

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรุนแรงของโรคในผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ที่เข้ารับการรักษานที่ห้องตรวจจอร์โรปิดิกส์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่าง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2553 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2554 จำนวน 52 ราย ผลของการศึกษาได้นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนการได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ระหว่างผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ระหว่างผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้เป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 52 ราย เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 26 ราย และ กลุ่มควบคุมจำนวน 26 ราย เมื่อเปรียบเทียบลักษณะต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ และ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระดับดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) นับถือศาสนา พุทธทั้งหมด การออกกำลังกาย รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม รับการรักษาโดยวิธีการใช้ยา พบว่ากลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ทั้งกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุมร้อยละ 84.5 มีอายุในช่วง 60-69 ปี กลุ่มทดลองร้อยละ 53.8 มีอายุเฉลี่ย 69 ปี (S.D = 6.47, min60-max = 82) และกลุ่มควบคุมร้อยละ 61.6 มีอายุเฉลี่ย 68 ปี (S.D = 6.78, min = 60-max = 80) สถานภาพสมรสในกลุ่มทดลองร้อยละ 73.1 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 73.1 มีสถานภาพสมรสคู่ พบว่าระดับการศึกษาของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 46.2 และ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 42.3 และ ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ 23 (Kg/cm²) ขึ้นไปของกลุ่มทดลอง ร้อยละ 96.2 และ กลุ่มควบคุม ร้อยละ 84.6 การออกกำลังกายโดยการเดินในกลุ่มทดลองร้อยละ 46.2 และ กลุ่มควบคุม ร้อยละ 61.6 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะออกกำลังกายด้วยการเดินรอบๆสวนสาธารณะนอกจากนี้ผู้สูงอายุยัง มีการออกกำลังกายที่แตกต่างกันไป เช่น รำไม้พลอง รำไท้จี่ซิ้ง และบริหารข้อ กลุ่มทดลองมี รายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงกว่า 1,443 บาท (เส้นแบ่งความยากจน) ร้อย 96.3 ของกลุ่มทดลอง (min-mix = 500-100,000, $\bar{X}$ =16517.92, S.D.= 20415.1) และ ร้อยละ 92.3 ของกลุ่มควบคุม (min-max =500-100,000 $\bar{X}$ =23,480.7, S.D.= 25514.9) ซึ่งส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ผู้สูงอายุที่มี รายได้จำนวน 500 บาท ก็จะมีลูกหลานจัดหาอาหารให้รับประทานอย่างสม่ำเสมอ โดยส่วนใหญ่เป็น รายได้ของตนเองร้อยละ 53.8 ของกลุ่มทดลองและ ร้อยละ 50 ของกลุ่มควบคุม ดังที่ได้แสดงไว้ใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1

จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ และสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระดับค่า BMI การออกกำลังกาย จำนวนรายได้ของครอบครัวต่อเดือน แหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ($n = 52$)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม ($n = 26$)		กลุ่มทดลอง ($n = 26$)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					1.00 ^ข
ชาย	4	15.5	4	15.5	
หญิง	22	84.5	22	84.5	
อายุ (ปี) range ($\bar{X}$, S.D.)	60-82 (68, 6.78)		60-80 (69, 6.47)		0.392 ^ก
60-69	16	61.6	14	53.8	
69-79	9	34.6	11	42.4	
80 ปีขึ้นไป	1	3.8	1	3.8	
สถานภาพสมรส					0.506 ^ก
โสด	0	0	1	3.8	
คู่	19	73.1	19	73.1	
หม้าย/หย่า	7	26.9	5	19.3	
สมรสแต่แยกกันอยู่	0	0	1	3.8	
ระดับการศึกษา					0.998 ^ก
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	3.8	1	3.8	
ประถมศึกษา	12	46.2	11	42.4	
มัธยมศึกษา	6	23.1	7	26.9	
ประกาศนียบัตร	6	23.1	6	23.1	
อุดมศึกษา	1	3.8	1	3.8	
ระดับดัชนีมวลกาย (BMI) range ($\bar{X}$, S.D.)	19.4-36.7 (26.0, 3.5)		22.2-31.2 (26.7, 2.6)		0.468 ^ก
18-23 (Kg/cm^2)	4	15.4	1	3.8	
23.1-25 (Kg/cm^2)	6	23.1	6	23.1	
25.1-30 (Kg/cm^2)	14	53.8	16	61.6	
30.1 ขึ้นไป (Kg/cm^2)	2	7.7	3	11.5	

ก = χ^2 - test, ข = Fisher's exact test

ตารางที่ 1 (ต่อ)

จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ และสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระดับค่า BMI การออกกำลังกาย จำนวนรายได้ของครอบครัวต่อเดือน แหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ($n = 52$)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม ($n = 26$)		กลุ่มทดลอง ($n = 26$)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ไม่ได้ออกกำลังกาย	2	7.7	3	11.5	0.311 ⁿ
การออกกำลังกาย					
เดิน	16	61.6	12	46.2	
วิ่ง	2	7.7	1	3.8	
ไท้ชี่กง	3	11.5	3	11.5	
งานบ้าน	1	3.8	0	0	
เกษตรกรรม	0	0	5	19.3	
รำมวยปลง	2	7.7	2	7.7	
รายได้ครอบครัวต่อเดือน	500-100,000		500-100,000		0.797 ⁿ
range ($\bar{X}$) (S.D.)	(16517) (20415))		(23480.7) (25514.9)		
น้อยกว่า 1,443 บาท	2	7.7	1	3.8	
สูงกว่า 1,443 บาทขึ้นไป	24	92.3	25	96.2	
แหล่งที่มาของรายได้					0.319 ⁿ
ตนเอง	13	50	14	53.8	
บุตร/หลาน	7	26.9	5	19.3	
บำนาญ	2	7.7	6	23.1	
ญาติ	2	7.7	1	3.8	
อื่น	2	7.7	0	0	
ความเพียงพอของรายได้					0.610 ⁿ
เพียงพอ	23	88.5	25	96.2	
ไม่เพียงพอ	3	11.5	1	3.8	

n = χ^2 - test, ข = Fisher's exact test

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในข้อมูล โรคประจำตัว ระดับคะแนนความรุนแรง(ตามเกณฑ์ของเบลลามีและคณะจากเครื่องมือ Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) คะแนนสมรรถนะแห่งตน คะแนนระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว 1-5 คนร้อยละ 88.5 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 96.2 ในกลุ่มทดลอง แม้ว่าผู้สูงอายุจะอาศัยอยู่คนเดียวในบ้านแต่บุตรหลานและญาติอาศัยอยู่ในละแวกเดียวกัน ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ระยะเวลา 1-5 ปี ในกลุ่มทดลองจำนวนร้อยละ 84.7 (min - mix = 1-12 $\bar{X}$ = 5.38, S.D.= 3.3) และกลุ่มควบคุมร้อยละ 61.5 (min - mix = 1-15 $\bar{X}$ = 3.73, S.D.= 3.22) ส่วนวิธีการไม่ใช้ยาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน ร้อยละ 15.4 และร้อยละ 11.5 ตามลำดับ วิธีการใช้ยาในกลุ่มทดลองจำนวนร้อยละ 84.6 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 88.5 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 15.4 และร้อยละ 19.2 ตามลำดับ ส่วนโรคประจำตัวอื่น ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ระดับคะแนนความรุนแรงส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ 2 กลุ่มทดลองร้อยละ 61.5 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 53.8 คะแนนสมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ กลุ่มทดลองร้อยละ 73.1 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 61.5 และคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองร้อยละ 73.1 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 65.4 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2

จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ข้อเข่าที่มีอาการ รับการรักษาโดยวิธีการใช้ยา โรคประจำตัว ระดับคะแนนความรุนแรงของโรค ระดับคะแนนสมรรถนะแห่งตน ระดับคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($n = 52$)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม ($n = 26$)		กลุ่มทดลอง ($n = 26$)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนสมาชิกในครอบครัว					0.290 ⁿ
1 – 5 คน	23	88.5	25	96.2	
6 - 10 คน	3	11.5	1	3.8	
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม					0.365 ⁿ
range ($\bar{X}$, S.D.)	1-12(5.38, 3.3)		1-15 (3.73, 3.22)		
1-5 ปี	16	61.5	22	84.7	
5-10 ปี	9	34.7	3	11.5	
10-20	1	3.8	1	3.8	
ข้อเข่าที่มีอาการ					0.123 ⁿ
ข้างขวา	3	11.5	3	11.5	
ข้างซ้าย	5	19.3	12	46.2	
ทั้งสองข้าง	18	69.2	10	42.3	
รับการรักษาโดยการใช่ยาหรือไม่ใช่ยา					0.309 ⁿ
รักษาโดยการใช่ยา	23	88.5	22	84.6	
รักษาโดยการไม่ใช่ยา	3	11.5	4	15.4	

$n = \chi^2$ - test, χ = Fisher's exact test

ตารางที่ 2 (ต่อ)

จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม รับการรักษาโดยวิธีการใช้ยา โรคประจำตัว ระดับคะแนนความรุนแรงของโรค ระดับคะแนนสมรรถนะแห่งตน ระดับคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง (n = 52)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 26)		กลุ่มทดลอง (n = 26)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
โรคประจำตัว					0.732 ⁿ
เบาหวาน	5	19.3	2	7.7	
ความดันโลหิตสูง	7	26.9	6	23.1	
ไขมันในเลือดสูง	3	11.5	6	23.1	
ไม่มีโรคประจำตัว	6	23.1	8	30.7	
อื่นๆ	5	19.2	4	15.4	
ระดับคะแนนความรุนแรงของโรค					0.530 ⁿ
ระดับที่ 1 (0-57.5 คะแนน)	1	3.8	0	0	
ระดับที่ 2 (57.6-11.5 คะแนน)	14	53.8	16	61.5	
ระดับที่ 3 (115.1-172 คะแนน)	11	42.4	10	38.5	
ระดับคะแนนสมรรถนะแห่งตน					0.432 ⁿ
ระดับสูง (189.1คะแนนขึ้นไป)	10	38.5	8	26.9	
ระดับต่ำ (0-189 คะแนน)	16	61.5	18	73.1	
ระดับคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง					0.215 ⁿ
ระดับต่ำ (27-52 คะแนน)	2	7.7	0	0	
ระดับปานกลาง(52.1-80คะแนน)	17	65.4	19	73.1	
ระดับสูง(80.1-108 คะแนน)	7	26.9	7	26.9	

ก = χ^2 - test, ข = Fisher's exact test

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนการได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ระหว่างผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม)

2.1. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของโรค ก่อนการได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ระหว่างผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามปกติ จากการทดสอบการแจกแจงข้อมูล พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ จึงทำการทดสอบ ด้วยสถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มอิสระต่อกัน (independent t-test) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรง ก่อนการได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามปกติ ไม่แตกต่างกัน ดังที่ได้แสดงไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนการได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ระหว่างผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่าง	ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม			
	$\bar{X}$	SD.	t	p-value
กลุ่มทดลอง	105.4	35.4	0.214	0.832
กลุ่มควบคุม	107.38	30.7		

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม)

3.1.เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ก่อนและหลังของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) จากการทดสอบการแจกแจงข้อมูล พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ จึงทำการทดสอบโดยใช้สถิติทดสอบค่าที่ (paired t-test) พบว่า ค่าเฉลี่ยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่ำกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความรุนแรงของโรคในผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อน หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 52$)

กลุ่มตัวอย่าง	ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม			
	$\bar{X}$	SD.	t	p-value
ก่อนการทดลอง	105.42	35.40	4.975	.000***
หลังการทดลอง	92.69	34.57		

* $p < .01$

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ระหว่างผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความรุนแรงของโรค หลังการได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) โดยจากการทดสอบการแจกแจงข้อมูล พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มอิสระต่อกัน ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่าคะแนนระดับความรุนแรงของโรคในผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.01$) ดังที่ได้แสดงไว้ตารางที่ 5

ตารางที่ 5

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองระหว่างผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่าง	ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม			
	$\bar{X}$	SD.	t	p-value
กลุ่มทดลอง	92.69	34.54	3.42	.001**
กลุ่มควบคุม	124.11	31.54		

* $p < .01$

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการติดตามคะแนนสมรรถนะแห่งตน และ คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อเป็นการติดตามและประเมินสมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการจัดการตนเองดังกล่าวจะพบว่าจากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาพบว่าก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำและพฤติกรรมการจัดการตนเองของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะแห่งตนและคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูง แต่ค่าเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำและพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มควบคุมยังคงอยู่ในระดับ ปานกลาง

ตารางที่ 6

การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะแห่งตนและค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อการติดตามและประเมินสมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการจัดการตนเอง (n=52)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง (n = 26)			หลังการทดลอง (n = 26)		
	range	$\bar{X}$ (S.D.)	ระดับ	range	$\bar{X}$ (S.D.)	ระดับ
คะแนนสมรรถนะแห่งตน						
กลุ่มควบคุม	65-242	159.65 (49.7)	ต่ำ	54-255	159.5(57.5)	ต่ำ
กลุ่มทดลอง	76-238	160.9 (41.3)	ต่ำ	108-246	201.3 (34.8)	สูง
คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง						
กลุ่มควบคุม	46-96	72.4 (14.2)	ปานกลาง	46-102	73.3 (17.1)	ปานกลาง
กลุ่มทดลอง	53-99	72.5 (12.2)	ปานกลาง	59-103	87.9 (11.69)	สูง

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรุนแรงของโรคในผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 52 ราย โดยกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง จำนวน 26 รายและกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 26 ราย ซึ่งสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้ ผู้วิจัยอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัยดังต่อไปนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีคะแนนเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของโรคต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

ผลการศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงของโรคในผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม หลังได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองพบว่า คะแนนความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมต่ำกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .01$) (ตารางที่ 4) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีคะแนนเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของโรคต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงของโรคในผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ระหว่างผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรุนแรงของโรคต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .01$) (ตารางที่ 5) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

จากผลการวิจัยที่คะแนนค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของโรคของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมนั้น สามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่ได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการกลุ่ม จัดกลุ่มละ 13 คน และกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ร่วมรับฟังข้อมูลการเรียนรู้ ให้ความรู้จากผู้วิจัยได้ร่วมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จึงทำให้สามารถกลุ่มตัวอย่างมีการเรียนรู้วิธีการปฏิบัติตัวที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งแมคโกเวน (McGowan, n.d.) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าการเรียนรู้หรือให้คำแนะนำโดยใช้กระบวนการกลุ่มจำนวนสมาชิกไม่มากจะทำให้ผู้ร่วมกลุ่มได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์สอบถามปัญหาและเกิดการเรียนรู้ที่ดีขึ้น นอกจากนั้นกลุ่มทดลองยังได้รับความรู้อย่างต่อเนื่องสัปดาห์ละ 2-2 ½ ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ เกี่ยวกับเรื่องโรคการจัดการความเครียด สามารถปรับตัวกับความเจ็บป่วย การออกกำลังกายร่วมกับการควบคุมน้ำหนัก

ด้วยการรับประทานอาหาร และการประเมนทักษะการใช้ยา เป็นผลทำให้ผู้สูงอายุสามารถใช้งานได้ อย่างมีประสิทธิภาพ การติดต่อสื่อสาร จึงเป็นเหตุสนับสนุนกลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นในการตัดสินใจ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งการที่ผู้วิจัยได้ให้กำลังใจสนับสนุนการปฏิบัติตัว ของกลุ่มทดลองมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุและผู้วิจัยอย่างสม่ำเสมอช่วยให้เกิดในการสร้างเสริม พลังอำนาจนอกจากนั้น การลงมือปฏิบัติด้วยตนเองร่วมกับการตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ เช่น การออก กำลังกายด้วยกล้ามเนื้อต้นขาในทุกๆวัน การออกกำลังกาย ให้อุณหภูมิร่างกาย 3-5 วัน วันละ 45 นาที ควบคุม การรับประทานอาหารที่ลดลงในแต่ละวัน และเมื่อรู้สึกไม่สบายใจกลุ่มทดลองมีการ ปรับตัวกับความเครียดได้ด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยมีการติดตามประเมินความเชื่อมั่นเพื่อให้สามารถ ปฏิบัติการจัดการตนเองในแต่ละด้าน หากกลุ่มตัวอย่างรายใดมีระดับคะแนนสมรรถนะแห่งตนต่ำ ผู้วิจัยจะร่วมกับกลุ่มตัวอย่างหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนแก้ไขปัญหามา จึงช่วยให้กลุ่มทดลองมีทักษะ และประสบการณ์ที่สามารถจัดการตนเองกับกลุ่มอาการของโรค จัดการความเครียด รวมทั้งการเรียนรู้ รับทราบข้อมูลผ่านตัวแบบจาก วิถีทัศน์ตัวแบบสัญลักษณ์ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ได้มีการ ฝึกการปฏิบัติการจัดการตนเองจนสามารถเข้าใจและปฏิบัติด้วยตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถ ปฏิบัติตนในการควบคุมและบรรเทาอาการรุนแรงของโรคให้เป็นไปตามแนวคิดของเบนดูรา (Bandura, 1997) ที่เสนอไว้ว่าบุคคลจะมีความมั่นใจเชื่อมั่นหรือเกิดสมรรถนะแห่งตนได้ต้อง ประกอบด้วย การได้มีการลงมือกระทำด้วยตนเองได้มองเห็นความสำเร็จจากการกระทำของผู้อื่น ได้รับการสนับสนุนให้กำลังใจโดยการพูดสนับสนุนชักจูง และโดยบุคคลมีความพร้อมทั้งร่างกาย และจิตใจ อารมณ์ มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้นส่งผลให้อาการปวดลดลง ข้อติดลดลง และ ความสามารถในการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับงานวิจัยของ ยิปและคณะ 2007 (Yip, et al, 2007) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ร่วมกับการออกกำลังกาย ต่อ อาการปวด ผลลัพธ์ของหน้าที่การทำงานของร่างกาย และการใช้บริการสุขภาพ ในประเทศฮ่องกง ใน ผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มทดลอง จำนวน 67 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 53 คน โดยใช้โปรแกรม การจัดการตนเองร่วมกับการใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของเบนดูราเป็นพื้นฐาน พบว่าภาวะ สุขภาพของร่างกายของกลุ่มทดลองดีขึ้น อาการปวดลดลง และอาการอ่อนเพลียลดลง มีการเพิ่มขึ้น ของการปฏิบัติการออกกำลังกาย และสามารถของข้อเข่าได้มากขึ้น โปรแกรมการจัดการตนเอง สามารถลดและชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .01$) ช่วย ให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองสามารถเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ตนเองมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งสามารถใช้วิธีการปรับตัวให้เข้ากับในชีวิตประจำวัน

นอกจากนี้ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองที่มีอาการปวด ที่ไม่ต้องรับประทานยา ผู้วิจัยยังให้ ได้รับการดูแลด้านการจัดการตนเองโดยการนวด และการประคบด้วยน้ำอุ่น จึงเป็นเหตุผลให้อาการ

ปวดบรรเทาได้ เนื่องจากการนวดดังกล่าวจะช่วยกระตุ้นสัญญาณใยประสาทขนาดใหญ่ นำสัญญาณการสัมผัสและการกด นวด ไปยังเซลล์เอสจี ทำให้ยับยั้งการส่งสัญญาณประสาทใยประสาทขนาดเล็ก (supstance p) ที่เป็นใยประสาทส่งสัญญาณนำความเจ็บปวด และทำให้มีการเคลื่อนไหวในกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อหย่อนตัว การสัมผัสช่วยให้ลดความตึงเครียดด้านจิตใจ รวมทั้งยังเพิ่มการไหลเวียนของเลือด ไปเลี้ยงบริเวณกล้ามเนื้อที่ได้รับการนวดช่วยให้เซลล์ได้รับออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น มีความยืดหยุ่นตัวสูงขึ้น อาการปวดลดลง ข้อติดลดลง ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายเพิ่มขึ้น (นฤมล และ คณะ , 2541) เช่นเดียวกับการศึกษาของ อรสา กาพรรัตน์ (2545) เกี่ยวกับการนวดแผนไทยต่ออาการปวดข้อ ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน ที่พบว่าภายหลังการนวดผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมีอาการปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ โดยในการศึกษานี้ผู้วิจัยรับทราบข้อมูลจากกลุ่มทดลองว่าเมื่อได้รับคำแนะนำแล้วได้นำวิธีการดังกล่าวโดยการประคบด้วยน้ำอุ่นเป็นเวลา 20 นาที ในทุกๆคืนก่อนนอนซึ่งพบว่าได้ผลดี ร่วมกับเมื่อมีการออกกำลังกายด้วยกล้ามเนื้อต้นขาพร้อมด้วยทำให้อาการปวดลดลง ข้อติดลดลง สามารถนอนหลับในระยะเวลาที่นานขึ้น มีผลต่อการลดลงของอาการปวดข้อติด และเพิ่มความสามารถในการทำงานของข้อเข่าให้ดีขึ้นได้ เพราะการประคบร้อนลดการเกร็งของกล้ามเนื้อและความร้อนจะกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ ที่ส่งผลการหลังของสารต่างในร่างกายที่มีผลเพิ่มการไหลเวียนโลหิต ทำให้เซลล์บริเวณรอบๆมีการนำออกซิเจนเข้าสู่เซลล์มากขึ้น รวมทั้งยับยั้งการส่งสัญญาณประสาทไปยังสมองที่รับรู้การปวดลดลง ทั้งนี้ความร้อนดังกล่าวจะช่วยเพิ่มการทำงานของระดับเอ็มไซม์คอลลาจิเนสเป็นผลให้เนื้อเยื่อคอลลาเจนมีความยืดหยุ่นได้มากขึ้นลดการหดรั้งและการเกร็งของเนื้อเยื่อพังผืด (Lehrman & Delateur, 1990) สนับสนุนได้จากงานวิจัยของ พยอม สุวรรณ (2543) ที่ศึกษาผลของการประคบร้อนด้วยสมุนไพรต่อ อาการปวดข้อ ข้อฝืด และ ความลำบากในการทำกิจกรรมในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย กลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน ผลพบว่า หลังได้การประคบทั้งสมุนไพรและประคบร้อนอาการปวดข้อ ข้อฝืด และความลำบากในการทำกิจกรรมน้อยกว่าก่อนการประคบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$)

ในการศึกษานี้กลุ่มทดลองยังได้รับวิถีทัศนการสอนพร้อมทั้งการฝึกปฏิบัติโดยใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ในวิถีทัศนการออกกำลังกายโดยใช้ไท้ชี่กง จำนวน 18 กระบวนท่า กลับไปปฏิบัติที่บ้าน ทำให้สามารถทบทวนการฝึกปฏิบัติได้ตลอดเวลา และกลุ่มทดลองยังได้รับการเรียนรู้ในเรื่องการรับประทานอาหารที่ช่วยในการลดน้ำหนัก และได้ตั้งเป้าหมายในการลดน้ำหนักสัปดาห์ละ 0.5 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ เนื่องจากเพราะกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) เกินมาตรฐาน (กรมอนามัย, 2543) ซึ่งช่วยให้สามารถลดน้ำหนัก จากการฝึกการออกกำลังกาย

ไท้จี๋ก่งตามวิธีที่ค้นได้ทั้งนี้การออกกำลังกายแบบไท้จี๋ก่งโดยอาศัยหลักการเคลื่อนไหวอย่างช้าๆ ไปพร้อมๆกับการหายใจ ทำให้มีการเหยียด ยืดของกล้ามเนื้อและเอ็น รวมทั้งข้อต่อต่างๆ ได้มีการเคลื่อนไหวอย่างเต็มที่ของข้อ กายบริหารที่ต้องมีการขึ้นลงของร่างกายโดยใช้ข้อเข่ามีผลทำให้เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อคอควด ไครเซฟและแฮมสตริงช่วยลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อการไหลเวียนภายในข้อดีขึ้น การนำออกซิเจนเข้าสู่เยื่อและเส้นเอ็นนำสารอาหารต่างๆ ไปเลี้ยงผิวข้อและกระดูกอ่อนดีขึ้นอีกทั้งยังเป็นการรักษาสมดุลของร่างกาย (basic structure) รวมทั้งช่วยเร่งการเผาผลาญของสารเคมีที่ล้นในภาวะเครียด มีการหลั่งสารเคมีที่ลดภาวะเครียด คือสารเอ็นดอร์ฟินส์ (endorphins) คล้ายๆ สารมอร์ฟิน (Gould, 2006) ด้วยเหตุผลนี้จึงช่วยให้สามารถลดความรุนแรงของการเจ็บปวด การเกิดข้อติดและช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น สอดคล้องและสนับสนุนจาก งานวิจัยของ นภัส ทับกล้า 2549 ศึกษาถึงผลของการออกกำลังกายแบบไท้จี๋ ก่ง ต่อความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโดยกลุ่มทดลองจะได้รับ การออกกำลังกายแบบไท้จี๋ ก่ง ครั้งละ 45 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มที่ออกกำลังกายแบบไท้จี๋ ก่ง มีความรุนแรงของโรคลดลงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เหตุผลอีกประการหนึ่งที่ทำให้คะแนนความรุนแรงของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองลดลง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำและการฝึกทักษะเกี่ยวกับการจัดการความเครียด การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกสมาธิ ที่มีผลให้มีการขยายตัวของปอดจากการกำหนดการหายใจเข้า ออก ขณะทำสมาธิช่วยให้ได้รับออกซิเจนมากขึ้น ซึ่งจะเพิ่มการทำงานของระบบพาราซิมพาเทติก หลอดเลือดส่วนปลายมีการขยายตัวมากขึ้น เลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อดีขึ้น ผลที่ตามมาคือกล้ามเนื้อมีความตึงตัวลดลงช่วยให้ร่างกายมีการนำออกซิเจนเข้าสู่เซลล์เยื่อข้อและกระดูกอ่อนดีขึ้น การรับรู้ต่อความเครียดลดลงสามารถปรับตัวในเรื่องที่ไม่สบายใจได้ดีขึ้น ทำให้มีความสุขทางใจมากขึ้น ลดอาการปวดเนื่องจากไปกดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการปวด (component of pain) เพิ่มหน้าที่การทำงานของร่างกายของโรคข้อเข่าเสื่อม (Bonadonna, 2003:Selfe & Innes, 2009) นอกจากนี้การสอนการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อก็เช่นเดียวกัน ช่วยในการลดความกังวลเรื่องที่ไม่สบายใจ ระบบพาราซิมเพเทติกทำงานดีขึ้น ส่งผลให้จำนวนแกลดเทปในเลือดลดต่ำลง ซึ่งเป็นผลจากการทำงานของกล้ามเนื้อที่เกร็งอยู่ตลอดเวลาจากความเครียด ได้คลายตัว เลือดสามารถไหลเวียนเลี้ยงส่วนต่างและบริเวณข้อได้เพิ่มขึ้น (Selfe & Innes, 2009) อีกทั้งการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับ การดูแลเอาใจใส่ ให้ความรู้ คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ และการบริการต่างๆ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (บังเอิญ แพ้รุ่งสกุล, 2550) โดยผู้ดูแลหรือบุตรหลานมีส่วนช่วยในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรับประทานอาหารเสริมหรืออาหารที่

ช่วยในการบำรุงสุขภาพ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สถานภาพสมรส คู่ มีคนคอยให้กำลังใจให้คำปรึกษา แม้ว่ากลุ่มทดลองบางคนให้ข้อมูลว่าอยู่คนเดียวแต่ในละแวกบ้านใกล้เคียงก็จะเป็นบุตรหลานไปมาหาสู่กันได้ตลอดเวลา ช่วยให้กลุ่มทดลองมีความพร้อมที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ การติดต่อสื่อสารทั้งระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัย โดยผู้วิจัยมีการให้ข้อมูลความรู้กับผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ในทุกๆสัปดาห์จำนวน 6 สัปดาห์หลังจากนั้นเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาสามารถติดต่อสื่อสารกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา โดยใช้การติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ รวมทั้งผู้วิจัยมีการประเมินโดยการเยี่ยมบ้านคนละ 1 ครั้ง พร้อมทั้งการสอบถามการปฏิบัติกิจกรรม ทางโทรศัพท์ หลังการลงโปรแกรมครบ 6 สัปดาห์ซึ่งมีส่วนช่วยในการกระตุ้น เสริมสร้างแรงจูงใจ ช่วยลดความเครียด ของกลุ่มทดลอง ส่งผลให้มีการปฏิบัติการจัดการตนเองตามเป้าหมายที่ตั้งไว้และมีการจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีอาการปวดลดลง ข้อติดลดลง และความสามารถในการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น (Allen, et al, 2010)

ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงสนับสนุนได้ว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ในแต่ละสัปดาห์ ทั้ง 6 สัปดาห์ พร้อมทั้งมีการฝึกทักษะการจัดการตนเองทั้ง 6 ทักษะ ร่วมกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนทั้ง 4 แห่ง ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมีการจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน เมื่อผู้สูงอายุมีการจัดการตนเองและสามารถปฏิบัติได้ดีและถูกต้อง ผู้สูงอายุจะสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้กับตนเองพร้อมทั้งสามารถแนะนำผู้ป่วยอื่นๆให้สามารถจัดการตนเองได้เช่นเดียวกันกับตนเองหรือเรียกกันว่าผู้ป่วยผู้เชี่ยวชาญ (expert patient) และเป็นกระบวนการช่วยในการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพโดยใช้ชุมชนและผู้ป่วยเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการจัดการตนเอง ทำให้บทบาทของผู้วิจัยและทีมสุขภาพค่อยๆลดลง แทนที่ด้วยบทบาทของผู้ป่วยที่ช่วยกันในการดูแลสุขภาพ(Rijken, Jones, Heijmans, & Dixon, 2008;Wilson, Kendell and Brooks, 2007) ทั้งนี้จากการวิจัยพบว่าทำให้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองนี้มีผลให้ลดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ดังตารางที่ 4 และตารางที่ 5 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อของการวิจัยครั้งนี้

ดังนั้นการให้โรงพยาบาล ชุมชน เครือข่ายสุขภาพ มีการสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นวิธีการที่สำคัญอย่างยิ่งในระบบสุขภาพที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมีการจัดการตนเอง(expert patient)พร้อมทั้งสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เป็น โรคข้อเข่าเสื่อมคนอื่นๆได้อีกทั้งยังลดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมได้ต่อไปในอนาคต