



## Factor Predicting Health Status and Self-Health Assessment among Older Adults

Phatchanun Vivarakanon<sup>1\*</sup> Chaweewan Jitsakhon\*  
Wanida Intharacha\*, Tayarat Puttimanee\*

*Received: March 31, 2024, Revised: April 1, 2024, Accepted: June 25, 2024*

### Abstract

This predictive correlational research aimed to 1) examine health status and the ability to assess self-health status in older adults. A total of 420 participants included people aged 60 or over who live in Lampang Province based on inclusion and exclusion criteria using multi-stage sampling. Settings included the Ban Ton-Tong and Ban Mae-Kong sub-districts. Instruments included Barthel Activity of Daily Living, Stress assessment (ST-5), and Self-assessed health with index of item objective congruence = 0.92 and Interrater reliability = 86. The data analysis involved descriptive statistics and multiple regression analyses.

The findings indicated that the majority of older adults aged 60-69 years old required minimal assistance with daily living activities (mean =35.50, S.D. = 0.23) and experience occasional stress (mean=69.12, S.D. = 0.45). Predictive factor analysis revealed that health status factors, specifically the ability to perform daily living activities and stress level, significantly predict the self-assessed health status of the older adults ( $\beta = -.116$ ,  $\beta = -.260$ ,  $p < .05$ , respectively). This study can inform the management of conditions affecting health, enabling older individuals to self-assess their health based on basis daily activities and stress reduction as well as to improve the standards of care and quality of life for the older adults.

**Keywords:** Health Status; Older Adults; Predictive Factors; Self-Health Assessment

\*Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, lampang Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

<sup>1</sup>Corresponding author: Phatchanun.v@mail.bcnlp.ac.th

## ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อการประเมินสุขภาพด้วยตนเอง

พัชรนันท์ วิวรากานนท์<sup>1\*</sup>, ฉวีวรรณ จิตต์สาคร,  
วนิดา อินทราชา, ตยารัตน์ พุทธิมณี

(วันรับบทความ : 31 มีนาคม 2567, วันแก้ไขบทความ : 1 เมษายน 2567, วันตอบรับบทความ : 25 มิถุนายน 2567)

## บทคัดย่อ

การวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ และ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อการประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในจังหวัดลำปาง จำนวน 420 คน ตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ได้พื้นที่ตัวอย่างคือ ตำบลตันตอง และตำบลบ้านแม่กิง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL) แบบประเมินความเครียด (ST-5) และแบบประเมินสุขภาพด้วยตนเองทั้ง 12 ด้าน ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ได้ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (Indemean of Item Objective Congruence) เท่ากับ 0.92 และค่าทดสอบความเชื่อมั่นในการจำแนก (Interrater reliability) เท่ากับร้อยละ 86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบนำเข้า

ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อายุ 60-69 ปี ต้องการพึ่งพาผู้อื่นเล็กน้อย (mean=35.30, S.D. = 23) และมีระดับความเครียดเป็นบางครั้ง (mean = 69.12, S.D. = 0.45) โดยเมื่อหาปัจจัยทำนาย พบว่า ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพ พบว่า ภาวะสุขภาพของความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และระดับความเครียด สามารถทำนายความสามารถในการประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = -.116$ ,  $\beta = -260$ ,  $p < .05$  ตามลำดับ) การวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ในการจัดการภาวะที่ส่งผลต่อสุขภาพได้ โดยผู้สูงอายุสามารถประเมินสุขภาพด้วยตนเองได้ โดยอ้างอิงจากการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและการลดระดับความเครียด เพื่อเป็นการพัฒนาระดับมาตรฐานการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น

**คำสำคัญ:** ภาวะสุขภาพ; ผู้สูงอายุ; ปัจจัยทำนาย; การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง

\* อาจารย์พยาบาล, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>1</sup>ผู้ประพันธ์บทความ: Phatchanun.v@mail.bcnlp.ac.th

## บทนำ

สถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ทั่วโลกมีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปทั่วโลกประมาณ 727 ล้านคน ซึ่งคิดเป็น 9.3% ของประชากรโลก โดยภายในปี 2050 จำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 1.5 พันล้านคน หรือ 16% ของประชากรโลก (United Nation, 2021) สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ.2564 จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยประมาณ 12 ล้านคน ซึ่งคิดเป็น 18.5% ของประชากรทั้งหมด คาดว่าภายในปี พ.ศ.2573 จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 20 ล้านคน หรือประมาณ 28% ของประชากรทั้งหมด (National Statistical Office of Thailand, 2021; United Nation, 2021) ประเทศไทยถือว่าเป็นหนึ่งในประเทศที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุสูงสุดในภูมิภาคเอเชีย ซึ่งจากโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุมากขึ้น เกิดผลกระทบของการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุในหลายด้าน ผลกระทบต่อระบบสุขภาพ เช่น ความต้องการบริการทางการแพทย์และสุขภาพเพิ่มขึ้น เช่น การดูแลระยะยาว (Long-term care) และการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic disease management) เกิดปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาลที่จะรองรับการดูแลผู้สูงอายุ (United Nation, 2021; World Health Organization, 2021) ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ เกิดภาระทางการคลังของรัฐเพิ่มขึ้น เนื่องจากต้องใช้ทรัพยากรมากขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุ การลดลงของประชากรวัยแรงงานที่สามารถทำงานและสร้างรายได้ ส่งผลให้การผลิตและการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจลดลง ความต้องการสร้างที่อยู่อาศัยและสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ (Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, 2021) ผลกระทบทางสังคม เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างครอบครัวและชุมชน เช่น การมีครอบครัวเล็กลงและการที่ลูกหลานต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุ ความเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งหรือการถูกกลืนในสังคมที่คนหนุ่มสาวมักจะย้ายไปทำงานในเมืองหรือต่างประเทศ (National Statistical Office of Thailand, 2021) และผลกระทบต่อการเมือง ในด้านนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น การให้เงินบำนาญ การสร้างสาธารณูปโภคที่รองรับผู้สูงอายุ (National Statistical Office of Thailand, 2021) ผลกระทบจากโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงดังกล่าวนำไปสู่ยุทธศาสตร์การมี “Healthy Aging” หรือภาวะสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี เพื่อพัฒนาและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดำเนินกิจกรรมเพื่อการมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายคือ การให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง ในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activity of daily living) ได้อย่างเป็นอิสระในระดับหนึ่ง เช่น สามารถประเมินภาวะสุขภาพได้ด้วยตนเอง

ความสามารถในการประเมินตนเองมีประโยชน์หลากหลายประการสำหรับผู้สูงอายุ โดยช่วยส่งเสริมสุขภาพกาย สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตโดยรวม การรู้ถึงสุขภาพตนเองและสามารถจัดการปัญหาสุขภาพได้ทันทีช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคร้ายแรงและปรับปรุงคุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึงปัจจัยด้านพันธุกรรมที่กำหนดภาวะสุขภาพของแต่ละคนตั้งแต่แรกเกิดแล้ว เป็นปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การศึกษา อาชีพ เพศ เศรษฐฐานะต่อทางสังคมและฐานะทางการเงิน อีกทั้งมีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Collin, Wade, Davies, & Home, 1988) ได้แก่ 1) รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสารไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า 2) ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 – 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา 3) ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ 4) ใช้ห้องน้ำ 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และ 10) การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจกรรมประจำวัน (ADL) ได้มากกว่าแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจกรรมประจำวันขั้นสูง (Instrumental Activities of Daily Living: IADL) ของ Katz (1959) อีกทั้งความสามารถในการประเมินตนเองยังมีประโยชน์ที่สัมพันธ์กับระดับความเครียด

ของผู้สูงอายุในหลายๆ ด้าน โดยการลดความเครียดและส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ผ่านการรับรู้และจัดการปัญหาสุขภาพตนเอง เช่น ปัญหาการนอน การมีสมาธิน้อยลง หงุดหงิด อาการเบื่อ เซ็ง และไม่อยากพบปะผู้คน (Kim & Park, 2021; Martinez & Smith, 2023) ซึ่งการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและความเครียดของผู้สูงอายุ

การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ทั้งความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง (ADL) ในการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง เช่น การประเมินตนเองทางด้านสุขภาพ ช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงข้อจำกัดและความสามารถทางกายทำให้สามารถปรับตัวและดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่างเหมาะสม เช่น การเดิน การอาบน้ำและการรับประทานอาหาร สุขภาพที่ดีช่วยให้ผู้สูงอายุมีพลังงานและความคล่องตัวในการทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ (Gonzalez & Hernandez, 2023) อีกทั้งสุขภาพจิตดีช่วยลดระดับความเครียดและความวิตกกังวล ทำให้ผู้สูงอายุมีสมาธิและความสามารถในการทำกิจวัตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยเพิ่มความพึงพอใจในการใช้ชีวิตและการทำกิจกรรมต่างๆ มีความสัมพันธ์ในการปรับพฤติกรรมเสริมสร้างความเข้มแข็งและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีจิตใจและมีสติสัมปชัญญะ ซึ่งส่งผลดีต่อการทำกิจวัตรประจำวัน (Kim & Park, 2021; Martinez & Smith, 2023) อีกทั้งการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับความเครียด ในการรู้เท่าทันปัญหาสุขภาพ การปรับพฤติกรรมสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน (Kim & Park, 2021)

อีกทั้งความเครียดยังมีผลต่อการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง จากการใช้แบบประเมินความเครียด (ST-5) การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองมีความสัมพันธ์อย่างมากกับระดับความเครียด เช่น การรับรู้และการตระหนักรู้ (Awareness and perception) เมื่อผู้สูงอายุสามารถประเมินตนเองได้ ผู้สูงอายุจะสามารถระบุอาการหรือปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นได้เร็ว ซึ่งช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดที่เกิดจากการไม่รู้ว่าคุณภาพตนเองเป็นอย่างไร หรืออาการที่เกิดขึ้นมาจากสาเหตุใด (Drigas & Mitsea, 2021) อีกทั้งการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองมีผลต่อความเครียดในการควบคุมและการจัดการตนเอง (Self-control and management) ช่วยเพิ่มความสามารถในการควบคุมและจัดการสุขภาพตนเอง การที่รู้สึกว่าคุณภาพตนเองมีอำนาจและความสามารถในการจัดการสุขภาพช่วยลดความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญ เพราะความรู้สึกที่ควบคุมสถานการณ์ได้เป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเครียด (Drigas & Mitsea, 2021; Ramirez et al., 2023) อีกทั้งยังมีความสัมพันธ์ในการป้องกันและการเตรียมตัว (Prevention and Preparation) ในการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพได้ เช่น การตรวจพบโรคในระยะเริ่มต้นทำให้สามารถรักษาและจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งช่วยลดความเครียดที่อาจเกิดจากความเจ็บป่วยที่ไม่คาดคิด นอกจากนี้ การเตรียมตัวเพื่อรับมือกับปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นช่วยเพิ่มความมั่นใจและลดความเครียดได้ เช่น การตรวจพบโรคในระยะเริ่มต้นทำให้สามารถรักษาและจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งช่วยลดความเครียดที่อาจเกิดจากความเจ็บป่วยที่ไม่คาดคิด (Drigas & Mitsea, 2021; Vivarakanon et al, 2024) นอกจากนี้ การเตรียมตัวเพื่อรับมือกับปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นช่วยเพิ่มความมั่นใจและลดความเครียดได้ การเพิ่มความสามารถในการตัดสินใจ (Enhanced Decision-Making) การมีข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพตนเองช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น เช่น การเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสม การเลือกแพทย์ หรือการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน การมีข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอช่วยลดความไม่แน่นอนและความเครียดที่เกิดจากการตัดสินใจที่ไม่แน่ใจ (Drigas & Mitsea, 2021) การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว (Social and Family Support) เมื่อผู้สูงอายุสามารถประเมินสุขภาพตนเองได้ ผู้สูงอายุจะสามารถสื่อสารปัญหาสุขภาพกับครอบครัวและผู้ดูแลได้อย่างชัดเจน ซึ่งช่วยให้ได้รับการสนับสนุนและความช่วยเหลือที่เหมาะสม การมีระบบสนับสนุนที่แข็งแกร่งช่วยลดความเครียดและเพิ่มความรู้สึกที่ได้รับการดูแลและเข้าใจ (Chen & Gao, 2023)



และการลดความกลัว ความวิตกกังวล (Reduction of fear and anxiety) การไม่รู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองอาจทำให้เกิดความกลัวและความกังวล การประเมินสุขภาพตนเองช่วยลดความกลัวที่เกิดจากความไม่รู้และความไม่แน่นอน เมื่อรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดีหรือมีปัญหาอะไรบ้าง จะช่วยลดความวิตกกังวลและทำให้รู้สึกปลอดภัยมากขึ้น (Ramirez, et al., 2023) ดังนั้น การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการลดความเครียดของผู้สูงอายุ โดยผ่านการเพิ่มการรับรู้และตระหนักรู้ การควบคุมและการจัดการตนเอง การป้องกัน และการเตรียมตัว การเพิ่มความสามารถในการตัดสินใจ การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว และการลดความกลัวและความกังวล การใช้การประเมินตนเองเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพจึงเป็นวิธีที่ดีในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

การมีสุขภาพที่ดีเป็นความต้องการของทุกคนโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้ที่มีสุขภาพดีจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ตามความต้องการของตนเอง การทำกิจวัตรประจำวันได้เองจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือลูกหลาน มีความมั่นใจ มีความสุข มองโลกในแง่ดี เผชิญกับความจริงและยอมรับในสิ่งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Panyawatthano, Treetrapetch, & Photong, 2022) การประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น ภาวะสุขภาพกายร่างกายสามารถประเมินได้จากสภาวะสุขภาพที่เป็นผลจากพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพด้านจิตใจสามารถประเมินได้จากความสุข และความเครียดของผู้สูงอายุ (Tajai, Limsuwan, Sriruk, Thanomsat, & Makawan, 2020) ความเข้าใจถึงภาวะสุขภาพและการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเองในผู้สูงอายุแต่ละคนมีความแตกต่างกัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบข้อสันนิษฐานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและระดับความเครียดที่อาจส่งผลต่อความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพตนเอง พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลางซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม (Collin et al., 1988; Tepawattanasuk, 2022) สอดคล้องกับผลการวิจัยด้านระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อการประเมินสุขภาพตนเองทางด้านพฤติกรรม การออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ (Prateepmanowong, 2019) อีกทั้งด้านความเครียดยังมีผลต่อการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง ทางด้านความสัมพันธ์ครอบครัวอบอุ่นและความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้สูงอายุ และญาติผู้ดูแล

ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ ต้องการศึกษาระดับความสามารถที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและความเครียด ในการประเมินสุขภาพด้วยตนเองในผู้สูงอายุทั้ง 10 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการมีสุขภาพแข็งแรง 2) ด้านการมีสุขภาพจิตดีและความพึงพอใจในชีวิต 3) ด้านพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม 4) ด้านความยึดมั่นในหลักคุณธรรม ศาสนา 5) ด้านการมีโอกาสดูแลและการเรียนรู้ 6) ด้านปัจจัยดำรงชีวิตเพียงพอและมั่นคง 7) ด้านการมีครอบครัวอบอุ่น 8) ด้านการมีชุมชนเข้มแข็ง 9) ด้านการมีสังคมสงบสุข ปลอดภัย 10) ด้านการมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม 11) ด้านการมีสื่อที่เหมาะสม และ 12) ด้านการมีบริการสุขภาพที่เพียงพอและเหมาะสม เพื่อวางแผนในการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความเครียดที่แตกต่างกัน รับรู้ภาวะสุขภาพตนเองโดยสามารถประเมินสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อสุขภาพด้วยตนเองได้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและการประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อการประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และระดับความเครียด

### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้มีขอบเขตการวิจัย 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านเนื้อหา เพื่อศึกษาตัวแปรต้น คือ ระดับความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันและระดับความเครียดของผู้สูงอายุ และตัวแปรตาม การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง 2) ด้านประชากร คือ ประชาชนในจังหวัดลำปาง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (วัยผู้สูงอายุ) ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดลำปาง 3) ด้านพื้นที่ บ้านแม่ก่งตำบลบ้านเป้า และบ้านต้นตอง ตำบลพิชัย อ.เมือง จ.ลำปาง 4) ด้านระยะเวลา เก็บรวบรวมข้อมูลช่วง มกราคม - พฤษภาคม 2567

### นิยามศัพท์

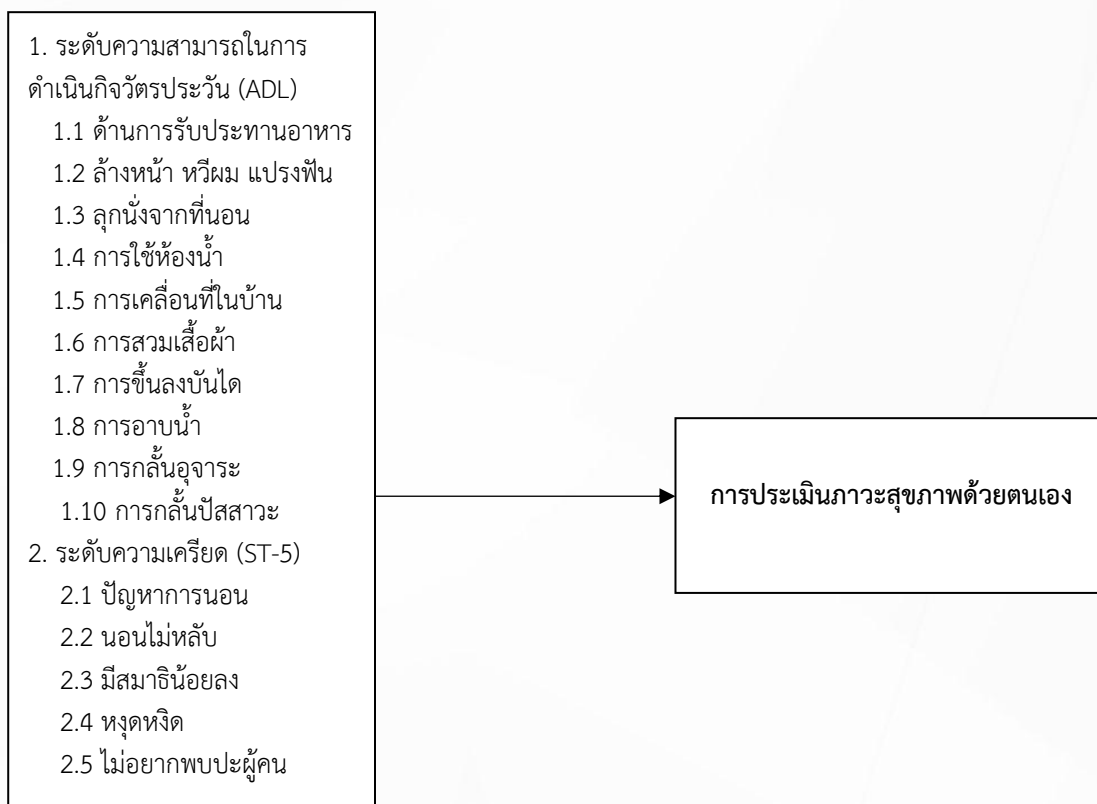
**ภาวะสุขภาพ** หมายถึง การวัดและประเมินสภาพความเป็นอยู่และสุขภาพของบุคคลหรือกลุ่มคน ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็นหลายมิติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยทั่วไปแล้ว ภาวะสุขภาพจะครอบคลุมหลายด้าน เช่น ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านอารมณ์ เป็นต้น แบ่งออกเป็น 2 ปัจจัย ได้แก่ 1) ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ซึ่งอ้างอิงตามกรอบแนวคิดของ Barthel Activity of Daily Living Index (ADL) (Mahoney & Barthel, 1965) ทั้ง 10 ด้าน คือ 1) การรับประทานอาหาร เมื่อเตรียมสารไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า 2) ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะ 1-2 วันที่ผ่านมา 3) ลูกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ 4) การใช้ห้องน้ำ 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และ 10) การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และ 2) ด้านระดับความเครียด ประเมินจากแบบประเมินความเครียด (ST-5) เช่น มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก มีสมาธิน้อยลง หงุดหงิด รู้สึกเบื่อ เซ็ง และไม่ยอมคบปะผู้คน

**การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองตามระดับภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ ได้แก่ 1) ด้านการประเมินการมีสุขภาพแข็งแรง 2) ด้านการประเมินการมีสุขภาพจิตดีและความพึงพอใจในชีวิต 3) ด้านการประเมินการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม 4) ด้านการประเมินการมีความยึดมั่นในหลักคุณธรรม ศาสนา 5) ด้านการประเมินการมีโอกาสศึกษาและการเรียนรู้ 6) ด้านการประเมินปัจจัยดำรงชีวิตเพียงพอและมั่นคง 7) ด้านการประเมินการมีครอบครัวอบอุ่น 8) ด้านการประเมินการมีชุมชนเข้มแข็ง 9) ด้านการประเมินการมีสังคมสงบสุขปลอดภัย 10) ด้านการประเมินการมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม 11) ด้านการประเมินการมีสื่อที่เหมาะสม และ 12) ด้านการประเมินการมีบริการสุขภาพที่เพียงพอและเหมาะสม

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ มุ่งเน้นการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง ที่มีความเกี่ยวข้องกับตัวแปร ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน เกณฑ์ของบาร์เธล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ซึ่งแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามลักษณะภาวะพึ่งพิงส่งผลต่อการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันออกไป เช่น กิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุปฏิบัติได้เอง โดยไม่ต้องการอุปกรณ์หรือความช่วยเหลือจากผู้อื่น และกิจกรรมพื้นฐานต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ซึ่งผู้สูงอายุในกลุ่มที่พึ่งตนเองได้ กลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงบางส่วน และกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้น้อย และการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองยังมีผลต่อตัวแปรระดับความเครียด โดยวัดผลจากแบบประเมินความเครียด (ST-5) ที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน โดยมีสาเหตุทำให้เกิดความเครียดหลายอย่าง ซึ่งทั้งสองปัจจัยนี้มีผลต่อการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง ไม่ว่าจะทางด้านร่างกายและจิตใจด้วย ทั้ง 12 ด้าน เช่น 1) การมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง 2) มีสุขภาพจิตดีและมีความพึงพอใจในชีวิต 3) มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม 4) มีความยึดมั่นในหลักคุณธรรมหรือศาสนา 5) มีโอกาสการศึกษาและการเรียนรู้ 6) มีปัจจัยดำรงชีวิตเพียงพอและ

มั่นคง 7) มีครอบครัวอบอุ่น 8) มีชุมชนเข้มแข็ง 9) มีสังคมสงบสุข ปลอดภัย 10) มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม 11) มีสื่อเหมาะสม และ 12) มีบริการสุขภาพที่เพียงพอและเหมาะสม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive design) ภาวะที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและความเครียดในการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองของประชากรเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดลำปาง โดยเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ประกอบด้วยดังนี้

1) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนาอยู่ใน จังหวัดลำปาง 13 อำเภอ ซึ่งมีจำนวน 177,944 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดลำปาง 13 อำเภอ โดย การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณอำนาจการทดสอบ (G-Power) โดยกำหนดค่ากำลังทดสอบ (power analysis) ที่ระดับ ( $\alpha$ ) .05 อำนาจการวิเคราะห์ (power of test) เท่ากับ .80 และขนาดอิทธิพลปานกลาง (medium effect size) เท่ากับ .30 อ้างอิงจากงานวิจัย Vivarakanon et al., 2024 จากการกำหนดตัวแปรในการทำนาย 2 ตัว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 398 ราย ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 เพื่อการป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง ได้เท่ากับ 420 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีคัดเลือกการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) จากภาพรวมกลุ่มประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดจังหวัดลำปาง ได้พื้นที่ คือ อำเภอเมืองลำปาง ทำการสุ่มอย่างง่ายในพื้นที่ตำบลในอำเภอเมืองลำปาง ได้พื้นที่ตัวอย่างตำบล 2 ตำบลที่มีกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่อาศัยในตำบลจำนวนมากกว่าร้อยละ 60 ได้แก่ ตำบลบ้านเป้า จำนวน 210 คนและ ตำบลพิชัย จำนวน 210 คน โดยมีการกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

#### เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดลำปาง
2. สามารถสื่อสารได้ปกติ ฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้

#### เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพที่ต้องการการพักฟื้นที่บ้าน หรือผู้ที่มีปัญหาการรับรู้ การคิด การตัดสินใจ เป็นต้น
2. มีผลการประเมิน Thai Mini Mental State (TMSE) ทดสอบการทำงานสมองของไทยทั้ง 6 ด้าน

คะแนนต่ำกว่า 23 คะแนน

3. ผู้วิจัยมีความคับข้องใจระหว่างการตอบคำถาม หรือไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยต่อ
4. ไม่สามารถติดต่อได้ในระหว่างดำเนินการวิจัย หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบ

#### เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือทั้งหมด 3 ชุด คือ

**ชุดที่ 1** ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index) (Mohoney & Barthel, 1965) มีจำนวน 10 ข้อ

- 1.1 รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยแล้ว
- 1.2 ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน
- 1.3 ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้
- 1.4 ใช้ห้องน้ำ
- 1.5 การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน
- 1.6 การสวมใส่เสื้อผ้า
- 1.7 การขึ้นลงบันได 1 ชั้น
- 1.8 การอาบน้ำ
- 1.9 การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
- 1.10 การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 0-4 คะแนน หมายถึง พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด
- 5-8 คะแนน หมายถึง พึ่งพาผู้อื่นส่วนใหญ่
- 9-11 คะแนน หมายถึง พึ่งพาผู้อื่นปานกลาง
- 12-30 คะแนน หมายถึง พึ่งพาผู้อื่นน้อย พึ่งพาตัวเองส่วนใหญ่

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ฉบับภาษาไทยซึ่งผ่านการวิจัยและการประยุกต์ใช้ในการดำเนินการวิจัย และมีการหาค่าความเที่ยงตรง (Reliability) ภายในของแบบสอบถามนี้ จากการนำไปทดสอบกับกลุ่มใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ใช้ค่าความสัมพันธ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha)



ซึ่งได้รับค่าเท่ากับ 0.95 แสดงว่าแบบสอบถามนี้มีความเที่ยงตรงภายในสูงและองค์ประกอบต่างๆ ของแบบสอบถามมีความสอดคล้องกัน

**ชุดที่ 2** แบบประเมินความเครียด (ST-5) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2019) โดยสอบถามอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลา 2-4 สัปดาห์ที่ผ่านมา (นับถึงวันที่ตอบคำถาม) มีจำนวน 5 ข้อ

2.1 มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก

2.2 มีสมาธิน้อยลง

2.3 หงุดหงิด/ กระวนกระวาย/ ว้าวุ่นใจ

2.4 รู้สึกเบื่อ เซ็ง

2.5 ไม่อยากพบปะผู้คน

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบเป็นน้อยมากหรือแทบไม่มี เป็น 0 คะแนน

ตอบเป็นบางครั้ง เป็น 1 คะแนน

ตอบเป็นบ่อยครั้ง เป็น 2 คะแนน

ตอบเป็นประจำ เป็น 3 คะแนน

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเฉลี่ย ดังนี้

0-4 คะแนน หมายถึง เครียดน้อย

5-7 คะแนน หมายถึง เครียดปานกลาง

8-9 คะแนน หมายถึง เครียดมาก

10-15 คะแนน หมายถึง เครียดมากที่สุด

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ**

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความเครียด (ST-5) พัฒนาโดยอรรณ ศิลปกิจ (2558) มาใช้ในการประเมินภาวะความเครียดในผู้สูงอายุ มาใช้ในการดำเนินการวิจัย และมีการนำเครื่องมือแบบประเมินความเครียด (ST-5) ไปใช้ในการประเมินความเที่ยงตรงภายในของแบบสอบถามนี้ใช้ค่าความสัมพันธ์ครอแบคอัลฟา (Cronbach's alpha) ซึ่งได้รับค่าเท่ากับ 0.89 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามนี้มีความเที่ยงตรงภายในสูงและองค์ประกอบต่างๆ ของแบบสอบถามมีความสอดคล้องกัน

**ชุดที่ 3** แบบประเมินสุขภาพด้วยตนเองและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐาน (กรมการแพทย์, 2565) ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยมีประเด็นหลัก 12 ข้อ ดังนี้

3.1 มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง

3.2 มีสุขภาพจิตดีและมีความพึงพอใจในชีวิต

3.3 มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม

3.4 มีความยึดมั่นในหลักคุณธรรมหรือศาสนา

3.5 มีโอกาสการศึกษาและการเรียนรู้

3.6 มีปัจจัยดำรงชีวิตเพียงพอและมั่นคง

3.7 มีครอบครัวอบอุ่น

3.8 มีชุมชนเข้มแข็ง

3.9 มีสังคมสงบสุข ปลอดภัย

3.10 มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

3.11 มีสื่อที่เหมาะสม

### 3.12 มีบริการสุขภาพที่เพียงพอและเหมาะสม

**วิธีที่ 1** ให้คะแนนในประเด็นย่อย และมีหลักเกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนน โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. แบ่งประเด็นย่อย และถามประเด็นย่อย ในแต่ละหัวข้อ

2. ให้ระดับคะแนนในแต่ละประเด็นย่อย และมีหลักเกณฑ์หรือคำอธิบายสำหรับแต่ละระดับคะแนน โดยแบ่งคะแนนเป็นคะแนน 1, 2, 3 ดังนี้ คะแนน 1 หมายถึง มีภาวะสุขภาพไม่ดี คะแนน 2 หมายถึง มีภาวะสุขภาพที่ป่วยแต่คุมอาการได้ และ คะแนน 3 หมายถึง มีภาวะสุขภาพดี

3. นำคะแนนของประเด็นย่อย มารวมกัน เป็นคะแนนของหัวข้อหลัก

**วิธีที่ 2** ให้คะแนนโดยรวมในแต่ละหัวข้อหลัก โดยแบ่งเป็นระดับ 1-10 แล้วให้ประมาณว่าภาวะสุขภาพอยู่ในช่วงใด โดยระดับที่ 1 หมายถึง มีภาวะสุขภาพแย่มากที่สุด และคะแนน 10 หมายถึงมีภาวะสุขภาพแย่มากที่สุด และคะแนน 10 หมายถึง มีภาวะสุขภาพดีมากที่สุด

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือขึ้นมาเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูล การศึกษาครั้งนี้หาความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือที่พัฒนามาให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ และนักวิชาการทางด้านผู้สูงอายุ ได้ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (Index of Item Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.92 อีกทั้งหาค่าความเที่ยงตรง (Reliability) โดยนำเครื่องมือที่ได้พัฒนามาแล้วไปทำสอบกับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และทดสอบความเชื่อมั่นในการจำแนกประเภทของผู้สูงอายุ (Interrater reliability) เท่ากับร้อยละ 86

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลในอำเภอ 3 อำเภอในช่วงเวลาเดียวกัน ผู้วิจัยต้องใช้ผู้ร่วมวิจัย 3 ท่านซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลกลุ่มงานผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและคำถามแต่ละข้อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจเป็นอย่างดี เพื่อสามารถตอบคำถามในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจได้รวมทั้งต้องวางตัวเป็นกลาง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาดิตขัดในการอ่านหรือการบันทึก ผู้ช่วยวิจัยจะต้องเป็นคนอ่านคำถามให้ฟัง ช่วยบันทึกตามความเห็นของกลุ่มตัวอย่าง และทดสอบความเชื่อมั่นในการจำแนกประเภทของผู้สูงอายุ (Interrater reliability) เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 80

#### การดำเนินการเก็บข้อมูล

1. เมื่อโครงการวิจัยผ่านจริยธรรมการวิจัยคนจากกรรมการแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานพื้นที่เป้าหมาย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากกลุ่มตัวอย่างแจ้งประสงค์การเข้าร่วมวิจัย

2. หลังจากได้อธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโครงการวิจัย ผู้วิจัยได้ลงชื่อเขียนยินยอมเข้าร่วมวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หากกรณีอ่านไม่ออกหรือไม่ชัดเจน ผู้วิจัยอ่านคำถามและให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบคำถามในแต่ละข้อจนเสร็จ ประกอบด้วย แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index), แบบประเมินความเครียด (ST-5) และแบบประเมินสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ

3. เครื่องที่ใช้ในการวิจัยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือทั้งหมด 3 ชุด คือ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index), แบบประเมินความเครียด (ST-5) และแบบประเมินสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ

4. คณะผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจัดทำแบบสอบถาม เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในพื้นที่ที่กำหนดไว้ด้วยตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างที่อ่านออกเขียนได้ให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ส่วนผู้ที่อ่านไม่ออกคณะผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ตอบ

5. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืน ตัดแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์และเก็บข้อมูลเพิ่มเติม จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

#### **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างจริยธรรมการวิจัย**

ผู้วิจัยได้นำโครงการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ นำเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เลขที่จริยธรรม E2567-009 ผู้สูงอายุได้รับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล และการสอบถามความสมัครใจ ผู้สูงอายุมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาค้างนี้ จะไม่มีผลต่อการรับการบริการ เป็นไปด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมการศึกษาได้ตลอดเวลา การวิจัยโดยผู้วิจัยจะเสนอข้อมูลในภาพรวม จะไม่มีการอ้างอิงที่สืบค้นไปยังผู้ร่วมวิจัยได้ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้อาสาสมัครวิจัยสอบถามข้อสงสัยก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ด้วยตนเอง ซึ่งไม่มีการบังคับและผู้วิจัยให้เวลาในการตัดสินใจ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้างนี้จะไม่ถูกเปิดเผย เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น โดยไม่ระบุชื่อของบุคคลที่ให้ข้อมูล อาสาสมัครวิจัยสามารถหยุดหรือยกเลิกในการจะให้ข้อมูลได้ทุกครั้ง หากไม่ประสงค์ที่จะให้ข้อมูลต่อไป โดยอาสาสมัครวิจัยจะไม่เสียประโยชน์ใดๆทั้งสิ้น

#### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

การประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (Sociodemographic data) ใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows

2) วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยทำนายการประกอบกิจวัตรประจำวัน และระดับความเครียด ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะ 1-2 วันที่ผ่านมา 3) ลูกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ 4) ใช้ห้องน้ำ 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 10) การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และความเครียด ได้แก่ 1) ปัญหาการนอนไม่หลับ/ นอนมาก 2) มีสมาธิน้อยลง 3) หงุดหงิด/ กระวนกระวาย/ ว้าวุ่นใจ 4) รู้สึกเบื่อ เซ็ง 5) ไม่อยากพบปะผู้คน ด้วยการหาช่วงคะแนนการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการประเมินสุขภาพด้วยตนเองและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ จำนวนทั้งหมด 12 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านการประเมินการมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง 2) ด้านการประเมินการมีสุขภาพจิตดีและมีความสุข 3) ด้านการประเมินการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม 4) ด้านการประเมินการมีความยึดมั่นและปฏิบัติตามหลักคุณธรรมศาสนา 5) ด้านการประเมินมีการโอกาสศึกษาและเรียนรู้อย่างเพียงพอสำหรับการดำรงชีวิต 6) ด้านการประเมินการมีปัจจัยดำรงชีวิต 7) ด้านการประเมินการมีครอบครัวที่มีความรักและอบอุ่น 8) ด้านการประเมินการมีชุมชนเข้มแข็ง 9) ด้านการประเมินการอยู่ในสังคมที่มีความสุข ปลอดภัย 10) ด้านการประเมินการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม 11) ด้านการประเมินการได้รับสื่อที่เหมาะสม และ 12) ด้านการประเมินการได้รับบริการสุขภาพที่เพียงพอและเหมาะสม โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบนำเข้า (Enter methods multiple regression)

## ผลการวิจัย

ผลการศึกษาวิจัยจากกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 398 ราย ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่างได้เท่ากับ 412 คน ในเขตพื้นที่ตำบลแม่ก่งจำนวน 208 คน และตำบลต้นตอง อ.เมือง จ.ลำปาง จำนวน 204 คน โดยใช้การสัมภาษณ์จากแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยและทีมวิจัยในการเข้าพื้นที่สำรวจด้วยตนเอง โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มพื้นที่ตัวอย่างประชากรจากการสุ่มคัดเลือกในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

### 1. ข้อมูลลักษณะทั่วไป

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 60-69 ปี (55.58 %) โดยเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (73.30%) สำหรับสถานะภาพผู้สูงอายุอยู่กับคู่สามีภรรยา (64.08%) โดย เมื่อสอบถามประวัติการได้รับการศึกษาพบว่าในพื้นที่ตำบลแม่ก่งและต้นตอง จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 (42.7%) อาศัยอยู่ในบ้านตนเองและไม่ได้ประกอบอาชีพ (70.63%) และมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท (40.78%)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลลักษณะทั่วไป

|                         | Group 1 (n=208)<br>บ้านแม่ก่ง |       | Group 2 (n= 204)<br>บ้านต้นตอง |       | N = 412 |       |
|-------------------------|-------------------------------|-------|--------------------------------|-------|---------|-------|
|                         | F                             | %     | F                              | %     | F       | %     |
| <b>1. อายุ</b>          |                               |       |                                |       |         |       |
| 60-69 ปี                | 120                           | 57.69 | 109                            | 53.43 | 229     | 55.58 |
| 70-79 ปี                | 50                            | 24.04 | 47                             | 23.04 | 96      | 23.30 |
| 80-89 ปี                | 34                            | 16.35 | 42                             | 20.59 | 76      | 18.45 |
| >90 ปี                  | 4                             | 1.92  | 6                              | 2.94  | 10      | 2.43  |
| (mean=76, S.D.=1.5)     |                               |       |                                |       |         |       |
| <b>2. เพศ</b>           |                               |       |                                |       |         |       |
| หญิง                    | 139                           | 66.83 | 163                            | 79.90 | 302     | 73.30 |
| ชาย                     | 69                            | 33.17 | 41                             | 20.10 | 110     | 26.70 |
| <b>3. สถานภาพ</b>       |                               |       |                                |       |         |       |
| โสด                     | 36                            | 17.31 | 76                             | 37.25 | 112     | 27.18 |
| สมรส                    | 151                           | 72.60 | 113                            | 55.39 | 264     | 64.08 |
| หย่า/หม้าย              | 21                            | 10.10 | 37                             | 18.14 | 58      | 14.08 |
| <b>4. ระดับการศึกษา</b> |                               |       |                                |       |         |       |
| ไม่ได้เรียนหนังสือ      | 56                            | 26.92 | 66                             | 32.35 | 122     | 29.61 |
| อ่านออกเขียนได้         | 32                            | 15.38 | 38                             | 18.63 | 70      | 16.99 |
| จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 | 92                            | 44.23 | 84                             | 41.18 | 176     | 42.72 |
| จบชั้นมัธยมปีที่ 3      | 27                            | 12.98 | 14                             | 6.86  | 41      | 9.95  |
| ปริญญาตรี               | 1                             | 0.48  | 2                              | 0.98  | 3       | 0.73  |



ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลลักษณะทั่วไป (ต่อ)

|                       | Group 1 (n=208) |       | Group 2 (n= 204) |       | N = 412 |       |
|-----------------------|-----------------|-------|------------------|-------|---------|-------|
|                       | บ้านแม่กิง      |       | บ้านต้นตอง       |       |         |       |
|                       | F               | %     | F                |       | F       | %     |
| <b>5. ประกอบอาชีพ</b> |                 |       |                  |       |         |       |
| ไม่ได้ทำงาน           | 156             | 75.00 | 135              | 66.18 | 291     | 70.63 |
| ทำงาน                 | 52              | 25.00 | 69               | 33.82 | 121     | 29.37 |
| <b>6. รายได้</b>      |                 |       |                  |       |         |       |
| ไม่มีรายได้           | 73              | 35.10 | 69               | 33.82 | 142     | 34.47 |
| น้อยกว่า 5000 บาท     | 81              | 38.94 | 87               | 42.65 | 168     | 40.78 |
| 5001-10,000 บาท       | 50              | 24.04 | 36               | 17.65 | 86      | 20.87 |
| >15,000 บาท           | 4               | 1.92  | 12               | 5.88  | 16      | 3.88  |

2. ผลระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยภาพรวมระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุพึ่งพิงผู้อื่นในการประกอบกิจวัตรประจำวันปานกลางร้อยละ 35 (S.D. = 0.23) ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดในการประกอบกิจวัตรประจำวันมีน้อยที่สุด ร้อยละ 10.12 (S.D. = 0.35) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงภาพรวมข้อมูลร้อยละและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)

| ลำดับ | ระดับ ADL             | ร้อยละ | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) |
|-------|-----------------------|--------|-----------------------------|
| 1.    | พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด  | 10.12  | 0.35                        |
| 2.    | พึ่งพาผู้อื่นส่วนใหญ่ | 29.13  | 0.45                        |
| 3.    | พึ่งพาผู้อื่นปานกลาง  | 25.55  | 0.78                        |
| 4.    | พึ่งพาผู้อื่นน้อย     | 35.20  | 0.23                        |

ผลการวิเคราะห์ในรายด้านของการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) จากการใช้แบบประเมินการคัดกรองดัชนี Barthel Activity of Daily Living (ADL) ทั้งหมด 10 ด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการล้างหน้าหวีผล แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24 – 48 ชั่วโมง (mean = 97.12, S.D. = 0.29) ผู้สูงอายุที่สามารถอาบน้ำได้เอง (mean = 96.70, S.D. = 0.18) และสวมใส่เสื้อผ้าได้เองนั้น (mean = 93.30, S.D. = 0.25) มีจำนวนมากกว่าร้อยละ 90 และสำหรับด้านระดับความสามารถในการกลั่นกรองอาหาร ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่ามีค่าเฉลี่ยเพียงร้อยละ 60 (mean = 63.30, S.D. = 0.49) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายด้านต่างๆ ของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)

| ลำดับ | ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน                                | ค่าเฉลี่ยรายข้อ<br>(mean)<br>(n=412) | ส่วนเบี่ยงเบน<br>มาตรฐาน (S.D.) |
|-------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| 1     | สามารถรับประทานอาหารได้เอง ตักอาหารและ<br>ช่วยตัวเองได้เป็นปกติ     | 93.30                                | 0.25                            |
| 2     | การล้างหน้าหรืออาบน้ำ แปรงฟัน โกนหนวด ใน<br>ระยะเวลา 24-48 ชั่วโมง  | 97.12                                | 0.29                            |
| 3     | การลุกจากที่นอน หรือจากเตียงไปเก้าอี้ สามารถ<br>ปฏิบัติได้เอง       | 80.00                                | 0.41                            |
| 4     | ความสามารถในการใช้ห้องน้ำ ช่วยเหลือตนเอง                            | 86.70                                | 0.31                            |
| 5     | การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน โดยสามารถ<br>เดินได้เองไม่ใช้อุปกรณ์ | 80.00                                | 0.41                            |
| 6     | การสวมใส่เสื้อผ้าได้เองนั้น ผู้สูงอายุสามารถ<br>ปฏิบัติได้เอง       | 93.30                                | 0.25                            |
| 7     | ความสามารถในการเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น                               | 83.30                                | 0.38                            |
| 8     | การอาบน้ำ สามารถปฏิบัติได้เอง                                       | 96.70                                | 0.18                            |
| 9     | การกลั่นกรองถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่<br>ผ่านมา                | 63.30                                | 0.49                            |
| 10    | มีปัญหาการกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่<br>ผ่านมา                 | 83.30                                | 0.38                            |

2.การประเมินระดับความเครียด ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความเครียด จากการใช้แบบประเมิน  
ความเครียด (ST-5) เป็นบางครั้ง โดยเฉลี่ยร้อยละ 69.12 (S.D. = 0.45) ในขณะที่ประมาณร้อยละ 4.46 (S.D. =  
0.76) ผู้สูงอายุมีความเครียดเป็นประจำ (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงภาพรวมของร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายด้านต่างๆ ของระดับความเครียดในผู้สูงอายุ (ST-5)

| ลำดับ | ระดับ Stress (ST-5) | ร้อยละ<br>(ภาพรวม) | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน<br>(S.D.) |
|-------|---------------------|--------------------|--------------------------------|
| 1     | น้อยมากหรือแทบไม่มี | 8.98               | 0.87                           |
| 2     | ตอบเป็นบางครั้ง     | 69.12              | 0.45                           |
| 3     | ตอบเป็นบ่อยครั้ง    | 17.44              | 0.98                           |
| 4     | ตอบเป็นประจำ        | 4.46               | 0.76                           |

โดยเมื่อพิจารณาในรายด้านของความเครียด โดยใช้แบบประเมินความเครียด (ST-5) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ชอบอยู่บ้าน มีระดับความเครียดของการไม่ยากพบปะผู้คนสูงถึง  $\text{mean} = 76.70$ ,  $\text{S.D.} = 0.43$  ประกอบกับมีปัญหาสุขภาพทางกาย สำหรับระดับความเครียดของอาการหงุดหงิด/ กระวนกระวาย/ ว้าวุ่นใจ พบน้อยที่สุดเพียง  $\text{mean} = 53.50$ ,  $\text{S.D.} = 0.64$  ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการประเมินความเครียด (ST-5)

| ลำดับ | การประเมินความเครียด               | ค่าเฉลี่ยรายข้อ<br>(mean) | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน<br>(S.D.) |
|-------|------------------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| 1     | มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก | 73.30                     | 0.75                           |
| 2     | มีสมาธิน้อยลง                      | 56.70                     | 0.63                           |
| 3     | หงุดหงิด/ กระวนกระวาย/ ว้าวุ่นใจ   | 53.30                     | 0.64                           |
| 4     | รู้สึกเบื่อ เซ็ง                   | 62.40                     | 0.81                           |
| 5     | ไม่ยากพบปะผู้คน                    | 76.70                     | 0.43                           |

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและความเครียด การประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุทั้ง 12 ด้าน ดังตารางที่ 6 ซึ่งได้แก่ 1) ด้านการประเมินการมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง 2) ด้านการประเมินการมีสุขภาพจิตดีและมีความพึงพอใจในชีวิต 3) ด้านการประเมินการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม 4) ด้านการประเมินการมีความยึดมั่นและปฏิบัติตามหลักคุณธรรมศาสนา 5) ด้านการประเมินมีการโอกาสศึกษาและเรียนรู้อย่างเพียงพอสำหรับการดำรงชีวิต 6) ด้านการประเมินการมีปัจจัยดำรงชีวิต 7) ด้านการประเมินการมีครอบครัวที่มีความรักและอบอุ่น 8) ด้านการประเมินการมีชุมชนเข้มแข็ง 9) ด้านการประเมินการอยู่ในสังคมที่มีความสุข ปลอดภัย 10) ด้านการประเมินการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม 11) ด้านการประเมินการได้รับสื่อที่เหมาะสม และ 12) ด้านการประเมินการได้รับบริการสุขภาพที่เพียงพอและเหมาะสม (ตามตารางที่ 4) พบว่า ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL) นั้นมีผลต่อการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง 2 ด้าน อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การประเมินตนเองทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ ( $r = .095$ ,  $p < .05$ ) และการประเมินตนเองด้านการมีครอบครัวที่อบอุ่น ( $r = .087$ ,  $p < .05$ ) ในขณะที่ความเครียดมีผลต่อการประเมินสุขภาพด้วยตนเอง 2 ด้าน อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การประเมินตนเองในการมีโอกาสศึกษาและการเรียนรู้ ( $r = .484$ ,  $p < .01$ ) และ การประเมินตนเองทางด้านปัจจัยการดำรงชีวิตที่เพียงพอและมีความมั่นคง ( $r = .456$ ,  $p < .01$ )

**ตารางที่ 6** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและความเครียดกับภาวะสุขภาพที่ส่งผลต่อการประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ

| ตัวแปร                                   | 1             | 2              | 3             | 4             | 5            | 6             | 7             |
|------------------------------------------|---------------|----------------|---------------|---------------|--------------|---------------|---------------|
| ADL                                      | 1.00          |                |               |               |              |               |               |
| ST-5                                     | .122          | 1.00           |               |               |              |               |               |
| 1. การประเมินด้านสุขภาพร่างกาย           | .108          | -.184          | 1.00          |               |              |               |               |
| 2. การประเมินด้านสุขภาพจิต               | -.141         | -.155          | .218          | 1.00          |              |               |               |
| 3. การประเมินด้านพฤติกรรมสุขภาพ          | <b>-.095*</b> | .216           | -.196         | <b>-.257*</b> | 1.00         |               |               |
| 4. การประเมินด้านการใช้หลักคุณธรรม       | .259*         | .147           | .089          | .117          | -.105        | 1.00          |               |
| 5. การประเมินด้านโอกาสการเรียนรู้        | .101          | <b>-.484**</b> | .089          | <b>.408**</b> | -.105        | -.071         | 1.00          |
| 6. การประเมินด้านความมั่นคงในชีวิต       | -.125         | <b>-.456**</b> | <b>.259*</b>  | -.132         | .161         | .023          | <b>.369*</b>  |
| 7. การประเมินด้านครอบครัวอบอุ่น          | <b>.087*</b>  | .035           | .149          | <b>.293*</b>  | -.175        | .239          | .239          |
| 8. การประเมินด้านชุมชนเข้มแข็ง           | .180          | .102           | .062          | -.122         | -.073        | <b>.695**</b> | -.050         |
| 9. การประเมินด้านสังคมสงบสุข             | -.129         | -.169          | .087          | .177          | -.105        | -.071         | <b>.464**</b> |
| 10. การประเมินด้านสภาพแวดล้อม            | .091          | .147           | <b>-.356*</b> | -.175         | -.165        | -.071         | -.071         |
| 11. การประเมินด้านสื่อเทคโนโลยี          | -.195         | -.154          | <b>.291*</b>  | -.132         | -.145        | .036          | .036          |
| 12. การประเมินด้านบริการสุขภาพที่เพียงพอ | .068          | .223           | .146          | -.154         | <b>.347*</b> | .094          | -.189         |

\*  $p\text{-value} < .05$ , \*\*  $p\text{-value} < .01$



**ตารางที่ 6** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและความเครียดกับภาวะสุขภาพที่ส่งผลต่อการประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ (ต่อ)

| ตัวแปร                                   | 8      | 9     | 10    | 11    | 12    | 13   | 14   |
|------------------------------------------|--------|-------|-------|-------|-------|------|------|
| ADL                                      |        |       |       |       |       |      |      |
| ST-5                                     |        |       |       |       |       |      |      |
| 1. การประเมินด้านสุขภาพร่างกาย           |        |       |       |       |       |      |      |
| 2. การประเมินด้านสุขภาพจิต               |        |       |       |       |       |      |      |
| 3. การประเมินด้านพฤติกรรมสุขภาพ          |        |       |       |       |       |      |      |
| 4. การประเมินด้านการใช้หลักคุณธรรม       |        |       |       |       |       |      |      |
| 5. การประเมินด้านโอกาสการเรียนรู้        |        |       |       |       |       |      |      |
| 6. การประเมินด้านความมั่นคงในชีวิต       | 1.00   |       |       |       |       |      |      |
| 7. การประเมินด้านครอบครัวอบอุ่น          | .039   | 1.00  |       |       |       |      |      |
| 8. การประเมินด้านชุมชนเข้มแข็ง           | .257*  | -.083 | 1.00  |       |       |      |      |
| 9. การประเมินด้านสังคมสงบสุข             | .196   | .239  | -.050 | 1.00  |       |      |      |
| 10. การประเมินด้านสภาพแวดล้อม            | -.323* | -.120 | -.050 | -.071 | 1.00  |      |      |
| 11. การประเมินด้านสื่อเทคโนโลยี          | .076   | .150  | -.162 | .306* | .036  | 1.00 |      |
| 12. การประเมินด้านบริการสุขภาพที่เพียงพอ | .153   | .063  | .263* | .094  | -.189 | .095 | 1.00 |

\*  $p\text{-value} < .05$ , \*\*  $p\text{-value} < .01$

4. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการประเมินภาวะสุขภาพที่ส่งผลต่อปัจจัยการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุและระดับความเครียด สามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนพฤติกรรมการประเมินภาวะสุขภาพที่ส่งผลต่อปัจจัยการประเมินภาวะสุขภาพ ( $F_{(5, 89)} = 19.890$ ,  $p\text{-value} < 0.05$ ) โดยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและระดับความเครียดสามารถทำนายพฤติกรรมการประเมินภาวะสุขภาพที่ส่งผลต่อปัจจัยการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = -.116$ ,  $\beta = -.260$ ,  $p < .05$ ) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุแบบนำเข้าของตัวแปรภาวะที่ส่งผลต่อสุขภาพในการประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ ( $n = 412$ )

| ตัวแปรทำนาย                                       | B      | SE    | $\beta$ | t      | p-value |
|---------------------------------------------------|--------|-------|---------|--------|---------|
| ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Daily Living) | -.188  | .298  | -.116   | -.629  | .047    |
| ระดับความเครียด (Stress)                          | -1.025 | .728  | -.260   | -1.408 | .031    |
| Constant                                          | 36.326 | 5.741 | -.102   | 6.327  | .001    |

$R = .285^a$ ,  $R^2 = 0.81$ ,  $Adjusted\ R^2 = 0.13$ ,  $F_{(5, 89)} = 19.890$ ,  $p\text{-value} < 0.05$

### อภิปรายผล

การศึกษานี้สามารถอภิปรายผลได้ว่า ภาวะที่ส่งผลต่อสุขภาพ ได้แก่ ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) และ ระดับความเครียด (ST-5) ในการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองทั้ง 12 ด้านจากการวิเคราะห์ผลพบว่า ด้านที่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองด้านพฤติกรรมประเมินสุขภาพร่างกายตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงร้อยละ 90 (S.D. = 0.30) ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่สามารถปฏิบัติงานได้โดยใช้กำลังปานกลาง ซึ่งหากออกแรงมากจะเหนื่อย ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา ผู้สูงอายุยังพบความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุจะมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด เป็นต้น ด้านที่ 2) การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองด้านการมีสุขภาพจิตที่ดีและมีความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีร้อยละ 70 (S.D. = 0.46) ผู้สูงอายุมีความสุขและมีความพึงพอใจในชีวิตมาก ไม่ต้องการสิ่งใดที่มากเกินไปกว่าที่เป็นอยู่ มีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และความเสื่อมโทรมของร่างกายเมื่ออายุมากขึ้น มีความรู้สึกพึงพอใจจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (Molina- Luque, Stonechikaite, Torres-Gonzalez, & Sanvicen, 2022) อีกทั้งสอดคล้องกับระดับความเครียด โดยผู้สูงอายุที่มีความเครียดน้อย หากก็สามารถจัดการกับความเครียดและปัญหาชีวิตได้ มีการคุมพฤติกรรมในการจัดการความเครียดได้ดี เช่น การทำกิจกรรมบำบัด การผ่อนคลายอารมณ์ และการปรับสมดุลของกิจกรรมที่บ้านของตน (Alberti & Hyman, 2021; Drigas & Mitsea, 2021) ด้านที่ 3) การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองด้านพฤติกรรมมีสุขภาพที่เหมาะสมโดยรวมอยู่ในระดับดีร้อยละ 86.70 (S.D. = 0.34) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีประวัติการสูบบุหรี่ปัจจุบันเลิกอย่างเด็ดขาด มีความตระหนักในการป้องกันการเกิดโรคและการบาดเจ็บอยู่ตลอดเวลา เช่น การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และขับชัวร์โดยไม่ประมาท อีกทั้งยังมีพฤติกรรมออกกำลังกายสม่ำเสมอ รับประทานอาหารเป็นประจำ สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความตระหนักรู้ในตนเอง ช่วยในการลดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมได้ อีกทั้งสามารถป้องกันโรคและส่งเสริมภาวะสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น (Ramires, et al., 2023; Rocha, Nogueira, Nunes, & Medeiros, 2024) ด้านที่ 4)

การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองด้านการยึดมั่นและปฏิบัติตามหลักคุณธรรมหรือหลักศาสนาร้อยละ 88.00 (S.D. = 0.25) ในการยึดมั่นหลักธรรมและหลักศาสนามาใช้ในชีวิตประจำวัน มีอิสรภาพในการดำรงชีวิต ไม่ยึดติดกับสิ่งของภายนอก ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยมุมมองของการเป็นผู้สูงอายุที่มีพหุพลังโดยมีการนำคำสอนของหลักศาสนาใช้ในการเผชิญปัญหาและประสบการณ์ในการบริหารจัดการชีวิตประจำวันทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Wongsala, Anbacken, & Rosendahl, 2021) ด้านที่ 5) การประเมินภาวะสุขภาพด้านการเข้าถึงโอกาสทางการศึกษาและเรียนรู้อย่างเพียงพอร้อยละ 93.3 (S.D. = 0.25) ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงมีโอกาสในการเรียนรู้สิ่งใหม่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุบางรายมีความเครียดมากในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ถ้าสิ่งนั้นปฏิบัติยากและมีความซับซ้อนของข้อมูล เช่นเดียวกับ Mlambo, Silen, and McGrath (2021) พบว่า อุปสรรคที่สำคัญในการจำกัดการเข้าถึง หรือต่อยอดการเรียนรู้ ก็คือ การขาดเงินทุนสนับสนุนค่าใช้จ่าย การขาดกลยุทธ์ หรือข้อมูลมีความซับซ้อน หรือวิธีการในการสร้างแรงจูงใจ ด้านที่ 6) การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองด้านพฤติกรรมและการประเมินภาวะสุขภาพในการดำรงชีวิตที่เพียงพอและมีความมั่นคงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 (S.D. = 0.78) การดำเนินกิจวัตรประจำวันในการรับประทานอาหารเช้า ส่วนใหญ่มีที่พักอาศัยในบ้านของตน มีรายได้ที่เพียงพอกับรายจ่าย ซึ่งผู้สูงอายุไม่ปฏิบัติงานและไม่มีอาชีพ อาศัยเงินจากภาครัฐและลูกหลาน อย่างไรก็ตามมีระดับความเครียดในเรื่องดังกล่าวบางครั้งถึงบ่อยมากโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไปที่จะต้องพึ่งพาการดูแลจากลูกหลานส่วนใหญ่หรือทั้งหมดในการเตรียมอาหารในแต่ละมื้อ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของผลลัพธ์ทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้มีความมั่นคง มีการรักษาความเป็นบุคคล ให้ดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุขซึ่งผู้สูงอายุ เช่น การดำเนินกิจวัตรประจำวันต่างๆ (Leung & Wolfson, 2021) ด้านที่ 7) การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองด้านครอบครัวอบอุ่นร้อยละ 83.3 (S.D. = 0.37) แต่อย่างไรก็ตามในรายข้อ พบว่า ครอบครัวมีเวลาให้ผู้สูงอายุลดลงจากเดิมแต่ยังปฏิบัติร่วมกันสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตามมีบางส่วนที่อาศัยอยู่ในบ้านลำพังโดยเฉพาะในช่วงเวลากลางวัน ตรงกับผลการศึกษาก่อน ซึ่งไม่สอดคล้องจากการที่ครอบครัวมีเวลาลดลงสำหรับผู้สูงอายุ ครอบครัวจึงจ้างผู้ดูแลที่มาทำหน้าที่ดูแล จึงพบว่า ผู้ดูแลที่มาทำหน้าที่ตามคำสั่งนั้นมีความสัมพันธ์ลดลงจากผู้ดูแลและผู้ป่วย Schulz, Beach, Czaja, Nartire, & Monin, 2020) ด้านที่ 8) การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองด้านพฤติกรรมทางด้านบทบาทของชุมชน โดยภาพรวมแล้วอยู่ในระดับดี ร้อยละ 96.7 (S.D. = 0.18) ถึงแม้ว่าบทบาททางชุมชนจะเกิดขึ้นได้ในผู้สูงอายุที่มีการดำเนินชีวิตประจำวันขั้นสูง (IADL) ผู้สูงอายุจะสามารถช่วยเหลือชุมชนได้เมื่อชุมชนร้องขอโดยไม่มีผลต่อระดับความเครียดหรือความวิตกกังวล อย่างไรก็ตามผลการวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับบทบาทของผู้สูงอายุชุมชนลดลง พบว่า การเข้าร่วมเมื่อชุมชนขอความร่วมมือ ผู้สูงอายุดำรงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสม การมีวัฒนธรรมภายในชุมชน หรือธรรมเนียมปฏิบัติในครอบครัว ช่วยให้เข้าใจในบริบทของการร่วมมือสร้างสัมพันธ์ภาพในระดับครอบครัวและชุมชนโดยเฉพาะผู้สูงอายุ (Wu & Yuan, 2023) ด้านที่ 9) การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองด้านความสงบสุขในชุมชนที่อาศัยอยู่ในระดับดี มีความรู้สึกปลอดภัยในทรัพย์สิน และช่วยสร้างความสามัคคีระหว่างคนในท้องถิ่น ซึ่งสัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันให้ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในการใช้ชีวิตในชุมชนและความเครียดหากผู้สูงอายุรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย ด้านที่ 10) การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองด้านการมีสภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมในระดับดีมากร้อยละ 93.3 (S.D. = 0.04) เช่น ในชุมชนมีการกำจัดขยะสิ่งปฏิกูลยังดำเนินการตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง มีการดูแลรักษาทรัพยากรธรรมชาติ โดยสามารถเจอได้ในการดำเนินกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและขั้นสูง ไม่สอดคล้องกับระดับความเครียดของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่า สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับสุขภาพผู้สูงอายุตามหลักองค์การอนามัยโลก คือ เมืองที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ โดยในทุกๆด้านจะต้องปลอดภัยทั้งอาคารและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้สูงอายุปลอดภัยจากการพักอาศัยและการดำรงชีวิต (Rudnicka, Napierala, Podfigurna, Meczekalski, Smolarczyk, & Grymowicz, 2020) ด้านที่ 11) การ

ประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองด้านการมีพฤติกรรมที่ได้รับข้อมูลข่าวสารสุขภาพในระดับดีเกือบครึ่งหนึ่งร้อยละ 56.7 (S.D. = 0.50) ในการดำเนินกิจกรรมประจำวันขึ้นพื้นฐาน การใช้สื่อและอุปกรณ์ถือเป็นพฤติกรรมการดำเนินกิจกรรมประจำวันขึ้นสูง และสัมพันธ์กับความเครียด หากต้องมีการเรียนรู้ใช้งานโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อายุ ซึ่งมีความไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การสื่อสารโดยใช้สื่อจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้ยังคงปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยลำพังและแยกตัวให้เข้าสังคมมากยิ่งขึ้น (Zhang, Kim, Silverstein, Song, & Burr, 2021) ด้านที่ 12) การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองด้านการได้รับการบริการสุขภาพที่เพียงพอ ในระดับดีร้อยละ 66.7 (S.D. = 0.47) ถึงแม้ว่าการดำเนินกิจกรรมประจำวันขึ้นพื้นฐาน การได้รับการบริการทางด้านสุขภาพจะเป็นการดำเนินกิจกรรมประจำวันขึ้นสูงในการออกไปยังสถานที่ต่างๆ เช่น การได้รับการบริการจากภาครัฐ โดยไม่มีผลต่อระดับความเครียด เนื่องจากผู้สูงอายุมีสิทธิประกันสังคมและเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลงานวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวตามนโยบายการพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน ผู้สูงอายุจะได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง (Sansuk, Namwong, Phonmeesak, & Arrirak, 2023) ดังนั้น ความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันและความเครียดสามารถทำนายการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุได้

### ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1.ด้านการพยาบาล ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปต่อยอดในการพัฒนาคุณภาพในการประเมินภาวะสุขภาพและการวางแผนการพยาบาล โดยเฉพาะทางด้านการประเมินภาวะสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ
- 2.ด้านการศึกษาวิจัย สามารถนำความรู้ที่ได้รับจาก ผลของปัจจัยทำนายไปพัฒนาต่อยอดงานวิจัย โดยเฉพาะทางด้านการวางแผนการให้การดูแลผู้สูงอายุในด้านต่างๆ การประเมินภาวะสุขภาพได้อย่างครอบคลุมแบบองค์รวม

### ข้อเสนอแนะการศึกษาขั้นต่อไป

การศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง เช่น การดำเนินชีวิตประจำวันขึ้นพื้นฐาน และความเครียดที่มีผลต่อการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง ดังนั้นบุคลากรทางด้านสุขภาพควรนำผลการประเมินไปใช้ในการวางแผนโปรแกรมการสร้างเสริมหรือส่งเสริมความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันขึ้นพื้นฐาน และวิธีการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดีและมีความตระหนักในการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองได้

### เอกสารอ้างอิง

- Alberti, S., & Hyman, A. A. (2021). Biomolecular condensates at the nexus of cellular stress, protein aggregation disease and aging. *Nature Reviews Molecular Cell Biology*, 22(3), 196-213.
- Chen, Y., & Gao, Q. (2023). Effects of social media self-efficacy on informational use, loneliness, and self-esteem of older adults. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 39(5), 1121-1133.
- Collin, C., Wade, D. T., Davies, S., & Home, V. (1988). The Barthel ADL index: A reliability study. *International Disability Studies*, 10(2), 61-63.



- Drigas, A., & Mitsea, E. (2021). Metacognition, stress-relation balance related hormones. *Int J. Recent Contributions*, 9(1), 4-16.
- Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. (2021). Economic and social survey of asia and the pacific 2021: Towards post-Covid-19 resilient economic. Retrieved from <https://www.unescap.org/kp/2021/economic-and-social-survey-asia-and-pacific-2021-towards-post-covid-19-resilient-economies>
- Gonzalez, R., & Hernandez, M. (2023). Self-assessment and health behaviors among older adults in Latin America: A systemic review. *Journal of Gerontology & Geriatric Medicine*, 39(1), 57-68. doi.org/10.1093/geront/gna092
- Katz, E. (1959). Mass communications research and the study of popular culture: An editorial note on a possible future for this journal. *Studies in Public Communication*, 2(1), 1-6.
- Kim, S., & Park, M. (2021). Self-rated health and its impact on life satisfaction and depression among older adults in Korea: A cross – sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1294. <https://doi.org/10.3390/ijperh18031294>
- Leung, C. W., & Wolfson, J. A. (2021). Food Insecurity among older adults: 10□year national trends and associations with diet quality. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(4), 964-971.
- Mlambo, M., Silén, C., & McGrath, C. (2021). Lifelong learning and nurses' continuing professional development, a metasynthesis of the literature. *BMC nursing*, 20, 1-13.
- Molina-Luque, F., Stoncikaite, I., Torres-Gonzalez, T., & Sanvicen-Tome, P. (2022). Prefiguration, active aging, and creativity: Keys for quality of life and overcoming agism. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1564.
- Martinez, J., & Smith, L. (2023). Impact of self-assessment on mental health outcomes in older adults: A longitudinal study. *Journal of Aging and Health*, 35(2), 239-256. <https://doi.org/10.1177/08982643221109783>
- National Statistical Office of Thailand. (2021). The Elderly Population in Thailand 2021. <http://web.nso.go.th/en/home/> (in thai)
- Panyawatthano, P., Treetrupetch, N., & Photong, P. (2022). Guidelines of activity development for community participation suitable for elder's health enhancement in Chachoengsao Province. *Journal of Buddhist Sociology*, 7(3), 34-48. (in thai)
- Prateepmanowong, J. (2019). The relationships between activities of daily living, exercise behavior and quality of life in older persons with coronary artery disease. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 27(4), 66-76. (in thai)
- Ramirez Luque, D. B., Rocha Huaman, N. L., Calizaya-Milla, Y. E., Calizaya-Milla, S. E., RamosVera, C., & Saintila, J. (2023). Body Self-Perception, Dietary Self-Efficacy, and Body



- Mass Index in Young Adults: A Cross-Sectional Survey. *International Journal of General Medicine*, 193-202.
- Rocha, M. C., Nogueira, B. D. F. M., Nunes, F. B., & Medeiros, A. M. D. (2024, January). Self-perception of voice, hearing, and general health in screening for voice changes in older women. In *CoDAS* (Vol. 36, p. e20220063). Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia
- Rudnicka, E., Napierala, P., Podfigurna, A., Meczekalski, B., Smolarczyk, R., & Grymowicz, M. (2020). The world health organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*, 139, 6-11.
- Sansuk, B., Namwong, T., Phonmeesak, J., Arrirak, N. (2023). The policy evaluation of the development of community health system to seamless health care service system for elderly, Yasothon Province. *Academic Journal of Community Public Health*, 9(3), 179-189. (in thai)
- Suchulz, R., Beach, S. R., Czaja, S. J., Martire, L. M., & Monin, J. K. (2020). Family caregiving for older adults. *Annual Review of Psychology*, 71, 635-659.
- Tajai, P., Limsuwan, J., Sriruk, P., Thanomsat, C., & Makawan, P. (2020). Results of participatory action research on physical and mental health development to elderly in Tanpao Municipality, Chiang Mai. *Journal of Health Sciences Scholarship*, 7(2), 1-12. (in thai)
- Tepawattanasuk, W. (2022). Prevalence of risk factors and effects of rehabilitation of daily living level of stroke patients in Somdejprasangkharach XVII hospital. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office*, 6(11), 95-104. (in thai)
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2021). *World Population Ageing 2021 Highlights*.  
<https://www.un.org/development/desa/pd/>
- Vivarakanon, P., Poorananon, P., Chatmontree, J., Intharacha, W., & Meesiri, P. (2024). Mixed-method research on influential factors impacting the health safety and security among older adults in Lampang province. *Thai Journal of Public Health and Health Education*, 3(3), 107-127. (in thai)
- Wongsala, M., Anbäcken, E. M., & Rosendahl, S. (2021). Active ageing–perspectives on health, participation, and security among older adults in northeastern Thailand—a qualitative study. *BMC geriatrics*, 21, 1-10.
- World Health Organization. (2021). *Global Health and Aging*.  
[https://www.who.int/ageing/publications/global\\_health.pdf](https://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf) (in thai)
- Wu, X., & Yuan, Z. (2023). Understanding the socio-cultural resilience of rural areas through the intergenerational relationship in transitional China: Case studies from Guangdong. *Journal of Rural Studies*, 97, 303-313.
- Zhang, K., Kim, K., Silverstein, N. M., Song, Q., & Burr, J. A. (2021). Social media communication and loneliness among older adults: The mediating roles of social support and social contact. *The Gerontologist*, 61(6), 888-896.