

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

#### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเอง และการรับรู้สุขภาพของผู้สูงอายุ ข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดภูเก็ต จำนวน 130 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม พ.ศ. 2547 ผลการวิจัยที่ได้นำเสนอโดยการบรรยายประกอบตารางดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 คะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเอง และการรับรู้สุขภาพของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเอง และการรับรู้สุขภาพ

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับ การศึกษา ประวัติการประกอบอาชีพในอดีต อาชีพในปัจจุบัน สิทธิในการรักษา ฐานะทางเศรษฐกิจ แหล่งของรายได้ ปัจจุบันอาศัยอยู่กับบุคคลใด ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นข้อเข่าเสื่อม จำนวน ข้อเข่าเสื่อม อุปกรณ์ช่วยพยุงข้อเข่าหรือช่วยในการเดิน และโรคประจำตัว จากการศึกษพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 68.82 ปี (SD = 7.27, Range = 60-90 ปี) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.60 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 58.50 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 70.80 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.90 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย เกี่ยวกับอายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับ และการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ( $N = 130$ )

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ</b> ( $\bar{X} = 68.82$ , $SD = 7.27$ , $Range\ 60-90 = 30$ )		
<b>เพศ</b>		
ชาย	33	25.40
หญิง	97	74.60
<b>สถานภาพสมรส</b>		
คู่	76	58.50
โสด	13	10.00
หม้าย/หย่า/แยก	41	31.50
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	92	70.80
อิสลาม	37	28.50
คริสต์	1	0.80
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	20	15.40
ประถมศึกษา	87	66.90
มัธยมศึกษา	17	13.10
อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตร	1	0.80
ปริญญาตรี	5	3.80

สำหรับประวัติการประกอบอาชีพในอดีตของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีอาชีพค้าขาย ร้อยละ 29.20 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง และทำงานบ้าน ร้อยละ 26.20 และ 24.60 ตามลำดับ ส่วนอาชีพในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างจะทำงานบ้านมากถึง ร้อยละ 68.5 สำหรับสิทธิ์ในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบัตรประกันสุขภาพ 30 บาท ร้อยละ 69.20 โดยมีฐานะทางเศรษฐกิจพอ กินพอใช้ ร้อยละ 77.70 ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ เกี่ยวกับประวัติการประกอบอาชีพในอดีต อาชีพในปัจจุบัน สิทธิในการรักษา และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง (N = 130)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>ประวัติการประกอบอาชีพในอดีต</b>		
ทำงานบ้าน	32	24.60
ค้าขาย	38	29.20
รับจ้าง	34	26.20
เกษตรกร	11	8.50
ข้าราชการ	8	6.20
อื่นๆ	7	5.40
<b>อาชีพในปัจจุบัน</b>		
ทำงานบ้าน	90	69.23
ค้าขาย	15	11.50
รับจ้าง	8	6.20
เกษตรกร	3	2.30
ข้าราชการบำนาญ	8	6.20
ช่างไม้	2	1.54
ช่างตัดผ้า	2	1.54
นักบวช (แม่ชี)	1	0.80
<b>สิทธิในการรักษา</b>		
บัตรประกันสุขภาพ 30 บาท	90	69.20
สิทธิข้าราชการ	37	28.50
ประกันสังคม	1	0.80
ภิกษุสงฆ์-สามเณร (แม่ชี)	1	0.80
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	1	0.80
<b>ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว</b>		
มีเหลือเก็บ	28	21.50

พอกินพอใช้	101	77.70
มีหนี้สิน	1	0.80

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแหล่งของรายได้มาจากบุตร/หลาน ร้อยละ 61.10 โดยปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับบุตร/หลานมากที่สุด ร้อยละ 56.10 รองลงมาอาศัยอยู่กับคู่สมรส และอาศัยอยู่คนเดียว ร้อยละ 36.10 และ 4.40 ตามลำดับ สำหรับดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับอ้วน ร้อยละ 47.70 รองลงมาดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ และผอม ร้อยละ 43.80 และ 8.50 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ เกี่ยวกับแหล่งของรายได้ ปัจจุบันอาศัยอยู่กับบุคคลใด และดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง ( $N = 130$ )

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>แหล่งของรายได้</b>		
การประกอบอาชีพ	30	18.50
คู่สมรส	13	8.00
บุตร/หลาน	99	61.10
บำเหน็จ/บำนาญ	8	4.90
ดอกเบี้ย	5	3.10
อื่นๆ	7	4.30
<b>ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ</b>		
คนเดียว	8	4.40
คู่สมรส	65	36.10
บุตร/หลาน	101	56.10
อื่นๆ	6	3.30
<b>ดัชนีมวลกาย (BMI)</b>		
ผอม	11	8.50
ปกติ	57	43.80
อ้วน	62	47.70

กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่เป็นข้อเช่าเสื่อมตั้งแต่ 1-240 เดือน ( $\bar{X} = 57.56$ ,  $SD = 55.10$ ) และมีข้อเช่าเสื่อม 2 ข้าง ร้อยละ 63.10 แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะเป็นข้อเช่าเสื่อม แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงข้อเช่าหรือช่วยในการเดิน ร้อยละ 76.90 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงข้อเช่าหรือช่วยในการเดินส่วนใหญ่ร้อยละ 18.47 จะเป็นไม้เท้า ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย เกี่ยวกับระยะเวลาที่เป็นข้อเช่าเสื่อม จำนวนข้อเช่าเสื่อม และอุปกรณ์ช่วยพยุงข้อเช่าหรือช่วยในการเดินของกลุ่มตัวอย่าง ( $N = 130$ )

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาที่เป็นข้อเช่าเสื่อม (เดือน) (<math>\bar{X} = 57.56</math>, <math>SD = 55.10</math>, Range 1-240 = 239)</b>		
<b>จำนวนข้อเช่าเสื่อม</b>		
ข้อเช่า 1 ข้าง	48	36.90
ข้อเช่า 2 ข้าง	82	63.10
<b>อุปกรณ์ช่วยพยุงข้อเช่าหรือช่วยในการเดิน</b>		
ไม่ใช้	100	76.90
ใช้	30	23.10
- ไม้เท้า	11	8.46
- ไม้เท้า 3 ขา	18	13.85
- ไม้เท้า 4 ขา	3	2.31
- ไม้เท้า 3 ขา	3	2.31

นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 60 โดยกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ซึ่งโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.54 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน และโรคหัวใจ ร้อยละ 11.54 และ 8.46 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 5

ส่วนที่ 2 คะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเอง และการรับรู้สุขภาพของผู้สูงอายุข้อเช่าเสื่อม

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมเฉลี่ยในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ( $\bar{X} = 188.85$ ,  $SD = 30.23$ ,  $Range = 110-239$ ,  $skewness = -.35$ ) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี โดยกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองด้านความรู้ ความสนใจ และเอาใจใส่ตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาการและป้องกันความพิการของข้อเข่าเสื่อมมากที่สุด ( $\bar{X} = 73.49$ ,  $SD = 11.52$ ) รองลงมาเป็นด้านการตัดสินใจดูแลตนเองเกี่ยวกับข้อเข่าเสื่อม ( $\bar{X} = 44.39$ ,  $SD = 7.62$ ) สำหรับคะแนนการดูแลตนเองโดยรวมเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ( $\bar{X} = 42.26$ ,  $SD = 5.56$ ,  $skewness = .86$ ) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีการดูแลตนเองโดยใช้การรักษาแบบการดูแลแบบพื้นบ้านอยู่ในระดับไม่ดี และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สุขภาพโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ( $\bar{X} = 710.29$ ,  $SD = 187.97$ ,  $Range = 210-1,000$ ,  $skewness = -.49$ ) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้สุขภาพอยู่ในระดับดี ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 5 จำนวน ร้อยละ เกี่ยวกับโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง ( $N = 130$ )

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
--------------	-------	--------

โรคประจำตัว		
ไม่มี	52	40.00
มี	78	60.00
- โรคความดันโลหิตสูง	54	41.54
- โรคเบาหวาน	15	11.54
- โรคหัวใจ	11	8.46
- โรคไขมันอุดตันในหลอดเลือด	4	3.08
- โรคกระเพาะอาหารอักเสบ	4	3.08
- โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	3	2.31
- โรคกรดสีดวงทวาร	2	1.54
- โรคไตอักเสบ	2	1.54
- โรคไทรอยด์	1	0.77
- โรคไมเกรน	1	0.77
- โรคเวียนศีรษะ	1	0.77
- โรคนอนไม่หลับ	1	0.77

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย และความเบ้ของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน และการรับรู้สุขภาพโดยรวม (N = 130)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ )	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	พิสัย (Range)	ความเบ้ (skewness)
ความสามารถในการดูแลตนเอง	188.85	30.23	110-239	-0.35
- ด้านความรู้ ความสนใจและเอาใจ ใส่ตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาการ และป้องกันความพิการของ ข้อเข่าเสื่อม	73.49	11.52	42-90	-0.49

- ด้านการตัดสินใจดูแลตนเองเกี่ยวกับ				
ข้อเช่าเสื่อม	44.39	7.62	23-60	-0.04
- ด้านการตระหนักถึงความสำคัญใน				
การดูแลข้อเช่าเสื่อม	32.72	5.79	19-42	-0.28
- ด้านทักษะทางกายและความพึงพอใจ				
ในการดูแลข้อเช่าเสื่อมอย่างสม่ำเสมอ	38.25	6.97	22-48	-0.46
การดูแลตนเอง	42.26	5.56	24-54	-0.31
- การรับประทานอาหารและการ				
ควบคุมน้ำหนัก	8.50	1.63	5-12	.06
- การออกกำลังกายและการบริหาร				
ข้อเช่า	7.62	1.50	3-9	-0.87
- การหลีกเลี่ยงอันตรายต่อข้อเช่า	7.03	1.54	3-9	-0.54
- การจัดการเมื่อมีอาการปวดข้อเช่า	11.12	1.89	6-15	-0.19
- การสังเกตและรายงานอาการ				
ผิดปกติ	7.97	1.41	3-9	-1.68
การดูแลตนเองแบบการดูแลแบบพื้นบ้าน	4.79	1.72	3-9	.86
การรับรู้สุขภาพ	710.29	187.97	210-1,000	-0.49

จากการศึกษาการดูแลตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกายมากกว่า 1 วิธี โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ออกกำลังกายโดยการเดิน ร้อยละ 79.68 รองลงมาเป็นการยกขาขึ้นลง และแกว่ง/หมุนขาไปมา ร้อยละ 73.17 และ 31.71 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มตัวอย่างอีก 7 ราย ให้ข้อมูลว่าจะอยู่บ้านเฉยๆ ไม่ได้ออกกำลังกายด้วยวิธีใด ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวิธีการออกกำลังกายเมื่อมีข้อเช่าเสื่อม (N = 123)

วิธีการออกกำลังกายเมื่อมีข้อเช่าเสื่อม	ราย (ร้อยละ)
1. เดิน	98 (79.68)
2. ยกขาขึ้นลง	90 (73.17)
3. แกว่ง/หมุนขาไปมา	39 (31.71)
4. เกร็งขาขณะนั่ง	12 (9.76)

5. บริหารร่างกายด้วยท่าพื้นฐาน/เต้านแอโรบิก	9 (7.32)
6. ทำงานบ้าน	6 (4.88)
7. รำมวยจีนรำไทเก๊ก	4 (3.25)
8. ถ่วงน้ำหนักด้วยถุงทราย	3 (2.44)
9. โยคะ	1 (0.81)

การศึกษาคั้งนี้ยังได้ศึกษาการดูแลตนเองเกี่ยวกับการดูแลแบบพื้นบ้านเพิ่มเติม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 46.92 มีการดูแลตนเองแบบผสมผสานโดยใช้การดูแลแบบพื้นบ้านร่วมด้วย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีการดูแลแบบพื้นบ้านมากกว่า 1 วิธีสลับไปมา โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สมุนไพรในการ/อบมากที่สุด ร้อยละ 26.23 รองลงมาเป็นการพบพระจีน และการฝังเข็ม ร้อยละ 31.15 และ 9.84 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 8

#### ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

จากการศึกษาผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมพบว่า ความแตกต่างของความสามารถใน การดูแลตนเอง การดูแลตนเอง และการรับรู้สุขภาพ ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เรียนหนังสือกับกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาชั้นถมศึกษาขึ้นไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีความสามารถในการดูแล ตนเองการดูแลตนเอง และการรับรู้สุขภาพแตกต่างกัน

ตาราง 8 จำนวน ร้อยละ ของคะแนนการดูแลตนเองแบบการดูแลแบบพื้นบ้านโดยรวม (N = 61)

การดูแลตนเองแบบการดูแลแบบพื้นบ้าน	จำนวน	ร้อยละ
1. การประคบ/อบสมุนไพร	16	26.23
2. พระจีน	13	21.31
3. การฝังเข็ม	6	9.84
4. การนวดฝ่าเท้า	4	6.56
5. การเหยียบกะลามะพร้าว/เหยียบไม้ไผ่	4	6.56

6. การรับประทานอาหารเสริม/วิตามินเสริม	4	6.56
7. การใช้ยาลูกอม	3	4.92
8. การซื้อยาเม็ดลูกกลอนรับประทาน	3	4.92
9. นั่งสมาธิ	3	4.92
10. โยคะ	2	3.28
11. การอาบน้ำพุร้อน	2	3.28
12. ตีลังกา	1	1.63

ตาราง 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเอง และการรับรู้สุขภาพ ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เรียนหนังสือกับกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาศึกษาชั้นมัธยมศึกษาขึ้นไป ( $N = 130$ )

ตัวแปร	การศึกษา	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t
ความสามารถใน	ไม่เรียนหนังสือ	20	176.00	34.57	2.10*
การดูแลตนเอง	ประถมศึกษาขึ้นไป	110	191.19	28.94	
การดูแลตนเอง	ไม่เรียนหนังสือ	20	41.45	6.71	2.60*
	ประถมศึกษาขึ้นไป	110	42.39	5.34	
การรับรู้สุขภาพ	ไม่เรียนหนังสือ	20	612.00	226.27	.70*
	ประถมศึกษาขึ้นไป	110	728.16	175.49	

\*  $p < .05$

สำหรับความแตกต่างของการดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัวกับกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัวมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว ดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 10 เปรียบเทียบความแตกต่างของการดูแลตนเอง ระหว่างระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัวกับกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว ( $N = 130$ )

ตัวแปร	โรคประจำตัว	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t
การดูแลตนเอง	ไม่มีโรคประจำตัว	52	192.65	27.63	1.17

มีโรคประจำตัว	78	186.32	31.76
---------------	----	--------	-------

\*  $p < .05$

การศึกษาความแตกต่างของความสามารถในการดูแลตนเอง และการรับรู้สุขภาพะ ระหว่างการดูแลแบบการแพทย์แผนปัจจุบันกับการดูแลแบบผสมผสานโดยใช้การดูแลแบบ บ้านร่วมด้วยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการดูแลแบบการแพทย์แผนปัจจุบันกับการดูแลแบบ ผสมผสานโดยใช้การดูแลแบบบ้านร่วมด้วยมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ( $t = 1.66, p > .05$ ) แต่มีการรับรู้สุขภาพะแตกต่างกัน ( $t = 2.57, p < .05$ ) ดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11 เปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถในการดูแลตนเอง และการรับรู้สุขภาพะ ระหว่างการดูแลแบบการแพทย์แผนปัจจุบันกับการดูแลแบบผสมผสานโดยใช้การดูแลแบบบ้าน ร่วมด้วย ( $N = 130$ )

ตัวแปร	การดูแลตนเอง	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t
ความสามารถใน	แพทย์แผนปัจจุบัน	69	184.75	3.83	1.66
การดูแลตนเอง	แบบผสมผสาน	61	193.49	3.62	
การรับรู้สุขภาพะ	แพทย์แผนปัจจุบัน	69	671.97	208.75	2.57*
	แบบผสมผสาน	61	753.62	151.59	

\*  $p < .05$

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเอง และการรับรู้สุขภาพะ

ผลการวิเคราะห์โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า 1) ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทาง บวกในระดับสูงกับการรับรู้สุขภาพะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .71, p < .01$ ) กล่าวคือ กลุ่มตัว อย่างที่มีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองสูง จะมีการรับรู้สุขภาพะที่ดี ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มี คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองต่ำจะมีการรับรู้สุขภาพะไม่ดี 2) การดูแลตนเองมีความ สัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการรับรู้สุขภาพะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .38, p < .01$ ) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการดูแลตนเองสูง จะมีการรับรู้สุขภาพะดี ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ มีคะแนน การดูแลตนเองต่ำจะมีการรับรู้สุขภาพะไม่ดี และ 3) ความสามารถในการดูแลตนเองมี ความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .37, p <$

.01) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองสูง จะมีการดูแลตนเองดี ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองต่ำจะมีการดูแลตนเองไม่ดี ดังแสดงในตาราง 12

ตาราง 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเอง และการรับรู้สุขภาพของของกลุ่มตัวอย่าง ( $N = 130$ )

ตัวแปร	1	2	3
1. ความสามารถในการดูแลตนเอง	-	.37**	.71**
2. การดูแลตนเอง		-	.38**
3. การรับรู้สุขภาพ			-

\*\* $p < .01$

#### การอภิปรายผล

การศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเอง และการรับรู้สุขภาพของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดหนึ่งนภาคใต้ จำนวน 130 ราย เป็นการศึกษาโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาได้นำเสนอเป็นตารางประกอบ การบรรยาย จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

#### ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 60-90 ปี มีอายุเฉลี่ย 68.82 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือ เพศหญิงจำนวน 97 ราย และเพศชาย 33 ราย คิดเป็นอัตราส่วนเพศหญิง:เพศชาย เท่ากับ 2.94:1 เนื่องจากเพศหญิงเป็นช่วงที่อยู่ในวัยทอง ทำให้ขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ที่เป็น ตัวป้องกันความเสื่อมของกระดูก (Felson & Zhang, 1998) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า เพศหญิงเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่าเพศชาย (ยุพิน, 2536; แหวดาว, 2543; สุณี, 2544; Felson & Zhang, 1998) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 58.50 สอดคล้องกับการศึกษาของปราณี (2539) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ข้อเข่าเสื่อม จำนวน 100 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 52 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 70.80 รองลงมานับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 28.50 มีเพียงร้อยละ .80 หรือ 1

ราย ที่นับถือศาสนาคริสต์ เนื่องจากสังคมวัฒนธรรมของคนไทยส่วนใหญ่มีเชื้อสายไทยพุทธ จึงทำให้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาในระดับประถมศึกษาศึกษามากถึงร้อยละ 66.90 โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการศึกษาร้อยละ 15.40 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกนกพร (2540) เรื่องแบบจำลองเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 67.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีร้อยละ 24 และ การศึกษาของแววดาว (2543) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรุนแรงของ โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีร้อยละ 78 และไม่ได้เรียนหนังสือมีร้อยละ 11.30 จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาค่อนข้างน้อย อาจเนื่องมาจากประเทศไทยในสมัยก่อนมีการศึกษาภาคบังคับถึงระดับประถมศึกษาปีที่ 4 เท่านั้น จึงทำให้พบว่า การศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา (นภาพร จอห์น และ ศิริวรรณ, 2533)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติการประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 29.20 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง ร้อยละ 26.20 ทั้งนี้เนื่องจากการประกอบอาชีพค้าขายและรับจ้าง จะต้องแบกหรือยกของหนัก ร่วมกับมีการเดินและยืนนานๆ ทำให้มีน้ำหนักกดบริเวณกระดูกฉีกข้อเป็นเวลานานเกิดการเสียดสีและเสื่อมสภาพตามมา (นิตยา, 2545; วรวิทย์, 2546; Felson & Zhang, 1998) ซึ่งอาชีพเหล่านี้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดข้อเข่าเสื่อมขึ้นได้ นอกจากนี้ผลจากการเจ็บป่วยและความสามารถของร่างกายที่ลดลงจากอายุที่เพิ่มขึ้นนี้ จะทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมได้ ดังนั้นในการศึกษานี้จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนอาชีพมาใช้ชีวิตอยู่กับบ้านโดยช่วยทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ เช่น บัดกวาด เช็ดถู มากถึงร้อยละ 69.23 สอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร จอห์น และ ศิริวรรณ (2533) เกี่ยวกับประชากรผู้สูงอายุไทย: ลักษณะทางประชากรและสังคมจากแหล่งข้อมูลทางการพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปมีการประกอบอาชีพลดลง อย่างไรก็ตามแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะเปลี่ยนอาชีพมาใช้ชีวิตอยู่กับบ้านที่ช่วยทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีรายได้จากการประกอบอาชีพ แต่ก็ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจพอกินพอใช้ร้อยละ 77.70 และมีเหลือเก็บร้อยละ 21.50 โดยกลุ่มตัวอย่างจะมีแหล่งของรายได้มาจากบุตรหลานเป็นส่วนใหญ่มากถึง ร้อยละ 61.10 และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 56.10 ทั้งนี้เนื่องมาจากในสังคมวัฒนธรรมไทยบุตรต้องดูแลบิดามารดาเพื่อแสดงความกตัญญู จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่คนเดียวมีเพียงร้อยละ 4.40 ทำให้เห็นว่าสังคมไทยในปัจจุบันผู้สูงอายุยังมีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ผู้สูงอายุจึงได้รับการช่วยเหลือจากบุตรหลาน สอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์สังคมไทย พ.ศ. 2546 ที่พบว่า

โครงสร้างของครัวเรือนในสังคมไทยยังมี รูปแบบดั้งเดิม คือ ครอบครัวยายเป็นครอบครัวที่มีปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน และญาติอื่นๆ อาศัยอยู่ด้วยกัน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2546)

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิในการรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพ 30 บาท ร้อยละ 69.20 รองลงมาเป็นสิทธิข้าราชการร้อยละ 28.50 สำหรับที่เหลือ ใช้สิทธิ ภาครัฐ-สามเณร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประกันสังคม ซึ่งการที่ ผู้สูงอายุร้อยละ 100 มีสวัสดิการการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยนั้น จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถลด ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากการเจ็บป่วยได้ ทำให้ผู้สูงอายุสนใจที่จะดูแลสุขภาพ ของตนเองมากขึ้น เมื่อเริ่มมีการเจ็บป่วยก็รีบไปรับการรักษาโดยไม่ต้องรอให้เจ็บป่วยมากขึ้นหรือมี อาการรุนแรงขึ้น

สำหรับการเกิดข้อเข่าเสื่อมนั้นไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่มีปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิด ข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุนอกจากเพศแล้ว ความอ้วนก็เป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิด ข้อเข่าเสื่อมได้ ดังนั้นจึงพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วน ร้อยละ 47.70 เนื่องจากผู้ที่มีน้ำหนักตัวมากจะเกิดแรงกดทับบนกระดูกอ่อนบริเวณผิวข้อเข่ามากขึ้น ทำให้เกิด โรคข้อเข่าเสื่อมตามมา (Anding, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาของวิภา (2543) ที่พบว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้น จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดข้อเข่าเสื่อมมากขึ้น อย่างไรก็ตามความชราภาพก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดข้อเข่าเสื่อมได้ ซึ่งเกิดจากการเสื่อมสภาพตามวัยในผู้สูงอายุ (วรวิทย์, 2546; สุรศักดิ์, 2543) ในการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งเป็นกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติและไม่ได้มีประวัติอ้วนมาก่อน และกลุ่มตัวอย่างที่เคยอ้วนมาก่อน แต่ปัจจุบันสามารถควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม และได้รับคำแนะนำจากบุคลากรที่มสุขภาพ ร่วมกับประสบการณ์ของตนเองในการดูแล ข้อเข่าเสื่อม ทำให้สามารถการควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ และยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติการประกอบอาชีพค้าขายและรับจ้าง (ตาราง 2) ซึ่งเป็นด้านอาชีพที่ต้องยืนนานๆ และยกของหนัก ทำให้ต้องใช้ใช้น้ำหนักบริเวณข้อเข่ามาก กระดูกผิวข้อต้องรับแรงกดเป็นเวลานาน ข้อเข่าเกิดการเสียดสีและเสื่อมสภาพตามมา (นิตยา, 2545; วีระชาติ, 2545)

นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่เป็นข้อเข่าเสื่อมตั้งแต่ 1-240 เดือน ( $X = 57.56$ ,  $SD = 55.10$ ) ซึ่งมีการเสื่อมของข้อเข่าเป็นระยะเวลานาน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการเสื่อมของข้อเข่าทั้ง 2 ข้างมากถึงร้อยละ 63.10 อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงข้อเข่าหรือช่วยในการเดินร้อยละ 76.90 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับ การรักษาในการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการปวดข้อเข่า ทำให้สามารถลุกนั่งและ

เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน แสดงให้เห็นว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมยังไม่เป็นปัญหาให้ ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้สูงอายุยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง แต่ผู้สูงอายุต้องจำกัดหรือลดกิจกรรมบางอย่างที่ทำให้อาการปวดข้อเข่ารุนแรงขึ้น ได้แก่ การเดินขึ้นลงบันได การนั่งพับเพียบเพื่อฟังเทศน์ จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งต้องมีการปรับเปลี่ยนห้องพักของตนเองจากการขึ้นบันไดชั้นบนลงมาเป็นชั้นล่าง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะอยู่แต่ในบ้าน ทำให้มีการร่วมกิจกรรมในสังคมน้อยลง สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงข้อเข่าหรือช่วยในการเดินจะเป็นไม้เท้า (ร้อยละ 18.47) รองลงมาเป็นผ้ารัดเข่า (ร้อยละ 8.46) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 60 มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมด้วย โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 41.50 รองลงมาเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 11.54 และโรคหัวใจร้อยละ 8.46 ตามลำดับ ซึ่งโรคเหล่านี้เป็นโรคที่พบได้มากในผู้สูงอายุ (บรรลู่, 2542) ซึ่งลักษณะโดยทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในการศึกษาค้างนี้มีลักษณะคล้ายคลึงหรือสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (นภาพร จอห์น และ ศิริวรรณ, 2533; ปราณิ, 2539; ยุพิน, 2536; วารี, 2541; วิลาวัณย์, 2539; วิภา, 2543; แวดดาว, 2543; ศิริมา, 2541; สุจิตรา, 2532; Felson & Zhang, 1998)

#### *ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม*

การศึกษาค้างนี้พบว่า คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมเฉลี่ยของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ( $\bar{X} = 188.85$ ,  $SD = 30.23$ ,  $Range = 110-239$ ,  $skewness = -0.35$ ) แสดงว่าผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่มีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 68.82 ซึ่งถือเป็นผู้สูงอายุตอนต้นที่มีอายุอยู่ในช่วง 60-74 ปี ความเสื่อมของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายยังเกิดขึ้นไม่มาก (Matteson, 1997; Miller, 1995) ผู้สูงอายุยังมีความสามารถในด้านพฤติกรรมและกระบวนการในด้านการคิด ความจำ และการใช้สติปัญญา โดยความสามารถในการเรียนรู้รวมทั้งความจำในผู้สูงอายุจะเริ่มลดลงเมื่ออายุ 70 ปีขึ้นไป (บรรลู่, 2542) ความสามารถในด้านการคิด การใช้สติปัญญาเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ที่จะพื้นฐานให้บุคคลมีพลังความสามารถ 10 ประการ ที่ก่อให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง (Orem, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้สูงอายุตอนต้นมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับสูง (นิรนาท, 2534; พุฒเมษา, 2542; อมาวสี, 2539) ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยจะมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น อีกทั้งระยะเวลาในการเป็น ข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุโดยเฉลี่ย 57.56 เดือน จะเป็นระยะเวลาเจ็บป่วยที่ทำให้เกิด

ประสบการณ์ในการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้น (Orem, 1991) ดังจะเห็นได้จากคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองรายด้าน โดยกลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจดูแลตนเองเกี่ยวกับข้อเข่าเสื่อมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 44.39 (SD = 7.62) และการตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลข้อเข่าเสื่อมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 32.72 (SD = 5.79)

จากการศึกษายังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติของข้อเข่าของตนเองว่ามีข้อเข่าอ่อนแรง ขาไม่มีแรงพุงยื่นหรือเดินได้ตามปกติ ทำให้ทรงตัวไม่ได้ มีข้อเข่ายึดติดแข็ง ไม่สามารถเหยียดหรืองอข้อเข่าได้ มีเสียงดังเมื่อขยับหรือเคลื่อนไหวข้อเข่า มีอาการปวดข้อเข่า ร่วมด้วย และสังเกตพบว่าตนเองมีข้อเข่าโตขึ้นและมีขาโก่งมากขึ้น จึงพบว่าเมื่อมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับข้อเข่าเกิดขึ้น ผู้สูงอายุจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล และได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทีมสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาอาการปวดข้อเข่า และชะลอความรุนแรงของโรค สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งการให้คำแนะนำเป็นวิธีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อีกวิธีหนึ่ง (สมจิต, 2537) ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีข้อเข่าเสื่อมจะแสวงหาความช่วยเหลือเพื่อค้นหากิจกรรมที่เหมาะสมในการดูแลข้อเข่าด้วยตนเอง รับรู้ สนใจ ติดตาม การรักษา และปฏิบัติกิจกรรมในการหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีการเสื่อมของ ข้อเข่ามากขึ้น ตลอดจนฟื้นฟูการทำหน้าที่ของข้อเข่าให้เป็นไปตามปกติ (ประพันธ์ และ วิรัตน์, 2546; Ling & Bathon, 1998) เพื่อให้เพียงพอกับความต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้น สามารถคงไว้ซึ่งสุขภาพและความผาสุก (Orem, 2001) ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้จึงพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลตนเองด้านความรู้ ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง และด้านทักษะทางกายและความพึงพอใจในการดูแลข้อเข่าเสื่อมอย่างสม่ำเสมอ ในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางสูง ดังจะเห็นได้จากความสามารถในการดูแลตนเองด้านความรู้ ความสนใจ และเอาใจใส่ตนเองเกี่ยวกับ การควบคุมอาการและป้องกันความพิการของข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 73.49 (SD = 11.52) และมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองด้านทักษะทางกายและ ความพึงพอใจในการดูแลข้อเข่าเสื่อมอย่างสม่ำเสมอเท่ากับ 38.25 (SD = 6.97)

การมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางสูงจากการศึกษาในครั้งนี้ ยังอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับ ประถมศึกษาหรือสูงกว่าประถมศึกษา ซึ่งการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง โดยบุคคลที่มีการศึกษาจะสามารถแสวงหาข้อมูล และคิดพิจารณาตัดสินใจการกระทำได้ ตลอดจนสนใจซักถามปัญหา และใช้แหล่งประโยชน์ได้มากกว่าบุคคลที่ไม่มีการศึกษา และจากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่เรียนหนังสือจะมีความสามารถใน

การดูแลตนเองแตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่เรียนหนังสือ ( $t = 2.09, p < .05$ ) (ตาราง 9) โดยผู้สูงอายุที่เรียนหนังสือมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เรียนหนังสือ ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ และการมีทักษะในการเรียนรู้เป็นองค์ประกอบหนึ่งของความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่ก่อให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเอง จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของอมาวลี (2539) พบว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยพื้นฐานให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกัน

นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลานและคู่สมรส (ตาราง 1) ซึ่งเป็นการอาศัยในลักษณะครอบครัวขยาย ทำให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว และสังคมวัฒนธรรมไทยที่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย จะทำให้ผู้สูงอายุมีบทบาทช่วยเหลือ ครอบครัวในการทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ ช่วยเลี้ยงหลาน ตลอดจนเป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่สมาชิกในครอบครัว (สมภพ, 2538) ผู้สูงอายุที่ได้รับความเคารพยกย่องจากบุตรหลาน และภายในครอบครัวมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ยังทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกที่ตนเองเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ซึ่งการเห็นคุณค่าในตนเองจะเป็นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ที่เป็นองค์ประกอบให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1995) ดังนั้นการได้รับความช่วยเหลือ และการดูแลเอาใจใส่ทั้งด้านร่างกายและจิตใจจากสมาชิกในครอบครัวและคู่สมรส จะเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในการส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของศิริมา (2541) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพภายในครอบครัวดี และมีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก

#### การดูแลตนเองของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม

การศึกษากการดูแลตนเองของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนการดูแลตนเองเกี่ยวกับข้อเข่าเสื่อมโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางสูง ( $\bar{X} = 42.26, SD = 5.56, Range = 24-54, skewness = -.31$ ) แสดงว่าผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.60 ซึ่งลักษณะของเพศหญิงจะเป็นเพศที่ให้ความสนใจต่อสุขภาพ รวมทั้งการมารับบริการตรวจสุขภาพมากกว่าเพศชาย อาจทำให้ได้รับ การรักษาโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ (Kart, Metress & Metress, 1992) ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดี อีกทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการ

ศึกษา ร้อยละ 84.60 ซึ่งการศึกษาสามารถพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีในการดูแลตนเองให้ ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลพรรณ (2539) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองดี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเรม (Orem, 2001) เกี่ยวกับการศึกษาที่จะช่วยให้บุคคลพัฒนาความรู้ สามารถใช้สติปัญญาอย่างมีเหตุผล ทำให้เกิดการเรียนรู้เข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง และจากการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพในกลุ่มตัวอย่างมีผู้สูงอายุ บอกว่า “เมื่อเจ็บป่วยนานๆ จะทำให้มีความรู้ในการดูแล ตนเองขึ้นมาเอง รู้ว่าทำอะไรแล้วตนเองจะดี จะสังเกตตนเองได้” ซึ่งความรู้ที่ได้นั้นเกิดจากผู้สูงอายุมีประสบการณ์จากการเจ็บป่วยทำให้เกิดการเรียนรู้ โดยเป็นการเรียนรู้ด้วยตนเองร่วมกับการได้รับความรู้จากบุคลากรทีมสุขภาพเมื่อไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล สอดคล้องกับแนวคิดของโอเรม (Orem, 1991) ที่กล่าวว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยจะเป็นประสบการณ์ในการเรียนรู้ที่จะดูแล ตนเองได้เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาของการเจ็บป่วย

นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัวจะมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ( $t = -1.17, p > .05$ ) (ตาราง 10) ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน โดยเฉพาะผู้สูงอายุบางรายจะมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ที่ต้องการการดูแลอย่างสม่ำเสมอเช่นเดียวกับข้อเช่าเสื่อม ทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลตนเองมากขึ้นจากการมีโรคประจำตัวที่สอดคล้องกับการมีข้อเช่าเสื่อม เช่น ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงควรมีการดูแลตนเองในการงดรับประทานอาหารที่มีไขมัน หรือผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานจะมีการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดย ควบคุมการรับประทานอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล ซึ่งการควบคุมการรับประทานอาหารที่มี ไขมันหรืออาหารประเภทแป้งและน้ำตาล จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมน้ำหนักตัวได้ ซึ่งการควบคุมน้ำหนักตัวจะเป็นการดูแลวิธีหนึ่งในการลดความรุนแรงของข้อเช่าเสื่อม (วรวิทย์, 2546) ดังนั้นผู้สูงอายุจึงสนใจที่จะดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น โดยผู้สูงอายุให้ความเห็นตรงกันว่า “เราต้องสนใจตนเอง เพราะตอนนี้ก็แก่ลงโรคก็มากขึ้น ยิ่งถ้าสุขภาพไม่ดี เช่าไม่ดี เดินไม่ได้.... ทำอะไรไม่ได้ ก็เหมือนคนพิการไร้ประโยชน์” และอาจเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวกับการมีข้อเช่าเสื่อมนั้นมีระยะเวลานานพอที่จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวให้มีพฤติกรรม การปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน ให้เป็นส่วนหนึ่งในวิถีชีวิตของตนเองได้ โดยไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นภาระหรือยากลำบากในการปฏิบัติ

การดูแลตนเองแบบการแพทย์แผนปัจจุบันของผู้สูงอายุข้อเช่าเสื่อมครั้งนี้พบว่า การดูแล ตนเองด้านการจัดการเมื่อมีอาการปวดข้อเช่ามีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาเป็นการดูแล

ตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการควบคุมน้ำหนัก การสังเกตและรายงานอาการผิดปกติ การออกกำลังกายและการบริหารข้อเข่า ( $X = 11.12$ ,  $SD = 1.89$ ;  $X = 8.50$ ,  $SD = 1.63$ ;  $X = 7.97$ ,  $SD = 1.41$ ;  $X = 7.62$ ,  $SD = 1.50$ ) และคะแนนเฉลี่ยในการหลีกเลี่ยงอันตรายต่อข้อเข่าน้อยที่สุด ( $X = 7.03$ ,  $SD = 1.54$ ) อาจเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีข้อเข่าเสื่อมจะมีอาการปวดทุกข้อมุขทรมาณจากอาการปวดข้อเข่า ไม่สามารถเหยียดข้อเข่าหรือลุกเดินได้ และเกิดความกลัววิตกกังวล ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีแสวงหาการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการปวดข้อเข่าโดยการไปพบแพทย์ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับยาบรรเทาอาการปวดข้อเข่า รวมทั้งได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวในการจำกัดกิจกรรมเพื่อบรรเทาอาการปวดข้อเข่า และการควบคุมน้ำหนักตัวเพื่อชะลอความรุนแรงของโรค สอดคล้องกับการศึกษาของมาริสสา (2544) ที่พบว่า ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมมีการจัดการกับความปวดโดยไปโรงพยาบาล และมีการจำกัดกิจกรรมจากอาการปวดข้อเข่าโดยการหยุดพักการใช้ข้อเข่า (Dunlop, Manheim, Sond, & Chang, 2001) และการที่ผู้สูงอายุไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ทำให้ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวและ อย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้และสามารถจดจำวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเองได้ถูกต้องยิ่งขึ้น (Roach, 2001) อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีกิจกรรมในการดูแลตนเองมากขึ้นแตกต่างกัน แต่เนื่องจากการดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำอย่างจริงจังและมีเป้าหมาย (Orem, 2001) ดังนั้นการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุก็เพื่อเป้าหมายในการบรรเทาความทุกข์ทรมาณจากการปวดเหมือนกัน นั่นคือผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ที่รวมกันแล้วอยู่ในระดับดี จึงพบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยในการปฏิบัติ การดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี

นอกจากผู้สูงอายุจะมีการดูแลตนเองได้ดีจากการปฏิบัติตัวดังกล่าวแล้ว จากการศึกษายังพบว่า ผู้สูงอายุยังมีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเองร่วมด้วย เช่น จากการยกของหนัก การนั่งพับเพียบหรือนั่งยองๆ บนพื้น และการอยู่ในท่าเดียนานๆ ไม่ได้ขยับหรือเคลื่อนไหวข้อเข่า จะทำให้มีอาการปวดข้อเข่า ผู้สูงอายุจึงแสวงหาวิธีการเพื่อบรรเทาอาการปวดข้อเข่าของตน โดยการพูดคุยปรึกษากับเพื่อนหรือผู้ที่มีข้อเข่าเสื่อมมาก่อน รวมทั้งการได้คำแนะนำจากบุคลากรทีมสุขภาพ ในการหลีกเลี่ยงท่าทางที่ทำให้มีการกดของกระดูกเข่าจากการยกของหนัก การเดินขึ้นลงบันได การนั่งยองๆ และ การควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วนจะสามารถลดการกดของกระดูกภายในข้อ ทำให้ข้อเข่าไม่เกิดการเสื่อมมากขึ้น (ประพันธ์ และวิรัตน์, 2546; วรณีย์, 2539; วิภา, 2543; สุรศักดิ์, 2543; Eliopoulos, 2001; Felson & Zhang, 1998; Fontaine, 2003)

สำหรับการดูแลตนเองแบบการแพทย์แผนปัจจุบันโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา เพื่อให้กล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรงให้สามารถช่วยพยุงข้อเข่าขณะเดิน และบรรเทาอาการปวด

ข้อเขา จากการศึกษพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 35.39 มีการออกกำลังกายมากกว่า 1 ชนิด โดยการออกกำลังกายที่นิยม 3 อันดับแรก คือ การเดิน การยกขาขึ้นลง และการแกว่ง/หมุนขาไปมา (ร้อยละ 79.68, 73.17 และ 31.71 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของชฎิด (2543) พบว่าการออกกำลังกายในการเหยียดข้อเข่า เพื่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขาในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมแบบปฐมภูมิ มีผลช่วยลดอาการปวดข้อเข่าและช่วยให้มีประสิทธิภาพในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตามการออกกำลังกายโดยการเดิน จะมีประโยชน์ในการป้องกันและชะลอการเสื่อมของข้อเข่าได้ดีในกรณีที่ผู้สูงอายุมีข้อเข่าเสื่อมในระยะเริ่มแรกที่ยังไม่เือง เนื่องจากการออกกำลังกายโดยการเดินในผู้สูงอายุที่มีขาเือง จะทำให้เกิดอาการปวดข้อเข่าและความรุนแรงของโรคมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการออกกำลังกายโดยการปั่นจักรยานอยู่กับที่ และการนั่งเก้าอี้แล้วลุกยืน จะสามารถรักษาข้อเข่าเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพและยังป้องกันการเกิดข้อเข่าเสื่อมได้อีกด้วย (สุรินทร์, 2545) แต่จากการศึกษาครั้งนี้ไม่พบว่าผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายด้วยวิธีดังกล่าว อย่างไรก็ตามจากการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่าการออกกำลังกายจะสามารถช่วยให้อาการปวดข้อเข่าและความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมทุเลาลงได้ โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายด้วยวิธีการต่างๆ ตามความถนัดของตนโดยใช้เวลาในการออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นเวลา 15 นาทีขึ้นไป

นอกจากการดูแลตนเองแบบการแพทย์แผนปัจจุบันแล้ว การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุได้มีการดูแลตนเองแบบผสมผสาน โดยใช้การดูแลแบบพื้นบ้าน เพื่อบรรเทาอาการปวดข้อและป้องกันความพิการของข้อเข่าร่วมด้วย โดยใช้การประคบ/อบสมุนไพร ร้อยละ 26.23 รองลงมาเป็นการพบพระจีน และการฝังเข็ม ร้อยละ 21.31 และ 9.84 ตามลำดับ (ตาราง 8) และพบว่าผู้สูงอายุ บางรายมีการดูแลตนเองแบบผสมผสาน โดยใช้การดูแลแบบพื้นบ้านร่วมกันมากกว่า 1 วิธี สลับไปมา โดยให้เหตุผลว่าสามารถช่วยคลายความเครียดและลดความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วยเมื่ออาการปวดข้อเข่าได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งดีกว่าอยู่เฉยๆ หรือไม่ทำอะไรเลย สอดคล้องกับการศึกษาของพยอม (2543) เกี่ยวกับผลการประคบร้อนด้วยสมุนไพรต่ออาการปวดข้อ ข้อฝืด และความลำบากในการทำ กิจกรรมในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการประคบร้อนด้วยสมุนไพรและประคบร้อนด้วยกระเป๋าน้ำร้อนมีอาการปวดข้อ ข้อฝืด และความลำบากในการทำกิจกรรมลดลงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ประคบด้วยกระเป๋าน้ำร้อนเพียงอย่างเดียว และการศึกษาของผกากรอง (2545) เรื่องประสพการณ์ของผู้สูงอายุในการบำบัดข้อเข่าเสื่อมด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้านพบว่า ผู้สูงอายุมีการบำบัดอาการปวดข้อเข่าเสื่อมด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้าน 4 วิธี คือ การใช้ยาสมุนไพร การประคบร้อน การนวดเส้น และการปฏิบัติตามความเชื่อ

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการดูแลตนเองแบบการแพทย์แผนปัจจุบันกับการดูแลแบบผสมผสานโดยใช้การดูแลแบบพื้นบ้านร่วมด้วย จะมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ( $t = 1.66, p > .05$ ) แต่กลุ่มตัวอย่างที่มีการดูแลตนเองแบบการแพทย์แผนปัจจุบันกับกลุ่มตัวอย่างที่มีการดูแลตนเองแบบการดูแลแบบพื้นบ้านจะมีการรับรู้สุขภาพจะแตกต่างกัน ( $t = 2.57, p < .05$ ) (ตาราง 11) โดยผู้สูงอายุที่มีการดูแลแบบการแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับการดูแลแบบพื้นบ้าน จะมีการรับรู้สุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการดูแลแบบการแพทย์แผนปัจจุบัน เพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียงบางส่วนที่มีการใช้วิธีการดูแลตนเองแบบการดูแลแบบพื้นบ้านร่วมกับการรักษาแบบการแพทย์แผนปัจจุบัน อาจเนื่องมาจาก การดูแลแบบทางเลือกเป็นวิธีที่ปฏิบัติสืบทอดกันมาตามขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ และค่านิยมของแต่ละบุคคล

#### การรับรู้สุขภาพของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม

การศึกษาการรับรู้สุขภาพของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม พบว่าผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สุขภาพโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ( $X = 710.29, SD = 187.97, Range = 210-1,000, skewness = -.49$ ) แสดงว่าผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่มีการรับรู้สุขภาพอยู่ในระดับดี เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.90 สามารถเดินได้เองโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงข้อเข่า และร้อยละ 100 ช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองโดยไม่ต้องพึ่งพา ผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของดวงพร (2535) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทองพบว่า ผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองจะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับสูง และจากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีการเสื่อมของข้อเข่ามาเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 57.56 เดือน ( $SD = 55.10$ ) เป็นประสบการณ์ที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้และยอมรับ รวมทั้งสามารถปรับเปลี่ยนข้อจำกัดจากการเจ็บป่วยให้เป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตโดยไม่รู้สึกรำคาญหรือทรมานจากโรคที่เป็นอยู่ ผู้สูงอายุจึงรับรู้ สุขภาวะของตนในระดับดี

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่าในระยะแรกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าตนเองมีข้อเข่าเสื่อม รู้สึกวิตกกังวลมาก กลัวจะเดินไม่ได้ เนื่องจากมีการเสื่อมของข้อเข่าทั้ง 2 ข้าง ลักษณะของข้อเข่าโต ขาโก่ง เขยียดงอเข่าเหยียดงอเข่าไม่ได้ แต่ภายหลังจากได้รับการรักษา และมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแล้ว อาการปวดข้อเข่าและข้อเข่ายึดติดน้อยลง สามารถเหยียดงอเข่าได้มากขึ้น และเดินได้ดีขึ้นโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเอง และการรับรู้สุขภาพของผู้สูงอายุข้อเช่าเสื่อม

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเอง และการรับรู้สุขภาพของผู้สูงอายุข้อเช่าเสื่อมในครั้งนี้ พบว่า 1) ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุข้อเช่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการรับรู้สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .71, p < .01$ ) 2) การดูแลตนเองของผู้สูงอายุข้อเช่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการรับรู้สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .38, p < .01$ ) และ 3) ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุข้อเช่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .37, p < .01$ ) ซึ่งกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุข้อเช่าเสื่อมที่มีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองสูง จะทำให้มีการดูแลตนเองดีและส่งผลให้มีการรับรู้สุขภาพที่ดีตามมา สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นิรนาท, 2534; พุทธเมษา, 2542; อมาวสี, 2539; อัปสร, 2539) และการศึกษาเรื่องการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุของวิลาวัดณ์ (2539) พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .77, p < .01$ ) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของเดนีส (Denyes, 1988) เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มวัยรุ่นที่เป็นเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน และกลุ่มวัยรุ่นทั่วไป พบว่า การดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเองสามารถทำนายภาวะสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าการปฏิบัติดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .72, p < .01$ ) ซึ่งการศึกษานี้ได้สนับสนุนแนวคิดของโอเรม (Orem, 2001) ที่ว่าบุคคลจะมีสุขภาพที่ดีได้นั้น บุคคลนั้นต้องมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม โดยบุคคลจะมีการดูแลตนเองที่เหมาะสมได้ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้น มีความสามารถในการดูแลตนเอง ในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่องกับความต้องการการดูแลตนเอง และนำไปสู่ความผาสุก (well-being) จากการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สุขภาพในระดับสูง แต่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในระดับปานกลางนั้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองมีข้อคำถามส่วนใหญ่เป็นการใช้สติปัญญา การรับรู้ มากกว่าทักษะความสามารถทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ส่วนแบบวัดการดูแลตนเองของผู้สูงอายุข้อเช่าเสื่อมเป็นกิจกรรมผู้สูงอายุข้อเช่าเสื่อมจำเป็นต้องปฏิบัติ และอาจมีปัจจัยอื่นเกี่ยวข้องด้วยโดยไม่ได้มีเพียงความเกี่ยวข้องกับความ

สามารถในการดูแลตนเองหรือการรับรู้สุขภาพะเพียงอย่างเดียว จึงทำให้มีความสัมพันธ์กันใน  
ระดับ ปานกลาง อีกทั้งการรับรู้สุขภาพะของผู้สูงอายุข้อเขาเสื่อมนั้นไม่ได้เป็นการรับรู้เรื่องการ  
ปฏิบัติ กิจกรรมเพียงอย่างเดียว แต่เป็นการรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง จึงทำให้พบว่าม  
ขนาด ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าว