

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการวิจัยเชิงคุณภาพ เรื่อง กระบวนการแสวงหา การบริการสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดราชบุรี ในขั้นตอนนี้ เป็นการศึกษาข้อมูล เพื่อให้เกิดความไวเชิงทฤษฎี (Strauss & Corbin, 1990, p. 50) โดยขอบเขตของเอกสารและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

1. โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ
2. ปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาการบริการสุขภาพ
3. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการแสวงหาการบริการสุขภาพ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสวงหาการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม
5. ทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน
6. ฐานแนวคิดในการวิจัย

โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ

โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis of the Knee) เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการเสื่อมสภาพและ สึกกร่อนของผิวกระดูกอ่อนหุ้มข้อภายในข้อเข่า และกร่อนบางจนเหลือแต่กระดูกที่อยู่ชั้นใต้ผิวข้อ (สุธี สุทัศน์ ณ อยุธยา และวัชรระ รุจิเวชพงศธร, 2539, หน้า 400-405) โรคนี้มักเกิดควบคู่กับความ สูงอายุ โดยทั่วไปข้อเข่าเสื่อมพบในผู้สูงอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป (ฐิติเวทย์ ตูราศวิน, 2538, หน้า 367) ร้อยละ 70-85 พบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี (Lee, 1993, p. 31) โรคข้อเข่าเสื่อมก่อให้เกิดความเจ็บปวด อย่างมาก ทำให้ผู้สูงอายุต้องทนทุกข์ทรมาน จากการมีชีวิตร่วมกับความเจ็บปวดเรื้อรัง และใช้เวลา ในการรักษาพยาบาลเป็นเวลานาน และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความทุพพลภาพ (Disability) (Chandrasoma & Taylor, 1995, p. 967; Altizer, 1998, p. 480) ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม การเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมนั้น มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคอยู่หลายปัจจัย ได้แก่

1. อายุ พบในผู้ที่อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป (ฐิติเวทย์ ตูราศวิน, 2538, หน้า 367) ในผู้ที่ อายุมากกว่า 65 ปี มีอัตราการเกิดโรคร้อยละ 70-85 (Lee, 1993, p. 31) หรือพบมากขึ้นหลังจากอายุ 50 ปี (Altizer, 1998, p. 480)
2. เพศ พบว่าเพศหญิงมีการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่าเพศชาย โดยจะเพิ่มมากขึ้น เมื่ออายุมากขึ้น (Danielsson & Hernborg, 1970; Davis et al., 1998; Felson et al., 1987 อ้างถึงใน สุจิตรา ไชยพัฒนะพฤกษ์, 2532, หน้า 17-18)

3. อาชีพ อาชีพที่เกี่ยวกับการนั่งพับเพียบ นั่งขัดสมาธิ หรือนั่งคุกเข่ามากกว่า 30 นาที ต่อวัน อาชีพที่ต้องเดินขึ้นบันไดมากกว่า 10 ชั้นต่อวัน เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม (Cooper et al., 1994 อ้างถึงใน ปราณี กาญจนวรวงศ์, 2539, หน้า 13) รวมทั้งบุคคลที่มีการลงน้ำหนักบริเวณข้อมาก ๆ เป็นเวลานาน เช่น นักกีฬา นักวิ่ง ผู้ที่มีอาชีพต้องแบกของหนัก อาชีพที่ต้องนั่งยอง ๆ ผู้ที่ทำงานโรงงานอุตสาหกรรมที่ต้องนั่งยืน เดินตลอดเวลา หรือผู้ที่ทำงานภาคเกษตรกรรมที่มีการใช้เครื่องผ่อนแรงน้อย (ธัญย์ สุภัทรพันธุ์, 2541, หน้า 330; Ham & Sloane, 1992; Gates & Cuckler, 1994 อ้างถึงใน กนกพร สุคำวัง, 2540, หน้า 16; Felson & Zhang, 1998 อ้างถึงใน ชีรนนท์ สิงห์เฉลิม, 2542, หน้า 23; Chandrasoma & Taylor, 1995, p. 967) นอกจากนั้นแล้ว วัฒนธรรมไทยนิยมการนั่งพับเพียบกับพื้น นั่งยอง ๆ นั่งคุกเข่าหรือนั่งขัดสมาธิ รวมทั้งการนิยมไปทำบุญฟังพระเทศน์ซึ่งต้องนั่งกับพื้นนาน ๆ ข้อเข่าจึงอยู่ในท่างอพับมากที่สุดและเกิดแรงกดทับเป็นเวลานาน ทำให้เกิดการขาดเลือดและมีอาหารไปเลี้ยงไม่เพียงพอ จึงเป็นปัจจัยร่วมที่ทำให้มีการเสื่อมของกระดูกอ่อนหุ้มข้อเข่าเกิดเร็วกว่าปกติ (ไพรัช ชูระเศรษฐกุล, 2530, หน้า 352)

4. ความอ้วน เนื่องจากข้อเข่าเป็นข้อที่ต้องรองรับน้ำหนักมาก ในการเดินในแนวราบ ข้อเข่าต้องรับน้ำหนักประมาณ 3 เท่าของน้ำหนักตัว และเมื่อเดินขึ้นบันได แรงที่กระทำต่อเข่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 4-5 เท่าของน้ำหนักตัว (ธัญย์ สุภัทรพันธุ์, 2541, หน้า 325; Moskowitz et al., 1992 cited in Altizer, 1998, p. 514) ดังนั้นความอ้วนและน้ำหนักตัวจึงมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม (สุจิตรา ไชยพัฒนะพฤกษ์, 2532, หน้า 71; ธัญย์ สุภัทรพันธุ์, 2535 อ้างถึงใน ปราณี กาญจนวรวงศ์, 2539, หน้า 13)

5. พันธุกรรม พบว่า ในเพศหญิงจะมีการควบคุมพันธุกรรมผ่านทาง Single Autosomal Gene ทำให้พบลักษณะเด่นในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ธัญย์ สุภัทรพันธุ์, 2541, หน้า 324) จากการศึกษาของ สุจิตรา เลิศวีระศิริกุล และคณะ (2539 อ้างถึงใน สุภาพ อารีเอื้อ, 2540, หน้า 12-13) พบว่า ผู้ที่มีประวัติพี่น้องเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม จะมีโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติพี่น้องเป็นโรคดังกล่าว

พยาธิสภาพของโรคข้อเข่าเสื่อม

ข้อเข่าเป็นข้อที่สำคัญที่สุดในร่างกาย เนื่องจากต้องรับน้ำหนักของร่างกายทั้งหมด เป็นสาเหตุให้ข้อเข่าเกิดการเสื่อมตลอดเวลาของการใช้งาน ดังนั้นผู้ที่อายุมากขึ้นจึงมีโอกาสเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมสูงขึ้น (ฐิติเวทย์ คุมราควิน, 2538, หน้า 7) ข้อเข่าประกอบด้วย กระดูกอ่อนผิวข้อ (Articular Surface) เยื่อข้อ (Synovium) เยื่อหุ้มข้อ (Capsule) และเอ็นยึดข้อ (Ligament) ซึ่งพยาธิสภาพของโรคข้อเข่าเสื่อมสรุปได้ดังนี้ (พลศักดิ์ จิระวิบูลวรรณ, 2529, หน้า 145; สารเนตร ไวกุล, 2535, หน้า 343; ฐิติเวทย์ คุมราควิน, 2538, หน้า 363-364; Krung, 1997, p. 74; Altizer, 1998, pp. 484-487)

กระบวนการเสื่อมของข้อเข่ามักเกิดอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยเริ่มจากการเปลี่ยนแปลงความเสื่อมสภาพจากกระบวนการสูงอายุ หรือปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เป็นสาเหตุให้กระดูกอ่อนผิวข้อเปลี่ยนลักษณะจากเรียบขาวใส ไปเป็นสีขาวขุ่น บางส่วนนิ่ม (Chondromalacia) ผิวไม่เรียบ และมีรอยแตก แต่มีบางส่วนที่เนื้อกระดูกยังปกติ เมื่อเกิดการเสื่อมมากขึ้น ผิวของกระดูกอ่อนจะร่อนและแตกหลุดออกเป็นชิ้นเล็ก ๆ (Flaking) หรือแตกเป็นริ้ว (Fibrillation) จนในที่สุดเกิดการเสียดสีถึงกระดูกอ่อน ทำให้กระดูกอ่อนอาจหลุดร่อนออกจนเห็นเนื้อกระดูกใต้กระดูกอ่อน และอาจพบเศษกระดูกอ่อนที่แตกหลุดออกมาเป็นชิ้นตกอยู่ในช่องว่างระหว่างข้อ ในระยะนี้ ผู้สูงอายุจะปวดข้อเข่าเป็นอย่างมาก เนื่องจากบริเวณเยื่อหุ้มกระดูก (Periosteum) มีปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดที่ไวที่สุดต่อการกระตุ้น

นอกจากการเปลี่ยนแปลงที่กระดูกอ่อนแล้ว จะพบว่าการเปลี่ยนแปลงที่ส่วนอื่นของข้อด้วย โดยเยื่อหุ้มข้อมีการหนาตัวขึ้น มีลักษณะแข็ง (Sclerosis) มากขึ้น โดยเฉพาะบริเวณกระดูกที่อยู่ใต้กระดูกอ่อน (Subchondral Bone) จะเกิดเป็นถุงน้ำ (Cyst) เป็นขอบที่หนาทึบ ในรายที่มีอาการมากอาจพบว่ากระดูกอ่อนผิวข้อหลุดหายไป เหลือแต่กระดูกที่มีลักษณะเป็นมันเลี่ยน (Eburnation) เนื่องจากผิวกระดูกซึ่งไม่มีกระดูกอ่อนคลุม จะเกิดการเสียดสีขณะเคลื่อนไหว นอกจากนี้ อาจพบกระดูกงอก (Osteophytes) ออกจากบริเวณขอบข้อ ส่วนที่งอกอาจมีกระดูกอ่อนคลุมอยู่ ซึ่งกระดูกอ่อนบริเวณนี้จะหนากว่ากระดูกอ่อนผิวข้อปกติ ทำให้ขอบกระดูกไม่เรียบ ขรุขระ และช่องว่างระหว่างข้อเข่ามีขนาดแคบลง เกิดการเสียดสีของขอบผิวกระดูกที่ขรุขระ ขณะที่มีการเคลื่อนไหวข้อเข่าจะเกิดเสียงกระดูกกระทบกัน (Crepitation) เมื่อกระดูกที่งอกใหม่มีการเจริญไปติดกับเอ็นรอบ ๆ ข้อเข่า ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของข้อเข่าคือ มีขนาดใหญ่ขึ้น เมื่ออาการของโรคดำเนินไปเรื่อย ๆ จะเกิดการอักเสบของข้อเข่า เนื่องจากเศษกระดูกชิ้นเล็ก ๆ ที่แตกหลุดตกค้างอยู่ในช่องว่างข้อเข่า เป็นสิ่งแปลกปลอมที่ร่างกายมีกลไกกำจัด โดยกระบวนการอักเสบ ทำให้เกิดการอักเสบของข้อเข่าตามมา จากการที่ข้อเข่ามีขนาดใหญ่ขึ้น และช่องว่างระหว่างข้อเข่ามีขนาดเล็กลง ส่งผลให้เกิดการติดแข็งของข้อเข่า ทำให้การเคลื่อนไหวของข้อเป็นไปได้อย่างจำกัด ผู้สูงอายุจึงขาดความคล่องแคล่วในการเคลื่อนไหว ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงที่พบในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม (ฐิติเวทย์ คุมราศวิน, 2538, หน้า 363-364; สุธี สุทัศน์ ณ อยุธยา และวัชระ รุจิเวชพงศธร, 2539, หน้า 406-407; Miller, 1987; Kart et al., 1992 อ้างถึงใน ปรานี กาญจนรวงศ์, 2539, หน้า 14) มีดังต่อไปนี้

1. อาการปวดข้อเข่า ในระยะแรกผู้สูงอายุอาจมีอาการปวด เสียว ขอก หรือขัดในข้อเข่าเพียงเล็กน้อย ต่อมาอาการจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาและความรุนแรงของโรค โดยเฉพาะเมื่อมีกิจกรรมหรือเคลื่อนไหวข้อเข่าติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ อาการปวดเสียว ขอก หรือขัดในข้อเข่าจะบรรเทาลง หรือดีขึ้นเมื่อหยุดกิจกรรม หรือได้มีการพักเข่า เมื่อมีการเสื่อมมากขึ้น อาจเกิดอาการปวดแม้มีการเคลื่อนไหวเพียงเล็กน้อยหรือขณะพัก ซึ่งตามปกติกระดูกอ่อนผิวข้อไม่มีเส้นประสาทไปเลี้ยงจึงไม่รู้สึกเจ็บปวด ดังนั้นอาการปวดที่เกิดขึ้นจึงอาจเกิดจากการอักเสบของเยื่อหุ้มข้อ เยื่อบุข้อ หรือเอ็นยึดข้อ

2. อาการข้อเข่าฝืดหรือข้อเข่าตึงแข็ง เมื่อผู้สูงอายุมีอาการเจ็บปวดจากการเคลื่อนไหวข้อเข่า ทำให้ลดหรือหยุดกิจกรรมที่ต้องเคลื่อนไหวข้อเข่า หรือมีการเคลื่อนไหวข้อเข่าอย่างจำกัด ไม่สามารถขยับข้อเข่าได้เต็มพิสัยของการเคลื่อนไหว ร่วมกับการหนาตัวของกระดูกที่งอกใหม่บริเวณผิวข้อเข่า ทำให้เกิดข้อเข่าตึงแข็ง อาการข้อเข่าฝืดหรือข้อเข่าตึงแข็งมักพบภายหลังจากตื่นนอนตอนเช้า เนื่องจากมีการหยุดใช้ข้อเข่าเป็นเวลานาน ผู้ป่วยจะรู้สึกว้าข้อเข่าตึงขยับไม่สะดวก เมื่อได้ขยับเขยื้อนอาการจะหายไปซึ่งอาการจะคงอยู่ไม่เกิน 30 นาที อาการข้อเข่าตึงแข็ง บางครั้งเรียกว่า ปรากฏการณ์ตึงแข็ง (Gel Phenomena)

3. อาการบวมและข้อเข่ามีขนาดใหญ่ขึ้น ซึ่งเกิดขึ้นจากการหนาตัวของกระดูกที่งอกขึ้นมาใหม่และยึดติดกับเอ็นรอบ ๆ ข้อเข่า นอกจากนี้เมื่อการเสื่อมของกระดูกดำเนินต่อไปเรื่อย ๆ เศษกระดูกที่แตกหลุดอยู่ในช่องว่างระหว่างข้อเข่าเป็นสิ่งแปลกปลอม ทำให้เกิดการอักเสบ และมีการสร้างน้ำไขข้อในปริมาณที่เพิ่มขึ้น ระยะนี้ข้อเข่าจะมีอาการบวมและผิวหนังบริเวณข้อเข่ามีอาการแสดงของการอักเสบคือ บวม แดง ร้อน

4. อาการเสียดสีของข้อเข่า การงอกของกระดูกที่มีลักษณะไม่เรียบ ขรุขระ และมีการหนาตัวขึ้นทำให้เกิดการเสียดสีของขอบกระดูกขณะเคลื่อนไหว และถ้าจับข้อเข่าให้มีการเคลื่อนไหวอาจได้ยินเสียงผิวของข้อเข่าเสียดสีกัน

แนวทางการรักษา

การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นการรักษาแบบประคับประคอง เนื่องจากยังไม่มีวิธีการใดที่สามารถยับยั้งกระบวนการเสื่อมของข้อเข่าที่เกิดขึ้นได้ แนวทางการรักษามีดังต่อไปนี้คือ (Warshaw & Murphy, 1995 อ้างถึงใน ปรานี กาญจนวรวงศ์, 2539, หน้า 14-16; Altizer, 1998, pp. 492-496)

1. การให้ความรู้ (Education) เป็นพื้นฐานการรักษาที่ประสบผลสำเร็จ ดังการศึกษาของ ลอริก และคณะ (Lorig et al., 1987 อ้างถึงใน ปรานี กาญจนวรวงศ์, 2539, หน้า 14-16) พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของโรค เช่น ความเจ็บปวด และความทุพพลภาพ สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษา

ของ กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน (2530) นุชบา อุ้ไพจิตร (2537) ชีรนนท์ สิงห์เฉลิม (2542) สมทรง ธรรมรักษา และพิบูล กมลสุรชาติ (2542) ที่พบว่าผลการให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จะส่งผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำ และการควบคุมโรคของผู้ป่วย

การให้ความรู้จะเน้นการป้องกันโรคตั้งแต่การตรวจร่างกาย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ความรุนแรงของโรค กระบวนการดำเนินของโรค ความสำคัญของการออกกำลังกาย เทคนิคการ ผ่อนคลายความเจ็บปวด การป้องกันการกระทบกระเทือนของข้อ โภชนาการ การรักษาแบบอื่น นอกเหนือจากการแพทย์ การใช้ยา การมาตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอ

2. การใช้ยา ประกอบด้วย การรักษาด้วยยาลดปวด ได้แก่ ยาแก้ปวดที่ไม่มีฤทธิ์ลดอักเสบ ยาต้านการอักเสบชนิด NSAIDS (Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drug) ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ฉีดเข้าข้อ (Depocorticosteroids) ยาปรับเปลี่ยนโครงสร้างของโรคข้อเข่าเสื่อม และยาลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ (Antispasmodics) ดังนี้ (สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์, 2544, หน้า 144-146; ประพันธ์ พงศ์คณิตานนท์ และวิรัตน์ เตชะอาภรณ์กุล, 2546, หน้า 63)

2.1 ยาแก้ปวดที่ไม่มีฤทธิ์ลดอักเสบ ที่ใช้กันแพร่หลาย ได้แก่ พาราเซตามอล (Paracetamol) โคดีอีน (Codeine) เดกโตรโพรพอกซิเฟน (Dextropropoxyphene) แอสไพริน (Aspirin) ในขนาดต่ำ และการใช้ยาร่วมกันระหว่างพาราเซตามอล (Paracetamol) และเดกโตรโพรพอกซิเฟน (Dextropropoxyphene) นิยมใช้ในบางประเทศ อาการปวดในโรคข้อเสื่อมมักจะตอบสนองต่อ ยาแก้ปวดที่มีฤทธิ์อ่อน ๆ ที่ไม่เสพติด และยาแก้ปวดที่มีฤทธิ์เสพติดอ่อน ๆ เช่น โพรพอกซิเฟน (Propoxyphene) มีประสิทธิภาพในการลดปวดได้ดีเมื่อใช้ร่วมกับพาราเซตามอล (Paracetamol) การใช้ยาแก้ปวดชนิดพาราเซตามอล (Paracetamol) ไม่มีผลข้างเคียงต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ แต่หากรับประทานขนาดสูงอาจมีผลข้างเคียงต่อดับได้ การรักษาจะไม่ใช้ยาแก้ปวดชนิดเสพติด เพราะจะทำให้ติดยาได้

2.2 ยาต้านการอักเสบชนิด NSAIDS (Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drug) เป็นยาที่ใช้บ่อยที่สุดในการรักษาโรคข้อเสื่อม หลักการรักษาคือ การใช้ยาในขนาดน้อยที่สุดและยังคง มีประสิทธิภาพในการลดปวด ไม่ควรใช้ยา NSAIDS มากกว่า 1 ชนิด และสามารถให้ยาเป็นระยะ ๆ โดยมีการประเมินการรักษาทุก 1 เดือน ควรหยุดใช้ยาเมื่อไม่มีประโยชน์จากการใช้ยาแล้ว ยา NSAIDS มีผลข้างเคียงที่สำคัญคือ ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ แผลในกระเพาะอาหาร (Peptic Ulcer Disease) กระเพาะอาหารอักเสบ (Gastritis) ซึ่งผลข้างเคียงจะมีมากขึ้นในผู้สูงอายุ จึงมีการให้ยาลดการสร้างกรดในกระเพาะอาหารร่วมกับ ยา NSAIDS ที่นิยมใช้ประกอบด้วยกลุ่ม Propionic Acid Derivatives และ COX-2 Specific Inhibitors คือ Celecoxib Rofecoxib ซึ่งเป็นยาที่ได้ผลและปลอดภัย ช่วยลดปวดและข้ออักเสบได้ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

2.3 ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดฉีดเข้าข้อ (Depocorticosteroids) การฉีดยาคอร์ติโคสเตียรอยด์เข้าข้อมีประโยชน์ในการรักษา ถ้ามีข้อบ่งชี้ว่าเกิดการอักเสบของข้อ โดยในทางปฏิบัติใช้ฉีดในข้อเข่าที่มีการอักเสบรุนแรง ร่วมกับการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู โดยทั่วไปไม่ควรฉีดยามากกว่า 4 ครั้งต่อปี ใน 1 ข้อ ซึ่งหลังการฉีดควรพักข้อ 1-2 วัน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบ คือ ข้ออักเสบติดเชื้อ ซึ่งพบได้น้อยมากถ้าใช้วิธีการฉีดที่ถูกต้อง นอกจากนี้ ในการทดลองพบว่า ผลในระยะยาวอาจทำให้เกิด Cartilage Catabolism ซ้ำลงได้ และมีหลักฐานว่าทำให้เป็นโรคข้อเสื่อมมากขึ้น

2.4 ยาปรับเปลี่ยนโครงสร้างของโรคข้อเข่าเสื่อม (Structure Modifying OA Drug) เป็นยาที่สามารถป้องกันและชะลอความเสื่อมของข้อเข่า ทำให้ข้อมันคง หรือทำให้โครงสร้างที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งหมดหรือบางส่วนของกระดูกและกระดูกอ่อนผิวข้อกลับมาสู่โครงสร้างปกติ ยาในกลุ่มนี้มีประโยชน์โดยมีผลในระยะยาว เช่น การฉีดไฮยาลูโรนิก แอซิด (Hyaluronic Acid) เข้าข้อ จะทำให้มีการกระตุ้นการสร้างไฮยาลูโรนิก แอซิด (Hyaluronic Acid) ในน้ำหนักโมเลกุลที่ใหญ่ขึ้นและมีการทำงานดีขึ้น มีผลต่อกระบวนการอักเสบและลดปวดเมื่อใช้ในระยะเวลาเป็นเดือน ทำให้ Chondrocyte ยังคงมีชีวิตและกระดูกอ่อนคงรูปร่าง ลดการแบ่งตัวของเขื่อนข้อ ลดการทำลายของกระดูก เพิ่มองศาในการเคลื่อนไหวโดยมีผลต่อปลายประสาทในเขื่อนข้อ ผลในระยะสั้นออกฤทธิ์ในการหล่อลื่นข้อ

2.5 ยาลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ (Antispasmodics) อาการปวดกล้ามเนื้อสามารถทำให้ดีขึ้น โดยการใช้นยาลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ หรือยาชาฉีดเข้าตำแหน่งปวด (ร่วมกับ Depocorticosteroid ก็ได้) ซึ่งยาที่ออกฤทธิ์ต่อส่วนกลางอาจมีผลช่วยในห้วง และตัดวงจรของ Neurologic Transmission

3. การใช้วิธีทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู จะช่วยลดอาการปวด ลดความฝืดแข็งของข้อ ลดอาการกล้ามเนื้อเกร็งตัว และทำให้กล้ามเนื้อรอบข้อแข็งแรงเพื่อช่วยพยุงข้อ เพิ่มสมรรถภาพของข้อเข่าทำให้เคลื่อนไหวได้ดีขึ้น ซึ่งการรักษาประกอบด้วย (Warshaw & Murphy, 1995 อ้างถึงใน ปรามิ กาญจนวรวงศ์, 2539, หน้า 14-16; Altizer, 1998, pp. 492-496; สุรศักดิ์ นิลกานูวงศ์, 2544, หน้า 142-144)

3.1 การใช้เครื่องมือทางฟิสิกส์เพื่อการบำบัดรักษา ได้แก่ ความร้อนหรือความเย็น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสบายขึ้น การใช้ความร้อนหรือความเย็นขึ้นอยู่กับความชอบของผู้ป่วย โดยทั่วไป ถ้าเกิดอาการอย่างเฉียบพลันความเย็นจะมีประโยชน์กว่ากันเล็กน้อย การใช้ความร้อน เช่น กระเป๋าน้ำร้อน ช่วยลดอาการปวดเข่า ลดข้อฝืดแข็ง ลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ และป้องกันการหดสั้นของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น โดยใช้ความร้อนในช่วง 40-50 องศาเซลเซียส นาน 3-30 นาที

ส่วนความเย็น ได้แก่ ผ้าเย็น น้ำแข็งประคบ สเปร์ย์พ่น ช่วยลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ ลดความ
ในกรณีที่บาดเจ็บ และลดอาการปวดจากการอักเสบ ส่วนการกระตุ้นด้วยไฟฟ้านั้น เป็นการชะลอ
การลีบของกล้ามเนื้อที่ไม่ได้ใช้งานจากการปวด แต่ไม่ได้ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

3.2 การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา เป็นสิ่งสำคัญและเป็นการรักษาหนึ่งที่มี
ประสิทธิภาพเมื่อผู้ป่วยอาการปวดดีขึ้นบ้าง การบริหารเป็นการป้องกันและรักษาที่ควรทำตั้งแต่
ระยะเริ่มแรกของโรค เมื่อกล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรง จะช่วยให้การดำเนินของโรคชะลอลง ทำให้ข้อ
มีความมั่นคงมากขึ้น ขนาดของยาแก้ปวดจะลดลงไปพร้อมกับการเพิ่มของการบริหารเพื่อให้
กล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรง จนกระทั่งไม่ต้องรับประทานยาแก้ปวด ควรมีการจัดตารางการออกกำลังกาย
ที่พอเหมาะกับข้อและกำลังของกล้ามเนื้อ จากนั้นค่อย ๆ เพิ่มการออกกำลังกายแบบช้า ๆ การเพิ่มที่
มากเกินไปจะทำให้อาการของโรคแย่ลง ควรสอนให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการปวดที่เกิดขึ้นเป็นการเตือน
ที่บอกว่าการออกกำลังกายนั้นมากเกินไปกว่าที่ร่างกายจะรับได้

3.3 การใช้เครื่องช่วยพยุง (Support Devices) มีส่วนช่วยลดการทำงานของข้อ และ
ช่วยให้อาการน้อยลง ภายอุปกรณ์ที่ช่วยพยุงข้อ ได้แก่ ไม้เท้า ไม้ค้ำยัน เครื่องช่วยเดิน การใช้
สนับเข่า ช่วยให้ข้อเข้ากระชับขึ้น ลดแรงกระทำต่อเข่า ทำให้มีการเคลื่อนไหวของข้อเข้าดีขึ้น

การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู ควรกระทำอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จะช่วยชะลอ
ภาวะเสื่อมของข้อเข่า ลดความรุนแรงของการเสื่อม ทำให้ผู้ป่วยสามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน
และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้พอสมควร

4. การผ่าตัด (Surgical Intervention) (สุรศักดิ์ นิลกานูนวงศ์, 2544, หน้า 142-144;
ประพันธ์ พงศ์คณิตานนท์ และวิรัตน์ เตชะอารณกุล, 2546, หน้า 62-63) ทำในรายที่มีอาการ
ปวดเข่าอย่างรุนแรง อาการปวดที่มีตลอดเวลา และมีภาพรังสีข้อเข่าแสดงอาการเสื่อมที่รุนแรง
การผ่าตัดมีดังต่อไปนี้

4.1 การใช้กล้องส่องข้อ (Arthroscopic Intervention) เพื่อตรวจพยาธิสภาพภายในข้อ
ตัดกระดูกงอก เศษกระดูกในข้อ (Loose Bodies) และล้างคราบภายในข้อ ช่วยในการลดการปวด
แต่ไม่ได้ทำให้การทำงานของข้อที่บกพร่องกลับสู่ปกติ

4.2 การตัดกระดูกเปลี่ยนแนวแรง (Osteotomy) การผ่าตัดจะใช้ในกรณีที่ผิวข้อเข่ายัง
เสียบไม่มากแต่อาจเกิดความพิการของข้อเข่า การผ่าตัดดังกล่าว ทำให้ขาตรงขึ้น เพื่อเปลี่ยนแนว
แรงของน้ำหนักให้กระจายไปทั่วผิวข้อเข่า

4.3 การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า (Total Knee Replacement) กระทำในรายที่โครงสร้าง
ภายในของข้อเข่าถูกทำลายมาก ข้อไม่มั่นคงหรือข้อแข็งผิดปกติ ก่อให้เกิดความเจ็บปวดและทรมาณ
เป็นอย่างมาก การรักษาโดยการผ่าตัดจะเปลี่ยนผิวข้อให้ใหม่ เพื่อให้ข้อนั้นเคลื่อนไหวโดยไม่

เจ็บปวด ซึ่งข้อเหวี่ยงที่เปลี่ยนให้หากมีการใช้ไปนาน ๆ ย่อมเกิดการสึกหรอ ไม่มีการซ่อมแซมตั้งข้อเข่าปกติและสูญเสียค่าใช้จ่ายสูง

สรุปได้ว่า โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่เกิดจากกระบวนการสูงอายุ ร่วมกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่ทำให้เกิดการเสื่อมสภาพของเยื่อหุ้มกระดูกอ่อน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงการดำเนินชีวิตในทุกด้าน ต้องใช้ระยะในการรักษาอย่างต่อเนื่อง การรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน ไม่สามารถทำให้อาการของโรคหายขาดได้ อีกทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ผู้สูงอายุจึงมีโอกาที่จะแสวงหาคำปรึกษาด้วยวิธีการอื่นนอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อช่วยในการบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น

ปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาคำปรึกษาบริการสุขภาพ

เมื่อเกิดความเจ็บป่วย มนุษย์จะมีธรรมชาติของการพึ่งพาตนเอง และรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเอง ไม่ว่าจะอาการเจ็บป่วยนั้นจะรุนแรงมากน้อยเพียงไร มนุษย์จะมีการพยายามรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยวิธีการต่าง ๆ เริ่มตั้งแต่ รอดูอาการ การไม่ทำอะไรเลย การรักษาตนเอง ตลอดจนการแสวงหาคำปรึกษา และเลือกแหล่งบริการสุขภาพต่าง ๆ เช่น การซื้อยาจากร้านขายยา การรักษากับหมอมแผนโบราณ การรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน (มัลลิกา มัติโก, 2530, หน้า 8) จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาคำปรึกษาบริการสุขภาพในประชากรโดยรวม ไม่ได้แนะนำเสนอในกลุ่มผู้สูงอายุโดยตรง ผู้วิจัยจึงนำเสนอในปัจจัยหลักที่มีผลต่อการแสวงหาคำปรึกษาบริการสุขภาพโดยสรุปได้ 3 ประการ คือ ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ปัจจัยด้านผู้ให้บริการสุขภาพ และปัจจัยด้านผู้รับบริการ ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการแสวงหาคำปรึกษาบริการสุขภาพ เนื่องจากสังคมไทยมีระบบการแพทย์ที่เป็นพหุลักษณะ คือมีระบบการแพทย์ที่ดำรงอยู่ และมีบทบาทในการดูแลสุขภาพความเจ็บป่วยมากกว่า 1 ระบบ โดยมีระบบวิธีคิด ทฤษฎี และวัฒนธรรมทางการแพทย์ที่แตกต่างกัน (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ, 2538, หน้า 15) ทำให้ประชาชนมีทางเลือกในการรับบริการเมื่อเจ็บป่วยตามความต้องการ หรือความเชื่อของตน ดังต่อไปนี้

1.1 ระบบบริการแผนปัจจุบัน เป็นระบบบริการทางการแพทย์ในรูปแบบวิชาชีพ ประกอบด้วย ระบบบริการสุขภาพของภาครัฐ และระบบบริการสุขภาพของภาคเอกชน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1.1 ระบบบริการสุขภาพของภาครัฐ เป็นการจัดบริการสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพอนามัย เป็นภาระหน้าที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งประกอบด้วย หน่วยงานและสถานบริการสาธารณสุข ที่ทำหน้าที่ให้บริการทั้งทาง

ด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ สำหรับการการจัดบริการ ให้ครอบคลุมและทั่วถึงประชาชนทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท ในเขตเมืองประกอบด้วย บริการของโรงพยาบาลทั้งในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย และทบวงมหาวิทยาลัย ในเขตชนบทก็จัดให้มีบริการทั้งในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด โดยสถานบริการระดับจังหวัด ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป ระดับอำเภอ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน และระดับตำบล ได้แก่ สถานีอนามัย (วรรณวิไล จันทราภา, กัญญา กาญจนบุรานนท์ และปรีชา ตีสวัสดิ์, 2538, หน้า 88)

1.1.2 ระบบบริการสุขภาพของภาคเอกชน เป็นการจักระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งดำเนินการด้วยภาคเอกชน ประกอบด้วยสถานบริการสุขภาพที่ทำหน้าที่ให้บริการสาธารณสุข ทั้งด้านบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งมีหลายประเภท เช่น ร้านขายยา คลินิก โพลีคลินิก โรงพยาบาลเอกชน

1.2 ระบบบริการสุขภาพแบบพื้นบ้าน เป็นการรักษาดั้งเดิมที่ยึดถือกันมาตั้งแต่โบราณ มีการคิดค้น พัฒนา และสั่งสมถ่ายทอดกันมาจากบรรพบุรุษ มีความหลากหลายในแต่ละวัฒนธรรม ซึ่งเกณฑ์ในการแบ่งตามพื้นฐานทางภูมิศาสตร์และวัฒนธรรม สามารถจำแนกได้เป็นการแพทย์แผนไทย เป็นการรักษาแบบดั้งเดิมรวบรวมองค์ความรู้ ในการรักษา ป้องกัน และบำบัดความไม่สมดุลของร่างกายและจิตใจโดยใช้ทฤษฎีการแพทย์ที่เป็นแบบแผน และการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งมีการสั่งสมและถ่ายทอดกันในชุมชนเฉพาะท้องถิ่นนั้น ๆ ไม่มีการถ่ายทอดองค์ความรู้เป็นลายลักษณ์อักษร (กฤษณา นาดี, 2541, หน้า 18)

ระบบสุขภาพของสังคมไทยที่มีความหลากหลาย ทำให้ประชาชนเมื่อเกิดการเจ็บป่วย มีโอกาสเลือกรับบริการสุขภาพได้ตามความต้องการ หรือตามความเชื่อทางสังคมและวัฒนธรรม

1.3 ความสามารถในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญดังที่ เพนชานสกี และ โทมัส (Penchansky & Thomas, 1981 อ้างถึงใน ปฏิญญา พรรณราย, 2540, หน้า 15-16) ได้กล่าวไว้ว่า ความสามารถในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ เป็นการแสดงถึงระดับความเหมาะสมระหว่างผู้รับบริการและระบบบริการสุขภาพ โดยมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ (Availability) ความสามารถที่จะไปใช้บริการได้อย่างสะดวก (Accesssibility) ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accomodation) ความสามารถในการใช้จ่ายสำหรับบริการหรือการมีระบบประกันสุขภาพ (Afforddability) และการยอมรับคุณภาพของการบริการ (Acceptability) นอกจากนี้ ยัง (Young, 1981 อ้างถึงใน เบญจวรรณ กำรวิรัช, 2538, หน้า 30) ได้ระบุว่า การเข้าถึงแหล่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเลือกแหล่งบริการสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย ค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการ ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการ ความยากง่าย

ในการเข้าถึงแหล่งบริการ โดยบุคคลจะมีแนวโน้มที่จะเลือกใช้แหล่งบริการที่อยู่ใกล้ เดินทางสะดวก และมีค่าใช้จ่ายในการบริการเพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ (2540) นริสา ศรีลาชัย (2540) สุภรัตน์ ไพศาลตันติวงศ์ (2540) และกฤษฎา นาคี (2541) ที่พบว่า บุคคลจะเลือกใช้แหล่งบริการที่อยู่ใกล้ เดินทางสะดวก และมีค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการเพียงพอนอกจากนี้ยังรวมถึงเวลาที่ใช้ในการเดินทาง เวลารอคอยการตรวจรักษา และช่วงเวลาที่มารับบริการสุขภาพด้วย

2. ปัจจัยด้านผู้ให้บริการสุขภาพ ในระบบบริการสุขภาพแต่ละแห่ง จะมีผู้ให้บริการที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งผู้ให้บริการมีส่วนสำคัญในการดึงดูดให้มีผู้มารับบริการในแห่งนั้น หรือเปลี่ยนแหล่งบริการใหม่ จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า อรรถาศัย ความเอาใจใส่ ความเป็นกันเอง ทำทีของผู้ให้บริการ การให้ความรู้และคำแนะนำในด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการอย่างเพียงพอ ความคุ้นเคยในการเข้ารับบริการจากแห่งนั้น มีผลต่อการตัดสินใจเลือกการบริการในแห่งนั้น ๆ อีก (บุญymas บุญใจเพียร, 2540, หน้า ก; แสงทอง แหงมงาม, 2533, หน้า 95; ชูศรี ผลเพิ่ม, 2536, หน้า 41; ประภาศรี ณรงค์เดชประทีป, 2536, หน้า 88; กฤษฎา นาคี, 2541, หน้า 65-66)

3. ปัจจัยด้านผู้รับบริการ ผู้รับบริการถือเป็นปัจจัยสำคัญในการแสวงหาการบริการสุขภาพ เนื่องจากเป็นบุคคลแรกที่รับรู้ถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น จากโรคทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการสุขภาพ มีดังต่อไปนี้

3.1 ปัจจัยด้านประชากรและสังคม

3.1.1 เพศ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วย เพศหญิงไปใช้บริการสุขภาพในสถานบริการต่าง ๆ มากกว่าเพศชาย (วาทีณี บุญชะลิกย์, 2530, หน้า 187) นอกจากนี้ เพศหญิงยังเป็นเพศที่ไปพบแพทย์ และบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์มากกว่าเพศชาย ในขณะที่ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับเดียวกัน (พัชรา เบญจรัตน์ภรณ์, 2533, หน้า 43)

3.1.2 สถานภาพสมรส สามารถทำให้รูปแบบพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของคนแตกต่างกัน ผู้ที่มีคู่สมรสมักได้รับการช่วยเหลือ เป็นที่ปรึกษาในการเข้ารับบริการสุขภาพ งานวิจัยส่วนใหญ่พบว่า สถานภาพสมรสต่างกัน มีวิธีการแสวงหาการบริการสุขภาพต่างกัน เช่น การศึกษาของ วาทีณี บุญชะลิกย์ (2530, หน้า 189) พบว่า ผู้ที่เป็นหม้ายจะเลือกใช้วิธีการรักษาตนเองหรือซื้อยารับประทานเอง และเลือกใช้แหล่งบริการรักษาแผนโบราณมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโสด สมรส หย่าและแยกกันอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรา เบญจรัตน์ภรณ์ (2533, หน้า 44) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรส หรือกลุ่มที่อยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกมาก จะไปรับบริการทางการแพทย์มากกว่ากลุ่มที่เป็นโสด สมรส หย่าและแยกกันอยู่ หรือกลุ่มครัวเรือนที่มีสมาชิกน้อย

3.1.3 การศึกษา การศึกษาเป็นดัชนีหนึ่งของฐานะทางสังคม ผู้ที่มีการศึกษาสูงมีโอกาที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารมาก และใช้วิจารณญาณในการเลือกแหล่งที่ให้ประโยชน์แก่ตนเองได้สูงสุด มีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการศึกษาสูง คือระดับมัธยมศึกษาและระดับปริญญาตรี จะเลือกใช้แหล่งบริการรักษาที่มีแพทย์สูงมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือไม่มีการศึกษา (วาทีณี บุญชะลิกย์, 2530, หน้า 189) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิตา สันธินาค (2536, หน้า 60) และพัชรา เบญจรัตน์ (2533, หน้า 44)

3.1.4 อาชีพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ พบว่า ผู้ป่วยที่มีหัวหน้าครอบครัวซึ่งมีอาชีพรับจ้าง เลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพแบบแผนโบราณมากกว่าอาชีพค้าขายและอาชีพรับราชการ (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2528, หน้า 56) นอกจากนี้ ผู้หญิงเจ็บป่วยที่มีอาชีพต่างกันมีการไปใช้บริการของเอกชนแตกต่างกัน (ชนิตา สันธินาค, 2536, หน้า 64) กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาชีพเป็นผู้ปฏิบัติด้านวิชาชีพ เช่น ข้าราชการ ธุรกิจ ค้าขาย และกลุ่มที่ไม่ได้ทำงานหรือแม่บ้าน จะเลือกรับบริการจากแหล่งที่มีแพทย์มากที่สุด ส่วนกลุ่มที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีการรับบริการที่มีแพทย์น้อยที่สุด (วาทีณี บุญชะลิกย์, 2530, หน้า 190; พัทธรา เบญจรัตน์, 2533, หน้า 45) นอกจากนี้ กลุ่มที่มีอาชีพแรงงานรับจ้าง จะมาใช้บริการที่คลินิกน้อยกว่ากลุ่มอาชีพอื่นเกือบเท่าตัว (กุศล สุนทรธาดา และวรชัย ทองไทย, 2539 อ้างถึงใน นริสา ศรีลาชัย, 2540, หน้า 21)

3.1.5 ศาสนา เป็นความเชื่ออย่างหนึ่งที่มีผลต่อการเลือกเข้ารับบริการที่แตกต่างกัน จากการศึกษาของมานพ คณะโต พบว่า (2522 อ้างถึงใน วาทีณี บุญชะลิกย์, 2530, หน้า 36) คนไทยที่นับถือศาสนาพุทธส่วนใหญ่ไปรับการรักษาในสถานบริการของรัฐ แต่คนไทยที่นับถือศาสนาอิสลามส่วนใหญ่ยังคงนิยมซื้อยามารับประทานเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ วาทีณี บุญชะลิกย์ (2530, หน้า 191) ที่พบว่า ผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ มักมีการเลือกใช้บริการจากแหล่งที่มีแพทย์มากกว่าผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม

3.2 ปัจจัยด้านความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติ

ความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติเกี่ยวกับการรักษา ผลของวิธีการรักษา กับสุขภาพอนามัย จะมีความแตกต่างกันในแต่ละสังคมวัฒนธรรม ถิ่นที่อยู่ ซึ่งมีความสำคัญต่อการแสวงหาบริการสุขภาพ กล่าวคือ หากบุคคลมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติ ไสยศาสตร์ เช่น ปีศาจ นางไม้ จะแก้ไขโดยการบนบานศาลกล่าว แสวงหาหมอผี หมอพระ หมอทรง เพื่อแก้ไขปัญหา หากเชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากธรรมชาติ จะเสาะแสวงหาการรักษาแบบแพทย์แผนไทย โดยพึ่งพาสมุนไพรกลางบ้าน หรือเชื่อว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงในเชิงวิทยาศาสตร์ สามารถมองเห็นได้จากการตรวจทางการแพทย์ เช่น การตรวจเลือด การฉายรังสี

มักพบว่าจะเลือกการรักษาแบบแผนปัจจุบัน เพื่อจัดการความเจ็บป่วยออกไป (เพชรน้อย สิ่งข้างชัย, 2528, หน้า 60-61; บุญทิพย์ สิริธรังสี, 2538 อ้างถึงใน นริสา ศรีลาชัย, 2540, หน้า 22)

3.3 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รายได้ของผู้สูงอายุ การประกันสุขภาพ ด้านทุนเวลา เช่น เวลาการรอคอยและเวลาเดินทาง มีผลต่อการแสวงหาการบริการสุขภาพ คือเลือกหรือไม่เลือกในแหล่งบริการนั้น ดังการศึกษาของ ชื่นชม เจริญยุทธ (2522, หน้า 59) ศึกษาถึงปัจจัยการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนในชนบท พบว่า ทัศนคติความเจ็บป่วยเรื้อรัง กลุ่มที่มีรายได้ต่ำนิยมใช้การรักษาแบบแผนโบราณมากที่สุด รองลงมาคือ รักษาตนเอง และใช้บริการของรัฐ แต่ในกลุ่มที่มีรายได้ปานกลางและสูง มีรูปแบบที่คล้ายคลึงกันคือนิยมใช้บริการของรัฐ รองลงมาคือรักษาตนเอง และใช้บริการเอกชน สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพวัลย์ ปริดาสวัสดิ์ เพ็ญจันทร์ ประดับมุก และอริญา ปุณณัน (2530, หน้า 175-176) ที่พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม มีส่วนในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ โดยกลุ่มคนฐานะยากจนมีพฤติกรรมการรักษาตนเองเพียงอย่างเดียวมากที่สุด แตกต่างจากกลุ่มคนฐานะดีซึ่งมีพฤติกรรมการเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุขอื่นได้มากกว่า และการศึกษาของ เทพินทร์ พิชรานุรักษ์ (2533, หน้า 78-79) พบว่าประชาชนที่มีรายได้ต่ำนิยมซื้อยารับประทานเองมากที่สุด ได้แก่ ยาชุด ยาต้ม ยาหม้อ จากร้านขายยาใกล้บ้าน การรักษาแบบโบราณโดยหมอทรง เพื่อจัดการความเจ็บป่วยเล็กน้อย ๆ

3.4 ปัจจัยด้านความพึงพอใจ

ความพึงพอใจมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพของการให้บริการ รวมถึงความคุ้นเคยกับผู้ให้บริการ ระยะเวลาในการเข้ารับบริการสุขภาพ ซึ่งเห็นได้ชัดเจนในโรงพยาบาลของรัฐที่ต้องรอคอยในการตรวจเป็นเวลานาน เนื่องจากผู้รับบริการในแต่ละวันมีมาก การทำงานของเจ้าหน้าที่ขาดประสิทธิภาพ และขาดความกระตือรือร้นในการทำงาน (กุศล สุนทรธาดา และวรชัย ทองไทย, 2539 อ้างถึงใน นริสา ศรีลาชัย, 2540, หน้า 22) มีช่องว่างในการสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการเห็นห่างไป (ไพโรจน์ นิงสานนท์, 2538, หน้า 123) ดังจะเห็นว่ามีความแตกต่างจากภาคเอกชน ซึ่งเน้นคุณภาพของการบริการ ยิ่งระดับความพึงพอใจในคุณภาพของการบริการที่ได้รับจากสถานพยาบาลสูงขึ้น ก็ยังมีแนวโน้มที่จะเป็นผู้ใช้บริการจากภาคเอกชนมากขึ้น (ชูศรี ผลเพิ่ม, 2536, หน้า 71)

3.5 ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพ

ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนของการบริการสุขภาพและข้อมูลข่าวสารของการบริการสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นที่ประกอบในการตัดสินใจของบุคคล ดังการศึกษาของ กฤษณา นาดี (2541,

หน้า 66) พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ เช่น หนังสือพิมพ์ รายการวิทยุ จัดทำเอกสารเผยแพร่ มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพ รวมทั้งสามารถรักษาตนเองได้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แสงทอง แหงมงาม (2533, หน้า 93) ที่พบว่า ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการบริการสาธารณสุขมาก มีการใช้บริการสาธารณสุขด้านการรักษาพยาบาลที่สถานีนอามัยมากกว่าผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการบริการสาธารณสุขน้อย

สรุปได้ว่าปัจจัยทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านระบบบริการสุขภาพ ด้านผู้ให้บริการสุขภาพ และด้านบุคคลหรือผู้รับบริการ มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันอย่างไม่สามารถแยกออกจากกันได้

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการแสวงหาการบริการสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีนักวิชาการหลายท่านได้เสนอแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการแสวงหาการบริการสุขภาพไว้ ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอทฤษฎีการแสวงหาการบริการสุขภาพของ ไอกัน (Igun) เนื่องจากเป็นการรวบรวมแนวคิดของแบบจำลองอื่นมาอธิบายได้รายละเอียดที่มากขึ้น และแนวคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับระบบบริการสาธารณสุขของไคลน์แมน (Klienman) ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่าง การรักษา จิตใจ และระบบวัฒนธรรม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ไอกัน (Igun, 1979 อ้างถึงใน พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530, หน้า 71-77; เมญจวรรณ กำรวัชระ, 2538, หน้า 18-21) นักสังคมศาสตร์การแพทย์ชาวไนจีเรีย เสนอแบบจำลองเชิงการอธิบาย (Descriptive Model) เกี่ยวกับการแสวงหาการบริการสุขภาพของบุคคลไว้ว่าเป็นพฤติกรรมตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของบุคคลนั้นจะประกอบด้วย 11 ขั้นตอน ซึ่งแต่ละขั้นตอนอาจเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน แยกจากกันไม่ได้ในเวลาเดียวกัน อีกทั้งระยะเวลาในแต่ละขั้นตอนอาจไม่เท่ากัน ซึ่ง 11 ขั้นตอนประกอบด้วย

1. ขั้นตอนการตระหนักในอาการ หรือประสบกับอาการผิดปกติ (Symptom Experience) การประสบอาการทางกายที่ผิดปกติ มีการเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องค่อยเป็นค่อยไป จนกลายเป็นการเจ็บป่วย แล้วมีการให้ความหมายของอาการบนพื้นฐานของประสบการณ์และกระบวนการชี้แนะของตนเองว่าเป็นโรคอะไร และมีการตอบสนองทางอารมณ์ เช่น กังวล กลัว
2. ขั้นตอนการรักษาตนเอง (Self Treatment Stage) การเข้าสู่ขั้นตอนนี้เกิดจากการทราบหรือไม่ทราบว่าตนเองเป็นอะไร ถ้าไม่ทราบจะข้ามขั้นไปปรึกษากับบุคคลสำคัญ (Communication to Significant Others) เมื่อทราบว่าตนเองเป็นโรคอะไรแล้ว บุคคลจะยอมรับการรักษาตนเองหรือการรักษาด้วยวิธีอื่น หรือหากรับรู้ว่ามีอาการไม่รุนแรงและรักษาตนเองได้ ผู้ป่วยจะรักษาตนเองทั้งแบบพื้นบ้านและแบบสมัยใหม่ สำหรับผู้ที่ไม่เข้าสู่ขั้นตอนการรักษาตนเอง จะข้ามไปสู่ขั้นตอนการสอบถามอาการกับบุคคลสำคัญ

3. ขั้นตอนการสอบถามอาการผิดปกติจากบุคคลสำคัญ (Communication of Significant of Others Stage) ได้แก่ บุคคลในครอบครัว ญาติ และเพื่อนสนิท ทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ
4. ขั้นตอนการประเมินอาการของโรค (Assessment of Symptoms Stage) ผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดจะประเมินอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น
5. ขั้นตอนการเข้าสู่บทบาทผู้ป่วย (Assessment of the Sick Role Stage) เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วย บุคคลรอบข้าง และสังคม ยอมรับในบทบาทของผู้ป่วย
6. ขั้นตอนการแสดงความห่วงใยจากญาติ หรือเพื่อนสนิท (Expression of Concern by Kin and Close Friends) โดยการมาเยี่ยมแสดงความเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ รวมถึงการให้คำแนะนำต่าง ๆ
7. ขั้นตอนการประเมินประสิทธิภาพ หรือความเหมาะสมของแหล่งรักษา (Assessment of the Probable Efficacy or Appropriateness of Source of Treatment) เป็นการประเมินวิธีการรักษาที่มีอยู่ว่าจะทำการเลือกรักษาแหล่งใด จึงจะให้คุณภาพที่ดีที่สุด
8. ขั้นตอนการเลือกแหล่งรักษา (Selection of Treatment Plan Stage) โดยผู้ป่วย ญาติ และเพื่อนสนิท
9. ขั้นตอนการรักษา (Treatment Stage) ผู้ป่วยจะรับการรักษาจากแหล่งต่าง ๆ ทั้งโรงพยาบาล การแพทย์แผนปัจจุบัน และแบบแผนโบราณ ขณะทำการรักษาจะมีการประเมินผลการรักษานั้น ๆ ด้วย
10. ขั้นตอนการประเมินผลการรักษา (Assessment of Effects of Treatment of Symptoms Stage) จากผู้ป่วย ญาติ เพื่อนสนิท และผู้ให้การรักษา โดยประเมินความก้าวหน้าของการรักษา หากการเจ็บป่วยยังคงเดิมหรือรุนแรงขึ้น อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงแหล่งรักษาใหม่
11. ขั้นตอนการกลับคืนสู่สภาพปกติ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Recovery and Rehabilitation Stage)

สรุปแนวคิดของไอกันได้ว่า ขั้นตอนพฤติกรรมแสวงหาการรักษา จะเริ่มต้นด้วยการวินิจฉัยอาการด้วยตัวผู้ป่วยเองหรือจากบุคคลสำคัญ การเลือกการรักษาต้องมีการพิจารณาถึงแหล่งวิธีการรักษาที่จะทำให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วย ถ้าวิธีการที่เลือกไม่ประสบผลสำเร็จจะมีการประเมินวิธีการรักษา อาการ และเปลี่ยนแหล่งรักษาใหม่ จากแนวคิดของไอกัน ได้อธิบายถึงพฤติกรรมดูแลตนเอง และการมีบทบาทของบุคคลที่ใกล้ชิดของผู้ป่วยไว้อย่างชัดเจน

ไคลน์แมน (Kleinman, 1980, pp. 49-60) ได้เสนอแนวความคิดของการแสวงหาการบริการสุขภาพว่า ความเจ็บป่วยเกิดขึ้นได้ในทุกสังคม การตอบสนองของชุมชนต่อการเจ็บป่วย

จึงออกมาในรูปของการจัดระเบียบทางสังคม ทำให้เกิดเป็นระบบวัฒนธรรมย่อย ๆ หรือวัฒนธรรมพิเศษที่เรียกว่า ระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งประกอบไปด้วยระบบย่อย 3 ระบบ ได้แก่

1. การดูแลสุขภาพของประชาชน (Popular Sector) เป็นการดูแลสุขภาพซึ่งเกี่ยวกับความเชื่อของบุคคล ครอบครัว เครือข่ายทางสังคม และชุมชน ในการตีความอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นไปตามระบบความเชื่อที่ได้รับการถ่ายทอดโดยผ่านการอบรมทางสังคม จะมีผลต่อการตัดสินใจรักษาว่าจะเริ่มเมื่อใด เมื่อตัดสินใจได้แล้วว่าจะรักษา ก็ตัดสินใจต่อว่าจะรักษาด้วยใคร ใช้การรักษาแบบแผนใด การปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ให้รักษาขึ้นอยู่กับความรู้ความเชื่อของผู้ป่วย ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อผู้ป่วยว่าจะรักษาด้วยวิธีการนั้นนานเท่าไร และมีการประเมินผลการรักษา ตามความรู้ความเชื่ออีกเช่นกัน ระบบการดูแลสุขภาพของประชาชนจึงเป็นระบบที่เกิดขึ้นมากที่สุดในสังคม อาจมีการผสมกลมกลืนกับระบบบริการสุขภาพแบบอื่น ๆ กรอบความคิดเกี่ยวกับสุขภาพสามารถเปลี่ยนแปลงไปตามการรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ ได้เสมอ

2. การดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน (Folk Sector) ได้แก่ การปฏิบัติทางการแพทย์ที่ไม่ใช่รูปแบบของวิชาชีพ ไม่มีการจัดองค์กรเป็นทางการ แบ่งได้ 2 ประเภท ได้แก่

2.1 ประเภทใช้อำนาจนอกเหนือธรรมชาติ ไสยศาสตร์ เช่น การทรงเจ้า การเป่าน้ำมันต์ คาถา

2.2 ประเภทไม่ใช้อำนาจนอกเหนือธรรมชาติ เช่น การใช้สมุนไพรรักษา โดยทั่วไปการแพทย์แบบพื้นบ้านมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการแพทย์แบบอื่น ๆ โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพแบบประชาชน

3. การดูแลสุขภาพแบบวิชาชีพ (Professional Sector) เป็นการปฏิบัติการแพทย์ในรูปของวิชาชีพ มีการจัดองค์กรที่เป็นทางการ ใช้วิทยาการทางการแพทย์ขั้นสูง และมีการจัดองค์กรเป็นทางการ เช่น ระบบการแพทย์ของจีน และระบบการแพทย์แบบตะวันตก

ในสังคมหนึ่งจะมีระบบการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ส่วน ดำรงอยู่แต่จะมีส่วนจะมีวิธีคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมการเจ็บป่วยแตกต่างกัน มีทั้งส่วนที่แตกต่างกันและส่วนที่ผสมผสานกัน พฤติกรรมการปฏิบัติการเมื่อเจ็บป่วยของบุคคลจึงมีความหลากหลาย (เบญจวรรณ กำธรวัชร, 2538, หน้า 47)

จากแนวคิดของไคลน์แมน (Kleinman) สรุปได้ว่า พฤติกรรมการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยและการใช้บริการสาธารณสุขของคนในสังคมหนึ่ง ๆ เป็นบทบาทของผู้ป่วย และสมาชิกในเครือข่ายทางสังคมที่ร่วมรับรู้ในการเจ็บป่วย และร่วมกันแสวงหาวิธีการปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยตามความหมายทางวัฒนธรรมที่ยึดถือ ตลอดจนการใช้ความรู้ที่สะสมมาเลือกวิธีการรักษา ซึ่งระบบการดูแลสุขภาพแบบประชาชนจะถูกเลือกใช้มากที่สุด และมีความสัมพันธ์กับระบบการดูแลสุขภาพแบบอื่น ๆ อย่างแยกจากกันไม่ได้

จากแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการแสวงหาการบริการสุขภาพของนักวิชาการทั้งสองท่านสรุปได้ว่า กระบวนการแสวงหาการบริการสุขภาพเริ่มจาก เมื่อเกิดอาการหรือความผิดปกติเกิดขึ้น บุคคลจะรับรู้และให้ความหมายต่ออาการหรือความผิดปกตินั้น ตามประสบการณ์และคำแนะนำจากเครือข่ายทางสังคม ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นแสดงถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคใด มีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติตัวหรือไม่ อย่างไร จะจัดการกับอาการและความผิดปกติของอาการดังกล่าวอย่างไร อาจรอดูอาการหรือให้การดูแลเบื้องต้น หากอาการรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคม จะร่วมกันประเมินทรัพยากรที่มีอยู่ และแสวงหาวิธีการรักษาหรือแหล่งรักษาที่คาดว่าจะมีประสิทธิภาพสูงสุด ตามความเชื่อและวัฒนธรรมของชนกลุ่มนั้น ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ เมื่อเข้าสู่ขั้นตอนการรักษา ผู้ป่วยและครอบครัวจะร่วมกันประเมินผลการรักษาที่ได้รับว่า วิธีการรักษาจากแหล่งบริการนั้นสามารถบรรเทาอาการให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคที่รับรู้หรือไม่ หากประเมินแล้วว่าไม่สามารถเอื้อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย คือ อาการและความผิดปกติยังคงอยู่ ทรัพยากรที่มีหรือครอบครัว ไม่สามารถให้การสนับสนุนในวิธีการรักษาดังกล่าวต่อไปได้ บุคคลจะเปลี่ยนแหล่งรักษาจนกว่าจะประเมินผลวิธีการรักษาว่าให้ประโยชน์สูงสุด จึงทำการรักษาแหล่งนั้นต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการแสวงหาการบริการสุขภาพ ในกลุ่มผู้หญิงโรคต่าง ๆ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ (เพชรรัตน์ เอี่ยมละออ, 2540) โรคลิ้นหัวใจพิการ (จันทิมา ฤกษ์เดือนฤทธิ, 2540) โรคความดันโลหิตสูง (ปริญญา พรหมราช, 2540) โรคเบาหวาน (นริสา ศรีลาชัย, 2540; ศุภรัตน์ ไพศาลตันติวงศ์, 2540) และโรคมะเร็งปากมดลูก (วไลพรรณ ชลสุข, 2540) เป็นการศึกษาในเชิงบรรยาย ซึ่งผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการแสวงหาการบริการสุขภาพของนักวิชาการหลายท่านมาสรุปรวมเป็นขั้นตอน ใช้เป็นแนวในการสร้างคำถาม ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 23-60 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ และได้ข้อสรุปว่าการแสวงหาการบริการสุขภาพประกอบด้วย ขั้นที่ 1 คือ การรับรู้ การให้ความหมาย และจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น โดยรอสังเกตอาการ รักษาตนเอง ขอคำปรึกษาจากบุคคลอื่น ขั้นที่ 2 คือ การเลือกแหล่งบริการสุขภาพและการเข้ารับการบริการสุขภาพ ซึ่งมีทั้งแหล่งบริการของรัฐและเอกชนรวมทั้งแหล่งรักษาที่บ้าน เหตุผลสำคัญคือ เดินทางสะดวก ใกล้บ้านและมีบุคคลแนะนำ และขั้นที่ 3 คือ จะมีการประเมินผลและการเปลี่ยนแปลงแหล่งบริการสุขภาพ เนื่องจากรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการว่าคงเดิม ดีขึ้น หรือรุนแรงมากขึ้น และคำรักษาพยาบาลที่สูง

กฤษณา นาดี (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมกรรมการแสวงหาการบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มารับการบริการจากโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นครั้งแรก โดยเป็นการศึกษาเชิงสำรวจ ได้ใช้แนวคิดทางทฤษฎีของโคลน์แมนเป็นกรอบในการศึกษาพบว่า การอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของบุคคลนั้น กลุ่มตัวอย่าง

อธิบายความเจ็บป่วยโดยค้นหาสาเหตุและตัดสินใจความรุนแรงจากความทุกข์ที่เกิดขึ้น และจัดการกับความเจ็บป่วยตามสาเหตุที่ให้ไว้ ทุกรายใช้ระบบการแพทย์แบบสามัญชนก่อน เช่น การปรึกษานุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านก่อน แล้วจึงแสวงหาการบริการสุขภาพจากแหล่งอื่น ได้แก่ ระบบการแพทย์แบบวิชาชีพ ระบบการแพทย์แบบพื้นบ้าน อาจมีการใช้ 2-3 ระบบพร้อม ๆ กัน หรือมีการเปลี่ยนแปลงไปมา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ และปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสวงหาการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมแสวงหาการบริการของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมนั้น เป็นการศึกษาในเชิงปริมาณ พบว่ามีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาที่นอกเหนือจากการมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ได้แก่ การปล่อยให้หายเอง การซื้อยารับประทาน การรักษาแบบแผนโบราณ โดยการแสวงหาการรักษาจะไม่เฉพาะเจาะจงวิธีใดวิธีหนึ่ง แต่ไม่ได้อธิบายถึงเหตุผลในการเลือกวิธีการรักษานั้น ๆ (บุษบา อุไพจิตร, 2537, หน้า 64; สิริินทร์ ศาสตราวุธรักษ์, 2538, หน้า 44; จารุณี นันทวโนทยาน, 2539, หน้า 61; อรพิน สว่างวัฒนเศรษฐ์, 2540, หน้า 40) งานวิจัยที่ใกล้เคียงกับการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ การศึกษาของ คี (Kee, 1998, pp. 19-26) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์ เพื่อค้นหาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม มีผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ 8 ราย ซึ่งผลการวิจัยพบ 4 หมวดหมู่หลักเกิดขึ้น คือ หมวดหมู่แรก ได้แก่ การปฏิเสธความหวัง โดยผู้ป่วยพยายามทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามปกติแม้เกิดความเจ็บป่วย หมวดหมู่ที่สอง ได้แก่ การปฏิบัติตัวต่อวิธีการรักษา โดยทราบข้อมูลจากแพทย์มากที่สุด รองลงมาคือทราบจากสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนที่เป็นข้อเข่าเสื่อม ซึ่งประสิทธิภาพของการรักษาจะถูกใช้เป็นหลักในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย หมวดหมู่ที่สาม ได้แก่ การควบคุมโรคด้วยตนเอง แม้จะมีการรักษาด้วยแพทย์ แต่ผู้สูงอายุจะเลือกใช้วิธีการรักษาตามที่แพทย์แนะนำหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้สูงอายุเอง และหมวดหมู่สุดท้าย ได้แก่ ความต้องการความเอื้ออาทรจากครอบครัวและเพื่อน

ทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน (Grounded Theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ว่าด้วยกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพที่ค้นพบและพัฒนาครั้งแรกโดย กลอสเซอร์ และสตราสส์ (Glaser & Strauss) (Hutchinson, 1993, p. 188) เป็นทฤษฎีที่สร้างขึ้นมาอย่างเป็นระบบจากข้อมูลรูปธรรมหรือความเป็นจริงโดยตรงของการวิจัย และได้มาในกระบวนการวิจัย (สุภาพค์ จันทวานิช, 2542,

หน้า 19-20) ประกอบด้วย วิธีการที่ใช้ในการค้นหา พัฒนา และตรวจสอบปรากฏการณ์จริงที่ศึกษา โดยนำไปสู่การสร้างทฤษฎีเชิงเนื้อหา (Substantive Theory) โดยมีข้อตกลงว่า มโนทัศน์ (Concept) ทุกมโนทัศน์ในปรากฏการณ์ (Phenomenon) ที่ศึกษาจะไม่ถูกกำหนดล่วงหน้า คำถามที่ใช้ในการวิจัย เป็นเพียงแนวคำถามตามประเด็นที่ต้องการศึกษา ซึ่งจะมีความยืดหยุ่นอิสระและเปิดกว้างสำหรับ ปรากฏการณ์ในระดับลึก การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลได้มาซึ่งหมวดหมู่ (Category) ที่ เหมาะสม (Fit) จากข้อมูลจริง (Glaser, 1978, p. 4) และการบันทึกข้อมูลจะมีการทำอย่างเป็นระบบ โดยมีความสัมพันธ์กันในลักษณะการสะสมเชิงทฤษฎี ทฤษฎีที่ค้นพบเป็นเพียงผลลัพธ์ชั่วคราวที่ เกิดขึ้น ด้วยความเชื่อที่ว่าทฤษฎีเป็นกระบวนการ และสามารถพัฒนาได้อย่างต่อเนื่องตลอดเวลาตาม ปฏิสัมพันธ์ของบริบททางสังคม (Strauss & Corbin, 1990, pp. 23-32) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ มีคำศัพท์ ที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

รหัส (Coding) หมายถึง หน่วยที่เล็กที่สุดที่ใช้เชื่อมข้อมูลดิบให้กับมโนทัศน์ (Concept) ซึ่งเป็นผลมาจากการวิเคราะห์ข้อมูล (Strauss, 1990, p. 21; Coffey & Atkinson, 1996, p. 27)

มโนทัศน์ (Concept) หมายถึง ความคิดรวบยอดที่ใช้แทนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Conceptual Label) มโนทัศน์จะเป็นการเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นรูปธรรมให้มีความเป็นนามธรรมในเชิงภาษาด้วยการให้นิยามหรือตั้งชื่อ เพื่อความสะดวกในการสื่อสารให้ตรงกัน (Strauss & Corbin, 1990, pp. 61-63)

หมวดหมู่ (Category) หมายถึง กลุ่มของมโนทัศน์ที่เกิดจากการเปรียบเทียบระหว่าง มโนทัศน์หนึ่งกับอีกมโนทัศน์หนึ่งซึ่งอยู่ในปรากฏการณ์ โดยมโนทัศน์ที่คล้ายคลึงกันจะถูกจับมา รวมเข้าด้วยกันเป็นกลุ่มโดยให้ชื่อที่มีความเป็นนามธรรมสูงขึ้น (Strauss & Corbin, 1990, p. 65)

หมวดหมู่หลัก (Core Category) หมายถึง หมวดหมู่ที่เป็นแก่นของปรากฏการณ์ที่ศึกษา ซึ่งจะถูกล้อมรอบด้วยหมวดหมู่อื่น ๆ ทั้งหมดที่มีความสัมพันธ์กัน (Strauss, 1990, p. 21; Glaser, 1978, p. 94)

ความไวเชิงทฤษฎี (Theoretical Sensitivity) หมายถึง ความไวของความคิดในการมองเห็นสิ่งที่มีอยู่ในข้อมูลเท่ากับสิ่งที่ข้อมูลมีอยู่จริง และสามารถให้ความหมายแก่ข้อมูลธรรมดาให้เป็นความคิดแบบรวบยอดเชิงนามธรรมที่มีคุณค่าได้อย่างรวดเร็ว น่าเชื่อถือ (Strauss, 1990, p. 21; Strauss & Corbin, 1990, pp. 41-42)

การเลือกตัวอย่างเชิงทฤษฎี (Theoretical Sampling) หมายถึง กระบวนการเก็บสะสม ข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อนำไปสู่การสร้างทฤษฎี โดยที่ผู้วิจัยต้องเก็บข้อมูล ให้รหัสข้อมูล และ วิเคราะห์ข้อมูล เข้าด้วยกันแบบกลับไปกลับมาอย่างมีความยืดหยุ่น เพื่อจะตัดสินใจว่า ยังต้องการ ข้อมูลใดอีก จะต้องเก็บข้อมูลจากใครและที่ใด ในลักษณะของการมุ่งเน้นการเลือกมโนทัศน์ที่เป็น

ตัวแทนของปรากฏการณ์ โดยไม่ได้ให้ความสำคัญในการนับจำนวนของบุคคล จำแนกตามลักษณะลำดับได้ 3 แบบ คือ การเลือกตัวอย่างแบบเปิดกว้าง (Open Sampling) การเลือกตัวอย่างแบบหาความสัมพันธ์ (Relational and Variational Sampling) และการเลือกตัวอย่างแบบวินิจฉัย (Discriminate Sampling) อันเป็นผลให้การเก็บรวบรวมข้อมูลถูกควบคุมด้วยทฤษฎีที่กำลังจะเกิดขึ้นมา (Glaser, 1978, pp. 36-37; Strauss, 1990, pp. 38-39; Strauss & Corbin, 1990, p. 176)

การเลือกตัวอย่างแบบเปิดกว้าง (Open Sampling) หมายถึง การเลือกเหตุการณ์ตัวอย่าง (Sample Incidents) เพื่อค้นหาหมวดหมู่ คุณลักษณะ และมิติที่เกี่ยวข้องในลักษณะที่เปิดกว้างมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อขยายรหัสออกไปให้กว้างขวางครอบคลุมขอบเขตของปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้อย่างครบถ้วน (Strauss & Corbin, 1990, p. 181)

การเลือกตัวอย่างแบบหาความสัมพันธ์และความหลากหลาย (Relational and Variational Sampling) หมายถึง การเลือกเหตุการณ์ตัวอย่างที่มีความแตกต่างในระดับมิติ (Dimensional Level) สำหรับนำมาใช้เชื่อมโยงหมวดหมู่และหมวดหมู่ย่อยเข้าด้วยกันในลักษณะของกระบวนทัศน์ (Paradigm) เพื่อให้รหัสแบบแกนโครงสร้าง (Axial Coding) (Strauss & Corbin, 1990, pp. 185-186)

การเลือกตัวอย่างแบบวินิจฉัย (Discriminate Sampling) หมายถึง การเลือกเหตุการณ์ตัวอย่าง สำหรับการตรวจสอบโครงเรื่อง (Story Line) ความสัมพันธ์ระหว่างหมวดหมู่ และพัฒนาหมวดหมู่ที่ยังไม่สมบูรณ์ให้มีความอึดตัว เพื่อให้รหัสแบบคัดเลือก (Selective Coding) (Strauss & Corbin, 1990, pp. 187-188)

การให้รหัสเชิงทฤษฎี (Theoretical Coding) หมายถึง การให้รหัสสะสมอย่างเป็นระบบ ที่มีทั้งการวิเคราะห์และสังเคราะห์รหัส เพื่อสร้างทฤษฎีจากข้อมูลจริง ให้มีความสมบูรณ์ ชัดเจน รัดกุม โดยการประสานความสัมพันธ์ระหว่างการให้รหัสข้อมูลกับการบันทึกข้อมูล และเก็บข้อมูลอย่างมีเป้าหมาย ซึ่งสามารถจำแนกตามลักษณะความก้าวหน้าในเชิงนามธรรมที่เพิ่มมากขึ้นได้ 3 ลักษณะคือ การให้รหัสแบบเปิดกว้าง (Open Coding) การให้รหัสแบบแกนโครงสร้าง (Axial Coding) และการให้รหัสแบบคัดเลือก (Selective Coding) (Glaser, 1978, pp. 72-73)

การให้รหัสแบบเปิดกว้าง (Open Coding) หมายถึง กระบวนการแยกย่อย ตรวจสอบ เปรียบเทียบ ให้ความคิดรวบยอดและจัดหมวดหมู่ให้แก่ข้อมูล ให้เปิดกว้างมากที่สุดในช่วงเริ่มต้นของการวิจัย (Strauss & Corbin, 1990, p. 61)

การให้รหัสแบบแกนโครงสร้าง (Axial Coding) หมายถึง กระบวนการนำข้อมูลกลับมาในทิศทางใหม่ หลังจากการให้แบบเปิดกว้างแล้ว โดยมีการเชื่อมโยงของหมวดหมู่ หมวดหมู่ย่อยอย่างเป็นระบบตามวิถีทางของกระบวนทัศน์ ด้วยการใช้หมวดหมู่หนึ่งเป็นแกนหรือเป็นศูนย์กลางแล้วมีหมวดหมู่อื่น ๆ มาสัมพันธ์อยู่รอบ ๆ ซึ่งประกอบด้วย เงื่อนไข (Conditions) บริบท

(Context) การกระทำกลยุทธ์เชิงปฏิสัมพันธ์ (Action/Interaction Strategies) และผลลัพธ์ (Consequences) เพื่อช่วยเสริมสร้างให้ทฤษฎีมีความกระชับแน่นหนา และสะสมเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Strauss & Corbin, 1990, pp. 96-97)

การให้รหัสแบบคัดเลือก (Selective Coding) หมายถึง กระบวนการคัดเลือกหมวดหมู่หลักที่มีความสัมพันธ์กับหมวดหมู่รอง ๆ ลงมาอย่างเป็นระบบ เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้ตรงและครอบคลุมอย่างมีความเป็นนามธรรมมากขึ้น และตรวจสอบความสัมพันธ์และเสริมหมวดหมู่ที่ต้องการขัดเกลาและพัฒนาให้สมบูรณ์ขึ้น (Strauss, 1990, p. 69; Strauss & Corbin, 1990, p. 116)

ปรากฏการณ์ (Phenomenon) หมายถึง แกนกลางของความคิด เหตุการณ์ สิ่งที่เกิดขึ้น หรืออุบัติการณ์ที่สามารถค้นหาได้ด้วยการให้ความคิดรวบยอดข้อมูลทั้งหมด (Strauss & Corbin, 1990, p. 96)

เงื่อนไขนำ (Causal Conditions) หมายถึง เหตุการณ์ อุบัติการณ์ และสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งนำไปสู่การเกิดปรากฏการณ์ (Strauss & Corbin, 1990, p. 96)

บริบท (Context) หมายถึง เงื่อนไขที่เฉพาะเจาะจงในเหตุการณ์ อุบัติการณ์ การกระทำ หรือกลยุทธ์เชิงปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น จะถูกนำมาใช้ในการจัดการ ควบคุม หรือตอบสนองต่อปรากฏการณ์ที่เฉพาะเจาะจงอย่างต่อเนื่อง (Strauss & Corbin, 1990, p. 101)

การกระทำและกลยุทธ์เชิงปฏิสัมพันธ์ (Action/Interaction Strategies) หมายถึง ลำดับการกระทำที่เกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการหรือลำดับการเปลี่ยนแปลงอย่างมีเหตุผล และต่อเนื่องตลอดเวลาเพื่อตอบสนองกับปรากฏการณ์ (Strauss & Corbin, 1990, p. 104)

เงื่อนไขการกระทำ (Intervening Conditions) หมายถึง เงื่อนไขที่เอื้อให้เกิดการกระทำ และเงื่อนไขที่เป็นอุปสรรคต่อการกระทำ (Strauss & Corbin, 1990, p. 103)

ผลลัพธ์ (Consequence) หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำหรือผลที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ที่ตอบสนองต่อปรากฏการณ์ (Strauss & Corbin, 1990, p. 106)

กระบวนการ (Process) หมายถึง การเชื่อมโยงกันทางลำดับการกระทำหรือลำดับการจัดการในเชิงปฏิสัมพันธ์ที่แสดงถึงการเคลื่อนไหว และการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาระหว่างจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุด คือ จะต้องนำเวลาและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมาทำการวิเคราะห์ให้เห็นเงื่อนไขการกระทำหรือปฏิสัมพันธ์ ผลลัพธ์ของการกระทำหรือผลลัพธ์ของปฏิสัมพันธ์ที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงนี้ จะเป็นเงื่อนไขส่วนหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการกระทำ และปฏิสัมพันธ์ในลำดับถัดไป ซึ่งในแต่ละขั้นตอนจะต้องมีเอกลักษณ์เฉพาะในช่วงเวลาที่จำกัดของตน คือสามารถคงอยู่ในภาพขั้นตอนเดิมหรือปรับเปลี่ยนไปสู่ขั้นตอนใหม่ได้ด้วยเงื่อนไขที่ชัดเจน (Strauss & Corbin, 1990, p. 143)

การอิ่มตัวเชิงทฤษฎี (Theoretical Saturation) หมายถึง สภาพที่หมวดหมู่ได้รับการพัฒนาอย่างแน่นหนา (Dense) ความสัมพันธ์ระหว่างหมวดหมู่ได้รับการสร้างและตรวจสอบอย่างดี ทุกองค์ประกอบที่ค้นพบได้รับการอธิบายอย่างหลากหลาย โดยไม่มีข้อมูลใหม่หรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกิดขึ้นอีก (Strauss, 1990, p. 21)

ฐานแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ฐานแนวคิดในการศึกษา เพื่อให้เกิดความไวเชิงทฤษฎี ดังนี้

1. มุมมองทางการแพทย์ มุมมองทางการแพทย์เป็นการให้ความคิดรวบยอดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายนับตั้งแต่ผู้สูงอายุรับรู้ถึงอาการผิดปกติของข้อเข่า อาการและอาการแสดง การตรวจวินิจฉัยและการรักษาโดยแพทย์ ความก้าวหน้าของโรค รวมทั้งลักษณะของโรคที่เป็นโรคเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นอกจากนี้มุมมองทางการแพทย์ ทำให้เกิดความเข้าใจถึงการรักษาว่าเป็นการประคับประคองอาการไม่ให้ทวีความรุนแรง ขะลอไม่ให้เกิดการเสื่อมของข้อเข่า ซึ่งหากไม่สามารถประคับประคองเอาไว้ได้ การรักษาจะเป็นการแก้ไขความพิการที่เกิดขึ้นกับข้อเข่า ซึ่งความเกี่ยวเนื่องกันของการรักษาระหว่างแพทย์และผู้สูงอายุ ขึ้นอยู่กับแผนการรักษาที่ได้รับความร่วมมือ และการตอบสนองต่อแผนการรักษาของผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยจึงนำมุมมองทางการแพทย์มาใช้เป็นฐานแนวคิดในการวิจัย เพราะสามารถอธิบายให้เห็นถึงจุดกำเนิดของโรคซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางร่างกาย ส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ และผลกระทบของการรักษากับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

2. มุมมองปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ (Symbolic Interactionism) แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีนี้โดย บลัมเมอร์ (Blummer, 1969 cited in Burg, 1995, p. 8) กล่าวว่าไว้ว่า การกระทำของมนุษย์เกิดจากระบวนการปรับแต่งตีความต่อสัญลักษณ์ที่เขาเข้าไปปฏิสัมพันธ์ ซึ่งความหมายจะมาจาก การเรียนรู้หรือการสะสมเพิ่มพูนทางจิตใจ และมนุษย์จะเลือกกระทำพฤติกรรมในสิ่งที่มีความหมายและมีความสำคัญกับตนเอง จากทฤษฎีดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมาใช้เป็นฐานแนวคิดในงานวิจัยนี้คือ ผู้สูงอายุสามารถรับรู้ในสิ่งต่าง ๆ สามารถสื่อสารออกมาได้ด้วยคำพูด กิริยาท่าทางต่อการให้ความหมายกับบริบทที่อยู่รอบตัวของผู้สูงอายุ ดังนั้นการทำความเข้าใจถึงกระบวนการแสวงหาการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อม จึงต้องมาจากการบอกเล่าประสบการณ์ของผู้สูงอายุเอง

การทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นถึงขอบเขตของงานวิจัยที่ผ่านมาของโรคข้อเข่าเสื่อม ลักษณะของโรค การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม ปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาการบริการสุขภาพ แนวคิดและทฤษฎีของการแสวงหาการบริการสุขภาพ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสวงหาการบริการสุขภาพในผู้สูงอายุโรคต่าง ๆ ทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน รวมถึงฐานแนวคิดที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ มุมมองทางการแพทย์ มุมมองปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ ซึ่งวรรณกรรมดังกล่าวจะทำให้ผู้วิจัยเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม และนำไปสู่ผลการวิจัยที่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดตามการรับรู้ของผู้สูงอายุมากที่สุด