# บทที่ 5
# สรุปและอภิปรายผล

## สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน (Grounded Theory) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการแสวงหาการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 12 คน ตามการคัดเลือกตัวอย่างเชิงทฤษฎี (Theoretical Sampling) เก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลแบบเจาะลึก การสังเกตร่วมกับการบันทึกเทปในขณะสัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม และบันทึกส่วนตัว ในระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2543 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2544 โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่บ้านของผู้สูงอายุ โดยการให้รหัสแบบเปิดกว้าง (Open Coding) การจัดหมวดหมู่ (Category) การพัฒนาความคิดรวบยอด (Concept Development) และการสร้างและผสานความคิดรวบยอด (Concept Modification and Integration) จนกระทั่งข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัวเชิงทฤษฎี (Theoretical Satuation)

ผลการวิจัย พบว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 12 คน ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 60 ปี ถึง 70 ปี (7 คน) มีสัญชาติไทยทั้งหมด ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย (7 คน) สถานภาพสมรสคู่ (9 คน) โดยเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (11 คน) และจบการในระดับประถมศึกษา (11 คน) ก่อนอายุ 60 ปี ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (10 คน) แต่ในปัจจุบัน ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (10 คน) สภาพครอบครัว ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3 คน มีผู้ดูแลหลักที่บ้านเป็นคู่สมรส (7 คน) มีสวัสดิการในการรักษาโดยใช้บัตรผู้สูงอายุ (10 คน) ปัญหาของโรคข้อเข่าเสื่อมพบว่า ส่วนใหญ่เป็นข้อเข่าเสื่อมมา 6-10 ปี (5 คน) และปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นกับข้อเข่าในปัจจุบัน คือมีอาการปวดและขัด (11 คน)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ได้ทฤษฎีเชิงเนื้อหา (Substantive Theory) "การมีชีวิตอยู่กับความปวด" ซึ่งมุ่งอธิบายว่า ผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่กับความปวดอย่างไร มีเหตุผลในการจัดการกับความปวดและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความปวดอย่างไรและใช้วิธีการใด กระบวนการดังกล่าวประกอบด้วย 4 หมวดหมู่หลัก คือ ความปวด ผลกระทบของความปวด การจัดการกับความปวดและผลกระทบของความปวด และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งทั้ง 4 หมวดหมู่มีความสัมพันธ์คือ ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมต้องเผชิญกับอาการปวดที่ข้อเข่า ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ผู้สูงอายุจัดการกับความปวดด้วยวิธีการต่าง ๆ ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนโบราณ และการรักษาด้วยวิธีการอื่น ๆ โดยปัจจัยสำคัญต่อการแสวงหาการบริการ

สุขภาพคือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว ซึ่งในแต่ละหมวดหมู่สรุปได้ดังต่อไปนี้

หมวดหมู่ที่ 1 ความปวด หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นกับเข่าของผู้สูงอายุในระยะแรก ได้แก่ อาการขัด ๆ ในเข่า เคล็ดขัดยอก เจ็บ ปวด มีอาการแสดงที่ปรากฏให้เห็นคือ เข่าบวม และผู้สูงอายุให้คำอธิบายเกี่ยวกับโรคตามการรับรู้และความเชื่อ ได้แก่ โรคคนแก่ โรคเข่าเสื่อม กระดูกเสื่อม อักเสบในเข่า เก๊าท์ และไขข้อแห้ง รวมถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดความปวด ได้แก่ การเสื่อมสภาพตามวัย การทำงานหนัก การถูกกระทำด้วยสิ่งเหนือธรรมชาติ ผลของเวรกรรม พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ความอ้วน การออกกำลังกาย การได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน และการเจ็บป่วยด้วยโรคบางโรคมาก่อน ดังนั้นในหมวดหมู่หลักของความปวด จึงประกอบด้วย 2 หมวดหมู่ย่อยคือ อาการและอาการแสดงและการรับรู้และความเชื่อ

หมวดหมู่ที่ 2 ผลกระทบของความปวด หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในทางลบซึ่งเป็นผลจากการปวดเข่าของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 หมวดหมู่ย่อย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านการเคลื่อนไหวของข้อ การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทและการเข้าสังคม ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีผลต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ไม่คล่องตัว อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง และการเข้าสู่สังคม

หมวดหมู่ที่ 3 การจัดการกับความปวดและผลกระทบของความปวด หมายถึง การที่ผู้สูงอายุดูแลและควบคุมอาการปวดไม่ให้เกิดขึ้น หรือให้อาการปวดทุเลาลง และจัดการกับผลกระทบของความปวดที่เกิดขึ้น ประกอบไปด้วย 6 หมวดหมู่ย่อย ได้แก่ การได้รับข้อมูล ความหวัง วิธีการจัดการที่หลากหลาย ผลของการจัดการ การลองผิดลองถูก และการจัดการกับผลกระทบของความปวด

หมวดหมู่ที่ 4 การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับช่วยเหลือ และสนับสนุน ใน 4 ด้านคือ ด้านค่าใช้จ่าย ด้านกำลังใจ ด้านการให้ข้อมูลในเรื่องแหล่งรักษาและการปฏิบัติตัว และด้านการอำนวยความสะดวกในการพาไปแหล่งที่จัดการ แหล่งที่สนับสนุน ได้แก่ คู่สมรส บุตรหลาน เพื่อนบ้าน และบุคลากรทางสาธารณสุข การสนับสนุนดังกล่าวช่วยให้ผู้สูงอายุจัดการกับผลกระทบของการปวดได้ดีขึ้น ในหมวดหมู่นี้ ประกอบไปด้วย 4 หมวดหมู่ย่อย ได้แก่ ด้านค่าใช้จ่าย ด้านกำลังใจ ด้านการให้ข้อมูล และด้านการอำนวยความสะดวก

## อภิปรายผล

ผลการวิจัยเรื่อง ประสบการณ์การจัดการกับความปวดของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดราชบุรี ได้ทฤษฎีเชิงเนื้อหา (Substantive Theory) คือ "การมีชีวิตอยู่กับความปวด" ซึ่ง

ผู้วิจัยนำเสนอผลการอภิปรายในแต่ละหมวดหมู่ ดังต่อไปนี้

**1. ความปวด**

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุให้ความหมายความปวดเป็น 2 ลักษณะ คืออาการและอาการแสดง ได้แก่ ขัด เคล็ดขัดยอก เจ็บ ปวด เข่าหลวม และเข่าบวม อาการปวดที่เกิดขึ้นพบได้ทั้งในขณะอยู่เฉย ๆ ไม่ได้มีการเคลื่อนไหวข้อ และเมื่อมีการเคลื่อนไหวข้อ ได้แก่ การนั่ง การเดิน การขับรถ และการรับรู้และความเชื่อ ประกอบด้วย การอธิบายเกี่ยวกับโรค ได้แก่ โรคคนแก่และชื่อโรค คือ โรคเข่าเสื่อม กระดูกเสื่อม อักเสบในเข่า เก๊าท์ ไขข้อแห้ง และสาเหตุของความปวด ได้แก่ การเสื่อมสภาพตามวัย การทำงานหนักมาตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ การออกกำลังกายที่มากเกินไป ความอ้วน การเกิดจากอุบัติเหตุในขณะทำงาน สิ่งลึกลับเหนือธรรมชาติ ผลของเวรกรรม ซึ่งผู้สูงอายุได้ให้คำอธิบายสาเหตุของการปวดว่ามีหลายสาเหตุประกอบกัน อภิปรายผลได้ดังนี้

1.1 อาการและอาการแสดง จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุได้ให้ความหมายของอาการและอาการแสดงว่าเป็นอาการปวด เจ็บ ขัด เข่าบวม เข่าไม่แน่น อาการดังกล่าวเกิดขึ้นได้ในขณะที่มีการเคลื่อนไหวของข้อและไม่เคลื่อนไหวของข้อ ซึ่งผู้สูงอายุอธิบายอาการที่เกิดขึ้นว่าเกิดจากการใช้เข่ามาเป็นเวลานาน สามารถอภิปรายได้ว่า อาการที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับลักษณะพยาธิสภาพของโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาการสำคัญ คือ ความปวดข้อ ในระยะแรกอาการปวดอาจเป็นเล็ก ๆ น้อย แล้วหายไป อาการปวดที่เกิดขึ้นเนื่องจากกระดูกอ่อนที่บุผิวข้อหลุดออกมาหมด ทำให้ปลายกระดูกซึ่งมีเส้นประสาทอยู่ด้วยมีการเสียดสีกันระหว่างกระดูกฟีเมอร์ (Femer) และทิเบีย (Tibia) ร่วมกับการอักเสบของเยื่อบุข้อ (Synovitis) เอ็นบุหุ้มข้อ (Capsulitis) ซึ่งทำให้เกิดการปวดขึ้น (เจริญ โชติกวณิชย์ และคณะ, 2528, หน้า 537; ฐิติเวทย์ ตุมราศวิน, 2538, หน้า 367; Butler, Salmond & Pellino, 1994, p. 529) นอกจากนี้ อาการปวดยังเกิดขึ้นได้จากสาเหตุที่เอ็นกระดูกหรือเยื่อหุ้มกระดูกได้รับแรงกระทำที่มากขึ้น เช่น การทำกิจกรรมที่ทำให้เกิดความเครียดจากข้อ ได้แก่ การนั่ง การเดิน เนื่องจากข้อเสื่อมจะมีการเปลี่ยนแปลงของข้อไปจากเดิม และยังพบอีกว่ามีความดันในโพรงกระดูกของกระดูกใต้ผิวข้อเพิ่มขึ้น จากการอุดตันของการหมุนเวียนของหลอดโลหิตดำ ซึ่งจะพบได้ในผู้ป่วยที่ปวดอยู่นาน ๆ ร่วมกับมีอาการปวดในขณะพักและเวลากลางคืน (ธันย์ สุภัทรพันธ์, 2541, หน้า 323-324) อาการขัดในเข่า เกิดหลังจากการพักการใช้ข้อเข่านาน ๆ เช่น การตื่นนอนตอนเช้าแล้วรู้สึกว่าขัด อาการขัดเกิดเพียงชั่วครู่ เมื่อมีอาการขยับเขยื้อนแล้วอาการขัดจะหายไป อธิบายได้ว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นในระยะแรกซึ่งเป็นผลมาจากการอักเสบในเยื่อบุข้อ (Synovium) และรอบ ๆ เยื่อหุ้มข้อ (Joint Capsule) (ฐิติเวทย์ ตุมราศวิน, 2538, หน้า 368; Butler et al., 1994, p. 523)

ความรู้สึกว่าเข่าไม่แน่น เข่าบวม เกิดจากมีการงอกของกระดูกในลักษณะที่ไม่เรียบ ขรุขระ เกิดการหนาตัวขึ้น ทำให้เกิดการเสียดสีของกระดูกในขณะมีการเคลื่อนไหวจะได้ยินเสียงกระดูกเสียดสีเช่นกัน (เจริญ โชติกวณิชย์, 2526, หน้า 541) ส่วนอาการเข่าบวมนั้น เกิดจากการหนาตัวของกระดูกขึ้นมาใหม่ และยึดติดกับเอ็นรอบ ๆ เข่า เมื่อกระดูกมีการเสื่อมไปเรื่อย ๆ เศษกระดูกที่แตกออกมาในช่องว่างระหว่างข้อเข่าเป็นสิ่งแปลกปลอมทำให้เกิดการอักเสบ และมีการสร้างน้ำไขข้อในปริมาณที่เพิ่มขึ้น ข้อเข่าจึงเกิดอาการบวม และผิวหนังบริเวณข้อเข่ามีการอักเสบเกิดขึ้น คือ บวม แดง ร้อน (Miller, 1987; Kart et al., 1992 อ้างถึงใน ปราณี กาญจนวรวงศ์, 2539, หน้า 14; ประพันธ์ พงศ์คณิตานนท์ และวิรัตน์ เตชะอาภรณ์กุล, 2546, หน้า 56) ระดับความปวดที่แตกต่างกันเป็นผลมาจากพยาธิสภาพของข้อเข่า และกลไกการปวดในส่วนกลาง (Central Pain Mechanisms) โดยมักจะพบว่าผู้ป่วยจะมีภาวะจิตใจแบบวิตกกังวล (Anxiety) หรือซึมเศร้า (Depressive) ทำให้มีอาการปวดได้มากกว่าคนปกติ (ธันย์ สุภัทรพันธุ์, 2541, หน้า 325)

1.2 การรับรู้และความเชื่อ จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุให้ความหมายเกี่ยวกับโรคและสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการปวดตามการรับรู้ และความเชื่อของตน สามารถอภิปรายได้ต่อไปนี้

1.2.1 คำอธิบายเกี่ยวกับโรค ผู้สูงอายุให้ความหมายว่าเป็นโรคของคนแก่ และเรียกชื่อต่าง ๆ ว่า โรคเข่าเสื่อม กระดูกเสื่อม การอักเสบในเข่า เก๊าท์ และไขข้อแห้ง โดยมาจากประสบการณ์และแหล่งข้อมูลต่าง ๆ อภิปรายได้ว่า คำอธิบายเกี่ยวกับโรคมีส่วนถูกต้องในเรื่องการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมมีแนวโน้มที่จะแปรผันตามอายุ กล่าวคือ ยิ่งอายุมากสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีอาการหรือเป็นโรคดังกล่าวยิ่งสูงขึ้นเมื่อเทียบกับโรคต่าง ๆ ในกลุ่มผู้สูงอายุเดียวกัน (อดุลย์ วิริยเวชกุล และคณะ, 2540, หน้า 44) ลักษณะของโรคจะค่อย ๆ ดำเนินไป การปรากฏของโรคจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้ว ทำให้ผู้สูงอายุมีการให้ชื่อโรคตามความเข้าใจว่าเป็นโรคคนแก่ ซึ่งเป็นไปตามลักษณะการรับรู้ของตน ซึ่งการรับรู้นั้นเป็นกระบวนการตีความตามความรู้สึกภายในต่อสิ่งต่าง ๆ ภายนอก (Bourne & Ekstand, 1982, p. 63) แต่อย่างไรก็ตาม ลักษณะของโรคข้อเข่าเสื่อมมีพยาธิสภาพเกิดจากการเสื่อมของกระดูกอ่อนระหว่างผิวข้อ (สุรศักดิ์ นิลกานุวงศ์, 2544, หน้า 136) ซึ่งไม่ได้เกิดในผู้สูงอายุทุกราย

ในการเรียกชื่อโรคต่าง ๆ นั้น มีผู้สูงอายุ 1 รายที่เรียกว่า เข่าเสื่อม และอีก 11 ราย เรียกว่า กระดูกเสื่อม อักเสบในเข่า เก๊าท์ ไขข้ออักเสบ ซึ่งในรายที่เรียกชื่อได้ถูกต้องบอกว่าได้รับทราบชื่อโรคและคำอธิบายจากแพทย์ ส่วนในรายที่ให้ชื่อที่ไม่ถูกต้อง บอกว่าชื่อดังกล่าวมาจากประสบการณ์ที่เคยพบจากบุคคลใกล้ชิดอื่น ๆ ที่มีอาการและอาการแสดงแบบเดียวกับตน และรับทราบจากแพทย์ แต่มี 1 รายที่แพทย์ไม่ได้บอกว่าตนเองเป็นโรคอะไรและไม่กล้าถาม จึงคิดเอาเองว่าตนเองเป็นไขข้ออักเสบจากประสบการณ์ที่พบมา ทำให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจในชื่อโรคคลาดเคลื่อน

ได้ สำหรับผู้สูงอายุที่บอกชื่อโรคได้ถูกต้อง 1 รายนั้น สามารถอธิบายกลไกการเกิดโรคได้ว่า เกิดจากการเสื่อมของแผ่นรองกระดูกที่กั้นระหว่างกระดูกสะบ้าและกระดูกหัวเข่า และน้ำที่หล่อเลี้ยงระหว่างหัวเข่าลดลง ทำให้เกิดอาการปวดและมีการเสื่อมของข้อเข่าตามมา คำอธิบายดังกล่าวมาจากแพทย์และความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับจากการอ่านโปสเตอร์ของโรงพยาบาล จะเห็นได้ว่าคำอธิบายที่ผู้สูงอายุบอกมานั้นไม่ถูกต้องทั้งหมด อภิปรายได้ว่า เป็นความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนไปอาจเกิดได้จากลักษณะของผู้สูงอายุซึ่งมีความจำในเรื่องราวใหม่ ๆ ลดลง ต้องอาศัยเวลานานในการเรียนรู้หรือรับข้อมูล (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2536, หน้า 66) การได้รับข้อมูลในขณะตรวจรักษาจากแพทย์จะเป็นไปในระยะเวลาอันสั้น เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งมีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมาก ทำให้ผู้สูงอายุยังไม่มีเวลาเพียงพอในการทำความเข้าใจในคำอธิบายของแพทย์ การรับรู้ข้อมูลอาจมีการผิดพลาดได้ และอาจเกิดจากการได้รับความรู้จากแพทย์หรือพยาบาลนั้นขาดความเข้าใจและคำอธิบายที่ถูกต้องชัดเจนและตรงกันทั้ง 2 ฝ่าย ทำให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจในชื่อโรค กลไกการเกิดโรคที่คลาดเคลื่อนไป ซึ่งในการอธิบายเกี่ยวกับโรค สอดคล้องกับขั้นตอนการระลึกรู้ ในแบบจำลองการแสวงหาการรักษาของไอกัน (Igun, 1979, pp. 447-448) ที่กล่าวว่า เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นจะมีการตีความและให้ความหมายกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับอาการบนพื้นฐานของประสบการณ์ และกระบวนการชี้แนะว่าตนเองเป็นโรคอะไร และมีการสอบถามอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับบุคคลสำคัญ ได้แก่ ญาติ เพื่อน ทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ และยังสอดคล้องกับแนวคิดเชิงทฤษฎีของไคลน์แมน (Klienman, 1980, pp. 50-53) ที่ว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นจุดเริ่มต้นของการตีความและการวินิจฉัยอาการ ซึ่งความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ผู้ป่วย ครอบครัว และเครือข่ายทางสังคมชุมชนมีบทบาทในการตีความอาการที่เกิดขึ้น เป็นไปตามกระบวนการความเชื่อที่ได้รับการถ่ายทอดในระบบวัฒนธรรม

1.2.2 สาเหตุของความปวด ผู้สูงอายุได้อธิบายสาเหตุของความปวดตามการรับรู้และความเชื่อ ซึ่งมาจากประสบการณ์ที่ได้พบและแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ว่ามีหลายสาเหตุประกอบกัน ได้แก่ การเสื่อมสภาพตามวัย การทำงานหนัก การถูกกระทำด้วยสิ่งเหนือธรรมชาติ ผลของเวรกรรม พฤติกรรม การรับประทานอาหาร ความอ้วน การออกกำลังกาย การได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน และการเจ็บป่วยด้วยโรคบางโรคมาก่อน ซึ่งการให้สาเหตุของความปวดตามการรับรู้และความเชื่อนั้น สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ (Perception) คือกระบวนการประมวลและตีความข้อมูลต่าง ๆ ที่อยู่รอบ ๆ ตัว โดยผ่านอวัยวะรับความรู้สึก และการรับรู้จะเกิดทุกครั้งที่มีพฤติกรรมเกิดขึ้น เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมประจำวัน ตลอดจนปฏิกิริยาทางสังคม ซึ่งการเรียนรู้ ประสบการณ์แรงจูงใจ อารมณ์ มีผลต่อการรับรู้ (รัจรี นพเกตุ, 2540, หน้า 1-4) และสอดคล้องกับแนวความคิดเชิงทฤษฎีของคริสแมน (Chrisman, 1977 อ้างถึงใน พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ, 2530, หน้า 86) ในขั้นตอนการประเมินสาเหตุของความเจ็บป่วยจากผู้ป่วยหรือบุคคลรอบข้างว่ามีการเจ็บ

ป่วยหรือไม่ ตามความหมายทางวัฒนธรรม (Cultural Meaning) ที่บุคคลมีต่ออาการผิดปกตินั้น มาจากกระบวนการถ่ายทอดความรู้ การเก็บสะสมความรู้ ข้อมูล ประสบการณ์ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยมาตั้งแต่วัยเด็ก

ผู้สูงอายุทุกรายรับรู้ว่าสาเหตุของโรคข้อเข่าเสื่อมว่าเกิดจากการเสื่อมสภาพตามวัย จากความเชื่อที่ว่าร่างกายมีการใช้งานมานาน เมื่ออายุมากขึ้นทำให้เกิดการเสื่อมได้ เหตุผลนี้มาจากประสบการณ์ที่เคยพบผู้สูงอายุรายอื่นเป็นมาก่อน โดยกล่าวว่า กระดูกข้อเข่าต้องรับน้ำหนักเป็นเวลานาน ประกอบกับวัยสูงอายุซึ่งมีกระดูกเปราะง่ายจึงเป็นเหตุให้เกิดการเสื่อมสภาพ อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุอธิบายกลไกการเกิดโรคได้ไม่ชัดเจน ทั้งนี้อาจเกิดจากไม่ได้รับทราบข้อมูลเชิงกลไกที่ชัดเจนจึงรับรู้จากการเห็นในผู้สูงอายุรายอื่น ๆ ซึ่งในทางทฤษฎีการที่เข่ารับน้ำหนักเป็นเวลานาน ๆ มีส่วนทำให้เกิดการเสื่อมได้โดย ข้อเข่าเป็นส่วนที่รับน้ำหนักของร่างกายทั้งหมดในขณะยืน เดิน วิ่ง หรือกระโดด ต้องรับแรงที่เกิดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อ รวมทั้งแรงที่เกิดจากอัตราเร่งหรืออัตราการลดการเร่งในอิริยาบถเหล่านั้น (นิตยา ภาสุนันท์, 2536, หน้า 36) ประกอบกับผู้สูงอายุมักจะมีน้ำหนักตัวเกินและขาดการออกกำลังกาย ทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา ลดลง รวมทั้งวัฒนธรรมไทยที่นิยมนั่งกับพื้น เช่น การนั่งพับเพียบ การนั่งขัดสมาธิ หรือนั่งคุกเข่า ทำให้เอ็นข้อเข่าถูกยืดเต็มที่ ข้อเข่าที่ถูกพับมาเป็นเวลานาน ทำให้เกิดแรงกระทำต่อข้อมากขึ้นจึงเกิดข้อเข่าเสื่อมได้ง่าย (สมมาตร แก้วโรจน์, 2529, หน้า 66)

ส่วนการที่วัยสูงอายุมีกระดูกเปราะง่ายทำให้เกิดการเสื่อมนั้น ในทางทฤษฎีพบว่าพยาธิสภาพในโรคข้อเข่าเสื่อม ลักษณะของกระดูกอ่อนผิวข้อมีการเปลี่ยนแปลงจากเรียบ ขาว และใส เป็นเหนียวและขุ่น บางส่วนจะมีความนุ่ม (Chondromalacia) ผิวจะไม่เรียบและมีรอยแตก บางส่วนจะปุ่มเนื่องจากมีแรงกดเกิดสลับกับบริเวณผิวที่ปกติ ซึ่งกระบวนการนี้จะเกิดขึ้นไปอย่างช้า ๆ จนเกิดความเสื่อมมาก ทำให้มองเห็นกระดูกอ่อนร่อนเป็นแผ่น (Flaking) หรือแตกเป็นริ้ว (Fibrillation) อาจพบรอยแตกลงไปในเนื้อกระดูกอ่อน จะมีเศษกระดูกอ่อนบางส่วนหลุดไปในสารน้ำเลี้ยงข้อ ทำให้มีการอักเสบของเยื่อบุมากขึ้น บริเวณกระดูกอ่อนจะเกิดการเปลี่ยนแปลงโดยมีลักษณะแข็ง (Sclerosis) เพิ่มมากขึ้น (สมมาตร แก้วโรจน์, 2529, หน้า 65; ธันย์ สุภัทรพันธุ์, 2537, หน้า 247-248)

ส่วนความเข้าใจของผู้สูงอายุที่คลาดเคลื่อนคือ การเสื่อมสภาพตามวัยทำให้เกิดข้อเข่าเสื่อม เนื่องจากพยาธิสภาพดังกล่าวไม่ได้พบในผู้สูงอายุทุกราย แต่อายุเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้เกิดโรค (สุรศักดิ์ นิลกานุวงศ์, 2544, หน้า 132) นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and Tear Theory) ที่กล่าวว่า สิ่งมีชีวิตคล้ายกับเครื่องจักร เมื่อมีการใช้งานมากนาน ๆ จะเกิดความผิดปกติขึ้น (จันทนา รณฤทธิวิชัย, 2536,

หน้า 49) เช่นเดียวกับโรคข้อเข่าเสื่อมที่เกิดจากการที่ข้อเข่ามีการรับน้ำหนักต่าง ๆ ของร่างกายมาเป็นเวลานาน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคและก่อให้เกิดอาการปวดได้

ผู้สูงอายุ 4 รายเชื่อว่าโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นผลมาจากการทำงานหนักตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ โดยให้เหตุผลว่าหัวเข่าต้องรับน้ำหนักที่มากและเป็นเวลานานหลายปี เหตุผลนี้มาจากประสบการณ์ที่เกิดกับตนเองและเคยพบบุคคลที่ทำงานหนักเป็นโรคนี้ อภิปรายได้ว่า ความเชื่อดังกล่าวสอดคล้องกับสาเหตุการเกิดข้อเข่าเสื่อม กล่าวคือ อาชีพส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุก่อนอายุ 60 ปี คือ รับจ้าง ได้แก่ ก่อสร้าง ขุดและขนดิน การเก็บผักและผลไม้ ซึ่งต้องมีการขน แบกน้ำหนักอยู่เป็นประจำ การทำงานในลักษณะดังกล่าว ต้องมีการแบกของที่มีน้ำหนักมาก และการนั่งยอง ๆ เก็บผัก จะเกิดความเครียดของหัวเข่า ทำให้เกิดแรงกดที่ข้อเข่ามากขึ้นและเป็นกิจวัตรที่ต้องทำซ้ำ ๆ นาน ๆ ทำให้มีโอกาสเกิดข้อเข่าเสื่อมได้มากกว่าปกติ (สุรศักดิ์ นิลกานุวงศ์, 2544, หน้า 133) ซึ่งสาเหตุจากการทำงานหนักนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาซึ่งพบว่าอาชีพของผู้ป่วยที่เป็นข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่ ได้แก่ รับจ้าง เกษตรกรรม (ยุพิน โกรินทร์, 2536, หน้า 75; ผกากรอง ตั้งสุชล, 2543, หน้า 111; พะยอม สุวรรณ, 2543, หน้า 53; อรสา กาพรัตน์, 2545, หน้า 56)

ผู้สูงอายุ 3 ราย เชื่อว่าสิ่งลึกลับเหนือธรรมชาติ และผลของเวรกรรมทำให้เกิดอาการของโรคข้อเข่าเสื่อม โดยให้เหตุผลว่ามีประสบการณ์จากสิ่งลึกลับเหนือธรรมชาติมาทำให้เกิดโรค และความเชื่อในเวรกรรมที่ตนเองอาจจะเคยทำไม่ดีในชาติก่อนแล้วส่งผลมายังปัจจุบัน ทั้งนี้ความเชื่อดังกล่าวอาจเนื่องจากเป็นลักษณะของค่านิยม ความเชื่อในเรื่องเวรกรรม และสิ่งเหนือธรรมชาติ ซึ่งเป็นลักษณะค่านิยมของสังคมไทยในชนบท มีความเชื่อในเรื่องบุญกรรมว่าถ้าทำดีต้องได้ดี ทำชั่วต้องได้ชั่ว (สุพัตรา สุภาพ, 2536, หน้า 21-22; งามพิศ สัตย์สงวน, 2538, หน้า 35) สิ่งลึกลับเหนือธรรมชาติเป็นความเชื่อทางไสยศาสตร์ที่เชื่อกันว่าเมื่อคนตายเนื่องจากสิ้นอายุขัยแล้ว วิญญาณจะออกจากร่างปล่อยให้ร่างกายเน่าเปื่อยไป ส่วนวิญญาณไม่ได้แหลกสลายไปด้วยและไม่ได้ไปไหน ต้องล่องลอยใช้เวรกรรมในวัฏสงสาร วิญญาณมีทั้งดีและร้าย หากเป็นวิญญาณที่ร้ายจะมีการใช้อำนาจทำร้ายคนหรือเข้าสิง หรือทำให้เกิดความเจ็บป่วยเกิดขึ้น (สุวรรณ สุวรรณเวชโช, 2546, หน้า 174-175) ซึ่งเป็นความเชื่อเดิมที่มีมาในสังคมไทย เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างคนธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สะท้อนโลกทัศน์ที่ถือว่ามนุษย์เป็นหน่วยหนึ่งของธรรมชาติ ทุกสิ่งในธรรมชาติล้วนมีผีหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์อยู่ (พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และอรัญญา ปูรณัน, 2530, หน้า 272) ส่วนสาเหตุของการเจ็บไข้ได้ป่วยที่เกิดจากเวรกรรมนั้น มาจากพื้นฐานความเชื่อในพุทธศาสนาซึ่งเป็นศาสนาประจำชาติที่เชื่อในผลของกรรมหรือกฎแห่งกรรม กล่าวคือ กรรมเป็นการกระทำที่ให้ผลอย่างแน่นอนแก่ผู้กระทำเสมอ ไม่ว่าจะเป็นกรรมดีหรือชั่วก็ตาม แล้วแต่คุณภาพของกรรมว่าจะทำให้เกิดความรุนแรงหรือระยะเวลาที่เกิดว่าจะช้าหรือเร็วเพียงใดตาม

ความหนักเบาของการกระทำ ทำกรรมใดย่อมได้ผลตอบสนองไม่เฉพาะในชาตินี้เท่านั้น กรรมบางอย่างให้ผลในชาติต่อไปด้วย (ฟื้น ดอกบัว, 2531, หน้า 51-53; วศิน อินทสระ, 2546, หน้า 1; สุวรรณ สุวรรณเวชโช, 2546, หน้า 36-39) อีกทั้ง จังหวัดราชบุรีประกอบด้วยชนหลายเชื้อชาติ ได้แก่ มอญ กะเหรี่ยง ลาว และจีน อาศัยอยู่ตามอำเภอต่าง ๆ มีลักษณะของวัฒนธรรมที่ผสมกลมกลืนกัน ซึ่งพบว่าในแต่ละเชื้อชาติมีการเชื่อในเรื่องผีสาง วิญญาณธรรมชาติ เวรกรรม และส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (สำนักงานจังหวัดราชบุรี, 2532, หน้า 37-43) ความเชื่อดังกล่าวแยกไม่ออกในสังคมไทย จึงเป็นผลให้ผู้สูงอายุอธิบายการเกิดโรคจากสาเหตุดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การรักษาพื้นบ้านแบบชาวล้านนาได้ให้สาเหตุของความเจ็บไข้ว่าเป็นผลจากอำนาจของสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือหลายสิ่ง อาจเกิดจากสาเหตุเดียวหรือหลายสาเหตุร่วมกัน (อานันท์ กาญจนพันธ์ และฉลาดชาย รมิตานนท์, 2533, หน้า 113-124) และสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผู้ป่วยมีความเชื่อว่า ความเจ็บป่วยเกิดจากการกระทำของสิ่งที่มีอำนาจลึกลับ (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2528, หน้า 58; ทิพย์สุดา เณรทอง, 2534, หน้า ข)

ผู้สูงอายุ 2 รายเชื่อว่าสาเหตุของโรคข้อเข่าเสื่อมเกิดจาก พฤติกรรมการรับประทานอาหารและความอ้วน ทั้งนี้เนื่องจากการที่เคยพบเห็นผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมีรูปร่างอ้วน รับประทานอาหารมาก และไม่ได้ทำงาน อยู่บ้านเฉย ๆ จึงทำให้เข่าต้องรับน้ำหนักมาก ทำให้เกิดการเสื่อมและปวดตามมา ความเชื่อดังกล่าวสอดคล้องในเชิงทฤษฎีกล่าวคือ ผู้สูงอายุจะมีเบซอลเมตาโบลิซึม (Basal Metabolism) ลดลง อัตราเมตาโบลิซึมของผู้สูงอายุจะต่ำกว่าของคนอายุ 20 ปี ประมาณร้อยละ 10-20 ร่วมกับความต้องการพลังงานจะลดลง (วีนัส ตันติบูล, 2536, หน้า 419) และมีแนวโน้มที่ร่างกายเผาผลาญอาหารลดลง แต่การรับประทานอาหารมากกว่าเดิมหรือเท่าเดิม (ประพันธ์ พงศ์คณิตานนท์ และวิรัตน์ เตชะอาภรณ์กุล, 2546, หน้า 58) ส่งผลทำให้เกิดความอ้วน ซึ่งน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อ Mechanical Stress เกิดแรงกระทำต่อผิวข้อของข้อเข่า เข่าต้องรับน้ำหนักตัวที่มากกว่าปกติ (ธันย์ สุภัทรพันธ์, 2537, หน้า 247; สุรศักดิ์ นิลกานุวงศ์, 2544, หน้า 133) จึงทำให้เกิดพยาธิสภาพของโรค สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจะพบในผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักตัวมาก (เจริญ โชติกวณิชย์, 2526, หน้า 541; พะยอม สุวรรณ, 2543, หน้า 53; ผกากรอง ตั้งสุชล, 2544, หน้า 111) และมาโรงพยาบาลด้วยอาการปวด (Bulter et al., 1994, p. 524)

ผู้สูงอายุ 1 รายที่ออกกำลังกายด้วยการวิ่ง กล่าวว่า การออกกำลังกายนั้นเป็นสาเหตุหนึ่งที่ส่งเสริมให้เกิดการปวดได้ เนื่องจากตนเองวิ่งมาเป็นเวลาหลายปีและวิ่งระยะทางที่ไกล แต่ไม่สามารถอธิบายกลไกการเกิดได้ ซึ่งในทางทฤษฎีนั้นการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมมีสาเหตุการเกิดที่อาจพบได้ในบุคคลที่มีการเคลื่อนไหวมาก ทำให้มีแรงกระแทกทำจึงเกิดการเสียดสี ความเครียด และ

แรงปฏิกิริยากับข้อเข่าเป็นเวลานาน ๆ เช่น การเล่นกีฬา การวิ่ง (เจริญ โชติกวณิชย์, 2526, หน้า 536; Greefield, 1993, p. 22) ประกอบกับในวัยสูงอายุมีการสลายของกระดูกมากกว่าการสร้างกระดูก ลักษณะกระดูกมีความโปร่งบางทำให้เกิดการเปราะหักง่าย และกระดูกอ่อนบริเวณข้อต่าง ๆ เสื่อมมากขึ้นตามอายุ น้ำไขข้อลดลง เป็นเหตุให้กระดูกเคลื่อนที่มาสัมผัสกัน เกิดการเสื่อมของข้อ ข้ออักเสบติดเชื้อง่าย ทำให้มีการปวดตามข้อ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2536, หน้า 70-71)

ผู้สูงอายุ 2 รายกล่าวว่า การได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน เกิดการหกล้ม และได้รับการกระแทก ทำให้เข่ามีการอักเสบ และที่ผู้สูงอายุเชื่อเช่นนี้เพราะไม่มีสาเหตุอื่น ๆ ที่จะทำให้เกิดอาการได้ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของโรคข้อเข่าเสื่อมที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามสาเหตุที่ผู้สูงอายุระบุคือการได้รับอุบัติเหตุนั้น สามารถอธิบายได้ในทางทฤษฎีกล่าวคือ โรคข้อเสื่อมเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มแปรผันตามอายุคือยิ่งอายุมากจะมีสัดส่วนของการเป็นโรคนี้มาก (อดุลย์ วิริยเวชกุล และคณะ, 2540, หน้า 44) จะประสบปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวเป็นส่วนใหญ่ (ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2539 อ้างถึงใน อดุลย์ วิริยเวชกุล และคณะ, 2540, หน้า 44) เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทและประสาทสัมผัส เป็นเหตุให้ความไวและความรู้สึกในการตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชื่องช้า ทำให้การทำงานของอวัยวะที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวไม่สัมพันธ์กัน (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2536, หน้า 66) การทรงตัวที่ไม่มั่นคง การกะระยะในการก้าวเดินผิดพลาดไป ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย (พัชรี ตันศิริ และสิริรัตน์ ฉัตรชัยสุธา, 2536, หน้า224) ร่วมกับลักษณะกระดูกที่มีความโปร่งบาง เมื่อได้รับการกระทบกระแทกอย่างแรง จึงเสี่ยงต่อการแตกหักง่าย อีกทั้ง หากมีกระดูกหักหรือได้รับการบาดเจ็บที่ผลต่อการเคลื่อนไหวของข้อซ้ำ ๆ และไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง จะทำให้เกิดโรคข้อเสื่อมได้ (สุรศักดิ์ นิลกานุวงศ์, 2544, หน้า 133)

ผู้สูงอายุ 2 รายกล่าวว่า มีการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น คือ เส้นเลือดขอดอักเสบ และกระดูกทับเส้นมาก่อน ซึ่งส่งเสริมทำให้เกิดการปวด แต่ก็ไม่ได้ให้คำอธิบายที่ชัดเจนในสาเหตุนี้ อภิปรายได้ว่า ผู้สูงอายุมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนจากสาเหตุที่แท้จริงตามพยาธิสภาพของโรคข้อเข่าเสื่อม กล่าวคือ การเจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าวมาก่อนมิใช่สาเหตุหลักของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม แต่อาจมีความเกี่ยวข้องกันบ้าง เนื่องจากโรคเส้นเลือดขอดอักเสบพบได้ในผู้ที่มีการยืน การเดินเป็นเวลานาน ๆ ทำให้การไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดดำเป็นไปได้ไม่สะดวก ซึ่งการยืน เดินนาน ๆ อาจมีส่วนทำให้เกิดแรงกดมาที่ข้อเข่า 3-5 เท่า ของน้ำหนักตัวปกติ ทำให้เข่าเกิดความเครียด มีแรงกระทำต่อเข่ามากได้ ในการเกิดกระดูกทับเส้นประสาทก็เช่นเดียวกัน เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของกระดูกตามวัยสูงอายุ และมีการเสื่อมทีละน้อยซ้ำ ๆ กัน ร่วมกับมีรูปร่างท่าทางที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ทำให้หมอนรองกระดูกที่เสื่อมมีขนาดแบนบางลง ช่องว่างระหว่างข้อกระดูกสันหลัง

แคบเข้า ความยืดหยุ่นและความต้านทานต่อแรงที่กดลงบนกระดูกสันหลังลดลง ข้อกระดูกส่วนนั้นจะไม่มั่นคง มีการกดเบียดรากประสาท (นิตยา ภาสุนันท์, 2536, หน้า 240-241) ซึ่งพบได้ในพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีการทำงานหนัก อาการจะแสดงเมื่อมีอายุมากแล้ว ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของเข่าในระยะเวลาที่ใกล้เคียงกัน ทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้และเข้าใจผิดได้

**2. ผลกระทบของความปวด**

ผลกระทบของความปวด หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับผลจากความปวด ซึ่งส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงใน 3 ด้าน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของการเคลื่อนไหวของข้อเข่า ในเรื่องการเดิน การขับรถ การนั่ง การนอน และการทำงาน การเปลี่ยนแปลงของจิตใจและอารมณ์เป็นพฤติกรรมการตอบสนองต่อความปวด ซึ่งแสดงออกในลักษณะ อดทน เฉย ๆ ไม่ตกใจ หงุดหงิด รำคาญ การเสียใจน้อยใจ จากการทำกิจกรรมต่าง ๆได้ไม่เหมือนเดิม และการเปลี่ยนแปลงของบทบาทและการเข้าสังคม จากบทบาทของการเป็นผู้หารายได้มาเป็นผู้รับ และการเข้าสังคม ดังต่อไปนี้

2.1 การเปลี่ยนแปลงด้านการเคลื่อนไหวของข้อเข่า ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบในเรื่องการเดินไม่สะดวก การขับรถแล้วมีอาการเจ็บ การนั่งพับเพียบแล้วปวด การนอนไม่หลับ และการทำงานไม่ไหว เนื่องจากผู้สูงอายุยังต้องมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดังกล่าวอยู่ และสังคมไทยมีค่านิยมในการนั่งพับเพียบเวลาไปวัดทำบุญ ซึ่งลักษณะการนั่งพับเพียบและการขับรถทำให้หัวเข่าเกิดการงอ ผิวของข้อเข่ามีการเสียดสีกันมากขึ้น เกิดความเครียดที่ข้อเข่า ส่งผลให้เกิดการปวดขึ้น (ประพันธ์ พงศ์คณิตานนท์ และวิรัตน์ เตชะอาภรณ์กุล, 2546, หน้า 62) ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวที่ลดลง ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความปวดที่เกิดขึ้น (Faulkner, 1996, p. 455) สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่เมื่อมีกิจกรรมการนั่งกับพื้น การเดินลงบนพื้นที่ลาดชัน การขึ้นบันได การทำงานที่ยกของหนัก (แววดาว ทวีชัย, 2543, หน้า 56; อรสา กาพรัตน์, 2545, หน้า 57) จะมีอาการปวดข้อเข่าในระดับรุนแรงมาก (แววดาว ทวีชัย, 2543, หน้า 56) มีการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ลดน้อยกว่าปกติ (สุภาพ อารีเอื้อ, 2540, หน้า 80; ยุพิน โกรินทร์, 2536, หน้า 81) ซึ่งเมื่อเกิดอาการปวดทำให้เกิดการนอนไม่หลับ สอดคล้องกับงานวิจัยของสุภาพ อารีเอื้อ (2540, หน้า 65) ที่พบว่าความปวดทำให้นอนไม่หลับและผู้ป่วยเกิดอาการหงุดหงิด

2.2 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีการแสดงอารมณ์ในลักษณะอดทน เฉย ๆ ไม่ตกใจ หงุดหงิด รำคาญ เสียใจและน้อยใจจากการทำกิจกรรมต่าง ๆได้ไม่เหมือนเดิม ซึ่งผู้ที่มีการแสดงอารมณ์ในลักษณะอดทน เฉย ๆ ไม่ตกใจ ให้เหตุผลว่า เป็นโรคที่ไม่ร้ายแรงและเป็นธรรมดาตามวัยสูงอายุ ส่วนผู้ที่หงุดหงิด รำคาญ เนื่องจากอุปนิสัยเดิมเป็นคนหงุดหงิดง่าย ไม่สามารถทำงานได้ และผู้ที่การเสียใจและน้อยใจ เนื่องจากคิด

ว่าเป็นกรรมของตน กลัวทำงานไม่ได้ อภิปรายได้ว่า อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงเป็นผลที่ตามมาจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งความปวดที่อาจเกิดขึ้นตลอดเวลา และความแตกต่างในแต่ละบุคคลทำให้ความมีชีวิตชีวา ความกระปรี้กระเปร่าลดลง เกิดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ซึมเศร้า หงุดหงิด และแยกตนเองตามมา (ประคอง อินทรสมบัติ, 2537, หน้า 141) อารมณ์ที่เกิดขึ้นเป็นการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยเกิดจากความวิตกกังวลและความเครียดจากการที่มีความบกพร่องเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ (ยุพิน โกรินทร์, 2536, หน้า 82) ดังผลการศึกษาของ ไวนีย์ และวิสท์บรูค (Viney & Weatbrook, 1990 อ้างถึงใน ยุพิน โกรินทร์, 2536, หน้า 82) ที่พบว่าความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจากโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการทำกิจกรรมที่ลดลง

แต่มีข้อสังเกตว่ามีผู้สูงอายุที่น้อยใจและเสียใจ 2 รายคิดว่าเป็นกรรมของตน อาจจะเนื่องมาจากมีความเชื่อในทางพุทธศาสนาในเรื่องการทำได้ดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว และชีวิตปัจจุบันเป็นผลของการกระทำในชาติที่แล้ว และมี 1 รายเคยเป็นร่างทรงมาก่อนมีความเชื่อส่วนตัวในสิ่งลึกลับเหนือธรรมชาติ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจึงอธิบายด้วยสาเหตุดังกล่าว

2.3 การเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทและการเข้าสังคม ผู้สูงอายุเปลี่ยนบทบาทของการเป็นผู้หารายได้มาเป็นผู้รับ เนื่องจากไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม แต่มี 2 รายยังคงประกอบอาชีพอยู่โดยให้เหตุผลว่าต้องหาเลี้ยงครอบครัว และการเข้าสังคมที่ต้องมีการปรับตัวในการเลือกไปหรือไม่ไปบางงาน ซึ่งทุกรายจะไปงานที่ได้บุญ เช่น งานบวช และมีบางรายที่งดไปงานศพจากความเชื่อที่ว่าจะทำให้เกิดการปวดเข่ามากขึ้น อภิปรายได้ว่า อาการปวดที่เกิดขึ้นส่งผลต่อการทำงาน เนื่องจากอาชีพที่ทำอยู่คือก่อสร้างและรับจ้างเก็บผักผลไม้ ต้องยืน ยกของหนัก และนั่งยอง ๆ เป็นเวลานาน ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวหัวเข่าต้องงอ มีแรงกระทำต่อข้อเข่านาน ๆ ผิวของข้อเข่ามีการเสียดสีกันมากขึ้น (ประพันธ์ พงศ์คณิตานนท์ และวิรัตน์ เตชะอาภรณ์กุล, 2546, หน้า 62) ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวที่ลดลง ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความปวดที่เกิดขึ้น (Faulkner, 1996, p. 455) ร่วมกับผู้สูงอายุ 1 รายที่คู่สมรสให้เลิกทำงานนั้นเพราะกลัวว่าจะเกิดอาการปวดมากขึ้น ประกอบกับบุตรได้ให้ค่าใช้จ่ายที่เพียงพอ จึงเป็นสาเหตุที่ต้องงดไปทำงาน ทำให้ต้องเปลี่ยนบทบาทจากการเป็นผู้หารายได้มาเป็นผู้รับ ในรายนี้ ได้ให้ความคิดเห็นที่น่าสนใจว่าหากมีความสามารถในการทำงานได้ ควรต้องทำงานหารายได้ในฐานะหัวหน้าครอบครัว โดยไม่ขอเงินจากบุตร แต่บุตรควรต้องเป็นผู้ให้เอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุยังทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพเป็นความภูมิใจในการหารายได้ด้วยตนเอง และไม่ต้องการเสียศักดิ์ศรีด้วยการขอเงินช่วยเหลือจากบุตร (อดุลย์ วิริยเวชกุล และคณะ, 2540, หน้า 26)

แต่มีผู้สูงอายุ 1 รายจะงดไปทำงานเมื่อมีอาการปวดมากเท่านั้น หากหายปวดแล้วจะไปทำงานเช่นเดิม เนื่องจากต้องเลี้ยงหลานและไม่มีรายได้จากที่อื่นเลย จึงเป็นสาเหตุให้ต้องไปทำงานหาเลี้ยงครอบครัวต่อ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ มีรายได้ไม่แน่นอน (ภัทราพร ไพเราะ, 2539, หน้า 95; อดุลย์ วิริยเวชกุล และคณะ, 2540, หน้า 29) ฐานะยากจน และมีความต้องการด้านการเงินมากที่สุด (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2540, หน้า 89) การที่ผู้สูงอายุยังประกอบอาชีพอยู่เนื่องจากยังคงมีบทบาทหลักในการเป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวและปกป้องตนเอง อีกทั้งเป็นผู้ที่มีร่างกายแข็งแรงและยังอายุไม่มาก และอีกเหตุผลหนึ่งคือ เป็นผู้มีฐานะยากจนต้องพึ่งตนเองจนกว่าไม่สามารถจะกระทำได้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2540, หน้า 86)

ส่วนการเข้าสังคมนั้น ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุไม่ได้งดไปงานทั้งหมด แต่เลือกไปเพียงบางงาน ซึ่งทุกรายจะไปงานที่ได้บุญ เช่น งานบวช และมีบางรายที่งดไปงานศพจากความเชื่อที่ว่าจะทำให้เกิดการปวดเข่ามากขึ้น ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรัง มีผลต่อชีวิตประจำวันหลายอย่าง ทำให้มีผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่การเข้าสังคมหรือชุมชนในการร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ (สุภาพ อารีเอื้อ, 2540, หน้า 64) กิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำมากและบ่อยที่สุดได้แก่ กิจกรรมทางศาสนา (นิศา ชูโต, 2525 อ้างถึงใน บรรลุ ศิริพานิช, 2542, หน้า 153) โดยเฉพาะกิจกรรมที่ร่วมงานเป็นประจำได้แก่ งานแต่งงาน งานบวช งานศพ (อดุลย์ วิริยเวชกุล และคณะ, 2540, หน้า 69) ผู้สูงอายุจึงตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมตามลักษณะของสภาพอาการของตนเองและความสำคัญของงาน

**3. การจัดการกับความปวดและผลกระทบของความปวด**

หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีการดูแลและควบคุมอาการปวดไม่ให้เกิดขึ้น หรือให้อาการปวดทุเลาลง และจัดการกับผลกระทบที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย การได้รับข้อมูล ความหวัง วิธีการจัดการที่หลากหลาย ผลของการจัดการ การลองผิดลองถูก การจัดการกับผลกระทบของความปวด ซึ่งสามารถอภิปรายได้ ดังต่อไปนี้

3.1 การได้รับข้อมูล ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาจากหลายแหล่ง ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน คนรู้จัก และสื่อวิทยุ เพื่อประกอบการตัดสินใจในการไปรับบริการในแหล่งนั้น ๆ ซึ่งมีการรับรองผลของการจัดการทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสนใจจึงไปที่แหล่งนั้น ๆ สอดคล้องกับทฤษฎีการแสวงหาการบริการสุขภาพของไอกัน (Igun, 1979 อ้างถึงใน พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530, หน้า 71-77; เบญจวรรณ กำธรวัชระ, 2538, หน้า 18-21) ในขั้นตอนการเลือกแหล่งการรักษา โดยผู้ป่วย ญาติ เพื่อนสนิท จะแนะนำถึงแหล่งหรือวิธีการรักษาโรคที่ตนมีประสบการณ์ หรือกระทั่งอาจช่วยตัดสินใจว่าผู้ป่วยควรจะไปรับการรักษาที่ใดจึงมี

ประสิทธิภาพมากที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุได้รับข้อมูลจากครอบครัว เพื่อน คนรู้จัก ได้รับบริการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ เช่น หนังสือพิมพ์ รายการวิทยุ เอกสารเผยแพร่ (กฤษณา นาดี, 2541, หน้า 66; ขวัญตา ตรีสกุลวัฒนา, 2541, หน้า 54) สื่อประเภทต่าง ๆ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ที่ติดอยู่ที่โรงพยาบาล (นริสา ศรีลาชัย, 2540, หน้า 99) และสื่อวิทยุ (นริสา ศรีลาชัย, 2540, หน้า 99; Kee, 1998, p. 24)

ข้อสังเกตที่น่าสนใจคือบุคคลใกล้ชิดได้แก่ คู่สมรส บุตรหลาน เป็นผู้มีอิทธิพลต่อการให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุอย่างมาก แต่บุคลากรด้านสุขภาพเป็นผู้ให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุน้อยมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากครอบครัวเป็นผู้ที่ใกล้ชิด มีความสนิทสนมกับผู้สูงอายุมากที่สุด ส่วนการได้รับข้อมูลจากบุคลากรด้านสุขภาพนั้น อาจเกิดจากความเกรงใจ ไม่กล้าถาม และมีผู้สูงอายุ 1 รายบอกว่ากลัวถูกดุ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลที่ถูกต้องจากแหล่งดังกล่าวน้อยไป

3.2 ความหวัง ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีความหวังที่จะหายปวด เป็นผลให้ไปจัดการกับความปวดที่เกิดขึ้นในแหล่งต่าง ๆ โดยยังไม่ทราบถึงผลการรักษาว่าจะเป็นอย่างไร ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้สูงอายุทุกรายมีความหวังว่าอยากหายปวด และมี 1 รายที่นอกจากต้องการหายปวดแล้วยังอยากให้เดินได้เหมือนปกติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุยังไม่เข้าใจพยาธิสภาพว่าโรคเรื้อรังนี้จะไม่หายขาด แต่ทุเลาลงได้จากการรักษาและดูแลอย่างต่อเนื่อง ความปวดเป็นความเรื้อรังของโรคที่ก่อให้เกิดความทรมาน และในผู้สูงอายุที่อยากเดินได้ ยังต้องทำงานเพื่อเลี้ยงหลาน ซึ่งการเดินไม่ได้ทำให้ไปทำงานรับจ้างไม่ได้ ต้องขาดรายได้ในวันที่ไปทำงานไม่ได้ การที่ผู้ป่วยมีความหวัง เนื่องจากความหวังเป็นการคิดถึงอนาคต การกำหนดเป้าหมาย การลงมือกระทำ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเกิดความผาสุก การคงมีความหวังมีส่วนสำคัญกับความสามารถในการเผชิญปัญหา (ประคอง อินทรสมบัติ, 2537, หน้า 141-142) ซึ่งลักษณะของความหวังเป็นเรื่องของอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความศรัทธาของบุคคลที่มั่นใจว่าความต้องการของตนจะได้รับการตอบสนอง มีลักษณะของความเชื่อมั่นในความสำเร็จที่จะเกิดขึ้นกับสิ่งคาดหวังในอนาคต แม้จะมีความไม่แน่ใจปะปนอยู่ด้วย ความหวังก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะกระทำการใด ๆ หรือก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่ยุ่งยาก ความเครียด รวมทั้งการปรับตัวต่อความเศร้า การพลัดพราก ความล้มเหลวและความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ได้ (Lange, 1978; Dufault & Martocchio, 1985 อ้างถึงใน จันทนา เตชะคฤห, 2540, หน้า 18-19) ซึ่งในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีความหวังว่าต้องการหายปวดและเดินได้เหมือนเดิม อธิบายได้ว่า ความปวดเป็นการที่มีชีวิตไม่สุขสบาย ต้องเผชิญกับความปวดเรื้อรังในบางช่วง (สุภาพ อารีเอื้อ, 2540, หน้า 64) และความปวดทรมานข้อเข่าทำให้ผู้สูงอายุกลัวว่าจะเดินไม่ได้ (กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน, 2530, หน้า 156) การที่เดินไม่ได้ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ

ได้สะดวก รวมทั้งการไม่สามารถทำงานหารายได้ได้เช่นเดิม สิ่งเหล่านี้เป็นตัวผลักดันที่ทำให้ผู้สูงอายุค้นหาวิธีการจัดการกับความปวด สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า ความหวังเป็นปัจจัยที่เป็นตัวทำนายที่สำคัญกับความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ทำให้เป็นแรงผลักดันให้มีกำลังใจและสามารถดำรงชีวิตเผชิญความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ และจะพบสิ่งที่ดีกว่าในชีวิต (ชมนาด สุ่มเงิน, 2543, หน้า 73) การรักษาด้วยการบริการสุขภาพแบบทางเลือกมีผลทางจิตใจคือ มีความหวังและสร้างกำลังใจในการรักษา (พัชรี คมจักรพันธ์, 2544, หน้า 63)

3.3 วิธีการจัดการที่หลากหลาย ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีวิธีการจัดการกับความปวดที่หลากหลาย ซึ่งแบ่งได้ 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 คือ การสังเกตอาการและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการดูแลตนเอง ระยะที่ 2 คือ การรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน การซื้อยารับประทานเอง การรักษากับพระภิกษุ และการรักษาด้วยวิธีการอื่น เหตุผลที่มีการจัดการในหลายแหล่งเนื่องจากผลการรักษาในแหล่งนั้น ๆ ไม่ทำให้ผู้สูงอายุหายปวดหรือทุเลาปวดลง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการแสวงหาการบริการสุขภาพไอกัน (Igun) ที่กล่าวถึงขั้นตอนการเลือกแหล่งรักษา การรักษาในแหล่งนั้น ๆ ขั้นตอนการประเมินผลการรักษาในแหล่งที่เลือก และขั้นตอนการประเมินประสิทธิภาพหรือความเหมาะสมของแหล่งรักษาว่าจะตัดสินใจใช้แหล่งนั้น ๆ รักษาต่อหรือไม่ (Igun, 1979 อ้างถึงใน พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530, หน้า 71-77; เบญจวรรณ กำธรวัชระ, 2538, หน้า 18-21) และเป็นที่น่าสังเกตว่าผู้สูงอายุมีการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน และใช้วิธีการอื่น ๆ ซึ่งเป็นการรักษาแบบแผนโบราณ อาจเนื่องจากเป็นความเชื่อส่วนบุคคลในการรักษา และในสังคมไทยมีลักษณะการแพทย์แบบผสมผสาน ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเลือกการรักษาตามการตัดสินใจ ความเชื่อส่วนบุคคล สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุมีการจัดการกับความเจ็บป่วยหลากหลายวิธี (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2528, หน้า 49; อดุลย์ วิริยเวชกุล และคณะ, 2540, หน้า 17; ผกากรอง ตั้งสุชล, 2544, หน้า 57-60)

3.3.1 ระยะแรกขึ้นอยู่กับความปวดที่เกิดขึ้น ผู้สูงอายุใช้การสังเกต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการดูแลตนเองโดยการบีบนวด ประคบสมุนไพร แช่น้ำร้อน และการซื้อยารับประทานเอง เนื่องจากอาการปวดในระยะแรกยังไม่รุนแรง สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ อภิปรายได้ว่า ลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งเป็นพฤติกรรมดั้งเดิมของประชาชนที่ผสมผสานการอบรมขัดเกลา และถ่ายทอดความรู้ทางสังคมตั้งแต่การสังเกตด้วยตนเอง การดูแลตนเองจะเกิดเมื่อมีอาการเจ็บป่วยขึ้นตามความรู้สึกหรืออาการที่แสดงออกมา จากนั้นบุคคลจะมีการแสดงออกของพฤติกรรมการเจ็บป่วยต่าง ๆ การแสวงหาการรักษาด้วยตนเอง เช่น การนอนพัก การบีบนวด การประคบน้ำร้อน เป็นต้น ซึ่งการดูแลด้วยตนเองดังกล่าว เป็นแบบแผนทางวัฒนธรรม และการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล (มัลลิกา มัติโก,

2530, หน้า 11-13) เนื่องจากอาการที่เกิดขึ้นยังไม่รุนแรง และเป็นพฤติกรรมขั้นแรกของบุคคลที่ตอบสนองต่อความรู้สึกไม่สบายหรือการเจ็บป่วย ปฏิบัติการดูแลสุขภาพด้วยตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ค้นหาหรือรักษาโรคในระยะเริ่มแรก โดยใช้การสนับสนุนจากสังคมต่าง ๆ เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน (Levin, 1976 อ้างถึงใน อดุลย์ วิริยเวชกุล, 2540, หน้า 8) การดูแลตนเองเป็นการกระทำก่อนล่วงหน้าก่อนการแสวงหาการบริการแบบวิชาชีพ ได้แก่ การไม่รักษาหรือดูอาการ การรักษาตนเองโดยไม่ใช้ยา (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2530 อ้างถึงใน มัลลิกา มัติโก, 2530, หน้า 57) สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุใช้การดูแลตนเองเป็นอันดับแรกเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (Haque, 2001) โดยจะรอดูอาการก่อนและไม่รักษา (ศจีวลัย ศุกรีเขต, 2541, หน้า 103) ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่พฤติกรรมการดูแลตนเองดีจะมีความรุนแรงของโรคน้อย (แววดาว ทวีชัย, 2543, หน้า 65) และผู้สูงอายุมีการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านบำบัดอาการปวดจากโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ ใช้น้ำมันสมุนไพร การประคบร้อน ใบพลับพลึง (ผกากรอง ตั้งสุชล, 2544, หน้า 61-63)

มีข้อสังเกตว่า แม้การจัดการในระยะแรกจะไม่ทำให้หายปวด ผู้สูงอายุยังคงใช้วิธีการจัดการเดิมอยู่ ร่วมกับการจัดการในระยะที่ 2 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการจัดการในระยะแรกเป็นวิธีที่ไม่ยุ่งยาก ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก สามารถปฏิบัติได้เองที่บ้าน และผู้สูงอายุให้เหตุผลว่าช่วยเสริมการรักษา มีความสบายใจ จึงยังคงใช้วิธีการจัดการดังกล่าวอยู่ เหตุผลดังกล่าวมีความคล้ายคลึงกับงานวิจัยของ ผกากรอง ตั้งสุชล (2544, หน้า 61-64) ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเลือกใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านในการบำบัดอาการปวดคือ เป็นการดูแลตนเองเมื่อเริ่มเจ็บป่วย เป็นการรักษาที่ง่ายและสะดวกแต่ต้องใช้เวลา สามารถทำได้ด้วยตนเอง และอีกข้อสังเกตหนึ่งคือ การจัดการในระยะแรกจะขึ้นอยู่กับปวดเป็นสำคัญ ถ้าอาการปวดไม่ทุเลาลงผู้สูงอายุจึงมีการเปลี่ยนไปจัดการในระยะที่ 2 ทั้งนี้อาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้มีการวินิจฉัยโรคและการรักษาที่ล่าช้า อาจจะมีผลให้ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพช้าไป ส่งผลต่อการเสื่อมของข้อเข่าที่มากขึ้นด้วย

3.3.2 ในระยะที่ 2 ผู้สูงอายุใช้การรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน การซื้อยารับประทานเอง การรักษากับพระภิกษุ และการรักษาด้วยวิธีการอื่น ซึ่งการจัดการดังกล่าวจะเริ่มพร้อม ๆ กัน ไม่เจาะจงเฉพาะวิธีการเดียว โดยทุกรายรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน การรักษาในระยะที่ 2 นี้ เป็นผลสืบเนื่องมาจากการดูแลตนเองในระยะแรกไม่ได้ผลกล่าวคือ ไม่หายปวด ผู้สูงอายุจึงเปลี่ยนวิธีการจัดการ ซึ่งอภิปรายได้ว่า เป็นลักษณะของการดูแลสุขภาพเมื่อเกิดความเจ็บป่วย บุคคลตระหนักและประเมินผลเกี่ยวกับอาการผิดปกติ ตลอดจนตัดสินใจกระทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อตอบสนองต่อความผิดปกตินั้น (มัลลิกา มัติโก, 2530, หน้า 51-52) สอดคล้องกับแบบจำลองการรักษาของไอกัน (Igun, 1979 อ้างถึงใน พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530, หน้า 75-77) ในขั้นตอนการประเมินผลของการจัดการจากแหล่งหรือวิธีการรักษาพยาบาลนั้น ๆ ว่าการรักษานั้น ๆ ทำให้

อาการป่วยไข้หายหรือทุเลาหรือไม่ หากปรากฏว่าอาการป่วยยังคงเหมือนเดิมหรือมากกว่าเดิมก็จะทำการเปลี่ยนแปลงรักษาใหม่ เกิดการโยกย้ายแหล่งรักษาและกลับมาสู่ขั้นตอนของการประเมินการรักษาใหม่ การรักษาในแต่ละแหล่งนั้น

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการจัดการกับอาการปวดเข่าหลายวิธี โดยมีเพียง 1 รายที่รักษากับแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเดียว ด้วยเหตุผลที่ว่าแพทย์แผนปัจจุบันเป็นผู้มีความรู้ และสามารถรักษาโรคต่าง ๆ ให้หายได้ ส่วนการรักษาโดยซื้อยารับประทานเองจากร้านขายยา และผู้ที่มาขายที่บ้านนั้นมีจำนวน 3 ราย โดยผู้สูงอายุให้เหตุผลว่าทำให้หายปวด และราคาไม่แพง สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุมีการจัดการกับความปวดและการเจ็บป่วยหลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ การจัดการกับความปวดโดยใช้การรักษาแบบแผนโบราณร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน (สิริรัตน์ หาญวงศ์, 2532, หน้า 51; กญจนา บุตรจันทร์, 2542, หน้า 46) และมีการรักษาแบบทางเลือกร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน (แววดาว ทวีชัย, 2543, หน้า 60)

มีข้อสังเกตว่ามีผู้สูงอายุ 3 รายที่เลือกใช้การรักษากับพระภิกษุโดยใช้ยาต้ม ยานวด และมี 1 รายใช้วิธีการอื่น ๆ ได้แก่ การบนบาน การเสกตะปูออกจากหัวเข่า โดยให้เหตุผลว่าการได้พบเห็นผู้ที่เคยรักษามาแล้วหายปวด ผู้แนะนำเป็นญาติ รับรองผลการรักษา และความเชื่อส่วนตัวในวิธีการรักษา ประกอบกับต้องการหายปวด จึงทำให้เกิดความสนใจไปรักษาด้วยวิธีการดังกล่าว สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการใช้บริการการรักษาโรคแผนพื้นบ้านและปัจจุบันที่พบว่าผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อมีการรักษาที่วัดโดยใช้ยาสมุนไพร น้ำมนต์ และการเสกเป่าคาถา (ทิพย์สุดา เณรทอง, 2534, หน้า 251) ผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเข่ามีการใช้ยาสมุนไพรโดยมีเหตุผลหนึ่งที่ว่ามีความเชื่อมั่นศรัทธาในการรักษาแผนโบราณ จากประสบการณ์ที่เคยเห็นวิธีการรักษาหรือผู้ใกล้ชิดเคยรักษาด้วยอาการดังกล่าวมาก่อนแล้วหายจากการปวด (ผกากรอง ตั้งสุชล, 2544, หน้า 103)

จากการจัดการกับความปวดทั้ง 2 ระยะ แสดงให้เห็นถึงการตอบสนองของผู้สูงอายุต่อความเจ็บป่วยกับระบบบริการสุขภาพซึ่งเปรียบเสมือนวัฒนธรรมหนึ่งของสังคม สอดคล้องกับทฤษฎีของ ไคลน์แมน (Kleinman, 1980, pp. 49-60) ที่แบ่งระบบบริการสาธารณสุขเป็น 3 ระบบย่อย ได้แก่ ระบบการดูแลสุขภาพของประชาชน ระบบการดูแลสุขภาพพื้นบ้าน และระบบบริการสุขภาพแบบวิชาชีพ ซึ่งพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยทั้งหมดได้รับการจัดการโดยผู้ป่วย ครอบครัว และเครือข่ายทางสังคมที่ผู้ป่วยสัมพันธ์อยู่ ตามแนวทางที่ร่วมกันรับรู้ในความเจ็บป่วยและช่วยค้นหาการปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาสุขภาพตามความหมายทางวัฒนธรรม ตลอดจนประสบการณ์ที่สะสมในอดีตมาใช้ในการจัดการแต่ละครั้ง

3.4 ผลของการจัดการ คือ ผู้สูงอายุประเมินผลที่ได้รับจากการจัดการกับความปวดตามความคาดหวังในอาการและอาการแสดงที่จะให้เกิดขึ้นกับตนเอง ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุให้ความหมายว่า มี 3 ลักษณะได้แก่ หายปวด อาการไม่เปลี่ยนแปลง และไม่หายปวด ซึ่งผลของการจัดการจะส่งผลต่อการเลือกใช้วิธีการจัดการนั้น ๆหรือไม่ กล่าวคือ ถ้าหายปวดผู้สูงอายุยังคงใช้วิธีการนั้นต่อไป ถ้าอาการไม่เปลี่ยนแปลงผู้สูงอายุยังคงใช้วิธีการนั้น ๆ ร่วมกับวิธีการอื่น และถ้าไม่หายปวดผู้สูงอายุจะหยุดการรักษา จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุเน้นถึงผลการรักษาว่าต้องการหายปวดเป็นสำคัญ อาจเนื่องมาจากความปวดเป็นอาการที่รู้สึกได้ ก่อให้เกิดความทรมาน ทำกิจกรรมต่าง ๆไม่สะดวก ทำให้การต้องการหายปวดเป็นผลการรักษาที่ผู้สูงอายุทุกคนต้องการ ผลของการจัดการสอดคล้องกับทฤษฎีการแสวงหาการบริการสุขภาพในขั้นตอนต่าง ๆ ได้แก่ ขั้นตอนของการประเมินผลการรักษา (Chrisman, 1977 อ้างถึงใน พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530, หน้า 90-91) ที่กล่าวว่า บุคคลและเครือข่ายทางสังคม มีการประเมินผลการรักษาตลอดที่ทำการรักษา โดยประเมินจาก อาการผิดปกติทุเลาลงหรือหายไปตามความหมายทางวัฒนธรรม สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้การบำบัดอาการปวดข้อเข่าเสื่อมด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้าน มีการรับรู้ผลการบำบัดว่า อาการปวดลดลง บรรเทาอาการปวดชั่วคราว และการบำบัดไม่ได้ผล (ผกากรอง ตั้งสุชล, 2544, หน้า 96) และสอดคล้องกับผลการวิจัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไปรับการรักษาด้วยการบริการสุขภาพแบบทางเลือกที่รับรู้ถึงผลทางกายในด้านที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์คือ ฉันยังเหมือนเดิม ดีขึ้นเรื่อย ๆ และหนักไปกว่าเดิม (พัชรี คมจักรพันธ์, 2544, หน้า 59-60)

3.5 การลองผิดลองถูก คือการที่ผู้สูงอายุทดลองใช้วิธีการจัดการต่าง ๆ ตามที่ได้รับคำแนะนำมา ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีการค้นหา ทดลองใช้วิธีการต่าง ๆ ในการจัดการกับความปวด โดยมีปัจจัยที่มีผลต่อการลองผิดลองถูกคือ ผลของวิธีการจัดการในผู้ป่วยรายอื่น ๆ ความเชื่อมั่นในตัวบุคคลที่รักษา ความสะดวกในการไปใช้บริการ และราคาของวิธีการจัดการและฐานะทางเศรษฐกิจ อภิปรายได้ว่า การลองผิดลองถูกเป็นขั้นตอนของกระบวนการในการตัดสินใจในการที่จะรักษาหรือไม่รักษา โดยมีการประเมินผลการรักษา เป็นระยะที่สอดคล้องกับขั้นตอนในทฤษฎีการแสวงหาการบริการสุขภาพต่าง ๆ ได้แก่ การประเมินประสิทธิภาพ หรือความเหมาะสมของแหล่งรักษา การเลือกแหล่งรักษา การรักษา และการประเมินผลการรักษา (Igun, 1979, pp. 447-449) ขั้นตอนความเชื่อถือในผลของวิธีการรักษา (Young, 1981 อ้างถึงใน พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530, หน้า 80) ที่กล่าวว่า บุคคลย่อมมีทางเลือก แบบแผน วิธีการเยียวยาตามความเชื่อถือ ศรัทธาในประสิทธิภาพของวิธีการนั้น ๆ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีการลองผิดลองถูกเพื่อหาวิธีการบำบัดอาการปวดที่ได้ผล (ผกากรอง ตั้งสุชล, 2544,

หน้า 103) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ให้ความหมายต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพทางเลือก คือ สิ่งที่ควรลองเผื่อหาย (พัชรี คมจักรพันธ์, 2544, หน้า 49) การตัดสินใจเลือกแหล่งบริการสุขภาพขึ้นอยู่กับเป็นวิธีที่เคยรักษาการเจ็บป่วยลักษณะนี้ของตนเองหรือผู้อื่นหายมาก่อน (ศจีวลัย ศุกรีเขต, 2541, หน้า 105) ความเชื่อมั่นในบุคคลที่รักษา ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการ ค่ารักษาพยาบาล (อดุลย์ วิริยเวชกุล และคณะ, 2540, หน้า 48) อัธยาศัย ความเป็นกันเอง ท่าทีของผู้ให้บริการ การให้ความรู้และคำแนะนำเพียงพอ ความคุ้นเคยในการเข้ารับบริการแหล่งนั้นมีผลต่อการตัดสินใจเลือกบริการในแหล่งนั้นอีก (บุษยมาส บุญใจเพียร, 2540, หน้า ก; แสงทอง แหงมงาม, 2533, หน้า 95; ชูศรี ผลเพิ่ม, 2536, หน้า 41; ประภาศรี ณรงค์เดชประทีป, 2536, หน้า 88; กฤษณา นาดี, 2541, หน้า 65-66) และวิธีการรักษานั้นเสียค่าใช้จ่ายน้อย (ผกากรอง ตั้งสุชล, 2544, หน้า 103-105)

3.6 การจัดการกับผลกระทบของความปวด คือ การที่ผู้สูงอายุมีการยอมรับ ปรับตัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อลดผลกระทบจากความปวด ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลง การใช้เครื่องมือช่วยในการเดินทาง ได้แก่ ไม้เท้า จักรยาน และการเลือกที่จะไปหรือไม่ไปงานสังคม เพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความปวด และมีการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นด้วยการใช้หลักทางศาสนา และการทำงานอดิเรก ดังนี้

การปรับพฤติกรรม ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีการพักข้อ การใช้อุปกรณ์ช่วย การเลือกออกงานสังคม การปรับพฤติกรรมนี้มาจากการที่มีผู้แนะนำได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และบุคลากรทางสาธารณสุข ซึ่งอธิบายได้ว่าการปรับพฤติกรรมโดยการการพักข้อ การใช้อุปกรณ์ช่วย การเลือกออกงานสังคม เป็นการลดการใช้ข้อเข่า ทำให้ลดอาการปวด ผู้สูงอายุจึงหยุดกิจกรรมดังกล่าว สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเมื่อมีการปวดข้อจะหลีกเลี่ยงการนั่งพับงอเข่าเป็นเวลานาน และมีการใช้ไม้เท้าในการช่วยพยุงหรือเดิน (ขวัญตา ตรีสกุลวัฒนา, 2541, หน้า 52)

ในเรื่องการเลือกที่จะไปหรือไม่ไปงานสังคมนั้น มีข้อที่น่าสังเกตคือ มีผู้สูงอายุ 3 ราย กล่าวว่าจะไม่ไปงานศพโดยเด็ดขาด เนื่องจากมีประสบการณ์โดยตรงว่า เมื่อไปงานศพแล้วเกิดอาการปวดมากขึ้น แม้ว่างานศพนั้นมีเก้าอี้ให้นั่งก็ตาม ซึ่งเหตุผลดังกล่าวเป็นความเชื่อส่วนตัวที่ผู้สูงอายุให้เหตุผลว่าสิ่งไม่ดี สิ่งมองไม่เห็นจะเข้าตนเอง มีความเชื่อในเรื่องผีและวิญญาณว่ามากลั่นแกล้งให้เกิดความปวดมากขึ้น ซึ่งเหตุผลดังกล่าวไม่สามารถให้คำตอบได้ชัดเจนว่าเกิดจากอะไร สอดคล้องกับการวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ปวดข้อเข่ามีความเชื่อที่สืบต่อกันมาว่าการไปงานศพจะทำให้มีอาการปวดรุนแรงขึ้น (ผกากรอง ตั้งสุชล, 2544, หน้า 123) แต่ถ้าเป็นงานบวช

ผู้สูงอายุทุกรายจะไปโดยให้เหตุผลว่าเป็นงานที่ได้บุญมาก อาจจะเนื่องจากชาวพุทธเชื่อในเรื่องการทำบุญและผลบุญ ส่วนอาการปวดเข่าที่ไม่เกิดขึ้นนั้น อาจเนื่องมาจากความเชื่อที่ว่า การบวชถือเป็นการสืบต่อพระพุทธศาสนา ทำให้ผู้สูงอายุลดความสนใจกับอาการจากโรคข้อเข่าเสื่อม จึงไม่เกิดอาการปวดเกิดขึ้น

การจัดการด้านอารมณ์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการใช้หลักศาสนา เนื่องจากมีความเชื่อในการนับถือศาสนา การสวดมนต์ทำให้อาการปวดทุเลาลง ส่วนการใช้งานอดิเรกนั้นแล้วแต่ความถนัดในแต่ละบุคคล และการหลีกเลี่ยงการปะทะกับบุคคลในครอบครัว พบในผู้สูงอายุที่มีอุปนิสัยที่หงุดหงิดง่าย อภิปรายได้ว่า การจัดการดังกล่าวสอดคล้องกับการเผชิญความเครียด (Coping) ลักษณะของการจัดการด้านอารมณ์ (Emotional-Focusing Coping) ซึ่งเป็นการปรับอารมณ์ หรือความรู้สึก เพื่อไม่ให้ความเครียดทำลายขวัญหรือกำลังใจ หรือลดประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของบุคคล (สมจิต หนุเจริญกุล, 2536, หน้า 109) ซึ่งการนำหลักศาสนามาใช้โดยการสวดมนต์ วิงวอน อธิษฐานกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เป็นผลมาจากอิทธิพลของศาสนาพุทธที่คนไทยส่วนใหญ่นับถือ การสวดมนต์นั้นสวดเพื่อระลึกถึงคุณความดีของพระพุทธเจ้า พระธรรม พระสงฆ์ เพื่อให้เกิดสติ เมื่อมีสติก็เกิดปัญญาในการแก้ไขปัญหาชีวิตได้ (สุจิตรา อ่อนค้อม, 2547, หน้า 187) ผู้สูงอายุได้นำผลของคำสั่งสอนทางศาสนามาใช้กับตน มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุที่มีสภาพร่างกายไม่ดีพอ ยอมรับตนเองจากการเปลี่ยนแปลงได้มากขึ้น (จงรัก ศุภกิจเจริญ, 2527; ทวี สุดบรรทัด, 2528 อ้างถึงใน ยุพิน โกรินทร์, 2536, หน้า 75-76) มีส่วนช่วยเสริมความมีคุณค่าในชีวิต เพิ่มความผาสุกทางด้านร่างกาย จิตใจ และช่วยพัฒนาจิตวิญญาณของบุคคล รวมทั้งทำให้มีสมาธิในการวิเคราะห์ความเครียด และมีความคิดสร้างสรรในการแก้ปัญหา ทำให้ระดับความเครียดลดลง (สมพร รัตนพันธ์, 2541; ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2532 อ้างถึงใน นิตยา บุญมาเลิศ, 2541, หน้า 48) ซึ่งการใช้งานอดิเรกและการหลีกเลี่ยงการปะทะกับบุคคลในครอบครัว เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจต่ออาการปวดที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุใช้ดนตรีและธรรมะช่วยให้หายเครียด จิตใจสบายมีความสุข ลืมความทุกข์ (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์ และวัฒนา พันธุ์ศักดิ์, 2538, หน้า 110) และมีการหางานอดิเรกทำ เช่น ฟังวิทยุ ปลูกต้นไม้ ออกไปเดินเล่น (ขวัญตา ตรีสกุลวัฒนา, 2541, หน้า 55)

ข้อสังเกตที่น่าสนใจในเรื่องของการใช้หลักศาสนาคือ มีผู้สูงอายุ 1 รายเปลี่ยนมานับถือศาสนาคริสต์ โดยให้เหตุผลว่าศาสนาทำให้อาการปวดและชีวิตที่อยู่กับความปวดของผู้สูงอายุดีขึ้น กล่าวคือ ผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์ด้วยกันมีการช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่าย การขับรถมารับไปโบสถ์ทุกวันอาทิตย์ นั่งเก้าอี้สวดมนต์ไม่ต้องนั่งพับเพียบ บทสวดมนต์เป็นภาษาไทยทำให้อ่านเข้าใจง่าย มีการมาเยี่ยมถามไถ่อาการ และขณะที่นับถือในพระเจ้านั้นอาการปวดเข่าของตนทุเลา

ลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความศรัทธา ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากผู้สูงอายุได้รับการอำนวยความสะดวกในด้านต่าง ๆ จากผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์ ทำให้เกิดความสบายใจ อีกทั้งการเดินทางไปโบสถ์ และการสวดมนต์โดยนั่งเก้าอี้ทำให้เกิดผลกระทบกับข้อเข่าน้อยลง จึงทำให้ไม่เกิดอาการปวด จากการศึกษาของ เฮิร์ท (Herth, 1991 อ้างถึงใน จันทนา เตชะคฤห, 2540, หน้า 20) ในโครงสร้างของความหวังในเรื่องการเชื่อมโยงกับตนเองและบุคคลอื่น รวมถึงความสัมพันธ์กับพระเจ้า สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และความเชื่อในด้านจิตวิญญาณ โดยมีการเชื่อมโยงสิ่งดังกล่าวกับตนเองแล้วมีการยึนหยัดแน่วแน่ในสิ่งที่หวัง ทำให้เกิดความเข้มแข็งกล้าหาญ เกิดความศรัทธาในสิ่งที่นอกเหนือคำอธิบาย ทำให้พร้อมเผชิญเหตุการณ์ที่ยุ่งยากได้ ซึ่งผู้สูงอายุรายดังกล่าวได้เชื่อมโยงตนเองกับศาสนาว่าทำให้ตนหายจากการปวดได้

**4. การสนับสนุนทางสังคม**

หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือ และส่งเสริมในด้านค่าใช้จ่าย การให้กำลังใจ การให้ข้อมูล และการอำนวยความสะดวก จากคู่สมรส บุตรหลาน ญาติพี่น้อง และบุคลากรทางสาธารณสุข ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้รับนั้นสอดคล้องกับลักษณะของการเกื้อหนุนทางสังคมที่ว่า เป็นการช่วยเหลือผู้สูงอายุจากบุคคลต่าง ๆ ในชุมชนเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นบุคคลในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้านหรือบุคคลอื่น ๆ (สุมาลี ว่องเจริญกุล, 2540, หน้า 485; อดุลย์ วิริยเวชกุล และคณะ, 2540, หน้า 27) โดยการช่วยเหลือที่ได้อาจเป็นลักษณะรูปธรรม เช่น อาหาร เงิน เสื้อผ้า หรือในลักษณะนามธรรม เช่น การให้กำลังใจ การยกย่อง การยอมรับ และการให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น (อดุลย์ วิริยเวชกุล และคณะ, 2540, หน้า 27) รวมทั้งความรู้สึกของบุคคลว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคมด้วย (Pilisok, 1982 อ้างถึงใน กนกพร สุคำวัง, 2540, หน้า 41)

4.1 การสนับสนุนด้านค่าใช้จ่าย พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้รับค่าใช้จ่ายในการรักษาและใช้ในชีวิตประจำวันจากบุตร เนื่องจากผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพแล้วและมีบุตรหลายคน สอดคล้องกับการศึกษาของอดุลย์ วิริยเวชกุล และคณะ (2540, หน้า 27) ที่พบว่าแหล่งที่มาของรายได้ในผู้สูงอายุ ร้อยละ 77.2 ได้รับค่าเลี้ยงดู ค่าใช้จ่ายในบ้านจากบุตรหลาน และบุตรเป็นแหล่งเกื้อหนุนทางสังคมที่ให้การช่วยเหลือในด้านการเงินและดูแลเมื่อมีความเจ็บป่วย (มัลลิกา มัติโก, ปรีชา อุปโยคิน, วิณา ศิริสุข และสุรีย์ กาญจนวงศ์, 2540, หน้า 42) ซึ่งเงินเป็นปัจจัยหนึ่งในการดำรงชีพ การมีเงินใช้จ่ายในทุก ๆ เดือนไม่ต้องเป็นจำนวนมาก แต่ขอให้เป็นเงินส่วนตัวที่มีสิทธิใช้เต็มที่ทำให้เกิดความสบายใจ อบอุ่น มั่นคง และมีความรู้สึกว่าไม่ถูกทอดทิ้ง (อดุลย์ วิริยเวชกุล และคณะ, 2540, หน้า 37) การได้รับเงินช่วยเหลือจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่ายาในการรักษา แม้ว่าผลการวิจัย

ไม่พบถึงการร้องขอเงินจากบุตรหลานโดยตรง แต่ผู้สูงอายุยินดีที่บุตรหลานนำเงินให้ใช้จ่าย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดมีความคาดหวังที่จะได้รับเงินเพื่อใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2540, หน้า 85) และผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากบุคคลในครอบครัว ทำให้ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านพื้นฐานที่จำเป็น ซึ่งทำให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์และเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ (แววดาว ทวีชัย, 2543, หน้า 61)

4.2 การสนับสนุนด้านการให้กำลังใจ ผลการวิจัยพบว่าเป็นความช่วยเหลือด้านอารมณ์ที่บุตรและคู่สมรส แสดงให้ผู้สูงอายุทราบถึงความห่วงใยให้กำลังใจในอาการปวดที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าไม่ถูกทอดทิ้งและเกิดกำลังใจในการรักษาต่อไป อภิปรายได้ว่าลักษณะของวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สภาพจิตใจ และอารมณ์ ประกอบกับลักษณะของโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และอาการปวดที่เกิดขึ้นไม่แน่นอน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด การได้รับความรักและเอาใจใส่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอบอุ่นและมีความสุข (กนกพร สุคำวัง, 2540, หน้า 84) ความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างบุคคล มีความผูกพันเอาใจใส่ และให้กำลังใจแก่บุคคล ทำให้รู้สึกว่ามีคนร่วมแบ่งปันความรู้สึกรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของบุคคลอื่น ทำให้เกิดความหวังขึ้นมา (Herth, 1991 อ้างถึงใน จันทนา เตชะคฤห, 2540, หน้า 20) สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า บุตรของผู้สูงอายุมีส่วนสำคัญในการเกื้อหนุนด้านอารมณ์ แม้ว่าจะไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกันก็ตาม แต่เมื่อมาเยี่ยมหรือทำอะไรให้กับผู้สูงอายุจะทำให้เกิดความยินดีและเป็นสุข (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2540, หน้า 87) ยังไม่พบว่ามีที่พึ่งอันใดสำหรับคนสูงอายุที่จะมาแทนที่บุตรหลานได้ (พันธ์ทิพย์ รามสูตร, 2527 อ้างถึงใน กนกพร สุคำวัง, 2540, หน้า 84) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสและอยู่ด้วยกันนั้น จะมีโอกาสได้รับการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ได้รับกำลังใจ และปลอบใจ ทำให้มีความมั่นคงในอารมณ์ ลดความตึงเครียด (บุญพา ณ นคร, 2544, หน้า 43) สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ที่ผ่านมาพบว่า บุคคลในครอบครัว ได้ให้การสนับสนุนด้านการกำลังใจ (ทัศนีย์ เกริกกุลธร, 2536, หน้า 81; รุ่งทิพย์ แปงใจ, 2542, หน้า 47; แววดาว ทวีชัย, 2543, หน้า 60) ด้านอารมณ์จากครอบครัวเพื่อนบ้านและชุมชน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2540, หน้า 85) รวมถึงการให้กำลังใจปลอบโยน ทำให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์และมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ไม่เกิดความรู้สึกเหงาหรือว้าเหว่เหมือนคนขาดที่พึ่ง (ยุพิน โกรินทร์, 2536, หน้า 73) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ (ลำเนาว์ เรืองยศ, 2535)

4.3 การสนับสนุนด้านการให้ข้อมูล ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุ ทุกรายได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งรักษาและคำแนะนำการปฏิบัติตนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง เนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่

ใกล้ชิด เห็นอาการที่เปลี่ยนแปลง และเป็นผู้ดูแลอำนวยความสะดวกในการจัดการกับความปวดของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้สูงอายุ 10 รายได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนจากบุคลากรทางสาธารณสุขในขณะที่ไปตรวจที่โรงพยาบาล สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า บุคคลในครอบครัวและกลุ่มผู้สูงอายุเองต่างเป็นเครือข่ายในการสนับสนุนข่าวสารที่สำคัญ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2540, หน้า 88; อดุลย์ วิริยเวชกุล และคณะ, 2540, หน้า 43; รุ่งทิพย์ แปงใจ, 2542, หน้า 43) ผู้สูงอายุได้รับความรู้เรื่องการใช้ยาจากญาติและบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว (กญจนา บุตรจันทร์, 2542, หน้า 57) ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารในระดับสูง สัมพันธ์กับความผาสุกในระดับสูงด้วย (รุ่งทิพย์ แปงใจ, 2542, หน้า 53) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังได้รับแหล่งข่าวสาร ความรู้ด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ภัทรพร ไพเราะ, 2539, หน้า 75; ขวัญตา ตรีสกุลวัฒนา, 2541, หน้า 51) ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับโรค การรักษา และผลของการรักษาจากพยาบาลและแพทย์ (อดุลย์ วิริยเวชกุล และคณะ, 2540, หน้า 48)

ข้อสังเกตจากงานวิจัยนี้พบว่า มีผู้สูงอายุ 10 รายที่ได้รับทราบข้อมูลในเรื่องโรคจากแพทย์และพยาบาล แต่ยังเข้าใจไม่ชัดเจนคือไม่สามารถบอกสาเหตุการเกิดโรค การปฏิบัติตนในการรับประทานยา และการระมัดระวังในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีผู้สูงอายุ 2 รายจาก 10 รายดังกล่าว ได้รับทราบข้อมูลที่ไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการรับประทานยา ทำให้รับประทานยาไม่ถูกต้อง เกิดอาการข้างเคียงคือปวดท้อง ต้องได้รับยาเคลือบกระเพาะอาหาร และในทุกรายยังไม่ได้ปฏิบัติตนในเรื่องการบริหารข้อเข่าที่ถูกต้อง แสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลในเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวยังไม่ชัดเจนเพียงพอที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้และนำไปปฏิบัติได้ ซึ่งความรู้ที่ชัดเจนและถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้นหรือทุเลาลง เพราะความรู้จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นและเหตุผลของการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง หรือหลีกเลี่ยงกิจกรรมบางประเภทที่ทำให้อาการสงบหรือดีขึ้น มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง ในทางตรงกันข้าม หากผู้ป่วยไม่มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ผู้ป่วยจะมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งอาจทำให้อาการของโรคกำเริบมากขึ้นได้ (ณัฐนาฏ ไชยศิริ, 2534, หน้า 104)

4.4 การสนับสนุนด้านการอำนวยความสะดวก ผลการวิจัยพบว่า บุคคลในครอบครัวและญาติพี่น้องเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการพาไปรักษา สอบถามอาการและผลการรักษาในแหล่งที่ไปมา การสนับสนุนดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุมีความสะดวกในการจัดการกับความปวดมากขึ้น อภิปรายได้ว่า การอำนวยความสะดวกบุคคลในครอบครัวและญาติพี่น้องเป็นการเกื้อหนุนทางสังคมในด้านการบริการโดยเป็นแหล่งสนับสนุนที่ไม่เป็นทางการที่เกิดขึ้นในครอบครัว เพื่อนบ้านหรือชุมชน (House, 1984 อ้างถึงใน อดุลย์ วิริยเวชกุล และคณะ, 2540,

หน้า 10) และเป็นลักษณะของสังคมไทยที่ให้ความเคารพผู้สูงอายุ ให้ความช่วยเหลือ และมีการพึ่งพาอาศัยกันและกันในระหว่างญาติพี่น้อง (สุพัตรา สุภาพ, 2536, หน้า 21-23) ผู้สูงอายุจึงได้รับการดูแลตามค่านิยมดังกล่าว สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การอำนวยความสะดวกเป็นการเกื้อหนุนด้านอารมณ์และสร้างความมั่นคงด้านจิตใจให้แก่ผู้สูงอายุ (อดุลย์ วิริยเวชกุล และคณะ, 2540, หน้า 30) โดยมีการบอกเล่าเรื่องราวต่าง ๆ และเมื่อเกิดความเจ็บป่วยก็ดูแลพาไปพบแพทย์ (กนกพร สุคำวัง, 2540, หน้า 77; อดุลย์ วิริยเวชกุล และคณะ, 2540, หน้า 30; ขวัญตา ศรีสกุลวัฒนา, 2541, หน้า 53) และเมื่อมีอาการเจ็บป่วยมาก คู่สมรส บุตร และญาติ จะเป็นผู้ดูแลในการเป็นเพื่อนไปพบแพทย์ หรือคอยให้ความช่วยเหลือในขณะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (พัชรา เบญจรัตนาภรณ์, 2533, หน้า 71; ปราณี กาญจนวรวงศ์, 2539, หน้า 75; กญจนา บุตรจันทร์, 2542, หน้า 57) ซึ่งเป็นการแสดงออกถึงความห่วงใยที่บุตรหลานแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมที่เห็นได้ชัดเจน

## ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำไปประยุกต์ใช้ ดังต่อไปนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล จากผลการวิจัยพบว่า การจัดการกับความปวดของผู้สูงอายุมีวิธีการที่หลากหลายเนื่องจากลักษณะพยาธิสภาพของโรคที่ก่อให้เกิดความปวด เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และการรับรู้เกี่ยวกับชื่อและพยาธิสภาพของโรคยังไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

1.1 การจัดการกับความปวดที่หลากหลาย บุคลากรทางสาธารณสุขควรเน้นการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะพยาธิสภาพ ความรุนแรง ความเรื้อรังของโรค และผลกระทบจากการไปรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ ให้แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล ได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง โดยรับฟังข้อมูลจากผู้สูงอายุมากขึ้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการปฏิบัติตัวได้ตรงกันระหว่างบุคคลากรทางสาธารณสุขและผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล

1.2 พยาบาลและบุคลากรทางสาธารณสุขควรมีบทบาทในด้านการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับชื่อโรค และคำอธิบายที่เข้าใจได้ง่ายเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล เพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน ควรมีสื่อประกอบการอธิบายหรือแจกให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อสามารถนำกลับมาอ่านทบทวนได้อีกครั้งที่อาจเกิดขึ้นได้

1.3 ควรมีการผสมผสานการรักษาพยาบาลระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันกับการแพทย์ทางเลือกต่าง ๆ ที่ไม่เป็นอันตรายแก่ผู้สูงอายุ เพื่อช่วยเสริมด้านการรักษาและด้านกำลังใจให้แก่ผู้สูงอายุ

1.4 ผลการวิจัยพบว่าครอบครัวและชุมชนมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ จึงควรมีการจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในเรื่องการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมที่ถูกต้อง เพื่อสามารถนำความรู้ที่ได้นำไปปฏิบัติกับผู้สูงอายุได้จริง และควรได้รับการเยี่ยมเพื่อประเมินผลจากการอบรมว่ามีการปฏิบัติได้จริงและถูกต้องมากน้อยเพียงไร

1.5 การสนับสนุนทางสังคมของญาติเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่ามีบทบาทชัดเจนในผู้สูงอายุ ฉะนั้น การปฏิบัติการพยาบาลให้แก่ผู้สูงอายุ ควรให้ญาติมามีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลร่วมกันและเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้สูงอายุ เพื่อการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

2. ด้านการศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีมุมมองในการอธิบายถึง "การมีชีวิตอยู่กับความปวด" ที่แตกต่างกันตามประสบการณ์และการรับรู้ตามความเชื่อ ดังนั้นฝ่ายการศึกษาพยาบาลควรเน้นในเรื่องดังต่อไปนี้

2.1 ในด้านการสนับสนุนทางสังคม พบว่าบุคลากรทางสาธารณสุขมีส่วนสำคัญในการให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ควรนำผลการวิจัยดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการจัดประสบการณ์ให้แก่นักศึกษาในการส่งเสริมผู้สูงอายุและญาติในเรื่องการจัดการกับความปวด

2.2 ในเรื่องการจัดการกับความปวดที่พบว่า ผู้สูงอายุมีการใช้วิธีการที่หลากหลายนอกเหนือจากการรักษาแผนปัจจุบัน ดังนั้นจึงควรให้นักศึกษาค้นคว้าถึงประโยชน์และผลกระทบในการใช้วิธีจัดการกับความปวดต่าง ๆ เพื่อจะได้สามารถนำไปเผยแพร่ให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้สูงอายุได้

2.3 นำผลการวิจัยเป็นข้อมูลประกอบการเรียนสอนในเรื่องเกี่ยวกับการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อให้นักศึกษาเกิดความเข้าใจได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

3. ด้านการวิจัย ทฤษฎีเชิงเนื้อหา "การมีชีวิตกับความปวด" ได้มาจากการศึกษาเฉพาะกลุ่มที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรีเท่านั้น ซึ่งผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ดังต่อไปนี้

3.1 ควรทำการศึกษาเชิงปริมาณ โดยนำรูปแบบ (Model) ของทฤษฎีเชิงเนื้อหา "การมีชีวิตอยู่กับความปวด" ไปทำการวิจัยในพื้นที่อื่น ๆ เช่น โรงพยาบาลเอกชน วัดที่รักษาโรคกระดูก ฯลฯ เพื่อขยายแนวทางในการอธิบายการจัดการกับความปวด และสามารถนำผลการวิจัยอ้างอิงในกลุ่มผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้มากขึ้น

3.2 ควรมีการศึกษาในเรื่องการจัดการกับความปวด โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม และบุคลากรทางสาธารณสุขร่วมด้วย เพื่อให้ได้รับทราบข้อมูลจากหลายมุมมอง และควรขยายพื้นที่ในการศึกษาด้วย

3.3 การจัดการกับความปวดและผลกระทบของความปวด เป็นหมวดหมู่ที่มีความหลากหลายในเรื่องของวิธีการจัดการ แหล่งของการจัดการ และเหตุผลในการจัดการ ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อขยายรายละเอียดของการจัดการในแต่ละวิธี

3.4 ควรนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนำไปพัฒนารูปแบบการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองในการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อให้ได้ซึ่งรูปแบบการพยาบาลในการลดปวดที่มีประสิทธิภาพต่อไป

4. ด้านการพัฒนาทฤษฎี ผลการวิจัยนี้ มาจากการอธิบายตามการรับรู้ของผู้สูงอายุต่ออาการปวดที่เกิดขึ้นกับข้อเข่า จะเห็นได้ว่าการรับรู้และความเชื่อส่วนบุคคลเป็นส่วนที่เด่นชัดในการอธิบายเกี่ยวกับการเกิดโรค การจัดการกับความปวดและผลกระทบ และการสนับสนุนทางสังคมก็มีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่กับความปวดได้เป็นอย่างดี ดังนั้น ควรมีการวิจัยในเรื่องดังกล่าว ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเรื้อรังชนิดอื่นว่ามีมโนทัศน์ที่มีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร เพื่อเป็นข้อมูลเพิ่มเติมในการพัฒนาทฤษฎีการแสวงหาการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในอนาคต