

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การศึกษานี้วิจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมารับบริการ ณ ห้องตรวจศัลยกรรม และศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลจังหวัดแห่งหนึ่งของภาคใต้ จำนวน 130 ราย ซึ่งผลการวิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ความเพียงพอของรายได้ ระบบครอบครัว และการรับรู้ภาวะสุขภาพ) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพโดยรวม และรายด้านของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 130 ราย ส่วนใหญ่ร้อยละ 82.3 เป็นเพศหญิง อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น ร้อยละ 72.3 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.1 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 69.2 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80.0 ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 45.4 ยังคงประกอบอาชีพ ร้อยละ 66.2 ได้แก่ ทำสวน ทำนา และธุรกิจส่วนตัว โดยคิดเป็นร้อยละ 23.8, 20.8 และ 9.2 ตามลำดับ ลักษณะท่าทางที่เกี่ยวข้องกับอาชีพส่วนใหญ่คือ ยืนนาน ร้อยละ 32.3 ส่วนเรื่องรายได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 1,001- 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 61.5 ($X = 4,583$, S.D. = 4,407) คิดว่ามีรายได้เพียงพอ และที่มาของรายได้ส่วนใหญ่จากงาน/อาชีพ ร้อยละ 60.8 รองลงมาได้จากลูกหลาน ร้อยละ 27.7

สาเหตุที่มาพบแพทย์ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ ปวดข้อเข่าอย่างเดียว ร้อยละ 46.9 รองลงมาคือ ปวดข้อเข่าและมีเสียงในข้อเข่า ร้อยละ 19.2 และมีภาวะข้อเข่าเสื่อมทั้งสองข้างมากที่สุด

(ร้อยละ 55.4) ส่วนใหญ่ร้อยละ 83.1 มีระยะเวลาที่เป็นโรคน้อยกว่า 5 ปี ($\bar{X} = 3.09$, S.D. = 3.67) ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร้อยละ 58.5 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 76.9 มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 90.8 และมากกว่าครึ่งรับรู้ว่าจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อมีโรคข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 59.2) ได้รับจากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งได้ให้ความรู้ในลักษณะให้สุขศึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม นอกจากนี้ยังได้จากการอ่านหนังสือ วารสาร เอกสารแผ่นพับ และจากสื่อต่าง ๆ เช่น ทีวี วิทยุ ดังรายละเอียดในตาราง 1

ตาราง 1

แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 130).

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	23	17.7
หญิง	107	82.3
อายุ X = 66, S.D. = 5.78, Range = 60 – 83		
60 – 69 ปี	94	72.3
70 - 79 ปี	32	24.6
80 - 89 ปี	4	3.1
ศาสนา		
พุทธ	121	93.1
อิสลาม	9	6.9
สถานภาพสมรส		
โสด	13	10.0
คู่	90	69.2
หย่า / ม่าย / แยกกัน	27	20.8
การศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา/อ่านหนังสือไม่ได้	8	6.2
ประถมศึกษา	104	80.0
มัธยมศึกษา	15	11.5
อนุปริญญา/อาชีวศึกษาหรือสูงกว่า	3	2.3

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย $X = 23.83$, $S.D. = 3.83$, $Range = 18.1 - 36.0$		
ต่ำกว่า 20 กิโลกรัมต่อตารางเมตร(ผอม)	22	16.9
20-25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร(ปกติ)	59	45.4
สูงกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร(อ้วน)	49	37.7
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	44	33.8
ประกอบอาชีพ	86	66.2
ทำสวน	31	23.8
ทำนา	27	20.8
ธุรกิจส่วนตัว	12	9.2
รับจ้าง	5	3.9
อื่น ๆ	11	8.5
ลักษณะท่าทางที่เกี่ยวข้องกับอาชีพ		
ยืนนาน	42	32.3
เดินนาน	18	13.9
แบก ยก หิ้วของหนัก	14	10.8
นั่งอเข่า/นั่งเก้าอี้เตี้ย	7	5.4
อื่น ๆ	5	3.8
รายได้ของผู้สูงอายุเฉลี่ยต่อเดือน (บาท) $X = 4,583$, $S.D. = 4407$, $Range = 500 - 25,000$		
$\leq 1,000$	20	15.4
1,001 - 5,000	80	61.5
5,001 - 10,000	19	14.6
10,000 - 15,000	4	3.1
$\geq 15,001$	7	5.4
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	79	60.8
ไม่เพียงพอ	51	39.2

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ที่มาของรายได้		
งาน/อาชีพ	79	60.8
ลูกหลาน	36	27.7
ดอกเบี้ยว/บำนาญ	7	5.4
คู่สมรส	6	4.6
อื่นๆ	2	1.5
สาเหตุที่มาพบแพทย์		
ปวดข้อเข่าอย่างเดียว	61	46.9
ปวดข้อเข่า+มีเสียงในข้อเข่า	25	19.2
ปวดข้อเข่า+เข่าบวม	18	13.8
ปวดข้อเข่า+มีเสียงในข้อเข่า+ข้อฝืด	7	5.4
ปวดข้อเข่า+ข้อฝืด	6	4.6
ปวดข้อเข่า+มีเสียงในข้อเข่า+เข่าบวม	5	3.9
ปวดข้อเข่า+มีเสียงในข้อเข่า+เข่าบวม+ข้อฝืด	3	2.3
ปวดข้อเข่า+เข่าบวม+ข้อฝืด	3	2.3
อื่นๆ	2	1.6
ข้อที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม		
ข้างซ้าย	18	3.8
ข้างขวา	40	30.8
ทั้งสองข้าง	72	55.4
ระยะเวลาที่เป็นโรค (ปี) $X = 3.09$, $S.D. = .67$, $Range = 1-15$ ปี		
< 5 ปี	108	83.1
≥ 5 ปี	32	16.9
โรคประจำตัวอื่น ๆ		
ไม่มี	76	58.5
มี	54	41.5

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวขยาย	30	23.1
ครอบครัวเดี่ยว	100	76.9
ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย		
ไม่มี	12	9.2
มี	118	90.8
การรับรู้ถึงการได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนโรคข้อเข่าเสื่อม		
ไม่เคย	53	40.8
เคย	77	59.2

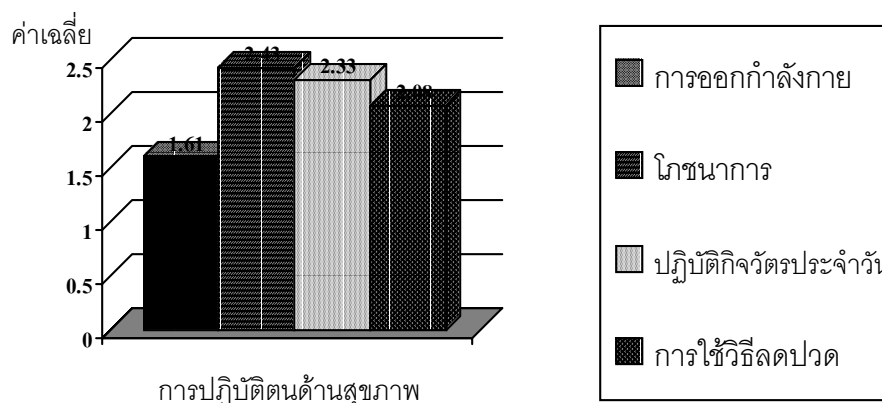
ส่วนที่ 2 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

การรับรู้ภาวะสุขภาพและการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($X = 2.23, S.D. = .43$ และ $X = 2.12, S.D. = .38$ ตามลำดับ) สำหรับการปฏิบัติรายด้านพบว่า การปฏิบัติตนด้านการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($X = 1.61, S.D. = .63$) อยู่ระดับไม่ดี ส่วนการปฏิบัติตนด้านโภชนาการมีค่าสูงสุด ($X = 2.43, S.D. = .48$) อยู่ในระดับดี ดังรายละเอียดในตาราง 2

ตาราง 2

ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของการรับรู้ภาวะสุขภาพ และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพรายด้าน และโดยรวมของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ($N = 130$).

ข้อความ	ช่วงคะแนน	X	S.D.	ระดับคะแนน
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	1-3	2.23	.43	ปานกลาง
การปฏิบัติตนด้านสุขภาพโดยรวม	1-3	2.12	.38	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	1-3	1.61	.63	ไม่ดี
ด้านโภชนาการ	1-3	2.43	.48	ดี
ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเกี่ยวกับการใช้ข้อ	1-3	2.33	.54	ปานกลาง
ด้านการใช้วิธีลดปวด	1-3	2.08	.50	ปานกลาง



ภาพ 3 แสดงการเปรียบเทียบการปฏิบัติตนด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

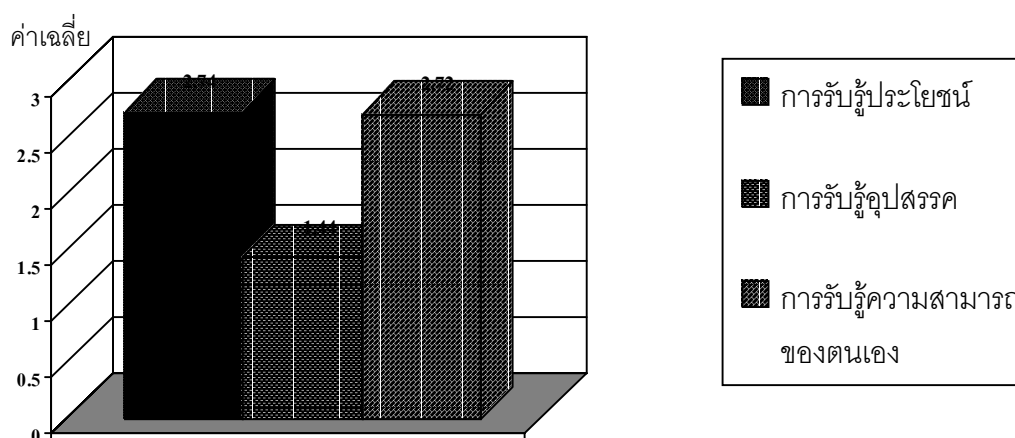
ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.74$, S.D. = .27 และ $\bar{X} = 2.72$, S.D. = .30 ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 1.44$, S.D. = .45) ดังรายละเอียดในตาราง 3

ตาราง 3

ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ($N = 130$).

ปัจจัยด้านการรับรู้	ช่วงคะแนน	X	S.D.	ระดับการรับรู้
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน	1-3	2.74	.27	มาก
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน	1-3	1.44	.45	น้อย
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	1-3	2.72	.30	มาก



ภาพ 4 แสดงการเปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเองกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .21, p < .05$ และ $r = .26, p < .01$ ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.21, p < .05$) แต่เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ความเพียงพอของรายได้ ระบบครอบครัว และการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพรายด้านของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติตนด้านการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .18, p < .05$) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการปฏิบัติตนด้านการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.28, p < .01$) การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติตนด้านการออกกำลังกาย การปฏิบัติตนด้านโภชนาการ และการปฏิบัติตนด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเกี่ยวกับการใช้ข้อ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .21, p < .05$; $r = .23, p < .01$ และ $r = .19, p < .05$ ตามลำดับ) เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติตนด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเกี่ยวกับการใช้ข้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .19, p < .05$) และดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการปฏิบัติตนด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.22, p < .05$) ส่วนตัวแปรอื่น พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตาราง 4

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเองกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ($N = 130$).

ตัวแปร	การปฏิบัติตนด้านสุขภาพ				
	โดยรวม	การ ออกกำลังกาย	โภชนาการ	การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	การใช้วีลัดไปวัด
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน	.21*	.18*	.12	.13	.17
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน	-.21*	-.28**	-.07	-.14	-.06
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.26**	.21*	.23**	.19*	.10
เพศ	.15	.10	.10	.19*	.03
อายุ	-.03	-.07	-.02	.01	.03
ดัชนีมวลกาย	-.09	-.03	-.22*	.01	-.03
ความเพียงพอของรายได้	-.01	-.07	-.04	.02	.11
ระบบครอบครัว	.00	-.01	-.12	.07	.06
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.11	.13	.02	.10	.02

* $p < .05$

** $p < .01$

อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 130 ราย โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้น ผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาคั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มาใช้บริการตรวจรักษาที่ห้องตรวจคัดลยกรรม และศูนย์สุขภาพชุมชนที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.3 หรือคิดเป็นสัดส่วนเพศหญิงต่อเพศชายโดยประมาณเท่ากับ 4:1 เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ประมาณ 3-4 เท่าเช่นกัน (ทวิพร, 2547; นงรัตน์, 2542; มารีสา, 2544; สรรชัย และ ศุภกิจ, 2546) สาเหตุที่ผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสเกิดโรคนี้สูงกว่าและรุนแรงกว่าเพศชาย เพราะเพศหญิงเมื่อหมดประจำเดือนจะขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งมีผลให้กระดูกมีการเสื่อมมากขึ้น (สุภาพ, 2542; Smeltzer & Bare, 2001) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น คือ มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี ร้อยละ 72.3 เนื่องจากผู้สูงอายุในตอนต้นเป็นวัยที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (ศรีเวื่อน, 2538) จึงมีโอกาสมารับบริการที่โรงพยาบาลและสามารถให้ข้อมูลการเจ็บป่วยได้ด้วยตนเองเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย สอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นเช่นกัน (ขวัญตา, 2541; ทวิพร, 2547; ธีรนนท์, 2542; นงรัตน์, 2542) นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่คือ ร้อยละ 69.2 เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นยังมีร่างกายแข็งแรง ซึ่งตรงกับผลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี 2540 ที่พบว่า ผู้สูงอายุในภาคใต้มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของทวิพร (2547) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาซึ่งเป็นผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้ มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คือ ร้อยละ 58.50 ส่วนระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้พบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 80) และนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 93.1) สอดคล้องกับลักษณะของผู้สูงอายุในภาคใต้ ซึ่งสำรวจในปี 2540 พบว่า ผู้สูงอายุในภาคใต้จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุด และส่วนใหญ่นับถือคือศาสนาพุทธ (สำนักงาน สถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี้, 2541)

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 45.5 รองลงมา อยู่ในเกณฑ์อ้วน ร้อยละ 37.7 และผอม ร้อยละ 16.9 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพที่ต้องใช้แรงงาน โดยมีอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด แบ่งเป็นทำสวน ร้อยละ 23.8 และทำนา ร้อยละ 20.89 และเมื่อพิจารณาท่าทางในการประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ ต้องยืนนาน ร้อยละ 32.3 รองลงมา คือ เดินนาน ร้อยละ 13.9 ซึ่งท่าทางดังกล่าวอาจเป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดข้อเข่าเสื่อมได้ง่าย เนื่องจากต้องรับน้ำหนักที่กดลงบนข้อเข่าเป็นเวลานานาน (รัตน, 2537; Felson & Zhang, 1998) นอกจากนั้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ค่อนข้างน้อย คือ ร้อยละ 61.5 มีรายได้อยู่ระหว่าง 1,001 – 5,000 บาท/เดือน ซึ่งช่วงรายได้ดังกล่าวเป็นระดับรายได้ที่ผู้สูงอายุที่ยังประกอบอาชีพในภาคใต้ส่วนใหญ่ได้รับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี, 2541) รายได้ส่วนใหญ่ดังกล่าว ร้อยละ 60.8 มาจากงาน/อาชีพ รองลงมา ร้อยละ 27.7 มาจากลูกหลาน รายได้ที่ได้ถึงแม้จะน้อยแต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 60.8 คิดว่าเพียงพอ เนื่องจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มักจะรับประทานผัก และข้าวที่ปลูกเอง และลูกหลานมักจะจัดหาของใช้ที่จำเป็นในการดำรงชีวิตส่วนใหญ่มาให้

ส่วนสาเหตุที่มาพบแพทย์กลุ่มตัวอย่างเกือบทุกรายมาด้วยอาการปวดข้อเข่า (ร้อยละ 98.4) และผลการตรวจพบว่ามีการอักเสบข้อเข่าเสื่อมทั้งสองข้าง ร้อยละ 55.4 เนื่องจากอาการปวดเข่าเป็นอาการสำคัญที่สุดของโรคข้อเข่าเสื่อมที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ และเมื่อมีอาการปวดของเข่าข้างหนึ่ง ผู้ป่วยจะจำกัดการใช้เข่าข้างที่ปวดทำให้เกิดกล้ามเนื้อลีบ อ่อนแรงลงเรื่อย ๆ และใช้เข่าข้างที่ดีแทน เมื่อเข่าข้างที่ดีถูกใช้งานเกินกำลังทำให้เกิดอาการปวดเข่าและเข่าเสื่อมอีกข้าง ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจึงมีโอกาสมีเข่าเสื่อมทั้งสองข้าง (ปองจิตร, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของมาริสสา (2544) ที่ศึกษาความปวด การจัดการกับความปวด และภาวะสุขภาพในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มาโรงพยาบาล (ร้อยละ 92.9) มาเพื่อที่จะขอยาบรรเทาอาการปวดเข่า และกว่าครึ่งมีอาการข้อเข่าเสื่อมทั้งสองข้างเช่นกัน (ร้อยละ 63.3) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เป็นโรคน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 83.1 สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญตา (2541) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาเป็นโรคน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 66

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอื่น (ร้อยละ 58.5) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุตอนต้นซึ่งยังคงมีความแข็งแรงของร่างกายมากกว่ากลุ่มวัยผู้สูงอายุตอนกลาง และตอนปลาย และมีอัตราการเป็นโรคน้อยกว่า (จำเรียง, 2533; Burke & Flaherty, 1993) สอดคล้องกับการศึกษาของหทัยรัตน์ (2538) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหาและภาวะสุขภาพของหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัวอื่น

มากที่สุด (ร้อยละ 60) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น (ร้อยละ 96) เช่นกัน นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 76.9) อาจเนื่องจากการที่ประเทศไทยมีนโยบายให้ประชากรมีการวางแผนครอบครัวในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 3 ทำให้ขนาดครอบครัวเล็กลงโครงสร้างครอบครัวจึงเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว (เพ็ญจันทร์, 2542) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย (ร้อยละ 90.8) อาจเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวยังมีความผูกพันแน่นแฟ้น บุตรมีความห่วงใยบิดามารดาอย่างลึกซึ้ง แม้แต่งงานแยกครอบครัวก็ยังไปมาหาสู่ประจำ เมื่อไม่สบายจึงยังมาดูแล ซึ่งเป็นลักษณะของสังคมภาคใต้ที่เป็นสังคมแบบเครือญาติและมีความกตัญญู บุตรเป็นที่พึ่งของบิดามารดาในยามแก่เฒ่า (สถาบันทักษิณคดีศึกษา, 2537 อ้างตามมูลนิธิสิรินธร กรมวัฒนธรรมไทย, 2542 ง)

สำหรับผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าจะเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนโรคข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 59.2) สอดคล้องกับการศึกษาของนงรัตน์ (2542) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจังหวัดนครศรีธรรมราชพบว่า เคยได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 55.3 ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเกือบทุกรายมาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดเข่า และกลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในระดับปานกลาง (ตาราง ก 8 ภาคผนวก ค) แต่ผู้สูงอายุในการศึกษานี้ส่วนใหญ่ยังช่วยเหลือตนเองได้ดีไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงข้อเข่า (ตาราง ก 8 ภาคผนวก ค) สอดคล้องกับการศึกษาของทวีพร (2547) ที่ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเอง และการรับรู้สุขภาพของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดภูเก็ตพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สุขภาพอยู่ระดับปานกลางค่อนข้างไปทางสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาพบแพทย์ด้วยอาการปวด และยังคงช่วยเหลือตนเองได้ดีเช่นกัน

โดยสรุปว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษารั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่แพทย์ได้วินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมและได้รับทราบจากแพทย์หรือพยาบาลแล้วว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม มีลักษณะสอดคล้องเป็นตัวแทนประชากรผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทั่วไปได้ดีในระดับหนึ่ง กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีลักษณะใกล้เคียงกับลักษณะของผู้สูงอายุในภาคใต้จากผลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. 2540 คือ ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ อาชีพทำสวน ทำนา รายได้ 1001 – 5,000 บาท/เดือน และมีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย แต่มีลักษณะบางอย่างของกลุ่มตัวอย่างที่อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรที่ศึกษาได้ทั้งหมด คือ กลุ่มตัวอย่างที่มาพบแพทย์ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น มีจำนวนเพียงเล็กน้อยที่เป็นผู้สูงอายุตอนกลางและตอนปลาย และอาการที่มาพบแพทย์ก็ไม่รุนแรงคือ ปวดเข่าอย่างเดียว หรือปวดเข่าร่วมกับมีเสียงในเข่า ส่วนกลุ่มตัวอย่าง

ที่มีอาการเข้าบวมและ/หรือข้อฝืดร่วมด้วยมีน้อย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่ยังช่วยเหลือตนเองได้ในระดับดี และเดินได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงข้อเข่า

การปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติตนโดยรวมของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.14$, S.D. = .38) แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติตนของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีทั้งปัจจัยขัดขวางและส่งเสริม ปัจจัยขัดขวางอาจได้แก่ กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 40.8) ยังไม่รับรู้ว่าจะเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในโรคข้อเข่าเสื่อม ทำให้ปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง และกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุมีลักษณะไม่ชอบการเปลี่ยนแปลง และเมื่ออย่างเข้าสู่วัยสูงอายุความสามารถและประสิทธิภาพของอวัยวะในการรับรู้เสื่อมสมรรถภาพลง รวมถึงระบบประสาทและสมองที่เสื่อมทำให้มักหลงลืม (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2542) ผู้สูงอายุจึงอาจมีปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและวิธีการรักษาตลอดจนการปฏิบัติ เพราะความรู้บางส่วนเป็นความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ เช่น ลักษณะการเสื่อมของข้อเข่า ท่าทางของการบริหารข้อเข่าที่ถูกต้อง (ยุพิน วันเพ็ญ และฉวีวรรณ, 2538) จึงอาจส่งผลให้ไม่มีการปรับเปลี่ยนแก้ไขพฤติกรรม นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มองว่าโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เมื่อมีอายุมากขึ้นก็มีโอกาสเกิดขึ้นได้กับทุกคน และเป็นโรคเรื้อรังที่มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป ไม่ร้ายแรงถึงชีวิต (ยงยุทธ, 2545; สุภาพ, 2542) จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดความตระหนักในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพเมื่อเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม เช่นเดียวกันกับการศึกษาของนงรัตน์ (2542) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าสาเหตุของโรคเกิดจากความชรา (ร้อยละ 31.8) ทำให้ผู้สูงอายุเลือกรักษาตนเองก่อน โดยการซื้อยาชุดมารับประทานเอง (ร้อยละ 40.6) ไม่เห็นความจำเป็นของการรักษาพยาบาล

ส่วนปัจจัยที่ส่งเสริมอาจ ได้แก่ การที่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ยังเป็นผู้สูงอายุตอนต้น ยังคงช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมา เช่น การนั่งพับเพียบหรือนั่งยอง การอยู่ท่าเดิมนาน ๆ การยกของหนัก ทำให้มีอาการปวดเข่า และถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้สูงอายุซึ่งมีความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ แต่ส่วนใหญ่ก็จบชั้นประถมศึกษาขึ้นไปสามารถอ่านออก เขียนได้ จึงมีโอกาสแสวงหาข้อมูลเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่า โดยการอ่านหนังสือวารสาร เข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพต่างๆที่มีในชุมชนและพูดคุยกับเพื่อนที่เคยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อหลีกเลี่ยงท่าทางที่มีการกดและเสียดสีของกระดูกเข่าไม่ให้เกิดการเสื่อม

มากขึ้น (ประพันธ์และวิรัตน์, 2546, Felson & Zhang, 1998) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของทวีพร (2547) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สนใจสุขภาพของตนเองมากกว่าเพศชายทำให้มีการรักษาโรคตั้งแต่แรก และจบชั้นประถมศึกษาขึ้นไปโอกาสเรียนรู้ในการหลีกเลี่ยงการเกิดการเสื่อมของข้อเข่ามากกว่าผู้ไม่ได้รับการศึกษา หรือผู้ที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ แต่พบว่าผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของ ขวัญตา (2541) ซึ่งพบว่า มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะ โรคหัวใจ จึงต้องมาพบแพทย์ตามนัด ดังนั้นโอกาสที่จะได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่รวมถึงโรคข้อเข่าเสื่อมมีมาก มีผลกระตุ้นกลุ่มตัวอย่างให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตน และการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเรื่องอื่น ๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคปอดเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูงมักพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีเช่นกัน (กาญจนา, 2541; จิตรา, 2541; ปราณี, 2542) เนื่องจากโรคเบาหวาน โรคปอดเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่อาจทำให้เสียชีวิตได้หากปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญของการปฏิบัติมากกว่าโรคข้อเข่าเสื่อม

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติตนรายด้านพบว่า ด้านโภชนาการจะมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับดี ($X = 2.43$, $S.D. = .48$) เนื่องจากโรคข้อเข่าเสื่อมไม่ได้มีข้อห้ามในการรับประทานอาหาร แต่รูปแบบการรับประทานอาหารที่ต้องเป็นอาหาร เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ อาหารที่ไม่ทำให้อ้วน ควรควบคุมน้ำหนักให้เหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชีวิตการบริโภคของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับประทานอาหารผักและผลไม้ที่ปลูกเอง และรับประทานอาหารที่เลี้ยง หรือหาได้ในธรรมชาติ นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุมักมีปัญหาเรื่องเหงื่อ ฝัน และท้องอืดแน่นท้องหลังอาหาร จึงทำให้สามารถรับประทานอาหารแต่พออิ่ม (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2542) นอกจากนี้การรณรงค์ของรัฐในการให้ประชาชนมีการสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ โดยเน้นให้มีการบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2545) ทำให้ประชาชนทั่วไปรวมทั้งผู้สูงอายุตื่นตัวในการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการ ศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จังหวัด นครศรีธรรมราชที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติด้านโภชนาการได้ดีโดยการควบคุมน้ำหนัก ลดอาหารพวกแป้ง น้ำตาลและไขมันให้น้อยลง (ร้อยละ 58.3) รองลงมา คือ การรับประทานอาหารเป็นเวลาไม่รับประทานจุกจิก (ร้อยละ 35.4)

ส่วนการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับไม่ดี คือ ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 1.61$, S.D. = .63) เนื่องจากการออกกำลังกายในโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นการบริหารข้อที่ต้องอาศัยการเข้าใจในการออกกำลังกายที่เฉพาะ เน้นการออกกำลังกายเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ ให้เต็มที่ (range of motion exercise) เพื่อป้องกันข้อยึดติดและลดอาการปวดข้อ และการออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (strengthening exercise) เพื่อเพิ่มกำลัง และความสามารถในการทำงานของกล้ามเนื้อ ซึ่งการบริหารข้อและกล้ามเนื้อนี้ต้องทำอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องทุกวัน จึงจะบรรเทาอาการปวดและชะลอความเสื่อมของข้อได้ (ธันย์, 2538; ปองจิตร, 2544; วรณี, 2539; Petrella, 1999) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงต้องได้รับคำแนะนำที่ลึกซึ้งเพื่อให้สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง แต่กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 40.8) ยังไม่ได้รับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมดังให้เหตุผลข้างต้น ทำให้ไม่ได้ปฏิบัติตนด้านการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมอาจได้รับความรู้ที่ไม่ครบถ้วนพอที่จะปฏิบัติได้ถูกต้อง หรือยังปฏิบัติได้ไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ยังประกอบอาชีพจะไม่มีเวลาออกกำลังกาย และบางส่วนมองว่าโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เมื่อมีอายุมากขึ้นก็มีโอกาสเกิดขึ้นได้กับทุกคนและไม่ร้ายแรงถึงชีวิต (ยงยุทธ, 2545; สุภาพ, 2542) จึงไม่สนใจปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของนงรัตน์ (2542) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองในการบริหารข้อเข่าของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมไม่เหมาะสม โดยส่วนใหญ่มีการบริหารข้อเข่าเพียงวันละ 1 เวลา ร้อยละ 49 รองลงมาบริหารไม่แน่นอนแล้วแต่ความสะดวก ร้อยละ 24 อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาการออกกำลังกายโรคข้อเข่าเสื่อมที่ผ่านมา ได้แก่ การศึกษาการใช้ท่าทางการเคลื่อนไหว และการออกกำลังกายในโรคข้อเข่าเสื่อมของขวัญตา (2541) และ วิไล อารุณ และแว่นใจ (2543) พบว่า อยู่ในระดับดี และส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพจากทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และแตกต่างจากการศึกษาพฤติกรรมออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ หรือการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายอยู่ในระดับน่าพอใจ ทั้งนี้เนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่อาจเสียชีวิตได้หากปฏิบัติไม่ถูกต้อง การออกกำลังกายที่ถูกต้องจะช่วยให้เลือดหมุนเวียนดีขึ้น (Ngaosomsukul, 2000)

การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนโดยรวมพบว่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.74$, S.D. = .27) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่าการปฏิบัติมีประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพของตนเอง อาจ

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่ง ระบุว่าเคยได้รับความรู้เรื่องการปฏิบัติตนสำหรับโรคข้อเข่าเสื่อม และรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนดังกล่าว (ร้อยละ 59.2) นอกจากนี้ส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยตนเองมาบ้างแล้ว โดยเฉพาะประสบการณ์ในการรับประทานยาแก้ปวดแล้วอาการปวดทุเลาลง และจากการสัมภาษณ์ในเรื่องประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนัก และการไม่นั่งพับงอเข่า นั้น พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นด้วยเนื่องจากเคยมีประสบการณ์ดังกล่าวโดยตรง คือ เมื่อน้ำหนักตัวมากขึ้น กลุ่มตัวอย่างจะรู้สึกปวดเข่ามากขึ้น หรือเมื่อนั่งพับงอเข่ามักจะรู้สึกปวดมากขึ้นจนลุกขึ้นไม่ไหว สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคปอดเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง โรคต่อหินเรื้อรัง ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับดีมาก (กาญจนา, 2541; จิตรา, 2541; ปราณี่, 2542; สุชาติดา; 2542) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุว่าเคยได้รับความรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติตนจากทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่องเมื่อมาพบแพทย์ตามนัด และจากการฟังวิทยุ โทรทัศน์ อ่านหนังสือสุขภาพ รวมทั้งจากการที่มีการปฏิบัติอยู่แล้วจึงทราบถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนโดยรวมพบว่า อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 1.44$, S.D. = .45) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอุปสรรคที่ขัดขวางในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุตอนต้นที่มีความเสื่อมไม่มากทั้งทางโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของร่างกาย (Matteson, 1997) สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีประสบการณ์ชีวิตอันยาวนานก็มีส่วนให้เกิดความมั่นใจต่อการฝ่าฟันอุปสรรคทำให้มีการรับรู้อุปสรรคลดลง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยคอยให้กำลังใจในการดูแลสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรัง (จิตรา, 2541) โรคความดันโลหิตสูง (ปราณี่, 2542) และโรคต่อหินเรื้อรัง (สุชาติดา; 2542) พบว่า การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ยังอยู่กับครอบครัวซึ่งคอยช่วยเหลือให้กำลังใจ มีระยะเวลาเจ็บป่วยเป็นเวลานานพอที่จะปรับตัวได้ทำให้การปฏิบัติต่าง ๆ เกิดความเคยชินเป็นเหมือนการปฏิบัติปกติในชีวิต

การรับรู้ความสามารถของตนเองโดยรวม พบว่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.72$, S.D. = .30) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าสามารถปฏิบัติตนด้านสุขภาพได้สำเร็จ อาจเนื่องมาจากการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในโรคข้อเข่าเสื่อมนั้นเป็นเรื่องไม่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถปฏิบัติได้ตลอดเวลาและทุกสถานที่ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ก็ยังช่วยเหลือตัวเองได้ดีไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ดังเช่น เรื่องของการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ซึ่งเป็นเรื่องที่สามารถปฏิบัติได้ง่าย การบริหารข้อเข่าซึ่งสามารถปฏิบัติที่ใดก็ได้ที่สามารถห้อยขาได้ ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ใด ๆ การหลีกเลี่ยงการ

นั่งพับงอข้อโดยหาเก้าอี้มานั่งหรือนั่งเหยียดขาแทน และที่สำคัญกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และมีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย มีความผูกพัน รักใคร่ คอยให้กำลังใจส่งเสริมในการดูแลสุขภาพ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรัง (จิตรรา, 2541) โรคต่อหินเรื้อรัง (สุชาติดา; 2542) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับดีมาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ครอบครัวมีความรัก ความเข้าใจซึ่งกันและกันทำให้มีกำลังใจในการดูแลสุขภาพ เป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการปฏิบัติ

โดยสรุปว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาจใช้ประสบการณ์ของตนเองที่เคยปฏิบัติ ความรู้ ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมาจากบุคลากรทีมสุขภาพ สื่อต่าง ๆ และจากการพูดคุย เป็นข้อมูลในการตัดสินใจถึงระดับประโยชน์ของการปฏิบัติของตนเอง และเนื่องจากการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมไม่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถปฏิบัติได้ทุกเมื่อ กลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นที่ยังแข็งแรง จึงมั่นใจในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเองจึงอยู่ในระดับมาก และในการที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาก ทำให้การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติน้อย สอดคล้องกับแนวคิดแบบจำลองของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติและการรับรู้ความสามารถของตนเองกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ในการศึกษานี้พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเองกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพโดยรวม ($r = .21, p < .05$; $r = -.21, p < .05$ และ $r = .26, p < .01$ ตามลำดับ) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ความเพียงพอของรายได้ ระบบครอบครัว และการรับรู้ภาวะสุขภาพ) กับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพโดยรวม ส่วนผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับการปฏิบัติรายด้านพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกับการปฏิบัติตนด้านการออกกำลังกาย ($r = .18, p < .05$ และ $r = .28, p < .01$ ตามลำดับ) การรับรู้ความสามารถของตนเองกับการปฏิบัติตนด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ และด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเกี่ยวกับการใช้ข้อ ($r = .21, p < .05$; $r = .23, p < .01$ และ $r = .19, p < .05$ ตามลำดับ) เพศกับการปฏิบัติตน

ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเกี่ยวกับการใช้ข้อ ($r = .19, p < .05$) และดัชนีมวลกายกับการปฏิบัติตนด้านโภชนาการ ($r = -.22, p < .05$)

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติตนโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .21, p < .05$) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าโรคนี้เป็นโรคไม่รุนแรง ไม่ปฏิบัติก็ไม่เกิดผลเสียที่ชัดเจน รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติน้อย จึงไม่เห็นความสำคัญในการปฏิบัติ ส่วนการตัดสินใจปฏิบัติตนนั้นต้องอาศัยความรู้ที่ได้รับ และประสบการณ์ที่เคยจัดการกับอาการโรคข้อเข่าเสื่อมในอดีต (รุ่งศักดิ์, 2545) เช่น ในเรื่องการออกกำลังกายที่ถูกต้องจะสามารถป้องกันความพิการ และลดอาการปวดได้ กลุ่มตัวอย่างที่รับทราบข้อมูลหรือเคยออกกำลังกายแล้วเห็นว่าดี ก็จะรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายก็จะมีอาการออกกำลังกาย และอาจมีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่เคยปฏิบัติ หรือเคยได้รับทราบจากผู้อื่นว่าไม่เกิดประโยชน์หรือคาดว่าผลจากการปฏิบัตินั้นไม่มีประโยชน์ก็ไม่ปฏิบัติ เช่น บางรายรับทราบข้อมูลจากผู้อื่นหรือเคยออกกำลังกายแล้วไม่เห็นว่าจะช่วยลดปวด ก็จะไม่ออกกำลังกายอีก สอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่กล่าวไว้ว่าการวางแผนของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมใด ๆ ขึ้นอยู่กับประโยชน์ที่เคยได้รับจากผลของการกระทำนั้น บุคคลที่รับรู้ประโยชน์หรือคาดผลจากการปฏิบัติว่าจะมีประโยชน์ต่อตนเอง บุคคลนั้นก็จะพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผลการศึกษานี้ให้ผลใกล้เคียงกับการศึกษาประโยชน์ของการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดสงขลา (เยาวเรศ, 2543) ซึ่งพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ($r = .22, p < .01$) โดยผู้วิจัยอธิบายว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาดังกล่าว ส่วนใหญ่เจ็บป่วยนานจึงรู้ว่าโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังและมีการดำเนินของโรคขึ้น ๆ ลง ๆ จนสามารถปรับตัวยอมรับสภาพได้ ดังนั้นแม้การรับรู้ประโยชน์สูงเพียงใดก็ไม่ค่อยจะเข้มงวดกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตามมีการศึกษาในอดีตหลายเรื่องที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกับพฤติกรรมสุขภาพหรือการปฏิบัติตนสูงกว่าการศึกษาครั้งนี้ ดังเช่น การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (กาญจนา, 2541) โรคปอดเรื้อรัง (จิตรรา, 2541) โรคความดันโลหิตสูง (ปราณี, 2542) และโรคต่อหินเรื้อรัง (สุชาติดา, 2542) โดยพบความสัมพันธ์เท่ากับ .43, .48, .42 และ .75 ($p < .01$) ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมักจะทราบถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค และมักรับรู้โรคหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรสดังกล่าวอาจทำให้พิการหรือเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยจึงให้ความสำคัญกับการปฏิบัติค่อนข้างสูง

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.21, p < .05$) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับรู้อุปสรรคหรือสิ่งขัดขวางการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมน้อย จะพร้อมที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเสื่อมของข้อเข่าเพิ่มขึ้น และกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้อุปสรรคหรือสิ่งขัดขวางการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมมาก ก็จะไม่พร้อมที่จะปฏิบัติ สอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่ว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติน้อยจะมีผลให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น อุปสรรคเปรียบเสมือนสิ่งขัดขวางไม่ให้ปฏิบัติ แต่ที่พบความสัมพันธ์เพียงในระดับต่ำ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่รับรู้อุปสรรคน้อย แต่ไม่ปฏิบัติเนื่องจากการขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนโรคข้อเข่าเสื่อม และไม่ตระหนักว่าต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรังซึ่งพบความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r = -.28, p < .01$) เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน ๆ มักทำให้ผู้ป่วยหงุดหงิดที่ต้องเป็นภาระผู้อื่น และรู้สึกท้อแท้จนไม่อยากทำอะไร (จิตรา, 2541) แต่ก็มีการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพสูงกว่าการศึกษาครั้งนี้ คือ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (ปราณี, 2542) และโรคต่อหินเรื้อรัง (สุชาติ, 2542) โดยพบความสัมพันธ์เท่ากับ $-.44$ และ $-.83$ ($p < .01$) ตามลำดับ เนื่องจากเป็นที่ทราบกันดีว่าทั้งสองโรคมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง อันได้แก่ อัมพาต และตาบอด กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติมากนักก็จะพยายามปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเป็นอย่างดี

เมื่อพิจารณาผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกับการปฏิบัติตนรายด้านพบว่า การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนด้านการออกกำลังกายเพียงด้านเดียว ($r = .18, p < .05$ และ $r = -.28, p < .01$ ตามลำดับ) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ประโยชน์และรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติได้ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติด้านการออกกำลังกายมากกว่าด้านอื่น โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ในการออกกำลังกาย หรือมีการรับรู้ว่าการออกกำลังกายมีประโยชน์ หรือคาดว่าจะเกิดประโยชน์ และรับรู้อุปสรรคหรือสิ่งขัดขวางการออกกำลังกายน้อย เช่น เห็นว่าการออกกำลังกายไม่ต้องใช้อุปกรณ์ใด ๆ ไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ ปฏิบัติที่ใดก็ได้ กลุ่มตัวอย่างก็จะออกกำลังกาย แต่ในทางตรงข้ามกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่เคยมีประสบการณ์ในการออกกำลังกาย หรือได้รับรู้ว่าการออกกำลังกายไม่ได้ช่วยลดอาการปวดหรือชะลอการเสื่อมของข้อเข่าได้ ก็จะมีการรับรู้ประโยชน์

ของการปฏิบัติบ่อย อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้มีการออกกำลังกายที่ไม่ถูกต้อง เพราะการออกกำลังกายที่จะเกิดประโยชน์นั้นต้องมีการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอจำนวนครั้งที่บริหารแต่ละท่า ต้องมากพอ และต้องใช้เวลาระยะหนึ่งถึงจะเห็นผล (วรรณิ, 2539 ; Petrella, 1999) และหากยังมีการรับรู้อุปสรรคหรือสิ่งขัดขวางการออกกำลังกายมากด้วย เช่น ออกกำลังกายแล้วทำให้ปวดเข่ามากขึ้น หรือกลุ่มตัวอย่างที่ยังประกอบอาชีพ และรู้สึกเหนื่อยล้าจากงาน ไม่มีเวลาออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างก็จะไม่ออกกำลังกาย

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบความสัมพันธ์ดังกล่าวระหว่างการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกับการปฏิบัติตนด้านการออกกำลังกายเพียงระดับต่ำ เพราะคำถามประเมินการปฏิบัติในการออกกำลังกายนั้น เป็นการประเมินความถูกต้องในการออกกำลังกายด้วย ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างถึงแม้จะรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมากและรับรู้อุปสรรคน้อยแล้วมีการออกกำลังกาย แต่ถ้ามีการออกกำลังกายไม่ถูกต้องก็จะทำให้คะแนนการปฏิบัติต่ำทำให้ไม่มีความสัมพันธ์กันและกลุ่มตัวอย่างบางกลุ่มถึงจะรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมาก และรับรู้อุปสรรคน้อย แต่กลุ่มตัวอย่างเหล่านี้เห็นว่าโรคข้อเข่าเสื่อมเกิดจากความชราภาพ หรือการเสื่อมตามวัย ทำให้กลุ่มตัวอย่างจึงไม่ตระหนักในการปฏิบัติ (นงรัตน์, 2542; วรวิทย์, 2546; สุรศักดิ์, 2543)

ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกับการออกกำลังกายสูงกว่าการศึกษาครั้งนี้ ดังเช่น การศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจหรือผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ ($r = .34, p < .01$) (Ngaosomkul, 2000) ทั้งนี้ อาจเนื่องจากผู้ป่วยที่เป็นโรคดังกล่าวอาจรู้ว่าตนเองเป็นโรคร้ายแรงที่อาจมีภาวะแทรกซ้อนถึงชีวิตได้หากไม่ออกกำลังกาย และพบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกับการออกกำลังกายสูงกว่าการศึกษาครั้งนี้ ดังเช่น การศึกษาการออกกำลังกายของผู้สูงอายุหญิงผิวดำชาวอเมริกัน ($r = -.46, p < .05$) (Jones & Nies, 1996) ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวเป็นกลุ่มที่อยู่ในประเทศที่มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ง่าย ทำให้คนส่วนใหญ่เชื่อว่าความเสื่อมตามอายุยังสามารถจัดการควบคุมได้

การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .26, p < .01$) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีประสบการณ์ชีวิต และรับรู้ในความสามารถของตนเอง เมื่อการปฏิบัติด้านสุขภาพในโรคข้อเข่าเสื่อมไม่ได้ยุ่งยากซับซ้อน และเป็นเรื่องที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจึงมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และพร้อมที่จะปฏิบัติ สอดคล้องกับแนวคิดของ เพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติ แต่

การศึกษาคั้งนี้พบความสัมพันธ์เพียงในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่รับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถแต่ไม่ปฏิบัติ อาจเนื่องจากไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติ อย่างไรก็ตามการศึกษารอคอื่นที่ผ่านมามีส่วนใหญ่มักพบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพสูงกว่าการศึกษาคั้งนี้ ดังเช่น การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรัง (จิตรา, 2541) โรคต้อหินเรื้อรัง (สุชาติ, 2542) และโรคเบาหวาน (Stuifbergen & Becker, 1994) โดยพบความสัมพันธ์เท่ากับ .57, .78, และ .62 ($p < .01$) ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องจากเป็นที่ทราบกันดีว่าทั้งสามโรคนี้น่าจะมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคนี้น่าจะพยายามเรียนรู้การปฏิบัติจนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ

เมื่อพิจารณาผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับการปฏิบัติตนรายด้านพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ และด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเกี่ยวกับการใช้ข้อในระดับต่ำ ($r = .21, p < .05$; $r = .23, p < .01$ และ $r = .19, p < .05$ ตามลำดับ) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีความมั่นใจที่จะปฏิบัติตนด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ และด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเกี่ยวกับการใช้ข้อ เนื่องจากการปฏิบัติตนดังกล่าวเป็นเรื่องไม่ยุ่งยากซับซ้อนและสามารถปฏิบัติได้ง่าย กลุ่มตัวอย่างจึงพร้อมที่จะปฏิบัติ และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ มีผู้ดูแลคอยให้กำลังใจเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติของผู้ป่วย และที่พบความสัมพันธ์อยู่ระดับต่ำ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่ได้ให้ความสนใจอย่างจริงจัง โดยคิดว่าโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่เกิดจากความชรา และไม่ร้ายแรงถึงชีวิต อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ผ่านมามีส่วนใหญ่มักพบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับการปฏิบัติตนในด้านการออกกำลังกายและด้านโภชนาการในระดับที่สูงกว่า ดังเช่น ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจหรือผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ (Charoenkitkam, 2000) และผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Ngaosomkul, 2000) โดยพบความสัมพันธ์เท่ากับ .60 และ .65 ($p < .01$) และความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Charoenkit, 2000) โดยพบความสัมพันธ์เท่ากับ .42 ($p < .01$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ต้องมาพบแพทย์ตามนัด จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสได้รับความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติ ได้รับคำแนะนำการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคจากทีมบุคลากร โดยเฉพาะเรื่องรับประทานอาหาร

และการออกกำลังกายซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญในส่งเสริมให้อาการของโรคดีขึ้น จึงทำให้เพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น การรับรู้ความสามารถของตนเองมากขึ้น ทำให้มีการปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการปฏิบัติตนโดยรวม ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เชื่อว่าโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับทุกคน และเป็นผลจากความชรา (สุภาพ, 2542; ยงยุทธ, 2545) และส่วนใหญ่อาการของโรคที่เกิดขึ้นไม่รุนแรง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังช่วยเหลือตนเองได้ดี และเมื่อได้ยาแก้ปวดก็หาย จึงไม่เห็นความสำคัญในการปฏิบัติ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (Charoenkit, 2000) และเพศ อายุ รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (กาญจนา, 2541) ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยดังกล่าวมักรับรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานมักมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงชีวิต ทำให้ผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นเพศหญิงหรือชายมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงมีโอกาสได้รับการกระตุ้นให้มีการปฏิบัติจากทีมสุขภาพจนเกิดความเคยชินในการปฏิบัติจนเป็นเรื่องปกติทุกวัน

สำหรับผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการปฏิบัติรายด้านพบความสัมพันธ์ 2 คู่ คือ 1) เพศกับการปฏิบัติตนด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเกี่ยวกับการใช้ข้อ และ 2) ดัชนีมวลกายกับการปฏิบัติตนด้านโภชนาการ สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการปฏิบัติตนด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเกี่ยวกับการใช้ข้อ ($r = .19, p < .05$) ซึ่งพบว่าเพศหญิงมีการปฏิบัติตนด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเกี่ยวกับการใช้ข้อดีกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเนื่องจากเพศชายเป็นเพศที่สังคมเห็นว่าเป็นเพศที่แข็งแรงกว่าเพศหญิง ดังนั้นการแบก ยก หรือหิ้วของหนักจึงเป็นหน้าที่ของผู้ชาย ทำให้การปฏิบัติตนด้านดังกล่าวมีข้อจำกัดในกลุ่มตัวอย่างเพศชาย นอกจากนี้ยังพบว่า เพศหญิงมักมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าเพศชาย จึงอาจทำให้เพศหญิงมีความกระตือรือร้น และสนใจดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าเพศชาย (สมพันธ์, 2540) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอำนาจเจริญ (สดใส, 2540) ที่พบว่า เพศต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากเพศหญิงสนใจในสุขภาพตนเองมากกว่าเพศชาย แต่แตกต่างกับการศึกษาพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Charoenkitkam, 2000) ซึ่งพบว่า เพศชายมีพฤติกรรมออกกำลังกายดีกว่าเพศหญิง ทั้งนี้อาจเนื่องจากเพศหญิงมักต้องรับผิดชอบดูแลงานบ้านจึงไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย นอกจากนี้

ยังมีการศึกษาอื่นที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังเช่น การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (กาญจนา, 2541) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งมักจะเป็นโรคที่ต้องดูแลและควบคุมโรคตลอดชีวิต ทำให้กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวไม่ว่าหญิงหรือชายเกิดความเคยชินในการปฏิบัติ

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายกับการปฏิบัติตนรายด้านพบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนด้านโภชนาการเพียงด้านเดียว ($r = -.22$ $p < .05$) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายมากหรือน้อยจะให้ความสำคัญกับการบริโภคอาหารมากกว่าด้านอื่น และโดยทั่วไปดัชนีมวลกายของคนจะสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนด้านโภชนาการอยู่แล้ว คนที่ปฏิบัติตนด้านโภชนาการดี จะควบคุมน้ำหนักได้ ทำให้ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ คนที่ปฏิบัติตนด้านโภชนาการไม่ดี ก็จะมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าเกณฑ์ปกติ สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่กล่าวว่าบุคคลที่มีน้ำหนักมากมีแนวโน้มการปฏิบัติตนด้านสุขภาพและความต่อเนื่องในการปฏิบัติน้อยกว่าบุคคลที่มีน้ำหนักน้อย แต่แตกต่างจากการศึกษาของสไต (2540) ที่พบว่า ดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารเช้า ซึ่งเห็นว่าดัชนีมวลกายมิได้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านโภชนาการเพียงอย่างเดียว แต่อาจจะเป็นผลจากเกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายด้วย

โดยสรุปจากผลการศึกษาดังกล่าวที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเองกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำนั้น อาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคไม่ร้ายแรง จึงไม่ให้ความสำคัญในการปฏิบัติ หรืออาจเนื่องจากการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโดยรวมมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องนอกเหนือจากตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งถ้าพิจารณาภายใต้แนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ อาจหมายถึง อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม (activity-related affect) ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน (Commitment to a plan of action) และความต้องการและความชอบอื่นที่เกิดขึ้นทันทีทันใด (immediate competing demands and preferences)

แนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เหมาะสมกับสถานการณ์ในการศึกษานี้ระดับหนึ่ง เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ส่งเสริมสุขภาพซึ่งตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่ต้องการยกระดับความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น แต่ก็มีจุดด้อยคือ การศึกษานี้ได้นำตัวแปรตามแนวคิดนี้มาศึกษาบางตัวไม่ได้นำมาศึกษาทั้งหมด จึงทำให้ความสัมพันธ์อยู่ในระดับข้างต่ำ