

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีความรุนแรงของโรคทุเลาลง

บทคัดย่อ
ของ
ธันวาคม ศรีอมรรัตนกุล

เสนอต่อคณะกรรมการบริหารหลักสูตร (เน้นวิจัย)
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

พฤศจิกายน 2549

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

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

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

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

HEALTH BEHAVIORS OF PATIENTS

WHO WERE ABLE TO REDUCE THE SEVERITY OF OSTEOARTHRITIS OF THE KNEE

AN ABSTRACT

BY

TANAVAN SRIAMONRUTTANAKUL

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

November, 2006

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

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

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

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

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

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
ที่มีความรุนแรงของโรคทุเลาลง

งานวิจัย 2

ของ

ธนวันต์ ศรีอมรรัตนกุล

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าได้ทำการวิจัยนี้ด้วยตนเอง
ไม่มีส่วนใดที่คัดลอกมาจากของผู้อื่น
โดยมิได้รับอนุญาตตามกฎหมายลิขสิทธิ์



(ธนวันต์ ศรีอมรรัตนกุล)

เสนอต่อคณะกรรมการบริหารหลักสูตร (เน้นวิจัย)
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สอบวันที่ 30 สิงหาคม 2549

งานวิจัย 2

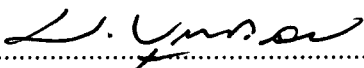
เรื่อง

“พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีความรุนแรงของโรคทุเลาลง”

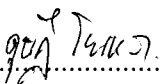
ของ

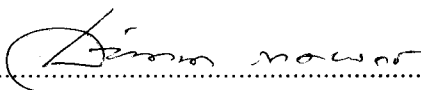
ธนวันต์ ศรีอมรรัตนกุล


ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตร



.....ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร
(ว่าที่ร้อยตรี ดร. มনীศ บุญประกอบ)
วันที่ 7 พฤศจิกายน พ.ศ. 2549

คณะกรรมการสอบงานวิจัย


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


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


.....กรรมการควบคุม
(อาจารย์ ดร.กมลรัตน์ เทอร์เนอร์)


.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่ม
(อาจารย์ ดร. อังศิรินทร์ อินทรกำแหง)

ประกาศคุณูปการ

การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยความกรุณาช่วยเหลืออย่างดีเยี่ยมจาก รองศาสตราจารย์ ดร.

ดุษฎี โยเหลา ประธานกรรมการควบคุมงานวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ฉันทนา ภาคบงกช และ
อาจารย์ ดร. กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ กรรมการควบคุมงานวิจัย ที่กรุณาให้คำปรึกษาและตรวจสอบแก้ไขข้อ
บกพร่องต่าง ๆ ทุกขั้นตอนการวิจัย ตลอดจนสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอดระยะเวลาที่ผ่าน
มา ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ผจญจิต อินทสุวรรณ อาจารย์ ดร. วิลาศลักษณ์ ชวัลลสี และ
อาจารย์ ดร.สรณ ภู่ง ที่กรุณาให้คำแนะนำและให้กำลังใจมาตั้งแต่เริ่มต้นการศึกษาของงานวิจัยเล่มนี้
และขอขอบคุณ นายแพทย์พิพัฒน์ ชุมเกษียร อาจารย์จิรพร วาณีบุตร และอาจารย์วันทนี วรรณรัตน์
ที่กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมืองานวิจัย ขอขอบคุณ นายแพทย์มงคล ผานิดานันท์ และ
อาจารย์อุไรรัตน์ สิงหนาท ผู้ที่ให้คำแนะนำเพื่อให้งานวิจัยสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณว่าที่ร้อยตรี ดร.มนัส
บุญประกอบ ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร และอาจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง กรรมการสอบ
งานวิจัยที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

การวิจัยครั้งนี้จะสำเร็จลงไม่ได้ ถ้าไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทุกท่านที่ให้
ความร่วมมือ และให้โอกาสผู้วิจัยเข้าไปสัมผัสกับวิถีชีวิตของท่าน และเต็มใจให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยมาตลอด
ระยะเวลาที่ศึกษาวิจัยตั้งแต่เล่มแรกเรื่อยมา ขอขอบคุณสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ที่มอบทุนสนับสนุน
สนุนในการวิจัยเล่มนี้ และท่านผู้มีพระคุณทุกท่านที่ผู้วิจัยมิได้กล่าวถึงไว้ในที่นี้

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา และผู้มีพระคุณทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย คุณความดี และประโยชน์ทั้งหลายที่เกิดจากการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบแต่ผู้มีพระคุณทุกท่าน
ด้วยความเคารพยิ่ง

ธนวันต์ ศรีอมรรัตนกุล

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย

จาก

สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
คำถามการวิจัย.....	3
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	3
ความสำคัญของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
นิยามคำศัพท์.....	4
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	5
แนวคิดทฤษฎีของโรคข้อเข่าเสื่อม.....	5
พฤติกรรมสุขภาพ.....	13
ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ.....	13
พฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดทางด้านพฤติกรรมศาสตร์.....	16
ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ.....	21
พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม.....	32
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพแบบองค์รวม.....	44
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	47
การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	47
สถานที่ศึกษา.....	47
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	47
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	49
จริยธรรมในการวิจัย.....	51
ขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	51
การประเมินความถูกต้องของข้อมูล.....	52
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	55
ข้อมูลทั่วไป.....	55
พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม.....	58
ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม.....	77

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5	
สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	97
สรุปผลการวิจัย.....	97
การอภิปรายผล.....	98
บทวิเคราะห์.....	130
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	136
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	138
บรรณานุกรม.....	139
ภาคผนวก.....	151
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	151
แบบประเมินความรุนแรงของโรค.....	152
แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ.....	153
ข้อมูลทั่วไป.....	153
แนวคำถามในการสัมภาษณ์.....	154
ภาคผนวก ข รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	155
ภาคผนวก ค รายละเอียดของผู้ให้ข้อมูลจำนวน 21 รายเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผล สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ.....	157
ภาคผนวก ง พฤติกรรมของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในด้านต่าง ๆ	179
พฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้วิธีอื่น ๆ ในการบำบัดรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม.....	180
พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ให้ข้อมูลหลังการป่วย.....	181
พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารของผู้ให้ข้อมูลหลังการป่วย.....	182
การรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนทั้งก่อนและหลังการป่วย.....	183
ระยะเวลาที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ค่าดัชนีมวลกาย ปริมาณน้ำหนักที่ลดลง และระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้ให้ข้อมูลจำนวน 21 ราย.....	184
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	185

บัญชีตาราง

ตาราง

หน้า

1	ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล.....	55
2	ข้อมูลเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล.....	57
3	ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในช่วงระยะเวลาของการเป็นโรค.....	58
4	พฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้วิธีอื่น ๆ ในการบำบัดรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม.....	180
5	พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ให้ข้อมูลหลังการป่วย.....	181
6	พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารของผู้ให้ข้อมูลหลังการป่วย.....	182
7	การรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนทั้งก่อนและหลังการป่วย.....	183
8	ระยะเวลาที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ค่าดัชนีมวลกาย ปริมาณน้ำหนักที่ลดลง และระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้ให้ข้อมูลจำนวน 21 ราย.....	184

บทที่ 1

บทนำ

1. ภูมิหลัง

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคข้อจำพวกที่ไม่มีการอักเสบ โดยมีความผิดปกติที่กระดูกอ่อนของผิวข้อทำให้ผิวข้อไม่เรียบและมีการสร้างกระดูกใหม่ ทำให้จุดรับน้ำหนักของข้อเปลี่ยนแปลงไปจากตำแหน่งเดิม เนื้อเยื่อรอบๆ ข้อเกิดความบอบช้ำ กระตุ้นให้เกิดการหลั่งสารเคมีไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกปวดจึงทำให้เกิดความปวด ซึ่งข้อเสื่อมที่พบมากที่สุดคือ “ข้อเข่า” (มาริสสา สุวรรณราช. 2544: 1 อ้างอิงจาก Resnick; & Niwayama. 1995 : 1334) ผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจะมีอาการข้อฝืด ข้อติด หรือข้อแข็ง ปวดข้อ ข้อบวม การเคลื่อนไหวของข้อลดลง และมีการผิดรูปของข้อ (ธันย์ สุภัทรพันธุ์. 2538: 325) ซึ่งอาการที่พบบ่อยมากที่สุดของข้อเข่าเสื่อม ก็คือความปวด (Moskowitz. 1993: 1375) และเป็นอาการนำที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ อาการปวดของข้อเข่าจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ นานเป็นเดือนเป็นปี ทำให้เกิดความไม่สุขสบายและข้อติด (Mc Carty; et al.1979: 390-391) โดยข้อเสื่อมแบ่งเป็น 2 ชนิด (วรวิทย์ เลาห์เรณู. 2537: 37) คือข้อเสื่อมปฐมภูมิ (Primary Osteoarthritis) ซึ่งเป็นข้อเสื่อมที่เกิดขึ้นเอง โดยยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง โดยอาจมีหลายปัจจัยร่วม อาทิเช่น อายุ เพศ น้ำหนัก และ ข้อเสื่อมทุติยภูมิ (Secondary Osteoarthritis) ซึ่งเป็นข้อเสื่อมที่ทราบสาเหตุของการเกิดโรค เช่น เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม เมื่อมีอาการอักเสบที่ข้อเข่า มีการติดเชื้อที่ข้อเข่า ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างร่างกายในข้อเข่าจนกลายเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมในภายหลัง โดยข้อเสื่อมปฐมภูมิจะพบมากในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ยงยุทธ วัชรดุลย์. 2526: 5; Moskowitz. 1993: 1737; Resnick; & Niwayama. 1995: 1265) โดยพบว่า เพศหญิงมีแนวโน้มของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ (สุจิตรา เลิศวีระศิริกุล; และคนอื่นๆ .1992 : 34-39) โดยคาดว่า อาจเนื่องมาจากยีนที่ควบคุมลักษณะการเกิดข้อเข่าเสื่อมในเพศหญิง จึงทำให้เพศหญิง มีอุบัติการณ์การเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่าเพศชาย (Turex. 1977: 1216; สุจิตรา เลิศวีระศิริกุล; และคนอื่นๆ. 1992: 34-39)

ความปวดของข้อเข่าในระยะแรก ๆ จะปวดแบบตื้อ ๆ และปวดแบบลึกๆ โดยอาจปวดกลางข้อหรือข้างๆ ข้อ จากการศึกษาศึกษาของครีเมอร์; และคนอื่นๆ (Creamer; et al.1998: 318-323) ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 68 คน พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 85.3 จะมีปวดเข่าแบบปวดทั่วไป อาการปวดดังกล่าวปวดภายหลังจากการใช้ข้อ และความปวดจะลดลงเมื่อพักข้อ แต่เมื่อข้อเข่าเสื่อมมากขึ้น อาการปวดอาจเกิดขึ้นแม้ช่วงเวลาพัก หรือเวลานอนหลับ (Brant. 1985: 1432) นอกจากนี้ความปวดยังเกี่ยวข้องกับภาพถ่ายรังสีของข้อเข่าเสื่อม จากการศึกษาศึกษาของฮอกเบิร์ก; และคนอื่นๆ (มาริสสา สุวรรณราช. 2544 : 2 อ้างอิงจาก Hochberg; et al. 1989: 4-9) พบว่าความปวดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์

กับภาพถ่ายรังสีของข้อเข่าเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมาริสา สุวรรณราช (2544: 78-79) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีภาพถ่ายรังสีของข้อเข่าเสื่อมต่างกันจะมีความปวดต่างกัน

สำหรับการจัดการกับความปวด ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีความปวด และมารับการรักษาในโรงพยาบาล แพทย์จะให้ยาระงับอาการปวดซึ่ง ได้แก่ ยากลุ่มที่ลด หรือระงับอาการอักเสบประเภทที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ และกลุ่มยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ เพื่อบรรเทาอาการปวด (ธัญย์ สุภัทรพันธุ์, 2538: 328) และจากการศึกษาของมาริสา สุวรรณราช (2544: 79) พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจัดการกับความปวดโดยไปโรงพยาบาลและรักษาความปวดด้วยตนเอง และยาที่แพทย์ให้คือยาแก้ปวดและยาต้านการอักเสบที่มีสเตียรอยด์ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างจัดการกับความปวดอย่างมีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง

จากข้อมูลทางสถิติของโรงพยาบาลราชวิถี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 – พ.ศ. 2546 พบจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นจำนวนเฉลี่ย 3,928 คนต่อปี และจากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 150 คน ในช่วงเดือนกันยายน ถึงเดือนพฤศจิกายน 2547 พบว่า มีเพียงร้อยละ 20.00 ที่ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมทุเลาลง ในขณะที่ร้อยละ 80.00 มีความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น และต้องทนทุกข์ทรมานกับความเจ็บปวด และจากการซักถามถึงวิธีการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมทุเลาลง พบว่า ผู้ป่วยมีการบริหารกล้ามเนื้อต้นขาอย่างสม่ำเสมอ เช่น การทำโยคะ ฤๅษีดัดตน ให้เก๊ก มีการนวด และทาน้ำมันสมุนไพร ประคบสมุนไพร ตีมน้ำสมุนไพร เช่น น้ำตะไคร้ การพอกยาสมุนไพร ฯลฯ ซึ่งร่วมกับกินยาแก้ปวดจากแพทย์ เพื่อบรรเทาอาการปวด ซึ่งวิธีดังกล่าวข้างต้นรวมทั้งหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่จะทำให้ปวดข้อเข่าเพิ่มขึ้น เช่น การหลีกเลี่ยงการเดินขึ้นลงบันได หลีกเลี่ยงการนั่งกับพื้น การลดการเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมที่ทำให้ปวดข้อเข่าเพิ่มขึ้น ตลอดจนการลดน้ำหนัก (ธัญย์ สุภัทรพันธุ์, 2538: 329) ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นพฤติกรรมที่ส่งผลที่ดีต่อสุขภาพของผู้ป่วย โดยถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการกับความปวดได้ดี หรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมที่ดีแล้ว ก็ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีตามมา

จากการศึกษาพบว่า มีผู้เสนอแนวคิดและให้ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพมากมาย เช่น สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. (2534: 15) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่าเป็นความสามารถในการแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติโดยเน้นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตและวัดได้ ในขณะที่ ธนวรรณ อิมสมบุรณ์. (2532: 38) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึงการแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เอง หรือบุคคลอื่น แล้วแต่กรณี คือ เป็นการแสดงออกที่ทำให้เกิดผลดีและผลเสียต่อสุขภาพ หรือ เป็นการงดเว้นไม่แสดงออกในสิ่งที่ทำให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพซึ่งพฤติกรรมสุขภาพนี้สามารถแสดงออกให้เห็นได้ ในสภาพหรือรูปของความรู้ความเข้าใจ ที่เป็นผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ ชูติมา ทองนุ้ม. (2547: 23) ที่กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์ที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งมีทั้งสังเกตได้ และสังเกตไม่ได้ มีทั้งพฤติกรรมภายนอกและพฤติกรรมภายใน จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นการ

ปฏิบัติตนในการป้องกัน และรักษาสุขภาพที่ควรกระทำในชีวิตประจำวัน โดยเป็นการกระทำหรือการ แสดงออกของบุคคลเพื่อให้สุขภาพดีทั้งในภาวะปกติและเมื่อเจ็บป่วย นอกจากนี้ ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539: 39) ยังกล่าวว่ามีปัจจัย 2 ประการ ที่ทำให้ชีวิตยืนยาวและมีสมรรถภาพ ประการแรก คือ ใ้กวลวิธี ที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพทางด้านหน้าที่ของระบบร่างกาย จิตใจ ประการที่สอง คือ พยายามหลีกเลี่ยง ปัจจัยต่าง ๆ ที่จะมาทำอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งปัจจัยที่ช่วยเพิ่มความยืนยาวของอายุ มีดังนี้ คือ ด้านการ ออกกำลังกายโดยเฉพาะการเดินหรือออกกำลังกายแบบแอโรบิค เป็นเวลา 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้ง/ สัปดาห์ หรือบ่อยกว่า ด้านอาหาร โดยรับประทานอาหารที่ช่วยบำรุงสุขภาพ รวมทั้งผลไม้และผักสด ข้าวที่อยู่ใน สภาพธรรมชาติ และเส้นใยต่าง ๆ พร้อมด้วยโปรตีนที่ได้จากปลาและถั่ว ด้านการนอน นอนเป็นเวลา คี่นละ 7-8 ชั่วโมง ด้านการมีทัศนคติต่อชีวิตดี รื่นเริงสนุกสนาน หัวเราะบ่อย ๆ ด้านการไม่อยู่เฉย ทำงานที่มีประโยชน์ ด้านสังคมกับผู้อื่น ทั้งในครอบครัว เพื่อน และองค์กรต่าง ๆ ด้านการมีพฤติกรรม ทางเพศที่เป็นไปตามความต้องการ ด้านการเรียนรู้และหาประสบการณ์กับสิ่งใหม่ ด้านการได้รับการ ดูแลอย่างสม่ำเสมอโดยแพทย์ ด้านการมีความภาคภูมิใจตนเอง ภูมิใจในความสำเร็จ เอาใจใส่ในชีวิต อารมณ์ดี ไม่อิจฉา มีความเชื่อและยึดมั่นในสิ่งที่ควรเชื่อ เช่น ศาสนา เป็นต้น

ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นพยาบาล มีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ตัดสินใจปรับเปลี่ยน พฤติกรรม หรือยอมรับพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ เพื่อปรับปรุงสุขภาพให้ดีขึ้น หรืออยู่กับโรคได้โดยมี คุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่า เสื่อม ที่สามารถจัดการกับความปวด และข้อเข่าติดแข็งได้ ซึ่งถือว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี คือ สามารถชะลอ หรือบรรเทาอาการของโรคไม่ให้อาการรุนแรงมากยิ่งขึ้น ทั้งโดยวิธีทางการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ แผนไทย โดยศึกษาถึงพฤติกรรมว่าเป็นอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อพฤติกรรมเพื่อนำข้อมูลที่ได้ มาเป็นพื้นฐานในการจัดทำกลวิธีใหม่ๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ให้ สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย เพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยให้มากที่สุด อันจะทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมดำรงชีวิตที่เหลืออยู่ในบั้นปลายได้อย่างมีความสุข มีภาวะสุขภาพที่ดี ที่สุด นานที่สุด ตราบเท่าอายุขัยของผู้ป่วย

2. คำถามการวิจัย

- 2.1 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีความรุนแรงของโรคทุเลาลงเป็นอย่างไร
- 2.2 มีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีความรุนแรงของ

โรคทุเลาลง

3. ความมุ่งหมายของการวิจัย

- 3.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีความรุนแรงของโรคทุเลาลง

3.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีความรุนแรงของโรคทุเลาลง

4. ความสำคัญของการวิจัย

4.1 เป็นแนวทางของพยาบาลในการวางแผนดูแล และให้ความรู้ทางด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

4.2 บุคลากรทางด้านสุขภาพ สามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้

4.3 ผลที่ได้นำมาเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และญาติของผู้ป่วย

5. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเกี่ยวกับการลดอาการปวดเข่าและข้อติด ในผู้ป่วยเพศหญิง อายุตั้งแต่ 35 - 70 ปี ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมโดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านกระดูกและข้อ มีระดับความรุนแรงของโรคในระดับปานกลางขึ้นไป สามารถจัดการกับความปวดและความพิการของข้อเข่าได้

6. นิยามคำศัพท์

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ จึงไม่มีการให้คำจำกัดความของตัวแปรที่จะศึกษาไว้ล่วงหน้า โดยศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพจากประสบการณ์จริงของผู้ป่วย แต่เพื่อให้มีแนวทางในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจึงกำหนดคำจำกัดความไว้เป็นเบื้องต้นก่อนดังนี้

6.1 ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีความรุนแรงของโรคทุเลาลง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคกระดูกและกล้ามเนื้อว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมไม่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและมารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ โรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคทุเลาลงจากเดิมอย่างน้อย 1 ระดับ (ใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของบุษบา อู๋ไพจิตร. 2537: 112-113 โดยมีความเชื่อมั่น เท่ากับ .95)

6.2 พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติ ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังจากที่ป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นพฤติกรรมหรือความรู้สึกที่แสดงออกถึงการดูแลสุขภาพ เพื่อให้อาการของโรคทุเลาลงหรือชะลอความรุนแรงของโรค

บทที่ 2

เอกสารและการศึกษาที่เกี่ยวข้อง

ในการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ผู้วิจัยนำเสนอโดยแบ่งหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดทฤษฎีของโรคข้อเข่าเสื่อม
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 พยาธิสภาพของโรคข้อเข่าเสื่อม
 - 1.3 สาเหตุของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม
 - 1.4 อาการแสดงของโรคข้อเข่าเสื่อม
 - 1.5 การรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
2. พฤติกรรมสุขภาพ
 - 2.1 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 2.2 พฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดทางด้านพฤติกรรมศาสตร์
 - 2.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ
 - 2.4 พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพแบบองค์รวม

1. แนวคิดทฤษฎีของโรคข้อเข่าเสื่อม

1.1 ความหมาย

โรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) เป็นการเสื่อมสลายของกระดูกผิวข้อ และมีการงอกของกระดูกในข้อ เมื่อมีอายุมากขึ้น จะมีการเสื่อมสลายของโครงสร้างของอวัยวะในส่วนข้อร่วมด้วย ข้อที่เป็นโรคนี้ส่วนมากเป็นข้อที่รับน้ำหนัก โดยเฉพาะที่กระดูกสันหลัง เอว สะโพก ข้อเข่า ซึ่งส่วนใหญ่โรคนี้เป็นกับวัยกลางคน คนชรา และเกิดในเพศหญิงบ่อยกว่าชาย (ทงนศักดิ์ หอมทรัพย์. 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 มีการติดเชื้ที่ข้อเข่า ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างร่างกายในข้อเข่า จนกลายเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมในภายหลัง

1.2 พยาธิสภาพของโรคข้อเข่าเสื่อม

ข้อเข่าเป็นข้อที่เกิดจากกระดูก 2 ชิ้นต่อกัน การเสื่อมสลายของข้อเข่าเริ่มด้วยการเปลี่ยนแปลงของกระดูกอ่อนของผิวข้อ ยิ่งในข้อเข่าเป็นข้อที่ต้องรับน้ำหนักมาก จะยังมีการเปลี่ยนแปลงที่เด่นชัดมาก มีการสูญเสียส่วนประกอบต่างๆ ในกระดูกอ่อนของผิวข้อ เช่น คอนโดรตินซัลเฟต (chondroitin sulphate) โครงสร้างที่เป็นเส้นใยคอลลาเจน (collagen) การเสียสภาพไปไม่สามารถคงรูปอยู่ได้ ทำให้พื้นผิวรอบข้อที่เคยราบเรียบที่เป็นประกาย จะเปลี่ยนแปลงกลายเป็นขรุขระและผืดด้าน และเมื่อมีความเครียดของข้อเข่า ซึ่งเกิดจากแรงที่ผ่านข้อเข่า หรือปัจจัยอื่น ๆ จะทำให้มีการเสื่อมสลายตามมา เส้นใยคอลลาเจนจะแตก และหลุดเป็นเส้น กระจกอ่อนไฮยาลิน (hyalin) ที่เสื่อมสลายตัวแล้วไม่สามารถซ่อมแซมคืนเป็นปกติได้เหมือนเดิม ถึงแม้ว่ากระดูกอ่อนบุผิวข้อบางส่วนมีการซ่อมแซมด้วยกระดูกอ่อนแบบไฟบรัส (fibrous) และมีการเปลี่ยนแปลงของกระดูกข้อต่อ คือกระดูกฟีมอร์ (femur) และกระดูกทิวเบีย (tibia) จะเกิดกระดูกงอก (osteophyte) โดยมีขนาดโตขึ้นและเกิดถุงน้ำ (pseudocyst) ในกระดูกใต้ผิวข้อ จากการตายของกระดูกใต้ผิวข้อ นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี เช่น สารมิวโคโพลีแซ็กคาไรด์ลดปริมาณลง จำนวนเซลล์กระดูกอ่อน (chondrocyte) ในชั้นผิวกระดูกอ่อนลดลงอย่างชัดเจน จากการศึกษาจำนวนเซลล์กระดูกอ่อน พบว่าเมื่อมีการทำลายของผิวกระดูกอ่อนมากขึ้นจะมีการสร้างเซลล์ขึ้นมาใหม่และถ้ายังมีภาวะเครียดที่ผิวข้ออยู่ ทำให้ร่างกายไม่สามารถสร้างเซลล์ของกระดูกอ่อนขึ้นมาทดแทนได้ทันทำให้ผิวกระดูกอ่อนหลุดหายไปในที่สุด

การเสื่อมสลายของข้อเข่าอาจเกิดขึ้นก่อนวัยอันควร เช่น จากการที่ข้อได้รับอุบัติเหตุ หรืออาจเคยเป็นโรคข้อบางชนิดมาก่อน เมื่อกระดูกอ่อนผิวข้อที่มีการเสื่อมสลายสึกไปมาก จะทำให้ปลายกระดูกใกล้ชิดกันมากขึ้น 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; & Hass.1994: 460; Staney; & Beare. 1995: 995) โดยที่ส่วนประกอบของกระดูกอ่อนมี 3 ส่วน คือ

1. โปรทีโอไกลัยแคน (proteoglycan) ทำหน้าที่ให้ความยืดหยุ่น และรองรับการกดการกระแทก
2. คอลลาเจน (collagen) ทำหน้าที่ ให้ความมันคง
3. คอนโดไซท์ (chondrocyte) ทำหน้าที่สร้างสารเอกตราเซลล์ลูต้าเมตริก (extracellular matrix) พร้อมทั้งสร้าง เอนไซม์ (degradation enzyme) ให้กับกระดูกอ่อน (articular cartilage) ขบวนการเมตาบอลิซึมในกระดูกผิวข้อที่ปกติเซลล์กระดูก (chondrocyte) จะเป็นตัวจัดการเกี่ยวกับอะนาบอลิซึมและคาตาบอลิซึมของกระดูก ในภาวะปกติเมทริกซ์ของกระดูกอ่อน จะมีการทดแทนอยู่เสมอ

โดยที่บางส่วนของคอลลาเจน และโปรตีโอไกลัยแคนจะเสื่อมสลายไป โดยขบวนการออโตไลซิส autolytic enzyme ดังกล่าว และมีการสร้างคอลลาเจน และโปรตีโอไกลัยแคนขึ้นใหม่เพื่อทดแทน โดยกลไกที่ใช้ในการควบคุมนี้อาศัยสื่อกลาง (mediator) ซึ่งเป็นสารจำพวกไลปิด และโปรตีนที่สร้างโดยเยื่อข้อและกระดูกอ่อนหรือเป็นสารพวกฮอร์โมนในร่างกาย เช่น โซมาโตเมดิน อินซูลิน หรือ โกรทแฟกเตอร์ growth factor อื่น ๆ ซึ่งมีผลต่อเซลล์กระดูกอ่อนทำให้มีการสร้างแมทริกซ์ ส่วนคาตาโบลินซึ่งเป็น Interleukin - 1 ที่สร้างมาจากเยื่อข้อหรือกระดูกอ่อนสามารถกระตุ้นเซลล์กระดูกอ่อนให้สร้างและหลั่งคอลลาจีเนส (collagenase activating protein) ซึ่งตัวนี้จะไปกระตุ้นคอลลาจีเนส (collagenase) ทำให้มีการสลายของแมทริกซ์ นอกจากนี้ในกระดูกอ่อนยังมีทิสซู อินฮิบิเตอร์ ออฟ เมทัลโลโปรทีเอส (tissue inhibitor of metalloproteases: TIMP) ซึ่งเป็นตัวยับยั้งการทำงานของคอลลาจีเนส ทำให้เกิดความสมดุลกัน

พยาธิสภาพของข้อเสื่อมอยู่ที่กระดูกผิวข้อเป็นหลักในระยะแรก พยาธิสภาพมักเกิดเป็นบางส่วนของกระดูกผิวข้อโดยเฉพาะจุดที่รับน้ำหนัก โดยกระดูกซึ่งปกติมีสีขาว ใส และเรียบ จะเปลี่ยนเป็นสีเหลืองหรือสีน้ำตาล ชุ่ม ไม่เรียบ และนิ่ม อาจแตกเป็นร่อง (fissure) เป็นริ้ว (fibrillation) หรือเกิดเป็นแผล (ulcer) ถ้าเกิดการเสื่อมมากขึ้น กระดูกอ่อนอาจหลุดร่อนออกจนเห็นเนื้อกระดูกใต้กระดูกอ่อน อาจพบเศษกระดูกอ่อนหลุดออกมาในสารน้ำข้อ นอกจากการเปลี่ยนแปลงที่กระดูกอ่อนแล้ว จะมีการเปลี่ยนแปลงที่ส่วนอื่น ๆ ของข้อที่เนื้อกระดูกใต้กระดูกอ่อนจะมี sclerosis มากขึ้น โดยเฉพาะบริเวณกระดูกใต้กระดูกอ่อนที่มีการเปลี่ยนแปลง อาจพบซีส (subcondral bone cyst) ซึ่งซีสที่เกิดในโรคข้อเสื่อมนี้จะมีลักษณะหนาที่บดแตกต่างจากซีสในโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ซึ่งขอบเขตของซีสมักจะไม่ชัด ในรายที่โรคดำเนินไปมาก อาจพบว่า กระดูกอ่อนผิวข้อหลุดร่อนหายไปหมดเหลือแต่เนื้อกระดูก ซึ่งมีลักษณะเป็นมันเนียนทำให้ผิวกระดูกซึ่งไม่มีกระดูกอ่อนคลุมจะขัดสีกันในขณะที่เคลื่อนไหวข้อ อาจพบกระดูกงอกออกจากบริเวณของข้อ โดยส่วนที่งอกของกระดูกจะมีกระดูกอ่อนคลุมอยู่ ซึ่งกระดูกอ่อนบริเวณนั้นจะหนากว่ากระดูกผิวข้อที่ปกติ (Hart. 1983: 83; Roger, McCue; & Gal. 1987: 87; Gates; & Cuckler. 1994: 518; Staney; & Beare. 1995: 995)

การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีในกระดูกอ่อน พบว่าปริมาณน้ำในแมทริกซ์จะมากขึ้นและจะมากขึ้นตามความรุนแรงของโรค ชนิด และปริมาณของคอลลาเจน จะเหมือนกระดูกอ่อนปกติแต่ขนาดของคอลลาเจนจะเล็กลงกว่าปกติ และการสานกันของคอลลาเจน จะหลวมหรือแตกกระจายไม่สานกันแน่นเหมือนปกติ ปริมาณโปรตีโอไกลัยแคนจะลดลง และจะลดลงมากขึ้นตามความคืบหน้าของโรค โปรตีโอไกลัยแคนจะรวมตัวกันน้อยลง เป็นผลทำให้กัลัยโคซามีในกัลัยแคน (glycosaminoglycan) สันลง และเมื่อโรคลุกลามมากขึ้น โปรตีโอไกลัยแคนหน่วยย่อยจะเล็กลงและแตกสลาย (Brant, K. D. 1985: 1432)

1.3 สาเหตุของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดว่าอะไรเป็นสาเหตุที่แท้จริง แต่เชื่อว่าอาจจะเกิดจากสาเหตุดังต่อไปนี้

1. อายุ คือ เมื่อมีอายุมากขึ้น จะมีการเสื่อมสลายของสารคอนดอยตินซัลเฟต (Chondroitin sulphate) ไม่สามารถยึด Collagen fiber ในกระดูกอ่อนนุข้อได้ ทำให้มีการหลั่งสาร Enzyme ต่างๆ และทำให้ข้อเกิดความผิดปกติ (ธัญย์ 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. การได้รับอันตรายต่อข้อเข่า เช่น กระดูกเข่าแตกหัก การเคลื่อนหลุดของข้อเข่า การที่เคยมีเลือดคั่งในข้อเข่า หรือ เคยมีการอักเสบของข้อเข่ามาก่อน (ทนงศักดิ์ หอมทรัพย์. 2542: 14)

5. ฮอรโมน และสารต่าง ๆ ในร่างกาย พบว่ามักเกิดในหญิงวัยหมดประจำเดือน หรือ ผู้ที่มีคลอเลสเตรอลสูง (Turex. 1977: 1111)

6. สภาพอากาศ พบว่า คนที่อยู่ในอากาศหนาวจะมีอุบัติการณ์เกิดโรคได้มากกว่า (Turex. 1977: 1111)

7. อาหาร พบว่า ในประเทศไซบีเรีย (Siberia) มีการกินสารฟูซาริยาเรีย (Fusaria) ที่พบในเมล็ดข้าวเกรน (grain) มีโอกาสเกิดโรคนี้มากขึ้น (Golding. 1973: 110-115; Turex. 1977: 1216)

8. พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรค ซึ่งมีดังต่อไปนี้

8.1 การไม่ควบคุมอาหาร เพราะการมีน้ำหนักตัวมาก เป็นเหตุส่งเสริมให้เกิดข้อเข่าเสื่อม เนื่องจากน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากขึ้น จะก่อให้เกิดแรงจากการรับน้ำหนักมากกว่าคนปกติ (Ebersole; & Hass. 1994: 260; Gates; & Cuckler. 1994: 516; Mourad; & Drostle. 1993: 41) การควบคุมน้ำหนักตัวจะเป็นการช่วยชะลอการเสื่อมของข้อเข่าได้ (James. 1992: 726; Payne; & Hahn. 1989: 125; ทนงศักดิ์ หอมทรัพย์. 2542: 42) ความอ้วนเป็นสาเหตุของข้อเข่าเสื่อม โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในประเทศไทย เราพบว่าคนอ้วนมักมีขาเล็ก เข่ามักโก่งออก และท่อนขา มักบิดหมุนเข้าด้านใน คนอ้วนมักเป็นคนไม่ค่อยออกกำลังกาย ทำให้กล้ามเนื้อไม่แข็งแรงเคลื่อนไหวร่างกายไม่ค่อยสะดวกทำให้เกิดการบาดเจ็บของข้อได้ง่าย

8.2 การทำท่าทางที่เพิ่มแรงกด เป็นการแสดงท่าทางต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการกดภายในข้อเข่า เช่น การนั่งพับเพียบ การนั่งคุกเข่า นั่งยอง ๆ นั่งขัดสมาธิ ยืนหรือเดินนาน ๆ การขึ้นลงบันไดบ่อย ๆ การหิ้วหรือถือของหนักเป็นระยะเวลานาน ๆ นอกจากนี้ลักษณะงาน และอาชีพ

บางอย่างก็เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการปวดเข่า เช่น อาชีพที่ต้องเดินนาน ๆ อาชีพที่ต้องยกของหนัก หรืออาชีพที่ต้องนั่งยอง ๆ นั่งพับเพียบ นั่งขัดสมาธิ หรือการเล่นกีฬาบางชนิด เช่น การเดินบิลเลียด แอร์โรบิค (Moskowitz. 1993: 1738 –1739; Gates; & Cuckler. 1994: 516; Resnick; & Niwayama. 1995: 995: 1266; Spector; et al. 1996; 988-995) ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ก่อให้เกิดการเสียดสีเกิดความเครียดและแรงปฏิกิริยาต่อผิวข้อเข่าเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะถ้ามีน้ำหนักตัวมากๆ (ยงยุทธ วัชรดุลย์. 2526: 5; รัตนา วาหพันธ์จิตกุล. 2537: 15; ทนงศักดิ์ หอมทรัพย์. 2542: 11-14; ชุมศักดิ์ พงกษาพงษ์. 2536: 27; เบนญมาศ ม่วงทอง. 2544: 13) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุดา วิไลเลิศ (2536: 46-50) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ จำนวน 170 คน พบว่าพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า พฤติกรรมการนอน พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการรับประทานอาหารสามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 26.17 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมต่าง ๆ เช่น การแสดงกริยาท่าทางที่เพิ่มแรงกดของเข่า ไม่ว่าจะ เป็นกริยาขณะทำงาน หรือปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน การนั่งพับเพียบ การนั่งคุกเข่า นั่งยอง ๆ ความวิตกกังวล ความเครียดทางอารมณ์ ความเหนื่อยล้า ทำนอน อิริยาบถต่างๆ ที่ไม่ถูกต้องเป็นกิจวัตรประจำวัน ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

1.4 อาการแสดงของโรคข้อเข่าเสื่อม จากพยาธิสภาพดังกล่าวก่อให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

1.4.1 การเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคของกระดูกข้อต่อ ทำให้ผิวของกระดูกอ่อนเป็นแผลขรุขระ และมีการฉีกขาดรวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงในรูปร่าง ซึ่งในภาพฉายรังสีมีลักษณะของช่องข้อที่แคบลงซึ่งทำให้การทำงานของกระดูกเสียไป การเคลื่อนไหวของข้อไม่สะดวก โดยการรับและถ่ายเทแรงเสียไป และทำให้ส่วนประกอบของส่วนอื่น ๆ มีผลกระทบต่อไปด้วย โดยที่ปลายของกระดูกและรอบ ๆ ข้อ จะเปลี่ยนแปลงโดยมีการงอกของกระดูกเพิ่มขึ้น จึงอาจทำให้เกิดการกดในส่วนของข้อบริเวณนั้น ๆ จากการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคศาสตร์บริเวณเข่า ทำให้เกิดการผิดรูปของข้อและทำให้การทำงานของข้อเสียไป (อุทิศ ดีสมโชค. 2537: 180-181) ถึงแม้ว่าข้อเสื่อมจะถูกจัดเป็นกลุ่มโรคข้อชนิดไม่มีการอักเสบ (อุทิศ ดีสมโชค. 2537: 181) แต่เมื่อมีการดำเนินของโรคอยู่เป็นเวลานาน การฉีกขาดของกระดูกอ่อนหุ้มข้อ และมีเศษกระดูกอ่อนแตกหลุดไปอยู่ในช่องว่างระหว่างข้อจะเป็นสาเหตุให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองในกระบวนการอักเสบ โดยจะมีเซลล์ที่ทำหน้าที่ในการต่อต้านการอักเสบ (Type A cell หรือ phagocytic) เพิ่มขึ้น เพื่อขจัดสิ่งแปลกปลอม และทำลายเศษเนื้อเยื่อหรือเศษกระดูกที่แตกให้หมดไป จึงพบว่ามี การเกิดการอักเสบของข้อเกิดการบวมแดงร้อน ในบริเวณข้อที่มีการอักเสบและเกิดน้ำในเยื่อหุ้มข้อมากขึ้น ทำให้ปลอกหุ้มข้อและตัวข้อเกิดการบวมโตขึ้นได้