

บทความวิจัย

พฤติกรรมการดูแลตนเองและการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
ในเขตอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย*

Self-Care Behaviors and Self-Perceived Health Status among
Older Adults in Muang Chiang Rai District, Chiang Rai Province

ฐิติมา ทาสสุวรรณอินทร์**

Thitima Thasuwanain

วารุณี พันธวงศ์**

Warunee Phanwong

สายฝน สุภาศรี**

Saiphon Supasri

วรัญญา มณีรัตน์**

Varunya Manerut

*งานวิจัยในครั้งนี้ ได้รับทุนสนับสนุนจากทุนวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม

*This Research was Funded by Fundamental Fund

**คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย เชียงราย 57100

**Faculty of Public Health, Chiang Rai Rajabhat University, Chiang Rai, 57100 Thailand

Corresponding author, E-mail: tithima.ta@gmail.com

Received: September 30, 2023; Revised: October 31, 2023; Accepted: December 12, 2023

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ .60 - 1.00 วิเคราะห์ความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .77 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.09, SD = .85) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมด้านการดูแลตนเองที่เป็นตามระยะพัฒนาการมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.37, SD = .87) และการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี (Mean = 3.32, SD = .68) ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในปัจจุบันมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับดี (Mean = 3.67, SD = .52) ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ (p-value < .01, r = .66) จากผลการศึกษาสามารถ

นำไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุ เชียงราย

Abstract

This descriptive research aimed to examine self-care behaviors, perceived health status, and the relationship between self-care behaviors and perceived health status among older adults in Muang District, Chiang Rai Province. Data were collected using a Personal Data Record Form, a self-care behaviors questionnaire, and a perceived health status questionnaire. The validity of the questionnaires was tested by five experts with a content validity index ranging from .66 to 1.00. The reliability was assessed by calculating Cronbach's alpha coefficient, which resulted in .77 and .87, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics and the Spearman correlation coefficient.

The results revealed that the majority of the sample had moderate self-care behaviors (Mean = 2.09, SD = .85). When considering each aspect, the highest developmental self-care requisites were moderate and the level of perceived health status was high (Mean = 3.32, SD = .68). Likewise, the level of the highest perception of present health status was high (Mean = 3.67, SD = .52). Self-care behaviors had statistically significant correlations with perceived health status (p -value < .01, r = .669). The results of this study can be used to guide health promotion that focuses on the perception of health status for older adults to appropriately develop self-care behaviors and improve their quality of life.

Keywords: Self-care behaviors, Self-perceived health status, Older adults, Chiang Rai

บทนำ

ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลจากกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม พบอัตราผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2563 เท่ากับ 17.81 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 19.20 ในปี พ.ศ. 2565¹ สำหรับจังหวัดเชียงรายพบจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน ข้อมูลจากกรมกิจการผู้สูงอายุ พบว่า ในปี พ.ศ. 2563 จังหวัดเชียงรายมีอัตราผู้สูงอายุ เท่ากับ 18.38² เพิ่มขึ้นเป็น 20.02 ในปี พ.ศ. 2565³ อีกทั้งยังพบว่า ประเทศไทยมี

อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นด้วยเช่นกัน โดยในปี พ.ศ. 2537 มีอัตราส่วนเท่ากับ 10.70 เพิ่มขึ้นเป็น 30.50 ในปี พ.ศ. 2564⁴ ทำให้ประชากรวัยทำงานต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม คือ ด้านร่างกายจะมีความเสื่อมของการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น ความเสื่อมของระบบประสาท ทำให้การถ่ายทอดสัญญาณ และการสื่อสารลดลง อาจส่งผลให้เกิดการสูญเสียการทำงานของสมองจากภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีความเสี่ยงในเกิดโรค

หลอดเลือดสมอง⁵ และทำให้การมองเห็นลดลง ความไวในการมองภาพลดลง การกระพริบความถี่ถี่ลดลง⁶ ส่งผลทำให้เกิดความเสี่ยงในการพลัดตก หกล้ม อีกทั้งยังมีมวลกล้ามเนื้อลดลง ทำให้เกิดภาวะเปราะบาง และเจ็บป่วยได้⁷ หรือบริเวณผนังหลอดเลือดแดงจะหนา และแข็ง ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับปริมาณเลือดที่เข้าสู่หัวใจลดลง ส่งผลให้เกิดความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่าทาง เป็นต้น จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยของร่างกาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการเกิดความเปราะบางทางสุขภาพได้ง่าย พบว่า การประเมินภาวะสุขภาพร่างกายโดยรวมในระหว่าง 7 วัน ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุร้อยละ 3.30 ประเมินตนเองว่ามีภาวะสุขภาพดีมาก รองลงมา ได้แก่ ร้อยละ 42.70 สุขภาพดี และร้อยละ 41.60 มีภาวะสุขภาพปานกลาง⁴ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่ามีภาวะสุขภาพดีมากน้อยที่สุด เนื่องจากเมื่อสูงอายุขึ้น จะมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน และความเสื่อมของร่างกายทำให้เกิดการเปราะบางของภาวะสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงเป็นความรู้สึกที่ผู้สูงอายุมีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ภายใต้การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งนี้พบว่าการที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองที่ดี จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสม อันจะนำไปสู่การเกิดสุขภาพที่ดีตามมา ซึ่งพฤติกรรม การดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับอายุ และปัญหาสุขภาพ⁸ อีกทั้งอายุยังมีความสัมพันธ์ในทิศทางผกผันกับการดูแลสุขภาพตนเอง⁹

จากการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยของร่างกาย ทำให้ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ส่งผลให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง จากการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สอดคล้องกับผลของการสำรวจสุขภาพของประชาชน โดยการตรวจ

ร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (60 - 69 ปี) ร้อยละ 90.00 สามารถดูแลตนเองได้ แต่เมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป) ช่วยเหลือตัวเองได้เพียงร้อยละ 64.70 อีกทั้งเมื่อมีความเสื่อมของร่างกาย มักทำให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงสิ่งสังคม เก็บตัว ร่วมกับสูญเสียคู่ชีวิตหรือเพื่อนอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าตามมาได้ จากสถิติการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้เกิดผลกระทบในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจหรือด้านสุขภาพ เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านสุขภาพ ข้อมูลจากการสำรวจสวัสดิการและอนามัย พ.ศ. 2558 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป พบในเพศชายร้อยละ 36.80 และเพศหญิง ร้อยละ 42.30¹⁰ ทั้งนี้เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วย จะทำให้เกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง และต้องการความช่วยเหลือในการตอบสนองต่อการดูแลตนเอง เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ อันจะทำให้เกิดภาวะสุขภาพที่แข็งแรงตามวัย¹¹ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงควรปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อให้คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของตนเอง

พฤติกรรม การดูแลตนเอง เป็นการกระทำอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมาย และมีความตั้งใจ ในการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของตนเอง โดยต้องมีแบบแผนเป้าหมาย ขั้นตอน และกระทำอย่างต่อเนื่อง¹² ทั้งนี้บุคคลทั่วไปสามารถดูแลตนเองได้ แต่เมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในทางเสื่อมถอย ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองลดลง และต้องการความช่วยเหลือ ทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเอง ทั้งนี้หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ดี จะส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดี และมีทัศนคติที่ดีต่อการสูงอายุ จากการศึกษาทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ การดูแลตนเอง ทักษะทางสังคม และความผาสุกในชีวิตของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอำเภออินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน

296 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองในระดับที่สูง เนื่องจากมีทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ ส่งผลต่อความสามารถในการปรับตัวต่อการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม¹³ ร่วมกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบว่า อัตราผู้สูงอายุตอนต้น (60 - 69 ปี) ในปี พ.ศ. 2563 เท่ากับ 10.90 และจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14.50 ในปี พ.ศ. 2583 รวมถึงผู้สูงอายุตอนกลาง (70 - 79 ปี) ในปี พ.ศ. 2563 เท่ากับ 5.10 และจะเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 11.70 ในปี พ.ศ. 2583¹⁴ ทั้งนี้หากยังคงสามารถดำรงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุให้สามารถดูแลตนเองได้ จะช่วยลดการพึ่งพาลูกหลาน ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้ในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นข้อบ่งชี้ถึงสถานะทางสุขภาพของผู้สูงอายุ และมีการเปลี่ยนแปลงไปตามการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ¹⁵

การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นความเข้าใจ และการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนเอง รวมถึงการตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพ และความเจ็บป่วย¹⁶ เป็นปัจจัยสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรม และพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹⁷ ซึ่งบุคคลที่มีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่ดีย่อมส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสม¹⁸ แต่ยังพบว่า โรคเรื้อรัง หรือการมีข้อจำกัดของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ¹⁹ ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นการให้ความหมายตามทัศนคติ และการให้คุณค่าทำให้เกิดผลในการปฏิบัติพฤติกรรมหรือแนวโน้มในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากหากบุคคลรับรู้ว่าพฤติกรรมดังกล่าวมีประโยชน์ต่อตนเอง ก็จะทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่พึงประสงค์ และต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพของ

ผู้สูงอายุ ซึ่งมีความแตกต่างจากวัยอื่น ๆ เนื่องจากเมื่อสูงอายุขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ในทางเสื่อมถอย เกิดกระบวนการสูงอายุ ส่งผลให้เกิดการเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดำเนินชีวิตลดลง อาจต้องพึ่งพาลูกหลาน ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ส่งผลต่อจิตใจ และสังคม ซึ่งพบว่า ในการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างถูกต้อง และเหมาะสม จะสามารถชะลอหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความเสื่อมของร่างกายของผู้สูงอายุได้ อันจะทำให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้จากการศึกษาในกลุ่มวัยกลางคน พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กันในทางบวก²⁰ หรือการศึกษาในผู้สูงอายุกรณีศึกษาสถาบันโรคผิวหนัง กรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง²¹ รวมถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย ซึ่งยังคงมีการศึกษาจำนวนน้อย ร่วมกับบริบทของอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงรายเป็นชุมชนเมือง มีการขยายตัวของเมืองอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ร่วมกับผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน มีข้อจำกัดเกี่ยวกับภาวะถดถอยทางด้านสติปัญญา ความจำ และการรับรู้ร่วมกับมีข้อจำกัดของร่างกายหรือการปรับตัวที่ต้องอาศัย

ระยะเวลาที่ยาวนานกว่าวัยอื่น ๆ ซึ่งอาจส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยผลของการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

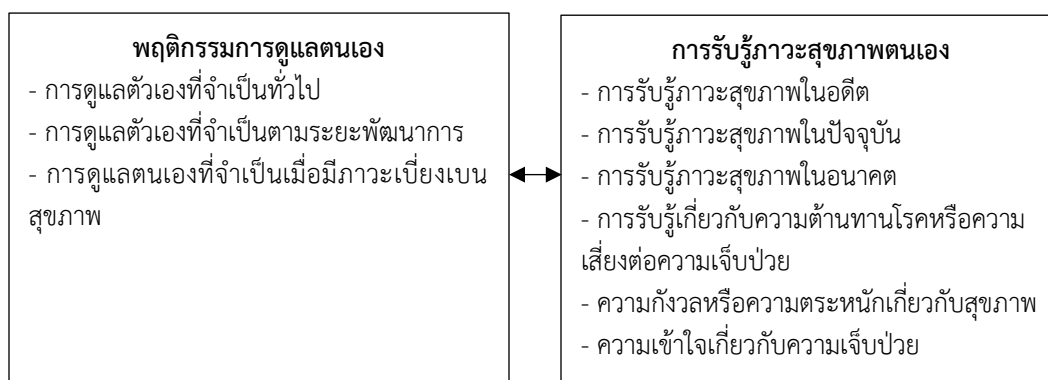
สมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem¹² ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นแนวคิดของการปฏิบัติที่เกิดจากความตั้งใจ มีเป้าหมาย และมีขั้นตอน เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของตนเอง และหลีกเลี่ยงสิ่งคุกคามต่อชีวิต ประกอบด้วย การดูแลตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการดูแลตัวเองที่จำเป็นทั่วไป เป็นการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ 2) การดูแลตัวเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ เป็นการดูแลตนเองที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาการ

มนุษย์ในระยะต่าง ๆ และ 3) การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเปราะบางสุขภาพ โดยเป็นการดูแลตนเองในภาวะผิดปกติของโครงสร้าง และหน้าที่ของร่างกาย ดังนั้น การดูแลตนเองที่ดีจะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ส่งผลต่อการเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี และยังพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพตามแนวคิดของ Brook และคณะ¹⁶ เป็นความรู้ที่ลึกซึ้ง คิด ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสุขภาพของตนเองในแต่ละเวลา โดยประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต การรับรู้เกี่ยวกับความต้านทานโรค หรือความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความกังวลหรือความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพ และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ทั้งนี้ผลของการรับรู้ภาวะสุขภาพยังเป็นปัจจัยในมิติของความสามารถ และพื้นฐานของลักษณะบุคคล ที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทำให้เกิดการคิด และการเข้าใจ เหตุการณ์ทางด้านสุขภาพทั้งในด้านที่ดี ด้านที่เปราะบาง และด้านที่มีความเจ็บป่วย ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมทางสุขภาพ ทั้งนี้พบว่า เมื่อสูงอายุขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางเสื่อมถอย ทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองอย่างมีความเข้าใจ และให้ความสำคัญกับความเสื่อมถอยของร่างกายต่อความเสี่ยงต่อการเกิดการเปราะบางของภาวะสุขภาพ ซึ่งจะเป็นพื้นฐานในการผลักดันให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยสามารถนำมาเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive) เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิงในเขตอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย จำนวน 53,222 คน²³ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Yamane²⁴ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 357 ราย และเก็บข้อมูลเพิ่มเป็น 400 ราย เพื่อป้องกันความ

ผิดพลาด จากนั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) ดังนี้ 1) การสุ่มตำบล โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลาก จำนวน 2 ตำบล (เก็บข้อมูลในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล) และ 2) เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับสลาก จำนวน 400 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง 2) เข้าใจ และสื่อสารภาษาไทยได้ และ 3) ยินดี ให้ข้อมูล เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) คือ มีปัญหาสุขภาพจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลประชากร และกลุ่มตัวอย่าง (n = 400)

ชื่ออำเภอ	ชื่อตำบล	เขต	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด	จำนวนผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
เมืองเชียงราย	1. แม่ยาว	ในเขตเทศบาล	2,513	183
	2. แม่ข้าวต้ม	นอกเขตเทศบาล	2,983	217
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง			5,496	400

เครื่องและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความพอเพียงของรายได้ โรคประจำตัว พักอาศัยอยู่กับใคร ลักษณะที่พักอาศัยในปัจจุบัน และภาวะสุขภาพในปัจจุบันแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) ที่คณะผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Orem¹² มี 4 ระดับ จำนวน 25 ข้อ โดยกำหนดค่าคะแนนแต่ละข้อ ดังนี้ ไม่เคยปฏิบัติเลย เท่ากับ 0 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน ปฏิบัติเป็นประจำ เท่ากับ 3 คะแนน ส่วนคะแนนค่าเฉลี่ยรายข้อแบ่งออกเป็น 3 ระดับ

ได้แก่ ค่าเฉลี่ยระหว่าง .00 - 1.49 หมายถึง มีพฤติกรรมในระดับน้อย ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.50 - 2.49 หมายถึง มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.50 - 3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมในระดับดี

แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) ที่คณะผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Brook และคณะ¹⁶ 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ โดยกำหนดค่าคะแนน ดังนี้ ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 0 คะแนน เห็นด้วยน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน เห็นด้วยน้อย เท่ากับ 2 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน และเห็นด้วยมาก เท่ากับ 4 คะแนน ส่วนคะแนนเฉลี่ยรายข้อแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ค่าเฉลี่ยระหว่าง

.00 - 1.33 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.34 - 2.66 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.67 - 4.00 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ มาทำการตรวจสอบหาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ .60 - 1.00 และนำไปทดสอบกับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีค่าความเที่ยงจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .77 และ .87 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณา คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เลขที่ ใบรับรอง CRPPHO No.164/2565 ผู้วิจัยได้ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าร่วมวิจัย โดยขอความร่วมมือ และชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ให้ทราบ และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ หลังจากที่ได้ยินได้ฟังได้อธิบายวัตถุประสงค์ ชี้แจงข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่าง ถือเป็นความลับ โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูล จะไม่ได้เขียนชื่อหรือที่อยู่ การวิเคราะห์ข้อมูล แต่เป็นการวิเคราะห์ในภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการอนุมัติในการดำเนินการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย คณะผู้วิจัยได้ประสานงานกับผู้นำชุมชนเพื่อขออนุญาต และให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าเก็บข้อมูลดังนี้

1. ทำหนังสือแจ้งนายกเทศมนตรีตำบลแม่ยาว และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลแม่ข้าวต้ม อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย เพื่อขออนุญาต เข้าเก็บข้อมูลในพื้นที่รับผิดชอบ

2. ประสานงานผ่านหัวหน้าชุมชน และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ เพื่อขออนุญาตให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูล

3. ชี้แจงกลุ่มตัวอย่าง โดยการอธิบายถึงกระบวนการในการวิจัย วิธีการตอบแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ช่วยวิจัยแจกแบบสอบถาม ให้เวลาตอบทั้งหมดประมาณ 30 นาที เมื่อเสร็จแล้วให้ผู้ช่วยวิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนของข้อมูล แล้วนำข้อมูลที่ได้รับไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่อยู่ในเขตอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย จำนวน 400 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 225 คน ร้อยละ 56.30 เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60 - 69 ปี) จำนวน 281 คน ร้อยละ 70.30 นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 399 คน ร้อยละ 99.80 สถานภาพสมรส จำนวน 275 คน ร้อยละ 68.80 ระดับการศึกษาประถมศึกษา จำนวน 305 คน ร้อยละ 76.30 ประกอบอาชีพทำไร่/ทำนา/เลี้ยงสัตว์ จำนวน 130 คน ร้อยละ

32.50) รายได้น้อยกว่า 3,000 บาท จำนวน 281 คน ร้อยละ 70.30 รายได้ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จำนวน 126 คน ร้อยละ 31.50 รายได้ไม่เพียงพอ จำนวน 246 คน ร้อยละ 61.50 มีโรคประจำตัว จำนวน 202 คน ร้อยละ 50.50 พบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 73 คน ร้อยละ 18.30 รองลงมา ได้แก่ โรคเบาหวาน จำนวน 18 คน ร้อยละ 4.50 พักอาศัยอยู่กับสามีหรือภรรยา จำนวน 155 คน ร้อยละ 38.78 เป็นบ้านตนเอง จำนวน 333 คน ร้อยละ 83.30 และพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เจ็บป่วยเล็กน้อย แต่ยังคงช่วยเหลือตัวเองได้ จำนวน 188 คน ร้อยละ 47.00

พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.09, SD = .85) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างดื่มน้ำวันละ 4 - 8 แก้ว (หากไม่มีข้อจำกัด) มีระดับค่าเฉลี่ยสูงที่สุดใน

ระดับดี (Mean = 2.80, SD = .53) และพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับประทานยานอนหลับ อยู่ในระดับต่ำ (Mean = .60, SD = 1.00)

พฤติกรรม การดูแลตนเองรายด้าน พบว่า ด้านการดูแลตัวเองที่จำเป็นทั่วไปมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.07, SD = .80) และด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเปื่อยเบนสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 1.98, SD = .89)

กลุ่มตัวอย่างมีช่วงคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ระหว่าง 9 - 75 คะแนน และพบว่า ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี จำนวน 251 คน คิดเป็นร้อยละ 62.70 รองลงมา ได้แก่ ระดับปานกลาง จำนวน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 35.30 และระดับต่ำ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 2.00 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละจำแนกตามระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (n = 400)

ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย (0 - 25 คะแนน)	8	2.00
ปานกลาง (26 - 50 คะแนน)	141	35.30
มาก (51 - 75 คะแนน)	251	62.70
รวม	400	100.00

การรับรู้ ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (Mean = 3.32, SD = .68) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า รับรู้การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางเสื่อมถอย เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ มีระดับค่าเฉลี่ยสูงที่สุด และอยู่ในระดับดี (Mean = 3.76, SD = .46) และพบว่า วิดกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างระดับค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดแต่ยังคงอยู่ในระดับดี (Mean = 2.82, SD = .879) การรับรู้ ภาวะสุขภาพรายด้าน พบว่า

ด้านการรับรู้ ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับดี (Mean = 3.67, SD = .52) และด้านการรับรู้ ภาวะสุขภาพในอดีต มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดอยู่ในระดับดี (Mean = 2.91, SD = 1.29)

กลุ่มตัวอย่างมีช่วงคะแนนการรับรู้ ภาวะสุขภาพตนเองอยู่ระหว่าง 14 - 40 คะแนน และพบว่า ระดับการรับรู้ ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 387 คน คิดเป็นร้อยละ 96.80 รองลงมา ได้แก่ ระดับปานกลาง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 3.20 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละจำแนกตามระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (n = 400)

ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ปานกลาง (14 - 26 คะแนน)	13	3.20
มาก (27 - 40 คะแนน)	387	96.80
รวม	400	100.00

นอกจากนี้ยังพบว่า ค่าเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .66$, $p\text{-value} < .01$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองด้านการดูแลตัวเองที่

จำเป็นตามระยะพัฒนาการมากที่สุด ($r = .66$, $p\text{-value} < .01$) รองลงมา ได้แก่ ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเปี่ยงเบนสุขภาพ ($r = .56$, $p\text{-value} < .01$) และด้านการดูแลตัวเองที่จำเป็นทั่วไป ($r = .48$, $p\text{-value} < .01$) ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพ	
	Spearman rank correlation coefficient (r)	p-value
ค่าเฉลี่ยการดูแลตนเองโดยรวม	.66	.000***
ด้านการดูแลตัวเองที่จำเป็นทั่วไป	.48	.000***
ด้านการดูแลตัวเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ	.66	.000***
ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเปี่ยงเบนสุขภาพ	.56	.000***

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

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย พบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.09, SD = .85) สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑาทิพย์ รอดฤกษ์ และคณะ ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลแปะ-ระ อำเภอท่าแพ จังหวัดสตูล จำนวน 229 คน พบว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง²⁵ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ พงศธร ศิลาเงิน ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา จำนวน 238 คน

พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน²⁶ ทั้งนี้พบว่า ผลของการศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (60 - 69 ปี) จำนวน 281 คน คิดเป็นร้อยละ 70.30 ซึ่งยังคงเป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดี และส่วนใหญ่เจ็บป่วยเล็กน้อย แต่ยังคงช่วยเหลือตัวเองได้ จำนวน 188 คน คิดเป็นร้อยละ 47.00 ทำให้การรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับการเกิดโรคหรือความเปี่ยงเบนทางสุขภาพน้อย เนื่องจากยังคงสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และมีความเสื่อมของร่างกายน้อยกว่าวัยสูงอายุตอนกลางและตอนปลาย ทำให้ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองน้อย ผลการศึกษา พบว่า ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

อยู่ในระดับมาก จำนวน 251 คน คิดเป็นร้อยละ 62.70 สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนวิชัย แสนสองแคว ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน จำนวน 245 คน พบว่า ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก²⁷ สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem¹² ที่เป็นการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของตนเอง และหลีกเลี่ยงสิ่งคุกคามต่อชีวิต สอดคล้องกับผลของการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 202 คน คิดเป็นร้อยละ 50.50 ทำให้ต้องดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับสามีหรือภรรยา จำนวน 155 คน คิดเป็นร้อยละ 38.78 เนื่องจากสามีหรือภรรยาเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุขประเสริฐ ทับสี ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01²⁸

นอกจากนั้น ผลการศึกษายังพบว่า ค่าเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย โดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 3.32, SD = .68) และระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 387 คน คิดเป็นร้อยละ 96.80 ทั้งนี้การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นการตีความในสิ่งที่ได้รับรู้ มีความแตกต่างกันตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล จากผลของการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60 - 69 ปี) จำนวน 281 คน คิดเป็นร้อยละ 70.30 ซึ่งยังคงสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่ต้องพึ่งพา และมีประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพที่ดี ทำให้การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองดีเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับแนวคิดว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Brook และคณะ¹⁶ ที่กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ

เป็นความเข้าใจของบุคคลในแต่ละเวลา และการตระหนักเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง ขึ้นอยู่กับอายุ ประสบการณ์ที่ผ่านมา ความคาดหวัง สังคม และวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล เป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาของ Castano และคณะ ที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ยิ่งอายุน้อยจะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองดีกว่าผู้ที่มีอายุขึ้น²⁹ และการศึกษาของ สุชาติ สมบูรณ์ และคณะ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05¹⁷ และเมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ข้อการรับรู้การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางเสื่อมถอยเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.76, SD = .46) ทั้งนี้หากผู้สูงอายุมีความรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ย่อมทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง และแสวงหาแนวทางในการปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของตนเอง เป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาของ ฐปรัตน์ รักษาภานุสิทธิ์ ที่ศึกษาผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ประเทศไทย จำนวน 433 คน รับรู้ว่า ภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับดี ร้อยละ 52.65¹⁹ สอดคล้องกับการศึกษาของ นงลักษณ์ เชษฐภักดีจิต และคณะ พบว่า การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อความคาดหวัง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง ($r = .01$, $p\text{-value} < .05$)³⁰ และเป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาของ ธนันต์ ศุกศิริ และ อานนท์ วรยิ่งยง พบว่า ผู้ที่มีโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)³¹ ซึ่งผลจากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 202 คน คิดเป็นร้อยละ 50.50 พบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 18.30 และยังพบว่า การรับรู้ภาวะ

สุขภาพ ปัจจัยสำคัญในการกำหนดการรับรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศซาอุดีอาระเบีย³²

ผลจากการศึกษายังพบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) ทั้งนี้พบว่า เมื่อสูงอายุขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอย ทำให้มีโอกาสเกิดเบี่ยงเบนทางสุขภาพได้ง่าย ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองที่แตกต่างกันตามประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเอง พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองจะช่วยสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของตนเอง เป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกมากที่สุดกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการดูแลตามระยะพัฒนาการ ($r = .660$, $p\text{-value} < .01$) ทั้งนี้พบว่า การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ เป็นการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ¹² สอดคล้องกับการศึกษาของนงลักษณ์ ทับประทุม ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลหนองโสน อำเภอเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 240 คน พบว่า การรับรู้การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .556$, $p\text{-value} < .01$)³³ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 202 คน คิดเป็นร้อยละ 50.50 ซึ่งรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตัวเองเพื่อชะลอหรือควบคุมภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ Toci และคณะ ที่ศึกษา กลุ่มผู้สูงอายุในประเทศโคลิโว จำนวน 1,753 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังจะมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะ

สุขภาพที่ดี ทำให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ตามมา³⁴ และยังพบการศึกษาของ Andersen ที่พบว่า ยิ่งอายุเพิ่มมากขึ้นจะส่งผลต่อการรับรู้ทางสุขภาพลดลง ทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองลดลงเช่นกัน³⁵ เป็นไปในแนวทางเดียวกับผลของการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60 - 69 ปี) จำนวน 281 คน คิดเป็นร้อยละ 70.30 ซึ่งเป็นวัยที่ยังคงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ทำให้มีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่ดี ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดี ร่วมกับพื้นที่อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย เป็นชุมชนเมือง ที่มีความหนาแน่นของประชากร และมีการขยายตัวของเมืองอย่างต่อเนื่อง มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสิ่งแวดล้อม เช่น มลพิษทางอากาศ หรือรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลง อีกทั้งผลจากโรคระบาด ทำให้เกิดวิถีชีวิตใหม่ที่ล้วนส่งผลต่อการดำเนินชีวิตร่วมกับเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีความเสื่อมของร่างกาย ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความเสี่ยงของภาวะสุขภาพตนเอง จึงมีความสนใจและปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของตนเอง

จากผลของการศึกษา พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีด้วย ดังนั้น ผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญกับการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดแรงจูงใจการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติ และผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลของการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน สำหรับบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำไปใช้ในการวางแผนกิจกรรมที่เน้นการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจต่อ

การเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพตนเอง และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ผลจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.09, SD = .85) จึงควรศึกษาปัญหา และความต้องการเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อนำไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ อันจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2. ผลจากการศึกษา พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกต่ำที่สุดกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการดูแลตัวเองที่จำเป็นทั่วไป ($r = .48$, $p\text{-value} < .001$) จึงควรมี

การศึกษาประเด็นปัญหาที่เฉพาะเจาะจงกับการดูแลตัวเองที่จำเป็นในเชิงลึกเพื่อให้ทราบปัญหา และความต้องการ อันจะนำไปสู่การวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล และนำมาพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพที่มีความเฉพาะเจาะจงกับบริบทของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดแนวปฏิบัติที่มีความเหมาะสมและเกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุนวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ที่ให้ทุนสนับสนุนทุนการในการทำงานวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานวิจัย ตลอดจนกลุ่มผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย ที่เข้าร่วมงานวิจัยจนทำให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Digital Government Development Agency (Public Organization). Elderly population statistics and the elderly who received the welfare allowance for the year 2022 [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 18]. Available from: <https://data.go.th/dataset/dataolder65> (in Thai)
2. Department of Older Persons. Statistics of the elderly in Thailand 77 provinces as of december 31, 2020 [Internet]. 2021 [cited 2023 July 18]. Available from: https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1610815306-335_0.pdf (in Thai)
3. Department of Older Persons. Elderly statistics compiled from data from the department of provincial administration as of december 31, 2022 from the information of civil registration and people of Thai nationality as of 31 december 2022 [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 18]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/2387> (in Thai)
4. National Statistical Office. The 2021 survey of the older persons in Thailand [Internet]. 2021 [cited 2023 Jul 18]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/1/2406.pdf> (in Thai)
5. McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, Hyman BT, Jack CR, Kawas CH, et al. The diagnosis of dementia due to alzheimer's disease: recommendations from the national institute on aging-alzheimer's association workgroups on diagnostic guidelines for alzheimer's disease. *Alzheimer's and Dementia* 2011;7(3):263-9. doi: 10.1016/j.jalz.2011.03.005.

6. Kershaw HR, Hackett RA, Cadar D, Herbert A, Orrell M, Steptoe A. Vision impairment and risk of dementia: findings from the English longitudinal study of ageing. *Journal of the American Geriatrics Society* 2018;66(9):1823-9. doi: 10.1111/jgs.15456.
7. Duren DL, Sherwood RJ, Czerwinski SA, Lee M, Choh AC, Siervogel RM, et al. Body composition methods: comparisons and interpretation. *Journal of Diabetes Science and Technology* 2008;2(6):1139-46. doi: 10.1177/193229680800200623.
8. Phatharapreeyakul L, Kraithaworn P, Piaseu N. Perceived social isolation, self-care behaviors and health status among community dwelling older adults living alone. *The Bangkok Medical Journal* 2016;11(1):17-23. doi: 10.31524/bkkmedj.2016.02.004.
9. Turnbull N, Chanda W, Chuppawa W, Seedaket S, Chanaboon S, Sangswai B, et al. Health status and factors associated with self-care among older adults. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2020;30(3):35-49. (in Thai)
10. Foundation of the Institute of Research and Development on Gerontology. Situation of the Thai elderly 2016. Nakhon Pathom: Printery Company Limited; 2016. (in Thai)
11. Orem DE. *Nursing concepts of practices*. 6th ed. St. Louis, Missouri: Mosby; 2001.
12. Orem DE. *Nursing: concepts of practice*. New York: Mc Graw-Hill; 1985.
13. Wongwijan N, Sontirat S. Attitude toward aging, self-care, social skills and well-being of the elderly in Amphoe Kabin Buri's the elderly club, Prachin Buri province. *Journal of Social Sciences and Humanities* 2013;39(2):66-79. (in Thai)
14. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai elderly 2020. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2021. (in Thai)
15. Stewart TL, Chipperfield JG, Perry RP, Weiner B. Attributing illness to 'old age:' consequences of a self-directed stereotype for health and mortality. *Psychology and Health* 2012;27(8):881-97. doi: 10.1080/08870446.2011.630735.
16. Brook RH, Ware JE, Davies-Avery A, Stewart AL, Donald CA, Rogers WH, et al. Overview of adult health status measures fielded in Rand's health insurance study. *Medical Care* 1979;17(7):1-131.
17. Somboon S, Somanusorn S, Sumgern C. Factors related to healthy aging among elderly. *Kuakarun Journal of Nursing* 2018;25(1):141-53.
18. Watcharanat P, Tanpichai P, Sajjasophon R. The relationship between the perception of elderly's health status and health behaviors in Nakhon Nayok province, Thailand. *The Open Public Health Journal* 2019;12:420-23. doi: 10.2174/1874944501912010420. (in Thai)
19. Rakpanusit T, Khoyneung N, Isaramalai SA, Kuha A. Effects of health literacy and self-perceived health status on quality of life of elderly in three southern border provinces of Thailand. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2020;7(3):182-94. (in Thai)

20. Phan-ubol P. A study of relationship between health perception and health self-caring behaviors of Thai andropause police officers in Chonburi province [Dissertation]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2010. (in Thai)
21. Phromkun T, Saengiamjit P, Phiromjitphon S. Self-care behaviors among the elderly in Sisaket province. *Journal of Health Systems Research and Development* 2014;7(1):133-45. (in Thai)
22. Rojtrakul P. Factors related to self-care among elderly people skin disease case study of the Institute of dermatology Bangkok. *Journal of Nursing Division* 2012;39(1):79-91. (in Thai)
23. Chiang Rai Provincial Public Health Office. Report on elderly screening data in Chiang Rai province 2023 [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 18]. Available from: https://3doctor.hss.moph.go.th/main/rp_screen
24. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. 3rd ed. New York: Harper Collins; 1973.
25. Rocket J, Saradee M, Cheychom J, Saetae S. Health behaviors among the elderly PAE-RA subdistrict, Tha Phae district, Satun province. Poster session presented at: the 10th Hatyai national and international conference. 2019 Jul 12-13; Songkhla. (in Thai)
26. Silangirn P. Factors related to self-care behaviors among elderly of Phayao province [Dissertation]. Pathumthani: Thammasat University; 2017. (in Thai)
27. Sansongkwaee T. Health care behaviors of the elderly in Muangnoy subdistrict, Pasang district, Lamphun province [Dissertation]. Bangkok: Thammasat University; 2016. (in Thai)
28. Tabsee S. Factors related to self-care behavior of the elderly in Kangkrajan district, Phetchaburi province. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province* 2020;3(1):14-30. (in Thai)
29. Castano-Vergara DM, Cardona-Arango D. Perception of state of health and associated factors in older adults. *Revista de Salud Pública* 2015;17(2):171-83. doi: 10.15446/rsap.v17n2.30730.
30. Chetpakdeecheit N, Niputhuttapong S, Kwanyuen R, Baljay Y, Thongwachira C. Relationship between perceptions of health status, needs, expectations, ability for self-care among elderly people dwelling at community in Khet Bang Phlat in Bangkok of Thailand. *KKU International Journal of Humanities and Social Sciences* 2018;8(3):22-43. (in Thai)
31. Supasiri T, Vorayingyong A. A survey of health status and health perception of the elderly in rural Saraburi. *Royal Thai Army Medical Journal* 2019;72(3):193-200. (in Thai)
32. Jarallah JS, Al-Shammari SA. Factors associated with health perception of Saudi elderly. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 1999;14(4):323-34. doi: 10.1023/a:1006600701746.
33. Thappratoom N. Self-care behaviors of elderly in Nongsano sub-district, Mueang district, Phetchaburi province [Dissertation]. Bangkok: Krirk University; 2017. (in Thai)
34. Toci E, Burazeri G, Jerliu N, Sorensen K, Ramadani N, Hysa B, et al. Health literacy, self-perceived health and self-reported chronic morbidity among older people in Kosovo. *Health Promotion International* 2015;30(3):667-74. doi: 10.1093/heapro/dau009.

35. Andersen FK, Christensen K, Frederiksen H. Self-rated health and age: a cross-sectional and longitudinal study of 11,000 danes aged 45-102. *Scandinavian Journal of Public Health* 2007;35(2):164-71. doi: 10.1080/14034940600975674.