)

บทที่ 4

การนำเสนอผลของข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม กรณีศึกษาในผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มาตรวจ ณ คลินิกผู้ป่วยนอกโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ จำนวน 150 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้ป่วยโรคทั่วไปที่ไม่มีอาการสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มาตรวจ ณ คลินิกผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป จำนวน 150 คน เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับสมรรถฐานต่าง ๆ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค และแบบสำรวจธาตุเจ้าเรือน ซึ่งผ่านการประเมินความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 และ .87 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน โดยขั้นตอนแรก เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค และขั้นตอนที่สองเป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค สมรรถฐานต่าง ๆ ธาตุเจ้าเรือน กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โดยสามารถนำเสนอผลของข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลได้ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านสมรรถฐานต่าง ๆ ธาตุเจ้าเรือน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถฐานต่าง ๆ ธาตุเจ้าเรือน และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตาม ลักษณะส่วนบุคคลในด้าน สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและอาชีพ

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มศึกษา		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส				
โสด	17	11.33	30	20.00
คู่	104	69.33	95	63.30

ตาราง 3 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มศึกษา		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
หม้าย	23	15.34	6	04.00
หย่า / แยก	6	4.00	19	12.70
รวม	150	100.00	150	100.00
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้ศึกษา	10	6.67	7	4.67
ชั้นประถมศึกษา	70	46.67	71	47.33
มัธยมศึกษา	21	14.00	17	11.33
อนุปริญญา	5	3.31	7	4.67
ปริญญาตรี	39	26.00	36	24.00
ปริญญาโท	5	3.33	11	7.33
ปริญญาเอก	0	0.00	1	0.67
รวม	150	100.00	150	100.00
อาชีพ				
รับราชการ	42	28.00	39	26.00
รับจ้าง	32	21.30	16	10.70
ธุรกิจส่วนตัว	28	18.70	42	28.00
แม่บ้าน	37	24.70	51	34.00
อื่น ๆ	11	7.00	2	1.30
รวม	150	100.00	150	100.00

จากตาราง 3 พบว่ากลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน คือส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 69.33 และ 63.30 ตามลำดับ จบชั้นประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 46.67 และ 47.33 ตามลำดับ ส่วนในด้านอาชีพนั้น พบว่า กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่มีอาชีพรับราชการคิดเป็นร้อยละ 28.00 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ มีอาชีพแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 34.00

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านสมรรถนะต่าง ๆ และธาตุเรือน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามสมรรถนะต่าง ๆ และธาตุเจ้าเรือน

สมรรถนะต่าง ๆ และธาตุเจ้าเรือน	กลุ่มศึกษา (150คน)		กลุ่มเปรียบเทียบ (150คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ธาตุสมรรถนะ				
ดิน	52	34.67	44	29.33
น้ำ	7	4.66	9	6.00
ลม	18	12.00	19	12.67
ไฟ	37	24.67	26	17.33
ลมและน้ำ	24	16.00	36	24.00
ลมและไฟ	12	8.00	16	10.67
อตุสมรรถนะ				
ฤดูร้อน	44	32.84	72	51.07
ฤดูฝน	24	17.91	35	31.53
ฤดูหนาว	66	49.25	34	30.63
อายุสมรรถนะ				
น้อยกว่า 32 ปี	9	6.00	19	12.67
มากกว่า 32 ปี	141	94.00	131	87.33
กาลสมรรถนะ				
6.00-10.00 หรือ 18.00-22.00 น.	32	24.20	47	34.30
10.00-14.00 หรือ 22.00-02.00 น.	34	25.80	44	32.10
14.00-18.00 หรือ 02.00-06.00 น.	66	50.00	46	33.60

ตาราง 5 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามการรับรู้ภาวะสุขภาพในด้านต่าง ๆ (N = 300 คน)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	ช่วงคะแนน แบบวัด	กลุ่มศึกษา		กลุ่มเปรียบเทียบ	
		ค่าคะแนน เฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าคะแนน เฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
- ความรุนแรงของโรค	6-18	7.72	9.02	11.45	4.64
-โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	14-42	24.03	3.62	29.94	5.58
-ประโยชน์ของพฤติกรรม การป้องกันโรค	12-36	24.18	2.97	29.27	3.79
-อุปสรรคของพฤติกรรม การป้องกันโรค	12-36	26.15	3.82	17.58	3.52
-แรงจูงใจด้านสุขภาพ	16-48	27.89	3.96	36.07	4.85
-การรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยรวม	60-180	109.97	9.25	124.61	12.13

จากตาราง 5 พบว่ากลุ่มศึกษามีค่าคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 109.97 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 9.25 และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 124.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 12.13 และพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มเปรียบเทียบมีมากกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มศึกษา ในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการโรคข้อเข่าเสื่อม และแรงจูงใจด้านสุขภาพ ส่วนในด้านการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการโรคข้อเข่าเสือน้อยกว่ากลุ่มศึกษา แสดงว่าผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมีการรับรู้ภาวะสุขภาพพรายด้าน คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการโรคข้อเข่าเสื่อม และแรงจูงใจด้านสุขภาพ ต่ำกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม แต่มีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการโรคข้อเข่าเสื่อมสูงกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามพฤติกรรมการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนทั้ง 2 ชนิด

พฤติกรรมการไม่รับประทานอาหาร	กลุ่มศึกษา		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด				
ไม่รับประทาน	109	72.67	79	52.67
รับประทาน	41	27.33	71	47.33
ตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ				
ไม่รับประทาน	112	74.67	74	49.33
รับประทาน	38	25.33	76	50.67

จากตาราง 6 พบว่ากลุ่มศึกษามีพฤติกรรมการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด และธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ คิดเป็นร้อยละ 72.67 และ 74.67 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด และธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ คิดเป็นร้อยละ 52.67 และ 49.33 ตามลำดับ

ตาราง 7 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค	ช่วงคะแนน แบบวัด	กลุ่มศึกษา		กลุ่มเปรียบเทียบ	
		ค่าคะแนน เฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าคะแนน เฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
การรับประทานอาหารที่เกี่ยวข้อง กับโรคข้อเข่าเสื่อม	6-18	11.17	2.33	9.01	2.02
การมีอิริยาบถต่าง ๆ	10-30	22.67	2.89	16.13	3.91
การกระทบร้อนเย็น	6-18	8.28	2.51	7.21	1.85
การขาดอุเบกขา	10-30	15.33	3.85	13.45	3.43
การมีโทษเมกักรถอยู่เสมอ	10-30	14.96	3.36	13.03	2.83
พฤติกรรมรวม	42-126	74.64	8.48	60.91	8.75

จากตาราง 7 พบว่า กลุ่มศึกษามีคะแนนพฤติกรรมโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 74.64 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.48 และกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนพฤติกรรมโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 60.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.75 และพบว่าคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยรายด้าน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มศึกษาทุกด้านมีมากกว่าคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยรายด้าน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มเปรียบเทียบในทุก ๆ ด้าน

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

ตาราง 8 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมทั้งโดยรวม และรายด้านของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ (N = 300 คน)

พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค	การรับรู้ภาวะสุขภาพรายด้าน				
	ความรุนแรง	โอกาสเสี่ยง	ประโยชน์	อุปสรรค	แรงจูงใจ
-การรับประทานอาหาร	-.234**	-.356**	-.411**	.456**	-.375**
-อิริยาบถที่ไม่เหมาะสม	-.343***	-.478***	-.486***	.812***	-.788***
-การกระทบร้อนเย็น	-.134*	-.257***	-.154***	.260***	-.302***
-การขาดอุเบกขา	-.083	-.144*	-.127***	.262***	-.197***
-การมีไทสะมักโกรธอยู่เสมอ	-.102	-.135*	-.144***	.252***	-.199***
-พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคโดยรวม	-.287***	-.427***	-.472***	.678***	-.624***

* P-value < 0.05 , ** P-value < 0.01, *** P-value < 0.001

จากตาราง 8 พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมทั้งโดยรวม และรายด้าน ดังนี้

การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสมมากที่สุด ($r = -.343$) โดยมีความสัมพันธ์ในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในด้านการขาดอุเบกขาและการมีไทสะมักโกรธอยู่เสมอ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของพฤติกรรมป้องกันโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสมมากที่สุด ($r = -.478$) รองลงมาคือพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมโดยรวม ($r = -.427$) โดยมีความสัมพันธ์ในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสมมากที่สุด ($r = -.486$) รองลงมาคือพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมโดยรวม ($r = -.472$) โดยมีความสัมพันธ์ในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสมมากที่สุด ($r = .812$) รองลงมาคือพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมโดยรวม ($r = .678$) โดยมีความสัมพันธ์ในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

แรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสมมากที่สุด ($r = -.788$) รองลงมาคือพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมโดยรวม ($r = .624$) โดยมีความสัมพันธ์ในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตาราง 9 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับการรับประทานและไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด และธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ (N = 300 คน)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	การรับประทานและไม่รับประทานอาหาร					
	ตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด			ตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ		
	χ^2	df	coeff.	χ^2	df	
ความรุนแรงของโรค	18.35*	10	.25	10.69	10	
โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	33.01	24	-	27.617	24	
ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรค	27.63	19	-	20.825	19	
อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค	41.31**	22	.37	27.101	22	
แรงจูงใจด้านสุขภาพ	47.95**	28	.39	28.235	28	

* P-value < 0.05 , ** P-value < 0.01

จากตาราง 9 พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และแรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานและไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\chi^2 = 18.35$, $df = 10$, $coeff. = .25$, $\chi^2 = 41.31$, $df = 22$, $coeff. = .37$, $\chi^2 = 47.95$, $df = 28$, $coeff. = .39$ ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ไม่มีความสัมพันธ์กับการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด ในขณะที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพทุกด้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ

ตาราง 11 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพในด้านต่าง ๆ ทั้ง 5 ด้าน กับการมีพฤติกรรมการไม่รับประทานอาหารเช้าตามธาตุเจ้าเรือน (ตามวันเดือนปีเกิด) จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติกแบบขั้นตอน (Stepwise multiple logistic regression) (N = 300 คน)

ตัวแปร	B	SE (B)	Adjust OR	95% CI of OR
ค่าคงที่	-2.9809	.5334	-	-
การรับรู้อุปสรรค	.1233	.0232	1.13*	1.08 - 1.18

* P-value < 0.05 , Log-likelihood statistic = -205.796

Goodness of fit chi-square = 8.8727, df =8 , sig = .3532

จากตาราง 11 การวิเคราะห์ตัวแปรเชิงซ้อนของปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพรายด้าน ในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และแรงจูงใจด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการไม่รับประทานอาหารเช้าวันเดือนปีเกิด พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัจจัยตัวเดียวที่ถูกคัดเลือกเข้าสมการ โดยมีค่าอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ (OR) เท่ากับ 1.13 แสดงว่าการรับรู้อุปสรรคสูงขึ้น 1 คะแนน จะไม่รับประทานอาหารเช้าวันเดือนปีเกิดมากขึ้น 1.13 และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานเท่ากับ .1233 แสดงว่า ถ้าการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้น 1คะแนน จะทำให้ไม่รับประทานอาหารเช้าวันเดือนปีเกิดเพิ่มขึ้น .1233 โดยสามารถเขียนสมการ เพื่อทำนายพฤติกรรมการไม่รับประทานอาหารเช้าวันเดือนปีเกิดในรูปของคะแนนดิบ ได้ดังนี้

$$\log_e [(Pi / (1-Pi))] = -2.9809 + .1233 (\text{การรับรู้อุปสรรค})$$

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างสมุฏฐาน ธาตุเจ้าเรือน และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

ตาราง 12 ความสัมพันธ์ระหว่างสมุฏฐานต่าง ๆ และธาตุเจ้าเรือน กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ

ปัจจัย	χ^2	df	coeff. OR	95% CI of OR
ธาตุสมุฏฐาน	5.836	5	-	-

ปัจจัย	χ^2	df	coeff.	OR	95% CI of OR
อุตสาหกรรม	18.884***	2	.25 ^b		
ร้อน				1.00	
ฝน				0.65	0.33 - 1.26
หนาว				1.85	1.02 - 3.34
อายุสมมุฐาน	3.93*	1	.11 ^a	2.27	0.99 - 5.20
กาลสมมุฐาน	7.611*	2	.16 ^b		
6.00-10.00 และ 18.00-22.00 น.				1.00	
10.00-14.00 และ 22.00-02.00 น.				1.13	0.59 - 2.13
14.00-18.00 และ 02.00 - 6.00 น.				2.11	1.17 - 3.79
ประเทศสมมุฐาน	3.64	3	-	-	-
ธาตุเจ้าเรือน (บุคลิกภาพ)	4.233	3	-	-	-

* P-value < 0.05 , *** P-value < 0.001 a Phi-coefficient, b cramer' v coefficient

จากตาราง 12 ความสัมพันธ์ระหว่างสมมุฐานต่าง ๆ และธาตุเจ้าเรือน กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และไม่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า มีเพียงอุตสาหกรรม (ช่วงฤดูกาลที่เริ่มป่วย) อายุสมมุฐาน (อายุที่เริ่มป่วย) และ กาลสมมุฐาน (ช่วงเวลาที่ยื่นป่วย) ที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .25, .11 และ .16 ตามลำดับ โดยในด้านอุตสาหกรรมพบว่า ในช่วงฤดูหนาวและฤดูฝน มีโอกาสเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 1.85 และ 0.65 เท่าของช่วงฤดูร้อน ในด้านอายุสมมุฐานพบว่า อายุมากกว่า 32 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 2.27 เท่าของอายุน้อยกว่า 32 ปี และในด้านกาลสมมุฐาน พบว่า ในช่วงเวลา 14.00-18.00 และ 02.00-06.00 น. และช่วงเวลา 10.00-14.00 และ 22.00-02.00 น. มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 2.11 และ 1.33 เท่าของช่วงเวลา 6.00-10.00 และ 18.00-22.00 น.

ตาราง 13 ความสัมพันธ์ระหว่างการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนทั้ง 2 ชนิด กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

พฤติกรรมการไม่รับประทานอาหาร	χ^2	df	OR	95% CI of OR
ตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด	20.43***	1	3.02	1.859 - 4.930
ตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ	12.82***	1	2.38	1.477 - 3.866

*** P-value < 0.001

จากตาราง 13 พบว่าการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนทั้ง 2 ชนิด มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โดยพบว่าการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด มีโอกาสเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 3.02 เท่า ของการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด และการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพมีโอกาสเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 2.38 เท่า ของการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ

ตาราง 14 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค	χ^2	df	coeff.
-การรับประทานอาหาร	64.576***	11	.46 ^b
-การมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม	157.987***	20	.73 ^b
-การกระแทบร้อนเย็น	20.554*	9	.26 ^b
-การขาดอุเบกขา	28.833*	15	.31 ^b
-การมีโทษะมักโกรธอยู่เสมอ	39.168***	12	.36 ^b

* P-value < 0.05 , *** P-value < 0.001 b. cramer' v coefficient

จากตาราง 14 พบว่า พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคในด้านการรับประทานอาหาร การมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม การกระแทบร้อนเย็น การขาดอุเบกขา การมีโทษะมักโกรธอยู่เสมอ มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .46, .73, .26, .31 และ .36 ตามลำดับ

ตาราง 15 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยด้านอุดมสมบูรณ์ฐาน กาลสมุฏฐาน และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค กับ การเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติกแบบขั้นตอน (Stepwise multiple logistic regression) (N = 300 คน)

ตัวแปร	B	SE (B)	Adjust OR	95% CI of OR
-การมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม(Ac)	.4736	.0589	1.61	1.43 – 1.80
-การมีโทษะมักโกรธอยู่เสมอ (Ag)	.1422	.0609	1.15	1.02 – 1.29
-การรับประทานอาหาร ที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม(Ea)	.2430	.0868	1.28	1.07 – 1.51
-การไม่รับประทานอาหาร ตามธาตุเจ้าเรือน วันเดือนปีเกิด(Ea1)	2.1547	.4159	8.63	3.81 – 19.48
ค่าคงที่	-14.7394	1.7987	-	-

* P-value < 0.05 , Log-likelihood statistic = 186.729

Goodness of fit chi-square = 7.9981 , df =8, P-value = .4337

จากตาราง 15 การวิเคราะห์ตัวแปรเชิงซ้อนของปัจจัยด้านพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรครายด้านกับการเป็นโรคข้อ
 เช่าเสื่อม พบว่า การมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม การมีโทสะมักโกรธอยู่เสมอ การรับประทานอาหารที่เกี่ยวข้องกับโรคข้อ
 เช่าเสื่อม การไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด สามารถทำนายพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคได้
 โดยพบว่า การมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสมเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะเกิดโรคข้อเช่าเสื่อมเพิ่มขึ้น 1.16 เท่า การมีโทสะมัก
 โกรธอยู่เสมอเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะเกิดโรคข้อเช่าเสื่อมเพิ่มขึ้น 1.15 เท่า การรับประทานอาหารที่เกี่ยวข้องกับโรคข้อเช่า
 เสื่อมเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะเกิดโรคข้อเช่าเสื่อมเพิ่มขึ้น 1.28 เท่า การไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือน
 ปีเกิด มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเช่าเสื่อมเป็น 8.63 เท่าของการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด
 ส่วนปัจจัยอื่น ๆ คือ ปัจจัยด้านอุตสาหกรรม กาลสมุฏฐาน การไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ
 การกระทบร้อนเย็น การขาดอุเบกขา เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรเชิงซ้อนพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเช่าเสื่อม
 โดยสามารถเขียนเป็นสมการทำนายการเป็นโรคข้อเช่าเสื่อมในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้

$$\log_e [(Pi / (1-Pi))] = -14.7394 + .4736 (Ac) + .1422(Ag) + .2430(Ea) + 2.1547(Ea1)$$

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

งานวิจัยเรื่องนี้มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยด้านสมรรถนะต่าง ๆ ภาวะเจ้าเรือน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมและไม่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของสมรรถนะต่าง ๆ ภาวะเจ้าเรือน และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยนอก เพศหญิงที่มารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี ในระหว่าง เดือนกันยายน ถึงเดือนพฤศจิกายน 2547 โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มศึกษา คือผู้ป่วยนอกเพศหญิง ทุกคนที่มารับการตรวจรักษาในแผนกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชวิถี และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ชนิดปฐมภูมิ โดยมีระยะเวลาของการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมไม่เกิน 5 ปี และมารับการตรวจรักษาในระหว่าง เดือน กันยายน ถึง พฤศจิกายน 2547 จำนวน 150 คน กลุ่มเปรียบเทียบ คือผู้ป่วยใหม่เพศหญิง ที่มารับการตรวจรักษาในแผนกเวชศาสตร์ทั่วไปโรงพยาบาลราชวิถีและไม่เคยมีประวัติการเป็นโรคที่เข่า ในแผนกเวชศาสตร์ทั่วไป เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 1.แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2. แบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลสมรรถนะวินิจฉัย 3. แบบสำรวจภาวะเจ้าเรือน 4. แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและแรงจูงใจด้านสุขภาพ 5. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งประกอบไปด้วยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร เช่นการไม่รับประทานอาหารตามภาวะเจ้าเรือน วันเดือนปีเกิด การไม่รับประทานอาหารตามภาวะเจ้าเรือนบุคลิกภาพ การรับประทานอาหารที่เกี่ยวข้องกับโรคข้อเข่าเสื่อม ด้านการมีอิริยาบถต่าง ๆ ด้านการกระแทกร้อนเย็น ด้านการขาดอุเบกขา ด้านการมีอารมณ์โกรธ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ยร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation coefficient) และสถิติ ไคสแควร์ (Chi-squared test) วิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณหลายขั้นตอน (Stepwise multiple regression) และวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบลอจิสติก (Multiple logistic regression)

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มศึกษา และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ มีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน คือ มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 69.33 และ 63.30 ตามลำดับ จบชั้นประถม

ศึกษาคิดเป็นร้อยละ 46.67 และ 47.33 ตามลำดับ ส่วนในด้านอาชีพนั้น พบว่า กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่มีอาชีพรับราชการคิดเป็นร้อยละ 28.00 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ มีอาชีพแม่บ้านคิดเป็นร้อยละ 34.00

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านสมรรถฐานต่าง ๆ ชาติเรื่อน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคด้านต่าง ๆ มีดังนี้

1. ชาติสมรรถฐาน (ชาติเจ้าเรื่อนวันเดือนปีเกิด) จากการศึกษาพบว่า กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่มีชาติดินเป็นชาติเจ้าเรื่อน คิดเป็นร้อยละ 34.67 รองลงมาคือ ชาติไฟ คิดเป็นร้อยละ 24.67 และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีชาติดินเป็นเจ้าเรื่อน คิดเป็นร้อยละ 29.33 รองลงมา คือ ชาติลมและน้ำ คิดเป็นร้อยละ 24.00

2. อุดสมรรถฐาน (ช่วงฤดูกาลที่เริ่มป่วย) พบว่ากลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ เริ่มป่วยในช่วงฤดูหนาว คิดเป็นร้อยละ 49.25 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เริ่มป่วยในช่วงฤดูร้อน คิดเป็นร้อยละ 51.07

3. อายุสมรรถฐาน (อายุที่เริ่มป่วย) พบว่า กลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ มีอายุมากกว่า 32 ปี คิดเป็นร้อยละ 94.00 และ 87.33 ตามลำดับ

4. กาลสมรรถฐาน (เวลาที่เริ่มป่วย) พบว่า กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่เริ่มป่วยในช่วงเวลา 14.00-18.00 และ 02.00-6.00 น. คิดเป็นร้อยละ 50.00 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เริ่มป่วยในช่วงเวลา 6.00-10.00 และ 18.00-22.00 น. คิดเป็นร้อยละ 34.30

5. ประเทศสมรรถฐาน (สถานที่อยู่อาศัย) พบว่า กลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ อยู่ในสถานที่ที่มีลักษณะวาโยธาตุ โดยอยู่ในเขตพื้นที่ภาคกลาง คิดเป็นร้อยละ 90.00 และ 90.67 ตามลำดับ

6. ชาติเจ้าเรื่อน (บุคลิภาพ) พบว่ากลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ มีชาติดินเป็นชาติเจ้าเรื่อน คิดเป็นร้อยละ 34.66 และ 44.00 ตามลำดับ รองลงมาพบว่าเป็นชาติไฟ คิดเป็นร้อยละ 26.00 และ 27.33 ตามลำดับ

7. การรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า กลุ่มศึกษามีค่าคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 109.97 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 9.25 และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 124.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 12.13 และพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มเปรียบเทียบมีมากกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มศึกษา ในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และแรงจูงใจด้านสุขภาพ ส่วนในด้านการรับรู้อุปสรรค

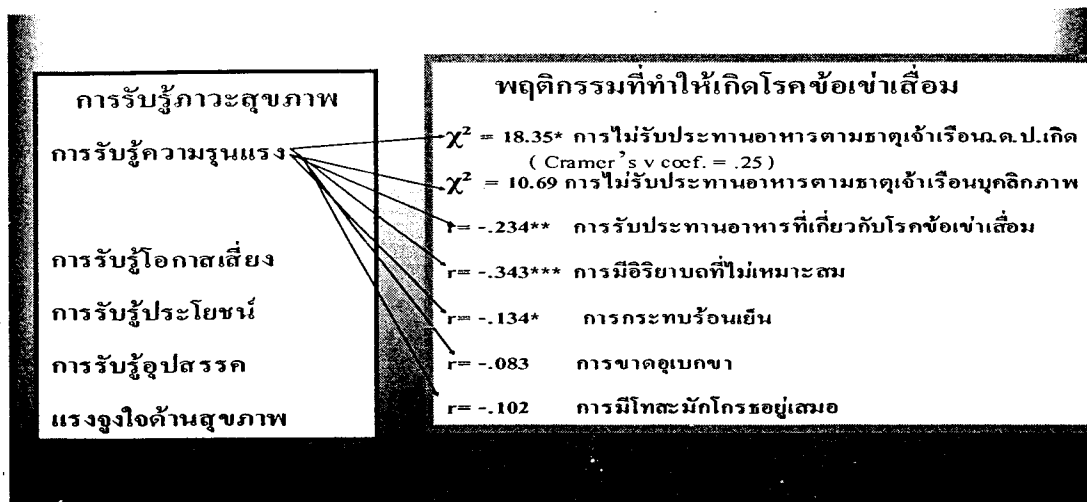
ของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสือน้อยกว่ากลุ่มศึกษา

8. พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในด้านการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด และการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ พบว่ากลุ่มศึกษามีพฤติกรรมการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด และการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ คิดเป็นร้อยละ 72.67 และ 74.67 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด และการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ คิดเป็นร้อยละ 52.67 และ 49.33 ตามลำดับ

9. พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมโดยรวมในด้านการรับประทานอาหารที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม การกระทบร้อนเย็น การขาดอุเบกขา การมีโทษะมักโกรธอยู่เสมอ พบว่า กลุ่มศึกษามีคะแนนพฤติกรรมโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 74.64 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 8.48 และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนพฤติกรรมโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 60.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.75 และพบว่าคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยรายด้าน ของกลุ่มศึกษาในทุกด้านมีมากกว่าคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยรายด้าน ของกลุ่มเปรียบเทียบในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยพบว่า ผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม มีพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในทุกๆ ด้านมากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

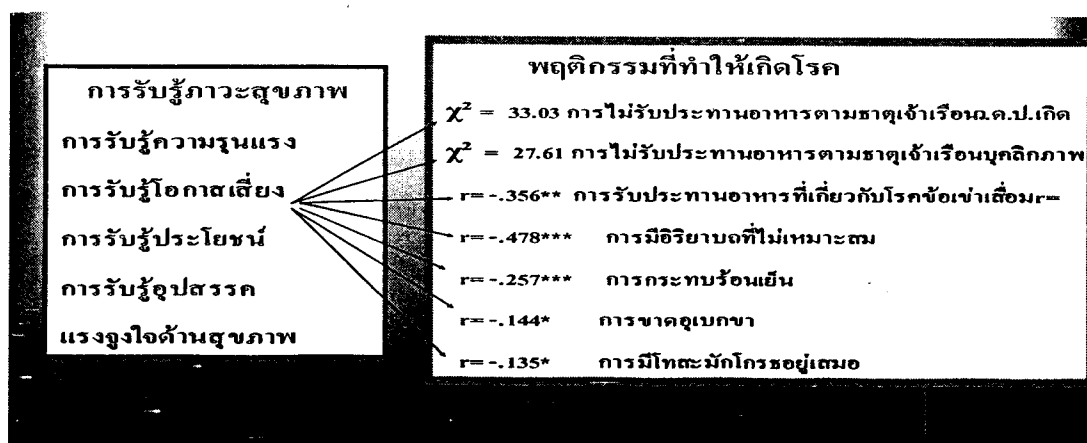
ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ในแต่ละด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหารที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ($r = -.234$) ด้านการมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม ($r = -.343$) ด้านการกระทบร้อนเย็น ($r = -.134$) ด้านการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด ($\chi^2 = 18.35$, cramer's v coef. = .25) และผลการศึกษายังพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ ด้านการขาดอุเบกขา ด้านการมีโทษะมักโกรธอยู่เสมอ ด้านการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ โดยแสดงได้ดังภาพประกอบ 2



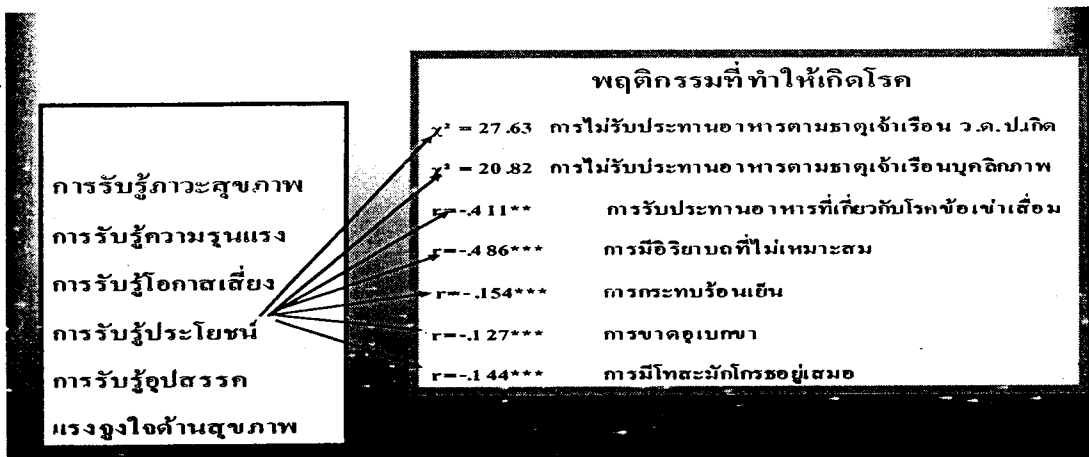
ภาพประกอบ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ในแต่ละด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหารที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ($r = -.356$) ด้านการมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม ($r = -.478$) ด้านการกระทบร้อนเย็น ($r = -.257$) ด้านการขาดอุเบกขา ($r = -.144$) ด้านการมีโทษมักโกรธอยู่เสมอ ($r = -.135$) และจากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ในด้านการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด และการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนนุคลิกภาพ โดยแสดงได้ดังภาพประกอบ 3



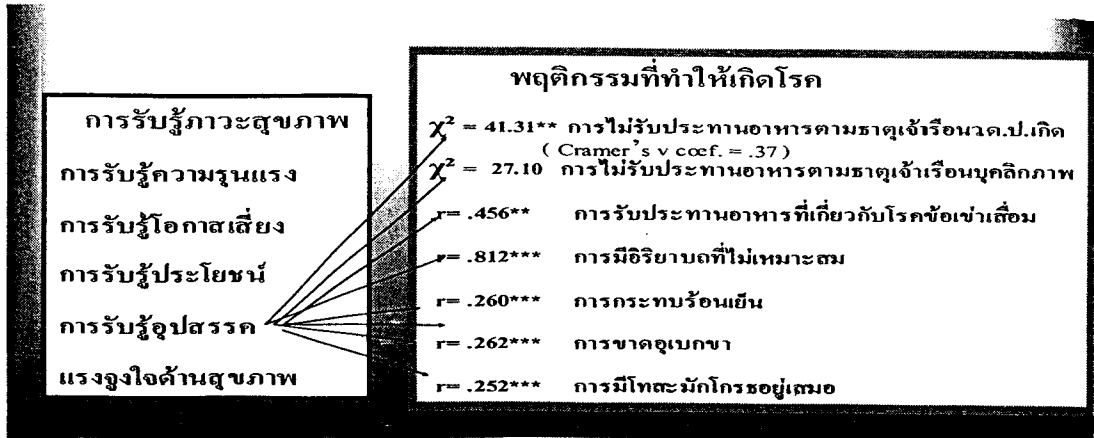
ภาพประกอบ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมโดยรวม ($r = -.472$) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในแต่ละด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหารที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ($r = -.411$) การมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม ($r = -.486$) การกระทบร่อนเย็น ($r = -.154$) ด้านการขาดอุเบกขา ($r = -.127$) การมีโทสะมักโกรธอยู่เสมอ ($r = -.144$) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม 2 ด้าน ได้แก่ การไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด การไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ โดยแสดงได้ดังภาพประกอบ 4 ใ้



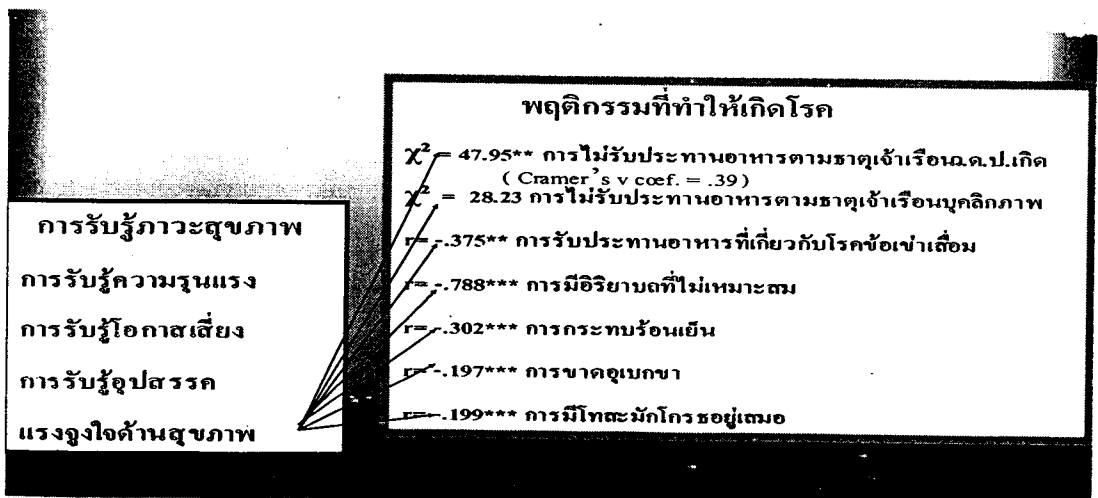
ภาพประกอบ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค ข้อเข่าเสื่อม : ในแต่ละด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหารที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ($r = .456$) การรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด ($\chi^2 = 41.31$, cramer's v coef. = .37) การมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม ($r = .812$) การกระทบร่อนเย็น ($r = .260$) การขาดอุเบกขา ($r = .262$) การมีโทสะมักโกรธอยู่เสมอ ($r = .252$) จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ในด้านการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ โดยแสดงได้ดังภาพประกอบ 5



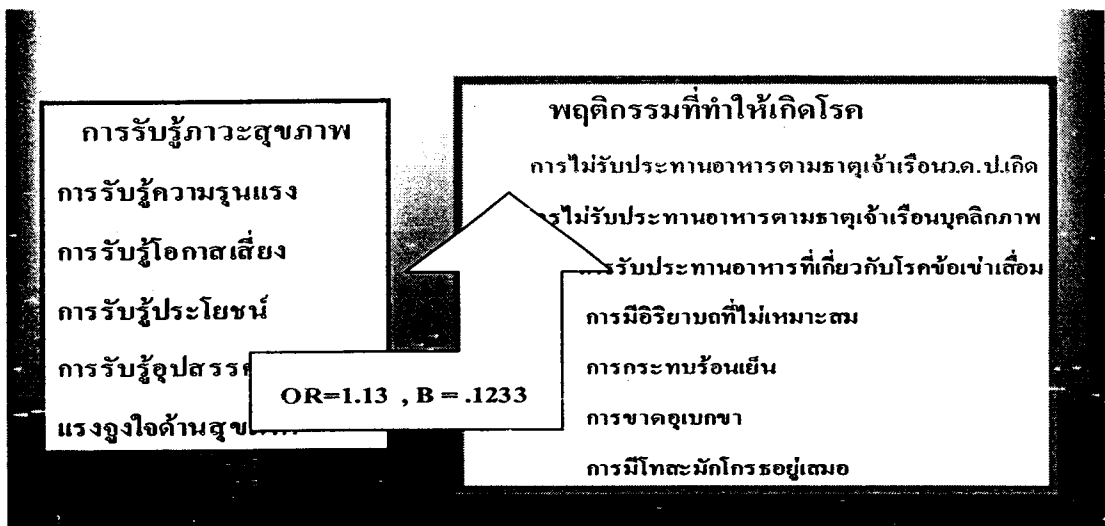
ภาพประกอบ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

แรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม โดยรวม ($r = -.624$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ในแต่ละด้าน คือ การรับประทานอาหารที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ($r = -.375$) การรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด ($\chi^2 = 47.95$, cramer's v coef. = .39) การมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม ($r = -.788$) ด้านการกระทบร้อนเย็น ($r = -.302$) การขาดอุเบกขา ($r = -.197$) การมีโทษมักโกรธอยู่เสมอ ($r = -.199$) ผลการวิจัย พบว่า แรงจูงใจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ โดยแสดงได้ดังภาพประกอบ 6



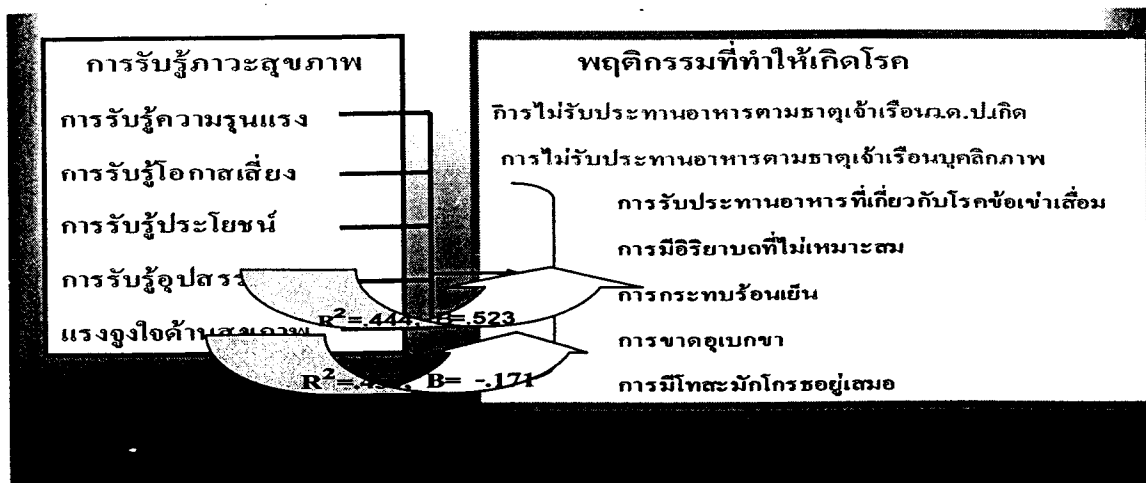
ภาพประกอบ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจด้านสุขภาพกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

และเมื่อนำตัวแปรด้านการรับรู้สุขภาพทั้ง 5 ด้านมาวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบโลจิสติก โดยการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงซ้อนกับพฤติกรรมการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัจจัยตัวเดียวที่ถูกคัดเลือกเข้าสมการ โดยมีค่าอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ (OR) เท่ากับ 1.13 แสดงว่าการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีโอกาสไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิดมากขึ้น 1.13 เท่า และสามารถเขียนสมการเพื่อทำนายพฤติกรรมการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด ในรูปคะแนนดิบได้ คือ $\log_e [(Pi / (1-Pi))] = -2.9809 + .1233$ (การรับรู้อุปสรรค) โดยแสดงได้ดังภาพประกอบ 7



ภาพประกอบ 7 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติกแบบขั้นตอนระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนนุคลิกภาพ

เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และแรงจูงใจด้านสุขภาพกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้ พบว่า มีเพียงการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมและแรงจูงใจทางด้านสุขภาพเท่านั้นที่สามารถทำนายพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้ โดยสามารถทำนายร่วมกันได้ถึง ร้อยละ 45.30 โดยแสดงได้ดังภาพประกอบ 8

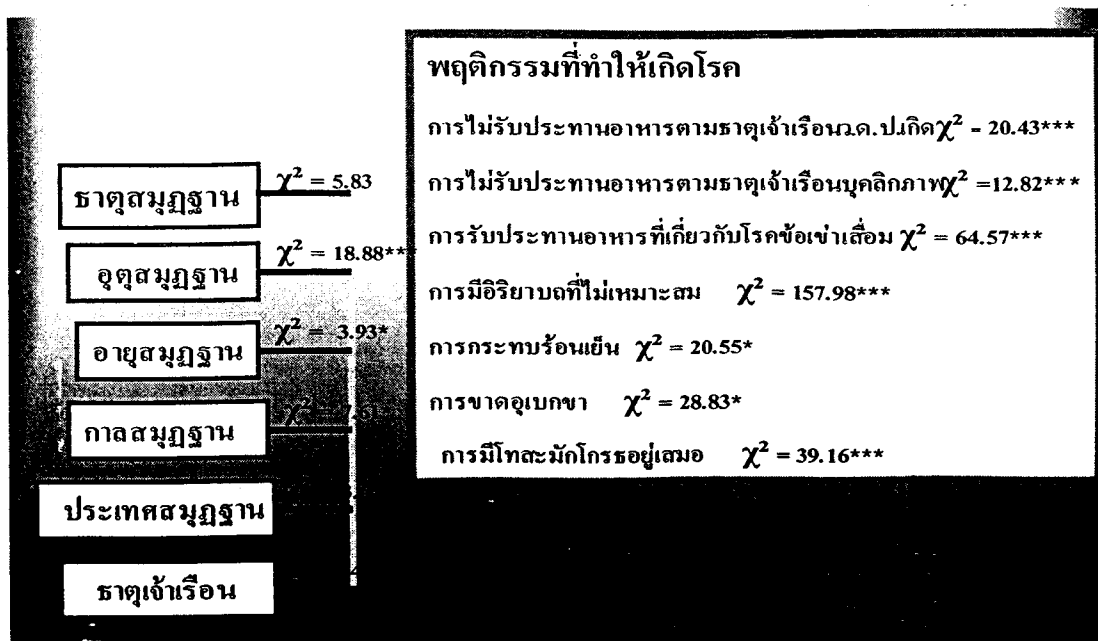


ภาพประกอบ 8 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างสมุฏฐานต่าง ๆ ธาตุเจ้าเรือนและพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

จากการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างสมุฏฐานต่าง ๆ ธาตุเจ้าเรือน และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่ามีเพียงจุดสมุฏฐาน (ช่วงฤดูกาลที่เริ่มป่วย) อายุสมุฏฐาน (อายุที่เริ่มป่วย) และกาลสมุฏฐาน (ช่วงเวลาที่จะเริ่มป่วย) ที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในด้านจุดสมุฏฐาน พบว่าในช่วงฤดูหนาวและฤดูฝนมีโอกาสเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 1.85 และ 0.65 เท่า ของช่วงฤดูร้อน ในด้านอายุสมุฏฐาน พบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 32 ปี มีโอกาสเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่า 2.27 เท่าของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 32 ปี

และในด้านกาลสมุฏฐาน พบว่า ในช่วงเวลา 14.00-18.00 และ 02.00 - 6.00 น. และช่วงเวลา 10.00-14.00 และ 22.00-02.00 น. มีโอกาสเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 2.11 และ 1.13 เท่า ของช่วงเวลา 6.01 - 10.00 และ 18.00-22.00 น. การไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนทั้ง 2 ชนิด มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โดยพบว่า การไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด มีโอกาสเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 3.02 เท่าของการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด และการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ มีโอกาสเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 2.38 เท่าของการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ ส่วนพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในด้านการรับประทานอาหารที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม การกระทบร้อนเย็น การขาดอุเบกขา การมีโทษมักโกรธอยู่เสมอ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแสดงได้ดังภาพประกอบ 9

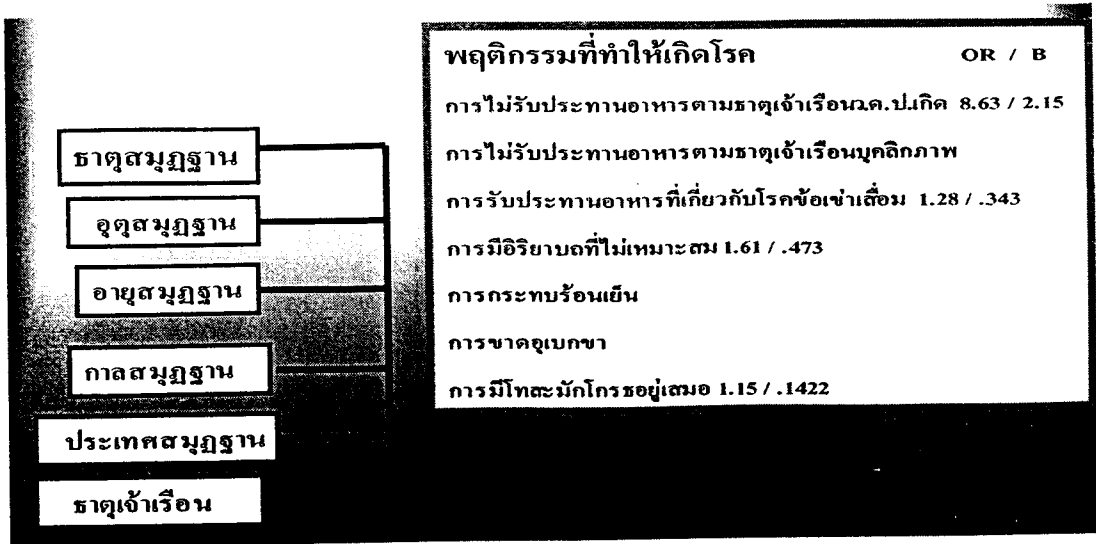


ภาพประกอบ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างสมภูฐานต่าง ๆ ธาตุเจ้าเรือน และพหุคูณที่ก่อให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

เมื่อทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบโลจิสติกของปัจจัยด้านสมภูฐานต่าง ๆ พหุคูณที่ก่อให้เกิดโรคกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า การไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดีอนปีเกิด การมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม การรับประทานอาหารที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การมีโทษมักโกรธอยู่เสมอสามารถทำนายการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้ โดยพบว่าการมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมเป็น 1.16 เท่า การมีโทษมักโกรธอยู่เสมอเพิ่มขึ้น 1 หน่วย มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมเป็น 1.15 เท่า การรับประทานอาหารที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม 1.28 เท่า การไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดีอนปีเกิด มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมเป็น 8.63 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดีอนปีเกิด ส่วนปัจจัยอื่น ๆ คือ ปัจจัยด้านอตุสมภูฐาน อายุสมภูฐาน กาลสมภูฐาน การไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ การกระทบร้อนเย็น การขาดอุเบกขา เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรเชิงซ้อนพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โดยสามารถเขียนเป็นสมการทำนายการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมในรูปแบบแนบติบ ได้คือ

$$\log_e [(P_i / (1 - P_i))] = -14.7394 + .4736 (A_c) + .1422 (A_g) + .2430 (E_a) + 2.1547 (E_a 1)$$

โดยแสดงได้ดังภาพประกอบ 10



ภาพประกอบ 10 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติกแบบขั้นตอนระหว่างสมมุติฐานต่าง ๆ ธาตุเจ้าเรือน และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

อภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาตามสมมติฐานโดยเรียงลำดับ ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานข้อที่ 1 พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมโดยรวม ($r = -.287$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากว่าการที่บุคคลมีการรับรู้อันตรายหรือความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากโรคข้อเข่าเสื่อม เช่น การเคลื่อนไหวไม่สะดวก ไม่สามารถงอเข่าขึ้นลงหรือลุกขึ้นได้ การมีกระดูกเข่าที่ผิดปกติผิดรูป ตลอดจนความเจ็บปวดทุกซทรมาน ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ต่อครอบครัวต่อหน้าที่การงาน สิ่งเหล่านี้จะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลมีพฤติกรรมที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค คือ เมื่อมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมมากก็จะยังมีพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคน้อยลง และจากการรวบรวมรายงานการวิจัยยังไม่พบการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคโดยตรง แต่พบรายงานวิจัยที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับพฤติกรรมป้องกันโรคและการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ เช่น การศึกษาของ ยูพิน เพ็ชรมงคล (2530 : 73) ที่ศึกษาถึงการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่ง

ภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรพินธ์ โชนันต์. (2540 : 84) ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการแพ้สารเคมีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันอันตรายจากการแพ้สารเคมีอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และ ชนิดา สุวจิตต์. (2543 : 43) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคกระดูกพรุนกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี พบว่าการรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคกระดูกพรุน ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเป็นพฤติกรรมที่ช่วยส่งเสริมและป้องกันการเกิดโรค หรือป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคและถือว่าเป็นพฤติกรรมที่มีลักษณะตรงกันข้ามกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค ดังนั้น การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

ผลการศึกษายังพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ ด้านการขาดอุเบกขา ด้านการมีโทสะมักโกรธอยู่เสมอ ด้านการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างก็ไม่เคยทราบว่าการขาดอุเบกขาและการมีโทสะมักโกรธอยู่เสมอจะมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม เนื่องจากยังไม่มีผลงานใดสนับสนุนถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การขาดอุเบกขา และการมีโทสะมักโกรธอยู่เสมอกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ในขณะเดียวกันเราก็พบว่า การขาดอุเบกขาและการมีโทสะมักโกรธอยู่เสมอเป็นสภาพจิตที่แสดงออกมาให้เห็น เนื่องจากความเครียด ซึ่งเป็นอุปนิสัยหรือความเคยชินของบุคคล ขณะเดียวกันอาจเกิดจากสภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่บีบบังคับ โดยจากการซักถามกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 72.00 มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ค่อยดี ต้องทำงานหนัก เนื่องจากเป็นผู้นำครอบครัว และบุคคลในครอบครัวก็ไม่ค่อยมีความสามัคคีกัน ถึงแม้ว่าจะมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ก็ไม่สามารถทำให้พฤติกรรมด้านการขาดอุเบกขา และการมีโทสะมักโกรธอยู่เสมอลดลง ดังนั้น การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม จึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการขาดอุเบกขา และการมีโทสะมักโกรธอยู่เสมอ ส่วนผลการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมไม่มีความสัมพันธ์กับการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากว่าถึงแม้จะมีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนกันบ้างแล้วก็ตาม บุคคลก็ไม่สามารถคาดการณ์กันล่วงหน้าได้ถึงสาเหตุของการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งจากการซักถามผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมพบว่า ร้อยละ 100.00 ขาดความรู้เกี่ยวกับธาตุเจ้าเรือนของตน จึงไม่สามารถรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับธาตุเจ้าเรือนได้ ด้วยเหตุนี้จึงไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมกับพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานข้อที่ 2 พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมโดยรวม ($r = -.427$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม การที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม เช่น การรับประทานอาหารมากเกินไป อ้วนเกินไป รับประทานอาหารจุบจิบ รับประทานสัตว์ปีก หน่อไม้ เครื่องในสัตว์ ต้มเครื่องต้มแอลกอฮอล์ การมีอายุมากขึ้น การมีน้ำหนักตัวมากยิ่งขึ้น การใช้ข้อเข่ามากเกินไป เช่น การนั่งยอง ๆ การนั่งขัดสมาธิ การนั่งพับเพียบ การนั่งคุกเข่า การเดินขึ้น-ลงบันได การยกของหนัก การกระแทกร้อนเย็น การขาดอุเบกขา การมีโทสะมักโกรธอยู่เสมอ เป็นการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมโดยจะเป็นแรงผลักดัน หรือกระตุ้นให้บุคคลสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะทำให้มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมายิ่งขึ้น โดยจะแสดงพฤติกรรมที่จะทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมน้อยลง ดังนั้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม นับว่าผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ วรเดช ช้างแก้ว (2539 : 76) และ อรพินธ์ โชนันต์ (2540 : 84) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรค ซึ่งถือว่าเป็นพฤติกรรมที่มีลักษณะตรงกันข้ามกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรสดังกล่าว จะศึกษาในด้านการรับประทานอาหาร การทำกิจวัตรประจำวัน และการออกกำลังกาย โดยงานวิจัยที่ผ่านมายังไม่ได้มีการศึกษาถึงพฤติกรรมด้านการกระแทกร้อนเย็น การขาดอุเบกขา และการมีโทสะมักโกรธอยู่เสมอ โดยการวิจัยครั้งนี้พบผลการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคในด้านการกระแทกร้อนเย็น การขาดอุเบกขา และการมีโทสะมักโกรธอยู่เสมอ ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากการรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคของตน และปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค จึงทำให้บุคคลมีพฤติกรรมในการป้องกันโรค คือเมื่อทราบถึงสาเหตุ ก็มีผลทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้ ดังนั้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

และจากผลการศึกษา พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม คือ การรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด การรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ การที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นการคาดคะเนไว้ล่วงหน้าว่าตนจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมได้ เพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจึงต้องมีพฤติกรรมในการป้องกันโรค และในการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 100.00 ไม่มีความรู้เกี่ยวกับธาตุเจ้าเรือน จึงไม่ทราบว่าตนมีธาตุใดเป็น

ธาตุเจ้าเรือน ไม่สามารถจัดอาหารให้ตรงตามธาตุเจ้าเรือนตนเองได้ และไม่ทราบว่า การไม่รับประทาน อาหารตามธาตุเจ้าเรือน เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม เนื่องจากยังไม่มีการวิจัยใดสนับสนุน หรือยังไม่มีการพิสูจน์ว่า การไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนจะเกี่ยวข้องกับโรคข้อเข่าเสื่อม แต่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 36.33 มีพฤติกรรมรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนมาโดยตลอด จากการซักถามข้อมูลเพิ่มเติมในกลุ่มนี้พบว่า ชอบรับประทานอาหารประเภทผักผลไม้มานานเป็นประจำ อยู่แล้ว และเมื่อสำรวจธาตุเจ้าเรือนตามวันเดือนปีเกิดและธาตุเจ้าเรือนตามบุคลิกภาพ พบว่า กลุ่ม ตัวอย่างดังกล่าวบังเอิญรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนตนเองอยู่แล้วโดยไม่รู้ตัว

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานข้อที่ 3 พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมโดยรวม ($r = -.472$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ ทางลบกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม การที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากการรับรู้ประโยชน์ของ พฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม เช่น การลดน้ำหนักตัว การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการใช้เข่ามากเกินไป การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา จะช่วยป้องกันการเป็นโรค ข้อเข่าเสื่อมได้ การรับรู้ประโยชน์ดังกล่าวส่งผลให้บุคคลเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติอย่างถูกต้อง และเหมาะสม ดังนั้น การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมในการป้องกันโรคจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับ พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งเป็นพฤติกรรมในทางตรงกันข้ามกับพฤติกรรมในการป้องกัน โรค ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของยูพิน เพ็ชรมงคล. (2530 : 74) ; วรเดช ช้างแก้ว.(2539 : 76) ; อรพินธ์ ไชอนันต์. (2540 ; 84) ; วรชาติ เตชะ (2544 : 60) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของ พฤติกรรมป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

และจากผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมไม่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม 2 ด้าน ได้แก่ การไม่รับประทานอาหารตาม ธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด การไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ ที่เป็นเช่นนี้อาจ เนื่องจากเมื่อบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมมาก ก็มักจะมีความวิตกกังวลสูงตามวิธีการที่ถูกต้อง และเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค โดยหลีกเลี่ยงความเสี่ยงจะ เกิดประโยชน์แก่ตนเอง กล่าวคือ เมื่อไม่รู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมคืออะไร บุคคลจึงไม่ รู้ถึงประโยชน์ต่อการทำพฤติกรรมในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมนั้น โดยจากผลการวิจัยพบว่า การ รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรับประทานอาหารตาม ธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด และการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ กล่าวคือ บุคคล

ไม่ทราบว่าการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด และการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพจะมีความเกี่ยวข้องกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม บุคคลจึงไม่รู้ถึงประโยชน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ดังนั้น จะเห็นได้ว่า การรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม จึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด และไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงเดือน พันธุ์โยธี (2540 : 45) ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานข้อที่ 4 พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม โดยรวม ($r = .678$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นับว่าสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 ที่ว่าการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม การที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจาก อุปสรรคที่ขัดขวางต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ทำให้คาดคะเนผลที่จะเกิดขึ้นจริง จึงมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ความยากลำบากในการควบคุมอาหาร การลดน้ำหนักตัว การงดกิจกรรมบางอย่าง การลดอิริยาบถที่เพิ่มแรงกดของข้อเข่า พฤติกรรมดังกล่าวมีความยากในการปฏิบัติ การได้รับคำแนะนำที่ไม่ชัดเจน การรับรู้ดังกล่าวจะมีอิทธิพลต่อความตั้งใจ ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคดังกล่าว คือเป็นสิ่งกีดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมในด้านบวก คือ ช่วยสกัดกั้นพฤติกรรมสำหรับบุคคลมีความพร้อมน้อย และมีอุปสรรคมาก ก็ยอมยากที่จะเกิดพฤติกรรมดังกล่าว จึงส่งผลให้เกิดความล้มเหลวในการปฏิบัติตนที่จะป้องกันโรค ดังนั้น จึงพบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพิน เพ็ญมงคล (2530 : 74 -75) ; วรเดช ช้างแก้ว. (2539 : 76) ; อรพินธ์ โชนันต์. (2540 : 84) ; ชนิดา สุรจิตต์. (2543 : 43) ; จิตอารี ศรีอาคะ. (2543 : 48) ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมในการป้องกันโรค ซึ่งเป็นพฤติกรรมในทางตรงกันข้ามกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค

จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในด้านการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ ไม่มีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และแรงจูงใจด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เพราะการไม่รับรู้

ภาวะสุขภาพดังกล่าว มีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคของพฤติกรรมในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม เนื่องจากการรับรู้อุปสรรค เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคล ต่อพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพด้านลบ โดยการรับรู้อุปสรรคเป็นองค์ประกอบหนึ่งของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กล่าวคือ เมื่อไม่มีความรู้เกี่ยวกับธาตุเจ้าเรือน ว่าตนเองเป็นธาตุเจ้าเรือนใด และไม่รู้ถึงประเภทของอาหารที่ต้องรับประทานให้เหมาะสมกับธาตุเจ้าเรือน เนื่องจากยังไม่มีงานวิจัยใดสนับสนุนว่า การไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และไม่รู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน จึงทำให้บุคคลไม่ทราบถึงอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้น เป็นผลทำให้การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในด้านการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปริญา ดาสา (2544 : 35) ที่ศึกษาถึงการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายกับพฤติกรรมการออกกำลังกายในอาจารย์สตรี พบว่าการรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งถือว่าเป็นพฤติกรรมการป้องกันโรค

5. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานข้อที่ 5 พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมโดยรวม ($r = -.624$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นับว่าสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5 ที่ว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม การที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากผู้ที่มี แรงจูงใจด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม จะมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี แรงจูงใจด้านสุขภาพเป็นแรงกระตุ้นภายใน เป็นพื้นฐานส่วนตัวของบุคคล บุคคลที่มีความสนใจในสุขภาพของตนเองมักจะไปรับการตรวจสุขภาพ เอาใจใส่ต่อการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม นับว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค เนื่องจากแรงจูงใจเป็นสภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการได้รับการถูกกระตุ้นเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ คือความสนใจและต้องการให้สุขภาพดีขึ้นจากการได้รับคำแนะนำของผู้อื่น จากข้อมูลข่าวสาร และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ดังนั้น ผลการศึกษาค้นคว้าจึงพบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม แรงจูงใจในระดับมากมีผลให้มีพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสือน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพิน เพ็ญมงคล (2537 : 72) ; อรพินธ์ โขอนันต์. (2540 : 84); แสงเดือน พรหมแก้วงาม (2543 : 53) ที่พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัย พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทาน อาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ ที่เป็นเช่นนี้เนื่องมาจาก การรับประทานอาหารส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างเป็นการรับประทานอาหารที่ผ่านการปรุงแต่งแล้ว ในขณะที่การรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนจะเน้นการรับประทานผักผลไม้ จากอาหารที่ได้จากธรรมชาติโดยไม่ผ่านการปรุงแต่ง ซึ่งในช่วงเวลานั้นพบว่า อาหารดังกล่าวมีน้อยมาก และเนื่องจากธุรกิจประเภทของอาหาร ที่ไม่ได้มาจากธรรมชาติซึ่งเป็นอาหารที่ผ่านการปรุงแต่ง มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้เป็นที่รู้จักกันอย่างมาก เป็นผลทำให้บุคคลบริโภคอาหารดังกล่าวเป็นจำนวนมาก และเนื่องจากแรงจูงใจด้านสุขภาพเป็น อารมณ์ที่ต้องถูกกระตุ้นโดยสิ่งเร้า เช่น การให้ข้อมูลแก่บุคคล การมอบเอกสารเกี่ยวกับการให้ คำแนะนำ การชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการปฏิบัติ ซึ่งพบว่าในช่วงเวลานั้นการรับประทานอาหาร ตามธาตุเจ้าเรือนและการวิเคราะห์ธาตุเจ้าเรือนยังไม่เป็นที่รู้จัก การให้ข้อมูลดังกล่าวอาจยังไม่ทั่วถึง และ แรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคจะมีผลมาจากการรับรู้ความรุนแรงของโรค การ รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรค ของพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ทั้ง 4 ด้านไม่มีการสัมพันธ์กับการไม่ รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ ดังนั้นจึงพบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพ จึงไม่มีความสัมพันธ์กับการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ

6. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานข้อที่ 6 พบว่า เมื่อวิเคราะห์ถดถอย พหุแบบขั้นตอน เพื่อหาปัจจัยที่สามารถอธิบายพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมโดยรวมระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อ เข่าเสื่อม และแรงจูงใจด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวแปรที่สามารถอธิบายพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค ข้อเข่าเสื่อมได้ คือ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และแรงจูงใจด้าน สุขภาพเพียง 2 ตัวแปรเท่านั้น ซึ่งพบว่าสนับสนุนกับสมมติฐานข้อที่ 6 เพียงบางส่วน การที่เป็น เช่นนี้อาจเนื่องจากการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม มากที่สุด ($r = .678$) จึงได้รับเลือกเข้าสมการทำนายเป็นอันดับแรก ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมที่ ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้ดีที่สุด ถึงร้อยละ 44.40 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้ เนื่องจากตัวแปรด้านการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมมากที่สุด เมื่อเทียบกับตัวแปรตัวอื่น ๆ และตัวแปรตัวที่ 2 ที่ ได้รับคัดเลือกเข้าสมการคือ แรงจูงใจด้านสุขภาพ ทำให้อำนาจการทำนายสูงขึ้นเป็นร้อยละ 45.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากแรงจูงใจด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมรองลงมาจากตัวแปรด้านการรับรู้อุปสรรค ($r = -.624$) ในขณะที่ ตัวแปรอื่นคือ ตัวแปรด้านรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงของ

โรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมไม่ได้รับคัดเลือกเข้าสมการ การที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจาก ตัวแปรด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมกับตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และตัวแปรด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์กันเองสูง โดยมีค่าความสัมพันธ์ $r = .75$ และ $.598$ ตามลำดับ ดังนั้น เมื่อตัวแปรตัวใดตัวหนึ่งไม่ได้รับคัดเลือกเข้าสมการ ตัวแปรตัวอื่นจึงไม่ได้รับคัดเลือกเข้าสมการด้วย ในขณะที่พบว่าตัวแปรด้านการรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมน้อยมาก ($r = -.287$) จึงไม่ได้รับคัดเลือกเข้าสมการเช่นกัน ดังนั้นจากการศึกษาครั้งนี้ จึงพบว่า มีเพียงตัวแปรด้านการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และแรงจูงใจด้านสุขภาพเท่านั้น ที่สามารถทำนายพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยทั้ง 2 ตัว ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และแรงจูงใจด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้ ส่วนที่เหลือร้อยละ 55.70 ที่ยังไม่สามารถอธิบายได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะจากปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม แต่ยังไม่ได้นำมาศึกษา โดยสามารถเขียนเป็นสมการถดถอยที่ดีที่สุดที่สามารถอธิบายพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในรูปของคะแนนดิบ คือ พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม = $52.662 + 1.044 (Ba) - .313 (Mo)$ และสมการถดถอยที่ดีที่สุดที่สามารถอธิบายพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในรูปของคะแนนมาตรฐานคือ $Z_{behav} = .523 (Ba) - .171 (Mo)$

เนื่องจากบุคคลเมื่อรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคยิ่งมาก จะทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ หรืออาจทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่มีผลดีต่อสุขภาพได้ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคต่าง ๆ จึงมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมาก (Becker, 1974 :332) สอดคล้องกับการศึกษาของแซมเปียน (บุปผา อินตะแก้ว, 2544: 36 ; อ้างอิงจาก Champion, 1984) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นตัวแปรที่สำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยอธิบายว่าถ้าบุคคลมีการรับรู้ว่าอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคว่าเป็นสิ่งยุ่งยาก การปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคก็จะลดต่ำลงด้วย สอดคล้องกับผลการประมวงงานวิจัยของเจนส์ และเบคเกอร์ (บุปผา อินตะแก้ว, 2544:37 อ้างอิงจาก Janz ; & Becker, 1974) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมากที่สุด

นอกจากนี้แรงจูงใจด้านสุขภาพ ยังเป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น ความชอบ ความสนใจ ความเอาใจใส่ต่อสุขภาพ แรงจูงใจเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ทั้ง 4 ด้าน จากการศึกษาของกอกแมน (Gochman, 1971: 148) เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก พบว่าแรงจูงใจ

ด้านสุขภาพสามารถทำนายความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ โดยเด็กที่แรงจูงใจสูงจะตั้งใจที่จะมาพบแพทย์ได้สูงกว่าเด็กที่มีแรงจูงใจต่ำ โดยแรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลสนใจในการปฏิบัติตนหรือดูแลรักษาสุขภาพโดยแสวงหาความรู้ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติตนต่อสุขภาพ ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยเสริมให้บุคคลแสดงพฤติกรรมไปในทางบวก โดยลดพฤติกรรมเสี่ยงที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพ หรือลดพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคได้ สอดคล้องกับการศึกษาของยูพิน เพียร์มรด (2537: 72) ที่พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ จรรยาพัฒนานนท์ (2545 : 45) ที่พบว่าแรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย เนื่องจากพฤติกรรมการออกกำลังกายช่วยปรับปรุงร่างกายให้เป็นที่ดึงดูดใจ ซึ่งจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างพบว่า ถึงแม้จะมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมไม่มากนัก แต่กลุ่มตัวอย่างก็ยังมีพฤติกรรมในการป้องกันโรค คือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดน้ำหนักตัว เนื่องจากรู้สึกภาคภูมิใจที่ตนมีรูปร่างสมส่วนสวยงามและเป็นที่ยอมรับชมแก่เพื่อน ๆ และผู้พบเห็น

จะเห็นได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคหรือพฤติกรรมเสี่ยง โดยถ้าบุคคลมีการรับรู้ที่ตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิขึ้นนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อตนเองน้อย และเชื่อว่าถ้าตนปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่ก่อประโยชน์ ในการลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคโดยไม่ช่วยป้องกันโรคและรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันโรคสูงก็จะไม่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรค โดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมไปในทางที่ตนพึงพอใจตามความสะดวกสบายของตน ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพได้

7. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานข้อที่ 7 สมมุฐานต่าง ๆ ธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม มีดังนี้

7.1 ความสัมพันธ์ระหว่างสมมุฐานต่าง ๆ ธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

7.1.1 ด้านธาตุสมมุฐาน

ความสัมพันธ์ระหว่างธาตุสมมุฐานกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม จากการศึกษาพบว่า ธาตุสมมุฐานไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โดยพบว่า กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่มีธาตุดินเป็นเจ้าเรือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.67 รองลงมาคือ ธาตุไฟ คิดเป็นร้อยละ 24.67 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีธาตุดินมากที่สุดเช่นเดียวกับกลุ่มศึกษา โดยคิดเป็นร้อยละ 29.33 แต่มีธาตุเจ้าเรือนที่รองลงมาคือ ธาตุเจ้าเรือนลมและน้ำ คิดเป็นร้อยละ 24.00 ซึ่งแตกต่างกับกลุ่มศึกษาที่รองลงมาคือมีธาตุไฟเป็นธาตุเจ้าเรือนและเมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิดกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งไม่

สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7 ที่ว่า ธาตุสมุฏฐานมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และไม่สอดคล้องกับทฤษฎีการแพทย์แผนไทยที่กล่าวว่า ผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมน่าจะมีธาตุดินเป็นธาตุเจ้าเรือน

การที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากว่า กลุ่มที่ป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม และกลุ่มที่ไม่ป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีธาตุดินเป็นธาตุเจ้าเรือนในจำนวนที่ไม่แตกต่างกัน ทำให้ไม่เห็นถึงความสัมพันธ์ และอาจเนื่องจากว่า ธาตุสมุฏฐาน หรือธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิดเพียงลำพัง จะไม่มีอิทธิพลต่อการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมโดยตรง แต่จะมีลักษณะที่แสดงถึง การเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมเด่นชัด ถ้ามีปัจจัยอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านอิริยาบถในชีวิตประจำวัน ตลอดจนอารมณ์ ความเครียดต่าง ๆ และสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตัว สอดคล้องกับคำกล่าวของ อวย เกตุสิงห์ (2538: 14) ที่กล่าวว่า การที่ธาตุดิน น้ำ ลม และไฟ แปรปรวนนั้น มีสาเหตุมาจาก “พฤติกรรม” เป็นสำคัญ ซึ่งก็คือ พฤติกรรมเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลไม่เป็นที่ธาตุเจ้าเรือนใด เกิดปัญหาสุขภาพขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการแพทย์แผนไทยที่เชื่อว่า พฤติกรรมเป็นมูลเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วย (คณะกรรมการฝ่ายประมวลเอกสารและจดหมายเหตุ. 2542 : 314)

7.1.2 ด้านอุตุสมุฏฐาน

ความสัมพันธ์ระหว่างอุตุสมุฏฐานกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม จากการศึกษาพบว่า อุตุสมุฏฐานมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7 ที่ว่า อุตุสมุฏฐานมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม แต่ไม่สอดคล้องกับทฤษฎีการแพทย์แผนไทยที่ว่า โรคข้อเข่าเสื่อมน่าจะเริ่มแสดงอาการตั้งแต่ในช่วงฤดูฝน เนื่องจากโรคข้อเข่าเสื่อมจะมีอาการปวดเป็นสำคัญ (ประจวบ รักแพทย์; และศศิธร พลमुख .2535 : 15) โดยในช่วงฤดูฝนจะพบการเสียดูดของธาตุลม ซึ่งเชื่อว่าเป็นการทำงานของระบบไหลเวียน หลอดเลือดฝอยหรือปลายเส้นประสาทเกี่ยวกับระบบประสาท และความเจ็บปวดต่างๆ แต่มีข้อสังเกตที่ว่า ผู้ป่วยจะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการปวด และคิดว่าตนเองเริ่มป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมเมื่อมีอาการปวดเข้ามามากขึ้น แต่จากทฤษฎีการแพทย์แผนปัจจุบันพบว่า โรคข้อเข่าเสื่อมก่อนที่จะมีอาการปวด จะเริ่มด้วยการมีพยาธิสภาพ คือ การฝ่ออ่อนของกระดูกอ่อนผิวข้อ ซึ่งจะพบว่ายังไม่มีความปวด เนื่องจากกระดูกอ่อนผิวข้อไม่มีเส้นประสาทและเส้นเลือดไปเลี้ยง (เจริญ โชติกวนิช;และวิชัย รุ่งปีตะรังสี . 2528 : 1031 ทนงศักดิ์ หอมทรัพย์. 2542:42) ซึ่งความรู้สึกเจ็บปวดจะเกิดขึ้นเมื่อมีการทำลายของกระดูกอ่อนไปจนถึงบริเวณใต้กระดูกอ่อนผิวข้อ ซึ่งมีเส้นประสาทรับความรู้สึก (วรวิทย์ เล่าห์เรณู. 2546 : 7) โดยกระบวนการที่เริ่มมีพยาธิสภาพดังกล่าว จนถึงช่วงเวลาที่เริ่มแสดงความปวด ต้องใช้เวลานานพอสมควร อาจเป็นได้ว่าช่วงที่เริ่มมีพยาธิสภาพดังกล่าว อาจเกิดในช่วงฤดูฝน เมื่อระยะเวลาผ่านไปทำให้เกิดการเสื่อมของกระดูกมากขึ้น จึงเริ่มมีอาการปวดในช่วงฤดูหนาว หรืออาจกล่าวได้ว่าในช่วงฤดูหนาว ซึ่งตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย กล่าวว่าจะเกิดการเสียดูดของธาตุน้ำ โดยเริ่มมีอาการปวดเมื่อน้ำในข้อไม่อยู่ในภาวะสมดุล (เจริญ โชติกวนิช. และวิชัย รุ่งปีตะรังสี . 2528: 1013 ; ทนงศักดิ์ หอมทรัพย์. 2542 : 42) สอดคล้องกับคัมภีร์ธาตุวิภังค์ และโรคนิทานที่กล่าวว่า ในช่วงเดือน 11,12 และเดือน 1 ซึ่งเป็นช่วงฤดูหนาวมักจะทำให้อาไปธาตุพิการ กล่าวคือ จะทำให้ไขข้อพิการและทำให้เมื่อยข้อเมื่อยกระดูกให้ซิดให้ตั้งข้อ (คณะกรรมการฝ่ายประมวลเอกสารและจดหมายเหตุ. 2542 : 575) และสอดคล้องกับการแพทย์แผนปัจจุบันที่กล่าวว่าอาการปวดจะปวดในช่วงที่มีอุณหภูมิต่ำ คือ ในช่วงที่มีอากาศหนาวเย็น กล่าวคือความเย็น ทำให้หลอดเลือดหดตัว เลือดจึงไปเลี้ยงกล้ามเนื้อได้น้อยลง เป็นผลทำให้เกิดอาการปวดเข้าได้ (อวย เกตุสิงห์. 2536 :11)

7.1.3 ด้านอายุสมมุติฐาน

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุสมมุติฐานกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม จากการศึกษ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 7 ที่ว่า อายุสมมุติฐานมี ความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม สอดคล้องกับทฤษฎีการแพทย์แผนไทยที่ว่า โรคข้อเข่าเสื่อมมักพบในวัย บัณฑิตวัย โดยกล่าวว่าธาตุที่เปลี่ยนไปตามวัย เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วย (คณะกรรมการฝ่ายประมวล เอกสารและจดหมายเหตุ. 2542 : 315) และจากตำราของสมาคมแพทย์แผนโบราณวันพระเชตุพล กล่าวว่า บุคคลที่ มีอายุ 32 ปีถึง 64 ปี จะมีปัญหาสุขภาพที่เป็นต้นเหตุจากธาตุลม และอายุมากกว่า 64 ปี จะมีปัญหาสุขภาพที่เป็น ต้นเหตุจากธาตุน้ำ โดยอธิบายได้ว่า นอกจากจะมีความแปรปรวนของธาตุลมซึ่งทำให้หลอดเลือดหดตัวเลือดไปเลี้ยง กระจุกได้กระจุกอ่อนไม่สะดวกแล้ว ด้วยความแปรปรวนของธาตุน้ำก็ยิ่งทำให้น้ำไขข้อแห้ง เป็นผลทำให้กระจุกอ่อน ผิดข้อเสื่อมลงได้ง่าย ซึ่งสอดคล้องกับการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยการศึกษา ของอุดม ชมชาญ และสารเนตร ไวก กุล (2527: 46) ; เจริญ โชติกวณิชย์ และ วิชัย รุ่งปีตะรังสี (2528 : 531-538) ; อีบอง (สุจิตรา ไชยพัฒนะพฤกษ์. 2532 : 23 ; อ้างอิงจาก Ebong,1985) ; เฟลสัน และแอนเดอร์สัน (Felson ;& Anderson . 1988 : 535) ; สุจิตรา ไชยพัฒนพฤกษ์ (2532 : 71-73) จารุณี นันทวโนทยาน (2539:50) ; ปิยนันท์ มณีกุล (2540 : 77) ; กนกพร สสมสุขชีพ (2544:60) ; กาญจนา คุ่มภัย (2544: 50) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ

7.1.4 ด้านกาลสมมุติฐาน

ความสัมพันธ์ระหว่างกาลสมมุติฐานกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม จากการศึกษ พบว่า กาลสมมุติฐานมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ สมมติฐานข้อที่ 7 ที่ว่า กาลสมมุติฐานมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โดยพบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ส่วนใหญ่เริ่มป่วยในช่วงเวลา 14.00-18.00 น. และ 02.00-6.00 น. สอดคล้องกับทฤษฎีการแพทย์แผนไทยที่ว่า โรค ข้อเข่าเสื่อมมีอาการปวดเป็นอาการที่สำคัญ (มูลนิธิส่งเสริมและฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย. 2538: 157-158) โดย ในช่วงเวลา 14.00-18.00 น. และ 02.00-6.00 น. มักเจ็บป่วยด้วยธาตุลมกระทำ กล่าวคือ เป็นการเสียดสมดุขของ ธาตุลม ซึ่งเชื่อว่าเป็นการทำงานของระบบไหลเวียน การหดหรือขยายตัวของหลอดเลือดซึ่งถูกควบคุมโดยธาตุลม สอดคล้องกับคัมภีร์ธาตุวิภังค์ ที่กล่าวว่า ช่วงฤดูกลางทำให้ธาตุในร่างกายแปรปรวนได้เช่นเดียวกัน โดยพบว่าช่วง รอยต่อระหว่างฤดูกาลจะทำให้ร่างกายปรับตัวไม่ได้ เป็นผลทำให้เกิดการเสียดสมดุขและเกิดการเจ็บป่วยได้ (คณะกรรมการฝ่ายประมวลเอกสารและจดหมายเหตุ. 2542 : 315) และสอดคล้องกับการศึกษาของเบลลानी และ คนอื่นๆ (มาริสสา สุวรรณราช. 2544 : อ้างอิงจาก Bellamy ; et.al. 1989) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมักจะปวด ในช่วงเย็นมากกว่าในช่วงเช้า โดยอธิบายว่าช่วงเวลาดังกล่าว อากาศจะค่อนข้างหนาวเย็น ส่งผลให้ขาดเลือดไป เลี้ยงบริเวณปลายหัวกระดูก และเนื้อเยื่อรอบ ๆ ข้อ ทำให้เกิดความเครียดและความอ่อนล้าของกล้ามเนื้อ ซึ่งทำให้ เกิดอาการปวดได้ (เจริญ โชติกวณิช. และวิชัย รุ่งปีตะรังสี . 2528: 1013 ; ทนงศักดิ์ หอมทรัพย์. 2542 : 42)

7.1.5 ด้านประเทศสมภูฐาน

ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศสมภูฐานกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม จากผล

การศึกษาพบว่า ประเทศสมภูฐานไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7 ที่ว่า ประเทศสมภูฐานมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ผลที่ได้ไม่สอดคล้องกับทฤษฎีการแพทย์แผนไทย ที่กล่าวว่า ดินฐานที่อยู่อาศัยของบุคคลเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรค โดยเฉพาะโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งเกิดจากการเสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้อ ซึ่งก็คือธาตุดิน โดยตามทฤษฎีกล่าวว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตประเทศน้ำเค็มเปลือกตม โดยตามภูมิประเทศ เขตประเทศน้ำเค็มเปลือกตม อยู่ในเขตภูเขาที่ราบชายฝั่งตะวันออก และเขตชายฝั่งคาบสมุทรมภาคใต้ (พรสวรรค์ เพชรแดง. มปป. : 6-7) การที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจาก โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมส่วนใหญ่ ถึงแม้ว่าจะอาศัยอยู่ที่ใดก็ตาม ถ้ามีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องแล้ว ก็อาจทำให้เกิดโรคขึ้นได้ หรืออาจเป็นไปได้ว่า พื้นที่ที่ศึกษาเป็นสถานพยาบาลที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร จึงพบผู้ป่วยส่วนใหญ่ ที่มารับการรักษาอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และเขตภาคกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของวิไล วิวัฒน์ชาญกิจ (2539 : 106). และ มุชิตา เสถียรวัฒน์ชัย (2540 : 85) ที่ศึกษาผู้ป่วยในสถานพยาบาลที่อยู่ในเขตภาคกลาง และพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในเขตภาคกลาง

7.1.6 ด้านธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม จากผลการวิจัย

พบว่า ธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7 ที่ว่า ธาตุเจ้าเรือนมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งไม่สอดคล้องกับทฤษฎีการแพทย์แผนไทยที่กล่าวว่า ธาตุเจ้าเรือนดินมักเจ็บป่วยโดยตรงที่อวัยวะต่างๆ เช่นการเสื่อมของกระดูก และการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย การที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากว่า ไม่ว่าจะป็นธาตุเจ้าเรือนใดก็ตาม ถ้าถูกกระทบโดยปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม และจากการทำพฤติกรรมของบุคคล ย่อมทำให้ธาตุดิน น้ำ ลม ไฟ เสียสมดุล แต่อย่างไรก็ตามตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยกล่าวว่า ถ้าบุคคลใดมีธาตุใดเป็นธาตุเจ้าเรือน ก็มักจะพบว่าบุคคลนั้นมีจุดบกพร่องของธาตุเจ้าเรือนนั้น ซึ่งธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพสามารถเปลี่ยนแปลงไปได้ตามสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรม ดังนั้นอาจเป็นไปได้ว่า ถ้าบุคคลมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการบกพร่องของธาตุใด ก็อาจทำให้ธาตุเจ้าเรือนตามบุคลิกภาพเปลี่ยนไปเป็นธาตุเจ้าเรือนตามบุคลิกภาพนั้น ๆ ซึ่งมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับธาตุเจ้าเรือนตามวันเดือนปีเกิด โดยอาจกล่าวได้ว่าธาตุเจ้าเรือนตามบุคลิกภาพ จะมีอิทธิพลต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้ โดยอาจต้องผ่านตัวแปรด้านการรับรู้ และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม และสอดคล้องกับทฤษฎีการแพทย์แผนไทยที่เชื่อว่า พฤติกรรมเป็นมูลเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ (คณะกรรมการฝ่ายประมวลเอกสารและจดหมายเหตุ. 2542 : 314) และสอดคล้องกับอวย เกตุสิงห์ ที่ว่า การที่ธาตุดิน น้ำ ลม และไฟ แปรปรวนนั้น มีสาเหตุมาจากพฤติกรรม เป็นสำคัญ (อวย เกตุสิงห์. 2538 : 14)

ในด้านธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิดนั้น เมื่อปฏิสนธิในครรภ์มารดา ก็ได้รับอิทธิพลจากธาตุเจ้าเรือนของบิดามารดา และได้รับอิทธิพลจากธรรมชาติที่อยู่รอบ ๆ ตัวมารดา ทั้งความร้อน ความเย็นของภูมิอากาศตามฤดูกาล เวลาในแต่ละช่วงวัน รวมทั้งอาหารที่มารดารับประทานเข้าไป ในขณะที่ธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพคิดวิเคราะห์จากค่าคะแนนของแบบสอบถามธาตุเจ้าเรือน โดยวัดในด้านของรูปร่าง ผิวพรรณ การเคลื่อนไหว ความจำ ความคิดสร้างสรรค์ จำนวนบุตร ฐานะทางการเงิน ก่อนป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม ถ้าบุคคลใดมีคะแนนธาตุใดมากกว่า คะแนนขึ้นไป ก็จะพิจารณาให้เป็นธาตุนั้น แต่จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีบุคคลใดที่เป็นธาตุดินอย่างสมบูรณ์ กล่าวคือมีคะแนนเป็นธาตุดินในทุก ๆ ข้อ ส่วนใหญ่มีลักษณะที่ผสมผสานกันระหว่างธาตุดิน น้ำ ลม และไฟ โดยอาจมีรูปร่างเป็นธาตุดิน ผิวพรรณ เป็นธาตุน้ำ การเคลื่อนไหวเป็นธาตุลม ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เป็นธาตุไฟ จึงทำให้ไม่สามารถแยกความเด่นชัดของธาตุดินได้ และเนื่องจากในสมัยก่อนบุคคลจะไม่ย้ายถิ่นฐาน โดยจะอาศัยอยู่ในสถานที่เกิด ตั้งแต่เกิดจนถึงเสียชีวิต ซึ่งถือว่าอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิมที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ประกอบกับสมัยก่อนสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่ไม่มีมลพิษ โดยมีลักษณะที่เป็นธรรมชาติ และอากาศจะไม่ร้อนหรือหนาวมากจนเกินไป ซึ่งเป็นผลทำให้บุคคลในสมัยก่อนไม่พบกับปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ส่งผลให้บุคคลมีโรคภัยไข้เจ็บที่ค่อนข้างซับซ้อนเหมือนในยุคปัจจุบัน จึงทำให้ธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด และธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพมีแนวโน้มใกล้เคียงกันหรือเป็นธาตุเดียวกัน ซึ่งลักษณะที่เป็นอยู่ในปัจจุบันอาจสอดคล้องหรือไม่สอดคล้องกับลักษณะที่เป็นมาตั้งแต่ปฏิสนธิ แต่จากการศึกษากลุ่มที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และไม่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ย้อนหลังก่อนป่วยของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าผู้ป่วยที่มีธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิดและธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ ที่สอดคล้องและตรงกันคิดเป็นร้อยละ 48.50 และ 45.00 ตามลำดับ และเป็นธาตุเจ้าเรือนที่แตกต่างกันคิดเป็นร้อยละ 42.50 และ 55.00 ตามลำดับ ทั้งนี้เป็นเพราะการอบรมเลี้ยงดู พฤติกรรมการกินและสิ่งแวดล้อม ทำให้ธาตุเจ้าเรือนเปลี่ยนแปลงไป (เพ็ญญาทรัพย์เจริญ (2540 :31)

แต่อย่างไรก็ตามในความเป็นจริง บุคคลต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นเมื่ออายุมากขึ้นธาตุก็สามารถเปลี่ยนแปลงไปได้ตามช่วงเวลาของอายุ และเมื่ออายุมากขึ้นเท่าใด ก็จะทำให้ธาตุเจ้าเรือนถูกอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไปมากขึ้นเท่านั้น และเมื่อไม่สามารถแยกความเด่นชัดของธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพได้ จึงไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างธาตุเจ้าเรือนกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งข้อค้นพบจากการศึกษาค้างนี้ ยังไม่ชัดเจนนัก จึงควรต้องมีการศึกษาให้ละเอียดต่อไป

จากทฤษฎีการแพทย์แผนไทย กล่าวว่า บุคคลที่มีธาตุใดเป็นเจ้าเรือน ธาตุนั้นจะเป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพ โดยพบว่าโรคข้อเข่าเสื่อมนั้นเกิดจากความเสื่อมของกระดูกอ่อนบนผิวข้อเข่า คือธาตุดิน ซึ่งจากคัมภีร์ธาตุวิภังค์ และคัมภีร์โรคนิทาน กล่าวถึง กระดูกว่าเป็นธาตุดิน และกล่าวถึงกระดูก 300 ท่อน เมื่อพิการกิติ์ แดกกิติ์ น้ำมันซึ่งจุกอยู่ในข้อนั้นจะละลายออก แล้วทำให้เจ็บปวดกระดูก ดูดั่งว่าจะเคลื่อนคลาตออกจากกัน (คณะกรรมการฝ่ายเอกสารและจดหมายเหตุ . 2542 :337-341) และกล่าวถึงธาตุน้ำว่าคือ “น้ำไขข้อ ถ้าพิการหรือแตกกิติ์ อันว่าไขข้อนี้อยู่ในกระดูก มักกระทำให้เมื่อยในข้อในกระดูก ดูดั่งว่าจะขาดออกจากกัน ให้ขัดตึงทุกข้อ”

จากคำกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า ทฤษฎีการแพทย์แผนไทยได้กล่าวถึงโรคที่เกิดจากการเสื่อมของกระดูกว่า เกิดจากธาตุน้ำ ซึ่งก็คือน้ำไขข้อ ที่ไม่อยู่ในภาวะสมดุล (พิการหรือแตก) คือมีน้อยเกินไปหรือไม่มีเลย ก็จะทำให้เกิดความเจ็บปวดมากที่บริเวณข้อ

นอกจากนี้คัมภีร์ธาตุวิวัฒน์ ก็ยังกล่าวถึงธาตุอีก 2 ธาตุ คือ ธาตุลม และธาตุไฟ โดยกล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ธาตุทั้ง 4 อย่างชัดเจนว่า ธาตุน้ำอาศัยดินเพื่อการอยู่รอด อาศัยลมเพื่อการเคลื่อนไหว ขณะเดียวกันธาตุลม ก็ช่วยพยุงธาตุดิน และอาศัยธาตุไฟทำให้ลมและน้ำ ในร่างกายเคลื่อนที่ ด้วยพลังแห่งความร้อนอันพอเหมาะ และสอดคล้องกับ คัมภีร์ธาตุวิวัฒน์ ที่กล่าวว่า ธาตุทั้ง 4 ต้องอยู่ในภาวะสมดุล ร่างกายจึงจะไม่เจ็บป่วย ธาตุดินอาศัยน้ำ ทำให้ชุ่มและเต่งตึง อาศัยลมพยุงให้คงรูปและเคลื่อนไหว อาศัยไฟให้พลังอุ่นไว้ไม่ให้เน่า น้ำต้องอาศัยดินเป็นที่เกาะกุมซับไว้มิให้ไหลเหือดแห้งไปจากที่ควรอยู่ อาศัยลมทำให้น้ำไหลซึมซับทั่วร่างกาย ลมต้องอาศัยน้ำและดิน นำพาพลังไปในที่ต่าง ๆ ดินปะทะลมทำให้เกิดการเคลื่อนที่อย่างพอเหมาะ ไฟทำให้ลมเคลื่อนที่ไปได้ ในขณะที่ลมสามารถทำให้ไฟลุกโชน โดยจากคัมภีร์กล่าวว่ธาตุทั้ง 4 จะต้องอาศัยซึ่งกันและกัน จะขาดสิ่งใดสิ่งหนึ่งไม่ได้ และหากธาตุใดธาตุหนึ่งแปรปรวน ก็จะเสียสมดุลทันที (คณะกรรมการฝ่ายเอกสารและจดหมายเหตุ . 2542 :604)

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า บุคคลไม่ว่าจะเป็นธาตุเจ้าเรือนใดก็ตาม เมื่อมีการสะสมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมมาตั้งแต่ในครั้งที่ยังอยู่ในช่วงวัยปฐมวัย จนถึงช่วงวัยมัชฌิมวัย จนแสดงอาการในช่วงปัจฉิมวัย โดยพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมดังกล่าวนั้นประกอบไปด้วย การไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด การไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ การรับประทานอาหารที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม การกระแทกหรือเย็น การขาดอุเบกขา การมีโทสะมักโกรธอยู่เสมอ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวล้วนแล้วแต่จะส่งผลทำให้ปริมาณสารอาหารที่กระดูกอ่อนจะได้รับลดน้อยลง ไม่ว่าจะเป็นความเข้มข้นของสารอาหารที่จำเป็น เช่น วิตามิน และแอนติออกซิเด้นต่าง ๆ ที่ได้จากอาหารตามธาตุเจ้าเรือนแล้ว ยังมีทางเดินของเส้นเลือดเพื่อลำเลียงสารอาหารดังกล่าว ถ้าเส้นเลือดมีสิ่งกีดขวางหรือหดตัว ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุจากความเครียดที่เกิดจากการขาดอุเบกขา การมีโทสะ หรือการกระแทกหรือเย็น ก็ตาม ในขณะที่เดียวกัน พฤติกรรมการเพิ่มแรงกด แรงดันบริเวณข้อกระดูกเข่า จากการยืนการเดินการนั่งงอเข่า การนั่งสมาธิ การนั่งพับเพียบ การนั่งคุกเข่า การยกของหนัก การเดินขึ้นลงบันได การปีนป่ายที่สูงการดึงลากวัตถุ ก็ย่อมส่งผลกระทบต่อหลอดเลือดและกล้ามเนื้อรอบๆ เข่า ตลอดจนส่งผลโดยตรงต่อกระดูกอ่อนที่ข้อเข่าเอง ซึ่งจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมดังกล่าวล้วนส่งผลกระทบต่อธาตุภายในร่างกายโดยเฉพาะธาตุดินให้มีความเสื่อมหรือเกิดการเสียสมดุลมากยิ่งขึ้น และเมื่อมากระทบกับสิ่งแวดล้อมภายนอกอีก เช่น ช่วงฤดูกาล (ฤดูสมุฏฐาน) และช่วงเวลา (กาลสมุฏฐาน) โดยจากการศึกษา พบว่า ช่วงฤดูกาล ที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมก็คือช่วงฤดูหนาว ซึ่งส่งผลให้เกิดการกระทบกระเทือนธาตุน้ำในร่างกาย เกิดการเสียสมดุลของน้ำไขข้อ ซึ่งทำให้น้ำไขข้อมีปริมาณน้อยเกินไปหรือมากเกินไป สอดคล้องกับตำราเส้น จุด และโรคในทฤษฎีการนวดไทยที่กล่าวถึงโรคนี้ว่า คือ จับโป่ง ซึ่งมี 2 ชนิด คือ จับโป่งน้ำ กับจับโป่งแห้ง โดยกล่าวว่าจับโป่งน้ำจะมีอาการปวด บวม แดง ร้อน ส่วนจับโป่งแห้งจะมีอาการขัดเจ็บ (เพ็ญภา ทวีทรัพย์เจริญ. 2540 : 77) โดยคนปกติ น้ำไขข้อจะมีปริมาณ 2.5 มิลลิตร โดยน้ำไขข้อจะทำหน้าที่เคลือบผิวหน้าเยื่อข้อ เป็นแหล่งอาหารของกระดูกอ่อนผิวข้อและเอ็นรอบ ๆ ข้อ ช่วยเป็นตัวหล่อลื่น ทำให้ข้อมีการเคลื่อนไหวได้สะดวก ในขณะที่ช่วงเวลาที่มากกระทบกับธาตุ

ในร่างกายทำให้เกิดการเสียนสมดุล โดยพบว่าช่วงเวลาที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม อยู่ในช่วงเวลา 14.00-18.00 น. และ 02.00-06.00 น. กล่าวคือ ในช่วงเวลาดังกล่าวจะทำให้หลอดเลือดหดตัว เส้นเอ็นถูกบีบอัด ทำให้เกิดการปวดข้อ มีเสียงดังในข้อเข่า มีอาการขัดตึงในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว อาการดังกล่าวเกิดจากธาตุลมชื่อ อโรคมาวาตา โดยพบว่า เมื่อลมนี้พิการจะทำให้เมื่อยขบทุกข้อกระดูก นอกจากนี้ยังมีเส้นอิทา ปิงคลา ซึ่งอยู่ทางด้านซ้ายและขวาของเข่า โดยเชื่อว่าเป็นเส้นที่ช่วยให้เลือดและลมไหลเข้าได้สะดวก และพบว่าเมื่อ 2 เส้นนี้ มีปัญหาก็จะทำให้เกิดอาการขัดเข่าได้ (เพ็ญนภา ทรรศัยเจริญ. 2540 : 22-33) โดยเมื่ออย่างเข้าสู่ปัจฉิมวัย (อายุ สมบูรณ์) คือ อายุมากกว่า 32 ปีขึ้นไป ก็จะมีเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวกับธาตุลม กล่าวคือ มีแนวโน้มที่จะเกิดการเสียนสมดุลที่ธาตุลมมากกว่าธาตุอื่น ๆ อยู่แล้ว

ซึ่งโรคข้อเข่าเสื่อม ตามแนวคิดทฤษฎีทางการแพทย์แผนไทย เกิดจากธาตุดิน (กระดูกอ่อน) ซึ่งถือว่าเป็นที่ตั้งของการเกิดโรค เมื่อถูกกระทบโดยพฤติกรรมต่าง ๆ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก ทำให้ธาตุน้ำและลมเกิดการแปรปรวนไปอย่างเห็นได้ชัด กล่าวคือ น้ำไขข้อมากเกินไปหรือน้อยเกินไป เลือดที่มาเลี้ยงบริเวณเส้นเอ็นรอบ ๆ ข้อ และกระดูกใต้กระดูกอ่อน หดตัว การผิดปกติของเส้นอิทาและปิงคลา ในขณะที่การเสียนสมดุลของธาตุไฟยังไม่เด่นชัดนัก กล่าวคือ จากผลการศึกษาตามสมุฏฐานต่างๆ ยังไม่พบความแปรปรวนของธาตุไฟ แต่จากทฤษฎีการแพทย์แผนไทยกล่าวว่า ธาตุไฟในร่างกายคนเรา คือ ปริณามัคคี (ไฟช่วยย่อยอาหาร) จะช่วยย่อยอาหารที่บุคคลรับประทานเข้าไป โดยเฉพาะสารอาหารที่มีประโยชน์ต่อกระดูกอ่อนผิวข้อ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างธาตุสมุฏฐาน อุตสมุฏฐาน อายุสมุฏฐาน กาลสมุฏฐาน ประเทศสมุฏฐาน และธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่ามีเพียงอุตสมุฏฐานและกาลสมุฏฐานเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของอุตสมุฏฐาน (ช่วงฤดูกลางที่เริ่มป่วย) พบว่าฤดูหนาวเป็นช่วงที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่าฤดูอื่น ๆ ในขณะที่กาลสมุฏฐาน พบว่า เป็นในช่วง 14.00-18.00 และ 02.00-06.00 น. ซึ่งทฤษฎีการแพทย์แผนไทยพบว่ามีลักษณะที่ไม่สอดคล้องกันคือ ในช่วงฤดูหนาวทางทฤษฎีมักเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวกับธาตุน้ำ ในขณะที่ในช่วงเวลา 14.00-18.00 และ 02.00-6.00 น. มักจะเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวกับธาตุลม ซึ่งตามทฤษฎีน่าจะพบอุตสมุฏฐาน ซึ่งเป็นช่วงฤดูฝน โดยมักจะเจ็บป่วยด้วยธาตุลมที่มีความสอดคล้องกันกับช่วงเวลาดังกล่าว ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวกับธาตุลม ดังนั้นจะเห็นได้ว่า สมุฏฐานดังกล่าวอาจต้องมีการศึกษาที่ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น โดยอาจเน้นเฉพาะช่วงฤดูใดฤดูหนึ่งและช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งควรมีการศึกษาต่อไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรทั้ง 3 คือ ฤดูกาลที่เริ่มป่วย (อุตสมุฏฐาน) อายุที่เริ่มป่วย (อายุสมุฏฐาน) และ ช่วงเวลาที่เริ่มป่วย (กาลสมุฏฐาน) เข้าสมการวิเคราะห์ความถดถอยพหุแบบโลจิสติก ร่วมกับตัวแปรด้านพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

7.2 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมโดยรวม มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ($\chi^2 = 141.26$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในแต่ละด้าน มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม คือ ด้านการรับประทานอาหารที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ด้านการ

รับประทานอาหาร ตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด ด้านการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ ด้านการมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม ด้านการกระทบร้อนเย็น ด้านการขาดอุเบกขา ด้านการมีโทษะมักโกรธอยู่เสมอ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายความสัมพันธ์ได้ตามลำดับดังต่อไปนี้

7.2.1 ด้านการรับประทานอาหารที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ด้านการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด ด้านการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ($\chi^2 = 20.43, 12.82, 64.576$, $\text{coeff.} = .27, .21, .46$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7 ที่ว่าพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากอาหารที่รับประทานมีความสัมพันธ์กับการเสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้อเข่า ซึ่งกระดูกอ่อนผิวข้อจะมีน้ำไขข้อที่หล่อเลี้ยงและช่วยคงสภาพของกระดูกอ่อนผิวข้อ เช่น ไฮออลูโรเนท (Hyaluronate) โดยจะช่วยลดการสูญเสียสารพื้นจากกระดูกผิวข้อ (สุกิจ แสงนิพนธ์กุล, 2534: 99 อ้างอิงจาก Sweet; et al. 1979) และเนื่องจากกระดูกอ่อนผิวข้อไม่มีหลอดเลือดไปเลี้ยงโดยตรง น้ำที่อยู่ในเนื้อพื้นจึงมีความสำคัญในการช่วยนำสารอาหารและของเสียเข้าและออกจากคอนโดไซต์ (Chondocyte) เพื่อแลกเปลี่ยนกับน้ำไขข้อ (สุกิจ แสงนิพนธ์กุล, 2534: 105) ในขณะเดียวกันกระดูกใต้กระดูกอ่อน จะมีหลอดเลือดที่นำอาหารจากกระดูกใต้กระดูกอ่อน เข้าไปในกระดูกอ่อนผิวข้อ นอกจากนี้ยังพบว่าอนุมูลอิสระจะเป็นอันตรายต่อกระดูกอ่อนผิวข้อ เพราะระงับการซ่อมแซมของกระดูกอ่อน จึงทำให้เกิดข้อเสื่อมได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแมคคอลลินดอน แจ็คเคส แชนซ์ ; และคนอื่นๆ (McAlindon TE; Jacques P. Zang Y; & et. al . 1966:648) ที่พบว่าผู้ที่บริโภควิตามินซี ในปริมาณสูง จะช่วยลดการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมถึง 3 เท่า ของผู้ที่บริโภควิตามินซีในปริมาณต่ำ ในขณะที่พบว่าการบริโภควิตามินดีในระดับต่ำ จะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเพิ่มความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ถึง 3 เท่าของผู้ที่บริโภควิตามินดีในระดับสูงเร็วขึ้น (ธำรงรัตน์ แก้วกาญจน์ ; และคนอื่นๆ . 2545: 20) จะเห็นได้ว่า การรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนจะเป็นการรับประทานอาหารประเภทพืชผักผลไม้ ซึ่งมีสารอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย โดยเฉพาะสารต้านอนุมูลอิสระ เช่น พวกวิตามิน และเกลือแร่ ที่มีในผักและผลไม้ ที่ประกอบไปด้วย แคลเซียม ฟอสฟอรัส เหล็ก ไฟเบอร์ แครโรทีน วิตามิน เอ บี1 บี2 วิตามิน ซี และวิตามินดี ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นสิ่งที่ช่วยลดความเสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้อเข่า สอดคล้องกับปิยนันท์ มณีกุล (2540 : 79-80) ที่พบว่าบริโภคนิสัยมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

7.2.2 ในด้านอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ($\chi^2 = 157.987$, $\text{coeff.} = .73$) อย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ .001 ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7 ที่ว่า พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมานิตย์ ลิมปพยอม (สุจิตรา ไชยพัฒพฤกษ์ . 2532 :20 ; อ้างอิงจาก มานิตย์ ลิมปพยอม . 2521) ที่กล่าวว่า การเสื่อมสลายของข้อเกิดจากการเคลื่อนไหวในการดำเนินชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุณี นันทวโนทยาน (2539 : 57) ที่พบว่ากลุ่มศึกษาส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายโดยการบริการกล้ามเนื้อคอทโตเดเซฟส์ไม่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา ไชยพัฒพฤกษ์ (2532 :71) ที่พบว่า พฤติกรรมในการทำงานมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับปิยนันท์ มณีกุล (2540 : 79-80) ที่พบว่า

การมีกิจกรรมในชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการศึกษาของวิชัย รุ่งปีตะรังสี (2541 : 45) พบว่าพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าการมีพฤติกรรมนั่งคุกเข่า มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 20.90 เท่า การมีพฤติกรรมนั่งขัดสมาธิ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 15.602 เท่า การมีพฤติกรรมนั่งพับเพียบ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 20.80 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิภา งามวิสุทธิ กุล (2543 : 45) ที่พบว่า การนั่งคุกเข่า การนั่งยอง ๆ การนั่งพับเพียบ นานกว่า 6 ชั่วโมง/ สัปดาห์ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 20.90 เท่า , 66.12 เท่า และ 4.8 เท่า ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการแพทย์แผนไทยที่กล่าวว่า การมีอิริยาบถใดอิริยาบถหนึ่งนานเกินไป จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากพฤติกรรมดังกล่าวมีผลทำให้เส้นเอ็นข้อกระดูกยึดเต็มที่ ข้อเข่าถูกพับงอเป็นเวลานาน ๆ เป็นผลทำให้มีการไหลเวียนของเลือดไม่ดีพอทำให้กระดูกอ่อนผิวข้อขาดสารอาหารไปเลี้ยง เป็นการส่งเสริมให้ข้อเข่าเสื่อมง่ายกว่าปกติ ส่วนในด้านการออกกำลังกายนั้น พบว่า มีความสำคัญมาก โดยเฉพาะการออกกำลังกายบริเวณกล้ามเนื้อรอบ ๆ ข้อเข่า และกล้ามเนื้อต้นขา โดยพบว่าการเล่นไหวจะทำให้เกิดความเสื่อมข้อกระดูกอ่อนลดลง ทำให้ความหนาแน่นของกระดูกอ่อนผิวข้อเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากปริมาณสารเหลวของกระดูกอ่อนเพิ่มขึ้น และพบว่าการเล่นไหวของข้อจะช่วยให้การไหลเวียนของน้ำในไขข้อดีขึ้น โดยช่วยให้มีการดูดและการแผ่กระจายของน้ำในไขข้อเข้าไปในกระดูกอ่อนผิวข้อได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Maroudas ; et ai 1988:160) นอกจากนี้ ความคงทนของกระดูกอ่อนผิวข้อ ยังขึ้นอยู่กับ การจับตัวกันและความเข้มข้นของโปรตีโกลัยเคน (Proteoglycan) ของกระดูกอ่อน และพบว่า การที่กระดูกอ่อนถูกกดก็มีผลทำให้เกิดอนุมูลอิสระ ซึ่งทำให้ข้อเสื่อมเป็นวงจรมวนเวียนกันไป (อารังรัตน์ แก้วกาญจน์; และคนอื่น ๆ .2545: 20) ดังนั้นพฤติกรรมการมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสมจึงมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

7.2.3 ในด้านการกระแทกร้อนเย็นนั้น พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ($\chi^2 = 20.554$, $\text{coeff.} = .26$) อย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ .05 ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7 ที่ว่า พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ที่เป็นเช่นนี้เนื่องมาจากความร้อนหรือความหนาวเย็นของอากาศรอบๆตัวในชีวิตประจำวันที่ประสบอยู่ตลอดเวลา ทำให้ร่างกายมีการปรับเปลี่ยนไม่ทัน เกิดการเสียสมดุล ซึ่งการกระแทกร้อนและเย็นจะทำให้เกิดการกระตุ้นที่ปลายประสาทรับความรู้สึก ร้อนและเย็น พลังประสาทจะแล่นไปตามไขสันหลังจนถึงเปลือกสมองใหญ่ที่รับการกระตุ้น ทำให้เกิดความรู้สึกร้อนเย็น ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นทั่วร่างกาย คือความเย็นทำให้หลอดเลือดหดตัว และความร้อนทำให้หลอดเลือดขยายตัว โดยในกรณีของกระดูกจะพบว่า มีเลือดมาเลี้ยงเช่นเดียวกับอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกาย ดังนั้นเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงปริมาณหลอดเลือดที่ไปเลี้ยง การหดตัวของหลอดเลือดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปริมาณสารอาหาร ก็จะทำให้เกิดความไม่สมดุลในการสร้างและการทำลายของกระดูกอ่อนได้ (อวย เกตุสิงห์. 2536 : 11) สอดคล้องกับการแพทย์แผนไทยที่กล่าวว่า การกระแทกร้อนและเย็นล้วนแล้วแต่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ (สถาบันการแพทย์แผนไทย. 2536: 11) ดังนั้น พฤติกรรมกระแทกร้อนเย็นจึงมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

7.2.4 ในด้านการขาดอุเบกขา พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ($\chi^2 = 28.833$, $\text{coeff.} = .31$) อย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ .05 ซึ่งพบว่าสอดคล้องสมมติฐานข้อที่ 7 ที่ว่า พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีที่กล่าวว่า การขาดอุเบกขา เป็นสิ่งที่ทำให้จิตเศร้าหมอง เกิดความเครียด เป็นผลทำให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ โดยพบว่า การขาดอุเบกขา ซึ่งไม่วางใจให้เป็นกลางทำให้จิตคิดแต่เรื่องร้ายๆ เกิดการอาลัยอาวรณ์ เสียอกเสียใจ คิดมากในเรื่องเกี่ยวกับอดีตที่ผ่านมา ยิ่งคิดยิ่งทุกข์จึงก่อให้เกิดความท้อถอยต่ออุปสรรคต่าง ๆ ไม่พร้อมที่จะรับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในอนาคต ถ้าพบกับความสมหวังมีก็จะดีใจมากจนเกินไปและเมื่อพบกับความผิดหวัง ก็เสียใจอย่างมากและฝังใจเป็นความคับข้องใจเก็บสะสมไว้ ที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า การขาดอุเบกขา เป็นสภาพทางจิตที่มีผลต่อร่างกาย เช่น ความไม่สบายกายไม่สบายใจ เป็นผลที่เกิดจากความเครียด ซึ่งเกิดจากสภาพแวดล้อมตามสถานการณ์ที่บีบบังคับให้ร่างกายและจิตใจเปลี่ยนแปลงไป นับว่าสอดคล้องกับความคิดเห็นของ เกษมตันติผลาชีวะ (2547: Online) ที่กล่าวไว้ว่า ปฏิกริยาตอบสนองทางจิตใจต่อความเครียด เกิดควบคู่ไปกับปฏิกริยาทางกาย โดยมีความเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เช่น วิตกกังวลตื่นตัว การเผชิญความเครียดอยู่ยาวนาน ไม่สามารถปรับตัวให้เข้าสู่ความสมดุล จะเกิดความเจ็บป่วยทางกายได้ ดังกล่าวสอดคล้องกับตำราธรรมานุกรมธรรมโฆษณที่กล่าวว่า ความทุกข์ทางใจคือ การทรมานที่เกิดจากการกระทบทางใจใด ๆ คือ ใจมันเองไปยึดถือเอามาเป็นของหนัก และเป็นความทุกข์ แม้ร่างกายสบายดี และกล่าวว่าความทุกข์ทางกาย คือ ความรู้สึกไม่มีความสุข ที่เกิดจากการกระทบทางใจ คือมีกายเป็นที่ตั้งของความทุกข์โดยตรง (พินิจ รักทองหล่อ, 2537: 33-34) ทั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของศูนย์ศึกษาความปวด (CPS : Center for pain studies) ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความปวดกล้ามเนื้อ พบว่าความปวดมีความสัมพันธ์กับความไม่สุขสบายใจ และสอดคล้องกับการศึกษาของ อเล็กซานโดรอฟสกี; และคนอื่น ๆ (Aleksandrovskii ; et al . 2003 : 103: online) ที่พบว่า ความเครียด ความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์กับการปวดอย่างมีนัยสำคัญ โดยอธิบายว่า เมื่อระบบประสาทเกิดความเหนื่อยล้า ซึ่งเป็นผลมาจากความวิตกกังวลและความเครียดต่าง ๆ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับสารสื่อประสาท เช่น ซีโรโทนิน (Serotonin) ซึ่งพบว่า การที่ซีโรโทนินอยู่ในระดับต่ำจะมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าและภาวะซึมเศร้า (Florida knee and orthopedics) อาจกล่าวได้ว่า กรณีที่จิตใจขาดอุเบกขา คือ มีความตั้งใจ ตื่นเต้น เสียใจรุนแรง อาจส่งผลกระทบทำให้หัวใจบีบตัวโดยไม่คลายตัว หลอดเลือดหดตัว ทำให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ได้น้อยลง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อลายซึ่งอยู่ใต้อำนาจจิตใจ ทำให้เกิดการหดตัว เป็นผลทำให้เลือดไปเลี้ยงได้น้อยลง จะเห็นได้ว่านอกจากสาเหตุทางร่างกายเองแล้ว สาเหตุทางด้านจิตใจ ก็มีความสำคัญ โดยเฉพาะการขาดอุเบกขาส่งผลให้เกิดความทุกข์ เสียใจ จิตไม่เป็นปกติ ซึ่งส่งผลกระทบมาที่ศูนย์ควบคุมหัวใจ ทำให้เกิดการบีบตัว หลอดเลือดหดตัว เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ได้น้อยลง สภาพดังกล่าว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปริมาณสารอาหาร และเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ทำให้เกิดสารอนุมูลอิสระที่เป็นผลทำให้เกิดข้อเข่าเสื่อมเร็วขึ้น

7.2.5 ในด้านการมีโทษะมักโกรธอยู่เสมอ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ($\chi^2 = 39.168$, $\text{coeff.} = .36$) อย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ .001 ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7 ที่ว่า พฤติกรรม

ที่ทำให้เกิดโรคมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งผลที่ได้มีความสอดคล้องกับทฤษฎีแพทย์แผนไทย ที่กล่าวว่า การมีความโกรธ ส่งผลทำให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ ถึงแม้ความโกรธจะแตกต่างจากการขาดอุเบกขา ตรงที่ความโกรธเป็นอารมณ์โทสะที่เกิดจากความอยากได้ ความอาฆาต พยาบาท จองเวร ที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ตามความต้องการ และกล่าวว่าคนที่มีความโกรธ เนื่องจากโทสะ ย่อมมีความเครียด วิตกกังวลจากความสูญเสีย ความอยากได้คืนมา และถือว่าความโกรธเป็นอุปกิเลส คือ เครื่องเศร้าหมอง 1 ใน 16 ประการ โดยกล่าวว่า ความโกรธ เป็นการตั้งเครียดขุ่นเคือง จิตใจหมกหมุ่น (วิริชณะความโกรธ. 2542: 14-16) แต่ความโกรธเหมือนกับการขาดอุเบกขาตรงที่ ความโกรธ เป็นผลที่เกิดจากความเครียด เช่นเดียวกับการขาดอุเบกขา ซึ่งสามารถอธิบายได้ในลักษณะของการลดระดับไซโรโตนิน และการขาดเลือดไปเลี้ยงบริเวณกล้ามเนื้อนั้น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับเกษม ตันติผลาชีวะ (2547 : Online) ที่กล่าวไว้ว่า ความเครียด ก็คือการหดตัวของกล้ามเนื้อส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ซึ่งทุกคนจำเป็นจะต้องมีอยู่เสมอในการดำรงชีวิต เช่น การทรงตัว การเคลื่อนไหวต่างๆ ไป มีการศึกษาพบว่า ทุกครั้งที่คิดหรือมีอารมณ์บางอย่างเกิดขึ้น จะต้องมีการหดตัวเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อแห่งใดแห่งหนึ่ง ในร่างกาย ควบคุมไปด้วยเสมอ ซึ่งไซมอน (Simons. 1988 : 121) กล่าวไว้ว่า ภาวะด้านจิตใจ เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมทำให้เกิดความปวด ดังนั้น ความโกรธ จึงเป็นความผิดปกติของอารมณ์ที่ส่งผลต่อร่างกายเช่นเดียวกับการขาดอุเบกขา ซึ่งส่งผลทำให้กล้ามเนื้อ เส้นเอ็นรอบ ๆ ข้อเข่า และกระดูกอ่อนขาดสารอาหารไปเลี้ยง เกิดความไม่สมดุลของการสร้างและทำลายกระดูกอ่อนซึ่งเป็นผลทำให้ข้อเข่าเสื่อมได้ง่าย

8. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานข้อที่ 8 พบว่า พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งโดยรวมและรายด้าน เมื่อนำเข้าสมการถดถอยพหุแบบโลจิสติก พบว่า พฤติกรรมการมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม การมีโทสะมักโกรธอยู่เสมอ การรับประทานอาหารที่เกี่ยวข้องโรคข้อเข่าเสื่อม การไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด สามารถทำนายการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมได้ เนื่องจากตัวแปรด้าน การมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม การรับประทานอาหารที่เกี่ยวข้องโรคข้อเข่าเสื่อม การไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด การมีโทสะมักโกรธอยู่เสมอ เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่าตัวแปรที่ไม่ได้ถูกคัดเลือกเข้าสมการ ได้แก่ อุดมสมบูรณ์ (ฤดูกาลที่เริ่มป่วย) อายุสมบูรณ์ (อายุที่เริ่มป่วย) กาลสมบูรณ์ (ช่วงเวลาเริ่มป่วย) การไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน บุคลิกภาพ การกระทบร้อนเย็น การขาดอุเบกขา ถึงแม้ตัวแปรด้านการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน บุคลิกภาพจะมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่เมื่อเทียบค่าอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ พบว่า ค่าอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ของการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ (OR=2.38) มีค่าน้อยกว่าค่าอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ของการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด (OR=3.02) ดังนั้นการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด จึงถูกคัดเลือกเข้าสมการก่อน

ที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าปัจจัยทั้ง 4 ประการ คือ การมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม การรับประทานอาหารที่เกี่ยวข้องโรคข้อเข่าเสื่อม การไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด การมีโทสะมักโกรธอยู่เสมอ สามารถร่วมกันทำนายการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมได้

แต่อย่างไรก็ตามในทัศนะของผู้วิจัย สามารถนำมาอธิบายเกี่ยวกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่าการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมเกิดจากบุคคลที่มีน้ำหนักตัวมาก ตามลักษณะของผู้ที่มีธาตุดิน และธาตุน้ำเป็นธาตุเจ้าเรือน บุคคลนั้น ๆ มีพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค ด้วยการแสดงพฤติกรรมต่างๆ ที่ทำให้กระดูกอ่อนผิวข้อสึกกร่อนเร็วกว่าปกติ เช่น การยกของหนัก การกระโดดการกระแทกบริเวณเข่าโดยตรง การนั่งพับเพียบ การนั่งคุกเข่า การนั่งขัดสมาธิ การไม่รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น การไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน ซึ่งทำร่างกายมีสารอาหารไม่เพียงพอที่จะเข้าไปหล่อเลี้ยงกระดูกอ่อนผิวข้อ การกระทบร้อนเย็น เป็นผลทำให้หลอดเลือดไปเลี้ยงบริเวณกระดูกเข่าและกล้ามเนื้อเส้นเอ็นรอบๆ เข่า ลดลง เป็นผลทำให้มีอาการปวดตึงและขัดเข่าได้ ในขณะที่การมีโทสะมักโกรธอยู่เสมอ ซึ่งเป็นสภาพที่เกิดจากจิตใจทำให้เกิดความเศร้าหมอง อาฆาต ความวิตกกังวล ความเครียด เป็นผลทำให้เกิดความผิดปกติ คือ เกิดการตึงตัวของกล้ามเนื้อบริเวณรอบ ๆ เข่า ซึ่งสาเหตุของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมอาจเกิดจากกล้ามเนื้อเส้นเอ็นรอบ ๆ ข้อมีปัญหาก่อนการเสื่อมของกระดูกอ่อน

แต่อย่างไรก็ตาม ตัวแปรที่สำคัญและเป็นต้นเหตุของการมีพฤติกรรมต่าง ๆ ก็คือการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งจะพบว่า ในด้านพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ถือว่าเป็นพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งตรงกันข้ามกับพฤติกรรมการป้องกันโรค สรุปได้ว่า การที่บุคคลถ้ายังรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมมากก็ยิ่งจะเกิดความกลัวและไม่กล้าทำพฤติกรรมเสี่ยงหรือพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ถ้าบุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมว่ามีอะไรบ้าง บุคคลก็จะพยายามไม่กระทำพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ในขณะที่เดียวกันถ้าบุคคลคิดว่าตนทำพฤติกรรมนั้น ๆ แล้วจะส่งผลดีต่อตนคือจะไม่ทำให้เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ก็จะทำพฤติกรรมนั้น ๆ โดยจะลดพฤติกรรมเสี่ยงลง ในขณะที่เดียวกันถ้าพบว่า ถ้าบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมมากก็จะไม่สามารถทำพฤติกรรมในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ๆ ได้ กล่าวคือก็จะยังทำพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมมากยิ่งขึ้น เช่น การรับรู้ว่าการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาทำให้เกิดความไม่สะดวกสบาย ความเคยชินที่จะรับประทานอาหารที่ตนชอบ ส่วนแรงจูงใจด้านสุขภาพนั้นจะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลเอาใจใส่ต่อการกระทำพฤติกรรมที่ไม่เสี่ยงต่อการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โดยถ้าบุคคลมีแรงจูงใจน้อยก็จะมีพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมมาก

นอกจากปัจจัยดังกล่าวแล้ว ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม คือ สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น คำแนะนำจากผู้อื่น สื่อต่าง ๆ การรณรงค์ป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม การเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมของบุคคลใกล้ชิด กลุ่มเพื่อน และแรงสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ ดังนั้นเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลให้เหมาะสมในการป้องกันการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม นอกจากจะส่งเสริมการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมให้เป็นไปในทางที่ถูกต้องแล้ว จึงควรสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และแรงสนับสนุนทางสังคมแก่บุคคล เพื่อให้ปัจจัยดังกล่าวช่วยกระตุ้นให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของบุคคลเหล่านั้น

ข้อจำกัดของการทำวิจัย

1. ในการเก็บข้อมูล พบว่า แบบสัมภาษณ์มีจำนวนข้อมาก ทำให้ผู้ปวยต้องใช้เวลาในการตอบข้อสัมภาษณ์นาน และผู้ปวยบางคนมีอาการปวดเข่ารุนแรง จึงทำให้ไม่มีสมาธิในการให้สัมภาษณ์ ซึ่งอาจมีผลต่อข้อมูลที่ได้ ดังนั้นในการเก็บข้อมูลจึงควรคำนึงถึงเรื่องจำนวนข้อของแบบสัมภาษณ์ให้เหมาะสมกับผู้ปวย
2. การเก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ อาจมีผลต่อคำตอบของกลุ่มตัวอย่างได้ โดยกลุ่มตัวอย่างอาจตอบในลักษณะที่สังคมยอมรับ แต่ไม่ตรงกับความเป็นจริง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านบุคลากรทีมสุขภาพ

1.1 จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และแรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญในการวางแผนกลยุทธ์ โดยจัดหาวิธีการที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม รวมทั้งเสริมแรงจูงใจให้แก่บุคคล เพื่อส่งเสริมและป้องกันมิให้บุคคลเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

1.2 จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สามารถอธิบายพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าถ้าบุคคลรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมมาก ก็จะมีพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมมาก และถ้าบุคคลมีแรงจูงใจทางด้านสุขภาพมากก็จะยังมีพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมน้อย ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพจึงควรหาวิธีการในการลดการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมของประชาชน และเพิ่มแรงจูงใจทางด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนมากขึ้น เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

1.3 จากผลการวิจัยพบว่า การมีอิริยาบถไม่เหมาะสม การมีโทสะมักโกรธอยู่เสมอ การไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด การรับประทานอาหารที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม สามารถอธิบายและทำนายการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมได้ ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพ จึงควรช่วยเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชนทราบถึงสาเหตุของโรคข้อเข่าเสื่อมดังกล่าว เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ ยังไม่ทราบถึงการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนว่าเป็นอย่างไร และไม่ทราบถึงการไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน การมีโทสะมักโกรธอยู่เสมอว่ามีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

2. ด้านประชาชน

2.1 จากผลการวิจัยพบว่า การไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด การไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ การรับประทานอาหารที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การมีอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม การกระทบร้อนเย็น การขาดอุเบกขา การมีโทสะมักโกรธอยู่เสมอ มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นเพื่อป้องกันการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมประชาชนควรปฏิบัติพฤติกรรมดังต่อไปนี้

2.1.1 เลือกรับประทานอาหารประเภทผักผลไม้ ตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด

และธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพ

2.1.2 งดรับประทานอาหารจืดจางระหว่างมือ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2.1.3 หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เพิ่มแรงกดบริเวณเช่า เช่น การขึ้นลงบันได การนั่งพับเพียบ การนั่งขัดสมาธิ การนั่งคุกเข่า การยกของหนัก โดยควรมีการบริหารกล้ามเนื้อต้นขาอย่างสม่ำเสมอ

2.1.4 หลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีอากาศร้อนจัดหรือเย็นจัด และควรผ่อนคลายความตึงเครียด โดยลดความโกรธและทำจิตใจให้สงบ โดยยึดหลักอุเบกขา

2.2 จากผลการวิจัยพบว่า อุดมสมบูรณ์ อายุสมบูรณ์ กาลสมบูรณ์ มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ดังนั้นประชาชนทั่วไปจึงควรปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โดยถ้ามีอายุมากกว่า 32 ปี ขึ้นไป ควรหลีกเลี่ยงอากาศหนาวเย็นในช่วงฤดูหนาว และช่วงเวลา 14.00 -18.00 และ 02.00 -6.00น.

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากผลการวิจัย ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด และธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ไม่สามารถจำแนกธาตุเจ้าเรือนได้อย่างชัดเจน ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป จึงควรศึกษาเฉพาะธาตุใดธาตุหนึ่ง และแยกธาตุเจ้าเรือนให้เด่นชัดขึ้น หรือศึกษาในผู้ที่มีธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด และธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพเป็นธาตุเจ้าเรือนเดียวกัน ซึ่งอาจพบถึงความสัมพันธ์ระหว่างธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด และธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

2. เนื่องจากไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสถานที่อยู่อาศัยกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ดังนั้นจึงควรศึกษาในกลุ่มประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตภูมิภาคอื่นๆ เพื่อเปรียบเทียบผลของการศึกษาว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร

3. เนื่องจากตัวแปรทางด้าน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และแรงจูงใจด้านสุขภาพ สามารถอธิบายการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมได้ร้อยละ 45.30 ซึ่งส่วนที่เหลือสามารถอธิบายได้ด้วยตัวแปรอื่น ๆ ดังนั้นจึงควรศึกษาวิจัยเพื่อศึกษาถึงตัวแปรที่เหลือซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ในบุคคลที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

4. เนื่องจากผลการศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม จึงควรมีการวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับการสร้างโปรแกรมที่ประยุกต์ทฤษฎีทางด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงจูงใจด้านสุขภาพ และทฤษฎีอื่นๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อป้องกันการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม หรือโปรแกรมการลดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม โดยศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมนั้น ๆ

5. จากการศึกษา พบว่า ปัจจุบันมีผู้ป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นจึงควรศึกษาวิธีการลดความรุนแรงของโรค โดยศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่สามารถลดความรุนแรงของโรคได้

บรรณานุกรม

- กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์. (2541). การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กนกธ สุขสมชีพ. (2544). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. ปรินญาานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- กาญจนา คุ่มภัย. (2544). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมแผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน. ปรินญาานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกษม ตันติผลาชีวะ. (มปป.). ความเครียด (ออนไลน์) . แหล่งที่มา : <http://www.Geocities.Com/Stress>. วันสืบค้น 13 ธันวาคม 2547.
- กองการประกอบโรคศิลปะ (มปป). ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาเวชกรรม เล่ม 1 และ 2 . สำนักงานปลัดกระทรวง. กระทรวงสาธารณสุข.
- กิตินันท์ สิทธิชัย. (2540). การศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนจากคู่สมรส และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี. ปรินญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณะกรรมการประมวลเอกสารและจดหมายเหตุ. (2542). แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์. ภูมิปัญญาทางการแพทย์และมรดกทางวรรณกรรมของชาติ. กรุงเทพฯ. ครูสภาลาดพร้าว.
- เครือข่ายแพทย์แผนไทยภาคเหนือ. (2540). ชุดวัฒนธรรมคนเมืองเหนือ. เอกสารประกอบการจัดนิทรรศการเนื่องในงานชุมนุมแพทย์แผนไทย และสมุนไพรแห่งชาติครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ. อัดสำเนา.
- จารุณี นันทโนทยาน. (2539). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการบรรเทาอาการปวดข้อเข่าของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. ปรินญาานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. (เอกสุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิตอนงค์ ก้าวกลีกรรม. (2540 , มกราคม). ภาวะตึงเกินของกล้ามเนื้อ Harmsting. วารสารกายภาพบำบัด. 19(2) :7.
- เจริญ โชติกวานิชย์. (2528) . โรคข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิ. สารศิริราช. 35 (6) : 531-538.
- . (2533). โรคข้อเข่าเสื่อม. การประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 33. กรุงเทพฯ :มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เจริญ โชติกวานิชย์ และวารุณี วชิราพรทิพย์. (2528) . โรคข้ออักเสบปฐมภูมิ. สารศิริราช. 27 (7) : 531-538.
- เจริญ โชติกวานิชย์ และวิชัย รุ่งปิตะรังสี. (2528, ธันวาคม). ดัชนีความปวดข้อในโรคข้อเข่าเสื่อม. สารศิริราช . 37(12): 1029-1033.
- ชุมศักดิ์ พุฒษาพงษ์. (2536). การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า. ไกล่หมอ. 17(1) :26-29.

- ทงศักดิ์ หอมทรัพย์. ข้อเข่าเสื่อม. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท. 2 (3):11-17.
- ธวันต์ ศรีอมรรัตนกุล: และคนอื่นๆ.(2546). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด. สถาบันพระบรมราชชนก. สำนักงานปลัดกระทรวง. กระทรวงสาธารณสุข.
- ธัญย์ สุภัทรพันธ์. (2538). "Osteoarthritis" ในออร์โธปิดิกส์ กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การพิมพ์.
- ธำรงรัตน์ แก้วกาญจน์; และคนอื่นๆ (2545). ข้อเข่าเสื่อม. กรุงเทพฯ: มูลนิธิวีรชลางกรณ์.
- นิตยา สุภานันท์. (2533). โรคข้อของอายุรศาสตร์. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิสเทสสุขกิจ.(ขุน) อายุรเวทศึกษา. (2516). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พร้อมจักรการพิมพ์.
- นันทวรรณ นาวิ. (2538). คลายเครียด. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: แสงแดดการพิมพ์.
- บุปผา อินต๊ะแก้ว. (2544). ตัวกำหนดความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกัน.ปริญญาานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เบญจมาศ จรรยาวัฒนานนท์. (2545). แรงจูงใจและอุปสรรคการออกกำลังกายของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. ปริญญาานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต.(การส่งเสริมสุขภาพ) เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เบญจมาศ ม่วงทอง. (2539). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสอนสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎ. ปริญญาานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราโมทย์ สุดนิชย์. (2539). โรค Psychosomaic ที่พบบ่อย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.
- ปริญญา ดาสา. (2544). พฤติกรรมการออกกำลังกายและการรับรู้อุปสรรคการออกกำลังกายของอาจารย์สตรีมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ปริญญาานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. (การพยาบาลสตรี). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประจวบ รักแพทย์;และศศิธร พล मुख. (2535). โครงการวิจัยการประเมินผลการให้บริการรักษาพยาบาลสถานพยาบาลบวรนิเวศโบราณเวชกรรม พ.ศ. 2530-2534. มุฉินิพนธ์ฟื้นฟูและส่งเสริมการแพทย์แผนไทยพัฒนา. กระทรวงสาธารณสุข.
- ประดิษฐ์ ประทีปะวนิช. (2542). Myofascial pain syndrome . พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด
- ประดับ ทองใส. (2541). พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมในเขตปริมณฑล จังหวัดนนทบุรี. ปริญญาานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประเวศ ะสี. (2541). การปฏิรูปแนวคิดคนไทย: สุขภาพมิใช่โรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทตีไรร์จำกัด.
- ปรีชา อุปโยคิน และ คณะ. (2540). การแพทย์พื้นบ้านกับการดูแลสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ทหารผ่านศึก.
- ปิยนันท์ มณีกุล. (2540). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม. ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต.

(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ปิยะพันธ์ บันดา. (2541). การรับรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถของตนเองกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ.

ปริญญาวิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. (การพยาบาลผู้ใหญ่). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปิยะมาภรณ์ นิมสุวรรณ. (2541). การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการปรับตัวของสตรีวัยหมดประจำเดือน. ปริญญาวิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปราจรีย์ จันทร์เพ็ง. (2541). พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรรมภาคใต้ตอนบน.

ปริญญาวิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. (2493). ราชบัณฑิตยสถาน. มปส.

พรสวัสต์ เพชรแดง ; และคนอื่นๆ. (2533). สังคมวิทยา. โครงการตำราเรียนฟิลิปปส์เซ็นเตอร์. กรุงเทพฯ : ฟิลิปปส์เซ็นเตอร์.

พระธรรมปิฎก. (2538). พุทธธรรม. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ. มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

พินิจ รักทองหล่อ. (2537). ธรรมานุกรมธรรมโฆษณ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ธรรมสภา.

เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ. (2544). การแพทย์แผนไทย การแพทย์แบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์รับส่งสินค้า.

เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ. (2541). คู่มืออบรมครูฝึกแพทย์แผนไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: องค์การทหารผ่านศึก.

----- . (2538) .การสัมมนาวิชาการแพทย์แผนไทยกับสังคมไทย โครงการจัดนิทรรศการ ทศวรรษการแพทย์แผนไทย ณ ศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์.

พูนศรี ชัยนิวัฒนา. (2527). การศึกษาประสิทธิภาพการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของกล้ามเนื้อต้นขาควอทไดเซพส์ และข้อเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. ปริญญาวิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. (อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล.

พันธ์ทิพย์ ธรรมสโรส ; และคนอื่นๆ. (2544). เครื่องชี้วัดการประเมินผลการพัฒนาสุขภาพในส่วนกระทรวงสาธารณสุขตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 (2545-2549) พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สามเจริญพานิชย์.

พรรณี ภิญโญรัตน์. (2541). คู่มืออบรมครูฝึกแพทย์แผนไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : องค์การทหารผ่านศึก.

มานิตย์ ลิ้มปยอม และคณะ. (2521). กระบวนการเสื่อมสลายของข้อเข่าในคนไทย. กรุงเทพฯ : แผนกวิชา ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ และกายภาพบำบัด .คณะแพทยศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมแพทย์แผนไทยเดิมอยุธยาวิทยาลัย (ชีวโกมารภัจจ์). (2536). ตำราการแพทย์แผนไทยเดิม (แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์) ฉบับพัฒนาตอนที่ 1. พิมพ์ครั้งแรก. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สี่ไทย.

มาริสา สุวรรณราช. (2543). ความปวด การจัดการกับความปวด และภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล.

- มุฑิตา เสถียรวัฒน์ชัย. (2540). การศึกษาลักษณะสตรีและการมีระดับการเกิดเนื้องอกทางนรีเวชตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย. ปรินญาวิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. (วัฒนธรรมศึกษา). นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยงยุทธ วัชรดุลย์. (2526). กระดูกและข้อที่พบบ่อยในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ไพศาลศิลปการพิมพ์.
- ยุพิน เพ็ชรมงคล. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรก. ปรินญาวิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุ่งรังษี วิบูลชัย. (2538). การดำรงอยู่ของการแพทย์พื้นบ้าน :กรณีศึกษาหมู่บ้านนาสีด้า ตำบลข้าวปุ้น อำเภอข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี. ปรินญาวิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. (วัฒนธรรมศึกษา). นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุ่งศรี ศศิธร. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของคนงานก่อสร้างในบริษัทรับเหมาก่อสร้างจังหวัดราชบุรี. ปรินญาวิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. (การพยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชนี ศิลปบรรเลง. (2541). ปวดหลังทำอะไร. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : แสงแดดจำกัด.
- รัตนา วาทยบัณฑิตกุล. (2537). พยาบาลข้อเสื่อม. วารสารพยาบาลจุฬาลงกรณ์. 6(2):15-21.
- รชชาติ เตชะ. (2544). พฤติกรรมการรับรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนพุทธไศภณ จังหวัดเชียงใหม่. ปรินญาวิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. (หลักสูตรการสอน). เชียงใหม่ . บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รชเดช ช้างแก้ว. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการใช้หน้ากากป้องกันฝุ่นของพนักงานโรงงานชลประทานซีเมนต์ ชะอำ ปรินญาวิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. (การพยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณิ์ สัตยวิวัฒน์. (2539). การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรไทย.
- รววิทย์ เลาห์เรณู. (2546). โรคข้อเสื่อม. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.
- วิชัย รุ่งปดะรังสี. (2541). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมและคุณภาพชีวิต. ปรินญาวิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร (เอกระบาดวิทยา). คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิธีชนะความโกรธ. (2542). ที่ระลึกงานพระราชทานเพลิงศพ. มปส.
- วิภา งามวิสุทธิกุล (2543). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมและคุณภาพชีวิต. ปรินญาวิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. (วิทยาการระบาด). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิลัย วิวัฒน์ชาญกิจ. (2539). โรคเบาหวานในเชิงทฤษฎีการแพทย์แผนไทย. ปรินญาวิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. (วัฒนธรรมศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ศุภาวดี แก้วเพ็ญ. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมอนามัยของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคซิฟิลิส และสามี. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมมาตร แก้วโรจน์. (2529). "โรคข้อเข่าเสื่อม". พื้นฟูวิชาการโรคข้อและรูมาติซึม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสมัย.
- สุจิตรา ไชยพัฒนพฤกษ์. (2532). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม : กรณีศึกษาเฉพาะผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาริปตี. ปรินญาพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. (ชีวสถิติ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุจิตรา เลิศวีระศิริกุล; และคนอื่นๆ. (1992). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม. Ramathibodi Medical Journal. 15: 34-39.
- สุภาพ อารีเอื้อ. (2538). ความเครียด การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. ปรินญาพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล. 2538.
- สังวาลย์ รัชต์เฝ้า. (2539). ระเบียบวิธีวิจัยและสถิติที่ใช้ในการวิจัยทางคลินิก. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เสาวภา พรสิริพงษ์ และพรทิพย์ อุดุภรัตน์. (2538). การบันทึกความรู้ทางการแพทย์แผนไทย. กรุงเทพฯ: องค์การทหารผ่านศึก
- หทัยรัตน์ จรัสอุไรสิน. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหาและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. ปรินญาพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อายุรเวทวิทยาลัย. (2535). โครงการวิจัยและประเมินผลการให้บริการรักษาพยาบาล. บวรนิเวศโบราณสถาน พ.ศ 2530-2534. มุลนิธิฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย.
- อารีรัตน์ อุลิส. (2539). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง. ปรินญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุดม ชมชาญ และ สารเนตร ไวกกุล. (2527). "ภาวะข้อเข่าเสื่อม สภาพของผู้ป่วยและการรักษาที่เคยได้รับก่อน". สงขลานครินทร์เวชสาร. 2 (4) : 135-138.
- อำไพ สุภาภา. (2541). พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรภาคตะวันตก. ปรินญาวิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อวย เกตุสิงห์. (2536). วิทยาศาสตร์ศึกษาพระพุทธศาสนา. เอกสารประกอบการสอน. กรุงเทพฯ: อายุรเวทวิทยาลัย. อัดสำเนา.

- Acuna, H.R. (1979). Cross Culture Communication : It 's Contribution to Health in The American. Bulletin of The Pan American Health Organization.
- Aleksanderskii; et al. (2003). Psychiatric Psychological and Neurological Characteristic of Patients with Chronic Low back Pain (Online). Available from : [http://wwwGoogle.Com/custom?=
Myofascial](http://wwwGoogle.Com/custom?=)
Accessed. December 10, 2004.
- Anderson , J.J ;& Felson , D.T. (1998). Factor Associated with Osteoarthritis of The Knee in The First National Health and Nutrition Examination Survey (NANES). American Journal of Epidemiology. 128 (7): 179-189.
- Baqual,F.U. (1977). Tradition Medicine in Pakistan. Karachi : Hamdard Foundation. 1977.
- Barrera,J.M. (1982). Social Support in Adjustment of Pregnancy Adolescent. Assesment Issue, In B.H. Gottlieb (Eds.), Social Network and Social Support . London : SAGE publication : 69-96.
- Bedrosian, C. (1989). A Home Health Nursing : Nursing Diagnosis & Care Plan. Norwalk, Connecticut: Appleton& lange, 1989.
- Bendtsen L ; & Olesen J. (1996). Altered Pain Perception Accompanies MPS. Pain GS. (Online). Available from : <http://wwwGoogle.Com>. Accessed December 10,2004.
- Becker, M.H. (1974). Historical Origins of The Health Belief Model. In Health Belief of model and Personal Health Behavior. Thorofore . New Jursey: Charles B. Slack, Inc.
- Becker, M.H., et al. (1977). The Health Belief Model and Prediction of Dietary Compliance : A Field Experimentation. Journal of Health and Social Behavior, 189 Decembe : 348-366
- Becker, M.H.;& Maiman L.A. (January,1977). Social Behaviors Determination of Compliance with Health and Medical Care Reccommendation . Medical Care. 13: 10-14.
- Brandt , P.A. & Weinert, C. (1989). "The PRQ : A Social Support Measure " Nursing Research . 30(9) : 277-280.
- Caterline , G. Z. (1987). Arthritis and Related Rheumatic Problem. In S.M.lewis& I.C. Collier (Eds.) Medical -Sergical nursing :1697-1712.
- Champion V.L.(1984). Instrument Development for Health Belief Model Constructs. Advances Nursing Science.
- Cobb, S.(1976). Social Support as A Moderator of life Stress. Psychosomatic Medicine , 22 (9) : 300-313.
- Craven, R.& Dietsch, K.(1993). " Musculoskeletal Problem " in Carnevali, D.L., Patrick, M. (Editer). Nursing Manage for The Elderly. 3 rd., Philadelphia: J.B. Lippincott.

- Ebong, W.W. (1985). Osteoarthritis of The Knee in The Nigerians. *Annals of the Rheumatic Disease*. 44 (10) : 682-684.
- Ebersole, P ; & Hess, P. (1994). *Toward Health Aging : Human Needs and Nursing Response*. St. Louis; Mosby .
- Felson, D.T. (1996). Weight and Osteoarthritis. *American Journal of Clinical Nutrition*. 63 .
- Felson, D.T.; & Mcalindon, T . (1997). Nutrition . Risk Factor for Osteoarthritis . *Annals of the Rheumatic Disease*, 56 :116-118, 1997.
- Felson, D.T.; et al . (1988). Obesity and Knee Osteoarthritis *Annals of International Medicine*. 109 (7) : 18-24.
- Felson, D.T. ;& Chaison, C.E. (1997). Understanding the Relationship between Body Weight and Osteoarthritis. *Baillieres Clinical Rheumatology*. Medline Report (CD-Rom), 11(4) ,671-681.
- Fleiss.,J.L. ;& Cohen, J. (1973). The Equivalence of Weighted Kappa and The Intraclass Correlation Coefficient as Measure of Reliability Educational and Psychological Measurement. New York: Jomh Wiley & Sns.
- Forman, M.D., Malamet, R.; & Kaplan, DA. (1983). " A Servey of Osteoarthritis of the Knee in The Elderly " .*The Journal of Rheumatology* . 10 (4) : 282-287.
- Foster G.M. ;& Anderson . (1978). *Medical Antropology*. New York : John Wiley& sons.
- Foster G.M ; et al . (1978). *Medical Antropology* . New York : Alfred A. Knopf.
- Fralely, A.M. (1992). *Nusing and The Disable: Across The life Span*. Boston: Jones and Bartlett.
- Gates,S.J. ;& Cuckler, J.M. (1994). "Degennerative Disorder " *Othopaedic Nursing* . Philadelphia: W.B Saunders.
- Golding D.N. (1973). " Osteoarthritis" A Synopsis of Rheumatic Diseases. 2nd.ed. Great Britain : Stonebridge Press.
- Goldberg, V.M. ;& Mankin, H.J.. *Osteoarthritis*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Harris , C. (1993). " Osteoarthritis: How to Diagnosis and Treat The Painful Joint :*Geriatrics*. 48(8) : 9-45.
- Hart, F.D.(1983). *Overcoming Arthritis : A Guide to Coping with Stiff or Aching Joints*. Singapore: P.G. Publishing.
- Hiatt, D.P., Peglar, M. ; & Borgen, F.H. (1984). Pattern of Perception of Health in Cardiac Patients, *Journal of Psychosomatic Research*, 28 (1): 82-92.
- Ivana . Gill. (1998).*The Journal Craniomandibular Practice*. (Online) Available from <http://wwwGoogle.Com>. Accessed December 10,2004.

- Jame, J. (1992). Osteoarthritis in A Turner (Ed.), In Occupational Therapy and Physical Dysfunction : Principle Skill and Practice. Edinburgh: Churchill Livington.
- Kart, C.S., Metress, E.K., Metress, S.P., (1992). Human Aging and Chronic Disease, Boston: Jone and Bartlett.
- Lamb. (nd). The pain reliever. (Online). Available from : <http://wwwGoogle.Com>. Accessed December 10,2004.
- Maroudas; et. al.(1968). The Permeability of Articular Cartilage. J Bone Joint Surg.
- Mc Carty, D.J. (1979). "Epidemiology of The Rhematic disease " Arthritis and Allied Conditions. Great Britain: Honey Kimpton Publisher.
- Moskowitz,R.W. (1993). Clinical and Laboratory Finding in Osteoarthritis in Allied Condition . Pensylvalnia: Lea & Febiger .
- Mourad, L.A.;& Drostle, M.M. (1993). The Nursing Process in The Care of Adult with Orthopaedics Condition. 3 rd .ed., New York : Delmar.
- Orem, D.E.(1985). Nursing : Concepts of Practice. 3rd.ed. New York: Mc Graw Hill Book Co.
- Payne, W.A.;& Hahn , D.B. (1989). Understanding Your Health .(2nd ed .):St. Louis Mosby.
- Peyron,J.G. (1984). The epidemiology of osteoarthritis. In Moskowitz, R.W. Howell.
- Pender, N.J. (1996). Health promotion in nursing practice . 3 rd.ed, USA: Appleton of Lange.
- Pender, N.J.(1987). Health promotion in nursing practice. 3rd .ed.USA:Appleton& Lange.
- Renick, D.; & Niwayama, G. (1995). " Degenerative Disease of extraspinal Location " in Diagnosis of bone and Joint disorder . PP. 1263-1371. Editer by Resnick Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Roger,G.S., McCue, J.D., and Gal, P (1987). Manging Chronic Disease. Oradell, New Jersey: Medical Economics.
- Rosenstock, I.M. (1988). Adoption and Maintenance of lifestyle modifications. American Journal Prevention Medicine.4(6): 1252-1258.
- Schlesslman, J.J. (1982). Case Control Study : Design Conduct, : Oxford University Press.
- Simons.D.G.(1988). Myofascial Pain Syndrome Due to Trigger Point . St. Louis: Mosby.
- Stanley, M., Beare, P.G. (1995). Gerentological Nursing. Philadelphia: F.A. Davis.
- Sumruay subcharean. (1989). Thai..Traditional Medicine System and Practice. Master degree of Primary Health Care . Faculty of Graduate Studies. Mahidol university .
- Spector, T.D.; et al. (1996). Risk of Osteoarthritis Associated with Long-term Weight - Bearing Sport Arthritis & Rheumatism 39 ; 988-995.
- Turex , S.L. (1977). "Osteoarthritis of The Knee" Orthopeadics. The United States of America: J.B . Lippincott company.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

จำนวนและร้อยละของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามอายุโดยละเอียด

จำนวนและร้อยละของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกประเภทของอาหารที่รับประทาน

ตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิดที่มากกว่า 4 ครั้งต่อ 1 สัปดาห์

จำนวนและร้อยละของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกประเภทของอาหารที่รับประทาน

ตามธาตุเจ้าเรือนบุคลิกภาพที่มากกว่า 4 ครั้งต่อ 1 สัปดาห์

ตาราง 16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามอายุ โดยละเอียด

อายุ	กลุ่มศึกษา		กลุ่มเปรียบเทียบ		อายุ	กลุ่มศึกษา		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
20	1	0.70	3	2.00	50	11	7.30	7	4.70
21	0	0.00	1	0.70	51	5	3.33	4	2.70
22	0	0.00	1	0.70	52	5	3.33	6	4.00
23	1	0.70	1	0.70	53	2	1.33	4	2.70
24	0	0.00	1	0.70	54	6	4.00	8	5.30
25	0	0.00	1	0.70	55	7	4.70	4	2.70
26	0	0.00	2	1.33	56	6	4.00	2	1.33
27	1	0.70	2	1.33	57	2	1.33	2	1.33
28	0	0.00	2	1.33	58	5	3.33	3	2.00
29	2	1.30	1	0.70	59	2	1.33	3	2.00
30	1	0.70	1	0.70	60	7	4.70	2	1.33
31	1	0.70	1	0.70	61	3	2.00	2	1.33
32	2	1.33	1	0.70	62	7	4.70	1	0.70
33	1	0.70	2	1.33	63	3	2.00	1	0.70
34	1	0.70	4	2.70	64	6	4.00	1	0.70
35	0	0.00	3	2.00	65	2	1.33	1	0.70
36	0	0.00	1	0.70	66	5	3.33	1	0.70
37	1	0.70	4	2.70	67	2	1.33	2	1.33
38	3	2.00	7	4.70	68	4	2.70	2	1.33
39	1	0.70	2	1.33	69	1	0.70	2	1.33
40	5	3.33	2	1.33	70	3	2.00	1	0.70
41	2	1.33	4	2.70	71	2	1.33	0	0.00
42	3	2.00	1	0.70	72	2	1.33	0	0.00
43	4	2.70	3	2.00	74	0	0.00	2	1.33
44	4	2.70	2	1.33	75	1	0.70	1	0.70
45	2	1.33	11	7.30	76	0	0.00	0	0.00
46	4	2.70	5	3.33	77	1	0.70	2	1.33
47	4	2.70	4	2.70	78	0	0.00	0	0.00
48	3	2.00	5	3.33	79	0	0.00	1	0.70
49	2	1.30	4	2.70	80	0	0.00	1	0.70
					82	0	0.00	1	0.70

ตาราง 17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามประเภทของอาหารที่รับประทานตามธาตุเจ้าเรือน
วันเดือนปีเกิดที่มากกว่า 4 ครั้งใน 1 สัปดาห์

ประเภทของอาหาร	กลุ่มศึกษา		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ฝรั่ง ดอกแค มะขามป้อม สะเดา ข้าวโพด มะพร้าว กล้วยน้ำหว่า เผือก มัน	12	8.00	24	16.00
มะม่วง ส้ม สับปะรด	5	3.33	9	6.00
กระเทียมสด ขิงข่าอนสด ยาคะไควร์	8	5.33	12	8.00
แตงโม ผักกาดขาว ฟัก ผักบุ้ง ตำลึง คื่นห่า	16	10.67	26	17.33
ข้าวเหนียว หมูย่าง	15	10.00	10	6.67
กล้วยเดี่ยว	12	8.00	6	4.00
ข้าวราดแกงเขียวหวาน	8	5.33	6	4.00
ข้าวหมูทอด	6	4.00	2	1.33
ข้าวไก่ทอด	7	4.67	3	2.00
ข้าวไข่เจียวหมูสับ	10	6.67	6	4.00
ขนมจีนน้ำยา (ไม่รับประทานผัก)	7	4.67	2	1.33
ข้าวผัด (ทะเล, ไข่)	8	5.33	2	1.33
ไม่นอนอน และรับประทาน ผักผลไม้ น้อยมาก	36	24.00	42	28.00

ตาราง 18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามประเภทของอาหารที่รับประทานตามธาตุเจ้าเรือนวัน
เดือนปีเกิดที่มากกว่า 4 ครั้งใน 1 สัปดาห์

ประเภทของอาหาร	กลุ่มศึกษา		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ฝรั่ง ดอกแค มะขามป้อม สะเดา ข้าวโพด มะพร้าว กล้วยน้ำหว่า เผือก มัน	20	13.33	30	20.00
มะม่วง ส้ม สับปะรด	14	9.33	21	14.00
กระเทียมสด ขิงข่าอ่อนสด ยาตะไคร้	0	0.00	5	3.33
แตงโม ผักกาดขาว ฟัก ผักบุ้ง ตำลึง คื่นห่า	4	2.67	20	13.33
ข้าวเหนียว หนุ่ยย่าง	32	21.33	36	24.00
กล้วยเตี้ย	20	13.33	7	4.67
ข้าวราดแกงเขียวหวาน	1	0.67	0	0.00
ข้าวหมูทอด	15	10.00	5	3.33
ข้าวไก่ทอด	5	3.33	6	4.00
ข้าวไข่เจียวหมูสับ	5	3.33	4	2.67
ขนมจีนน้ำยา (ไม่รับประทานผัก)	5	3.33	3	2.00
ข้าวผัด (ทะเล , ไข่)	5	3.33	3	2.00
ไม่แน่นอน และรับประทาน ผักผลไม้ไม่บ่อยมาก	24	16.00	10	6.67

ภาคผนวก ข
ใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
แบบบันทึกการสัมภาษณ์
คู่มือการสัมภาษณ์

ใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้อมูลสำหรับผู้ป่วย

ชื่อโครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม กรณีศึกษาในผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลราชวิถี

ชื่อผู้วิจัย นางสาวชนวันต์ ศรีอมรรัตนกุล

สถานที่วิจัย โรงพยาบาลราชวิถี

คำนำ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในการศึกษารั้งนี้ ซึ่งได้รับการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการวิจัยในคนของโรงพยาบาลราชวิถี เอกสารฉบับนี้คือคำอธิบายถึงเหตุผลที่จะศึกษา เมื่อท่านได้อ่านอย่างรอบคอบแล้ว ท่านสามารถชกตามในรายละเอียดที่สงสัย ก่อนการตัดสินใจ

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่เกิดขึ้นเองโดยไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของโรค แต่สันนิษฐานว่าอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน การเสื่อมของข้อเข่าอาจเกิดจากรูปร่างที่ผิดปกติ การได้รับบาดเจ็บที่ข้อเข่า ถูกใช้งานมากเกินไป เนื่องจากพฤติกรรมที่มีลักษณะเพิ่มแรงกดภายในข้อเข่า

แต่อย่างไรก็ดี เราจะพบว่า สภาพสังคมไทยปัจจุบัน กำลังอยู่ในระยะของการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจและการเมือง ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีต่าง ๆ เป็นผลทำให้เกิดความไม่สมดุล ระหว่างความเจริญทางด้านวัตถุ กับวิถีการดำเนินชีวิต คนไทยส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จึงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมคือ การรับรู้ทางสุขภาพ ซึ่งการที่บุคคลจะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีนั้น ต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคม

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านสมรรถฐานต่าง ๆ ชาติเจ้าเรือน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม
3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม
4. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของสมรรถฐานต่าง ๆ ชาติเจ้าเรือน และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

รายละเอียดของการศึกษา

1. กำหนดขอบเขตของเนื้อหา วัตถุประสงค์ที่ต้องการจะศึกษา
2. ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการศึกษา
3. สร้างแบบสอบถามและหาประสิทธิภาพของแบบสอบถามก่อนนำไปใช้

ลักษณะของแบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสมรรถฐานวินิจฉัย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามชาติเจ้าเรือน

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรค

4. ทำการสัมภาษณ์โดยตรงกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงลักษณะของคำถาม
5. เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามไว้ในแผ่นเก็บข้อมูลคอมพิวเตอร์
6. วิเคราะห์และสรุปผลการวิจัยในหัวข้อต่าง ๆ โดยใช้สถิติที่เหมาะสม

ความสำคัญของการวิจัย

1. ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในทฤษฎีการแพทย์แผนไทยได้อย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น
2. ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาและฟื้นฟูทฤษฎีการแพทย์แผนไทย อันจะทำให้เกิดการยอมรับและเชื่อถือของประชาชนทั่วไป
3. ทำให้สามารถผสมผสานการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยใช้ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ในด้านของการรับรู้และพฤติกรรมมาช่วยอธิบายโรคข้อเข่าเสื่อม
4. เป็นแนวทางในการป้องกันโรค ซึ่งจะนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาาระบบบริการสาธารณสุขในระดับพื้นฐานได้ต่อไป

การเก็บข้อมูล ข้อมูลของท่านและการศึกษาคั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ จะไม่มีผู้อื่นนอกเหนือจากตัวท่าน แพทย์และผู้ร่วมงานทราบถึงการเข้าร่วมโครงการศึกษาของท่าน และผลการศึกษาจะถูกนำเสนอในรูปแบบที่สรุปเป็นผลการวิจัยเรียบร้อยแล้วเท่านั้น

สิทธิของท่าน

การที่ท่านตัดสินใจเข้าร่วมโครงการหรือไม่ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่านเท่านั้น และไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมโครงการหรือไม่ก็ตาม จะไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาของท่านแม้แต่น้อย เมื่อท่านสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ท่านมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการดูแลรักษาที่ท่านจะได้รับต่อไป

ในกรณีที่สงสัยหรือต้องการรายละเอียดเพิ่มเติม ท่านสามารถติดต่อนางสาวธนวันต์ ศรีอมรรัตนกุล ได้ตลอดเวลา โทร.

01-7007969

ใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเบาหวานในผู้ป่วยนอก

ของโรงพยาบาลราชวิถี

ที่โรงพยาบาลราชวิถี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาวอายุ.....ปี

ก่อนที่จะลงนามในใบขอมให้การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยนี้ เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย รวมถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยได้รับรองว่าจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้าเข้าโครงการนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกโครงการศึกษาวิจัยนี้ได้ทุกเมื่อโดยการบอกเลิกเข้าโครงการจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปของสรุปผลการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ และสามารถติดต่อสอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัยนี้ได้ที่ นางสาวธนวันต์ ศรีอมรรัตนกุล ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร โทร. 01-7007969

ลงนาม.....(ผู้ยินยอม) ลงนาม.....(ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย)
(.....) (.....)

ลงนาม.....(พยาน) ลงนาม.....(พยาน)
(.....) (.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว และข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือขวาของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....(ผู้ยินยอม) ลงนาม.....(ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย)
(.....) (.....)

ลงนาม.....(พยาน) ลงนาม.....(พยาน)
(.....) (.....)

แบบบันทึกการสัมภาษณ์

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม : กรณีศึกษาในผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลราชวิถี

ตัวแปรที่ สดมภ
ที่

เลขที่แบบสอบถาม

ผู้สัมภาษณ์ ชื่อ-สกุล.....

ID 1-3

ผู้ให้สัมภาษณ์ ชื่อ-สกุล..... HN.....

บ้านเลขที่ (ที่สามารถติดต่อได้).....

วัน เดือน ปี ที่สัมภาษณ์.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

1.2 สถานภาพสมรส 1) โสด 2) คู่ 3) หม้าย 4) หย่า 5) แยก อื่น ๆ ระบุ.....

1.3 อาชีพ 1) รับราชการ 2) รับจ้าง 3) ธุรกิจส่วนตัว 4) แม่บ้าน 5) อื่น ๆ ระบุ.....

1.4 จบการศึกษาระดับ 1) ดำรงางาม 2) ดำไม่างาม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสมรรถฐานวินิจฉัย

2.1 ชาติสมรรถฐาน

วัน เดือน ปีเกิด...../...../.....

ชาติเจ้าเรือนหลัก คือ 1) ดิน 2) น้ำ 3) ลม 4) ไฟ

2.2 อุตสมรรถฐาน

วัน เดือน ปีที่เริ่มป่วย.....

ฤดูกาลขณะป่วย 1) ฤดูร้อน 2) ฤดูฝน 3) ฤดูหนาว

2.3 อายุสมรรถฐาน

อายุของผู้ป่วย.....

อายุเมื่อเริ่มป่วย 1) ปฐมวัย 2) มัชฌิมวัย 3) ปัจฉิมวัย

2.4 กาลสมรรถฐาน

ช่วงเวลาที่เริ่มป่วย.....

ช่วงเวลาที่มีอาการกำเริบขณะป่วย

1) 06.00 น. - 10.00 น. และ / หรือ 18.00 น. - 22.00 น.

2) 10.00 น. - 14.00 น. และ / หรือ 22.00 น. - 02.00 น.

3) 14.00 น. - 18.00 น. และ / หรือ 02.00 น. - 06.00 น.

2.5 ประเทศสมุทรฐาน

ภูมิลำเนาเดิม(จังหวัดที่เกิด)	อยู่มานาน.....	ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน(จังหวัดที่อยู่ในปัจจุบัน)	อยู่มานาน.....	ปี
สถานที่อยู่อาศัยที่เริ่มป่วย	อยู่มานาน.....	ปี

ประเทศสมุทรฐาน	ลักษณะภูมิประเทศ	ประเทศสมุทรฐาน	ลักษณะภูมิอากาศ
สมุทรฐานเตโช	เป็นเนินเขา ภูเขา	สมุทรฐานเตโช	ร้อน
สมุทรฐานวาโย	น้ำฝนเปลือกตม	สมุทรฐานวาโย	เย็น
สมุทรฐานปัตฐวี	น้ำเค็มเปลือกตม	สมุทรฐานปัตฐวี	หนาว
สมุทรฐานอาโป	น้ำกรวดทราย	สมุทรฐานอาโป	หนาว อุ่นและร้อนเสมอกัน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามธาตุเจ้าเรือน

คำชี้แจง แบบสอบถามธาตุเจ้าเรือน มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงธาตุเจ้าเรือนของท่าน โดยท่านต้องทำเครื่องหมาย ลงในข้อที่ตรงกับตัวเลือกที่ท่านยอมรับว่าใกล้เคียงกับลักษณะของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

- รูปร่างของท่านมีลักษณะตรงกับข้อใด
 - สูงใหญ่
 - อ้วนหรือ เตี้ย
 - ผอมหรือสูง
 - สมส่วน
- โครงสร้างของกระดูกและกล้ามเนื้อท่านมีลักษณะตามข้อใด
 - กล้ามเนื้อกระดูกแข็งแรงมาก
 - กล้ามเนื้อกระดูกแข็งแรงปานกลาง
 - มีเสียงกระดูกลั่นเวลาเดิน
 - กล้ามเนื้อข้อกระดูกหลวม
- ผิวพรรณของท่านมีลักษณะตรงตามข้อใด
 - ดำคล้ำ
 - สดใสอิมเอิบ
 - หยาบไม่สดใส
 - เหี่ยวย่น หรือตกรกระ
- ผมของท่านมีความหนาเป็นอย่างไร
 - ดกหนามาก
 - หนา
 - ไม่หนาไม่บาง
 - น้อย
- ผมของท่านมีลักษณะอย่างไร
 - ดำไม่เงางาม
 - ดำเงางาม
 - ไม่ค่อยดำ
 - หงอกขาว
- เหงื่อของท่านเป็นอย่างไร
 - ไม่มีเหงื่อออกขณะออกกำลังกายและไม่มีการเคลื่อนไหว
 - เหงื่อออกขณะอยู่เฉย ๆ ไม่มีการเคลื่อนไหว
 - เหงื่อออกขณะทำงานและไม่มีการเคลื่อนไหว
 - เหงื่อออกขณะอยู่เฉย ๆ มีการเคลื่อนไหว กลิ่นปากแรง
- มือของท่านมีลักษณะอย่างไร
 - หนา หนัก
 - บางอ่อนนุ่ม
 - แห้งปานกลาง
 - หยาบแตกแห้งมาก
- ลักษณะเสียงของท่าน ตรงกับข้อใด
 - เสียงดังฟังชัด
 - เสียงโปร่งใส
 - เสียงปานกลาง
 - เสียงแหบพร่า
- ลักษณะการพูดของท่านมีลักษณะอย่างไร
 - พูดจาดีมีหลักวิชาการน่าเชื่อถือ
 - พูดจาหนักแน่นจริงจัง
 - พูดเร็ว ช่างพูด พูดเก่ง
 - พูดจาไม่ค่อยมีความมั่นใจ

10. ลักษณะการทนอากาศของท่านตรงกับข้อใด
- 1) ทนร้อนและหนาวได้ดี
 - 2) ทนร้อนและหนาวได้ปานกลาง
 - 3) ทนหนาวไม่ได้
 - 4) ทนร้อนไม่ได้
11. การรับประทานอาหารของท่านเป็นอย่างไร
- 1) รับประทานอาหารมาก
 - 2) รับประทานอาหารค่อนข้างมาก
 - 3) รับประทานอาหารค่อนข้างน้อย
 - 4) รับประทานอาหารน้อย
12. ความจำของท่านมีลักษณะตรงกับข้อใด
- 1) ความจำดี
 - 2) มีความจำค่อนข้างดี
 - 3) ความจำค่อนข้างไม่ดี
 - 4) ความจำไม่ดี
13. ความมีสมาธิของท่านมีลักษณะตรงกับข้อใด
- 1) มีสมาธิดี
 - 2) มีสมาธิค่อนข้างดี
 - 3) มีสมาธิค่อนข้างน้อย
 - 5) มีสมาธิน้อย
14. ลักษณะความคิดริเริ่มของท่านเป็นอย่างไร
- 1) มีความคิดริเริ่มดี
 - 2) มีความคิดริเริ่มค่อนข้างดี
 - 3) มีความคิดริเริ่มค่อนข้างไม่ดี
 - 4) ความคิดริเริ่มไม่ดี
15. ลักษณะความกระตือรือร้นของท่านเป็นเช่นไร
- 1) มีความกระตือรือร้นมาก
 - 2) มีความกระตือรือร้นค่อนข้างมาก
 - 3) มีความกระตือรือร้นค่อนข้างน้อย
 - 4) มีความกระตือรือร้นน้อย
16. ลักษณะทางอารมณ์ของท่านตรงกับข้อใด
- 1) หนักแน่นมาก
 - 2) หนักแน่นค่อนข้างมาก
 - 3) หนักแน่นค่อนข้างน้อย
 - 4) หนักแน่นน้อย
17. ลักษณะความวิตกกังวลของท่านตรงกับข้อใด
- 1) วิตกกังวลมาก
 - 2) วิตกกังวลค่อนข้างมาก
 - 3) วิตกกังวลค่อนข้างน้อย
 - 4) วิตกกังวลน้อย

18. ลักษณะความรู้สึกทางเพศ ของท่านตรงกับข้อใด

- 1) มาก 2) ค่อนข้างมาก 3) ค่อนข้างน้อย 4) น้อย

19. ลักษณะฐานะทางการเงินของท่านตรงกับข้อใด

- 1) มีทรัพย์สินมาก
2) มีทรัพย์สินค่อนข้างมาก
3) มีทรัพย์สินค่อนข้างน้อย
4) มีทรัพย์สินน้อย

20. ลักษณะการนอนของท่านตรงกับข้อใด

- 1) นอนหลับได้ดี
2) นอนหลับได้ค่อนข้างดี
3) นอนหลับได้ค่อนข้างไม่ดี
4) นอนหลับไม่ดี

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยก่อนป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่มีต่อภาวะสุขภาพของท่านในช่วงเวลา ก่อนป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยมีข้อความให้ท่านพิจารณาถึงความรู้สึกหรือความคิดเห็นตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด คำตอบของท่านไม่มีถูกหรือผิด ดังนั้นขอให้ท่านตอบให้ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านให้มากที่สุด โดยผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเพียงครึ่งเดียวหรือในระดับปานกลาง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเลย

ข้อความ	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็นด้วย
การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม 1. การเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจะทำให้มีความเจ็บปวดทรมาน 2. การเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจะทำให้ข้อแข็งไม่สามารถขยับข้อได้ 3. การเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจะทำให้ไม่สามารถเดินไปไหนมาไหนได้ 4. การเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจะทำให้กระดูกเข่าพิการหรือผิดรูปได้ 5. การเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจะไม่เป็นภาระแก่บุคคลอื่น 6. การเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมทำให้ไม่สามารถงอเข่านั่งลงหรือลุกขึ้นได้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม 7. การมีอายุมากขึ้นจะยิ่งทำให้ข้อเข่าเสื่อม 8. การมีน้ำหนักตัวมากจะทำให้มีโอกาสเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม			

ข้อความ	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วย
<p>9. การนั่งพับเพียบนาน ๆ จะทำให้เข้าเสื่อม</p> <p>10. การนั่งยอง ๆ จะทำให้เข้าเสื่อม</p> <p>11. การนั่งขัดสมาธิ จะทำให้มีโอกาสเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม</p> <p>12. การกระโดดหรือกระแทกบริเวณเข่าอย่างแรงจะทำให้เข้าเสื่อม</p> <p>13. การปีนป่ายขึ้นที่สูงหรือภูเขาเป็นประจำจะทำให้กระดูกเข่าแข็งแรง</p> <p>14. การขึ้นลงบันไดมากกว่า 1 ชั้นเป็นประจำจะทำให้ข้อเข่าไม่เสื่อมง่าย</p> <p>15. การที่กระดูกเข่าโค้งออกจะทำให้กระดูกเข่าเสื่อมได้ง่าย</p> <p>16. การรับประทานผักผลไม้เป็นประจำจะทำให้เข้าไม่แข็งแรง</p> <p>17. การมีรูปร่างกระดูกเข่าเกเข้าจะทำให้กระดูกเข่าเสื่อมง่าย</p> <p>18. การหาบของหนักแบกของหนักเป็นประจำจะไม่ทำให้ข้อเข่าเสื่อม</p> <p>19. การดึงหรือลากวัตถุขึ้นทางชันเป็นประจำจะทำให้ไม่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม</p> <p>20. การรับประทานข้อกระดูกไก่ ข้อกระดูกหมู หรือข้อกระดูกสัตว์อื่นๆ ในส่วนที่เป็นกระดูกอ่อน จะทำให้เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม</p> <p>การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการโรคข้อเข่าเสื่อม</p> <p>21. การออกกำลังกายโดยการเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณเข่าจะช่วยป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม</p> <p>22. การรับประทานข้อกระดูกไก่ ข้อกระดูกหมูหรือกระดูกสัตว์อื่นๆ ในส่วนที่เป็นกระดูกอ่อน จะช่วยป้องกันการเป็นโรคเข่าเสื่อม</p> <p>23. การรับประทานผักผลไม้เป็นประจำ จะช่วยป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม</p> <p>24. การลดน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่ได้ช่วยป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม</p> <p>25. การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมกรนั่งพับเพียบ จะช่วยป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม</p> <p>26. การนั่งขัดสมาธิเป็นประจำ จะช่วยป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม</p> <p>27. การนั่งยอง ๆ หรือนั่งงอเข่า จะช่วยป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม</p> <p>28. การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมกระโดดหรือกระแทกบริเวณเข่า จะช่วยป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม</p> <p>29. การเดินขึ้นลงบันไดบ่อย ๆ จะช่วยป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม</p> <p>30. การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมกรแบกของหนักหรือยกของหนัก จะช่วยป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม</p> <p>31. การดึงลากวัตถุสิ่งของขึ้นทางชัน จะช่วยป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม</p> <p>32. การปีนป่ายขึ้นที่สูงหรือภูเขาเป็นประจำ จะช่วยป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม</p> <p>การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการโรคข้อเข่าเสื่อม</p> <p>33. อยากรออกกำลังกายโดยการเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณเข่า แต่เพราะกิจวัตรประจำวันทำให้ไม่มีเวลา</p> <p>34. สามารถรับประทานข้อกระดูกไก่ ข้อกระดูกหมูหรือกระดูกสัตว์อื่นๆ ในส่วนที่เป็นกระดูกอ่อน เพราะมีรายได้เพียงพอ</p>			

ข้อความ	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วย
<p>35. สามารถรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ เพราะหาซื้อได้ง่าย</p> <p>36. ไม่สามารถลดน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เนื่องจากการยุ่งยากในการควบคุมอาหาร</p> <p>37. เป็นการยุ่งยากที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการนั่งพับเพียบ เนื่องจากการมารยาททางสังคม</p> <p>38. ไม่สามารถหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการนั่งขัดสมาธิ เนื่องจากการทำทางที่สะดวกและเหมาะสมกับพื้นบ้าน</p> <p>39. ไม่สามารถหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการนั่งยอง ๆ หรือนั่งงอเข่าได้ เนื่องจกลักษณะงานที่ต้องนั่งยอง ๆ</p> <p>40. สามารถหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการกระโดดหรือกระแทกบริเวณเข่า เนื่องจกเมื่อกระโดดแล้วจะรู้สึกเจ็บปวดไม่สบาย</p> <p>41. สามารถหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการเดินขึ้นลงบันไดบ่อย ๆ ได้ เนื่องจกเป็นการเสียเวลาและทำให้รู้สึกเหนื่อย</p> <p>42. เป็นการยากที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการแบกของหนักหรือยกของหนัก เนื่องจกเป็นอาชีพหรืองานบ้านที่ต้องทำ</p> <p>43. สามารถหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการดิงลากวัตถุสิ่งของต่างๆ ขึ้นทางชันได้ เนื่องจกดิงเองไม่ไหวและมีเครื่องทุ่นแรงอื่น ๆ ช่วยได้</p> <p>44. ไม่สามารถหลีกเลี่ยงพฤติกรรมปีนป่ายขึ้นที่สูงหรือภูเขาเป็นประจำได้ เนื่องจกเป็นเส้นทางคมนาคมที่จำเป็นต้องใช้</p> <p>แรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม</p> <p>45. ขอบค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม</p> <p>46. ติดตามรับฟังรายการที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม</p> <p>47. เมื่อไม่เข้าใจคำแนะนำจากทีมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมจะซักถามจนเข้าใจ</p> <p>48. พุดคุยสนทนาเรื่องการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมกับเพื่อน ๆ หรือคนรู้จัก</p> <p>49. ชอบที่จะรับประทานข้อกระดูกไก่ กระดูกหมูหรือกระดูกสัตว์อื่น ๆ ในส่วนที่เป็นกระดูกอ่อน</p> <p>50. ไม่ชอบรับประทานผัก ผลไม้เป็นประจำ</p> <p>51. เปื่อหน่ายที่ต้องออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาทุกวัน</p> <p>52. ชอบอ่านหนังสือเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม</p> <p>53. ภูมิใจที่สามารถรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>54. ชอบที่จะนั่งพับเพียบ</p> <p>55. รู้สึกมีคุณค่าเมื่อสามารถแบกของหนักหรือยกของหนักได้</p>			

ข้อความ	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็นด้วย
56. ชอบนั่งขัดสมาธิ			
57. ภูมิใจที่สามารถกระโดดได้			
58. ชอบนั่งยอง ๆ หรือนั่งงอเข่า			
59. รู้สึกภูมิใจที่สามารถดึงลากวัตถุหรือสิ่งของขึ้นทางชันได้			
60. ชอบปีนป่ายขึ้นที่สูงหรือภูเขา			

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค

คำชี้แจง วัตถุประสงค์ของแบบสัมภาษณ์ชุดนี้ ต้องการทราบพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคของผู้ที่เป็นโรคและไม่เป็นโรคข้อเข้า
 เชื่อมโดยผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตัวของผู้ตอบ โดยในแต่ละข้อคำถามมี
 ความหมาย ดังนี้

- | | | |
|------------------|---------|--|
| ประจำ | หมายถึง | ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ มากกว่า 4 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์ |
| นาน ๆ ครั้ง | หมายถึง | ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ น้อยกว่า 4 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์ |
| ไม่เคยปฏิบัติเลย | หมายถึง | ผู้ตอบไม่มีพฤติกรรมหรือไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เลย |

พฤติกรรมการปฏิบัติตน

1. เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

- ผักที่ท่านชอบและรับประทานเสมอ คือ.....

- ผลไม้ที่ท่านชอบและรับประทานเสมอ คือ.....

รสของอาหารที่ท่านรับประทาน (ใส่จำนวนครั้งในการรับประทาน / สัปดาห์)

- | | | | | |
|---------|------|-----|------|---------------------|
| เผ็ด | หวาน | มัน | เค็ม |ครั้ง/ สัปดาห์ |
| เปรี้ยว | ขม | | |ครั้ง/ สัปดาห์ |
| เย็น | จืด | | |ครั้ง/ สัปดาห์ |
| เผ็ด | ร้อน | | |ครั้ง/ สัปดาห์ |

พฤติกรรมการปฏิบัติตน	ความบ่อยในการปฏิบัติ		
	ประจำ	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
1.1 รับประทานอาหารว่างนอกจากอาหารหลัก 3 มื้อ 1.2 รับประทานอาหารอัมเกินไป 1.3 รับประทานอาหารจุบจิบ 1.4 รับประทานสัตว์ปีก หมู ไก่ หรือ เครื่องในสัตว์ 1.5 ต้มเหล้า เบียร์ หรือ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1.6 รับประทานผักผลไม้ 2. เกี่ยวกับอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม 2.1 ยืนหรือเดินตลอดเวลา 2.2 ขึ้นลงบันได ตั้งแต่ 1 ชั้น 2.3 นั่งยอง ๆ หรือนั่งงอเข่า 2.4 นั่งขัดสมาธิ 2.5 นั่งพับเพียบ 2.6 ยกของหนักหรือแบกของหนัก 2.7 หลีกเลี่ยงการขึ้นลงบันได 2.8 ออกกำลังกายในลักษณะกระแทกบริเวณเข่าเป็นประจำ 2.9 ปีนป่ายชั้นที่สูงหรือภูเขา 2.10 ดึงลากของหรือวัตถุขึ้นทางชัน 3. เกี่ยวกับการกระหกรร้อนเย็น 3.1 ทำงานกลางแจ้ง หรืออยู่ในที่มีอากาศร้อน 8 ชั่วโมง / วัน 3.2 อยู่ในสถานที่ที่มีอากาศเย็นหรือหนาว 8 ชั่วโมง / วัน 3.3 เดินเข้าออกจากสถานที่หนาวเย็น และร้อนจัดอยู่ตลอดเวลา 3.4 ทำงานกลางแจ้งหรือถูกละของฝน 3.5 ตากน้ำค้าง 3.6 แชนหรือสัมผัสน้ำ 4. เกี่ยวกับการขาดอุเบกขา 4.1 ฉันทสนใจผู้อื่นและให้ความช่วยเหลือเท่าที่ทำได้ 4.2 ฉันทยอมรับข้อผิดพลาดของตนเอง 4.3 ฉันทมักไม่ทุกข์ร้อนกับเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ 4.4 ฉันทรู้สึกตื่นเต้นง่ายเมื่อได้พูดต่อหน้าบุคคลจำนวนมาก 4.5 ฉันทรู้สึกอึดอัดใจมาก ที่ไม่สามารถพูดระบายความรู้สึกให้ผู้อื่นฟังได้			

พฤติกรรมการปฏิบัติตน	ความบ่อยในการปฏิบัติ		
	ประจำ	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
<p>4.6 ฉันรู้สึกกังวลกับเคราะห์ร้ายต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น</p> <p>4.7 ฉันรู้สึกตื่นตระหนกง่าย เมื่อพบสถานการณ์ที่ไม่คาดคิดมาก่อน</p> <p>4.8 ฉันรู้สึกทุกข์และกังวลใจ เมื่อทำงานไม่สำเร็จตามเวลาที่กำหนด</p> <p>4.9 ฉันยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง</p> <p>4.10 ฉันทำใจยอมรับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นเคราะห์กรรมที่ทำได้</p> <p>5. เกี่ยวกับการมีโทสะมักโกรธอยู่เสมอ</p> <p>5.1 เมื่อถูกขัดใจ ฉันรู้สึกหงุดหงิด</p> <p>5.2 เวลาโกรธ ฉันรู้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับฉัน</p> <p>5.3 ฉันมักมีปฏิกิริยาโต้ตอบอย่างรุนแรงต่อปัญหาเพียงเล็กน้อย</p> <p>5.4 ฉันรู้สึกโมโหที่ผู้อื่นได้ในสิ่งดี ๆ มากกว่าฉัน</p> <p>5.5 เมื่อทำสิ่งใดไม่สำเร็จ ฉันจะเอะอะโวยวายสาปแช่งผู้อื่น</p> <p>5.6 ฉันมักดูตาดบุคคลรอบ ๆ ข้างที่ทำตัวไม่ถูกต้อง</p> <p>5.7 เมื่อมีบุคคลอื่นว่ากล่าว ฉันจะเก็บความโกรธนี้เอาไว้</p> <p>5.8 ฉันควบคุมใจตนเองกลับเข้าสู่สภาพที่ปกติเมื่อมีอารมณ์โกรธ</p> <p>5.9 ฉันใช้ปัญญาพิจารณาให้เข้าใจบุคคลและสิ่งต่าง ๆ</p> <p>5.10 ฉันไม่มุ่งหวังว่าบุคคลอื่นจะทำสิ่งใดให้ฉัน</p>			

คู่มือการสัมภาษณ์

งานวิจัยเล่มที่ 1

เรื่อง ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและสมรรถานด้านการแพทย์แผนไทย
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลราชวิถี

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและสมรรถานด้านการแพทย์แผนไทยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลราชวิถี แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นการสัมภาษณ์บุคคลในด้าน น้ำหนัก ส่วนสูง การนับถือศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา โดยให้ผู้สัมภาษณ์ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในหมายเลขหน้าข้อความให้ตรงกับความเป็นจริง

ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์

ชื่อ (นาย นาง นางสาว)นามสกุล..... น้ำหนัก.....ส่วนสูง.....
สถานภาพสมรส.....อาชีพ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสมรรถานวินิจฉัย เป็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับสมรรถานตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยในด้าน ธาตุสมรรถาน อุดสมรรถาน อายุสมรรถาน กาลสมรรถาน และประเทศสมรรถาน โดยผู้สัมภาษณ์เป็นผู้ที่ผ่านการอบรมจากสถาบันการแพทย์แผนไทยมาแล้ว ดังนี้

2.1 ในช่วงของธาตุสมรรถาน

ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์

วัน เดือน ปีเกิด...../...../.....

ธาตุเจ้าเรือนหลัก คือ 1) ดิน 2) น้ำ 3) ลม 4) ไฟ

แนวทางการวิเคราะห์ เป็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับ วัน เดือน ปีเกิดของผู้ป่วย และหรือดูในแฟ้มบันทึกประวัติผู้ป่วย ซึ่งจะระบุถึงวัน เดือนปี เกิด เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งหนึ่ง แล้วนำวันเดือนปีเกิดไปวิเคราะห์เพื่อหาธาตุเจ้าเรือนของผู้ป่วยโดยใช้แผ่นวงกลมวิเคราะห์ธาตุของแพทย์หญิงเพ็ญทิพญา ทรัพย์เจริญ และนำผลที่ได้จากแผ่นวงกลมมาวิเคราะห์ธาตุจะออกมาเป็นธาตุเจ้าเรือนตามวันเดือนปีเกิดว่าเป็น ดิน น้ำ ลม หรือ ไฟ

2.2 ในช่วงของอูดสมรรถาน

ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์

วัน เดือน ปีที่เริ่มป่วย.....

ฤดูกาลขณะป่วย 1) ฤดูร้อน 2) ฤดูฝน 3) ฤดูหนาว

แนวทางการวิเคราะห์ เป็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับเวลาที่เริ่มป่วย และดูจากแฟ้มบันทึกประวัติผู้ป่วยเกี่ยวกับการซักประวัติวันแรกที่มาพบแพทย์ด้วยอาการข้อเข่าเสื่อมว่าเป็นมานานเพียงใดและเป็นช่วงเวลาใด โดยเทียบตามฤดูกาล ดังนี้

เดือน เมษายน ถึง กรกฎาคม เป็นช่วง ฤดูร้อน

เดือน สิงหาคม ถึง พฤศจิกายน เป็นช่วง ฤดูฝน

เดือน ธันวาคม ถึง มีนาคม เป็นช่วง ฤดูหนาว

2.3 ในช่วงอายุสมรรถาน

ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์

อายุของผู้ป่วย.....

อายุเมื่อเริ่มป่วย 1) ปฐมวัย 2) มัชฌิมวัย 3) ปัจฉิมวัย

แนวทางการวิเคราะห์ เป็นการถามเกี่ยวกับช่วงอายุที่เริ่มป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยจำไม่ได้ต้องดูจากแฟ้มบันทึกประวัติของผู้ป่วยว่าแพทย์ได้ซักประวัติเกี่ยวกับโรคว่าผู้ป่วยเริ่มป่วยในช่วงอายุใด ทั้งนี้ต้องตรวจสอบว่าผู้ป่วยเริ่มป่วยมาแล้วไม่เกิน 5 ปี เพื่อป้องกันการจำข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยไม่ได้ โดยให้นำอายุของผู้ป่วยเมื่อเริ่มป่วยมาวิเคราะห์ (โดยผู้ป่วยปัจจุบันจะต้องมีอายุมากกว่า 32 ปีขึ้นไป)

2.4 ในช่วงกาลสมมุติฐาน

ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์

ช่วงเวลาเริ่มป่วย.....

ช่วงเวลาที่มีอาการกำเริบขณะป่วย

06.00 น. - 10.00 น. และ / หรือ 18.00 น. - 22.00 น.

10.00 น. - 14.00 น. และ / หรือ 22.00 น. - 02.00 น.

14.00 น. - 18.00 น. และ / หรือ 02.00 น. - 06.00 น.

แนวทางการวิเคราะห์ เป็นการสัมภาษณ์ถึงช่วงเวลาที่เริ่มป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยจำไม่ได้ ผู้สัมภาษณ์อาจใช้วิธีดูจากแฟ้มบันทึกประวัติผู้ป่วย และถามเพิ่มเติมว่าในขณะที่ป่วยนั้นมีอาการปวดมากในช่วงเวลาใด โดยแบ่ง 3 ช่วงดังนี้

2.5 ในช่วงของประเทศสมมุติฐาน

ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์

ภูมิลำเนาเดิม(จังหวัดที่เกิด)อยู่มานาน.....ปี

ที่อยู่ปัจจุบัน(จังหวัดที่อยู่ในปัจจุบัน)อยู่มานาน.....ปี

สถานที่อยู่อาศัยที่เริ่มป่วยอยู่มานาน.....ปี

ประเทศสมมุติฐาน	ลักษณะภูมิประเทศ	ประเทศสมมุติฐาน	ลักษณะภูมิอากาศ
สมมุติฐานเตโช	เป็นเนินเขา ภูเขา	สมมุติฐานเตโช	ร้อน
สมมุติฐานวาโย	น้ำฝนเปลือกตม	สมมุติฐานวาโย	เย็น
สมมุติฐานปถุวี	น้ำเค็มเปลือกตม	สมมุติฐานปถุวี	หนาว
สมมุติฐานอาโป	น้ำกรวดทราย	สมมุติฐานอาโป	หนาว ร้อนและร้อนเสมอกัน

แนวทางการวิเคราะห์ เป็นการสัมภาษณ์ถึงจังหวัดที่เกิดว่าผู้ป่วยเกิดจังหวัดใด จังหวัดที่อยู่อาศัยปัจจุบันและถามถึงช่วงเวลาที่อยู่ยาวนานที่สุด แล้วบันทึกลักษณะสถานที่ของจังหวัดที่ผู้ป่วยอยู่ยาวนานที่สุด มาเทียบลงในช่องตารางโดยให้ขีดเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับลักษณะความเป็นจริงมากที่สุด โดยแบ่งประเทศสมมุติฐานเป็น 2 ลักษณะคือ ภูมิประเทศ และภูมิอากาศ

หมายเหตุ : เนื่องจากโรคข้อเข่าเสื่อมต้องใช้เวลาในการสะสมความเสื่อม จึงเน้นสถานที่ที่อยู่ยาวนานที่สุดเป็นหลัก มากกว่าการนำเอาสถานที่เริ่มป่วยมาพิจารณา แต่ถ้าพบว่าสถานที่เริ่มป่วยคือสถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ยาวนานที่สุด ก็มีความมั่นใจว่าสถานที่ที่เริ่มป่วยเป็นสถานที่ที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย และต้องนำมาวิเคราะห์เช่นกัน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามธาตุเจ้าเรือน

คำชี้แจง เป็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับธาตุเจ้าเรือนตามบุคลิกภาพของผู้ป่วย ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดธาตุเจ้าเรือนของแพทย์หญิงเพ็ญญา ทรัพย์เจริญ โดยผู้สัมภาษณ์จะต้องสังเกตประกอบการสัมภาษณ์ มีทั้งหมด 20 ข้อ

ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์

ข้อที่ 1 ถามเกี่ยวกับรูปร่างผู้ป่วย ดังนี้

- 1) สูงใหญ่
- 2) อ้วนหรือเตี้ย
- 3) ผอมหรือสูง
- 4) สมส่วน

ข้อที่ 2 ถามเกี่ยวกับโครงสร้างของกระดูก ดังนี้

- 1) กล้ามเนื้อกระดูกแข็งแรงมาก
- 2) กล้ามเนื้อกระดูกแข็งแรงปานกลาง
- 3) มีเสียงกระดูกลั่นเวลาเดิน
- 4) กล้ามเนื้อข้อกระดูกหลวม

แนวทางการวิเคราะห์

ข้อที่ 1 ถามเกี่ยวกับรูปร่างผู้ป่วย แล้วเทียบกับตารางน้ำหนักและส่วนสูงที่แนบมาเพื่ออ่านผล ดังนี้

- 5) สูงใหญ่ หมายถึง น้ำหนักและส่วนสูงมากกว่าอายุ และเมื่อเทียบน้ำหนักส่วนสูงจะปกติ
- 6) อ้วนหรือเตี้ย หมายถึง น้ำหนักและส่วนสูงผิดปกติ คือเกินเกณฑ์
- 7) ผอมหรือสูง หมายถึง น้ำหนักและส่วนสูงผิดปกติคือต่ำกว่าเกณฑ์
- 8) สมส่วน หมายถึง น้ำหนักและส่วนสูงพอดีกับอายุ และเมื่อเทียบน้ำหนักส่วนสูงจะปกติ

ข้อที่ 2 ถามเกี่ยวกับโครงสร้างของกระดูก ดังนี้

- 1) กล้ามเนื้อกระดูกแข็งแรงมาก หมายถึง การทำกิจวัตรประจำวันได้ทุกอย่างโดยไม่มีเสียงกระดูกลั่น
- 2) กล้ามเนื้อกระดูกแข็งแรงปานกลาง หมายถึง การทำกิจวัตรประจำวันบางอย่างโดยไม่มีเสียงกระดูกลั่น
- 3) มีเสียงกระดูกลั่นเวลาเดิน หมายถึง การทำกิจวัตรประจำวันได้บางอย่างมีเสียงกระดูกลั่น
- 4) กล้ามเนื้อข้อกระดูกหลวม หมายถึง การทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยมากและมีกระดูกเกศหรือโค้ง

ข้อที่ 3 ถามเกี่ยวกับผิวพรรณดังนี้

- 1) ดำคล้ำ หมายถึง ผิวดำ และหมองคล้ำไม่สดใส
- 2) สดใสอมเอิบ หมายถึง ผิวดำ หรือขาวที่สดใส เนียนเรียบ
- 3) หยาบไม่สดใส หมายถึง ผิวดำ หรือขาวที่ลักษณะหยาบไม่ละเอียด
- 4) เหี่ยวยุบ หรือตกรักระ หมายถึง ผิวที่มีลักษณะเหี่ยวหรือมีรอยยุบ หรือตกรักระ

ข้อที่ 4 ถามเกี่ยวกับลักษณะความหนาของผมดังนี้

- 1) ดกหนามาก หมายถึง เส้นผมมีน้ำหนักมากและหนาจนมีลักษณะหนักศีรษะ
- 2) หนา หมายถึง เส้นผมหนา แต่ยังไม่ค่อยหนักศีรษะมากนัก สามารถไว้ผมยาวได้
- 3) ไม่หนาไม่บาง หมายถึง เส้นผมที่ไม่หนาและไม่บางจนเห็นหนังศีรษะ
- 4) น้อย หมายถึง เส้นผมบางจนเห็นหนังศีรษะชัดเจน

ข้อที่ 5 ถามเกี่ยวกับความดำของผผดังนี้

- 1) ดำเงางาม หมายถึง ผผที่ดำสนิทและเงางามมีประกาย และลูปแล้วลื่น

- 2) ดำไม่เงางาม หมายถึง ผมที่ดำสนิทแต่ไม่เงางามและหลุดแล้วไม่ขึ้น
- 3) ไม่ค่อยดำ หมายถึง ผมที่ดำไม่สนิทหรือมีสีน้ำตาลไม่มีประกายหรือหงอกประมาณ 2 ใน 4 ส่วน
- 4) หงอกขาว หมายถึง ผมที่มีลักษณะขาวหงอกมากกว่า 2 ใน 4 ส่วน

ข้อที่ 6 ถามเกี่ยวกับลักษณะเหงื่อดังนี้

- 1) ไม่มีเหงื่อออกขณะออกกำลังกายและไม่มึกลิ้นตัว หมายถึง ผู้ป่วยที่ออกกำลังกาย หรือมีอิริยาบถที่ต้องใช้แรงมาก ๆ โดยไม่มีเหงื่อออกและไม่มึกลิ้นตัว
- 2) เหงื่อออกขณะทำงานโดยไม่มึกลิ้นตัว หมายถึง ผู้ป่วยมีเหงื่อออกในขณะที่ทำงาน แต่ไม่มึกลิ้นตัว
- 3) เหงื่อออกขณะอยู่เฉย ๆ ไม่มึกลิ้นตัว หมายถึง ผู้ป่วยนั่งเฉย ๆ หรือทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งแม้ไม่ต้องออกแรงก็มีเหงื่อออกและไม่มึกลิ้นตัว
- 4) เหงื่อออกขณะอยู่เฉย ๆ มึกลิ้นตัว กลิ่นปากแรง หมายถึง ผู้ป่วยนั่งเฉย ๆ หรือนอนอยู่เฉย ๆ ก็มีเหงื่อออกมากและมึกลิ้นตัวและกลิ่นปากแรง

ข้อที่ 7 ถามเกี่ยวกับลักษณะของมือดังนี้

- 1) หนา หนัก หมายถึง มือมีลักษณะหนา เนื้อแน่น
- 2) บาง อ่อนนุ่ม หมายถึง มือมีลักษณะบาง เนื้อน้อย และอ่อนนุ่ม
- 3) แห้ง ปานกลาง หมายถึง มือจะหนาหรือบางก็ได้และมีลักษณะแห้งปานกลาง
- 4) หยิบแตกแห้งมาก หมายถึง มือจะหนาหรือบางก็ได้และมีลักษณะแห้งแตกหยิบมาก

ข้อที่ 8 ถามเกี่ยวกับลักษณะของเสียงดังนี้

- 1) เสียงดังฟังชัด หมายถึง เสียงที่พูดแล้ว ฟังได้ชัดเจน กังวาล
- 2) เสียงโปร่งใส หมายถึง เสียงที่พูดแล้ว ฟังได้ชัดเจน ไม่กังวาล แต่มีลักษณะโปร่งใส
- 3) เสียงปานกลาง หมายถึง เสียงที่พูดแล้ว ฟังได้ชัดเจน แต่ไม่ดังและเสียงไม่โปร่งใส
- 4) เสียงแหบพร่า หมายถึง เสียงที่พูดแล้ว ฟังได้ไม่ชัดเจน เสียงแหบมาก

ข้อที่ 9 ถามเกี่ยวกับลักษณะการพูดดังนี้

- 1) พูดจาดีมีหลักวิชาการน่าเชื่อถือ หมายถึง การพูดที่มีลำดับขั้นตอน แสดงถึงความมีเหตุผล
- 2) พูดจาหนักแน่นจริงจัง หมายถึง การพูดที่มีลักษณะที่ไม่พูดเล่น สงเกตจากท่าทางสีหน้าและการสบตา
- 3) พูดเร็ว ช่างพูด พูดเก่ง หมายถึง การพูดที่มีลักษณะเร็ว พูดมากบางครั้งดูเหมือนพูดพร่ำเพรื่อ
- 4) พูดจาไม่ค่อยมีความมั่นใจ หมายถึง ไม่ค่อยกล้าพูดหรือแสดงออก พูดเสียงเบาไม่ค่อยสบตาเวลาพูด

ข้อที่ 10 ลักษณะการทนอากาศดังนี้

- 1) ทนร้อนและหนาวได้ดี หมายถึง ทนต่อความร้อนจัดและหนาวจัดได้ดี
- 2) ทนร้อนและหนาวได้ปานกลาง หมายถึง ทนต่อความร้อนจัดและหนาวจัดได้บ้างแต่ไม่มาก
- 3) ทนหนาวไม่ได้ หมายถึง ทนต่อความหนาวจัดไม่ได้เลย แต่ยังทนร้อนจัดได้บ้าง
- 4) ทนร้อนไม่ได้ หมายถึง ทนต่อความร้อนจัดไม่ได้เลยแต่ยังทนหนาวจัดได้บ้าง

ข้อที่ 11 ถามเกี่ยวกับปริมาณและความถี่ของการรับประทานอาหารดังนี้

- 1) รับประทานอาหารมาก หมายถึง อิ่มแล้วก็ยังคงรับประทานอาหารอื่น ๆ ต่อไปเรื่อย ๆ ปริมาณ มากกว่า 3 มื้อ ๆ ละ มากกว่า 1 จาน รับประทานอาหารจุบจิบหรืออาหารระหว่างมื้อ
- 2) รับประทานอาหารค่อนข้างมาก หมายถึง อิ่มแล้วก็พอ ไม่รับประทานอาหารอื่น ๆ อีก ปริมาณเท่ากับ

อาหารหลัก 3 มื้อๆละ 1 จาน ไม่รับประทานอาหารจุบจิบหรืออาหารระหว่างมื้อ

- 3) รับประทานอาหารค่อนข้างน้อย หมายถึง ปล่อยให้หิวและชอบเลื่อนเวลารับประทานอาหารเป็นประจำ ปริมาณมื้อละ 1 จานและชอบดื่มน้ำในปริมาณที่มากกว่า 6 แก้ว/วัน
- 4) รับประทานอาหารน้อย หมายถึง รับประทานอาหารน้อยมาก บางวันไม่ได้รับประทานอาหารเลย ปริมาณน้อยกว่า 3 มื้อ/ วัน แต่ละมื้อไม่เต็มจาน

ข้อที่ 12 ตามเกี่ยวกับลักษณะความจำมีดังนี้

- 1) ความจำดี หมายถึง ทำความเข้าใจอะไรได้ง่ายและจำได้นาน
- 2) มีความจำค่อนข้างดี หมายถึง ทำความเข้าใจอะไรได้ และจำได้ แต่ไม่ค่อยนาน
- 3) ความจำค่อนข้างไม่ดี หมายถึง ทำความเข้าใจอะไรได้ปานกลาง และต้องใช้เวลาในการจำพอประมาณ
- 4) ความจำไม่ดี หมายถึง ทำความเข้าใจอะไรได้ยากมาก จำอะไรไม่ได้ หลงลืมบ่อย

ข้อที่ 13 ตามเกี่ยวกับความมีสมาธิดังนี้

- 1) มีสมาธิดี หมายถึง ทำอะไรได้ดีมาก คิดในสิ่งที่ทำและมีสติอยู่กับสิ่งที่ทำและสามารถคิดถึงเรื่องที่ทำต่อไปได้อีก
- 2) มีสมาธิค่อนข้างดี หมายถึง ทำอะไรได้ดี คิดในสิ่งที่ทำและมีสติอยู่กับสิ่งที่ทำเท่านั้น
- 3) มีสมาธิค่อนข้างไม่ดี หมายถึง ทำอะไรได้บ้าง แต่บางครั้งก็คิดเรื่องอื่นที่ไม่ใช่เรื่องที่ทำอยู่
- 4) มีสมาธิไม่ดี หมายถึง ทำอะไรไม่ได้เลย คิดถึงแต่เรื่องอื่นที่ไม่ใช่เรื่องที่ทำอยู่

ข้อที่ 14 ตามเกี่ยวกับลักษณะความคิดริเริ่มดังนี้

- 1) มีความคิดริเริ่มดี หมายถึง มีความคิดที่แปลกใหม่ไม่เหมือนผู้อื่นคือคิดในทางสร้างสรรค์อยู่เสมอทุกครั้ง
- 2) มีความคิดริเริ่มค่อนข้างดี หมายถึง มีความคิดที่แปลกใหม่ไม่เหมือนผู้อื่นคือคิดในทางสร้างสรรค์เป็นจำนวนมาก
- 3) มีความคิดริเริ่มค่อนข้างไม่ดี หมายถึง มีความคิดที่แปลกใหม่ไม่เหมือนผู้อื่นคือคิดในทางสร้างสรรค์เป็นบางครั้ง
- 4) ความคิดริเริ่มไม่ดี หมายถึง ไม่มีความคิดแปลกใหม่และชอบเลียนแบบผู้อื่นทุกครั้ง

ข้อที่ 15 ตามเกี่ยวกับลักษณะความกระตือรือร้นดังนี้

- 1) มีความกระตือรือร้นมาก หมายถึง มีพฤติกรรมที่แสดงความสนใจใส่ใจ มีความมุ่งมั่นที่จะทำทุกสิ่งให้สำเร็จอย่างรวดเร็ว
- 2) มีความกระตือรือร้นค่อนข้างมาก หมายถึง มีพฤติกรรมที่แสดงความสนใจใส่ใจ มีความมุ่งมั่นที่จะทำทุกสิ่งให้สำเร็จแต่ต้องใช้เวลา
- 3) มีความกระตือรือร้นค่อนข้างน้อย หมายถึง มีพฤติกรรมแสดงความสนใจในบางเรื่องที่ตนเองสนใจเท่านั้น และต้องใช้เวลา
- 4) มีความกระตือรือร้นน้อย หมายถึง มีพฤติกรรมที่แสดงความสนใจ ใฝ่ใจน้อยและเฉื่อยชา

ข้อที่ 16 ตามเกี่ยวกับลักษณะทางอารมณ์ดังนี้

- 1) หนักแน่นมาก หมายถึง มีความคิดในสิ่งใดแล้วไม่เปลี่ยนใจง่าย ๆ ตั้งมั่นในสิ่งนั้น ๆ และเชื่อมั่นในตนเองสูง
- 2) หนักแน่นค่อนข้างมาก หมายถึง มีความคิดในสิ่งใดแล้วไม่เปลี่ยนใจ มีความรู้สึกช้า เชื่อมั่นในตนเองปานกลาง
- 3) หนักแน่นค่อนข้างน้อย หมายถึง มีความคิดในสิ่งใดแล้วเปลี่ยนใจคล้อยตามการชักจูงของผู้อื่นง่าย

เชื่อมั่นในตนเองน้อย

4) หนักแน่นน้อย หมายถึง ไม่มีความคิดเป็นของตนเอง ชอบถามผู้อื่นทุกครั้ง ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง
ข้อที่ 17 ถามเกี่ยวกับลักษณะความวิตกกังวลดังนี้

- 1) วิตกกังวลมาก หมายถึง ครุ่นคิดถึงเหตุการณ์ที่ยังมาไม่ถึง เมื่อพบเหตุการณ์ต่าง ๆ ก็จะไม่เคยอยู่ตลอดเวลา
- 2) วิตกกังวลค่อนข้างมาก หมายถึง ครุ่นคิดถึงเหตุการณ์ที่ยังมาไม่ถึง เมื่อพบเหตุการณ์ต่าง ๆ ก็จะไม่เคยเป็นบางเวลา
- 3) วิตกกังวลค่อนข้างน้อย หมายถึง ไม่คิดในสิ่งใดก่อนล่วงหน้า เมื่อพบเหตุการณ์ต่าง ๆ ก็จะไม่เคยเป็นบางเวลา
- 4) วิตกกังวลน้อย หมายถึง ไม่คิดในสิ่งใดก่อนล่วงหน้าเลย เมื่อพบเหตุการณ์ต่าง ๆ ก็ไม่เคย

ข้อที่ 18 ถามเกี่ยวกับลักษณะความรู้สึกทางเพศ ดังนี้

- 1) มาก หมายถึง มีกิจกรรมทางเพศหรือคิดเกี่ยวกับเรื่องทางเพศ มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์
- 2) ค่อนข้างมาก หมายถึง มีกิจกรรมทางเพศหรือคิดเกี่ยวกับเรื่องทางเพศ เท่ากับ 2- 3 ครั้ง/สัปดาห์
- 3) ค่อนข้างน้อย หมายถึง มีกิจกรรมทางเพศ หรือคิดเกี่ยวกับเรื่องทางเพศน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์
- 4) น้อย หมายถึง ไม่มีกิจกรรมทางเพศหรือไม่คิดเกี่ยวกับเรื่องทางเพศ เลย

ข้อที่ 19 ถามเกี่ยวกับลักษณะฐานะทางการเงินดังนี้

- 1) มีทรัพย์สินมาก หมายถึง มีทรัพย์สินและไม่มีหนี้สิน มีมรดกมากมาย
- 2) มีทรัพย์สินค่อนข้างมาก หมายถึง มีทรัพย์สินมากกว่าหนี้สิน มีเงินเหลือเก็บ
- 3) มีทรัพย์สินค่อนข้างน้อย หมายถึง มีทรัพย์สินเท่ากับหนี้สิน พอใช้ ไม่มีหนี้สิน
- 4) มีทรัพย์สินน้อย หมายถึง มีทรัพย์สินน้อยกว่าหนี้สิน ไม่มีเงินออม มีหนี้สิน

ข้อที่ 20 ถามเกี่ยวกับลักษณะการนอนดังนี้

- 1) นอนหลับได้ดี หมายถึง นอนหลับ 8 ชม. ตื่นมาสดชื่นและไม่เพลีย
- 2) นอนหลับได้ค่อนข้างดี หมายถึง นอนหลับยาวนานมากกว่า 8 ชม. แล้วฝัน ตื่นมาไม่ค่อยสดชื่นและยังเพลียอยู่
- 3) นอนหลับได้ค่อนข้างไม่ดี หมายถึง นอนหลับ ไม่สนิท ตื่นขึ้นมาก็ยังเพลียอยู่
- 4) นอนหลับได้ไม่ดี หมายถึง นอนไม่หลับเลย ทำให้เพลียมากและไม่สดชื่น

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ห้าชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่มีต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ในช่วงเวลาก่อนป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยมีข้อความให้ผู้ป่วยพิจารณาถึงความรู้สึกความคิดเห็นตามความเป็นจริงของตนให้มากที่สุด คำตอบของจะไม่มีถูกหรือผิด ดังนั้นขอให้ผู้ป่วยตอบให้ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นให้มากที่สุด โดยผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ป่วยให้มากที่สุด

โดยแบ่งการรับรู้ออกเป็น 5 ด้าน จำนวน 60 ข้อ ดังนี้

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 6 ข้อ
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 14 ข้อ
3. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 12 ข้อ
4. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 12 ข้อ

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 16 ข้อ
ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์

การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม

1. การเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจะทำให้มีความเจ็บปวดทรมาน
2. การเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจะทำให้ข้อแข็งไม่สามารถขยับข้อได้
3. การเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจะทำให้ไม่สามารถเดินไปไหนมาไหนได้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

7. การมีอายุมากขึ้นจะยิ่งทำให้ข้อเข่าเสื่อม
8. การมีน้ำหนักตัวมากจะทำให้มีโอกาสเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม
9. การนั่งพับเพียบนาน ๆ จะทำให้เข่าเสื่อม

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม

21. การออกกำลังกายโดยการเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณเข่าจะช่วยป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม
22. การรับประทานข้อกระดูกไก่ ข้อกระดูกหมูหรือกระดูกสัตว์อื่น ๆ ในส่วนที่เป็นกระดูกอ่อน จะช่วยป้องกันการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม
23. การรับประทานผักผลไม้เป็นประจำ จะช่วยป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม

การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม

33. อยากรอกำลังกายโดยการเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณเข่า แต่เพราะกิจวัตรประจำวันทำให้ไม่มีเวลา
34. สามารถรับประทานข้อกระดูกไก่ ข้อกระดูกหมูหรือกระดูกสัตว์อื่น ๆ ในส่วนที่เป็นกระดูกอ่อน เพราะมีรายได้เพียงพอ
35. สามารถรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ เพราะหาซื้อได้ง่าย

แรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม

45. ขอบค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม
46. ติดตามรับฟังรายการที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม
47. เมื่อไม่เข้าใจคำแนะนำจากทีมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมจะซักถามจนเข้าใจ

แนวทางการวิเคราะห์

- ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการรับรู้ของผู้ถูกสัมภาษณ์ โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้
- | | | |
|-----------------|---------|---|
| เห็นด้วยมาก | หมายถึง | ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมาก |
| เห็นด้วยปานกลาง | หมายถึง | ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเพียงครั้งเดียวหรือในระดับปานกลาง |

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเลย

ส่วนที่ 5 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค

เป็นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม โดยให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความบ่อยของพฤติกรรมการปฏิบัติ ซึ่งมีทั้งหมด 5 ข้อ ดังนี้

1. เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

1.1 การรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนวันเดือนปีเกิด และธาตุเจ้าเรือนบุคคลิกภาพ แบ่งเป็นคำถามปลายเปิด ถามถึงผักที่ชอบและรับประทานเสมอ ผลไม้ที่ชอบและรับประทานเสมอ และสรุปเป็นรหัสของอาหารที่รับประทานในแต่ละสัปดาห์

1.2 การรับประทานอาหารที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม มีจำนวน 6 ข้อ

2. เกี่ยวกับอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม มีจำนวน 10 ข้อ

3. เกี่ยวกับการกระทบร้อนเย็น มีจำนวน 6 ข้อ

4. เกี่ยวกับการขาดอุเบกขา มีจำนวน 10 ข้อ

5. เกี่ยวกับการมีโทษะมักโกรธอยู่เสมอ มีจำนวน 10 ข้อ

ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์

1.1 รับประทานอาหารว่างนอกจากอาหารหลัก 3 มื้อ

1.2 รับประทานอาหารอิมเกินไป

.....

2.เกี่ยวกับอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม

2.1 ยืนหรือเดินตลอดเวลา

2.2 ขึ้นลงบันได ตั้งแต่ 1 ชั้น

.....

3. เกี่ยวกับการกระทบร้อนหรือเย็น

3.1 ทำงานกลางแจ้ง หรืออยู่ในที่มีอากาศร้อน 8 ชั่วโมง / วัน

3.2 อยู่ในสถานที่ที่มีอากาศเย็นหรือหนาว 8 ชั่วโมง / วัน

.....

4.เกี่ยวกับอุเบกขา

4.1 ฉันทสนใจผู้อื่นและให้ความช่วยเหลือเท่าที่ทำได้

4.2 ฉันทยอมรับข้อผิดพลาดของตนเอง

.....

5.เกี่ยวกับการมีโทษะมักโกรธอยู่เสมอ

5.1 เมื่อถูกขัดใจ ฉันทู้สึกหงุดหงิด

5.2 เวลาโกรธ ฉันทู้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับฉันท

.....

แนวการวิเคราะห์ พิจารณาจากความบ่อยในการปฏิบัติในแต่ละข้อย่อย มีความหมายดังนี้

ประจำ หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ มากกว่า 4 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์

นาน ๆ ครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ น้อยกว่า 4 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ผู้ตอบไม่มีพฤติกรรมหรือไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เลย

โดยในข้อย่อยของทุกข้อ ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ตามความบ่อยที่ได้จากการสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่าง
ยกเว้นข้อย่อยที่ 1.1 เกี่ยวกับการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนนั้น จะต้องผ่านการวิเคราะห์ก่อนว่าเป็นธาตุเจ้าเรือนใด
การวิเคราะห์ธาตุเจ้าเรือนมี 2 ลักษณะ คือ

1. การวิเคราะห์ธาตุเจ้าเรือนตามวันเดือน ปีเกิด เป็นการวิเคราะห์ธาตุเจ้าเรือนจากแผ่นวงกลมวิเคราะห์ธาตุของ
แพทย์หญิงเพ็ญมา ทรัพย์เจริญ
2. การวิเคราะห์ธาตุเจ้าเรือนตามบุคลิกภาพ เป็นการวิเคราะห์ธาตุเจ้าเรือนจากแบบสอบถามบุคลิกภาพที่ดัดแปลง
มาจากแบบวัดธาตุเจ้าเรือนของแพทย์หญิงเพ็ญมา ทรัพย์เจริญ

ซึ่งผลการวิเคราะห์ธาตุเจ้าเรือนจาก 2 ลักษณะ อาจจะเหมือนกัน หรือต่างกันได้ ในกรณีที่ผลการวิเคราะห์ธาตุเจ้าเรือน
ออกมาต่างกัน ให้แยกกันวิเคราะห์ และเมื่อผลการวิเคราะห์พบว่า บุคคลเป็นธาตุเจ้าเรือนใดแล้ว จะต้องสัมภาษณ์ถึงการ
รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนนั้น ๆ โดยพิจารณาจากความบ่อยในการปฏิบัติดังกล่าวข้างต้น โดยให้ผู้สัมภาษณ์ถาม
ถึงผลไม้ที่ชอบและรับประทานเสมอว่าได้แก่อะไรบ้าง ผักที่ชอบและรับประทานเสมอได้แก่
อะไรบ้าง.....โดยผู้สัมภาษณ์เขียนรายละเอียดชื่อผักผลไม้ที่รับประทาน และสรุปเป็นรสของอาหารที่
รับประทาน ซึ่งถ้ารับประทานตามรสของอาหารตามธาตุเจ้าเรือน อย่างน้อย 1 มื้อ ๆ ละ 1 จาน (ประมาณ 1 กิโลกรัม เป็น
เวลา 4 ครั้ง ต่อ 1 สัปดาห์ ถือว่า บุคคลผู้นั้นรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน ในทางตรงกันข้ามถ้ารับประทานน้อยกว่า
จำนวนดังกล่าว ถือว่า บุคคลผู้นั้นไม่รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน

ซึ่งหลักในการพิจารณาอาหารตามธาตุเจ้าเรือน มีดังนี้

ธาตุเจ้าเรือนดิน อาหารตามธาตุ คือ อาหารรส ฝาด หวาน มัน เค็ม

ธาตุเจ้าเรือนน้ำ อาหารตามธาตุ คือ อาหารรส เปรี้ยว ขม

ธาตุเจ้าเรือนลม อาหารตามธาตุ คือ อาหารรส เผ็ดร้อน

ธาตุเจ้าเรือนไฟ อาหารตามธาตุ คือ อาหารรส เย็นจืด

อาหารรส ฝาด หวาน มัน เค็ม ได้แก่ ผลไม้รสหวาน เผือกมัน มะพร้าว ผักต่าง ๆ เมล็ดธัญพืช ฯลฯ โดย
เน้นที่รสของอาหารเป็นสำคัญ และเป็นอาหารที่ไม่ผ่านการปรุงแต่ง

อาหารรส เปรี้ยว ขม ได้แก่ ผลไม้รสเปรี้ยว ผักที่มีรสขมและหรือเปรี้ยว เช่น มะระ สะเดา มะเขือ มะนาว ผัก
โขม ฯลฯ โดยเน้นที่รสของอาหารเป็นสำคัญ และเป็นอาหารที่ไม่ผ่านการปรุงแต่ง

อาหารรส เผ็ดร้อน ได้แก่ ผลไม้หรือผักที่มีรสเผ็ดร้อนต่าง ๆ เช่น ตะไคร้ กระเทียม พริก มะกรูด สะระแหน่
พริกไทย หอม ฯลฯ โดยเน้นที่รสของอาหารเป็นสำคัญ และเป็นอาหารที่ไม่ผ่านการปรุงแต่ง

อาหารรส เย็นจืด ได้แก่ ผลไม้หรือผักที่มีรสจืด ผักกระเฉด ผักบุ้ง ผักกาด ผักกะหล่ำ ฯลฯ โดยเน้นที่รสของ
อาหารเป็นสำคัญ และเป็นอาหารที่ไม่ผ่านการปรุงแต่ง

หมายเหตุ ยังมีอาหารอีกจำนวนมากหลายชนิด ที่ไม่สามารถยกตัวอย่างได้หมด โดยในแต่ละธาตุเจ้าเรือน
ให้พิจารณาที่รสของอาหารเป็นสำคัญ และ เนื่องจากเป็นการสัมภาษณ์ถึงเหตุการณ์ย้อนหลัง ผู้สัมภาษณ์จึง
ต้องเน้นถึงอาหารที่กลุ่มตัวอย่างรับประทานก่อนป่วย มิใช่รับประทานขณะป่วยหรือหลังจากป่วยแล้ว

ภาคผนวก ค
หนังสือขออนุมัติในการใช้เครื่องมือ
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
ประวัติผู้วิจัย



ที่ ศธ 0519.13/ ๐๒๖-๒

สถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

รับที่ 16 ส. 1
วันที่ 140 158
เวลา

๓ มีนาคม 2547

หน่วยระบาควิทยา ร.พ.ร.
รับที่ 1A7
วันที่ 10-30-19-50-4
เวลา 10-50

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ด้วย นางสาวธนวันต์ ศรีอมรรตกุล ซึ่งเป็นนิสิตปริญญาเอก รุ่นที่ 1 (เน้นวิจัย) สาขาการวิจัยพฤกษศาสตร์ประยุกต์ ของสถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังทำปริญญานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม กรณีศึกษาเฉพาะผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลราชวิถี" มีความประสงค์ขอตกลงใช้เครื่องมือวิจัยกับกลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 30 คน ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรคกระดูกและกล้ามเนื้อของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในช่วงเดือนมีนาคม 2547

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ นางสาวธนวันต์ ศรีอมรรตกุล ได้ทดลองใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

อุษณี โยเหลา

(รองศาสตราจารย์อุษณี โยเหลา)

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์

สำนักงานผู้อำนวยการ

โทร. 0-2664-1000 ต่อ 5223, 5224

โทร/โทรสาร 0-2258-4482



คณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทย์ทหารบก

Q011q/47

ชั้น 5 อาคารพระมงกุฎเกล้าเวชวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
315 ถนน ราชวิถี เขต ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ (662) 354-7600-28 ต่อ 93681, โทรสาร (662) 354-7753

ที่ ๒๒๑ / ๒๕๔๗

วันที่ 10 พฤษภาคม 2547

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน นางสาวธนวันต์ ศรีอมรรัตนกุล มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ตามที่ ท่านได้ส่งโครงการวิจัย เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม กรณีศึกษาเฉพาะผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลราชวิถี" [The Variables Associated with Osteoarthritis of The Knee : A Case Study of The Patients in Rajavitee Hospital.] เพื่อพิจารณาระเบียบวิธีวิจัยและจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทย์ทหารบกเพื่อประกอบการพิจารณาสันับสนุนการเก็บข้อมูล นั้น คณะอนุกรรมการฯ อนุมัติเมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม 2547 เมื่อท่าน ได้ทำวิทยานิพนธ์เสร็จสิ้นลง กรุณาส่งวิทยานิพนธ์ของท่าน มายังคณะอนุกรรมการฯ 1 ชุด

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

รองศาสตราจารย์ พันเอกหญิง

(อาภรณ์ภิรมย์ เกตุปัญญา)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย
กรมแพทย์ทหารบก



บันทึกข้อความ

โทร. ๕๓๐๔๘

ส่วนราชการ หน่วยระบาดวิทยา รพ.ร.๖

ที่ กท ๐๔๔๖.๑๖/ย ๗๕

วันที่ ๑๕ พ.ค.๕๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผอ.รพ.ร.๖ (ผ่าน รอง ผอ.รพ.ร.๖ (๒))

อ้างถึง หนังสือ หนังสือสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ที่ ศธ. ๐๕๑๕.๑๓ / ๐๒๓๒ ลง ๓ มีนาคม ๒๕๕๗

๑. ตามที่ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ขอความร่วมมือมายัง รพ.ร.๖ ให้ นางสาวธวันต์ ศรีอมรรัตนกุล นิสิตปริญญาเอก รุ่นที่ ๑ (เน้นวิจัย) สาขาการวิจัย พฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม กรณีศึกษาเฉพาะผู้ป่วย นอกของโรงพยาบาลราชวิถี" ขอทดลองใช้เครื่องมือวิจัย(แบบสอบถาม)กับกลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน ๓๐ คน ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรคกระดูกและกล้ามเนื้อของ รพ.ร.๖ ด้วยแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม ทั้งนี้โครงการวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณา โครงการวิจัย พบ. แล้วเมื่อวันที่ ๖ พ.ค.๕๗

๒. หน่วยระบาดวิทยา รพ.ร.๖ พิจารณาแล้วเห็นสมควรดังนี้-

๒.๑ สำเนาส่ง กองออร์โธปิดิกส์ฯ เพื่อพิจารณาให้ความร่วมมือและดำเนินการ

ในส่วนที่เกี่ยวข้อง

๒.๒ สำเนาแจ้ง นางสาวธวันต์ ศรีอมรรัตนกุล ทราบ

๒.๓ นำเรียน ผอ.รพ.ร.๖ และ รอง ผอ.รพ.ร.๖ (๑) เพื่อกรุณาทราบ

จึงเรียนมาเพื่อกรุณาพิจารณาอนุมัติในข้อ ๒

พ.อ.หญิง

(เอวานา ธาระพันธ์)

หน.หน่วยระบาดวิทยา รพ.ร.๖

ทราบ

อนุมัติในข้อ ๒

รับคำสั่ง ผอ.รพ.ร.๖

พ.อ.หญิง

(พรศรี คัดชอบ)

รอง ผอ.รพ.ร.๖ (๒)

พ.ค.๕๗

สำเนาถูกต้อง

เสนอ น.ส. ธนกันต์

พ.ต.หญิง

(เบญจมาศ ม่วงทอง)

พยาบาล แผนกพยาบาลกิจกรรมจิตเวช กพย.รพ.ร.๖ ปฏิบัติงาน

หน่วยระบาดวิทยา รพ.ร.๖

๑๗/๗.๐.๕๗



ที่ ศบ 0519.13/๗๖๐]

สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

3 สิงหาคม 2547

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

ด้วย นางสาวธวันต์ ศรีอมรรัตนกุล ซึ่งเป็นนิสิตปริญญาเอก รุ่นที่ 1 (เน้นวิจัย) สาขาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ ของสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังทำวิจัยเรื่อง " ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม: กรณีศึกษาในผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลราชวิถี " โดยได้ผ่านการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยกับกลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 30 คน ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรคกระดูก และกล้ามเนื้อของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในช่วงเดือนมีนาคม 2547 ที่ผ่านมา ในการนี้ จึงใคร่ขอเก็บข้อมูลวิจัยดังกล่าว กับกลุ่มผู้ป่วยของโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 300 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในแผนกผู้ป่วยนอกโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ จำนวน 150 คนและผู้ป่วยทั่วไปในแผนกผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป จำนวน 150 คน ในช่วงเดือน ตุลาคม 2547 ถึง เดือน ธันวาคม 2547

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและโปรดให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาดังกล่าว
ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ดร.วิลาสลักษณ์ ชิววัณลี)

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

สำนักงานผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

โทร (02)-664-1000 ต่อ 5223, 5224

โทรสาร (02)-258-4482

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. แพทย์หญิงเพ็ญภา ททรัพย์เจริญ | รองอธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| 2. อาจารย์กัญจนา ติวีเศษ | รองผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย |
| 3. นายแพทย์พิพัฒน์ ชุมเกษียร | หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลราชวิถี |
| 4. อาจารย์สุภาวดี ตั้งจิตรเจริญ | ครูใหญ่โรงเรียนอายุรเวทวิทยาลัย |
| 5. อาจารย์ ดร.กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ | อาจารย์พยาบาลประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ |
| 6. อาจารย์ ดร.วิลเลียม วิมุขตายน | อาจารย์พยาบาลประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ |
| 7. อาจารย์ศรีสุนทรา เจริญวิพัฒน์ | อาจารย์พยาบาลประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ |

ประวัติย่อผู้วิจัย

นางสาว ธนวันต์ ศรีอมรรัตนกุล

วันเดือนปีเกิด 18 สิงหาคม 2513

สถานที่เกิด กรุงเทพมหานคร

สถานที่อยู่ปัจจุบัน 2/1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ หุ่นพญาไท ราชเทวี กทม. 10400

ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 7

สถานที่ทำงานปัจจุบัน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

สถาบันพระบรมราชชนก

สำนักงานปลัดกระทรวง

กระทรวงสาธารณสุข

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2532-2536

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2538-2540

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2541-2542

ประกาศนียบัตรครุฝึกแพทย์แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข

ประกาศนียบัตรการนวดไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2543-2544

ได้รับใบประกอบโรคศิลป์ สาขานาฏกรรมไทย กองการประกอบโรคศิลป์

สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2543-2547

ได้รับใบประกอบโรคศิลป์ สาขาเวชกรรมไทย กองการประกอบโรคศิลป์

สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข