

รูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

**A MODEL FOR HEALTH DEVELOPMENT OF
THE AGED IN URBAN COMMUNITIES
IN THE NORTHEAST, THAILAND.**

นายประจัญ กิ่งมิ่งแฮ

งานวิจัยได้รับ ทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ
กระทรวงวัฒนธรรม ประจำปีงบประมาณ 2542

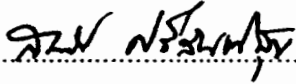


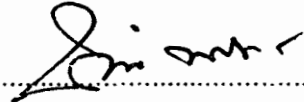
ใบรับรองวิทยานิพนธ์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ปริญญา
ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาพัฒนศาสตร์

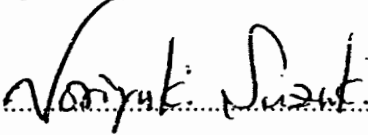
ชื่อวิทยานิพนธ์ : รูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

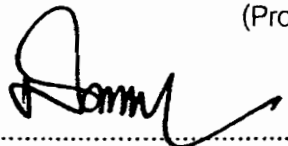
ชื่อผู้ทำวิทยานิพนธ์ : นายประจัญ กิ่งมิ่งแฮ

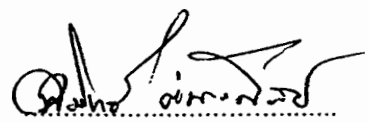
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ :

.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. สมศักดิ์ ศรีสันติสุข)

.....อาจารย์ที่ร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชัยยง ชามรัตน์)

.....อาจารย์ที่ร่วม
(Professor Dr. Noriyuki Suzuki)


.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. สมหมาย ปรีเปรม)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น


.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์)
คณบดีคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประจัญ กิ่งมิ่งแส 2548 ; รูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ในเขตชุมชนเมือง
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาพัฒนาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อาจารย์ที่ปรึกษา ; รศ.ดร. สมศักดิ์ ศรีสันติสุข
ผศ.ดร. ชัยยง ขามรัตน์
Prof Dr. Noriyuki Suzuki

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการวัดระดับปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุและเพื่อประเมินรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม 516 คน ที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนตุลาคม 2546 ได้รับแบบสอบถามคืนกลับมาวิเคราะห์เต็มจำนวนคิดเป็นร้อยละ 100 โดยใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์และใช้โปรแกรม Lisrel version 8.54

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.95 อายุเฉลี่ยระหว่าง 70 – 74 ปี ในด้านการศึกษาระดับประถมศึกษาที่สุดร้อยละ 93.99 ส่วนสถานภาพสมรสยังอยู่เป็นคู่สามี – ภรรยา ร้อยละ 52.91 และมีรายได้ไม่แน่นอนเป็นกลุ่มมากที่สุด ร้อยละ 39.34 ส่วนการวัดระดับปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่วัดระดับได้อยู่ในเกณฑ์สูงประกอบด้วย ปัจจัยการพัฒนาสุขภาพด้านจิตใจ ปัจจัยการพัฒนาด้านสังคม ปัจจัยด้านการจัดระบบบริการสุขภาพ ปัจจัยการพัฒนาด้านร่างกาย ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคลและปัจจัยด้านชุมชน ซึ่งมีผลรวมค่าเฉลี่ย 3.99, 3.91, 3.84, 3.75, 3.70, 3.69, และ 3.60 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่วัดระดับอยู่ในระดับปานกลางคือ ปัจจัยการมีสุขภาพดี โดยมีผลรวมค่าเฉลี่ย 3.24

และการประเมินรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีค่าสถิติ Chi - Square 26.33 (p = .024) ค่า GFI = 0.99 และ AGFI = 0.96 ค่า RMSEA=0.04 และตัวแปรแฝงภายนอกที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีอิทธิพลโดยตรงกับการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ

Mr. Prachon Kingminghae. 2005 ; A Model for Health Development of the Aged

in Urban Communities in the Northeast, Thailand

; Doctor of Philosophy in Development Science

Thesis Advisors : Assoc. Prof. Dr. Somsak Srisontisuk

Asst. Prof. Dr. Chaiyong Khamrat.

Prof. Dr. Noriyuki Suzuki.

ABSTRACT

The purpose of this research was to develop a model for health development of the aged in urban communities in the northeast region. There were 516 samples who answered the questionnaires, lived in Urban Communities in the Northeast Thailand. The data collection was set in June to October, 2003, and all tools were received back for 100 percentage. Arithmetic mean, Standard Deviation, Chi – Square by program comprotor and Lisrel Version 8.54 were applied to evaluate the harmonious model.

The result of study was found 57.95 % of samples were mostly the females. Their status classified as follows : average ages from 70 to 74 years old , 93.99 % of samples graduating education from the primary school, 52.91 % of samples in a marital status and living together and 39.34 % of samples in the uncertain income state.

For Measurement the level of factors to ward for health development of the aged consisted of high level as the following ; Mental development factor , Social development factor System for health service factor, Individual factor, Community factor and the mean of all factors are 3.99, 3.91, 3.84, 3.75, 3.70, 3.69, and 3.60 and for median level is Healthy factor
Which mean of this factor is 3.24

And for the evaluated A model for health development of the aged in urban Communities in the northeast is that relative model in according to the obvious data that got along with each other by having the value of Chi-Square 26.23 $p = .024$ GFI= 0.99 AGFI = 0.96 and RMSEA= 0.04 and the Exogeneous variables studied in this time depended on the influence in relevant to the good health of the Aged.

ส่วนดีของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

- ขออุทิศแด่
- คุณพ่อทองใจม - แม่อ่อน กิ่งมิ่งแฮ (2538) และ (2544)
 - ปู่พรหม ยาเบาะ กิ่งมิ่งแฮ (2512)
 - และต้นตระกูลกิ่งมิ่งแฮ (นายหมื่นโพธิ์ กิ่งมิ่งแฮ)
(2437) /ครบรอบ 111 ปี

กิตติกรรมประกาศ

ปริญญาบัตรฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่ง จากคณะอาจารย์ที่ปรึกษา
รศ.ดร.สมศักดิ์ ศรีสันติสุข คณะมนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ ผศ.ดร. ชัยยง ขามรัตน์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ Prof. Dr. Noriyuki Suzuki, Faculty of Law
and letter. University of the Ryukyus Okinawa ทุกท่านได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำช่วยเหลือ
ตลอดระยะเวลาอย่างดียิ่งที่หาวิทยานิพนธ์ ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ เป็นอย่าง
สูงที่ท่านได้กรุณาให้คำแนะนำ ได้พิจารณาตรวจสอบเค้าโครงวิทยานิพนธ์ร่วมกับคณะกรรมการ
บริหารหลักสูตร ทั้งยังมีความห่วงใย ติดตามสอบถามถึงความก้าวหน้าในการทำวิทยานิพนธ์อยู่
เสมอ ขอขอบพระคุณคณะอาจารย์ เจ้าหน้าที่คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ขอนแก่นทุกท่าน ที่ทั้งให้ความรู้และให้ความช่วยเหลือในทุก ๆ ด้านตลอดระยะเวลาศึกษาอยู่ด้วย
ความอบอุ่นใจ โดยผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ขอขอบคุณ Prof. Dr.Kazukiko Taira. ผู้อำนวยการส่งเสริม
สุขภาพและสังคมอายุยืน (Director of life long Health Promotion) Prof, Urasaki Takeshi
นายกสมาคมกีฬาใหม่สำหรับผู้สูงอายุ และ Mr. Yogi Katsuyoshi หัวหน้างานนโยบายสังคมอายุยืน
จังหวัดโอกินาวา ที่อนุญาตให้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับผู้สูงอายุ ตลอดระยะเวลา 1 ปี ที่ศึกษา
เรียนรู้สังคมอายุยืนที่โอกินาวา ขอขอบคุณ Prof, Morita Moshin. President of University of the
Ryukyus และทีมบริหารที่รับเข้าเป็นนักศึกษาโครงการแลกเปลี่ยนและให้การต้อนรับที่อบอุ่นยิ่ง
ขอขอบคุณ Rev, Zenkyo Kusaka นายกสมาคมชาวฮิโรชิม่าชาวไทยเพื่อมิตรภาพ Mrs,Chanintorn
Tada เลขาธิการสมาคมและคณะกรรมการสมาคม Rev.Koji Toyook, Mr,Kohji Yamada Rev,
Akizumi Suzuki และ Mr,Makio Hashimoto ที่ให้ทุนการศึกษาและอนุญาตร่วมกิจกรรมกับ
สมาชิกสมาคมผู้สูงอายุชาวจังหวัดฮิโรชิม่าตลอดระยะเวลา 1 เดือน ที่ศึกษาเฉพาะด้านผู้สูงอายุที่
นั่น และขอขอบคุณ Prof, Yoshigatsu Ohashi. Okayama University ที่ให้คำแนะนำขณะศึกษาอยู่ญี่ปุ่น
ขอขอบคุณอาจารย์สมพงษ์ ชาตะวิถี รองอธิการบดี สถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตอุดรธานี
และเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ให้การสนับสนุนขณะศึกษาเป็นอย่างดี ขอบใจอาจารย์สุทิน พรคอน
มือพิมพ์และผู้ช่วยผู้วิจัยครั้งนี้ และสุดท้ายขอขอบคุณญาติ - พี่น้องทุกคน และเพื่อนรักทุกท่าน จะลืม
บุคคลสำคัญไม่ได้คือ คุณคุณาเพ็ญ กิ่งมิ่งแฮ ที่รักและลูก ๆ คุณกุลปาลี - คุณจาดรนต์ กิ่งมิ่งแฮ
ทุกคนให้กำลังใจคนแก่ให้เรียนสำเร็จโดยเร็ว เพราะเงินทุนที่เตรียมไว้หมดสิ้นแล้ว ขอบใจที่ส่งเสีย
จนทำสำเร็จ

ประจัญ กิ่งมิ่งแฮ

สารบัญ

สารบัญ	หน้า
สารบัญตาราง	ก
สารบัญแผนภาพ	ข
บทที่ 1 บทนำ	1
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
2. คำถามการวิจัย	5
3. วัตถุประสงค์การวิจัย	5
4. ขอบเขตของการวิจัย	6
5. นิยามศัพท์เฉพาะ	6
6. สมมติฐานการวิจัย	8
7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
2.1 แนวคิดพื้นฐานการเตรียมรับภาวะผู้สูงอายุและแผนปฏิบัติการเกี่ยวกับผู้สูงอายุในระดับนานาชาติหลักการสำหรับผู้สูงอายุของสหประชาชาติ	9
2.1.1 แนวคิดการจัดโปรแกรมบริการสุขภาพผู้สูงอายุของสหประชาชาติและองค์การอนามัยโลก	10
2.1.2 ผลการวิเคราะห์แนวคิดความสัมพันธ์ปัจจัยข้อมูลพื้นฐานประชากรกับนโยบายโปรแกรมการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ	12
2.1.3 เป้าหมายการพัฒนาสุขภาพขององค์การอนามัยโลก	14
2.1.4 ผลการวิเคราะห์เป้าหมายการพัฒนาสุขภาพขององค์การอนามัยโลก	16
2.2 แนวคิดและการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกา	17
2.3 ผลการวิเคราะห์แนวคิดรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกา	19
2.4 แนวคิดการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในสหราชอาณาจักร	21
2.5 ผลการวิเคราะห์แนวคิดรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในสหราชอาณาจักร	22
2.6 แนวคิดและรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น	23
2.7 ผลการวิเคราะห์แนวคิดการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น	42
2.8 แนวคิดในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุไทย	45

2.8.1	รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (2540)	48
2.8.2	ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย 2542	48
2.8.3	นโยบายของรัฐบาลไทยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	49
2.8.4	แนวคิดพื้นฐานการจัดทำแผนผู้สูงอายุระยะยาว	51
2.8.5	แนวโน้มของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	56
2.8.6	มาตรฐานมีสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุ	58
2.8.7	ผลการวิเคราะห์แนวคิดรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้จากการ สนทนากลุ่ม (Focus group) และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Indepth Interview)	61
2.8.8	ผลการวิเคราะห์แนวคิดการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย	62
2.9	ทฤษฎีกิจกรรม	65
2.10	ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	70
2.11	สรุปผลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม	73
2.12	กรอบแนวคิดวิจัยและแบบจำลองสมมติฐานการวิจัย	76
บทที่ 3	วิธีการดำเนินการวิจัย	82
3.1)	รูปแบบการวิจัย	82
3.2)	ขั้นตอนการวิจัย	82
3.3)	ประชากรกลุ่มตัวอย่าง	84
3.4)	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	88
3.5)	การเก็บรวบรวมข้อมูล	94
3.6)	การวิเคราะห์ข้อมูล	95
บทที่ 4	ผลการวิจัยและอภิปรายผล	102
4.1	ผลการวิจัยระยะที่ 1	
	การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม	102
4.2	ผลการวิจัยระยะที่ 2	
	การพัฒนารูปแบบให้มีประสิทธิภาพ	105
4.2.1	การจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ	105
4.2.2	การบันทึกผลการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม	106
4.2.3	สรุปผลการวิจัยระยะที่ 2	111

4.3	ผลการวิจัยระยะที่ 3	114
4.3.1	คุณลักษณะของประชากรกลุ่มตัวอย่าง	114
4.3.2	การวัดระดับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ	116
4.3.3	การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน	130
4.3.4	ผลการวิเคราะห์ความกลมกลืนของรูปแบบและผลลัพธ์ที่กระทบ เชิงเหตุผลภายในตัวแปร	138
4.3.5	อภิปรายผล	145
บทที่ 5	สรุปและข้อเสนอแนะ	152
5.1	สรุปผลการวิจัย	152
5.1.1	คุณลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ	152
5.1.2	การวัดระดับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ	152
5.1.3	การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis of Measurement Model)	153
5.1.4	ผลการวิเคราะห์ความกลมกลืนของรูปแบบและผลลัพธ์ที่กระทบ เชิงเหตุผลภายในตัวแปร	153
5.2	ข้อเสนอแนะ	154
5.2.1	ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปประยุกต์ใช้	154
5.2.2	ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป	154
บรรณานุกรม		156
ภาคผนวก		164
	- ภาคผนวก ก. ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย	165
	- ภาคผนวก ข. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	179
	- ภาคผนวก ค. การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมลิสเรล	180
	- ภาคผนวก ง. ภาพกิจกรรมขณะดำเนินการวิจัย	195
ประวัติผู้เขียน		201

สารบัญตาราง

	ก. หน้า
ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับประชากรกับนโยบายและโปรแกรมพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ	11
ตารางที่ 2 กลุ่มตัวผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	87
ตารางที่ 3 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ	94
ตารางที่ 4 สรุปลักษณะที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้อง	97
ตารางที่ 5 ความคิดเห็นด้านปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม	107
ตารางที่ 6 คุณลักษณะของประชากรกลุ่มตัวอย่าง	115
ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับปัจจัยด้านปัจจัยบุคคลของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง	117
ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับปัจจัยด้านครอบครัวของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง	119
ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับปัจจัยด้านชุมชนของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง	120
ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับปัจจัยด้านการจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง	122
ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับปัจจัยการพัฒนาด้านสังคมของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง	124
ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับปัจจัยการพัฒนาด้านจิตใจของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง	125
ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับปัจจัยการพัฒนาด้านร่างกายของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง	127
ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับปัจจัยการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง	129
ตารางที่ 15 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปร (Factor Loading) ของปัจจัยด้านปัจจัยบุคคล	130

ตารางที่ 16 คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปร (Factor Loading) ของปัจจัยด้านครอบครัว	131
ตารางที่ 17 คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปร (Factor Loading) ของปัจจัยด้านชุมชน	132
ตารางที่ 18 คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปร (Factor Loading) ของปัจจัยด้านการจัดระบบบริการสุขภาพ	133
ตารางที่ 19 คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปร (Factor Loading) ของปัจจัยการพัฒนาด้านสังคม	134
ตารางที่ 20 คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปร (Factor Loading) ของปัจจัยการพัฒนาด้านจิตใจ	135
ตารางที่ 21 คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปร (Factor Loading) ของปัจจัยการพัฒนาด้านร่างกาย	136
ตารางที่ 22 คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปร (Factor Loading) ของปัจจัยด้านการมีสุขภาพดี	137
ตารางที่ 23 ค่าสถิติความสอดคล้องของรูปแบบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ก่อน การปรับปรุงแบบจำลอง	141
ตารางที่ 24 ค่าสถิติความสอดคล้องของรูปแบบกับข้อมูลเชิงประจักษ์หลัง การปรับปรุงแบบจำลอง	142

สารบัญแผนภาพ		ข. หน้า
แผนภาพที่ 1	แสดงสัดส่วนการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	2
แผนภาพที่ 2	ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยข้อมูลพื้นฐานประชากรกับนโยบายและโปรแกรมพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ	13
แผนภาพที่ 3	ผลการวิเคราะห์เป้าหมายการพัฒนาสุขภาพขององค์การอนามัยโลก	16
แผนภาพที่ 4	ผลการวิเคราะห์แนวคิดและรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกา	20
แผนภาพที่ 5	ผลการวิเคราะห์แนวคิดรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในสหราชอาณาจักร	22
แผนภาพที่ 6	แนวคิดรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายुरูปแบบการสร้างความสัมพันธ์สังคมอายุยืน	30
แผนภาพที่ 7	การจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ	32
แผนภาพที่ 8	รูปแบบการจัดกิจกรรมตามโครงการส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพสำหรับทุกคนในระดับชุมชนและท้องถิ่น	35
แผนภาพที่ 9	แนวคิดปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุอายุยืน	37
แผนภาพที่ 10	รูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ	40
แผนภาพที่ 11	ผลการวิเคราะห์แนวคิดรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น	44
แผนภาพที่ 12	แนวคิดรูปแบบการสร้างหลักประกันความมั่นคงในวัยสูงอายุตามกรอบแนวคิดพื้นฐานการจัดทำแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ	53
แผนภาพที่ 13	ปรัชญาใหม่ ; คนคือจุดมุ่งหมายของการพัฒนา	54
แผนภาพที่ 14	ยุทธศาสตร์การพัฒนาสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) กระทรวงสาธารณสุข	55
แผนภาพที่ 15	ความเชื่อมโยงและพลวัตที่เกี่ยวกับสุขภาพ	56
แผนภาพที่ 16	ผลการวิเคราะห์มาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยดี	60
แผนภาพที่ 17	ผลการวิเคราะห์แนวคิดรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้จากการสนทนากลุ่ม	61
แผนภาพที่ 18	ผลการวิเคราะห์แนวคิดการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ในประเทศไทย	64
แผนภาพที่ 19	รูปแบบทฤษฎีกิจกรรมของ Mc clelland (Mc clelland, K.A, 1982	66
แผนภาพที่ 20	กรอบแนวคิดการวิจัย	81

แผนภาพที่ 21	ขั้นตอนการวิจัยและขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ	83
แผนภาพที่ 22	แผนการสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	93
แผนภาพที่ 23	แบบจำลองสมมติฐานการวิจัย	101
แผนภาพที่ 24	สรุปผลการวิเคราะห์การเข้าร่วมกิจกรรม และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ	113
แผนภาพที่ 25	องค์ประกอบต่าง ๆ ของปัจจัยการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุกรณีที่มีการปรับปรุงแบบจำลอง	138
แผนภาพที่ 26	องค์ประกอบต่าง ๆ ของปัจจัยการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ กรณีที่มีการปรับปรุงแบบจำลอง	139
แผนภาพที่ 27	เป็นรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุก่อนปรับปรุงแบบจำลอง	141
แผนภาพที่ 28	รูปแบบความสัมพันธ์ เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุหลังจากการปรับปรุงแบบจำลอง	142
แผนภาพที่ 29	แสดงค่าสัมพัทธ์เส้นทางที่ได้จากการประมาณค่าของโมเดลการวัด สำหรับตัวแปรภายนอก (X – Model)	143
แผนภาพที่ 30	แสดงค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางที่ได้จากการประมาณ ค่าของโมเดลสมการโครงสร้าง	144

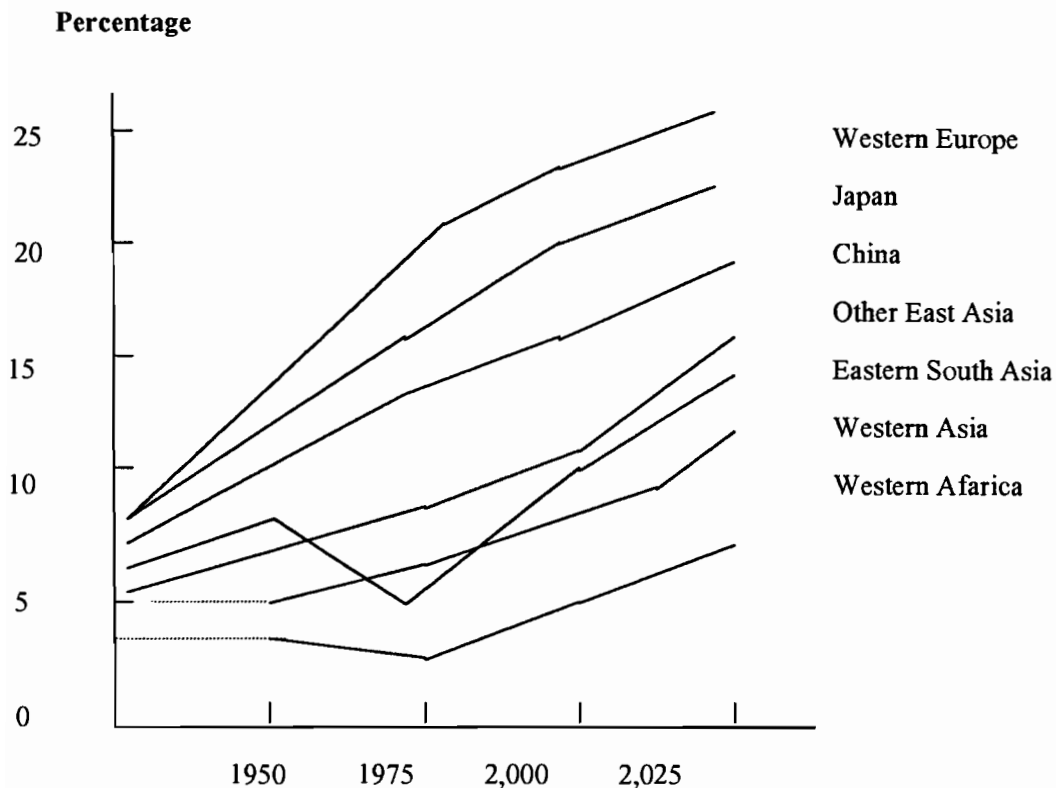
บทที่ 1

บทนำ

1) ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

(Background and Rationale)

เพียงชั่วระยะเวลา 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศต่าง ๆ ทั่วทุกภูมิภาคได้ให้ความสนใจต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรโลกเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุอันเนื่องมาจากสัดส่วนของเด็กทารกแรกเกิดลดลงและการเพิ่มขึ้นของอายุคาดเฉลี่ยของประชากรที่เป็นผลมาจากความเจริญทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ การพัฒนาสภาวะ โภชนาการ การดูแลด้านการบริการพื้นฐานทางสุขภาพตลอดจนความสามารถในการควบคุมโรคติดต่อต่าง ๆ ได้เพิ่มขึ้น (United Nation, 1996) และเมื่อองค์การสหประชาชาติได้จัดประชุม World Assembly on Aging 1982 ได้กระตุ้นให้ประเทศสมาชิกกำหนดนโยบายและวางแผนเกี่ยวกับผู้สูงอายุ มีความจริงใจที่จะประสานกันเพื่อนำมาซึ่งการศึกษาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรโลก โดยให้เกิดความเท่าเทียมกันตามสภาพความมีมนุษยธรรม (Humanitarian) กลยุทธ์ต่าง ๆ ได้นำไปกลั่นกรองและประชุมร่วมกัน ณ กรุงเวียนนา และเรียกการประชุมในครั้งนั้นว่า "Vienna International Plan Action on Aging" จากแผนปฏิบัติการนี้ได้สรุปและยอมรับเป็นเอกฉันท์จากทุกประเทศสมาชิกที่เข้าร่วมประชุมตั้งแต่ปี ค.ศ. 1982 เป็นต้นมา มีผู้กล่าวถึงที่สอดคล้องกันหลายประการคือ Thernae, H., Maddox (1982) Kenneth F. Feraro (1990) และจากเอกสารสรุปผลการประชุมของ United Nation World Assembly on Aging (1982) ว่า การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีลักษณะคล้ายกับกระดานสปริงกระโดดน้ำ กล่าวคือ ทั้งสภาวะด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมจะเกิดผลกระทบเป็นสัดส่วนผกผันกับสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นสูงสุด โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2543 โลกมีประชากร 6 พันล้านคน ซึ่งร้อยละ 7 มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป และนอกจากนี้ยังคาดประมาณว่า ในอีก 25 ปีข้างหน้าจะเพิ่มขึ้นเป็น 7.8 พันล้านคน โดยร้อยละ 10 จะมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป สัดส่วนนี้จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21 (252 ล้านคน) ในประเทศที่พัฒนาแล้วและร้อยละ 8.5 (561 ล้านคน) อยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งขนาดและสัดส่วนของประชากรในวัยสูงอายุทั่วทุกภูมิภาคของโลกนี้ จึงอาจนำไปสู่ปัญหาและศตวรรษแห่งผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้ United Nations (1982) ยังได้แสดงให้เห็นภาพรวมสัดส่วนเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยได้คาดคะเนแนวโน้มของอายุไว้ดังนี้



แผนภาพที่ 1 แสดงสัดส่วนการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

แหล่งที่มา United Nation Assembly on Aging, (1982) Introductory Document ;
Demographic Consideration, Vienna plan.

จากการเคลื่อนไหวเพื่อการรองรับสถานการณ์ผู้สูงอายุในแต่ละประเทศ ต่างก็เริ่มต้นตัวที่จะศึกษาโครงสร้างประชากร เพื่อกำหนดนโยบายและวางแผนเตรียมรับกับสภาวะที่จะเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะภายหลังจากการประชุม Vienna International Plan of Action on Aging 1982 แล้ว Tarek shuman (1987) ได้ชี้ให้เห็นผลดีต่อประเทศสมาชิกว่า ต่างก็ได้กำหนดนโยบายและวางแผนเพื่อเตรียมรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในประเทศของตน รวมทั้งการได้ให้ความร่วมมือจากองค์กรเอกชน (NGOs) ที่จะยึดตามแนวทางการให้ความรู้และแผนการแนะนำเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่เกิดจากการกำหนดนโยบายและแผนปฏิบัติที่จะบังเกิดผลดีในระดับประเทศ จึงเป็นการวางแผนเพื่อพัฒนาสามารถมองเห็นในมุมกว้างที่เกิดความเข้าใจในบทบาทและความรับผิดชอบ นอกจากนี้ได้เสนอให้มีการรวมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเทคโนโลยีระหว่างกันและใช้หลักการทางวิทยาศาสตร์เพื่อพัฒนาและวางแผนในระดับโลก จึงนับเป็นผลดีต่อการเตรียมรับสภาพการณ์ผู้สูงอายุในทุกภูมิภาคทั่วโลก

ไทยเป็นอีกประเทศหนึ่งที่มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงขนาดและสัดส่วนของผู้สูงอายุ โดยจำนวนประชากรสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปของไทยเพิ่มจากประมาณ 2.5 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2523 เป็น 3.7 ล้านคนในปี พ.ศ. 2533 และจากประกาศของสำนักทะเบียนกลาง เมื่อ 31 ธันวาคม 2543 ได้ประมวลข้อมูลขนาดประชากรผู้สูงอายุว่ามีจำนวนถึง 5,351,699 คน คิดเป็นร้อยละ 8.16 ของประชากรทั้งประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2543) จากข้อมูลนี้จึงมีแนวโน้มว่าในอีก 10 ปี ข้างหน้าผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 7 ล้านคนและในปี พ.ศ. 2553 จะเพิ่มเป็น 11 ล้านคนหรือประมาณเท่าตัวของผู้สูงอายุในปัจจุบันและในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยจะก้าวสู่ภาวะประชากรผู้สูงอายุ (Population Aging) โดยสัดส่วนผู้มีอายุ 65 ปีขึ้นไปจะเพิ่มเป็นประมาณร้อยละ 7.4 ในปัจจุบันประเทศกำลังพัฒนามักนิยามผู้สูงอายุว่าคือกลุ่มผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ส่วนประเทศที่พัฒนาแล้วจะนิยามว่าคือผู้มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป และการที่ประเทศไทยมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 7 ของประเทศก็จะได้ชื่อว่าเป็นประเทศก้าวเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุ ดังนั้นไทยจึงเป็นอีกประเทศหนึ่งที่จัดว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุที่มีอัตราที่สูงมากที่สุดประเทศหนึ่งในโลก โดยเพิ่มจากร้อยละ 6.7 ในปี พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 15.2 ในปี พ.ศ. 2563 (Jittapunkul, Sutthichai and Srichitra Bunnag,1998.) จากการเปลี่ยนแปลงขนาดและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนี้จะส่งผลให้ไทยเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุในอีกไม่นาน จึงต้องเตรียมแผนเพื่อการรองรับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นด้วย

การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลกระทบต่อปัญหาสาธารณสุขและสุขภาพอนามัยของคนไทยกล่าวคือ ประชากรวัยทำงานต้องแบกรับภาระในการเลี้ยงดูผู้สูงอายุมากขึ้น การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุมีผลกระทบต่อแบบแผนการเกิดโรคเรื้อรัง และโรคเกี่ยวกับผู้สูงอายุมากขึ้นเช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ นอกจากนี้ยังเชื่อมโยงทำให้เกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมาคือปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมทำให้ผู้สูงอายุต้องทำงานแข่งขันกับประชากรวัยทำงานมากขึ้น ย่อมมีผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม ส่วนในด้านปัญหาสุขภาพประชากรผู้สูงอายุดังกล่าวก็จะนำไปสู่ความจำเป็นในความต้องการผู้ดูแล ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ นอกจากนี้จะเป็นภาระต่อระบบการบริการสุขภาพอย่างมากในอนาคตอีกด้วย มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันมีปัญหาสุขภาพทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเมือง และเขตชนบท พ.ศ. 2541 โดย พิรสิทธิ์ คำานวนศิริและคณะ (2542) พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนทั้งสองกลุ่มมีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับโรค ปวดข้อ ปวดเข่า ปวดหลัง โดยเฉลี่ยร้อยละ 67.2 มีปัญหาเกี่ยวกับตา เช่นตามัว ต้อกระจก ร้อยละ 47.7 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 20.3 โรคเบาหวาน ร้อยละ 8.5 โรคหลอดเลือดหัวใจและหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 8.4 และไม่มีอาการ ร้อยละ 14.2 จากการศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง 2,533 คน จากภาวะปัญหาสุขภาพที่

เสนอมานี้ข้อมชี้ให้เห็นความสำคัญที่ควรได้ศึกษาวิจัยโดยเร่งด่วน เพื่อนำมาสู่การบรรเทาต่อสภาวะ และแก้ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมต่อไป

จากแนวการพัฒนาประเทศภายใต้ระบบทุนนิยมที่มุ่งเน้นการพัฒนาอุตสาหกรรม ตาม กระแสบริโภคนิยม และการพัฒนาในทางวัตถุด้วยการเร่งรัดผลผลิตในภาคอุตสาหกรรม ทำให้ชาว ชนบทจำนวนมากต้องอพยพเข้าสู่เมือง เพื่อขายแรงงานในภาคอุตสาหกรรมและบริการมากขึ้น จาก การคาดประมาณประชากรย้ายถิ่นระหว่างเขตเมืองและชนบท โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2538) พบว่าสัดส่วนของผู้อพยพย้ายถิ่นเพิ่มจากร้อยละ 30.01 ใน พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 32.3 ใน พ.ศ. 2538 และคาดว่าใน พ.ศ. 2553 ประชาชนจะอยู่ใน เขตเมืองถึงร้อยละ 40 ซึ่งโดยส่วนใหญ่ของผู้อพยพจะย้ายถิ่นเข้ากรุงเทพมหานครมากที่สุด ลงลงมาเป็น เขตปริมณฑลและเขตพัฒนาชายฝั่งตะวันออก และในเมืองใหญ่ของทุกภาค

จากสถานการณ์การอพยพแรงงานเข้าสู่เมืองดังกล่าววันจะมีปริมาณเพิ่มขึ้นและขยาย ตัวไปยังหัวเมืองต่าง ๆ ทั่วประเทศ ซึ่งจะก่อให้เกิดภาวะชุมชนแออัดในย่านปริมณฑลและชุมชน เมืองต่าง ๆ และส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยเฉพาะปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งปัญหาอาชญากรรม ปัญหาด้านสังคมอื่น ๆ รวมทั้งปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของ ประชากร ทั้งการดำเนินวิถีชีวิตประจำวันที่แตกต่างกัน การแข่งขันทำมาหากิน ปัญหาที่อยู่อาศัย การ เพลิดเพลินกับมลภาวะที่ก่อให้เกิดภาวะทางสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจต่อประชากรเหล่านั้นได้ จึง เป็นแรงจูงใจที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้วิจัยคิดว่า ปัญหาสุขภาพอนามัยของประชากรเป็นเรื่อง สำคัญที่ทุกฝ่ายควรให้ความสนใจ เพื่อหาทางป้องกันและพัฒนาหรือส่งเสริมภาวะทางสุขภาพที่ดี แก่ประชากร ชุมชนเมือง ซึ่งมีประชากรอยู่อย่างแออัด จะกลายเป็นชุมชนที่มีภาวะผู้สูงอายุเพิ่ม ขึ้นในอนาคตจึงน่าจะได้ศึกษาแนวทางการจัดระบบบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ เพื่อสร้างความมั่นใจ ในแนวทางปฏิบัติที่จะให้บรรลุเป็นผลดีต่อการพัฒนาสุขภาพสูงอายุอีกทางหนึ่งได้

ในด้านการให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ไสว พรหมณี (2538) ได้กล่าว ให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุมาตั้งแต่ พ.ศ. 2524 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ทำหน้าที่ กำหนดนโยบายและวางแผนดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในระดับชาติ เพื่อเตรียมรับภาวะผู้สูงอายุที่จะ เกิดขึ้นในสังคมไทย แต่จากการวิเคราะห์พบว่ามาตรการและแผนงานยังไม่บรรลุผลที่ดี เช่น ไทยยัง ขาดกฎหมายที่จะให้ความคุ้มครองแก่ผู้สูงอายุ ขาดหลักสวัสดิการและขาดหลักประกันสังคม ซึ่งแม้ว่าจะสามารถดำเนินการได้ แต่ก็จัดได้เฉพาะบางกลุ่มเท่านั้นทำให้ปัญหาผู้สูงอายุ ยังเป็น ปัญหาที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือแก้ไขต่อไป

ปัญหาสุขภาพอนามัย ด้านร่างกายและจิตใจ เป็นปัญหาพื้นฐานการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากสภาพร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมลงอีกทั้งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรมีผลกระทบต่อสังคมและวัฒนธรรม ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง การเคารพนับถือผู้สูงอายุลดน้อยลง มีปัญหาทางเศรษฐกิจ ขาดรายได้ ขาดญาติพี่น้องและขาดสังคมเกื้อหนุนย่อมเป็นผลร้ายต่อสุขภาพกายและจิตใจต่อผู้สูงอายุอย่างยิ่งอีกทั้งจากการศึกษาของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2543) ได้วิเคราะห์สถานะของผู้สูงอายุในปัจจุบัน โดยประเมินว่าขนาดประชากรผู้สูงอายุไทยมีความจำเป็นต้องการได้รับการเกื้อกูลจากรัฐ ทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยควรมีถึงร้อยละ 5 ยังต้องการได้รับการเกื้อกูลอย่างมากถึงร้อยละ 10 ด้านสถานะทางสุขภาพ ซึ่งพบว่าทุก ๆ 1 คน ใน 4 คน มีภาวะทุพพลภาพ และทุก ๆ 1 ใน 5 คน มีภาวะทุพพลภาพระยะยาว ผู้สูงอายุต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการประกอบกิจกรรมส่วนตัวร้อยละ 11.5 และเมื่อออกนอกเคหะสถานร้อยละ 45 ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการขนส่งสาธารณะเป็นต้น จึงเป็นเครื่องชี้ให้เห็นถึงภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน ควรได้รับการพัฒนาแก้ไขปัญหาโดยเร่งด่วนด้วยเช่นกัน

ผู้วิจัยได้ตระหนักดีว่าประชากรกลุ่มผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่ายิ่งต่อครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศชาติ สมควรได้รับการดูแลเอาใจใส่เห็นคุณค่าให้เกียรติอย่างมีศักดิ์ศรี ได้รับการยกย่องนับถือ และควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสมควรแก่อัตภาพและกระทำได้อย่างถูกวิธีมีรูปแบบการพัฒนาสุขภาพที่เหมาะสมกับวัย มีความสอดคล้องกับวัฒนธรรมอันดีงามของไทยดังนั้นการศึกษารูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ จึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้ยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งในปัจจุบันและอนาคตให้เป็นผู้มีสุขภาพดี และเป็นสุขในบั้นปลายของชีวิตได้ และใช้ในการกำหนดนโยบายมาตรการและวางแผนการจัดกิจกรรมเพื่อบริการสุขภาพผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติจริง รวมทั้งช่วยในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุใส่ใจต่อสุขภาพตนเอง ซึ่งจะเป็นอีกกลไกหนึ่งของการพัฒนาและสร้างสังคมอายุยืนได้ดังต่อไปนี้

2. คำถามการวิจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ในเขตชุมชนเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อยู่ในระดับใด และรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ มีความกลมกลืนสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่

3. วัตถุประสงค์การวิจัย (Objective)

3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป (General Objective)

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุและประเมินรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ในเขตชุมชนเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

3.2 วัตถุประสงค์ (Specific objectives)

- 1) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรม
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ
- 3) เพื่อประเมินรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

4. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

5. นิยามศัพท์เฉพาะ

5.1 ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง

5.2 การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ที่ปฏิบัติต่อตนเอง ปฏิบัติต่อครอบครัวและปฏิบัติต่อชุมชน เพื่อการพัฒนาสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมของการพัฒนาผู้สูงอายุ

5.3 ปังเจกบุคคล หมายถึงผู้สูงอายุมีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ การอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี การพึ่งตนเองของผู้สูงอายุ การมีสิทธิ์และความเสมอภาคทางสังคม การได้รับการคุ้มครองไม่ถูกทอดทิ้ง และการที่ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ข่าวสารที่มีประโยชน์ต่อการพัฒนาสุขภาพ (ประยุกต์จากแนวคิดพื้นฐานการจัดทำแผนผู้สูงอายุระยะยาว (2543) ปรัชญาใหม่ คนคือจุดมุ่งหมายของการพัฒนา ความเชื่อมโยงและพลวัตที่เกี่ยวกับสุขภาพ (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข , 2543) แนวคิดรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุประเทศญี่ปุ่น รูปแบบการสร้างความสัมพันธ์สังคมอายุยืนจังหวัด โอกินาว่า (1999) แนวคิดพื้นฐานตามหลักกฎบัตรของสหประชาชาติ 1991)

5.4 ครอบครัว หมายถึงผู้สูงอายุได้อยู่อาศัยกับครอบครัวมีความเข้าใจและเอื้ออาทรครอบครัวให้ความเกื้อหนุนและภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ประยุกต์จากแนวคิดรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ รูปแบบการสร้างความสัมพันธ์สังคมอายุยืน โอกินาว่า (1999) และแนวคิดพื้นฐานตามหลักการกฎบัตรสำหรับผู้สูงอายุของสหประชาชาติ (The World Assembly on Aging (1991) ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย (2542) แนวคิดพื้นฐานการจัดทำแผนผู้สูงอายุระยะยาว คณะกรรมการส่งเสริมประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี

(2542) แผนสาธารณสุขสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2542) และแนวคิดพื้นฐานหลักการกฎบัตรสำหรับผู้สูงอายุของสหประชาชาติ 1991)

5.5 ชุมชน หมายถึงชุมชนมีความตระหนักหรือมีจิตสำนึกในความสำคัญของผู้สูงอายุชุมชนให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมและชุมชนให้ความเกื้อหนุน ประยุกต์จากแนวคิดรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุแบบการสร้างสังคมอายุยืน โอกินาวา (1999) ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย คณะผู้ประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี (2543) แผน สาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข 2542)

5.6 การจัดระบบบริการสุขภาพ หมายถึงชุมชนมีนโยบายและมาตรการ การจัดระบบบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ชุมชนจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ชุมชนจัดกิจกรรมบริการที่มีประสิทธิภาพและผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการจัดบริการ

5.7 การพัฒนาด้านร่างกาย หมายถึง การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ การมีภาวะโภชนาการดี การรู้จักใช้แรงงาน การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกาย และนันทนาการ (ประยุกต์จากแนวคิดพื้นฐานตามหลักการกฎบัตรสำหรับผู้สูงอายุของสหประชาชาติ (The World Assembly on Aging .1991) เป้าหมายการพัฒนาสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO) สววน นิตยารัมภ์พงศ์ (2536) แนวคิดรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ รูปแบบการสร้างสังคมอายุยืน โอกินาวา (1999) แนวคิดปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุยืน (Kazuhiko Taira, 2000) แนวคิดปรัชญาใหม่ คนคือจุดมุ่งหมายของการพัฒนาสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2542) และแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Ottawa Charter for Health promotion (กรมอนามัย 2545) T.Daniel Griffiths and Paul J. Mechan, 1990)

5.8 การพัฒนาด้านจิตใจ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาหรือมีความเชื่อในศาสนา การมีงานอดิเรกทำ และมีความตั้งใจและควบคุมตนเองได้ (ประยุกต์จากแนวคิดพื้นฐานตามหลักการกฎบัตรสำหรับผู้สูงอายุของสหประชาชาติ (The World Assembly of Aging, 1991) เป้าหมายการพัฒนาสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO) สววน นิตยารัมภ์พงศ์ (2536) แนวคิดรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ รูปแบบการสร้างสังคมอายุยืน โอกินาวา (1999) แนวคิดปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุยืน (Kazuhiko Taira, 2000) แนวคิดรูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ (Tanaka Yoshio, 1991) แนวคิดปรัชญาใหม่คนคือจุดมุ่งหมายของการพัฒนา สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2542)

5.9 การพัฒนาด้านสังคม หมายถึงผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน การเข้าเป็นสมาชิกอาสาสมัครและเครือข่ายสังคม การเข้าใจผู้อื่น และการอยากเข้าร่วมสังคมและต้องการเพื่อนใหม่ (The WorWorld Assembly on Aging, 1991) เป้าหมายการพัฒนาสุขภาพขององค์การอนามัย

โลก (WHO) สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2536) แนวคิดรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ รูปแบบการสร้างสังคมอายุยืน โอกินาวา (1999) แนวคิดปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุยืน (Kazuhiko taira,2000) แนวคิดรูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ (Tanaka Yoshio ,1991) แนวคิดปรัชญาใหม่คนคือจุดมุ่งหมายของการพัฒนา สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2542) และแนวคิดการพัฒนาด้านสังคมของผู้สูงอายุ (Kenneth F. Feraro,1990)

5.10 การมีสุขภาพดี หมายถึง ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายดี การมีสุขภาพจิตดี มีฟันถาวรไว้ได้อย่างน้อย 20 ซี่ มีความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพและการมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ประยุกต์จากแนวคิดมาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่ดีที่พึงประสงค์ กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ ,2545)

6. สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis)

สมมติฐานการวิจัย : รูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ในเขตชุมชนเมืองภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความสอดคล้องกลมกลืน (Goodness of fit) กับข้อมูลเชิงประจักษ์

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1) การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงอรรถาธิบาย (Analytical Research) เพื่อพัฒนาข้อความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการวิจัยถือได้ว่าเป็นนวัตกรรมด้านความรู้ ที่ขยายขอบเขตองค์ความรู้เกี่ยวกับอิทธิพลของตัวแปรต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นโครงสร้างของความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงที่เป็นเหตุและผล ตัวแปรที่มีอิทธิพลเหล่านี้เป็นลักษณะบริบทปัจจัยนำเข้า (INPUT) กระบวนการ (PROCESS) และผลลัพธ์ (OUTPUT) ที่เป็นจุดเน้นและให้ความสำคัญเหมือนกันดังนั้นข้อความรู้ที่ได้ครั้งนี้ ถือว่าเป็นองค์ความรู้การจัดรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ

2) ประโยชน์ในเชิงประยุกต์ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน องค์กรของรัฐและสังคม ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ เนื่องจากรู้ว่าตัวแปรใดมีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ จะช่วยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับตัวแปรนั้น ๆ เข้าใจสาเหตุและสามารถจัดวิธีดำเนินงานที่ส่งผลดีต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุได้

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

(Literature Review)

ในบทนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมที่เริ่มจากแนวคิดและหลักการสำคัญเกี่ยวกับผู้สูงอายุคือ

2.1 แนวคิดพื้นฐานการเตรียมรับภาวะผู้สูงอายุและแผนปฏิบัติเกี่ยวกับผู้สูงอายุในระดับนานาชาติ (International Plan of action on Aging) หลักการสำหรับผู้สูงอายุ ของสหประชาชาติ (United Nations principle for older person)

ตามหลักการของสหประชาชาติสำหรับผู้สูงอายุภายใต้กฎบัตร วันที่ 16 ธันวาคม 1991 สำนักงาน General of Administration affair Primeminister office Tokyo (2000) ได้สรุปไว้ในสมุดปกขาวสังคมผู้สูงอายุ 2,000 แห่งประเทศญี่ปุ่นได้ประกาศเป็นหลักการสำคัญไว้ว่า 1) ความเป็นอิสระ (Independence) ภายใต้ภาศัญญาที่ผู้สูงอายุควรจะได้รับ การจัดหาอาหารที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม การจัดบริการด้านสุขภาพ ที่เพียงพอตลอดจนการจัดการรายได้ การอยู่อาศัยกับครอบครัว การพึ่งตนเองและการช่วยเหลือจากชุมชน การให้โอกาสในการทำงานเพื่อหารายได้เป็นบางโอกาส การมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย เพื่อพัฒนาสู่ความก้าวหน้าไม่สร้างความกดดันทางด้านแรงงาน การได้รับการศึกษาและการจัดโปรแกรมฝึก การจัดตั้งแวดล้อมที่ปลอดภัย การพัฒนาบุคลากรเท่าที่สามารถดำเนินการได้ 2) การมีส่วนร่วม (Participation) ผู้สูงอายุควรได้รับการอยู่ร่วมกับสังคม การมีส่วนร่วมในการสร้างหลักเกณฑ์ นโยบาย เพื่อสนับสนุนโดยตรง ที่ก่อให้เกิดผลดีต่อการแลกเปลี่ยนความรู้และทักษะกับหนุ่มสาวได้ และสามารถที่จะกระทำในด้านการเคลื่อนไหวหรือจากสมาคมผู้สูงอายุ 3) ด้านการบริการดูแล (Care) ผู้สูงอายุควรจะได้รับ คือ การมีรายได้จากครอบครัว การบริการจากชุมชน ได้รับการคุ้มครองที่รวมไปถึงระบบของสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณค่าทางวัฒนธรรม ได้รับคำสัญญาเพื่อการดูแลสุขภาพ การให้การเลี้ยงดู การให้การฟื้นฟูที่จะเกิดผลดีในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ที่แจ่มใสได้รับ การบรรเทาการเจ็บไข้ได้ป่วย การได้รับบริการทางสังคมทางกฎหมายความมีอิสระภาพ การได้รับความคุ้มครองดูแล ได้รับการใช้ประโยชน์จากสถานบริการที่เหมาะสม ได้รับการฝึกอบรมทางด้านสังคมการสร้างภาวะกระตุ้นทางจิตใจที่ดี ที่เกิดจากความมีเมตตาและมีความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมมีความสุขตามสิทธิมนุษยชนบนพื้นฐานของความเป็นอิสระ การจัดหาที่พักอาศัยการบริการสนับสนุนอุปกรณ์รวมทั้งการ

ได้รับความเอาใจใส่อย่างมีเกียรติความเชื่อถือความต้องการ และมีความเป็นส่วนตัวในการตัดสินใจ ที่ถูกต้องและเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต 4) ด้านการบรรลุความปรารถนา (Self Fulfillment) ผู้สูงอายุ ควรได้รับความสามารถในการดำเนินการตามโอกาสสำหรับการพัฒนาที่สมบูรณ์เท่าที่สามารถ จะทำได้ ได้รับความสำคัญในการศึกษาวัฒนธรรม ความมีน้ำใจ หรือจิตวิญญาณและแหล่ง นันทนาการต่าง ๆ กับสังคม 5) ด้านการได้รับเกียรติที่สง่างาม (Dignity) ผู้สูงอายุควรได้รับ คือ ได้รับเกียรติที่สง่างามมีความรู้สึกที่ปลอดภัย ไม่ได้รับอันตรายจากผู้ประสงค์จะแสวงหาประโยชน์ ทางร่างกาย หรือการถูกข่มขืน ได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นตามขนาดของอายุตามเพศ เชื้อชาติ ลักษณะพื้นภูมิทางจริยธรรม การใช้ความสามารถตามสถานภาพควรได้รับการกระจายรายได้ตาม นัยประกาศหลักการสำหรับผู้สูงอายุของสหประชาชาติฉบับนี้โดยอาศัยกฎบัตรภาคีสัญญาเรื่องการ ส่งเสริมคุณภาพชีวิต เพื่อใช้เป็นเครื่องมือคุ้มครองผู้สูงอายุให้ได้รับการดูแลจากสังคม ที่ก่อให้เกิด ความยุติธรรม ความเสมอภาคที่บุคคลควรจะได้รับตามกฎหมาย และสิ่งที่สหประชาชาติคาดหวัง คือ เมื่อหลักการที่ได้รับการยอมรับจากมติที่ประชุมอันถือได้ว่าเป็นหลักการสากลที่ทุกประเทศควร นำไปปฏิบัติกำหนดนโยบายและแผนปฏิบัติต่อผู้สูงอายุในทุกๆด้านทั้งด้านความเป็นอิสระ (Independence) การมีส่วนร่วม (Participation) การดูแล (care) การบรรลุความปรารถนา (Self fulfillment) และการได้รับเกียรติที่สง่างาม (Dignity) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคม ได้อย่างเป็นปกติสุข สังคมจึงต้องร่วมกันช่วยเหลือดูแล ปัญหาสุขภาพเป็นปัญหาหลักอย่างหนึ่ง ที่ได้รับการใส่ใจดูแลดังที่ทราบคืออยู่แล้วว่าเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุโครงสร้าง และระบบภายในร่างกายจะ ทำหน้าที่เสื่อมลงตามลำดับการพัฒนาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจและการเข้าร่วมกิจกรรมของ สังคมสำหรับผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งจำเป็นและถือเป็นภาระส่วนหนึ่งที่ต้องจัดบริการผู้สูงอายุให้สอดคล้อง กับความคาดหวัง ตามหลักการผู้สูงอายุของสหประชาชาติ ซึ่งเป็นหลักการที่สำคัญนี้ได้ ซึ่งผู้วิจัย ได้ใช้ในการวิจัย เพราะเชื่อว่าควรได้รับบริการด้านสุขภาพที่เพียงพอทั้งการพึ่งตนเอง การอยู่อาศัย ในครอบครัว การช่วยเหลือจากชุมชน การมีส่วนร่วมอยู่กับสังคม การได้รับการคุ้มครองที่รวม ไปถึงระบบของสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณค่าทางวัฒนธรรม รวมทั้งควรได้รับความสำคัญจากชุมชนเพื่อ การดูแลสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ

2.1.1 แนวคิดการจัดโปรแกรมบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ของสหประชาชาติ และองค์การอนามัยโลก (United Nations and World Health Organization) สหประชาชาติและองค์การอนามัยโลก ได้ให้ความสำคัญอย่างจริงจังภายหลังการประชุม World Aging Assembly ณ กรุงเวียนนา โดยได้รับการสนับสนุน ให้เกิดความร่วมมือในทุกชั้นตอนจากนักวิทยาศาสตร์ทั้งจากกลุ่มประเทศพัฒนา และกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา เพื่อให้แผนการและหลักการประสบความสำเร็จ โดยได้เสนอแนวคิดการจัดโปรแกรมบริการสุขภาพผู้สูงอายุดังนี้

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ข้อมูลพื้นฐานประชากรกับนโยบายและโปรแกรมพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ
(Relationship of Population – Based Data to Policy and Program Development)

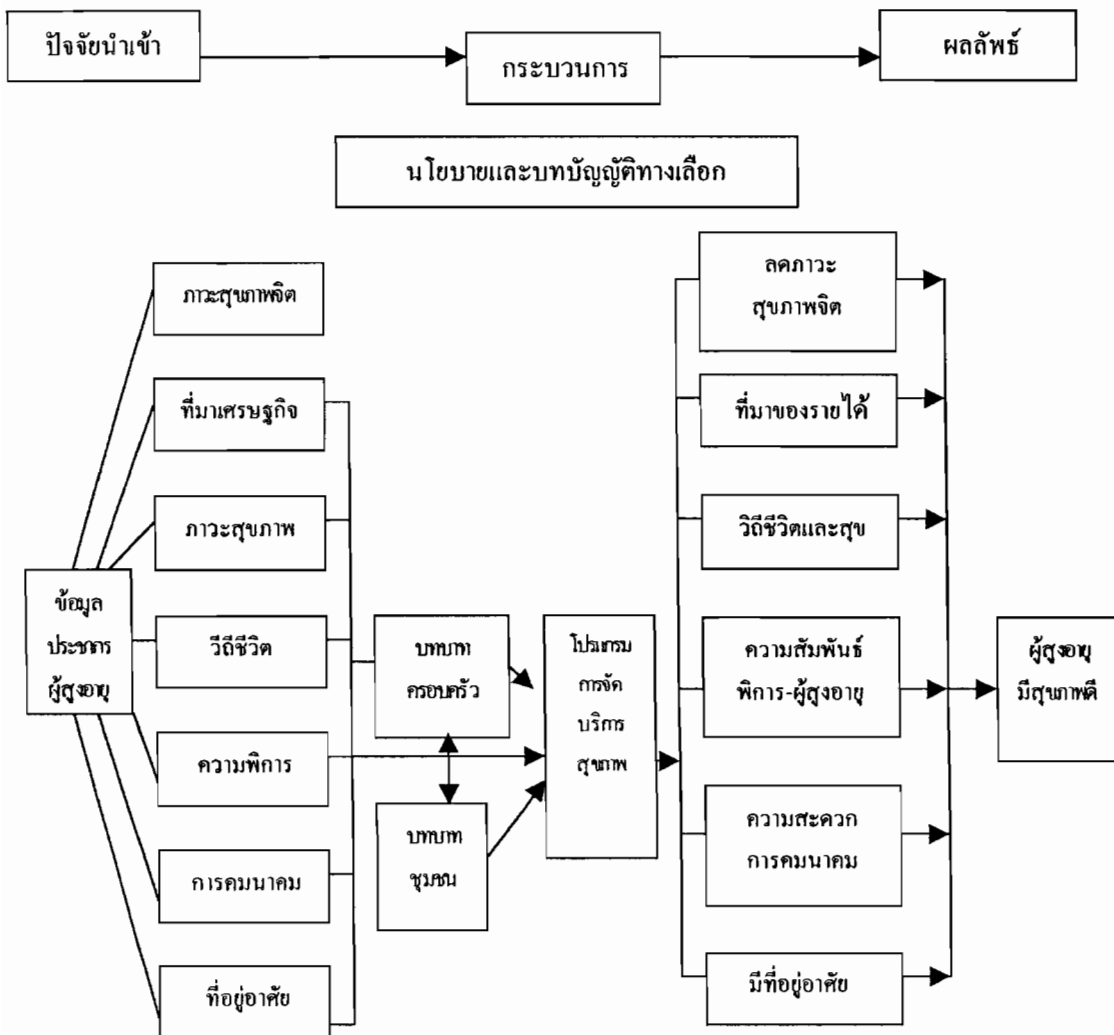
ข้อมูลประชากร (Population data)	ผลที่เกิด (Issue)	นโยบาย (Policy)	โปรแกรม (Program)
-สภาวะสุขภาพจิต (Mental status)	-มีโรคกึ่งจิตเภทหลาย และอยู่ในภาวะตกต่ำสุด (Prevalence of dementia and depression)	-การส่งเสริมบริการด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ (Promotion of Mental Health of Aging)	-การแนะนำและบริการสุขภาพจิตในชุมชน (counseling and community mental health care) -การจัดงบประมาณและการให้ความช่วยเหลือ (Financial Supplementation or Assistance)
-แหล่งที่มาจากเศรษฐกิจ (Economic Resources)	-ความยากจน (Poverty)		-บทบาทผู้ดูแลหรือข้อกำหนดพื้นฐานการบริการสุขภาพ(Provision of Primary health Care)
-ภาวะทางสุขภาพ (Health Status)	-ความสัมพันธ์ของสุขภาพและผู้สูงอายุ (Relationship of health and Aging)	-รายได้เฉลี่ยต่ำสุด (Minimum income)	-บทบาทผู้ดูแลหรือข้อกำหนดการบริการสุขภาพโดยรวม (Provision of comprehensive health service)
-การรับประโยชน์การบริการสุขภาพ(Utilization of health service)	-ความสัมพันธ์ของประโยชน์และผู้สูงอายุ (Relationship of Utilization and Aging)	-การบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ(Health care of the Aging)	
-วิถีชีวิต (Life style)	-ความสัมพันธ์ของวิถีชีวิตและสุขภาพ(Relationship of life style and health)	-แผนบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (Health care planning for Aging)	-การดูแลสุขภาพและการส่งเสริม(Health Education and Promotion)
-ความพิการ (Disabilities)	-ความสัมพันธ์ของความพิการและผู้สูงอายุ (Relationship of Life style and health)	-มีจำนวนคนพิการต่ำสุด (Minimum of handicap)	-บทบาทผู้ดูแลหรือข้อกำหนดการช่วยเหลือจากชุมชน (provision of aids and community assistance)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ข้อมูลพื้นฐานประชากรกับนโยบายและโปรแกรมพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ
(Relationship of Population – Based Data to Policy and Program Development) (ต่อ)

ข้อมูลประชากร (Population data)	ผลที่เกิด (Issue)	นโยบาย (Policy)	โปรแกรม (Program)
-การคมนาคม(Transport)	-กลไกและผู้สูงอายุ(Mobility and Aging)	-การไปมาสะดวก(Access)	-บทบัญญัติข้อกำหนดการขนส่ง(Provision of transport) -บทบัญญัติหรือข้อกำหนดการจัดทางเลือกและการสงเคราะห์(Alternative accommodation Provision)
-บ้านพักหรือที่อาศัย(Housing)	-ปัญหาที่อยู่อาศัยและผู้สูงอายุ(Housing Problem and Aging)	-จัดที่อยู่อาศัย(Housing)	-บทบัญญัติหรือข้อกำหนดการจัดทางเลือกและการสงเคราะห์(Alternative accommodation Provision) -การดูแลและการบริการจากครอบครัว(Family Support service)
-แหล่งทรัพยากรสังคมและการดูแลจากครอบครัว (social resources and family Support)	-บทบาทของครอบครัวและชุมชนกับผู้สูงอายุ(Family and Community role and aging).	-ความรับผิดชอบของครอบครัวและชุมชน(Family and community responsibility)	

แหล่งที่มา : Maddox, GL (1982) ; New Perspectives on old Age. A message to Decision Makers. New York , Springer Publishing Co.

2.1.2 ผลการวิเคราะห์แนวคิดความสัมพันธ์ปัจจัยข้อมูลพื้นฐานประชากร กับนโยบาย โปรแกรมการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่าการพัฒนาสุขภาพมีจุดเริ่มต้นที่ ข้อมูลของปัจเจกบุคคล ที่มีองค์ประกอบ และมีความสัมพันธ์ในระดับกระบวนการดำเนินงานการพัฒนาสุขภาพ ให้บรรลุ ได้คือปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านชุมชน และการจัดระบบบริการดังแสดงไว้ในการวิเคราะห์เชิงระบบ จากแผนภาพที่ 2



แผนที่ภาพ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยข้อมูลพื้นฐานประชากรกับนโยบายและโปรแกรมการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ (Relation of Population Based Data to Policy and Program Development)

จากแนวคิดการจัดโปรแกรมการบริการสุขภาพของสหประชาชาติ ที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระดับนโยบายข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับประชากรและโปรแกรมพัฒนา ซึ่งข้อมูลจากประชากรประกอบด้วย สภาวะสุขภาพจิต, รายได้ภาวะทางสุขภาพ, การรับบริการสุขภาพ, วิถีชีวิตการบริการ, การคมนาคมที่พิการอาศัย การดูแลจากครอบครัวและสังคม ข้อมูลพื้นฐานที่ชี้ให้เห็นถึงปัญหาหรือผลที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ แล้วจะนำไปสู่การกำหนดนโยบายและโปรแกรมต่างๆ เพื่อใช้ในการแก้ปัญหาในแง่สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้กำหนดนโยบายการบริการสุขภาพ โดยจัดโปรแกรมให้มีการกำหนดบทบัญญัติพื้นฐาน เพื่อการบริการสุขภาพเป็นโปรแกรมในทุกประเทศ

ควรที่จะสนองนโยบาย ประเทศไทยก็เป็นประเทศหนึ่งที่เป็นสมาชิกและได้มีการดำเนินอยู่แล้วเช่นกัน เพื่อการเตรียมรับภาวะการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่ปรากฏขึ้นในโลก และเป็นแนวทางการดำเนินงานภายในที่จะเกิดขึ้นในแต่ละประเทศ เช่นในด้านปัญหาภาวะทางสุขภาพ (Health status) ของผู้สูงอายุจะก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวพันภาวะทางสุขภาพในทุกด้าน (Relationship of Health and Aging) ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมแก่ผู้สูงอายุ ในแนวทางการดำเนินงานทั้งสหประชาชาติ และองค์การอนามัยโลกประสงค์ให้แต่ละประเทศ กำหนดนโยบาย (policy) ในด้านการบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ (Health care of the Aging) และให้กำหนดโปรแกรมเพื่อดำเนินการที่สำคัญ ให้มีบทบาทบัญญัติหรือข้อกำหนดพื้นฐานการบริการสุขภาพ (provision of primary health care) และเช่นเดียวกัน ให้มีข้อมูลปรากฏการรับประโยชน์ด้านการบริการสุขภาพของประชากร (Utilization of health service) ที่จะก่อให้เกิดความสัมพันธ์ของประโยชน์ที่เกิดขึ้นแก่ผู้สูงอายุ จึงต้องกำหนดนโยบายเกี่ยวกับแผนบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (Health care Planning for Aging) และให้กำหนดโปรแกรมที่มีบทบาทบัญญัติหรือข้อกำหนดบริการสุขภาพโดยรวมอีกด้วย (Provision of comprehensive health service)

จึงเห็นได้ว่าโดยหลักการขององค์การสหประชาชาติมีจุดเน้นให้ประเทศสมาชิกได้กำหนดนโยบาย บทบัญญัติและการจัดโปรแกรมบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โดยให้พิจารณาจากข้อมูลพื้นฐานประชากร ในแต่ละด้านเช่นภาวะทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต รายได้ การจัดการบริการสุขภาพ วิถีชีวิต การคมนาคม ที่อยู่อาศัยการดูแลจากครอบครัวและสังคม

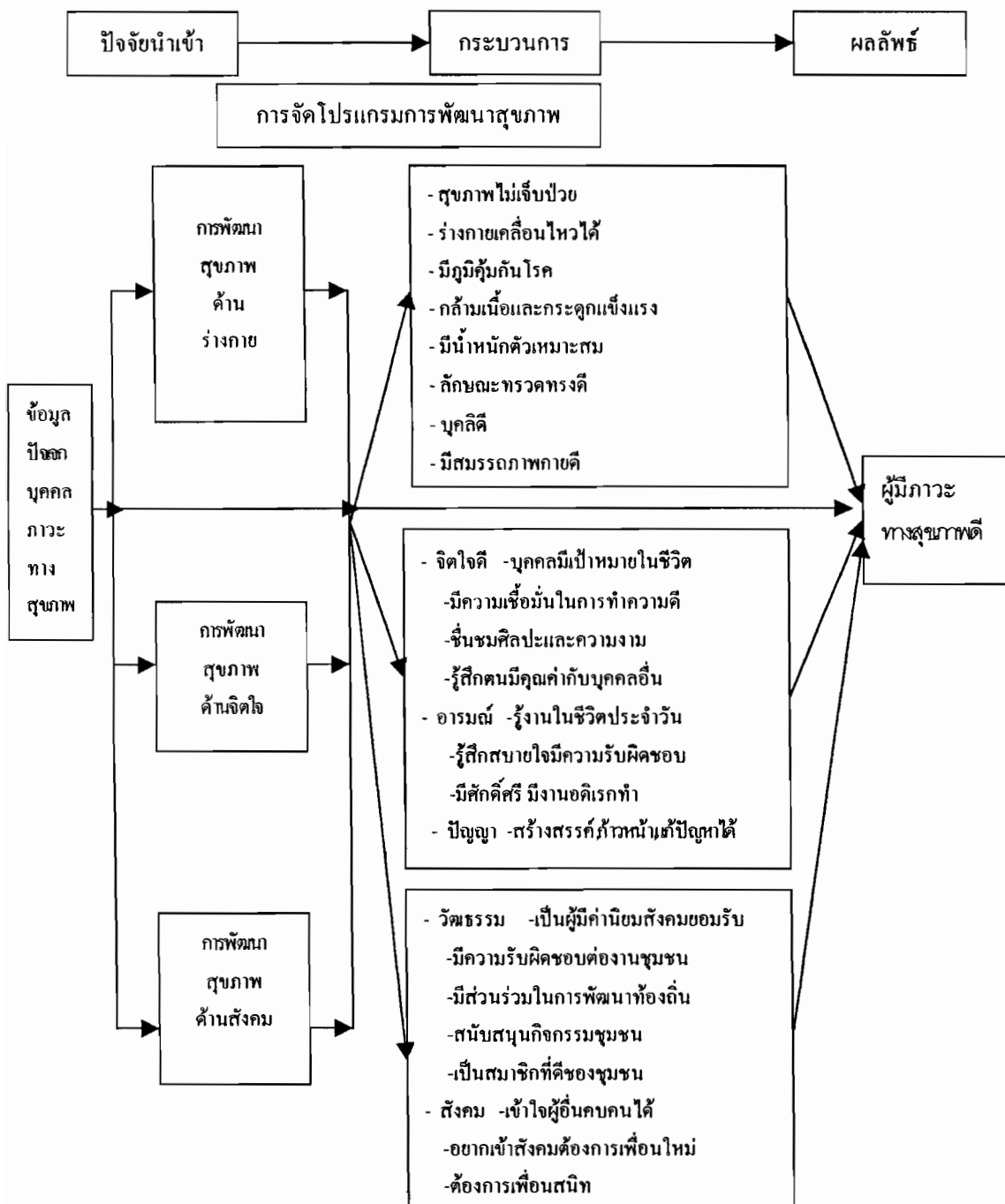
2.1.3 เป้าหมายการพัฒนาสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (World Health organization) องค์การอนามัยโลก (Who) ได้กล่าวถึงเป้าหมายในการพัฒนาสุขภาพ (Health Development) มีองค์ประกอบอยู่ 3 ด้าน คือการพัฒนาสุขภาพด้านร่างกาย การพัฒนาสุขภาพด้านจิตใจ และการพัฒนาด้านสังคม (อ้างในสงวน นิตยารัมภ์พงศ. 2536) ดังนั้นเป้าหมายด้านการพัฒนาสุขภาพด้านร่างกาย (Physical Development) จะประกอบไปด้วยภาวะทางสุขภาพและสมรรถภาพ ภาวะทางสุขภาพมีปัจจัยที่สำคัญคือสุขภาพไม่เจ็บป่วย ร่างกายเคลื่อนไหวได้ มีภูมิคุ้มกันโรค มีกล้ามเนื้อและกระดูกแข็งแรง มีน้ำหนักตัวที่เหมาะสม มีลักษณะทรวดทรงดี และมีบุคลิกดี ส่วนสมรรถภาพ มีปัจจัยที่สำคัญคือ มีกล้ามเนื้อแข็งแรง (Muscle strength) มีพลังกำลัง (Power) มีความรวดเร็ว (Speed) มีความอ่อนตัว (Flexibility) มีความคล่องตัว (Agility) และมีการประสานงานของระบบประสาท และกล้ามเนื้อที่สมดุล (Co-Ordinating) เป้าหมายในด้านการพัฒนาสุขภาพด้านสุขภาพจิต (Mental Development) สุขภาพจิตจะประกอบด้วย 3 ส่วน คือ จิตใจ อารมณ์และสติปัญญา ด้านจิตใจบุคคลที่มีจิตใจดีจะมีพฤติกรรม คือ เป็นบุคคลที่มีเป้าหมายในชีวิต มีความเชื่อมั่นในการทำมาดี มีความต้องการให้ทุกอย่างดีขึ้น ชื่นชมใน

ศิลปะและความงาม รู้สึกชีวิตคนมีคุณค่ากับผู้อื่นและมีจิตสำนึกเพื่อส่วนรวม ด้านอารมณ์ประกอบด้วย เป็นผู้ทำงานในชีวิตประจำวัน มีความรู้สึกสบายใจ เป็นผู้มีความรับผิดชอบ มีลักษณะยืดหยุ่น ควบคุมอารมณ์ได้ดี มีความชื่นชมในความสำเร็จ เป็นผู้มีความซื่อสัตย์ มีงานอดิเรกทำ และในด้านสติปัญญาประกอบด้วยเป็นผู้มีความคิดสร้างสรรค์ กล้าเสี่ยงทำงานยากและงานใหม่ มีความทะเยอทะยานก้าวหน้าชอบคิดไม่หยุดนิ่งทำงานได้มีจุดยืนและแก้ปัญหาได้ เป้าหมายในด้านการพัฒนาสุขภาพทางสังคม (Social Development) การพัฒนาสุขภาพทางสังคม จะประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ด้านวัฒนธรรมและการเข้าสังคม ด้านวัฒนธรรมประกอบด้วย ผู้มีค่านิยมที่สังคมยอมรับมีความรับผิดชอบในงานชุมชน ต้อง การมีส่วนร่วมพัฒนาในท้องถิ่น สนับสนุนกิจกรรมชุมชน และเป็นสมาชิกที่ดีของชุมชน ส่วนในด้าน การเข้าสังคมประกอบด้วย มีความเข้าใจผู้อื่นคบคนได้ อยากร่วมสังคม ต้องการเพื่อนใหม่ ต้องการเพื่อนสนิทเป็นผู้มีคุณธรรม และรักษาบุคลิกภาพเมื่อออกสังคม

จากเป้าหมายของการพัฒนาสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ที่เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของมนุษย์ ทั้ง 3 ด้านคือ การพัฒนาสุขภาพด้านร่างกาย การพัฒนาสุขภาพด้านจิตใจ และการพัฒนาสุขภาพด้านสังคมโดยได้แยกปัจจัยของการพัฒนาสุขภาพในแต่ละด้าน ระบุองค์ประกอบของการพัฒนาที่ชัดเจน ที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายของการพัฒนาสุขภาพที่สมบูรณ์ของแต่ละบุคคล ในลักษณะเป็นองค์รวม ที่ต้องดำเนินการไปพร้อม ๆ กันในทุก ๆ ทางและการจะบรรลุเป้าหมายได้ก็โดยกระบวนการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับความต้องการทั้งเพศและวัย ความพึงพอใจ จะเป็นความรู้สึกปฏิสัมพันธ์ของบุคคล ที่มีต่อสิ่งแวดล้อมหรือกิจกรรมที่ได้รับความสำนึกในความรับผิดชอบต่อคุณค่าที่ตนเองได้รับที่จะก่อให้เกิดผลในทางดีต่อการพัฒนาสุขภาพและกระบวนการสูงอายุ (The Aging process) โดย International Encyclopedia of Sociology (1995) ได้ระบุว่ากระบวนการผู้สูงอายุ จะรวมถึงการเปลี่ยนแปลงในร่างกายของมนุษย์ การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ รวมถึงสถานภาพทางอารมณ์ สติปัญญา การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและการเปลี่ยนแปลงในทางด้านสังคม จากสภาวะการทางสุขภาพในแต่ละด้านที่เปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยลงดังกล่าว การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุจึงควรพิจารณาถึงรูปแบบและความเหมาะสมของการจัดกิจกรรมที่จะก่อให้เกิดความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ ที่เกิดความต่อเนื่อง จนสามารถประเมินภาวะทางสุขภาพอันเป็นผลจากการพัฒนาสุขภาพที่มีรูปแบบที่เหมาะสมกับสภาพผู้สูงอายุได้ ปัจจัยที่ใช้เพื่อการประเมินความก้าวหน้าทางสุขภาพ ได้แก่ องค์ประกอบภาวะทางสุขภาพ ทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมของเป้าหมายของการพัฒนาสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO) ซึ่งจะพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดส่วนหนึ่งเพื่อการวิจัยครั้งนี้ต่อไป

2.1.4 ผลการวิเคราะห์เป้าหมายการพัฒนาสุขภาพขององค์การอนามัยโลก
(World Health Organization)

จากการวิเคราะห์พบว่า การพัฒนาสุขภาพของปัจเจกบุคคล เพื่อให้มีภาวะทางสุขภาพดีนั้น จะต้องจัดโปรแกรมพัฒนาสุขภาพพร้อม ๆ กัน 3 ด้านคือ การพัฒนาสุขภาพด้านร่างกาย การพัฒนาสุขภาพด้านจิตใจและการพัฒนาสุขภาพด้านสังคมดังแผนภาพที่ 3



แผนภาพที่ 3 ผลการวิเคราะห์เป้าหมายการพัฒนาสุขภาพขององค์การอนามัยโลก

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า การพัฒนาสุขภาพมีปัจจัยด้านปัจเจกบุคคลเป็นสำคัญที่จะเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้เกิดผลดีต่อการพัฒนาสุขภาพด้านร่างกาย การพัฒนาด้านจิตใจ และการพัฒนาด้านสังคมไปพร้อม ๆ กัน จึงชี้ให้เห็นต่างมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน จึงต่างมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการพัฒนาสุขภาพ

2.2 แนวคิดและการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกา (Concept and Model for health development of the Aged in the United states of America) ประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นอีกประเทศหนึ่งที่ประสบปัญหาด้านผู้สูงอายุก่อนมีผู้เสนอแนวคิดการกำหนดนโยบายการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุไว้หลายแนวเช่น Dagg Palsdattir (1978) ได้เสนอว่า การกำหนดนโยบายและการวางแผนเพื่อรองรับกับจำนวนที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ เป็นงานที่ต้องปฏิบัติที่เกิดความยุติธรรมต่อการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นการดำเนินนโยบายจึงควรประกอบด้วย การจัดทำงานในระดับนโยบาย (Policy Planning) การจัดทำแผนงานบริการระดับชาติสู่การปฏิบัติและให้บริการแก่ผู้สูงอายุอีกทั้งให้มีการจัดตั้งองค์กรหรือสถาบันที่จะให้บริการและรับผิดชอบในงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโดยตรง นอกจากนี้ยังได้จัดตั้งสถานที่บริการแก่ผู้สูงอายุให้เพียงพอเช่นการจัดที่พัก อาคาร รวมทั้งสามารถสนองความต้องการทางด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุการจัดบ้านพักคนชรา เพื่อบริการแก่ผู้สูงอายุที่เป็นของตนเอง บ้านสถานพยาบาล (Nursing homes) สำหรับผู้ให้นอนพักรักษาเป็นเวลานาน ให้อาศัยแพทย์ มีลักษณะคล้ายกับโรงพยาบาลทั่วไป (Longterm - Word) และจัดตั้งศูนย์การให้บริการผู้สูงอายุประจำวัน (Day care Center Yomans 1967) ได้เสนอแนะการพัฒนาสุขภาพในส่วนที่ควรได้รับการพิจารณาคือภาวะโภชนาการ ความต้องการทางด้านสุขภาพและการบริการสุขภาพ ส่วนได้ด้านสุขภาพจิตมีเสนอแนวความคิดที่สอดคล้องกัน คือ (Birren Renner, 1981 และ Rosow 1981) ซึ่งสามารถประมวลแนวคิดได้ว่าผู้ที่อยู่ในวัยชราสมควรได้รับการเอาใจใส่ดูแลอย่างดี ต่อปัญหาสุขภาพจิต และปัญหาสุขภาพทางกาย ซึ่งมีความใกล้ชิดกัน การรักษาอารมณ์ที่ไม่ขุ่นมัวการดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างพึงพอใจจะช่วยลดปัญหาแรงกดดันทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุลงได้ ดังนั้นการพัฒนาสุขภาพจิต จึงควรจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจเป็นสำคัญด้วย

นอกจากนี้ The American College of sports Medicine (1971) ได้เสนอแนวคิดเพื่อพิจารณาในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยทั่วไปว่าสิ่งที่มีอิทธิพลแพร่หลายต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ คือ 1) อิทธิพลของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเช่นการเกิดมลภาวะการมีระยะทางหรือมีความสูงเกินไป การเปลี่ยนมาใช้เครื่องจักรกล การใช้เสื้อผ้าเงื่อนไขทางด้านเศรษฐกิจและสังคม และยังมีปัจจัยอื่นที่มักจะพาดพิงถึงจนมีปัญหากการพัฒนาสุขภาพคือปัจจัยทางด้าน

การศึกษา ที่พักอาศัย ความชื้นของอากาศ การรู้จักใช้เวลาว่างแสงแดดและความร้อน อุณหภูมิ ขนบธรรมเนียมประเพณี การส่งเสียงดัง ความหนาแน่นของประชากร และความเครียด 2) อิทธิพลของปากนำเข้าสู่ร่างกาย เช่น การนำเข้าแอลกอฮอล์ การลดน้ำหนัก อาหารเสริม วิตามิน โภชนาการและการสูบบุหรี่ เป็นต้น 3) คุณลักษณะด้านจิตใจและอารมณ์ ในผู้สูงอายุจะเกิดความรู้สึกกังวล ความไม่สมหวัง ความสนใจ แรงจูงใจ ความสำนึกหรือความเข้าใจต่อสุขภาพการรู้จักผ่อนคลาย ความรู้สึกปลอดภัยและ ค่านิยมในสิ่งต่างๆ ด้วย 4) อิทธิพลของกิจกรรมต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่กิจกรรมที่ส่งเสริมทักษะความแม่นยำ ทักษะความคล่องแคล่วว่องไว การทรงตัวดี การประสานสัมพันธ์ของระบบประสาทและระบบกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายที่มากเกินไป กิจกรรมมีลักษณะยึดหยุ่น การฝึกปฏิบัติต่อสุขภาพ การยืดหดตัวของกล้ามเนื้อ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ลักษณะของทรวดทรง ผลสะท้อนของกิจกรรม ความมีจังหวะ ความสม่ำเสมอของเวลาและโอกาส 5) อิทธิพลจากภาวะทางด้านร่างกาย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะทางด้านร่างกายเช่น สัดส่วนของร่างกาย ลักษณะเบี่ยงเบน มีลักษณะผิดปกติหรือความพิการ ความเมื่อยล้าความสมบูรณ์ของร่างกาย มีสุขภาพดี กรรมพันธุ์ การได้รับบาดเจ็บ อ้วนเนื่องจากไขมัน 6) ตัวถ่วงของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีอิทธิพลเป็นตัวถ่วงดุล การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย กลไกของร่างกาย การอดอาหาร ยา การออกกำลังกาย ความสมบูรณ์ของร่างกาย อาหารเสริม การฝึกปฏิบัติเพื่อสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ การใช้เวลาว่าง อาชีพ อาชีพว่าง การผ่อนคลาย การพักผ่อนและวิตามิน 7) การวัดและประเมินผลการพัฒนาสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การวัดสัดส่วนของร่างกาย การวัดตามตารางน้ำหนัก การวัดความเมื่อยล้า การมีร่างกายดีขึ้น ทรวดทรงดี ระบบประสาท ความรู้สึก และการมีลักษณะของร่างกายที่พอเหมาะ

จากข้อเสนอแนะทางการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุของ The American College of Sports Medicine (1971) เป็นข้อเสนอแนวคิด เพื่อนำเสนอต่อการกำหนดนโยบายและการวางแผนพัฒนาสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกา การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุโดยทั่วไปของ Dagg Palsdottir (1987) รวมทั้งการพัฒนาสุขภาพจิตที่เป็นแนวคิดจาก Biren Renner (1981) และ Rowsow (1981) ได้ส่งผลดีและเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกาที่บังเกิดผลดีในปัจจุบัน ซึ่งได้กล่าวถึงในสังคมอเมริกันว่ามีผู้สูงอายุประมาณ 12% ของประชากรทั้งหมด หรือประมาณ 29 ล้านคนของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีอายุสูงกว่า 65 ปีขึ้นไป และจะเพิ่มขึ้นอีกในศตวรรษที่ 21 สิ่งสำคัญในปัจจุบันการทุ่มเทงบประมาณดูแลและพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุประมาณปีละ สามพันล้านเหรียญสหรัฐหรือประมาณ 26 เปอร์เซ็นต์ของงบประมาณ ในปี ค.ศ. 1988 เป็นต้นมา ได้เป็นหลักฐานยืนยันว่าสหรัฐอเมริกามีระยะการกำหนดนโยบายและนโยบายสาธารณะการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุและการดูแลเป็นไปในลักษณะที่สมดุล

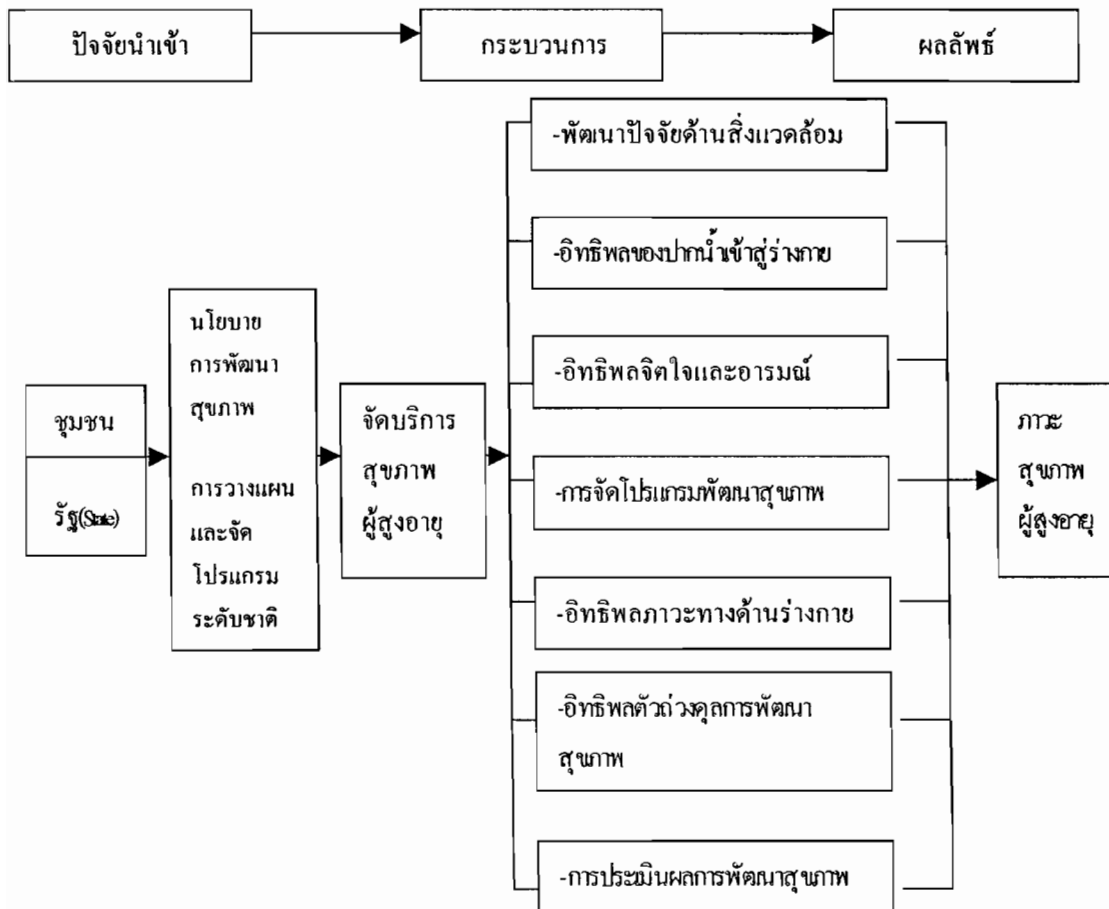
จากแนวคิดของนักคิดที่เสนอมานี้ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุมีปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาสุขภาพ และการเข้าร่วมกิจกรรมที่ผู้วางแผนและผู้นำแผนผู้ปฏิบัติ เพื่อบริการสุขภาพผู้สูงอายุจะต้องศึกษาและทำความเข้าใจในรูปแบบและปัจจัยต่าง ๆ ที่ได้เสนอมาดังนี้เป็นประการสำคัญ

แนวคิดและรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกาที่น่าเสนอนี้ จึงเห็นได้ว่าในส่วนที่เกี่ยวข้อง และที่จะนำไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยคือการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพที่ชุมชนและรัฐบาลถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่ควรมีขึ้น และนอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุคืออิทธิพลของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่นด้านประเพณีและวัฒนธรรม ด้านจิตใจและอารมณ์ความสำนึกต่อสุขภาพรวมทั้งอิทธิพลจากภาวะทางด้านร่างกาย เช่น ความเพียงพอของการพักผ่อน การออกกำลังกายหรือการร่วมกิจกรรมนันทนาการ และรวมถึงสภาวะทางโภชนาการเป็นต้น ซึ่งในแต่ละปัจจัยจึงมีอิทธิพลต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ

2.3 ผลการวิเคราะห์แนวคิดและรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกา

(Concept and Health Development of the Aged in the United states of America)

ผลการศึกษาพบว่าประเทศสหรัฐอเมริกาได้ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยิ่งเป็นประเทศหนึ่งที่ประสบปัญหาภาวะผู้สูงอายุมาก่อน จึงมีข้อสังเกตที่มีการกล่าวถึงผู้สูงอายุจะพัฒนาสุขภาพที่ดีได้นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยชุมชนหรือรัฐท้องถิ่น ที่จะกำหนดนโยบายสาธารณะ และการวางแผนจัดกิจกรรมบริการสุขภาพในทุกด้านเช่นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ จัดที่อยู่อาศัยหรือจัดการศึกษา ปัจจัยการนำเข้าของปากได้แก่อาหารเสริม แอลกอฮอล์ ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ ความสนใจ แรงจูงใจ ค่านิยม การผ่อนคลาย ความรู้สึก ปัจจัย กิจกรรมการพัฒนาสุขภาพ ทักษะการปฏิบัติตนต่อสุขภาพปัจจัยภาวะทางด้านร่างกาย ได้แก่ความพิการ ปัจจัยตัวถ่วงดุลได้แก่ไม่รู้จัดใช้เวลาว่าง และให้ความสำคัญด้านการประเมินผลสุขภาพดังแผนภาพที่ 4



แผนภาพที่ 4 ผลวิเคราะห์แนวคิดและรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุใน สหรัฐอเมริกา

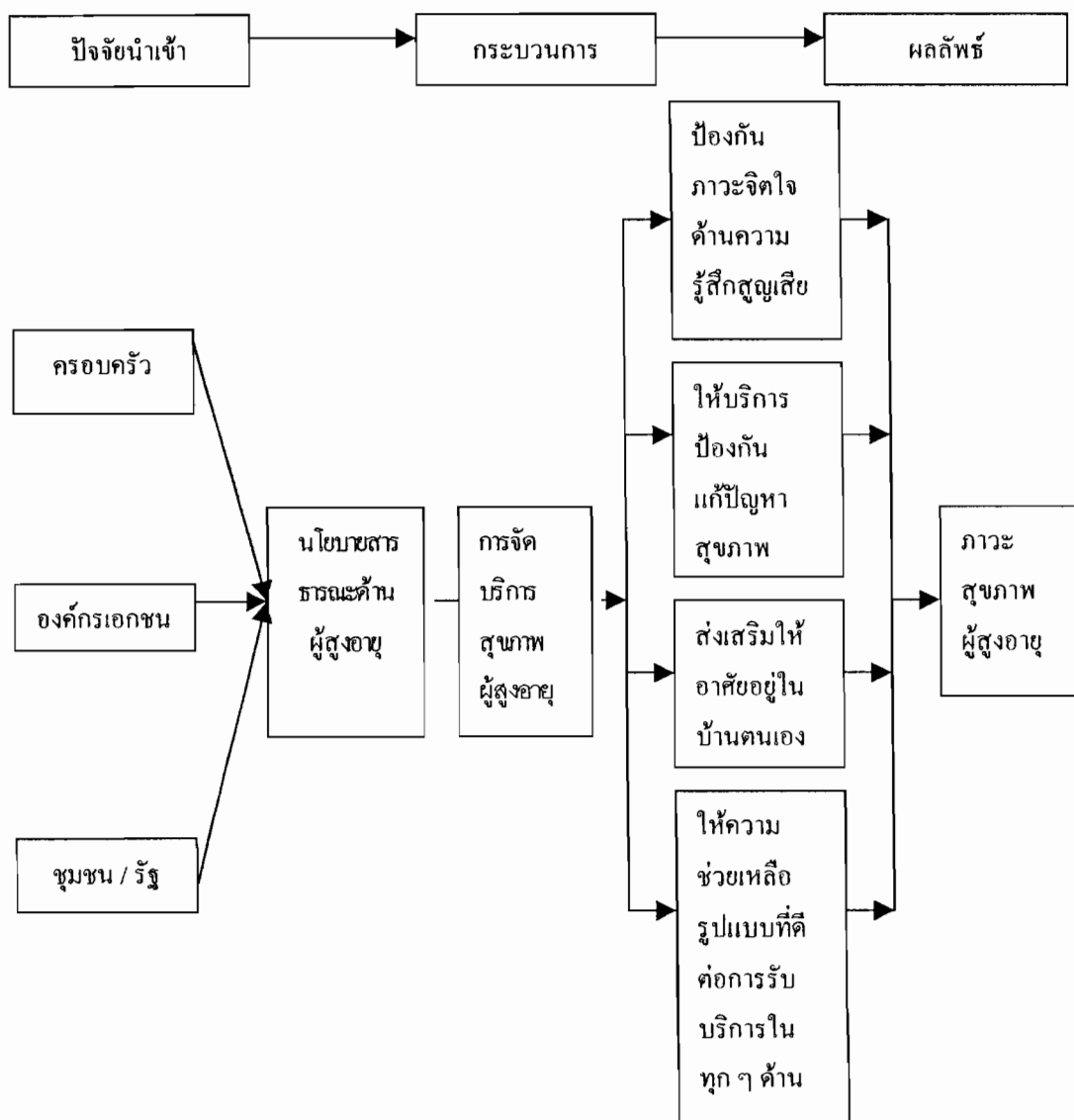
กล่าวโดยสรุปก็คือสหรัฐอเมริกามีจุดเน้นในปัจจัยด้านชุมชน และปัจจัยรัฐ กำหนดนโยบาย การจัดระบบบริการสุขภาพ เป็นกระบวนการ โดยมีองค์ประกอบด้านการพัฒนาสิ่งแวดล้อม การจัดโปรแกรมพัฒนาสุขภาพ อิทธิพลของปากน้ำเข้าสู่ร่างกาย อิทธิพลจิตใจและอารมณ์ การจัดโปรแกรมสุขภาพ อิทธิพลด้านร่างกาย อิทธิพลการถ่วงดุลการพัฒนาสุขภาพ และการประเมินผลการพัฒนาสุขภาพที่ส่งผลดีต่อการพัฒนาสุขภาพ

2.4 แนวคิดการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในสหราชอาณาจักร (Concept and Health Development of the Aged in United Kingdom) Dee Jones (1997) ได้เสนอแนวคิดไว้ใน Oxford textbook of Public Health ในเรื่อง Health Maintenance for frail elderly people ว่าปัจจุบันการเพิ่มประชากรผู้สูงอายุ ได้แผ่ขยายวงกว้างไปในทุกประเทศกลุ่มประเทศในแถบตะวันตกมีปริมาณผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นและขยายตัวอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยที่จะต้องรองรับคือการกำหนดนโยบาย เป้าหมายการพัฒนาที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของประชากรด้วยนอกจากนี้การเพิ่มขึ้นของงบประมาณค่าใช้จ่ายที่ต้องพิถีพิถันเพิ่มขึ้นตามสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ เขาได้เสนอให้รัฐบาลรับผิดชอบให้ความช่วยเหลือและบริการผู้สูงอายุ ในด้านการจัดบริการด้านสุขภาพ ให้เอกชนและอาสาสมัครกระตุ้นให้รัฐบาลดำเนินการบริการแก่ผู้สูงอายุ คือ 1) การให้ความป้องกันความรู้สึกละเลยของผู้สูงอายุที่ลดบทบาทในภาระหน้าที่ที่เคยปฏิบัติมา 2) ให้ความป้องกัน การบริการ และแก้ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลจากกระทบกระเทือนจากภาวะต่าง ๆ และอยู่ในขั้นตอนสุดท้ายของชีวิต 3) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่บ้านของตนเองให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ 4) ให้ความช่วยเหลือที่มีรูปแบบที่ดี เพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรับบริการ ในทุก ๆ ด้านแก่ผู้สูงอายุ

จากแนวคิดของ Dee Jones เป็นผลที่ได้กระตุ้นให้องค์กรต่าง ๆ ทางสังคมใน สหราชอาณาจักร ได้วางแผนปฏิบัติและรองรับผู้สูงอายุที่มีปริมาณเพิ่มขึ้น จึงเป็นเครื่องชี้ให้เห็นว่าการจัดบริการด้านการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ควรจัดให้มีรูปแบบทั้งทางภาครัฐและเอกชนและในระดับครอบครัวที่ต้องดำเนินการอย่างจริงจังและให้ความรับผิดชอบในผู้สูงอายุและส่วนที่จะนำไปใช้เป็นแนวคิดในการวิจัยคือการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในบ้านตนเองหรือครอบครัวให้นานที่สุดเป็นต้น

2.5 ผลการวิเคราะห์แนวคิดรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในสหราชอาณาจักร (Concept and Health Development of the Aged in the United Kingdom)

ผลการศึกษพบว่าสหราชอาณาจักรได้ให้ความสำคัญต่อบทบาทของครอบครัว องค์กรเอกชนได้ ชุมชนและรัฐที่จะร่วมกันกำหนดนโยบายสาธารณะ และแผนปฏิบัติการ เพื่อจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุได้ในทุกด้าน ทั้งภาวะทางด้านจิตใจการแก้ปัญหาสุขภาพการส่งเสริมให้ได้อาศัยอยู่ในบ้านของตนเองและการจัดรูปแบบบริการที่ดีต่อผู้สูงอายุดังแผนภาพที่ 5



แผนภาพที่ 5 ผลการวิเคราะห์แนวคิดรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในสหราชอาณาจักร

2.6 แนวคิดในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น (Concept for Health Development of Aged in Japan) ปรากฏการณ์ผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นจากการรายงานของ Okinawa Ken Fukushi Hoken Bu, (2000) และ Foreign Press Center Japan (2000) ได้ปรากฏใน รายงานว่า ประเทศญี่ปุ่นได้เริ่มปรากฏการณ์ผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950 ซึ่งขณะนั้นมีอัตราส่วน ประชากรผู้สูงอายุอยู่ร้อยละ 4.9 ของประชากรทั่วประเทศ ปี ค.ศ. 1955 ได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 5.3 ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ในปี ค.ศ. 1970 ได้เพิ่มเป็นร้อยละ 7.1 ในปี ค.ศ. 1955 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14.6 และในปี ค.ศ. 1998 มีประชากรผู้สูงอายุทั่วประเทศ 20.5 ล้านคน หรือสัดส่วนร้อยละ 16.2 และในปีนี้เองที่สตรีชาวญี่ปุ่น ได้ถูกบันทึกไว้ในสังคมโลกว่าเป็นสตรีที่มีอายุขัยเฉลี่ยสูงที่สุดในโลกคือ อายุ 84.01 และส่วนใหญ่เป็นสตรีชาวจังหวัดโอกินาวา ภาคใต้สุดของประเทศญี่ปุ่นส่วนอายุขัยเฉลี่ยของผู้ชาย คือ 77.16 ปี ครั้นในปี ค.ศ. 2000 ปริมาณ ผู้สูงอายุได้เพิ่มเป็นร้อยละ 17.2 ในขณะที่ประชากรญี่ปุ่นมีอายุยืนยาวที่สุดในโลก ขณะเดียวกันก็ มีอัตราการเกิดลดลง 1.5 และจะมีลักษณะต่อเนื่อง ทำให้สัดส่วนของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ในปี ค.ศ. 2000 คือมีอัตราส่วน 1 ต่อ 6 ของประชากรทั่วประเทศ ซึ่งหมายถึงในอีก 15 ปีข้างหน้าคือปี ค.ศ. 2015 บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 25.2 ดังนั้น จากสัดส่วนนี้ทำให้ประชากรญี่ปุ่นในทุกๆ 4คน จะมีผู้สูงอายุ 1 คน ซึ่งปรากฏการณ์นี้ยังไม่เคย เกิดขึ้นในประเทศใดในโลก สถานการณ์เช่นนี้ ประเทศญี่ปุ่นจะเป็นประเทศแรกที่เผชิญปัญหา คลื่นสี่เงินในศตวรรษที่ 21 หรือเรียกว่า Silver Wave of 21st Century อ้างใน (JARC,1994) ปัจจุบันญี่ปุ่นได้กำหนดแผนปฏิบัติและนโยบายอย่างจริงจัง เพื่อรองรับสถานการณ์ผู้สูงอายุที่จะ เพิ่มขึ้นสามารถรับศึชชอบได้ในอนาคต ภาวะทางสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น ประชากร ส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวเพิ่มขึ้น แต่ขณะเดียวกันก็มีปัญหาเรื่องโรคภัยไข้เจ็บ อัน เนื่องมาจากความเสื่อมของระบบต่างๆทางชีวภาพ ดังนั้นจึงมีการเสนอให้มีการแก้ปัญหาดังกล่าว โดยส่งเสริมให้ทุกคนหันมาใส่ใจดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อสุขภาพพลานามัยที่แข็งแรง สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆทางสังคม ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่าไปจนถึงวาระสุดท้ายของ ชีวิต (Japan Aging Research Center , 1994) และจากการรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ประเทศญี่ปุ่น (Ministry of Health and Welfare,1989 อ้างใน United Nations, (1991) ได้สำรวจ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่รายงานว่าตนเองมีสุขภาพดี และมีเพียงส่วน น้อยที่รายงานว่าตนเองสุขภาพไม่ดี

การจัดบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นจากหนังสือคู่มือ การปฏิบัติงาน ของฝ่ายประชาสงเคราะห์จังหวัด จังหวัดโอกินาวา (Okinawa Ken FuKushi Hoken Bu 1999) ได้กล่าวถึงโครงสร้างการดำเนินงานการบริหารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุญี่ปุ่นในปัจจุบันว่า

โครงสร้างการดำเนินงานจะอยู่ในความกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ ทั้งดูแลในระดับนโยบาย การวางแผนงานงบประมาณต่าง ๆ การจัดบริการทางการแพทย์ สวัสดิการ ทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น ในการเสนองานระดับนโยบายจะเสนอต่อสภาผู้สูงอายุแห่งชาติ ซึ่งเป็นหน่วยงานหนึ่งในกระทรวง เรียกว่า “The Department of Health and Welfare of the Elderly” เมื่อเห็นชอบแล้วจะกระจายงานนโยบายและแผนปฏิบัติงานสู่ระดับจังหวัด โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบ เช่น การอนุญาตจัดตั้งองค์กรเกี่ยวกับผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น การดูแลโครงการและการตรวจสอบกิจกรรมการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานภายในองค์กร การจัดซื้อจัดจ้าง รวมทั้งการรวบรวมบัญชีและงบประมาณ ซึ่งในองค์กรระดับท้องถิ่น จะเริ่มจากหน่วยงานในระดับแผนกหรือฝ่าย ตั้งแต่การดูแลแต่ละจังหวัดภายในเขตเทศบาลเมือง อำเภอหรือในระดับนโยบายให้เข้ามาตราฐานและเป็นผลดีสูงสุดต่อการให้บริการ ด้านสังคม นอกจากนี้ยังดูแลช่วยเหลือด้านเงิน การสมัครเป็นสมาชิก การตรวจสอบหลักฐาน การจัดทำบัตรสุขภาพ ตลอดจนการประสานงานในระดับพื้นที่เป็นต้น จากโครงสร้างการดำเนินงานด้านการบริการสุขภาพนี้ รัฐบาลก็ไม่สามารถจัดได้อย่างทั่วถึงครบถ้วน องค์กรเอกชน (NGOs) จึงเข้ามามีบทบาทมีส่วนร่วมในการให้บริการ ทั้งจัดบริการในส่วนที่รัฐยังไม่สามารถดำเนินงานได้ กิจกรรมของ NGOs มีลักษณะที่แตกต่างไปจากกิจกรรมของรัฐ ทำให้การจัดมีลักษณะยืดหยุ่น สามารถดำเนินการได้ดี เช่น 1) การอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น จัดสถานที่พักฟื้น (Nursing Homes) 2) จัดกลุ่มอาสาสมัครทำกิจกรรมต่าง ๆ 3) จัดตั้งสภาสวัสดิการสังคมที่มีประชาชนเป็นอาสาสมัคร สภาดังกล่าวจัดตั้งทั้งในระดับจังหวัด เทศบาล ตำบลและหมู่บ้าน 4) มีชมรมผู้สูงอายุที่มีอาสาสมัครเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อช่วยกันดูแลสุขภาพของตนให้มีสุขภาพที่ดีและมีชีวิตที่ยืนยาว ปี ค.ศ. 1989 มีชมรมดังกล่าวมากกว่า 130,000 แห่ง (เบญญา จิรภัทรพิมล 2539)

มาตรการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ สถาบันวิจัยชีวิต แห่งประเทศญี่ปุ่นหรือภาษาญี่ปุ่นเรียกว่า Haku Hodo SeikatsuSoko KenKu cho (1996) และในรายงานประจำปีของประชาสังคมสงเคราะห์จังหวัด โอกินาวา หรือ Okinawa Ken Fukushi Hoken Bu ได้ระบุว่าปัจจุบันประเทศญี่ปุ่นมีมาตรการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้ 1) มาตรการด้านระบบบำนาญ ประเทศญี่ปุ่นได้มีกฎหมายบังคับให้ประชาชนทุกคนต้องเข้าอยู่ในระบบบำนาญ เพราะเชื่อว่าระบบบำนาญจะช่วยแก้ปัญหาทางการเงินให้แก่ผู้สูงอายุที่เกษียณอายุงานแล้ว ซึ่งมีอยู่ 3 ลักษณะคือ ลักษณะแรกเรียกว่า National Pension Scheme เป็นระบบบำนาญพื้นฐานที่กฎหมายบังคับให้บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งทำงานให้กับรัฐบาลและองค์กรเอกชน เป็นสมาชิก ลักษณะที่สอง เรียกว่า Employees Pension and Seamen's Insurance. เป็นระบบบำนาญสำหรับลูกจ้าง ของบริษัทหรือพนักงานบริษัทเอกชนทุกคนเป็นสมาชิก รูปแบบที่สาม เรียกว่า Mutual Aid Association เป็นระบบบำนาญสำหรับ

ข้าราชการ หรือลูกจ้างของรัฐ ทุกคนที่เป็นสมาชิก 2) การจัดระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประชาชนชาวญี่ปุ่นทุกคนมีหลักประกันการดูแลสุขภาพตั้งแต่ปี ค.ศ.1961 ต่อมา เมื่อโครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น รัฐบาลของญี่ปุ่นได้ประกาศใช้ระบบว่าด้วย ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุปี ค.ศ.1983 ซึ่งมีหลักเบื้องต้นอยู่ที่ผู้สูงอายุรู้จักพึ่งตนเอง และการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และเป็นระบบที่ประชากรทุกคนทั่วประเทศร่วมกันรับผิดชอบการรักษาพยาบาลต่าง ๆ ร่วมกัน จนสามารถทำให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กระจายไปสู่ระดับท้องถิ่นได้ คือ การบริการด้านการแพทย์ ผู้รับบริการคือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปป่วยและนอนรักษาอยู่คนเดียว (Bed ridden) เรียกว่าให้ช่วยน้อยกว่า 30% และค่าใช้จ่ายต้องรับผิดชอบร่วมกันตามกฎหมาย คือ 70 % และนอกจากนี้ประชากรผู้สูงอายุได้ตรวจสุขภาพ ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์ เป็นต้น

3) ระบบสวัสดิการสังคมในปัจจุบันได้มีการจัดสวัสดิการ เพื่อบริการผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ดำเนินการเช่นการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามบ้านตนเอง (Domiciliary care Service) การให้บริการดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน (Day Care Service) การดูแลผู้สูงอายุชั่วคราว (Temporary Stay Service) ซึ่งผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองไม่ได้จึงมีลักษณะเป็น Nursing home นอกจากนี้ยังจัดให้มีบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ มีลักษณะเป็น Care home โดยรัฐบาลสนับสนุนให้มีในระดับชุมชน และสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ และการจัดระบบสวัสดิการผู้สูงอายุยังส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า ซึ่งหมายถึงการให้บทบาทผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นร่วมกิจกรรมทางสังคมสร้างกิจกรรมต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถเกิดความรู้สึก ดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมาย 4) การให้บริการกลุ่ม Silver ปัจจุบันรัฐบาลได้ให้เอกชนเข้ามามีบทบาทในการจัดรูปแบบต่างๆ บริการแก่กลุ่ม Silver หรือกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยรัฐบาลได้จัดเอกสารเพื่อเพิ่มคู่มือกำหนดมาตรฐานต่าง ๆ ในด้านการบริการสถานที่หรือกิจการต่าง ๆ เป็นการสร้างอุตสาหกรรมบริการผู้สูงอายุ

จากการจัดระบบมาตรการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่นในปัจจุบัน เป็นส่วนที่รัฐบาลญี่ปุ่นได้วางแผนเตรียมรับสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเช่น การออกพระราชบัญญัติให้ประชาชนทุกคนอยู่ในระบบบำนาญ เพื่อช่วยปัญหาด้านการเงินให้แก่ผู้เกษียณอายุงานแล้วหรือการจัดระบบการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ การจัดบริการ Home Helper หรือการให้บทบาทกลุ่ม Silver ให้มีบทบาทในสังคมชี้ให้เห็นรัฐบาลญี่ปุ่นมีความจริงจังในการวางแผนปฏิบัติ เพื่อเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของทุกคนให้มีคุณค่าและมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตที่ดี

แผนทองและแผนการดูแลสุขภาพและสวัสดิการผู้สูงอายุ (Golden Plan and Health and Welfare Plan 1999) ได้จัดพิมพ์หนังสือเรื่องแนวโน้มการจัดสังคมสงเคราะห์หรือ The Trend of Social welfare ซึ่งเป็นหนังสือภาษาญี่ปุ่น ชื่อว่า Sha Keri fukushi no dou koer ตีพิมพ์เมื่อ

ค.ศ.1999 (P.18-20) ได้ระบุเกี่ยวกับ Golden Plan ว่ากระทรวงสาธารณสุข และสวัสดิการได้จัดทำแผน “Ten Year Strategy for the Aging society of the 21 st century” เรียกย่อ ๆ ว่า Golden Plan ได้ร่างขึ้นเมื่อปี ค.ศ.1989 และประกาศใช้เมื่อปี ค.ศ. 1990 และสิ้นสุดแผนนี้ในปี ค.ศ.2000 โดยมีสาระสำคัญดังนี้ 1) การปรับปรุงมาตรการการให้สวัสดิการแก่ครอบครัว เพื่อการรองรับผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นในต้นศตวรรษนี้ สถาบันครอบครัวมีบทบาทดูแลผู้สูงอายุที่สำคัญ จึงควรรีให้มีการช่วยเหลือสถาบันครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ โดยมาตรการนี้จะช่วยเสริมสวัสดิการต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามบ้านของตน โดยได้ตั้งเป้าหมายไว้ว่าในปี ค.ศ.2000 จะสามารถจัดสวัสดิการช่วยได้ คือ จัดผู้ช่วยตามบ้าน (Home helpers) 10,000 คน จัดตั้งศูนย์บริการดูแลผู้สูงอายุชั่วคราว 50,000 เตียง จัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุตอนกลางวัน 10,000 แห่ง จัดตั้งศูนย์ให้บริการสนับสนุนบริการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ตามบ้านตนเอง 10,000 แห่ง 2) จัดณรงค์ให้ผู้นอนรักษานอนเตียง (Bed ridden) ให้หมดไป โดยจัดการอบรมนักกายวิภาคบำบัด ในการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุให้มากที่สุด 3) จัดตั้งกองทุนสังคมอายุยืน "The Longlife Social Welfare fund" สำหรับปรับปรุงสวัสดิการ แก่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามบ้านให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีค่าและมีเป้าหมายชีวิต 4) จัดเครื่องอำนวยความสะดวกเพื่อการดำรงชีวิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุ คือ ในปี ค.ศ.2000 จะมีสวัสดิการเกี่ยวกับบ้านพักพื้นสำหรับผู้สูงอายุ จำนวนเพียง 240,000 เตียง เครื่องอำนวยความสะดวกเพื่อบริการสุขภาพ 280,000 เตียง มีผู้ดูแลตามบ้าน 100,000 คน มีศูนย์ให้สวัสดิการแก่ผู้สูงอายุในพื้นที่ต่าง ๆ 400 ศูนย์ 5) ส่งเสริมให้มีมาตรการในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีจุดหมาย โดยการสนับสนุนให้หน่วยงานระดับท้องถิ่นจัดตั้งองค์กรเพื่อสร้างสังคมรูปแบบใหม่สำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมายและมีสุขภาพดี 6) จัดตั้งโครงการระยะยาว 10 ปี เพื่อสนับสนุนงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับการมีอายุยืน คือ The National Scientific Research Center of Longevity โครงการจัดเงินทุนเพื่อสนับสนุนงานวิจัย 7) จัดเครื่องอำนวยความสะดวก บริการสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งเน้นในเรื่องการสร้างชุมชนสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ให้เอกชนสามารถเข้ามาดำเนินการได้โดยรัฐบาลคอยให้การสนับสนุน

จากแผนทอง (Golden Plan) อันเป็นแผนการดูแลสุขภาพและจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี ค.ศ.1990 และสิ้นสุดในปี ค.ศ.2000 นี้แล้วนั้น ซึ่งรัฐบาลญี่ปุ่นได้ใช้งบประมาณทั้งสิ้น 6 ล้านล้านเยน เป็นแผนเพื่อการรองรับการเพิ่มปริมาณผู้สูงอายุ โดยแผนมีเป้าหมายเกี่ยวข้องกับงานวิจัยที่นำมาประยุกต์ใช้ในครั้งนี้คือ แผนข้อที่ 5 ที่กล่าวถึงการส่งเสริมมาตรการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีจุดหมายและมีสุขภาพที่ดีการผสมผสานการให้บริการและการจัดสวัสดิภาพในด้านต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุเป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุรับผิดชอบในสุขภาพของตน การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ มีความต่อเนื่องจนบังเกิดผลดีในการจัดการสร้างความรู้สึที่ดีให้เห็นคุณค่า ความเอาใจใส่ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ การเรียนรู้เพิ่มพูนทักษะ การดูแลชีวิตของตนโดยการพึ่งตนเอง เช่นสร้างความรู้ความเข้าใจในสภาวะโภชนาการที่ดีการพัฒนาสุขภาพจิต โดยการเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ การฝึกสมาธิโดยวิธีการต่าง ๆ เช่นการฝึกสมาธิโดยการใช้งานศิลปะหัตถกรรม ตลอดจนการเข้าร่วมกิจกรรมสังคม เช่นการแลกเปลี่ยนความรู้ภายในกลุ่ม การเข้าร่วมกิจกรรมอาสาสมัครอื่น ๆ จนทำให้ตนมีความรู้สึที่ดีมีคุณค่าต่อสังคม กิจกรรมแพนทองได้แพร่หลายไปทุกภาคของประเทศ สร้างความมั่นใจแก่ผู้สูงอายุและเป็นแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ดี เป็นที่ยอมรับในกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้นสำหรับผู้สูงอายุในสังคมประเทศญี่ปุ่น โดยทั่วไปได้ จากการส่งเสริมมาตรการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีจุดหมายและมีสุขภาพที่ดี ซึ่งหมายถึง การจัดรูปแบบการพัฒนาสุขภาพที่มีเป้าหมายที่ครอบคลุมในทุก ๆ ด้าน คือ ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ จนกระตุ้นให้ผู้สูงอายุตระหนักในสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง พัฒนาสุขภาพตนเอง เพื่อสร้างสังคมอายุยืนที่บรรลุเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพที่ดี

การจัดโครงการเตรียมสังคมผู้สูงอายุในจังหวัดโอกินาว่าจากเอกสารรายงานประจำปีของสำนักงานประมาณสังคมสงเคราะห์จังหวัดโอกินาว่า (2000) หรือ Okinawa Ken Fokushi Hoken Bu (2000) ได้ออกกฎหมายและพระราชบัญญัติเกี่ยวกับผู้สูงอายุและกำหนดแนวนโยบายรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุมาดังแต่ปี ค.ศ. 1987 โดยในระยะแรกได้สร้างโครงการพื้นฐานอันจำเป็นแก่ชีวิตคือ การดำเนินการให้ผู้สูงอายุรู้จักช่วยเหลือตัวเอง ช่วยเหลือเพื่อน และความรักสามัคคี นอกจากการบริการด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ก็จัดอยู่ภายใต้ขอบเขตของกฎหมายสร้างโครงการต่าง ๆ เพื่อรองรับการสร้างสังคมอายุยืนของจังหวัด จากแนวนโยบายพื้นฐานอันได้แก่การเสริมสร้างแนวปฏิบัติการตามโครงการที่ขึ้นอยู่กับสถานภาพความเป็นไปได้ของแต่ละท้องถิ่น เสริมสร้างองค์กรให้บริการ และรับบริการด้านสุขภาพผู้สูงอายุให้ทันต่อเหตุการณ์ นอกจากนี้ยังให้การช่วยเหลือสนับสนุน ความผาสุกที่ควรเกิดขึ้น ในครอบครัวคือ การให้บริการผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามครอบครัวของตนเอง เพื่อการดูแลสุขภาพได้อีกด้วย

เมื่อวันที่ 9 พฤศจิกายน 2543 ผู้วิจัยได้เข้าพบและสัมภาษณ์ Mr, Yogi Katsuyoshi หัวหน้างานนโยบายสังคมอายุยืน สำนักงานประชาสังคมสงเคราะห์จังหวัดโอกินาว่า โดยได้สอบถามถึงการจัดเตรียมสังคมผู้สูงอายุภายในจังหวัด ดำเนินการในรูปแบบใดมีวิธีการอย่างไร จึงได้รับคำตอบและอธิบายว่า การกำหนดโครงการและแผนงานส่วนใหญ่จะพิจารณาจาก งานที่เกี่ยวข้องที่ส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุเช่น จัดตั้งโครงการส่งเสริมคุณค่าชีวิตและสุขภาพที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ

โดยในระดับประเทศจะมีศูนย์พัฒนาสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งในระดับจังหวัดก็จัดตั้ง แผนกพัฒนาสังคมผู้สูงอายุและสังคมอายุยืนด้วย นอกจากนี้ยังได้จัดตั้งโครงการสร้างเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุด้วยกล่าวคือ การจัดตั้งสโมสรผู้สูงอายุ หรือชมรมผู้สูงอายุ ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และชุมชนกระจายไปทุกพื้นที่โดยกิจกรรมสโมสรผู้สูงอายุ จะส่งเสริมการให้คุณค่าแก่ชีวิตผู้สูงอายุสังคมอายุยืน ซึ่งมีสมาชิกอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเป็นสมาชิกและอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่นั้นด้วย กิจกรรมอาสาสมัคร (Volunteer) เป็นกิจกรรมหนึ่งที่เพิ่มคุณค่าชีวิตแก่ผู้สูงอายุที่ทำให้สมาชิกส่วนใหญ่เกิดความพึงพอใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งจะจัดทำต่อเนื่องตลอดทั้งปี โดยจะมีคณะกรรมการสโมสรกำกับดูแลตามความจำเป็นในด้านงบประมาณจะได้รับ งบประมาณสนับสนุนส่วนหนึ่งจากรัฐบาลกลางจากสำนักงานจังหวัด เทศบาลตลอดจนชุมชนที่สโมสรนั้นตั้งอยู่แรงจูงใจอันหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมคือจังหวัดโอกินาวา ได้จัดทำโครงการสร้างสังคมเสมอภาค ชาย - หญิง ในสังคมผู้สูงอายุ เมื่อต่างก็ทราบดีว่าปัจจุบันมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นภาระหนักของผู้ดูแลเลี้ยงดูจากสัดส่วนของผู้ทำงานน้อยลง ดังนั้นการสร้างสังคมเสมอภาคก็คือการสร้างความร่วมมือ การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในหมู่ผู้สูงอายุ ทุกคนจะเข้าร่วมกิจกรรมได้ง่ายกระตือรือร้น เพราะความเท่าเทียมกันในสังคม โดยเฉพาะกลุ่มสตรีจะมีจำนวนมาก ความเท่าเทียมกัน ความเสมอภาคกันจึงเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้ สูงมาก และในระดับสโมสรผู้สูงอายุทุกระดับ จะมีสมาชิกเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิต ซึ่งจะเริ่มจาก การให้การศึกษ การให้คำแนะนำปัญหาสุขภาพ ให้คำปรึกษาการตรวจสุขภาพ การจัดประชุมสัมมนาปัญหาสุขภาพ การจัดทำคู่มือเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ดี การจัดสัมมนาสภาวะโภชนาการ การพักผ่อน การเล่นกีฬา การเดินทางไกล ทักษะการฝึกสมาธิโดยการวาดภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การเล่นเกมส้อมพิวดอร์ การฝึกพูดในที่สาธารณะ การร้องเพลง ตลอดจนได้สร้างระบบการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในทุกด้าน รวมทั้งทางด้านการแพทย์ พยาบาลและการกายวิภาคบำบัดด้วย

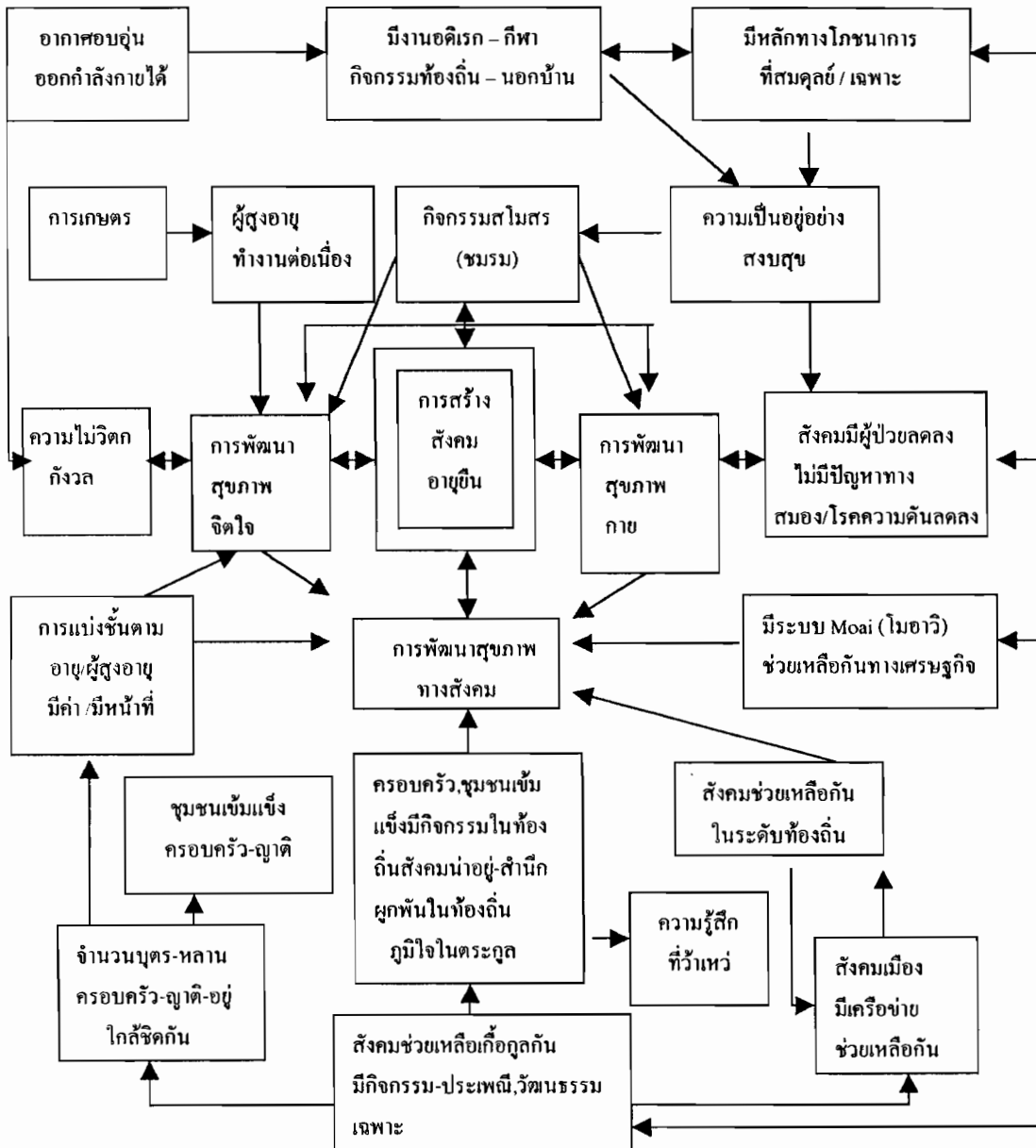
ในด้านการบริการสุขภาพฝ่ายสังคมอายุยืน ประชาสังคมสังเคราะห์จังหวัดโอกินาวา ได้จัดให้มีระบบบริการทางสุขภาพที่ดี เพื่อเป้าหมายนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืน ซึ่งได้ดำเนินการดังนี้ จัดศูนย์บริการผู้สูงอายุประจำวัน (Day Care) เพื่อดูแลแทนญาติซึ่งบางครั้งมีความจำเป็นไม่อาจดูแลได้ โดยจัดผู้ช่วยผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปดูแลในบ้านที่ผู้สูงอายุอาศัย (Home helper) จัดศูนย์บริการการดูแลผู้สูงอายุในระยะสั้น เพื่อดูแลผู้สูงอายุในระยะหนึ่งแล้วให้ครอบครัวร่วมกันดูแล เพื่อให้สุขภาพดีขึ้นจัดศูนย์บริการผู้สูงอายุ เพื่อดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว จัดแพทย์ พยาบาลจัดบริการผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังหรืออาศัยอยู่ห่างไกลชุมชน จัดหน่วยบริการตรวจเยี่ยมบ้าน สำหรับในด้านบุคลากรที่ร่วมมือกันจัดบริการด้านสุขภาพผู้สูงอายุอย่างจริงจัง ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ หรือ

ผู้เชี่ยวชาญ เจ้าหน้าที่ พยาบาล นักโภชนาการ นักกายวิภาคบำบัด เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย นักจิตวิทยา เพื่อฟื้นฟูสุขภาพจิต ที่ปรึกษาผู้สูงอายุผู้ให้คำแนะนำในชีวิตประจำวัน การแลกเปลี่ยนความรู้ข่าวสารระหว่างกัน ในหมู่ผู้สูงอายุ และผู้ช่วยผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

จากคำอธิบายของหัวหน้าสำนักงานประชาสังคมสงเคราะห์จังหวัดโอกินาวาได้แสดงให้เห็นถึงการเตรียมรับสถานการณ์ผู้สูงอายุที่จะมีปริมาณเพิ่มขึ้นในอนาคตอันใกล้ได้อย่างจริงจัง ซึ่งกรอบนโยบายของรัฐบาลกลางส่วนหนึ่งและจากแนวคิดที่ผสมผสานในระดับพื้นที่ร่วมกันกำหนด และจัดตั้งโครงการที่สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กิจกรรมสโมสรรหรือชมรมผู้สูงอายุที่มีอยู่กระจายทุกพื้นที่การดำเนินงานที่มีรูปแบบอย่างจริงจังจะสามารถทำให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมของสโมสรรหรือชมรมได้อย่างต่อเนื่องเช่น โครงการเสมอภาคความเท่าเทียมกันในสังคม ที่เกิดจากความรู้สึกเป็นแรงกระตุ้น ให้ผู้สูงอายุอยากเข้าร่วมกิจกรรม จึงเห็นว่าเป็นกระบวนการสร้างแรงจูงใจอย่างหนึ่ง เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมและประสบความสำเร็จในการบริการ โดยอาศัยเชิงจิตวิทยา

แนวคิดการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ; รูปแบบการสร้างความสัมพันธ์ สังคมอายุยืนศูนย์พัฒนาสังคมอายุยืนประชาสังคมสงเคราะห์จังหวัดโอกินาวา (Okinawaken Fukushi Hoken Bu,1999) ได้จัดทำเอกสารรายงานและเพื่อเป็นหลักฐานสำหรับการตรวจสอบการมีอายุยืน ของสังคมผู้สูงอายุชาวจังหวัดโอกินาวา ว่าแนวคิดการพัฒนาสุขภาพและรูปแบบการสร้างความสัมพันธ์สังคมอายุยืนประกอบไปด้วยการพัฒนาสุขภาพ ด้านร่างกาย (Physical Development) การพัฒนาสุขภาพด้านจิตใจ (Mental Development) และการพัฒนาสุขภาพทางสังคม (Social Development) ซึ่งมีลักษณะสำคัญต่อไปนี้ 1) การพัฒนาสุขภาพด้านร่างกาย (Physical Development) มีความสัมพันธ์ควบคู่กันไปกับการพัฒนาด้านจิตใจและการพัฒนาทางสังคมเป็นหลักใหญ่แล้วการพัฒนาสุขภาพด้านร่างกายมีองค์ประกอบที่สัมพันธ์กับการมีสภาวะทางโภชนาการที่สมดุล สภาวะความเหมาะสมของสภาพอากาศ การมีงานอดิเรกทำทั้งในบ้านหรือนอกบ้าน การเข้าร่วมกิจกรรมของสโมสรรหรือชมรมที่จัดขึ้น เพื่อกลไกระบบภายในร่างกาย ได้รับการพัฒนาสังคมผู้สูงอายุก็ลดการพึ่งพาแพทย์และอยู่อย่างมีความสุขได้ 2) การพัฒนาสุขภาพด้านจิตใจ (Mental Development) เป็นภาวะทางจิตใจที่ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลในเรื่องความใกล้ชิดกับบุตรหลานครอบครัวและญาติ มีความต้องการเคารพนับถือ ต้องการเป็นบุคคลที่มีคุณค่า กิจกรรมที่มีความสัมพันธ์คือ กิจกรรมด้านประเพณี วัฒนธรรม การได้กระทำบทบาทเดิมที่มีลักษณะต่อเนื่องเป็นกิจกรรมด้านการเกษตรตามสภาพของร่างกายจะทำให้เกิดความภูมิใจ และมีสมาธิได้ 3) การพัฒนาสุขภาพทางสังคม (Social Development) การพัฒนาทางสังคมเกิดจากความต้องการสำนึกในความผูกพันกัน ภายในครอบครัว ตระกูลและในท้องถิ่นของตน ต้องการลดความ

รู้สึกที่ว่าแห้ว ต้องการให้สังคมในท้องถิ่นและเครือข่ายช่วยเหลือกันและกัน ให้ชุมชนเข้มแข็ง กิจกรรมที่มีความสัมพันธ์คือ กิจกรรมอาสาสมัคร กิจกรรมตามประเพณีวัฒนธรรมและกิจกรรมช่วยเหลือในทางเศรษฐกิจซึ่งเรียกว่า Moai (โมอาอิ) ดังแสดงในแผนภาพที่ 6



แผนภาพที่ 6 แนวคิดรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุรูปแบบการสร้างความสัมพันธ์ สังคมอายุยืน

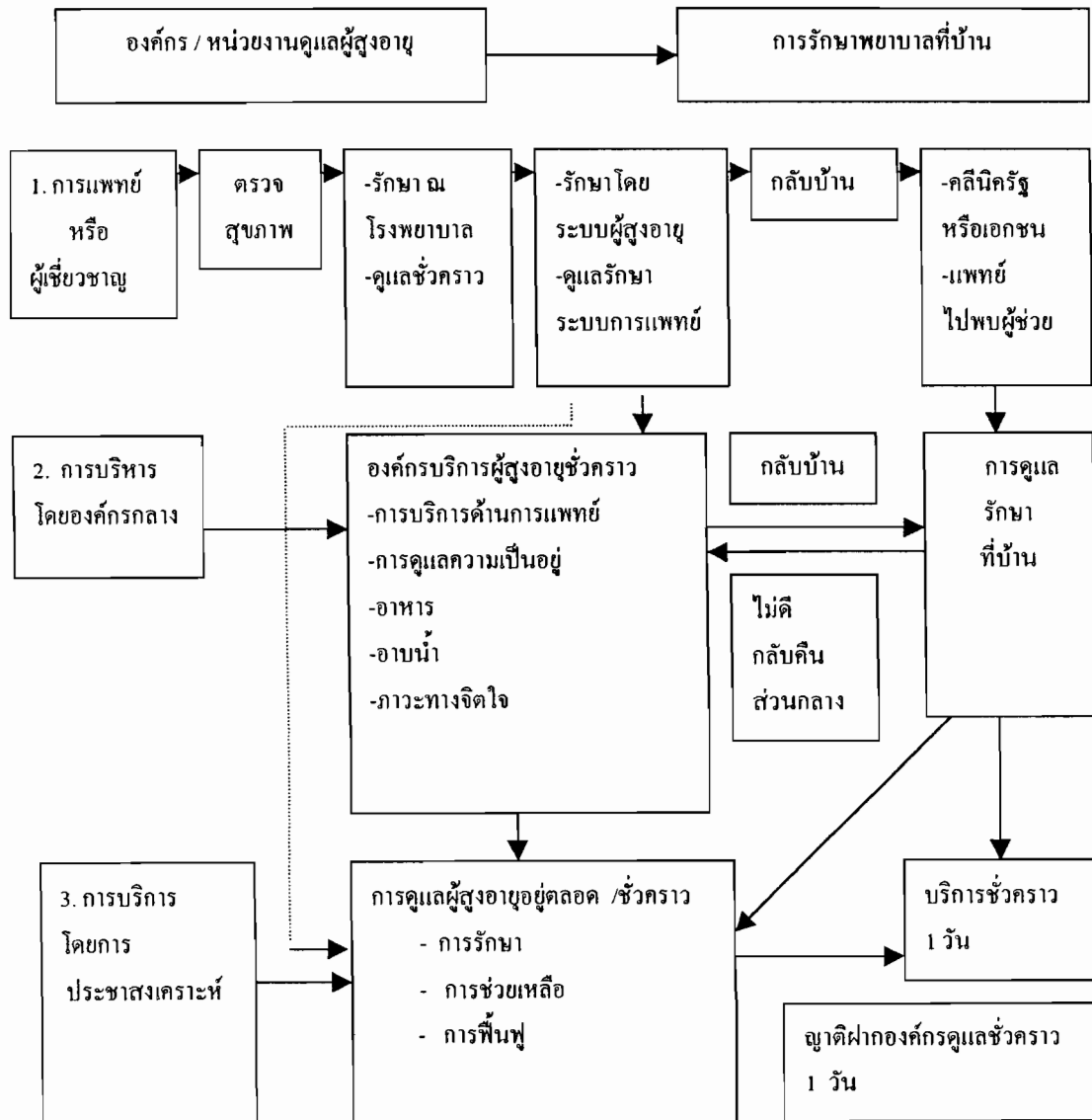
แหล่งที่มา หลักฐานการตรวจสอบการมีอายุยืนของชาวจังหวัดโอกินาว่า ศูนย์พัฒนาสังคมอายุยืน ประชาสังคมสงเคราะห์จังหวัด (Okinawa Ken Fukushi Hoken Bu ,1999)

ในด้านโครงการการจัดระบบบริการสุขภาพและชอบข่ายกิจกรรมการประชาสังคม

สงเคราะห์ผู้สูงอายุ ในชุมชน (การสร้างสังคมอายุยืน) 1. โครงการดูแลรักษาสุขภาพ แบบดูแล
 อยู่ที่บ้าน (Home care) 1.1 ผู้สูงอายุที่รักษาพยาบาลระยะยาวที่อยู่บ้านตามลำพัง เช่น จัดผู้ช่วยผู้ดูแล
 และผู้สูงอายุ (House Helper) การตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุในท้องถิ่น การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น
 1.2 โครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในลักษณะอื่น ๆ เช่นความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนการ
 จัดตั้งผู้ช่วยผู้ดูแล (House Helper) การจัดตั้งชมรม / สโมสร / สมาคมผู้สูงอายุ การบริการ
 ผู้สูงอายุกลุ่มพิการ การจัดสวัสดิการคุ้มครองผู้สูงอายุ การให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุ 2) โครงการ
 ส่งเสริมสุขภาพการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ การจัดตั้งชมรม / สโมสรผู้สูงอายุ เช่นจัดกิจกรรม
 พัฒนาสุขภาพด้านร่างกาย และจิตใจ กิจกรรมทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ 2.1 การจัดกิจกรรมสร้าง
 เสริมคุณค่าชีวิตของผู้สูงอายุ การจัดฉลองรางวัลอายุยืนและประกาศเกียรติคุณ การจัดตรวจสุขภาพ
 และบริการทางแพทย์ การสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง 2.2 การสร้างคุณค่าชีวิตในด้านต่าง ๆ
 สำหรับผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมพัฒนากาย การจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพจิต ด้านศิลปวัฒนธรรม
 โครงการสร้างเสริมกิจกรรมความเคารพนับถือผู้สูงอายุ 3) โครงการสังคมผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่
 60 ปี ขึ้นไปเช่น โครงการเตรียมรับสถานการณ์ผู้สูงอายุที่จะมีจำนวนเพิ่มขึ้น โครงการสร้างเสริม
 สุขภาพและคุณค่าชีวิต โครงการทดลองเตรียมรับสถานการณ์ การดูแลสุขภาพตนเอง การช่วยเหลือ
 ตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งในระดับหมู่บ้านเทศบาลเมือง และจังหวัดดังในแผนภาพที่ 7

การจัดระบบบริการสุขภาพ

ในด้าน การจัดการบริการสุขภาพของกรมประชาสัมพันธ์ จังหวัดโอกินาวา ได้เกี่ยวกับการให้การบริการการรักษาผู้สูงอายุ

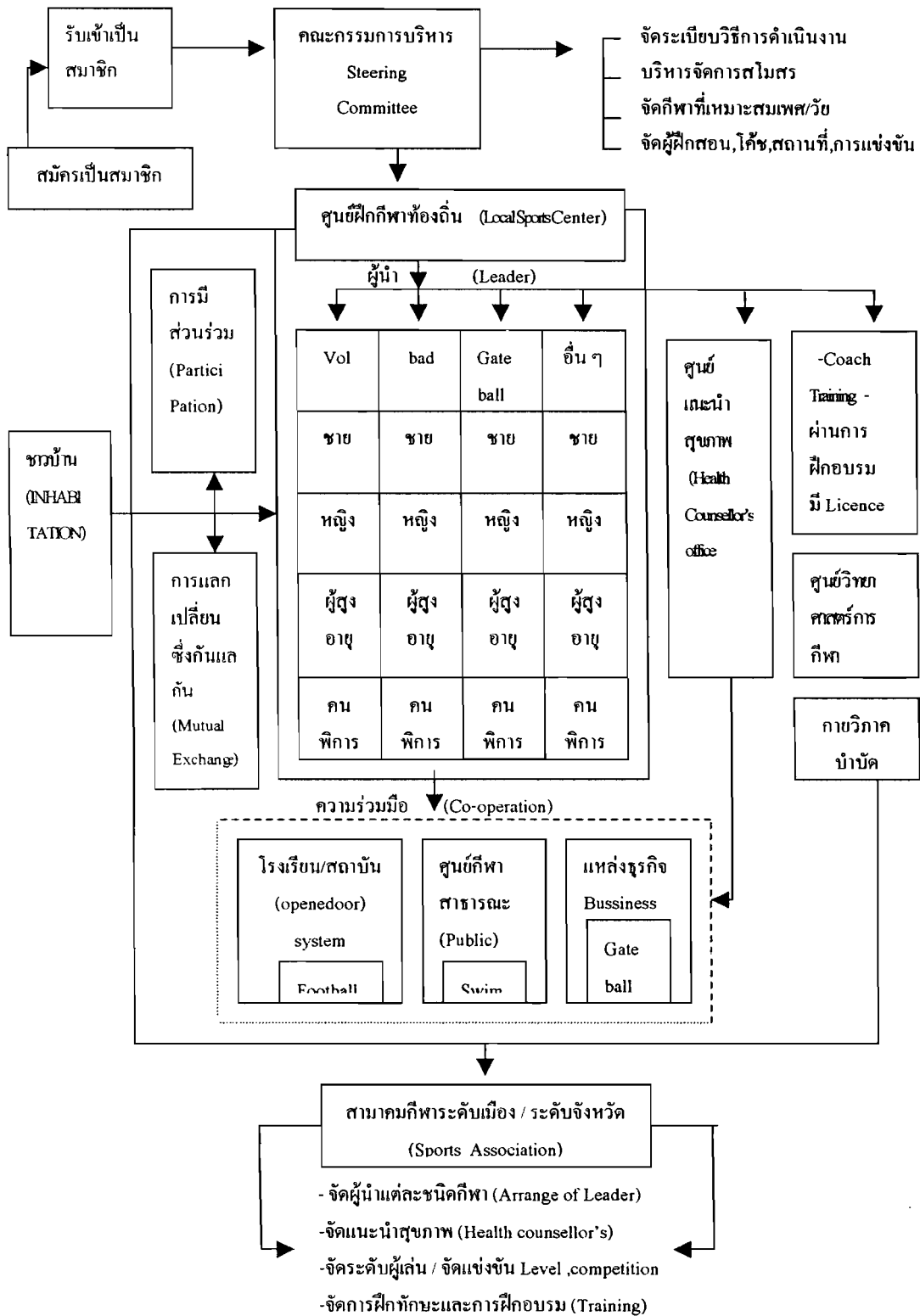


แผนภาพที่ 7 การจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
แหล่งที่มา Okinawaken Fukushi Hoken Bu ,1999)

ญี่ปุ่นมีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุคือ จาก การเตรียมรับสถานการณ์ผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นอย่างจริงจัง ซึ่งนอกจากการดำเนินงานตามแผนทอง (Golden Plan) แล้วการจัดโครงการและเครือข่ายการจัดกิจกรรมการสร้างสังคมอายุยืน ดำเนินการ ในหลายระดับกล่าวคือ ตั้งแต่ระดับท้องถิ่น เขตชุมชนเมือง และในระดับจังหวัด ซึ่งมีลักษณะการ จัดเป็นสโมสรหรือชมรมผู้สูงอายุ และเพื่อพัฒนาสุขภาพสำหรับทุกคน โดยมีคณะกรรมการบริหาร ที่ได้จากบุคคลภายในชุมชนนั่นเอง หลักใหญ่ในการบริหารคือความเสมอภาค สโมสรหรือชมรม จะเปิดโอกาสให้สมาชิกภายในชุมชนสมัครใจเข้าร่วมเป็นสมาชิก ทั้งหญิง หรือชายผู้สูงอายุรวมทั้ง บุคคลพิการ (Handicap) การเปิดโอกาสให้ทุกคนได้มีส่วนร่วม (Participation) ความเสมอภาคจะ สร้างความรู้สึกที่ดีในการเข้าร่วมเป็นสมาชิก ทุกคนมีโอกาสได้รับการบริการที่ดี ในการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อพัฒนาสุขภาพทุกประเภท ซึ่งการจัดรูปแบบนี้ในระดับชุมชนเมืองจะเรียกว่า ศูนย์ฝึกกีฬา ชุมชน (Community Sports Center) และในท้องถิ่นก็เรียกว่าสโมสรกีฬาระดับท้องถิ่นและการฝึก กีฬาสำหรับทุกคน (Local sports club and sports for all) กลไกอย่างหนึ่งที่ทำให้กิจกรรมระดับ สโมสรสามารถดำเนินไปด้วยดีคือ การมีผู้นำที่เข้มแข็ง จริงใจ และเสียสละมีลักษณะเป็นอาสา สมัคร ห่วงใยสมาชิกมีความเป็นธรรมมีความสม่ำเสมอ ผู้นำจึงเป็นปัจจัยหนึ่ง ของการจัดกิจกรรม ไปสู่ความสำเร็จ

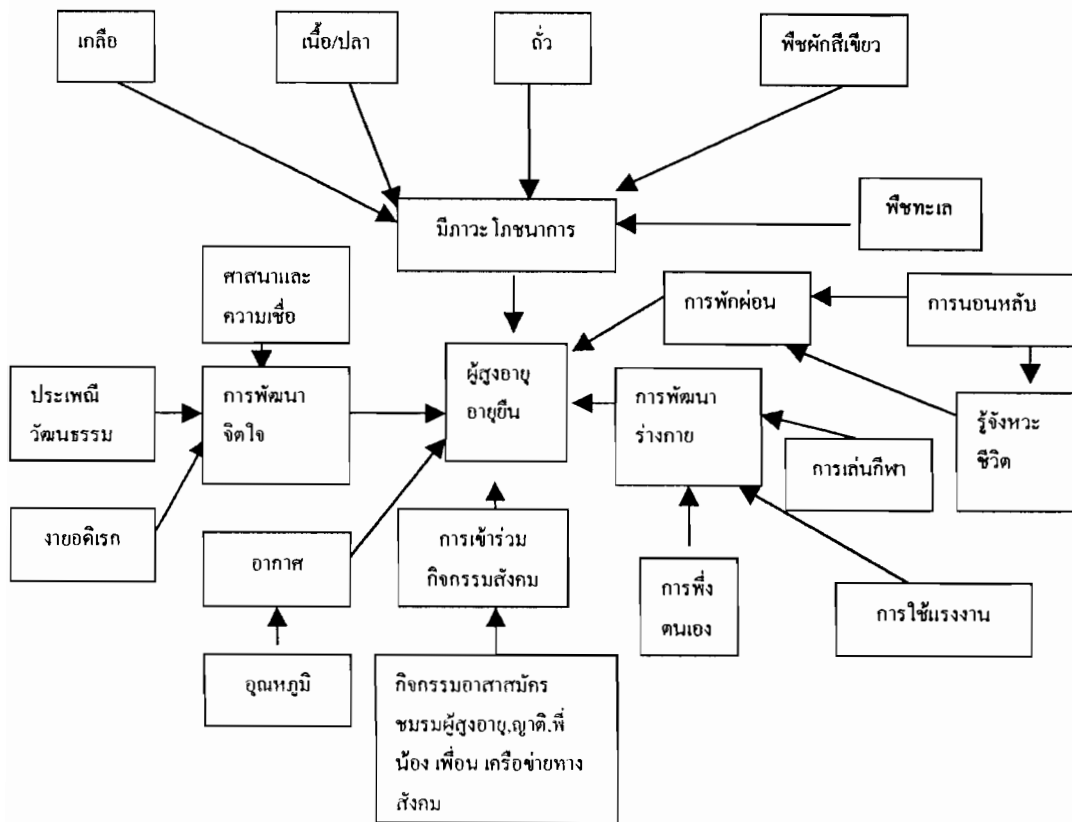
นอกจากนี้ปัจจัยที่เอื้อต่อการดำเนินงานเป็นไปด้วยดีและมีลักษณะต่อเนื่องได้คือการ ประสานความร่วมมืออย่างดีภายในชุมชนกล่าวคือการจัดศูนย์แนะนำสุขภาพ (Health Counselling Office) การใช้ศูนย์วิทยาศาสตร์การกีฬา (Sports sciences) เพื่อทดสอบสมรรถภาพและการมีศูนย์ กายวิภาคบำบัด (Physical therapy) เพื่อบริการอาการพักฟื้นสุขภาพและในการฝึกกิจกรรมเพื่อ พัฒนาด้านร่างกาย รวมทั้งการฝึกกีฬาที่จะมีผู้ฝึกสอน (Coach หรือ Trainer) ทั้งในรูปอาสาสมัคร และเป็นผู้ผ่านการฝึกอบรม และมีทักษะในด้านนั้น ๆ มาแล้วเป็นอย่างดีจุดเด่นอีกอย่างหนึ่ง การ ประสานความร่วมมือกับองค์กรต่าง ๆ ภายในเขตชุมชน เช่นแหล่งธุรกิจ (Business) ศูนย์กีฬา สาธารณะ (Public sports Centers) และโรงเรียนหรือสถาบันการศึกษา (school and Institutions) ให้จัดระบบเปิด (Opened door System) ซึ่งหมายถึงการเปิดโอกาสให้สมาชิกของชุมชนไปใช้ สถานที่เพื่อฝึกกีฬา และพัฒนาสุขภาพนอกเวลาได้ และการจัดกิจกรรมจะเป็นลักษณะการแลกเปลี่ยนหมุนเวียนซึ่งกันและกันได้ (Mutual Exchange) ดังนั้นสมาชิกทุก ๆ คน สามารถเข้าร่วม กิจกรรมได้หลายอย่างในลักษณะหมุนเวียนซึ่งการจัดกิจกรรม ลักษณะนี้สร้างความรู้สึกที่ดี คือ ความเสมอภาคและการรับบริการที่ดีทำให้สมาชิกอยากเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอได้

ในระหว่างศึกษาเรื่องนี้อยู่ที่ University of the Ryukyus ผู้วิจัยได้ลงพื้นที่และเข้าร่วมกิจกรรมการแข่งขันกีฬาสำหรับผู้สูงอายุหลายครั้ง ได้เข้าร่วมแข่งขันกีฬา gate - ball และ ground golf ในระดับชุมชน และระดับจังหวัด และการเข้าร่วมกิจกรรมเดินทางไกล (Day Camp) พบว่าผู้สูงอายุทั้งชาย - หญิง เข้าร่วมกิจกรรมด้วยความตั้งใจ กระตือรือร้น แสดงออกถึงความพึงพอใจที่ได้ร่วมแข่งขัน การแข่งขันเพื่อจี้ระดับผู้เล่น ,จัดแข่งขันเพื่อเป็นตัวแทนชมรมในระดับพื้นที่ เพื่อร่วมแข่งขันในระดับ เทศบาลหรือในระดับจังหวัด รวมทั้งในระดับเครือข่ายระดับประเทศ จะช่วยให้เกิดการกระตุ้นเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งให้สมาชิก เข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ ความต้องการแสดงออกที่มีอยู่ในแต่ละบุคคล เป็นเครื่องชี้วัดความสามารถของตนได้ความพึงพอใจอีกอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุในจังหวัดโอกินาวา คือการได้เข้าร่วมกิจกรรมอาสาสมัคร (Volunteer) ผู้วิจัยได้เข้าร่วมกิจกรรมอาสาสมัครกับกลุ่มผู้สูงอายุในเขตอำเภอนาโกะ(NAGO) เป็นกิจกรรมอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม กิจกรรม ผู้สูงอายุจะจับกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้การแสดงศิลปะรวมทั้งกิจกรรมนันทนาการ ทุกคนต่างภูมิใจในการการเข้าร่วมทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนมีคุณค่ากับสังคม ดังแสดงในแผนภาพที่ 8



แผนภาพที่ 8 รูปแบบการจัดกิจกรรมตามโครงการส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพสำหรับทุกคนในระดับชุมชนและท้องถิ่น

แหล่งที่มา General Administration affair 2000 Primistry office Tokyo Japan.



แผนภาพที่ 9 แนวคิดปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุ อายุยืน

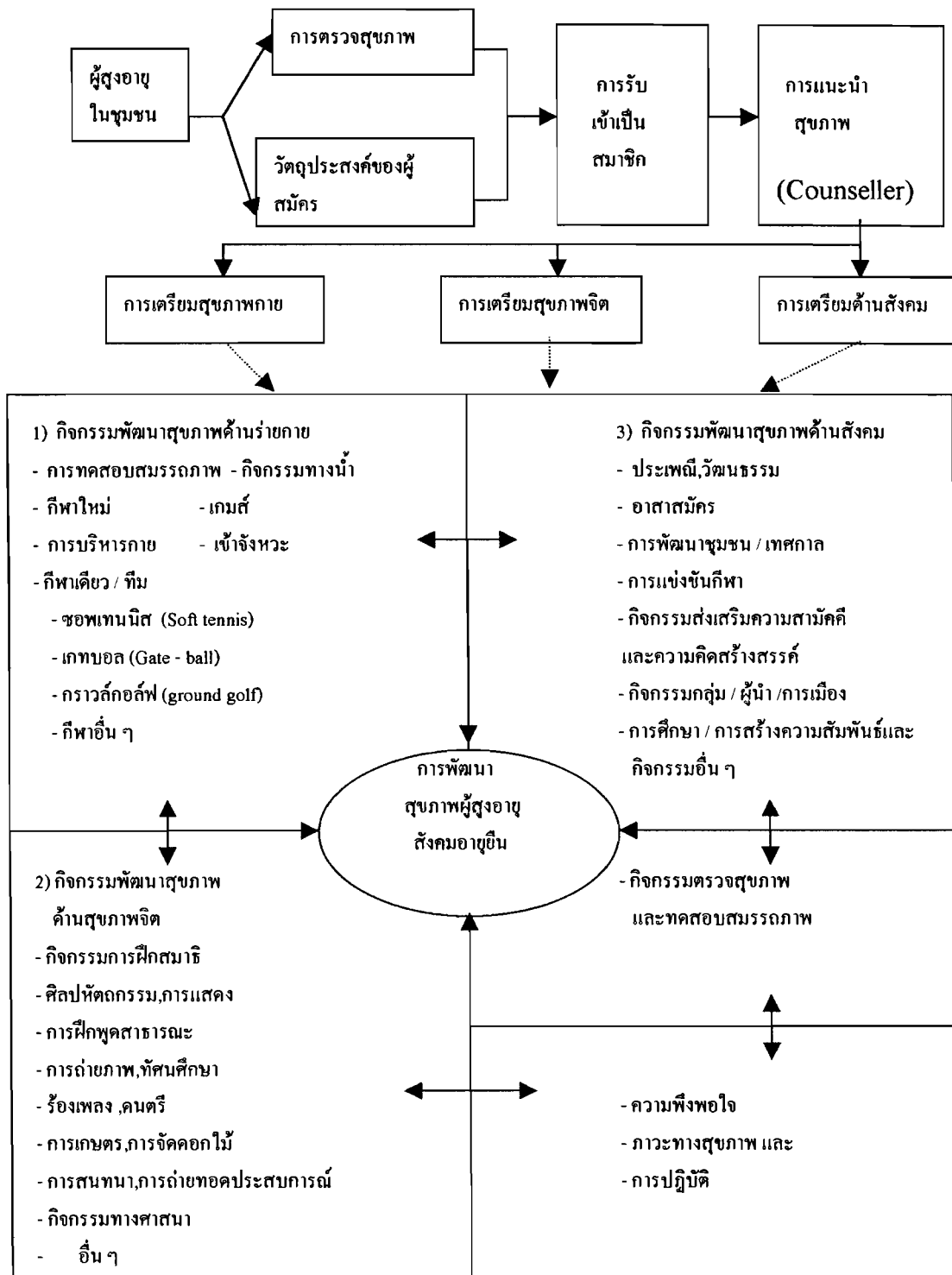
แหล่งที่มา Kazuhiko Taira (2 Dec, 2000)

โครงการและขอข่ายการจัดกิจกรรมสร้างสังคมอายุยืนศูนย์พัฒนาสังคมอายุยืน
 ประชาสังคมสงเคราะห์จังหวัดโอกินาวา (Okinawa Ken Fukushi Bu1999) มีวิธีดำเนินงานคือ
 1)โครงการดูแลรักษาสุขภาพแบบให้การดูแลอยู่ที่บ้าน (Home care) เป็นการจัดกิจกรรมดูแล
 ผู้สูงอายุที่รักษาพยาบาลระยะยาวช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรืออยู่บ้านตามลำพังโดยการจัดผู้ช่วย
 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (House helper) เพื่อจัดดูแลอาหาร,ดูแลความสะอาด การจัดหาวัสดุอุปกรณ์เครื่องใช้
 ที่จำเป็นและการตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชนและท้องถิ่น นอกจากนี้ยังจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพ
 ผู้สูงอายุในลักษณะอื่น ๆ เช่นการให้ความร่วมมือทั่วภาครัฐ และเอกชนการจัดสัมมนาผู้ช่วยผู้ดูแล
 ผู้สูงอายุ (House helper) การจัดตั้งชมรม,สโมสร หรือสมาคมผู้สูงอายุ การจัดสวัสดิการคุ้มครอง
 ผู้สูงอายุการให้คำปรึกษา และการให้บริการผู้สูงอายุกลุ่มพิการ 2) โครงการส่งเสริมสุขภาพการ
 เข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ โดยการจัดตั้งชมรม จัดตั้งสโมสรผู้สูงอายุ แล้วจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ
 ด้านร่างกายด้านจิตใจและกิจกรรมทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังจัดกิจกรรมสร้างเสริม

คุณค่าชีวิตของผู้สูงอายุ เช่นการจัดกิจกรรมฉลองรางวัลอายุขึ้นประกาศเกียรติคุณ เพื่อส่งเสริมคุณภาพทางจิตใจ การจัดตรวจสุขภาพและบริการทางแพทย์ และการสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง การจัดกิจกรรมพัฒนาด้านร่างกาย การจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพด้านสุขภาพจิต โดยส่งเสริมกิจกรรมศิลปะและวัฒนธรรมรวมทั้งกิจกรรมสร้างคุณค่าแก่ชีวิต กิจกรรมเคารพนับถือผู้สูงอายุ 3) โครงการสังคมผู้สูงอายุเป็นโครงการเตรียมรับสถานการณ์ผู้สูงอายุที่จะมีจำนวนเพิ่มขึ้น การเตรียมโครงการสร้างเสริมสุขภาพ และคุณค่าชีวิตโครงการสถานการณ์ผู้สูงอายุ และโครงการทดลองเตรียมรับสถานการณ์การดูแลสุขภาพตนเองการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งในระดับท้องถิ่น ชุมชนเมืองและระดับจังหวัด ส่วน Tanaka Yoshio (1996) นักวิชาการด้านส่งเสริมและพัฒนาประจำศูนย์ประกันความสมบูรณ์ทางสุขภาพ (Physical Fitness Hoken Center Okayama Prefecture) กล่าวถึงการจัดกิจกรรม เพื่อพัฒนาสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุว่า ควรจัดให้ได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และกิจกรรมทางสังคม เพื่อพัฒนาทั่วโลก ในทุก ๆ ด้านพร้อมกันให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นสุข โดยผู้สูงอายุจะมีความภาคภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่อสังคม สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีเป้าหมาย มีสุขภาพพลานามัยที่ดีการดูแลสุขภาพและสวัสดิภาพผู้สูงอายุจึงเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมายนั่นเอง ดังนั้นลักษณะกิจกรรมพัฒนาสุขภาพควรประกอบด้วย 1) กิจกรรมเพื่อพัฒนาสุขภาพร่างกาย (Physical Development) ได้แก่ กิจกรรมตรวจสุขภาพการทดสอบสมรรถภาพ, การกายภาพบำบัด, กิจกรรมด้านโภชนาการกิจกรรมการควบคุมน้ำหนัก การฝึกว่ายน้ำเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ การบริหารกาย การอบอุ่นร่างกาย การวิ่งจ็อกกิ้ง การเดินทางไกล การเดินรำ กิจกรรมเข้าจังหวะ การบริการแบบแอร์โรบิค เฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุการเล่นกีฬาทุกชนิด กีฬาใหม่ (New sports) ซึ่งเป็นกิจกรรมนันทนาการและเกมส์ เช่นกีฬา India Ka ,Bowling , Unikocky , games set. กีฬาซอฟเทนนิส (Soft tennis) กีฬาเกตบอล (gate ball) กีฬากราวด์ กอล์ฟ (ground golf) และกีฬาอื่น ๆ

2) กิจกรรมเพื่อพัฒนาสุขภาพด้านจิตใจ เป็นกิจกรรมที่สร้างความอึดเอิบความสุขทางใจ ความพึงพอใจ ทั้งร่างกาย เพื่อดึงดูดตลอดจนความมีสมาธิ สะอาด และสงบ ที่มีลักษณะความชื่นชอบที่แตกต่างกันดังนั้นกิจกรรมพัฒนาด้านจิตใจ จึงแฝงด้วยความเชื่อความศรัทธาหรือความรักเช่น กิจกรรมทางด้านศาสนา วัฒนธรรม ความเชื่อ กิจกรรมด้านศิลปะ หัตถกรรม การเล่นเกมดนตรี การฝึกร้องเพลง (Karaoke) การฝึกพูดในที่สาธารณะ การกล่าวสุนทรพจน์ การสนทนา การถ่ายภาพอดประสพการณ์กิจกรรมนันทนาการ การพักผ่อนงานอดิเรก การฝึกวาดภาพ ปลูกต้นไม้ การจัดดอกไม้ จัดทำเครื่องประดับ ของที่ระลึก การฝึกสมาธิ การเรียนภาษาต่างประเทศ การเล่นเกมคอมพิวเตอร์อินเทอร์เน็ต การแต่งบทเพลงหรือกลอนต่าง ๆ การอ่านหนังสือ เป็นต้น 3) กิจกรรมเพื่อพัฒนาสุขภาพด้านสังคม หมายถึงการเข้าร่วมกิจกรรมทางด้านสังคมของผู้สูงอายุการสร้าง

ความสามัคคี ความเอื้ออาทรที่มีต่อกัน กิจกรรมที่สำคัญเช่นกิจกรรมการพบปะแลกเปลี่ยนความรู้ หรือประสบการณ์ กิจกรรมอาสาสมัครกิจกรรมวันสำคัญตามประเพณี และวัฒนธรรม กิจกรรมพัฒนาท้องถิ่นการอนุรักษ์ และการจัดสิ่งแวดล้อม กิจกรรมส่งเสริมสามัคคี และความคิดสร้างสรรค์ กิจกรรมการแข่งขันกีฬา นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับเพื่อนบ้าน การเยี่ยมบ้านเพื่อนการเลือกคบเพื่อนสนิท เป็นต้น 4) กิจกรรมตรวจสอบสุขภาพและทดสอบสมรรถภาพ เพื่อการประเมินความก้าวหน้าทางสุขภาพ ผู้ที่ไม่ผ่านกระบวนการจะต้องกลับเข้าไปสู่การแนะนำสุขภาพโดยผู้ชำนาญการหรือแพทย์แต่ละสาขารวมทั้งนักโภชนาการ ผู้ที่ผ่านการประเมินหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมได้ในเวลาหนึ่งก็จะเริ่มปฏิบัติกิจกรรมต่อที่เป็นระบบหมุนเวียนต่อเนื่อง สร้างความมั่นใจและความภูมิใจแก่ผู้สูงอายุในการใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าดังแสดงในรูปการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุแผนภาพที่ 10



แผนภาพ 10 รูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ

แหล่งที่มา Tanaka yoshio (1996) ; Physical Fitness Hoken Center Okayama Japan.

จากแนวคิดการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ : รูปแบบการสร้างสังคมอายุยืนของประชาชนเกาะจังหวัดโอกินาวา (Okinawa Ken Fukushi Hoken Bu. (1999) และจากแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและสังคมอายุยืนของ Prof. Dr. Kazuhiko Toira (2000) ต่างก็เป็นกรอบแนวคิดการพัฒนาสุขภาพที่สอดคล้องกับแนวพัฒนาสุขภาพและเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพขององค์การอนามัยโลก และองค์การสหประชาชาติอันเป็นองค์กรหลักในการพัฒนาสุขภาพของประชากรพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่ครอบคลุมในทุกด้าน ทั้งการพัฒนาร่างกาย ด้านจิตใจ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ดังที่ได้เสนอมาแล้ว

โดยเฉพาะจากแนวคิดแผนปฏิบัติงานโครงการและขอบข่ายการจัดกิจกรรมของการประชาสงเคราะห์ผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่นอันเป็นโครงการสร้างสังคมอายุยืนของ (Okinawa Ken Fukushi Hoken BU (1999) แนวคิดข้อเสนอการพัฒนาคุณภาพของ Tanaka Yoshio (1996 นักวิชาการศูนย์ประกันความสมบูรณ์ทางสุขภาพ (Physical Fitness Hoken Center) การจัดรูปแบบการสร้างความสัมพันธ์สังคมอายุยืนของศูนย์พัฒนาอายุยืน ประชาสงเคราะห์จังหวัดโอกินาวา และข้อเสนอแนวคิดผู้สูงอายุมีความสุขและอายุยืน ต่างก็มีความเห็นที่สอดคล้องกันในการพัฒนาสุขภาพ คือการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาสุขภาพทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมที่เป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะนำไปสู่ การมีสุขภาพที่ดี การสร้างสังคมอายุยืนแก่สังคมผู้สูงอายุได้

จากแนวคิดและวิธีการดังกล่าวนี้ เป็นการพัฒนาให้ผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น ได้หันมาพัฒนาสุขภาพและคุณค่าชีวิตอย่างแท้จริงและมีลักษณะต่อเนื่องติดต่อกันเป็นเวลานานส่งผลให้ การพัฒนาสุขภาพของประชากรเป้าหมาย คือการมีสุขภาพที่ดีและมีอายุยืนยาว จุดประเด็นคำถามที่น่าสนใจและต้องการศึกษาเพื่อหาคำตอบคือ องค์กรหลักที่มีหน้าที่ส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ มีวิธีดำเนินงานหรือมีรูปแบบการจัดกิจกรรมให้บุคคลซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุให้มาร่วมพัฒนาสุขภาพทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีรูปแบบเป็นอย่างไร จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสุข และพึงพอใจจนเป็นนิสัย สามารถนำไปสู่การดูแลสุขภาพตนเองและการปฏิบัติทางด้านสุขภาพที่เป็นจริงได้ ด้วยเหตุดังกล่าวจึงได้ลงมือค้นหาข้อมูลเบื้องต้น ทั้งข้อมูลทุติยภูมิ และปฐมภูมิ เกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น และจังหวัดโอกินาวา (Okinawa Prefecture) ทั้งได้เริ่มจากการศึกษาข้อมูลบริบทภาวะทางสุขภาพ นโยบายและแนวทางการปฏิบัติของรัฐบาล โครงสร้างการดำเนินการทางด้านผู้สูงอายุ ในระดับท้องถิ่น ที่ดำเนินอยู่ในปัจจุบัน ตลอดจนวิธีการดำเนินการในลักษณะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายรรวมทั้งการศึกษา และการวิจัยต่าง ๆ ทั้งใน หลักการพื้นฐาน ทางทฤษฎี และเหตุผลที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปประมวลความรู้ และเป็นส่วนหนึ่งของการกำหนดกรอบวิจัยในครั้งนี้และจากแนวคิดการพัฒนาสุขภาพรูปแบบการสร้างอายุยืนของจังหวัดโอกินาวา (Okinawa Ken Fukushi

Hoken Bu (1999) และแนวคิดปัจจัยที่ทำให้สังคมอายุยืน (Kazuhiko taira (2000) คั้งที่กล่าวมา ผู้วิจัยได้นำรูปแบบหลักการและแนวคิดส่วนหนึ่งมาประมวลเพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยโดยพิจารณาจากปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กันเชื่อมโยงสู่ปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพ กล่าวคือ การพัฒนาด้านร่างกายประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ คือการพักผ่อน การออกกำลังกาย การใช้แรงงาน การพักผ่อน การนอนหลับ การรู้จักหิวชีวิต การมีสภาวะโภชนาการ ปัจจัยการพัฒนา ด้านจิตใจ ประกอบด้วยศรัทธาและความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรม การมีงานอดิเรกทำและการพัฒนาด้านสังคมประกอบด้วย การเข้าร่วมกิจกรรมอาสาสมัคร ชมรมผู้สูงอายุ ญาติ พี่น้อง เพื่อน และเครือข่ายทางสังคมนอกจากนี้ได้ประมวลปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม ซึ่งประกอบด้วยครอบครัว ชุมชน ตำบลและครอบครัวที่มีความผูกพันที่มีต่อสังคมตลอดจนสังคมเมืองมีเครือข่ายที่ช่วยเหลือกันเป็นต้น

2.7 ผลการวิเคราะห์แนวคิดการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น

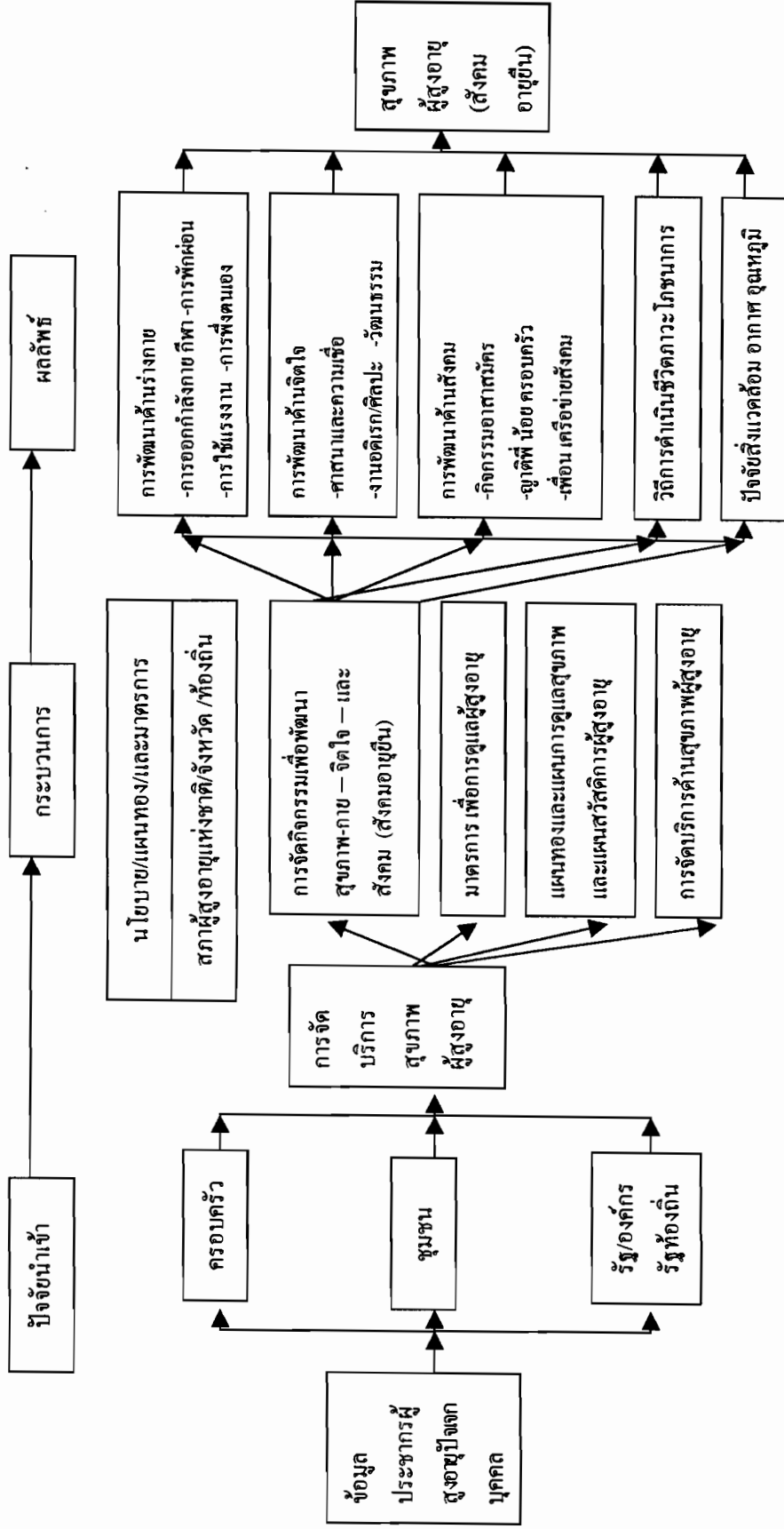
(Concept for Health Development of Aged in Japan)

จากการศึกษาพบว่าญี่ปุ่นเป็นอีกประเทศหนึ่งที่เข้าสู่ภาวะผู้สูงอายุ (Aging population) จากภาวะดังกล่าว ญี่ปุ่นได้กำหนดนโยบายมาตรการ แผนทองเพื่อการดูแลสุขภาพ และแผนสวัสดิการผู้สูงอายุ (Golden plan and Health and Welfare care) มีการจัดตั้งสภาผู้สูงอายุแห่งชาติ กระจายเครือข่ายสู่ระดับจังหวัดและสมาชิกระดับชุมชนหรือท้องถิ่นทั่วประเทศ ทั้งได้ออกกฎหมายและพระราชบัญญัติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ทั้งกำหนดนโยบายรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 1987 นอกจากนี้ยังมีการรวมกลุ่มสมาชิกเครือข่ายการพัฒนาสุขภาพในรูปแบบการสร้างควมสัมพันธ์การสร้างสังคมอายุยืนอีกด้วย

ด้านจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ญี่ปุ่นได้ให้ความสำคัญต่อสถาบันครอบครัว ชุมชนหรือเอกชน รัฐหรือองค์กรรัฐท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านปัจเจกบุคคลตัวผู้สูงอายุเอง ต้องรู้จักพักผ่อนหรือมีคำมั่นสัญญาต่อตนเอง ต้องรู้จักพักผ่อน (Commitment) ที่จะร่วมกิจกรรมพัฒนาสุขภาพและการช่วยเหลือผู้อื่นด้วยตามอัธยาศัย จึงเป็นการสร้างความต่อเนื่องได้ดีส่วนรูปแบบการพัฒนาสุขภาพก็มีจุดเน้นการพัฒนาสุขภาพด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมไปพร้อม ๆ กันกล่าวคือการพัฒนาด้านร่างกายผู้สูงอายุจะเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา การพักผ่อน การใช้แรงงาน และการรู้จักพักผ่อน การพัฒนาด้านจิตใจ จะประกอบด้วย การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาหรือความเชื่อ หรือการเข้าร่วมกิจกรรมทางวัฒนธรรม ประเพณี การมีงานอดิเรกทำ การเข้าร่วมกิจกรรมศิลปะงานประดิษฐ์ การพัฒนาด้านสังคม ประกอบด้วยผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมอาสาสมัคร การเป็นสมาชิกเครือข่ายสังคม การสร้าง

ความสัมพันธ์กับญาติ พี่น้อง นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญต่อวิถีชีวิตด้านภาวะโภชนาการและปัจจัยส่งเสริมสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งได้แก่อากาศ อุณหภูมิที่พอเหมาะและการจัดที่อยู่อาศัยดัง
แผนภาพที่ 11

ผลการวิเคราะห์แนวคิดการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น (Concept for Health Development of Aged in Japan)



แผนภาพที่ 11 ผลการวิเคราะห์แนวคิดรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย

2.8 แนวคิดในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุของไทย (Concept and Health Development of the Aged in Thailand) ความเป็นมาการให้ความสำคัญเกี่ยวกับผู้สูงอายุของไทย ไสว พราหมณี (2538) ได้กล่าวอ้างว่า ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุมานาน ตั้งแต่ พ.ศ. 2496 โดยได้จัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคขึ้นเป็นแห่งแรก ครั้นต่อมาได้ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุยิ่งขึ้น โดยในปลายปี พ.ศ. 2524 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสัมมนาระดับชาติ เรื่อง บริการสุขภาพผู้สูงอายุ ขึ้นเป็นครั้งแรกและครั้งที่ 2 เมื่อปี พ.ศ. 2533 ผลการสัมมนาได้ กำหนดกลวิธีการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การรักษาพยาบาลที่ไม่คิดมูลค่า การจัดทำบัตรประจำตัวผู้สูงอายุการลดภาษีรายได้ผู้ดูแลผู้สูงอายุจัดหน่วยงานรับผิดชอบผู้สูงอายุ เป็นต้น ครั้นต่อมา พ.ศ. 2536 ได้จัดสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 3 เรื่องการประสานแผนบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งวิฑูร แสงสิงแก้ว (2536) ได้สรุปว่า นโยบายและแผนงานสำหรับผู้สูงอายุในช่วงหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมา พบว่า ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการการวางแผน และดำเนินกิจกรรมระดับชาติที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ได้กำหนดวันผู้สูงอายุแห่งชาติ ตรงกับวันที่ 13 เมษายน ของทุกปี และจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ได้จัดทำแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ (พ.ศ. 2525-2544) โดยคำนึงถึงประเด็นเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 5 ด้าน คือ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านการศึกษา ด้านสังคม วัฒนธรรม ด้านความมั่นคงทางรายได้การทำงานและด้านสวัสดิการสังคม

ในบทบาทหลักที่ภาครัฐให้ความสนใจ ในด้านสุขภาพและอนามัย รัฐบาลเห็นว่า ปัญหาสุขภาพร่างกายและจิตใจเป็นปัญหาพื้นฐานของการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากสภาพร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลง ซึ่งสอดคล้องกับ ปราโมทย์ วังสะอาด (2530) ที่พบว่า สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ เป็นผลสืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่แตกต่างไปจากประชากรกลุ่มอื่นและถ้าผู้สูงอายุมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจด้วยแล้ว รัฐยังเห็นว่าเป็นการซ้ำเติมปัญหาสุขภาพให้รุนแรงยิ่งขึ้น ซึ่งวาทีนิ บุญชะลิกษี และ ชุพิน วรศิริอมร (2538) ได้สรุปไว้ในการศึกษาวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทยว่า บทบาทของภาครัฐที่ให้ความสนใจในด้านสุขภาพอนามัยจะประกอบด้วย การส่งเสริมให้มีการบริการทั้งทางร่างกาย จิตใจ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ การบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุนี้ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของระบบสาธารณสุขแบบผสมผสานเป็นต้น

อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติพบว่าในการดำเนินงานของรัฐที่รับผิดชอบจะตอบสนองได้ตามขีดความสามารถของแต่ละหน่วยงานเช่น โครงการบัตรสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าซึ่งจัดได้ไม่ครอบคลุมในทุกหน่วยงาน จากข้อมูลเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า ประเทศไทยได้วางพื้นฐานแนวคิดการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุมานาน และมีแผนปฏิบัติทั้งในระยะสั้นและระยะยาวแต่การดำเนินงานการจัดได้ไม่ทั่วถึงขาดคุณภาพ และประสิทธิภาพจัดได้ไม่

ครอบคลุมทั้งประเภทบริการและระดับบริการไม่ดีพอ ซึ่งจะเห็นได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุมีปริมาณน้อยมากขาดความต่อเนื่องสามารถจัดได้เป็นครั้งคราว ไม่สามารถจัดระบบที่นำไปสู่ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของคนในทางที่ดีได้ จึงทำให้การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในภาพรวมโดยทั่วไปยังไม่สามารถจัดดำเนินการในทางที่ดีพอและเหมาะสมได้

นอกจากนี้เมื่อคราวประชุมสัมมนาการวิจัยเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย ซึ่งจัดโดยสำนักงานมหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการบริหาร โครงการศึกษาวิจัยผู้สูงอายุ (2536) คณะกรรมการกลุ่มด้านสุขภาพอนามัย ได้เสนอกรอบแนวคิดในการพิจารณาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไว้ 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม โดยระบุว่า ด้านร่างกายผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคกระดูกและข้อต่อต้อกระจก ทูพโกชนาการ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจและโรคสมองเสื่อมเป็นต้น ซึ่งโรคต่างๆเหล่านี้เป็นโรคที่ป้องกันได้ ถ้าเตรียมตัวผู้สูงอายุไว้ก่อน (Provider) ส่วนในด้านจิตใจปัญหาที่เกิดขึ้นจากความหวาดหวั่น ถูกทอดทิ้งมีความรู้สึกว่าคุณค่าไม่มีศักดิ์ศรี ไม่ได้เตรียมทางจิตเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุและความตาย ส่วนในด้านสังคมเกิดจากช่องว่างระหว่างวัย ขาดการสนับสนุนทางสังคม การให้ศักยภาพของผู้สูงอายุน้อย ชุมชนมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุน้อยมาก การล่มสลายของสภาพครอบครัว ขาดการเตรียมตัว ขาดข้อมูลด้านสุขภาพรวมทั้งปัจจัยด้านผู้อยู่อาศัยรวมทั้งขาดการเตรียมตัวที่ดีเมื่อผู้สูงอายุ จึงทำให้สภาวะทางสุขภาพทางด้านจิตใจ และด้านสังคมผู้สูงอายุไทยมีปัญหาที่สมควรได้รับการแก้ไข

ส่วนแนวคิดในเรื่องความต้องการของผู้สูงอายุ เป็นผลมาจากการประชุมสัมมนาอบรมผู้สูงอายุทั่วประเทศครั้งที่ 5 โดยสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยร่วมกับกรมประชาสงเคราะห์เรื่องแนวทางการจัดกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุในฐานะผู้รับและผู้ให้ในสังคม 9 ประการ คือความต้องการด้านส่งเสริมสุขภาพ ให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ยาวนานที่สุด ด้านส่งเสริมศีลธรรมจิตใจการจัดสวัสดิการหรือการรับสิทธิพิเศษ ซึ่งรัฐควรจัดเสริมปัจจัยสี่ให้แก่ผู้ขาดแคลนด้านความต้องการความอบอุ่นรวมทั้งการยอมรับจากลูกหลานและผู้ใกล้ชิดเป็นต้น

จากผลการประชุมในระดับชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุมีจุดแข็งหรือข้อดีให้เห็นอยู่หลายประการคือความสามารถในการระดมความคิดที่เป็นหลักการ การแพร่กระจายแนวความคิด แต่จุดอ่อนก็คือความสามารถในการนำเอาผลการประชุมไปสู่การกำหนดกรอบนโยบายและแนวปฏิบัติที่เป็นจริงอย่างมีข้อจำกัด ทำให้การพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบันไม่ปรากฏผลที่เด่นชัด อย่างไรก็ตาม แนวคิดการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุของไทย ได้เริ่มต้นมานานจนถึงปัจจุบัน แต่การเข้าถึงกิจกรรมที่นำไปสู่การพัฒนาสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุยังไม่ประสบความสำเร็จ รวมทั้งลักษณะการดำเนินการจะเน้นกิจกรรมให้

ความช่วยเหลือด้านสวัสดิการเป็นการพัฒนาสุขภาพที่ไม่เน้นการพึ่งตนเอง แม้ว่ามีกรอบแนวคิดที่เสนอไว้ในการพิจารณา ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่ครอบคลุมอยู่แล้วก็ตาม

แนวคิดพื้นฐานในการจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ (The Basic Concept of Social Welfare Service for the Aged) ภายหลังจากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (The World Assembly on Aging) เมื่อปี พ.ศ.2525 ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ซึ่งมีวัตถุประสงค์ให้ประเทศสมาชิกขององค์การสหประชาชาติ ได้ร่วมกันวางแผนปฏิบัติการระหว่างชาติว่าด้วยผู้สูงอายุขึ้น เพื่อเป็นหลักประกันสังคมในด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมแก่ผู้สูงอายุ ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศด้วย ประเทศไทยได้ขานรับแผนปฏิบัติการดังกล่าว โดยคณะทำงานพิจารณานโยบายและมาตรการหลัก เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ (2535) ได้เสนอแนวทางในการพัฒนาผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานดังนี้ 1) ผู้สูงอายุได้ทำประโยชน์แก่สังคมในฐานะผู้ให้มากกว่าผู้รับแล้ว จึงควรได้รับผลตอบแทนในฐานะเป็นผู้รับจากสังคม ในด้านบริการสุขภาพอนามัย การศึกษา ความมั่นคงทางรายได้ สังคมวัฒนธรรม และสวัสดิการสังคม 2) ผู้สูงอายุมีความรู้ความสามารถและพลังความคิดโดยเฉพาะประสบการณ์ที่ควรนำมาให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมได้อีกมาก และการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีบทบาท และมีส่วนร่วมในสังคม จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ได้ด้วย 3) ผู้สูงอายุสามารถเตรียมตัวที่จะใช้ชีวิตในวัยสูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพได้เพียงไรนั้นขึ้นอยู่กับขบวนการอันต่อเนื่องมาแต่วัยเด็ก ในการพัฒนาความพร้อมในด้านต่าง ๆ เช่น สุขภาพอนามัย การจัดการศึกษา การประกอบอาชีพ รวมทั้งการมีส่วนร่วมในสังคมของแต่ละบุคคล 4) ผู้สูงอายุควรจะได้อยู่กับครอบครัวอย่างอบอุ่น ได้รับการเคารพนับถือและการดูแลเอาใจใส่ จากบุตรหลาน และควรลดความสำคัญในบทบาทเป็นผู้หารายได้มาเลี้ยงครอบครัวลง 5) ผู้สูงอายุไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ และไม่ได้รับการคุ้มครองดูแลจากครอบครัวไม่ว่าจะด้วยเหตุใดก็ตาม ควรจะได้รับการปกป้องดูแลจากสังคม 6) ผู้สูงอายุควรได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม และสิ่งแวดล้อมรอบตัว เพื่อให้สามารถปรับตัวเองให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงนั้นได้

จากการขานรับแนวนโยบายและแผนปฏิบัติการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลจากการประชุมสมัชชาว่าด้วยผู้สูงอายุ (The World Assembly on Aging) ซึ่งคณะทำงานพิจารณานโยบายและมาตรการหลักเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ ได้เสนอแนวทางในการพัฒนาผู้สูงอายุไว้ 5 แนวทาง อันเป็นแนวคิดพื้นฐานที่สำคัญนั้น ได้เป็นตัวกระตุ้นอย่างดี ที่จะผลักดันให้ทุกรัฐบาลที่เข้ามาสู่การบริหารประเทศ ใช้เป็นแนวนโยบาย และวางแผนปฏิบัติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นด้านสังคมควรให้การดูแลรับผิดชอบผู้สูงอายุ การให้บทบาทผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมสังคม การอยู่ในครอบครัวที่อบอุ่น การเคารพเชื่อถือจากบุตรหลาน การพัฒนาสุขภาพพลานามัย การศึกษาและอาชีพเป็นต้น แต่

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าแนวคิดนี้จะได้รับการยอมรับจากสังคมแต่ในทุกิรัฐบาหลีที่เข้ามาสู่การบริหารประเทศที่ผ่านมา ยังไม่ปรากฏแผนปฏิบัติการเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่เด่นชัดพอ ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าประชาชนและองค์กรต่าง ๆ ทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ ทั้งภาครัฐและเอกชน ควรที่จะมีการกระตุ้นรัฐบาลและมีกลไกที่ดีจะนำไปสู่การกำหนดแผนและแนวปฏิบัติที่บรรลุผลดีต่อผู้สูงอายุและสังคมต่อไปได้

2.8.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (2540) ได้กล่าวถึงผู้สูงอายุไว้ดังนี้ในมาตราที่ 54 บุคคลซึ่งมีอายุตั้งแต่หกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติและใน มาตราที่ 80 รัฐต้องคุ้มครองเด็กและเยาวชน ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชายส่งเสริมและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของครอบครัว และความเข้มแข็งของชุมชน รัฐต้องสงเคราะห์คนชราผู้ยากไร้ผู้พิการหรือทุพพลภาพและผู้ด้อยโอกาสให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ (สำนักงานปลัดกระทรวง, 2541) จึงเห็นได้ว่าประเทศไทยได้ให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุ ตามกรอบของรัฐธรรมนูญดังที่กล่าวมา

2.8.2 ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542 ในการจัดทำร่างแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ฉบับที่ 2 (2545-2564) ซึ่งดำเนินโดยคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี (2543) ได้กล่าวถึงปฏิญญาผู้สูงอายุไทย 2542 ว่ามี 9 ประการคือ ข้อที่ 1) ผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรีได้รับการพิทักษ์ และคุ้มครองให้พ้นจากการถูกทอดทิ้งและละเมิดสิทธิโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองหรือครอบครัวได้และผู้พิการที่สูงอายุ ข้อที่ 2) ผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัวโดยได้รับความเคารพความเข้าใจ ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับบทบาทของกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีในการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ข้อที่ 3) ผู้สูงอายุได้รับโอกาสในการศึกษาการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง เข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการทางสังคมอันเป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิตเข้าใจถึงความเปลี่ยนแปลงของสังคมรอบด้าน เพื่อสามารถปรับบทบาทของตนให้สมวัย ข้อที่ 4) ผู้สูงอายุควรได้ถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์ให้สังคมมีโอกาสได้ทำงานที่เหมาะสมกับวัยตามความสมัครใจ โดยได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรม เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และเห็นชีวิตมีคุณค่า ข้อที่ 5) ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองต้องมีหลักประกันและสามารถเข้าถึงหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยอย่างครบวงจร โดยเท่าเทียมกันรวมทั้งได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบตามศรัทธา ข้อที่ 6) ผู้สูงอายุควรมีบทบาทและส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวชุมชนและสังคม โดยเฉพาะการรวมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และความเข้าใจอันดีระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันและกับบุคคลทุกวัย ข้อที่ 7) รัฐโดยการมี

ส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคมต้องกำหนดนโยบายและแผนหลักด้านผู้สูงอายุ ส่งเสริมและประสานงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินอย่างต่อเนื่องให้บรรลุตามเป้าหมาย ข้อที่ 8) รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องตรากฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อเป็นหลักประกันและการบังคับใช้ในการพิทักษ์สิทธิคุ้มครองสวัสดิภาพ และจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ ข้อที่ 9) รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องรณรงค์ปลูกฝังค่านิยมให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุ ตามวัฒนธรรมที่เป็นความกตัญญูกตเวทีและความเอื้ออาทรต่อกัน

จากปฏิญญาผู้สูงอายุไทย (2542) ซึ่งให้เห็นถึงประเทศไทยได้ให้ความสำคัญผู้สูงอายุในทุก ๆ ด้าน ทั้งด้านปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต ความเอื้ออาทรจากสถาบันครอบครัวการอยู่ร่วมกับอย่างเป็นสุขการให้โอกาสการเรียนรู้ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร การดูแลสุขภาพตนเองการมีศักดิ์ศรีและคุณค่าต่อสังคม การรวมกลุ่มภายในชุมชนและสังคม เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ การมีส่วนร่วมจากภาคเอกชน ภาครัฐและประชาชนที่เน้นวัฒนธรรม และความเอื้ออาทรที่มีต่อกัน จึงแสดงให้เห็นถึงผู้สูงอายุต้องช่วยเหลือตนเอง ครอบครัวเกี่ยวหนุน ชุมชนช่วยเหลือทั้งเอกชน รัฐและสังคมก็ควรเกี่ยวหนุนด้วยเช่นกัน

2.8.3 นโยบายของรัฐบาลไทยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ระดับการพัฒนาที่ผ่านมาและการสนองตอบนโยบายด้านประชากรสูงอายุในสมัยรัฐบาล ฯพล ฯ นายกรัฐมนตรี นพอนันท์ ปันยารชุน (พ.ศ. 2535-2535) ได้มีการกำหนดนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาว (พ.ศ. 2525 – 2545) ซึ่งประกอบด้วย มาตรการ 5 ประการ คือ การให้บริการ การเรียนรู้ การปรับตัว การดูแลสุขภาพอนามัย การจัดสวัสดิการสังคม การให้การสงเคราะห์ด้านต่าง ๆ การให้ผู้สูงอายุทำงานตามกำลังและความถนัด การส่งเสริมลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวแบบสังคมไทยดั้งเดิม การสนับสนุนในสถาบันการศึกษาให้เข้าไปมีบทบาททางวัฒนธรรมเป็นที่พึงพอใจ ส่งเสริมให้ชุมชนและภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทสำคัญในการจัดสวัสดิการและบริการแก่ผู้สูงอายุ การจัดเก็บข้อมูลพื้นฐานและส่งเสริมการวิจัยประเมินผลเกี่ยวกับผู้สูงอายุจากนโยบายและมาตรการผู้สูงอายุระยะยาว (2535 – 2554) ฉะนั้นนับเป็นนโยบายและมาตรการที่ดี แต่จุดอ่อนของนโยบายและมาตรการก็คือ ความไม่ชัดเจนในการมอบหมายงานในหน่วยงานที่รับผิดชอบ มีกรอบระยะเวลาที่นานเกินไป และความซ้ำซ้อนในการทำงานของแต่ละหน่วยงานที่รับผิดชอบทำให้ยุ่งยากต่อการปฏิบัติ ทั้งในแง่งบประมาณและการบริการบุคลากร เป็นต้น ทำให้เป็นอุปสรรคและไม่เกิดผลดีต่อการปฏิบัติงาน จึงนับเป็นจุดอ่อนที่ควรได้รับการปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาต่อไป

อย่างไรก็ตามในสมัยรัฐบาล ฯพณฯ นายกรัฐมนตรี นายชวน หลีกภัย (พ.ศ. 2535) นายบรรหาร ศิลปอาชา (พ.ศ. 2538) พลเอกชวลิต ยงใจยุทธ (พ.ศ. 2538) ได้มีนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุในด้านการดูแลและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข การมีเป้าหมายที่จะให้ประชาชนในประเทศมีสุขภาพอนามัยดีถ้วนหน้า ในปี พ.ศ. 2543 ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักทางสังคม รัฐบาลจึงมุ่งส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยเน้นวัยผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องจึงจัดให้มีการส่งเสริมสุขภาพอนามัย และสวัสดิภาพของผู้สูงอายุส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีบทบาท และมีคุณค่าถ่ายทอดความรู้หรือประสบการณ์ที่ผู้สูงอายุได้สั่งสมมาตลอดชีวิต โดยเฉพาะความรู้ด้านวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมคุณธรรม จริยธรรม เพราะหากมีการถ่ายทอดและรับไว้ได้อย่างเหมาะสมย่อมทำให้ได้รับประโยชน์จากผู้สูงอายุ เป็นการเพิ่มบทบาทผู้สูงอายุให้กับครอบครัวและสังคมอีกด้วย ทั้งยังส่งเสริมให้ชุมชนและสังคมมีบทบาทร่วมมือในการพัฒนาและช่วยเหลือผู้สูงอายุทั้งในเมืองหรือชนบทเพื่อให้ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีค่า มีศักดิ์ศรีมีความสำคัญและมีส่วนร่วมในการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของชาติ (ไสว พราหมณ์ , 2538 แนวนโยบายฉบับนี้เป็นนโยบายที่มีการสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีบทบาทในการดูแลรับผิดชอบผู้สูงอายุ ซึ่งนับว่าเป็นครั้งแรก แต่หน้าที่ภาระงานที่รับผิดชอบคือกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงคมนาคม และสำนักนายกรัฐมนตรี จากจุดนี้ทำให้ผู้วิจัยเห็นว่า เมื่อมีหลายกระทรวงรับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุย่อมทำให้เกิดความซ้ำซ้อนในงาน ทำให้สิ้นเปลืองงบประมาณ และอาจก่อให้เกิดการเปรียบเทียบโครงการที่มีความซ้ำซ้อนกันแต่ใช้งบประมาณที่แตกต่างกัน ผลงานไม่แตกต่างกันเหล่านี้ย่อมเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ข้อขัดแย้งทางสังคมได้ ในจุดนี้แม้ว่าผู้วิจัยจะมีได้นำไปวิเคราะห์ แต่ก็ใคร่เสนอว่าควรที่จะมอบหมายงานหน่วยงานหลักที่สามารถรับผิดชอบเฉพาะ เพื่อลดขั้นตอน และสามารถนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นจริง และในทิศทางเดียวกันได้ในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุของไทย มีหน่วยงานที่รับผิดชอบอยู่ในสังกัดหลายกระทรวง ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุไว้ 4 ด้าน คือ 1) การป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ ได้มีการสนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ มีเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ให้ความรู้ ด้านการสุขศึกษา โดยให้การสนับสนุนทั้งโรงพยาบาลของรัฐ และเอกชน ให้บริการด้านสุขศึกษาแก่ผู้สูงอายุ 2) ให้การรักษาและฟื้นฟูสุขภาพสนับสนุนให้ โรงพยาบาลในจังหวัดต่าง ๆ เปิดคลินิกผู้สูงอายุ และให้บริการรักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษในโรงพยาบาลต่าง ๆ 3) ด้านสาธารณสุขมูลฐานสนับสนุนให้มีการจัดตั้งกลุ่มผู้สูงอายุในหมู่บ้าน และฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขกับผู้ที่ชื่อว่าสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ 4) สนับสนุนการฝึกอบรม บุคลากรทางการแพทยการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ จึงสรุป

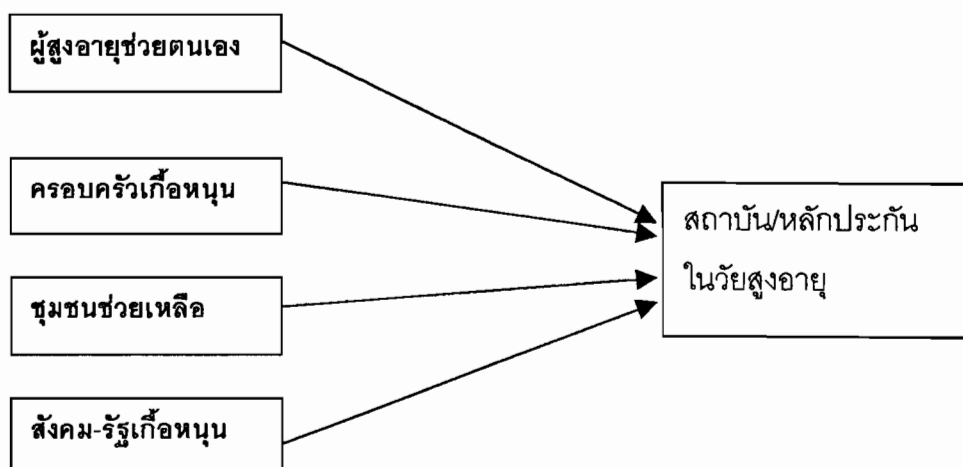
ระเค้นการพัฒนาที่ผ่านมาและการตอบสนองด้านประชากรสูงอายุเมื่อนำมาประกอบการพิจารณา นโยบายของรัฐในทุกรัฐบาลที่กล่าวมาและถือเอานโยบายและมาตรการหลักแผนระยะยาวแห่งชาติ สำหรับบริการผู้สูงอายุ (2525-2545) จะเห็นชัดเจนว่าการดำเนินงาน เพื่อตอบสนองนโยบายและ มาตรการหลักต่าง ๆ ยังไม่บรรลุเป้าหมายและยังมีหลายประการที่มีความล่าช้า ซึ่งจะเห็นได้จากผล การวิเคราะห์ระดับการตอบสนองต่อนโยบายรัฐ มาตรการ สำหรับผู้สูงอายุของรัฐบาลสมัย นายอานันท์ ปันยารชุน (2534 – 2535) นายชวน หลีกภัย (2535) นายบรรหาร ศิลปอาชา (2538) พลเอกชวลิต ยงใจยุทธ (2538) ของคณะทำงานแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ฉบับที่ 2 และ คณะการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุ (2542) ร่างแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) สำนักนายกรัฐมนตรีที่ปรากฏเห็นได้ชัดไม่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุเช่น การ ขยายบริการพื้นฐานและสวัสดิการ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ด้อยโอกาสทั้งในด้านสุขภาพอนามัย สังคม และสาธารณสุข โภค สาธารณูปการ ซึ่งยังจัดได้ไม่เพียงพอในทุกสมัยของรัฐบาล โดยเฉพาะการออก กฎหมาย ซึ่งเริ่มข้อบังคับเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพและสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งเริ่มมาถึงตั้งแต่รัฐบาล สมัย ฯพณฯ นายอานันท์ ปันยารชุน จนถึงปัจจุบันก็ยังไม่เสร็จสิ้นและไม่ตอบสนองความก้าว หน้าของผู้สูงอายุเป็นต้น

ส่วนในทุกสมัยของรัฐบาลคงที่ยกมาที่สามารถตอบสนองและดำเนินการได้บ้าง เช่นการ สร้างหลักประกันสำหรับบริการสุขภาพและให้การสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุ สมัยนายกรัฐมนตรี อานันท์ ปันยารชุน การดูแลความเป็นอยู่ให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ สมัย นายชวน หลีกภัย การสนับสนุนการสร้างระบบประกันสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสาธารณสุขในสมัย นายบรรหาร ศิลปอาชา และในทุกสมัยรัฐบาลที่จัดกิจกรรมแล้วตอบสนองผู้สูงอายุได้บ้าง เช่นการ สนับสนุนให้การศึกษา ส่งเสริมและเปิดโอกาสในการทำงานตามความถนัด การจัดกิจกรรมให้ ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม สนับสนุนองค์กรทางศาสนาในการเผยแพร่คำสอน เป็นที่พึ่งทางจิตใจสำหรับ ผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้มีการผลิตบุคลากร และพัฒนาบุคลากรสำหรับดูแลรักษาและการให้ บริการแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งให้มีการจัดเก็บข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุตลอดจนส่งเสริมสนับสนุน ให้มีการศึกษาวิจัยติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ จึงเห็นได้ว่าไทยยังไม่ประสบผลสำเร็จ ในด้านการกำหนดนโยบาย มาตรการต่าง ๆ รวมทั้งกฎหมายด้านการจัดบริการสุขภาพและ สวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ

2.8.4 แนวคิดพื้นฐานการจัดทำแผนผู้สูงอายุระยะยาว คณะกรรมการส่งเสริม และประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี (2543) แนวคิดพื้นฐานนี้กำหนดขึ้นเพื่อ ประโยชน์ในการกำหนดทิศทางกรอบและประเด็นต่าง ๆ ที่ต้องระบุไว้ในแผนระยะยาวซึ่งประกอบด้วย ปรัชญา วิสัยทัศน์และวัตถุประสงค์ตามลำดับ ที่ต้องมีเพื่อให้มีการดำเนินการตามแผน

ยุทธศาสตร์ ให้เป็นไปได้อย่างเหมาะสมของสังคมไทย ซึ่งในแนวคิดด้านปรัชญาการสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุ เป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคมต้องมีการกระทำตามลำดับคือ 1) ประชากรช่วยตนเอง 2) ครอบครัวเกื้อหนุน 3) ชุมชนช่วยเหลือ 4) สังคม-รัฐเกื้อหนุน โดยผสมผสานกันดำเนินการตามช่วงเวลาที่เหมาะสมผู้สูงอายุมีคุณค่า และศักยภาพสมควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้มีส่วนร่วมอันเป็นประโยชน์ต่อสังคมผู้สูงอายุมีศักดิ์ศรีและสมควรดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนได้อย่างมีคุณภาพที่สมเหตุสมผลและสมวัย และแนวคิดที่สำคัญคือผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ใช่บุคคลด้อยโอกาส หรือเป็นภาระต่อสังคมและถึงแม้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งจะประสบความทุกข์ยาก และต้องการการเกื้อหนุนจากสังคมและรัฐแต่เป็นบางช่วงเวลาของวัยสูงอายุเท่านั้น วิสัยทัศน์ ประชากรผู้สูงอายุมีสถานะที่ดี อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมมีหลักประกันที่มั่นคงได้รับสวัสดิการและการบริการที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ส่วนใหญ่ดำรงอยู่ในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง ครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ การดำเนินการต่าง ๆ จะต้องมุ่งสู่สถาบันหลักทั้งสอง เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้สามารถเกื้อหนุนแก่ผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพที่พอเหมาะพอควร ส่วนในด้านระบบสวัสดิการ และการบริการจะต้องสามารถรองรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดำรงอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพที่สมเหตุสมผล และรัฐจะต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้เอกชนเข้ามีส่วนร่วมในระบบบริการโดยมีการกำกับ เพื่อการคุ้มครองผู้สูงอายุในฐานะผู้บริโภค ในด้านวัตถุประสงค์ที่สนับสนุนแนวคิดตามแนวปรัชญาและวิสัยทัศน์ที่กล่าวไว้คือ 1) ก็เพื่อสร้างจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคมและสมควรส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด 2) เพื่อให้ประชากรทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ 3) เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีพึ่งตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตและมีหลักประกัน 4) เพื่อให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน องค์กรของรัฐและเอกชนมีส่วนร่วมในการกิจด้านผู้สูงอายุต้องตระหนักว่าเป็นการพัฒนาความมั่นคงของสังคมโดยรวม และเป็นภารกิจขององค์กร และ 5) เพื่อให้มีกรอบและแนวทางปฏิบัติสำหรับส่วนต่าง ๆ ในสังคมทั้งภาคประชาชนชุมชนองค์กรภาครัฐและเอกชนที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้ปฏิบัติงานอย่างประสานและสอดคล้องกัน

จากแนวคิดพื้นฐานการจัดทำแผนผู้สูงอายุระยะยาวชี้ให้เห็นถึงแนวการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัธยาศัยและให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ตามมาตราที่ 54 และมาตราที่ 80 ที่กล่าวถึงการที่บุคคลมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือและการคุ้มครองจากรัฐด้วยความเสมอภาคได้นั้น จะต้องได้รับการคุ้มครองที่เป็นหลักประกันอยู่ 4 ประการคือ ประชากรผู้สูงอายุช่วยตนเอง ผู้สูงอายุมีสถาบันครอบครัวเกื้อหนุน ชุมชนช่วยเหลือและสังคม-รัฐเกื้อหนุนดังแผนภาพที่ 12

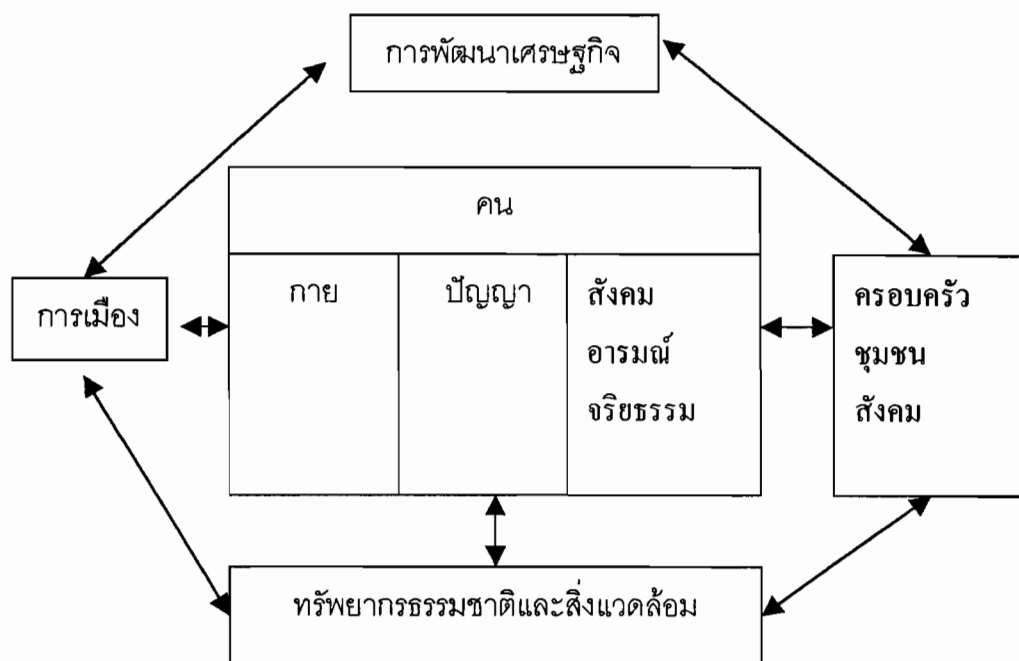


แผนภาพที่ 12 แนวคิดรูปแบบการสร้างหลักประกันความมั่นคงในวัยสูงอายุตามกรอบแนวคิดพื้นฐานการจัดทำแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

ด้านยุทธศาสตร์แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540-2544) สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2542) เป็นความสัมพันธ์เชิงคาดหวัง การพัฒนาสุขภาพคือภาพลักษณ์สุขภาพของคนไทยในอนาคต ได้กำหนดภาพลักษณ์สุขภาพของคนไทยที่พึงประสงค์ตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิในครรภ์มารดาจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิตไว้เป็นกรอบของการพัฒนาด้านสาธารณสุขดังนี้คนไทยทุกคน ไม่จำกัดเรื่อง เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา ถิ่นที่อยู่ เชื้อชาติทั้งมิติทางกาย ทางจิตใจ และทางสังคมไทย

(1) เกิดและเติบโตขึ้นในครอบครัวที่มีความพร้อมและอบอุ่น (2) ได้รับการพัฒนาทั้งทางกาย ทางใจ และสติปัญญา ดีพอที่จะปรับตัวและอยู่ในโลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สามารถตัดสินใจในการบริโภคและมีพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี มีจิตใจสบาย สงบ 3) มีหลักประกันและสามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพที่สมเหตุสมผล สะดวกคุณภาพดีโดยมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมและเป็นธรรม 4) อยู่ในชุมชนที่เข้มแข็ง มีการรวมพลังและมีความรับผิดชอบร่วมกันในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะเด็กผู้สูงอายุผู้ด้อยโอกาสและผู้บริการ 5) ดำรงชีวิตและประกอบอาชีพอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีและปลอดภัย 6) มีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพไม่เจ็บป่วยอย่างไม่สมเหตุสมผล และตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

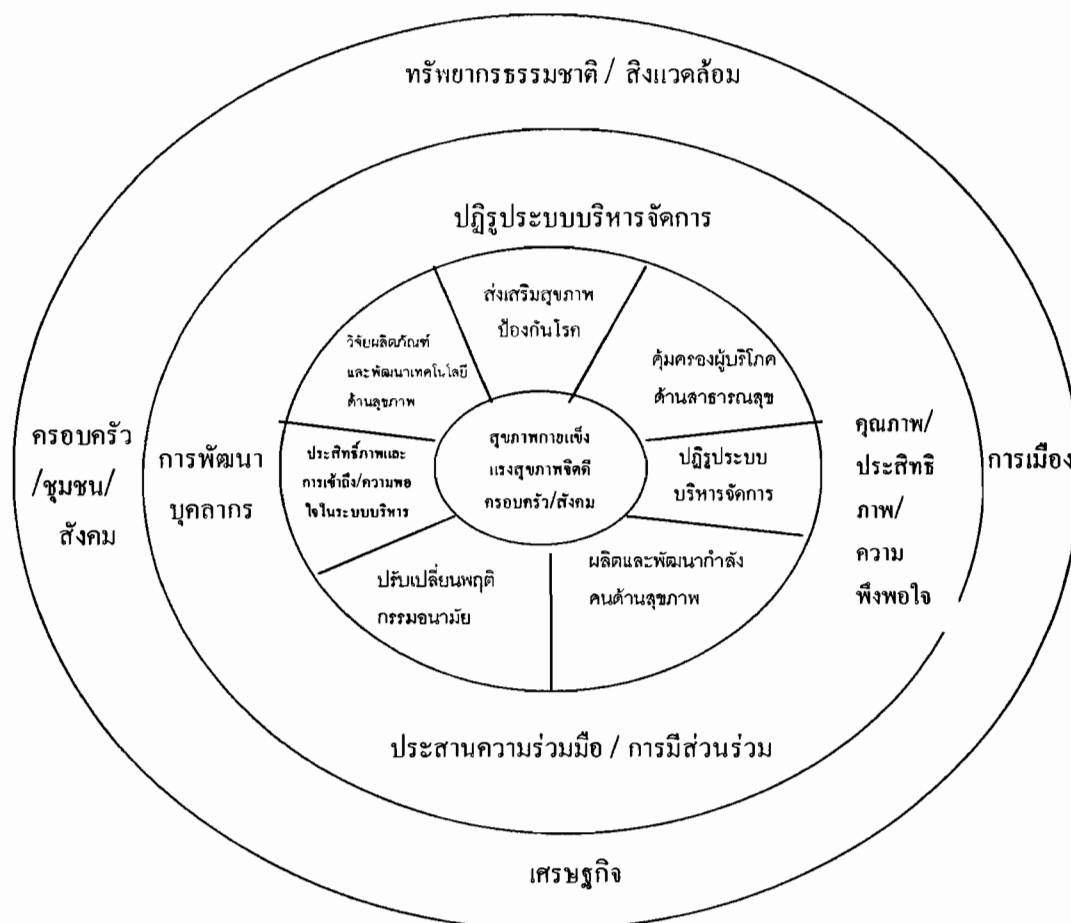
จากแนวคิดคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 กำหนดให้คนเป็นปัจจัยชี้ขาดความสำเร็จของการพัฒนาในทุกเรื่อง การพัฒนาสุขภาพของคนนับเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาศักยภาพของคน ดังแผนภาพที่ 13



แผนภาพที่ 13 ปรัชญาใหม่ ; คน คือจุดมุ่งหมายของการพัฒนา
แหล่งที่มา สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2542)

จากแนวคิดการยึดคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี ไทยได้กำหนดไว้ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขด้วย ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540-2544) คือ 1) ประชาชนมีความรู้ทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและมีพฤติกรรมอนามัยที่เหมาะสมสำหรับบุคคลและครอบครัว 2) ภาวะการเจ็บป่วยและตายด้วยโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงและโรคที่ป้องกันได้ลดลง 3) ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพและได้มาตรฐานอย่างเป็นธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ด้อยโอกาสและผู้พิการ 4) ประชาชนได้รับการคุ้มครองด้านการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพได้มาตรฐานและความปลอดภัยโดยมีองค์ความรู้และพฤติกรรมในการเลือกใช้และบริโภคที่เหมาะสม 5) ประชาชนได้รับการคุ้มครองให้มีคุณภาพสิ่งแวดล้อมและปลอดภัยต่อวิถีการดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ 6) องค์กรชุมชนสามารถดูแลรับผิดชอบสุขภาพอนามัยของคนในชุมชนอย่างเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ 7) ครอบครัวมีความพร้อมด้านสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งหญิงมีครรภ์และเด็ก ได้รับการดูแลสุขภาพอนามัยอย่างมีคุณภาพ 8) ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงตามวัยและดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ 9) คนไทยเป็นผู้นำด้านสุขภาพในภูมิภาคนี้

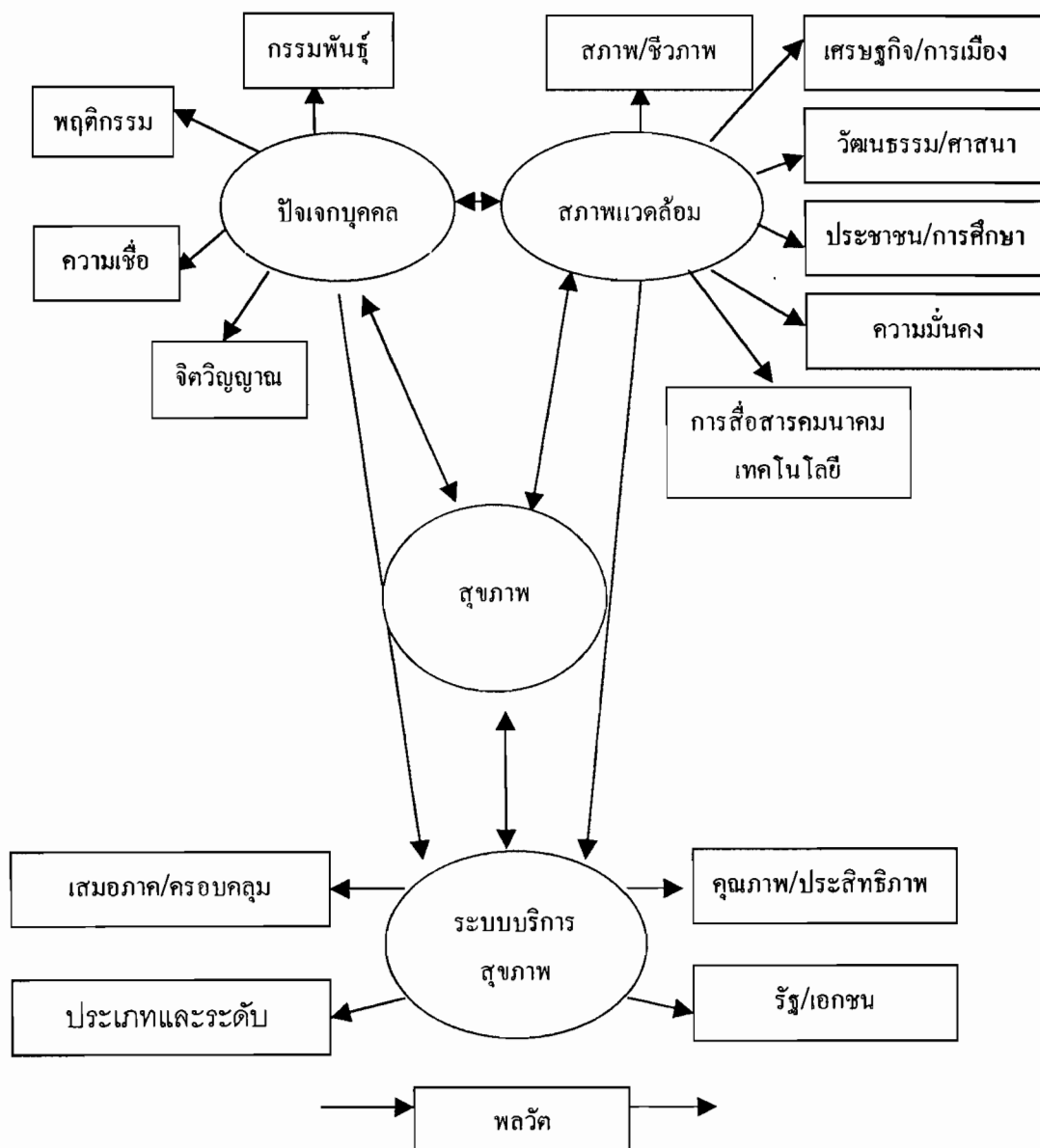
จากภาพลักษณ์สุขภาพคนไทยที่พึงประสงค์ และวัตถุประสงค์ของแผนพัฒนาการสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544) ตามที่ได้นำเสนอมานี้มีความสอดคล้องกันในการกำหนดทิศทางการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในทุกกลุ่มอายุ เพื่อให้คุณภาพชีวิตคนไทยมีความปกติสุขทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม โดยมีปัจจัยที่ส่งเสริมและช่วยให้เกิดผลคือ ปัจจัยด้านบุคคลรัฐจักดูแลและสุขภาพตนเองพึงตนเอง ครอบครัวยุคใหม่ให้การเกื้อหนุนชุมชนและสังคมร่วมกันจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม และร่วมกันรับผิดชอบการส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกในชุมชน แนวคิดดังกล่าวนี้ผู้วิจัยจะนำไปพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยด้วยเช่นกันดังแสดงในภาพรวมยุทธศาสตร์ในการพัฒนาสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544) ดังนี้ดังแผนภาพที่ 14



แผนภาพที่ 14 ยุทธศาสตร์การพัฒนาสาธารณสุขในช่วง แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) กระทรวงสาธารณสุข

แหล่งที่มา สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุขและกองสาธารณสุขต่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข (2542)

2.8.5 แนวโน้มของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2542) ได้กล่าวถึงแนวโน้มของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพว่าสุขภาพมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับปัจจัยต่าง ๆ มากมาย ดังนั้นการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของไทยจึงต้องวิเคราะห์จากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยต่าง ๆ ทั้งปัจจัยด้านปัจเจกบุคคลและทางด้านสภาพแวดล้อม ทุกมิติที่จะกระทบต่อปัญหาสุขภาพ รวมทั้งระบบบริการสุขภาพด้วยดังแผนภาพที่ 15



แผนภาพที่ 15 ความเชื่อมโยงและพลวัตที่เกี่ยวกับสุขภาพ
แหล่งที่มา สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2542)

จากแผนภูมิแสดงการเชื่อมโยงและพลวัตที่เกี่ยวกับสุขภาพ เป็นจุดเน้นสำคัญที่ชี้ให้เห็นถึง ปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์ระหว่างกันและกันที่ทำให้เกิดการพัฒนาด้านสุขภาพทั้งปัจจัย ด้านปัจเจกบุคคล สภาพแวดล้อม และระบบบริการสุขภาพ ดังนั้น การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจึง ควรวิเคราะห์จากการเปลี่ยนแปลงของแต่ละปัจจัยที่เชื่อมโยงเป็นการแสดงซึ่งกันและกัน ซึ่งผู้วิจัย จะนำไปพัฒนาเป็นกรอบของการวิจัย ที่ผสมผสานกับปัจจัยหลักด้วย เช่นกัน

ในด้านการบริการสาธารณสุขของไทยเป็นปัจจัยสำคัญ ที่เกี่ยวข้องการพัฒนาสุขภาพ โดย แบ่งตามระดับการให้บริการ (level of care) มีระดับ (สำนักรนโยบายและแผนสาธารณสุขต่าง ประเทศ 2542) คือ 1) การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ในระดับครอบครัว (self care level) หมายถึง การพัฒนาศักยภาพ ให้ประชาชน สามารถดูแลสุขภาพด้านตนเอง รวมถึงการตัดสินใจในเรื่อง เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยอันได้แก่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และ การฟื้นฟูสุขภาพ 2) การบริการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health care level) หมายถึง การ บริการสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยประชาชนเอง และสามารถจัดทำได้ในระดับชุมชน เป็นงาน ผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ ที่สอดคล้อง กับวัฒนธรรมและความต้องการของชุมชน 3) การบริการสาธารณสุขระดับ (Primary care level)

เป็นการจัดบริการด้วยการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการ โดยเป็นหน้าที่ สาธารณสุข ต่าง ๆ และแพทย์ เช่น สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) สถานอนามัย (สอ) ศูนย์สาธารณสุข ของเทศบาล แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งรัฐและเอกชนทุกระดับ ตลอดจน คลินิกเอกชน 4) การจัดบริการสาธารณสุขระดับกลาง (Secondary care level) เช่น จัดบริการ โรงพยาบาลชุมชน (สพช) โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลขนาดใหญ่อื่น ๆ ของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น 5) การจัดบริการสาธารณสุขระดับสูง การจัดบริการที่ต้องอาศัย แพทย์สาธารณสุขและผู้เชี่ยวชาญพิเศษ เช่น ในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาล มหาวิทยาลัย และ โรงพยาบาลใหญ่ ๆ เป็นต้น

โดยสรุปก็คือระดับ การให้บริการสาธารณสุขไทย จะเริ่ม จากการดูแลสุขภาพตนเองระดับ ครอบครัว (self care) ระดับในหมู่บ้าน อสม. (ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน) ระดับตำบล (สถานี อนามัย , สถานบริการสาธารณสุขชุมชน) ระดับอำเภอ (รพ.ชุมชน / รพ.เอกชนเล็ก / ศูนย์บริการ สาธารณสุขเทศบาล กทม. และคลินิกเอกชน และระดับจังหวัด) ดังนั้น การวิเคราะห์ ระบบ บริการสุขภาพ จึงวิเคราะห์ การบริการที่มีความสามารถเสมอภาค บริการได้ครอบคลุม ทุกกลุ่มอายุ อย่างทั่วถึงประเภทและระดับบริการดังที่กล่าวมา จัดบริการโดยรัฐ หรือเอกชน การบริการมีระดับ คุณภาพ และประสิทธิภาพเพียงใด จากการจัดระดับบริการสาธารณสุข ที่ผ่านมามพบว่า ปัญหา ระบบสาธารณสุขไทยยังมีมาก ที่สำคัญ คือ 1) ปัญหาความไม่เป็นธรรม ในด้านการบริการทางการ

แพทย์และสาธารณสุข มี 4 ด้าน คือ ความไม่เป็นธรรมในการกระจายทรัพยากรสาธารณสุข ความไม่เป็นธรรมในการให้บริการ ความไม่เป็นธรรมของสถานสุขภาพ ความไม่เป็นธรรมในการรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ 2) ปัญหาประสิทธิภาพของระบบบริการสาธารณสุข 2 ด้าน คือ ปัญหาประสิทธิภาพบริการสาธารณสุข ปัญหาประสิทธิภาพการลงทุนด้านเตรียมพยาบาล 3) ปัญหาสุขภาพของระบบบริการ และคุณภาพมาตรฐานของการให้บริการ ยังขาดระบบการกำกับและตรวจสอบคุณภาพ ก่อให้เกิดด้านไม่พึงพอใจ ของผู้ใช้บริการ 4) ปัญหาการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยในยามฉุกเฉิน 5) ความครอบคลุมในหลักประกันสุขภาพ ซึ่งในระบบประกันสุขภาพ ผู้สูงอายุ ริเริ่มจัดเมื่อปี พ.ศ. 2535 และในปี พ.ศ. 2541 จัดได้ครอบคลุมเพียง ร้อยละ 5.5 เท่านั้น (สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2542) การจัดระบบบริการสุขภาพ เกี่ยวข้องกับระบบเศรษฐกิจอย่างไร สำนักงานประกันสุขภาพอธิบายไว้ว่า สุขภาพตามความหมายขององค์การอนามัยโลก หมายถึงภาวะปกติสมบูรณ์ทั้งมิติทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมมิใช่เพียงแต่ปราศจาก โรค หรือ ตามบริการ เท่านั้น ภาวะสุขภาพยังมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับปัจจัย ด้านสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจสังคม กายภาพชีวภาพ ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล และปัจจัย ด้านระบบบริการสาธารณสุข ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพกับเศรษฐกิจนั้น พบว่าสภาวะสุขภาพทั่วไปไม่ว่าจะด้วย อายุเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด การตายของทารกการตายของมารดา หรือแม้จะวัดด้วยดัชนีภาวะโรค (diseases burden) เราก็จะพบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะเศรษฐกิจ คือรายได้ดีขึ้น สุขภาพก็จะดีขึ้น แต่ก็เป็นความสัมพันธ์ในลักษณะที่เรียกว่าเป็นไปตาม “law of diminishing return” คือสุขภาพจะดี เมื่อรายได้ดีขึ้น ถึงระดับหนึ่ง เท่านั้น ต่อจากนั้นแม้รายได้ดีขึ้น มากเท่าไร สุขภาพก็ไม่ดีขึ้นมาก ซึ่งได้อธิบายเพิ่มเติมว่า อันนี้เป็นไปด้วยหลักธรรมชาติ คือ มันมีข้อจำกัด เพราะยังง มนุษย์ก็ยิ่งป่วยและตายไปที่สุด

2.8.6 มาตรฐานสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุ กรมอนามัยโดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ (2545) ได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐาน ผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 8 (2540-2544) และฉบับที่ 9 (2545-2549) ไว้ดังนี้

1. มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ

1.1 สุขภาพกายที่พึงประสงค์ คือปราศจากประวัติและอาการของโรคต่าง ๆ ดังนี้

(1) โรคสามารถควบคุมได้ ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา โรคหัวใจขาดเลือด โรคมะเร็ง โรคเส้นเลือดในสมองอุดตัน โรคไตเสื่อม โรคเอดส์ วัณโรค

(2) โรคสามารถควบคุมได้ ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา โรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมได้ให้อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่า 150/90 mm Hg โรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับที่น้ำตาลได้ให้อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่า 150 mg ในเลือด 1 เดซิลิตร

1.2 สุขภาพจิตดี เกณฑ์สุขภาพด้านจิตใจดี

- (1) เข้าร่วมกิจกรรมครอบครัว/ชุมชน เป็นประจำ
- (2) ไม่มีปัญหาด้านอารมณ์ ไม่ต้องปรึกษาแพทย์
- (3) รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า (รู้ด้วยตนเอง)
- (4) รู้สึกว่าตนเองไม่ได้ถูกทอดทิ้ง

2. มีฟันถาวรที่ใช้ได้อย่างน้อย 20 ซี่

ฟันถาวรที่ใช้งานได้คือฟันที่อยู่ในสภาพดี สามารถใช้งานได้และไม่เป็นโรคจนไม่สามารถเก็บรักษาได้ ได้แก่

- (1) ฟันต้องไม่เหลือน้อยจนไม่สามารถบูรณะใช้การได้
- (2) ฟันต้องไม่ถูกลามทะลุโพรงประเทฟฟัน จนไม่สามารถรักษาครอบรากฟันได้
- (3) ฟันต้องไม่ผุจนเหลือแต่ราก
- (4) ฟันต้องไม่โยกจากปริทันต์เก็บไว้ไม่ได้

2. ดัชนีมวลกาย

นิยาม ดัชนีมวลกาย (body mass index) (BM.) เป็นมาตรการที่ใช้ประเมินภาวะอ้วนผอม ให้ผู้ใหญ่ตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไปทุกคนสามารถกระทำได้ด้วยตนเองโดยการชั่งน้ำหนักตัวเป็น กิโลกรัมและส่วนสูงเป็นเมตร แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีมวลกายดังนี้

น้ำหนักค่าเป็นกิโลกรัม

(ส่วนสูงเป็นเมตร)²

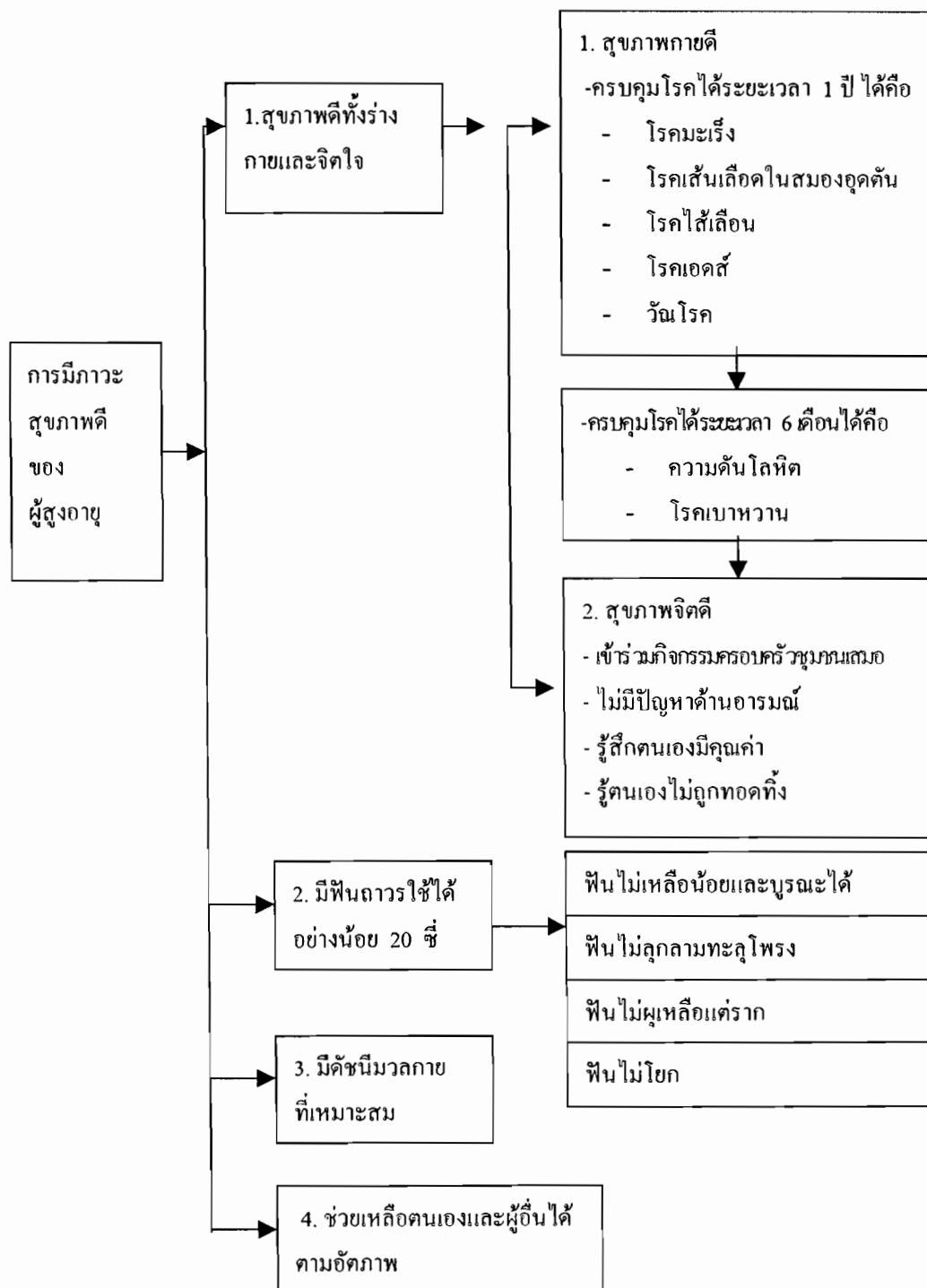
1. น้ำหนักปกติ มีค่าอยู่ระหว่าง 18.5 – 27.9 กิโลกรัม (กก./ม.)
2. ผอม น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ มีค่าต่ำกว่า 18.5 กก./ม
3. น้ำหนักเกินมาตรฐาน มีค่าระหว่าง 25-29.5 กก./ม.
4. โรคอ้วน มีค่าตั้งแต่ 30 กก./ม. ขึ้นไป

4. ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตรภาพ

ปฏิบัติการภารกิจประจำวันได้สามารถเดินทางไปนอกบ้านด้วยตนเองตามต้องการ และกลับถึงบ้านได้อย่างถูกต้องสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ตามอัตรภาพ

มาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ที่กล่าวมานี้ผู้วิจัยจะนำไปใช้ในการกำหนดกรอบการวิจัย เพื่อเป็นตัวแปรที่ศึกษาวิเคราะห์ผล (effect) และใช้เกณฑ์ในการพิจารณาผลการพัฒนาสุขภาพพลานามัยที่ดีที่พึงประสงค์แก่ผู้สูงอายุ

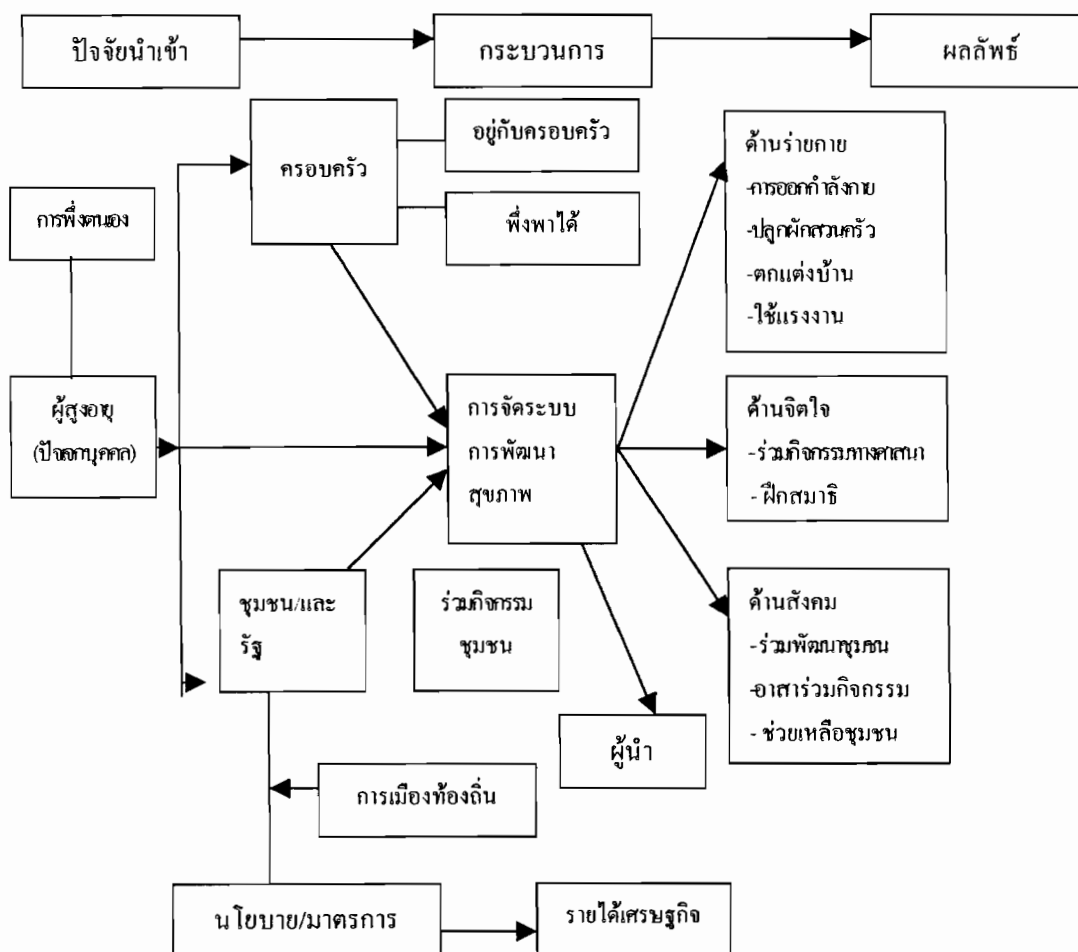
การวิเคราะห์มาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ของกรมอนามัย โดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2545)



แผนภาพที่ 16 ผลการวิเคราะห์มาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัย

2.8.7 ผลการวิเคราะห์แนวคิดรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus group) และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Indepth Interview)

จากผลการศึกษาที่ได้จากการสนทนากลุ่มผู้สูงอายุทั้ง 3 จังหวัด จำนวน 45 คนแล้ว พบว่าผู้สูงอายุได้แสดงความคิดเห็นที่สอดคล้องกันในหลายประเด็นรวมทั้งปัจจัยสำคัญคือตัวผู้สูงอายุเอง (ปัจเจกบุคคล) ควรพึ่งตัวเองได้ และจะเป็นสุขมากเมื่อได้อยู่กับครอบครัวได้พึ่งพาครอบครัวได้อาศัยซึ่งกันและกันให้ความช่วยเหลือกัน นอกจากนี้ยังเห็นว่าชุมชนควรมีบทบาทการจัดการบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุได้เช่นให้มีผู้นำการออกกำลังกาย ในด้านการจัดการบริการสุขภาพ เพื่อการพัฒนาสุขภาพที่ดี ให้ความสำคัญการพัฒนาด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม เช่นเดียวกันเช่นการพัฒนาทางด้านร่างกาย โดยการใช้แรงงานโดยปลูกพืชผักสวนครัว ตกแต่งบ้าน ในด้านจิตใจก็ให้ปฏิบัติตนที่ดีตามหลักศาสนา และในด้านสังคมก็ร่วมกันพัฒนาสังคมเป็นอาสาพัฒนาหมู่บ้านช่วยเหลือชุมชนดังแผนภาพที่ 17



แผนภาพที่ 17 ผลการวิเคราะห์แนวคิดรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus group) และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

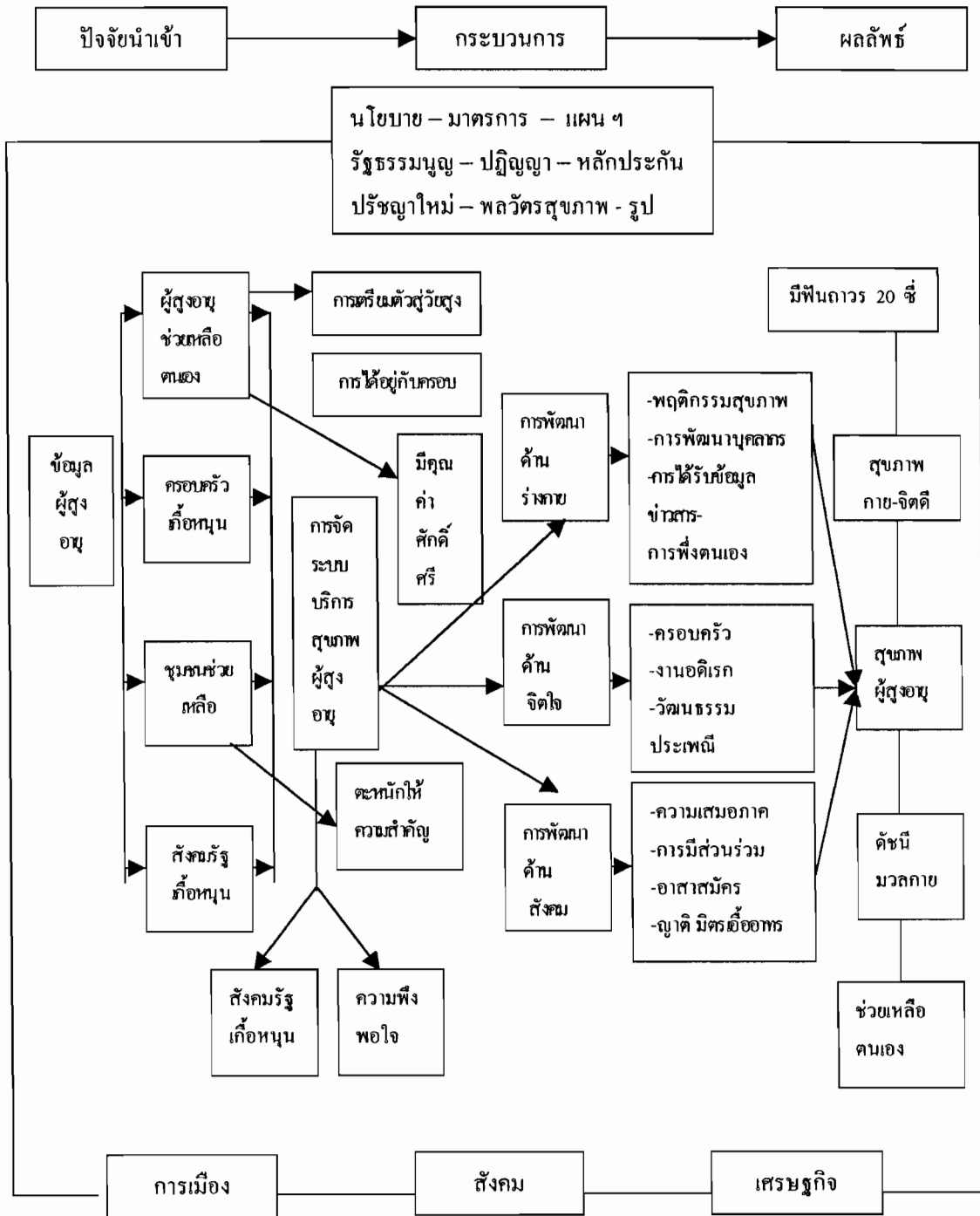
2.8.8 ผลการวิเคราะห์แนวคิดการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย

จากการวิเคราะห์แนวคิดพื้นฐานของไทยที่ได้ตระหนักและให้ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2496 แล้วได้วิวัฒนาการมาตามลำดับโดยในระยะแรกได้มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขและกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทยได้ก่อตั้งสถานสงเคราะห์คนชราได้ ก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุ เมื่อปี พ.ศ.2505 ได้เปิดศูนย์บริการคนชราและได้เริ่มแต่งตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2522 ครั้นต่อมาเมื่อปี พ.ศ. 2524 ไทยได้เข้าร่วมประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ รัฐบาลจึงได้เริ่มจัดทำแผนพัฒนา ผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2525 เป็นต้นมา โดยมีแนวคิดที่จะดำเนินการคือ 1) สังคมไทยควรตอบสนองคุณผู้สูงอายุ 2) ผู้สูงอายุควรได้อยู่ร่วมกับครอบครัวที่อบอุ่น 3) ส่งเสริมการมีบทบาทการมีส่วนร่วมในสังคม 4) ให้มีการเตรียมเข้าสู่ผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ 5) ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ควรได้รับการคุ้มครองจากสังคม และ 6) ผู้สูงอายุควรได้รับข้อมูลข่าวสาร

จากแนวคิดพื้นฐานดังกล่าวรัฐบาลไทยได้มอบหมายให้คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติจัดทำแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ (2525-2545) โดยสาระสำคัญของแผนได้กล่าวถึง การดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพอนามัย และส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพ การป้องกัน การรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพส่งเสริมการให้การศึกษาข้อมูลข่าวสารด้านโภชนาการ การออกกำลังกายรูปแบบต่าง ๆ การประกอบอาชีพ ในด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้สร้างค่านิยมในคุณค่าภูมิปัญญาผู้สูงอายุในด้านความมั่นคงทางรายได้ ก็เปิดโอกาสให้ประกอบอาชีพตามความถนัด ที่เหมาะสมกับวัยและด้านสวัสดิการก็จัดระบบกฎหมายประกันสังคมและสวัสดิการการสงเคราะห์ แผนระยะยาวฉบับนี้ ได้ใช้ระยะเวลายาวนานคณะกรรมการจึงเห็นชอบในหลักการเมื่อปี พ.ศ. 2530 และรัฐบาลไทยทุกคณะที่เข้ามาบริหารประเทศได้มีส่วนส่งเสริมแผนระยะยาวฉบับนี้ มากน้อยต่างกันโดยเริ่มดำเนินการมาอย่างจริงจัง ตั้งแต่คณะรัฐบาลของ นายกรัฐมนตรีนายอานันท์ ปันยารชุน (2534) นายชวน หลีกภัย (2535) นายบรรหา ศิลปอาชา (2538) พลเอกชวลิต ยงใจยุทธ (2538) คณะรัฐบาลที่กล่าวมานี้ได้กำหนดนโยบายและแนวดำเนินการใน 4 รูปแบบคือ นโยบายมาตรการทางสังคม นโยบาย มาตรการทางเศรษฐกิจ นโยบายมาตรการการจัดบริการและสวัสดิการสังคม ซึ่งมีรูปแบบการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ดังได้แสดงในการวิเคราะห์ในภาพรวมแล้ว

และเมื่อศึกษาแนวคิดการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่าประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2496 จากการจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชราขึ้นเป็นแห่งแรก ต่อมาก็มีการจัดทำแผนบริการสุขภาพผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2533 จัดทำกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ จัดทำแผนระยะยาว ฉบับที่ 1 - 2 รัฐธรรมนูญไทย (2540) ได้กล่าวถึงครอบครัว ชุมชนรัฐ สงเคราะห์คนชรา ผู้ด้อยโอกาสและให้พึ่งตนเองได้ นอกจากนี้ได้มีปฏิญญาผู้สูงอายุไทย (2542) ได้กล่าวถึงผู้สูงอายุควรได้รับปัจจัยพื้นฐานดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ได้รับความเอื้ออาทร จากครอบครัว มีโอกาสรับการศึกษาและข่าวสารด้านผู้สูงอายุ มีโอกาสใช้แรงงานได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรม มีบทบาทและมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวชุมชนและสังคม รัฐโดยการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน ชุมชนและสถาบันสังคมตามกฎหมายหลักประกันคุ้มครองสวัสดิการและจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ให้มีการปลูกฝังค่านิยมให้ตระหนักเห็นคุณค่าผู้สูงอายุ

ในด้านการจัดกิจกรรมบริการ เพื่อพัฒนาสุขภาพได้ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพ ด้านร่างกาย ได้แก่การออกกำลังกายการเล่นกีฬา การพักผ่อนเป็นต้น ส่วนในการพัฒนาสุขภาพ จิตใจได้แก่ ด้านความเชื่อ ศาสนา การมีงานอดิเรกทำ และการพัฒนาสุขภาพด้านสังคมได้แก่การ ร่วมกิจกรรมครอบครัวกิจกรรมอาสาสมัครและความเสมอภาคทางสังคมเป็นต้นดังแผนภาพที่ 18



แผนภาพที่ 18 ผลการวิเคราะห์แนวคิดการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย

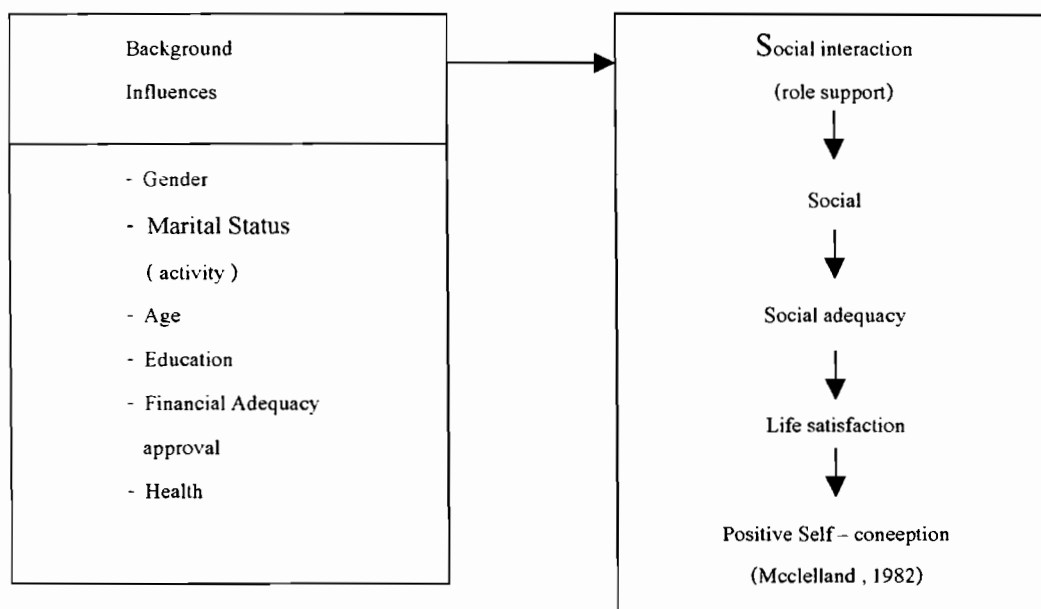
2.9 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ทฤษฎีนี้พยายามอธิบายพฤติกรรมตอบสนองต่อความสูงอายุ และทฤษฎีนี้ยังถือเป็นแนวคิดหลักในการมองผู้สูงอายุ เดคเคอร์ (Decker 1980) นักทฤษฎีกิจกรรมอธิบายว่าทฤษฎีกิจกรรมเป็นทฤษฎีเก่าแก่ที่สุดและเป็นทฤษฎีทางสังคมที่มีการพูดถึงอย่างกว้างขวาง โดยแนวคิดของทฤษฎี ตั้งอยู่บนพื้นฐาน 3 ประการ ดังนี้ 1) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุสืบเนื่องจากผู้สูงอายุมีความสามารถที่จะควบคุมพฤติกรรมของตนและสามารถสร้างสถานการณ์ใหม่ขึ้นมาทดแทนสิ่งที่เสียไปเช่นการสูญเสียบุคคลที่รักการมีชีวิตอยู่อย่างโดดเดี่ยว ผู้สูงอายุก็จะพยายามหากิจกรรมอื่น ๆ มากระทำเพื่อชดเชยสิ่งที่เสียและขาดหายไปเหล่านั้น 2) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ สืบเนื่องจากความต้องการทางด้านจิตใจและด้านการยอมรับของสังคมที่มีอยู่ในตัวมนุษย์ตลอดมาเมื่อผู้สูงอายุขาดความต้องการด้านใดด้านหนึ่งก็จะหาสิ่งอื่นมาทดแทน 3) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุนั้น เนื่องจากผู้สูงอายุเชื่อว่ากิจกรรมต่าง ๆ สามารถมาชดเชยภาระหน้าที่การทำงานที่ต้องหมดความรับผิดชอบลงการหมดสภาพที่ต้องเลี้ยงดูบุตรหลานและอื่น ๆ เหตุนี้การที่ผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมต่าง ๆ พบปะกับบุคคลอื่น ๆ จะทำให้สถานะทางสังคมประสบความสำเร็จและได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น ๆ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าในสังคมนั้น ๆ

บาร์โรว์ และสมิธ (Barrow and Smith, 1979) นี้เชื่อว่ากิจกรรมเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญต่อร่างกายทุก ๆ คนด้วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ทั้งร่างกาย และจิตใจ การที่ผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมทำให้ผู้สูงอายุในสังคมมีบทบาทและสมรรถภาพ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเป็นบุคคลที่มีคุณค่า เป็นที่ยอมรับของสังคมกิจกรรมเป็นรูปแบบของการกระทำใด หรืองานต่าง ๆ ที่สนใจนอกจากการทำงาน เพื่อการดำรงชีวิต ลักษณะกิจกรรมที่จะจัดสำหรับผู้สูงอายุนั้น ควรจะมีรูปแบบเพื่อให้เกิดความเพลิดเพลินซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจและสังคม โดยให้มีการเคลื่อนไหวอย่างอิสระ ไม่ควรให้ผู้สูงอายุใช้กำลังมากเกินไปป้องกันการนั่งและยืนนาน ๆ และต้องไม่ก่อให้เกิดความผิดปกติของโครงสร้างและสภาพร่างกาย การจัดกิจกรรมควรจัดตามความสนใจ ความสามารถ รวมทั้งความพอใจของผู้สูงอายุ และควรจะมีเวลาหยุดพักเพื่อผ่อนคลายการทำงานอดิเรกที่ผู้สูงอายุชอบซึ่งจะช่วยให้เกิดการปรับตัวทั้งร่างกาย และจิตใจ (Newton & Anderson, 1996) กิจกรรมที่สำคัญแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ 1. กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ (Informal Activity) ได้แก่ การพบปะสังสรรค์ กับ เพื่อน ญาติ และการมีส่วนร่วมกับสมาชิกในครอบครัว การช่วยเหลืองานของสมาชิกในครอบครัว 2. กิจกรรมที่มีรูปแบบ (Formal Activity) ได้แก่การเข้าร่วมในสมาคมต่าง ๆ การเป็นอาสาสมัครเพื่อสังคม การเข้ากลุ่มทางศาสนา การเมือง เป็นกิจกรรมภายนอกครอบครัว 3. กิจกรรมเพื่อการพักผ่อนและงานอดิเรก (Leisure Activity

and Hobby) ได้แก่การทำงานในยามว่าง กิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ นันทนาการ การทำสวน ปรับปรุงตกแต่งบ้าน

เดคเคอร์ (Decker, 1980) กล่าวสนับสนุนว่า กิจกรรมทางสังคมเป็นแก่นแท้ของชีวิตและจำเป็นสำหรับทุกวัย กิจกรรมจึงเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากการมีสุขภาพภาวะที่ดีการเข้าสังคม (Social well - being) ของผู้สูงอายุ ขึ้นอยู่กับความคล่องแคล่วที่ยังคงอยู่ทักษะเกี่ยวกับตัวเอง (Self - conception) จะดีและถูกเพียงใดนั้นเป็นผลมาจากการสังสรรค์และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมทฤษฎีกิจกรรมยืนยันว่าผู้สูงอายุที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมไว้ได้ เป็นผู้มีความพึงพอใจในชีวิตสูงเกี่ยวกับตัวเอง (Self - image)

แม็คเลแลนด์ (Mc Clelland ,1982) ได้ทำการศึกษาถึงรูปแบบของทฤษฎีกิจกรรม พบว่าปัจจัยที่อิทธิพลต่อกิจกรรมทางสังคม คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา สถานภาพทางเศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพและกิจกรรมทางสังคมของแต่ละบุคคลจะทำให้เกิดความพึงพอใจในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต และการมีทักษะเกี่ยวกับตนเองในทางบวก ส่วนการจะเสริม Self - Conception ในแต่ละบุคคลนั้น มีเพียงวิธีการเดียว คือ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน (Interaction) ในรูปแบบที่เรียกว่า “Role Support” อันก่อให้เกิดความกลมกลืนทางอารมณ์ (Emotional Tone) ของสัมพันธ์ภาพทำให้บุคคลรับรู้ถึงการยอมรับตนเองในสังคม เกิดความพอใจในสังคม (Social Adequacy) และเกิดความพึงพอใจในชีวิตในที่สุด ดังแสดงในแผนภาพที่ 19



แผนภาพที่ 19 รูปแบบทฤษฎีกิจกรรมของ Mc Clelland (McClelland, K.A., 1982)

แหล่งที่มา Mc Clelland, K.A. (1982). Self - Conception and life satisfaction ; Integration Aged Subculture and activity theory Journal of gerontology.

จากการศึกษาขั้นต้นทฤษฎีกิจกรรม เชื่อว่ากิจกรรมเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญต่อร่างกายของผู้สูงอายุมาก และการจัดกิจกรรมจึงเป็นการจัดที่มีผลต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งในการจัดกิจกรรมจึงควรจัดตามความสนใจ และความพอใจของผู้สูงอายุ

นับตั้งแต่ทฤษฎีกิจกรรมได้ปรากฏขึ้นมา ทฤษฎีกิจกรรมมีบทบาทอย่างสำคัญต่อการใช้เป็นหลักยึดเพื่อเป็นแนวทางการสร้างความสุขแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุก็เป็นประเด็นปัญหาที่นิยมในหมู่ของนักวิจัย (Lemon, Bengtson, Peterson, 1972) สภาพกิจกรรมสังคมมีส่วนส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์กับความผาสุก เพราะสังคมได้จัดโอกาสการควบคุมบทบาทเพื่อใช้เป็นหลักเกณฑ์สังคม การยึดมั่นความคาดหวังที่จะให้เกิดบทบาทที่ยาวนานโดยหลักการทางสังคม จะทำให้เกิดกระบวนการควบคุมตนเองเพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมสังคมและความผาสุกที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง Longino Kart (1982), Reitzes, Mutian & Verill (1995) จากการศึกษายของ Krouse Herzog & Baker (1992) พบว่า ความสำนึกในตนเองซึ่งเป็นการควบคุมตนเองของแต่ละบุคคลจะเป็นเครื่องแสดงให้เห็นถึงผลที่เกิดจากความไม่ปกติ เป็นอาการที่แสดงถึงความอ่อนแอที่ต้องได้รับความช่วยเหลือจากสังคมยิ่งกว่านั้นผลการวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุเมื่อเร็ว ๆ นี้ได้นับถืออิทธิพลความสนใจของบุคคลที่มีต่อสังคมและพฤติกรรมส่วนบุคคล โดยเฉพาะในประเด็นปัญหาปัจจัยโครงสร้างทางสังคมที่มีความสัมพันธ์และเป็นผลที่เกิดจาก การมีความพร้อมในการจัดกิจกรรม (Danigelist Mc Intosh, 1993) และด้วยความรู้สึกที่เป็นหนึ่งเดียวในตนเอง หรือโดยหลักการของตนเอง (Mirowsky, 1995) ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ดีต่อการเกิดรู้สึกห่วงใยในสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตใจของตนเอง (Adder, 1994, Ross & Wu, 1995)

Colbert Rhodes (1988) ได้กล่าวถึงทฤษฎีกิจกรรมอีกในขณะที่มีการปรับเปลี่ยนบทบาทตามแนวทฤษฎีการหลีกเลี่ยงหนีสังคมของผู้สูงอายุ แต่ทฤษฎีกิจกรรมกลับมีความสำคัญต่อบทบาทผู้สูงอายุซึ่งรวมถึงการสูญเสียบทบาทของตนเองภายหลังเกษียณอายุ โดยจะมีกิจกรรมอันเป็นแนวทางเลือกหนึ่งของแต่ละบุคคล ทฤษฎีกิจกรรมมีสมมุติฐานจากบทบาททางสังคมที่ได้รับพัฒนาจากขณะมีชีวิตอยู่ในวัยกลางคน ซึ่งมีหลักฐานมั่นคงแห่งชีวิตแล้ว และจะมีความสำคัญต่อสังคมอย่างต่อเนื่องซึ่งจะสัมพันธ์กับความรู้สึก เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้กับตนเองโดยปกติผู้สูงอายุแต่ละคนจะเริ่มแยกตัวลดบทบาทจากสังคม ซึ่งเป็นพื้นฐานของการสร้างความเชื่อมั่นให้กับตัวเองโดยอาศัยประสบการณ์ โดยที่ไม่ก่อให้เกิดการเสียความรู้สึกและการเสียขวัญ ทฤษฎีกิจกรรมให้ความสำคัญในผู้สูงอายุที่มีแนวความรู้สึก เชื่อมั่นในตัวเองโดยการค้นพบบทบาททางสังคมใหม่ และบทบาทอื่นที่อาจได้มาภายหลังได้ สมมุติฐานของกิจกรรม มีความหลากหลายบุคคลจะรับบทบาทนั้นเข้ามาผูกพันตนเองจะขึ้นอยู่กับโอกาส บทบาทที่จะมาถึงและรวมทั้งการพัฒนาตนเองด้วย Lemon, Bengtson & Peterson, (1972) ได้เสนอไว้ในผลงานวิจัย เกี่ยวกับ

ทฤษฎีกิจกรรมและได้ทดลองบทบาทที่จะเกิดขึ้นดังนี้ 1) ความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรมจะเกิดจากความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้ง 2) ความสูญเสียบทบาทที่เคยเก่งของการเข้าร่วมกิจกรรม แต่ครั้งจะทำให้เกิดเสียความรู้สึกมีชีวิตที่ไร้ค่าและนอกจากนี้ Lemon และคณะยังได้พบว่าทำให้ความช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย โดยทั่วไปตามแนวทฤษฎีกิจกรรมที่สนองความต้องการ หรือการเพิ่มกิจกรรมให้พอเหมาะ กับปัจจัยของแต่ละบุคคลจะได้มา ซึ่งการให้ความสนับสนุนความใกล้ชิดเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และมีสมาชิกเพิ่มขึ้น

Neugarten Havighurst and Tobin (1968) ได้ตั้งข้อสังเกตชนิดของตัวแปรในประสบการณ์ของผู้สูงอายุจะสามารถเห็นได้โดยการสังเกตแนวการดำเนินชีวิตที่เป็นมาอย่างยาวนานของแต่ละคน เกี่ยวกับการปรับตัวและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ปัจจัยที่ได้รับเพิ่มขึ้นของแต่ละบุคคลจะเพิ่มความรู้สึกมั่นคงใจความปลอดภัยตามรูปแบบที่ตนเลือกปฏิสัมพันธ์กับความพึงพอใจที่จะเพิ่มขึ้นด้วย และบทบาทในกิจกรรมที่ดีพอก็จะทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตด้วยเช่นกัน ส่วน Pepper SLG (1976) ได้ตั้งข้อสังเกตในการศึกษาประเด็นปัญหาการใช้เวลาว่างที่มีอยู่ภายหลังเกษียณอายุ (Leisure and Retirement) เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาประชากรกลุ่มนี้ได้ได้อย่างไรดังต่อไปนี้ 1) จะใช้เวลาว่างที่มีอยู่ได้อย่างไร 2) จะนำบุคคลไปสู่การใช้ชีวิตในช่วงที่มีเวลาว่างอยู่นี้อย่างมีความหมายต่อช่วงชีวิตได้อย่างไร 3) ความมุ่งหมายในการเข้าร่วมกิจกรรมยามว่างของผู้สูงอายุ ขึ้นอยู่กับการเข้าไปมีส่วนร่วมระหว่างเตรียมตัวจะเกษียณอายุงานหรือไม่ 4) ชนิดกิจกรรมที่เป็นประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้สูงอายุคืออะไร 5) กิจกรรมยามว่างที่ต้องทำต่อไปเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยเกษียณอายุควรเป็นกิจกรรมอะไร จากแนวคิดนี้ Peppers จึงได้จัดกิจกรรมให้เข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ซึ่งเขาแบ่งไว้ 4 อย่างคือ 1) กิจกรรมทางสังคม (Active social) ได้แก่กิจกรรมที่สนองความต้องการจากการพิจารณาด้านร่างกาย และอยู่ในสภาวะปกติของสถานบันที่เคยอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม เช่นกิจกรรมเป็นทีม 2) กิจกรรมแยกตัวเอง (Active isolate) ได้แก่กิจกรรมที่สนองความต้องการจากการพิจารณาด้านร่างกายและอยู่ในสภาวะปกติที่ตนเลือกปฏิบัติอยู่กับสังคม เช่นการวิ่ง Jogging หรือการวิ่งเหยาะ ๆ 3) กิจกรรมปฏิบัติในทำนองที่อยู่กับสังคม (Sedentary social) ได้แก่กิจกรรมที่สนองความต้องการที่ใช้ความพยายามเพียงเล็กน้อยและปฏิบัติภายในกลุ่มอยู่แล้ว เช่นการเล่นบิงโก (Bingo) 4) กิจกรรมปฏิบัติในทำนองที่แยกตัวอยู่ตามลำพัง (Sedentary isolate) ได้แก่กิจกรรมที่สนองความต้องการที่ใช้ความพยายามเพียงเล็กน้อยและได้ปฏิบัติตามลำพังโดยปกติอยู่แล้วเช่นการอ่านหนังสือเป็นต้นจากนั้น Peppers ได้ศึกษาโดยการนำเอากิจกรรมทั้ง 4 กิจกรรมนี้มาสร้างความสัมพันธ์แล้ววัดความพึงพอใจ โดยกำหนดดัชนีการเกิดความพึงพอใจในชีวิต เขาได้สำรวจ และใช้กลุ่มตัวอย่างผู้เกษียณอายุงานแล้วจำนวน 206 คน

เฉพาะผู้ชายในลักษณะแตกต่างกันของกลุ่มประชากรทางสังคม (Diverse Sociodemographic) และฝึกกิจกรรมแล้วสำรวจวัดความพึงพอใจในแบบฝึกกิจกรรม โดยใช้แบบสอบถามดังนี้

1) จำนวนสมาชิกทั้งก่อนและหลังเกษียณอายุงานที่เข้าร่วมกิจกรรมมีความรับผิดชอบร่วมกัน และประสานกันด้วยดีหรือไม่ 2) กิจกรรมเฉพาะที่ตนเองชอบและเข้าร่วมกิจกรรมได้แก่กิจกรรมอะไร 3) มีกิจกรรมใดเพียงอย่างเดียวที่ตนใช้เวลาเข้าร่วมเกือบทั้งหมดหรือไม่ 4) มีกิจกรรมชนิดใดเพียงอย่างเดียวที่สร้างความก้าวหน้าให้กับตนเอง และสนุกสนานที่สุดจากนั้นเขาก็พบว่า กิจกรรมที่ได้รับความพึงพอใจ จาก 4 ชนิดกิจกรรมได้รับการยอมรับดี ให้ความช่วยเหลือกันดี ได้รับความสนุกสนานแต่การเข้าร่วมกิจกรรม จะขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่างเช่นด้านการเงินและสุขภาพตนเองเป็นต้น

การศึกษา ครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกิจกรรมพัฒนาสุขภาพด้านร่างกาย กิจกรรมพัฒนาสุขภาพด้านจิตใจ และกิจกรรมสังคมกับความพึงพอใจ (Life satisfaction) ซึ่งเป็นการศึกษาจากประชากรกลุ่มตัวอย่างแต่ละบุคคลที่เกษียณอายุงานแล้วในเขตชุมชนเมือง

ส่วนที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีกิจกรรมสำหรับการวิจัย (Implications of Activity theory for the study) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory) เป็นทฤษฎีที่มีจุดสำคัญเป็นรูปแบบที่ดีที่จะนำไปสู่การพัฒนาเพื่อพยากรณ์ประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่สร้างความรู้สึกรู้สึกพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ทฤษฎีไม่ทดสอบวงจรประสบการณ์ชีวิตของบุคคล โดยปกติคนเราจะต้องปรับตัวเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุในขณะเดียวกัน เขาก็ต้องปรับตัวได้ตั้งแต่แรกเริ่มเข้าสู่วัยนี้ บุคคลที่มีความสำเร็จในจุดเริ่มปัญหาชีวิต จะสามารถปรับตัว ได้ดีเมื่อมีอายุมากขึ้น แต่บุคคลที่ปรับตัวได้ยากก็จะปรับตัวได้ยากเมื่อเข้าสู่วัยนี้เช่นกัน การวิจัยรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ จึงได้นำทฤษฎีกิจกรรมมาใช้เพื่อการประเมินความก้าวหน้าของการพัฒนาสุขภาพ ที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม มีความพึงพอใจซึ่งเป็นความสามารถในการปรับตัวเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจากแนวคิดทฤษฎีตามแนวของนักทฤษฎีทั้งหมดที่นำมาอ้างโดยหลักการนี้ ต่างก็ได้สร้างแนวทฤษฎีกิจกรรมที่มีความสำคัญต่อบทบาทของผู้สูงอายุ ภายหลังเกษียณอายุงานแล้วโดยจะมีกิจกรรมอันเป็นทางเลือกของแต่ละบุคคล สมมุติฐานของกิจกรรมมีหลากหลาย บุคคลจะรับบทบาทนั้นเข้ามาผูกพันตนเองจะขึ้นอยู่กับโอกาสและบทบาทที่จะมาถึง รวมทั้งการพัฒนาตนเอง ความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรม จะเกิดขึ้นจากความพอใจ การสูญเสียบทบาทจะทำให้สูญเสียความรู้สึก แต่แนวทางของทฤษฎีกิจกรรม ได้ชี้ให้เห็นว่าถ้าจัดกิจกรรมที่พอเหมาะสมองความต้องการแล้ว จะทำให้ผู้สูงอายุสนิทสนมกัน และมีสมาชิกเพิ่มขึ้นนอกจากนี้ยังชี้ให้เห็นถึง หากตั้งข้อสังเกตตัวแปรประสบการณ์การดำเนินชีวิตที่ผ่านมาของแต่ละคนเกี่ยวกับการปรับตัวและการมีความสัมพันธ์กับ

คนอื่น ปัจจัยที่ได้รับเพิ่มขึ้น จะทำให้เพิ่มความรู้สึกมั่นใจปลอดภัย ตามรูปแบบที่ตนเองเลือก และ ปฏิสัมพันธ์กับความพึงพอใจก็สรุปและให้ข้อสังเกตว่าความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรม และความพึงพอใจจะสนองความต้องการมีความสุขสนทนากันมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และนอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ชอบกิจกรรมนันทนาการและกิจกรรมที่กระทำอยู่ตามลำพัง จากแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวนี้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของกิจกรรมที่เพื่อพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ว่ากิจกรรมแต่ละประเภท ที่จัดมีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาสุขภาพในแต่ละด้านอย่างไร ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุได้เกิดสำนึกแห่งตนในการพัฒนาสุขภาพตนเอง เข้าร่วมกิจกรรมที่สม่ำเสมอต่อเนื่องได้เห็นคุณค่าและมีทัศนคติที่ดีต่อการเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข

2.10 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากการทบทวนวรรณกรรมมีรายงานการวิจัยที่สัมพันธ์กับการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ที่สามารถนำมาประมวลได้คือจากรายงานการศึกษาวิจัย โดย บรรลุ สิริพานิช และคณะ (2531) ได้ศึกษาเรื่องชมรมผู้สูงอายุ โดยมุ่งศึกษาหารูปแบบและการดำเนินงานที่เหมาะสม พบว่าระดับความสำเร็จของการดำเนินงานกับลักษณะของสมาชิก และกรรมกรมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ฐานะเศรษฐกิจของสมาชิกและความสามารถในการพึ่งตนเองของสมาชิก ส่วนแนวทางสำคัญที่ทำให้ชมรมผู้สูงอายุดำเนินการประสบความสำเร็จ พบว่ามีกลุ่มที่เข้มแข็งและได้รับการสนับสนุนจากทั้งภาครัฐ และเอกชน และนิสา ชูโต (2524) ได้วิจัยเรื่องผู้สูงอายุไทย เพื่อศึกษาโครงสร้างทางสังคมและครอบครัวการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน การพักผ่อนหย่อนใจและการร่วมกิจกรรมทางสังคมและความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตัวผู้สูงอายุเองเกี่ยวกับความชราภาพในอนาคตและปัญหาผู้สูงอายุ ศึกษาจากทุกภาคของประเทศ ที่จังหวัดอุบลราชธานี อพยธยานนครศรีธรรมราช จำนวน 1,000 คนพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษาฐานะยากจน ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลปัญหาสุขภาพร่างกายทางสังคมกิจกรรมทางสังคมเข้าสังคมน้อยมาก ขาดเพื่อนรุ่นเดียวกัน สภาพทางจิตใจ ศาสนามีส่วนช่วยให้จิตใจบริสุทธิ์ ส่วนพิธีสิทธิ์ คำนวนศิลป์และคณะ (2525) ทำการวิจัยเรื่องความทันสมัยภาพพจน์เกี่ยวกับตัวเองในสถาบันครอบครัวและอาศัยอยู่ในครอบครัวแบบขยายผู้สูงอายุ ยังมีความเชื่อมั่นในตนเองโดยประเมินค่าของตนในทางบวกว่ายังมีคุณค่าหรือประโยชน์สำหรับบุตรหลาน ครอบครัวและสังคมแต่ในความเป็นจริงผู้สูงอายุมองตนเองว่ามีสถานภาพทางสังคมต่ำ และได้รับความเคารพจากคนหนุ่มสาวน้อยกว่าสมัยก่อน และร้อยละ 89 ต้องการให้ภาครัฐดูแลผู้สูงอายุเป็นของลูกหลาน รัฐเป็นเพียงจัดหาสิ่งสนองความต้องการให้เท่านั้น และประจัญ กิ่งมิ่งแฮ (2541) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลอุดรธานี พบว่าผู้สูงอายุมีระดับความต้องการมากในการสร้างเสริมสุขภาพด้านร่างกายสุขภาพจิตและสุขภาพทางสังคม ใน

ทุกรายการและที่อยู่อาศัยก็มีความสัมพันธ์กับความต้องการสร้างเสริมสุขภาพด้วย ส่วน นภาพร ชโยวรรณและคณะ (2532) สรุปผลการวิจัยเรื่อง “ผลกระทบทางเศรษฐกิจสังคมและประชากร ผู้สูงอายุในประเทศไทย” พบว่าผู้สูงอายुर้อยละ 90 ต้องการให้ถูกหลานเลี้ยงดู เกี่ยวกับเรื่องที่อยู่อาศัย บทบาทและสภาพของผู้สูงอายุ ตลอดจนความรู้และทัศนคติต่าง ๆ เกี่ยวกับสวัสดิการที่รัฐควรให้บริการในทัศนะของผู้สูงอายุในปัจจุบันพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวแบบขยาย คือมีบุตรหลานและคู่สมรสอื่นอยู่ในครัวเรือน 2) ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นเท่าไรก็ยิ่งต้องการความเอาใจใส่ เลี้ยงดูบุตรหลานมากขึ้นเท่านั้น 3) สถานภาพของผู้สูงอายุในการเป็นหัวหน้าครอบครัว และเป็นเจ้าของบ้านลดลงไปเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งชี้ให้เห็นว่าสถานภาพ และความสำคัญลดลงไปเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุลดบทบาททางเศรษฐกิจลง จึงเท่ากับเป็นการลดอำนาจไปโดยปริยาย เช่นเดียวกับ สุลี ทองวิเชียร พิมพัชรพรรณ ศิลปสุวรรณ (2532) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตชุมชน เขตกรุงเทพมหานคร การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับระดับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตัวอย่างประชากรได้จากผู้สูงอายุ จำนวน 1,077 คน ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานครจำนวน 6 ศูนย์ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองในระดับปานกลางค่อนข้างดี พัฒนาการทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกายมีปัญหาเรื่องสายตา หู เหนืออกและฟัน ผู้สูงอายुर้อยละ 48 มีโรคประจำตัว โรคที่เป็นมากคือโรคหัวใจและหลอดเลือด ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง และความรู้สึกมั่นคงในชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมด ยึดมั่นในหลักศาสนา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้แก่ระดับอายุ เพศ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา ลักษณะการอยู่สถานที่พักอาศัยและอัตรานอนพักนอนของผู้สูงอายุและจากรายงานวิทยานิพนธ์ของจินตนา รอดน้าพา (2535) เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาและเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร 400 คน ผลการวิจัยพบว่า

- 1) การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในด้านการรับประทานอาหาร การนอนหลับ และการพักผ่อนหย่อนใจ การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพจิตโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับดี 2) การเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุชายกับหญิง โดยเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน 3) และการเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิมต่างกัน โดยเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ส่วน ฌิจูกร อ่วมบำรุง (2534) ได้รายงานเรื่องการรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์บางแค กรุงเทพมหานคร สรุปว่าการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองมีปัจจัยสำคัญคือ สถานภาพสมรส อาชีพเดิม ฐานะทางเศรษฐกิจในภูมิภาคเนาเดิม

ดวงพร รัตนอมรชัย (2535) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิต ในจังหวัดอ่างทองพบว่า ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของผู้สูงอายุ และเขตที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่ง ได้แก่ การบรรจุเป้าหมายในชีวิต ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน และการจัดการกับความเครียด โสภิตา เมธาวิ (2535) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุชุมชนผู้สูงอายุ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น พบว่า

1. ปัจจัยนำรายได้ของผู้สูงอายุ และลักษณะงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ความรู้เกี่ยวกับสถานบริการ หรือชื่นชม และความคิดเห็นต่อสถานบริการ หรือชมรม มีความสัมพันธ์ทางบวก กับการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ
2. ปัจจัยเอื้อระยะทางจากบ้าน ถึงสถานที่นัดหมายชมรม และเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านถึงสถานที่นัดหมายชมรม ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ
3. ปัจจัยเสริมการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ
4. ปัจจัยทำนายการรับรู้ทักษะในการปฏิบัติกิจกรรม ความรู้เกี่ยวกับสถานบริการ หรือชื่นชม และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุได้

อัมพร-พรรณธรีรานุตร และคณะ (2539) ได้วิจัยเรื่อง การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐานบางประการ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครขอนแก่นพบว่า 1) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยรวม อยู่ในระดับดี 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ด้านอายุ รายได้ และระดับการศึกษา กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ มีความแตกต่างกัน 3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเพศสถานภาพสมรส และลักษณะของครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ไม่มีความแตกต่างกัน และเช่นเดียวกับ ทองอยู่ แก้วไทรสะ และคณะ (2527) ได้ทำการวิจัยเรื่องผู้สูงอายุในสังคมไทย พบว่า สภาพแวดล้อมชุมชนที่อยู่อาศัยผู้สูงอายุในชนบทยังขาดบริการจากรัฐ ผู้สูงอายุในส่วนภูมิภาคส่วนใหญ่ ร้อยละ 50 ผู้สูงอายุในส่วนภูมิภาคส่วนใหญ่ทำงานบ้าน ทำบุญวัด สังสรรค์กับเพื่อนบ้านออกกำลังกาย สุขภาพของผู้สูงอายุคือการได้อยู่ร่วมกันพร้อมบุตรหลาน มีเศรษฐกิจมั่นคงการได้รับความนับถือ การทำบุญปฏิบัติธรรมทางศาสนา และการทำประโยชน์ให้ส่วนรวม ส่วนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ จากผลการวิจัยของ Cunningham (1989) เรื่องพฤติกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองในชุมชนผู้สูงอายุ (Health Promoting Self – Care Behavior in the Community older Adult.) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแทนของผู้สูงอายุ ที่มีการดูแลสุขภาพตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบตามทฤษฎีของ Orem โดยทำเสนอการผสมผสานระหว่าง

มโนทัศน์ของตัวผู้สูงอายุที่มีการดูแลสุขภาพตนเองกับการส่งเสริมสุขภาพ และสัมพันธ์อย่างแบบมีจุดมุ่งหมาย โดยผู้สูงอายุที่มีอิสระต่อกันจำนวน 178 คน ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนฐานที่ว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างตัวผู้แทนสูงอายุ ที่มีการดูแลสุขภาพที่ส่งเสริมสุขภาพที่อาจเรียกได้ว่าเป็นการดูแลสุขภาพที่ส่งเสริมสุขภาพ และยังชี้ให้เห็นความรับผิดชอบทางสุขภาพของตนเอง และแรงจูงใจในเรื่องสุขภาพผู้สูงอายุ

จากการศึกษาผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดที่กล่าวมานี้พอที่จะประมวลได้ว่า ปัจจัยที่สำคัญในการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุนั้น มีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องอยู่หลายประการ เช่นจากรายงานวิจัยของ บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2539) เกี่ยวกับการดำเนินงาน มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ฐานะของเศรษฐกิจของสมาชิก ความสามารถในการพึ่งตนเองของสมาชิก และการได้รับการสนับสนุนจากทั้งภาครัฐและเอกชน เช่นเดียวกับ นิสิต ชูโต (2524) มีผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะอยู่หลายประการเช่นความต้องการให้สถาบันครอบครัว และบุตรหลานดูแลรวมทั้งผลงานวิจัยของ นภาพร ชโยวรรณ และคณะ (2532) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัว ส่วน สุทธิทองวิเชียร, ทิมพัชรธรณ ศิลปสุวรรณ (2532) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้แก่ระดับอายุ เพศ สถานภาพทางเศรษฐกิจระดับการศึกษาลักษณะที่อยู่อาศัย และอัตมโนทัศน์ และจินตนา รอดนำพา (2535) ก็พบว่าการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จะดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การนอนหลับและการพักผ่อนหย่อนใจ การออกกำลังกายและการดูแลความสุขภาพจิตของตนเองด้วย จากการประมวลด้านปัจจัยหรือองค์ประกอบต่าง ๆ ของผลงานวิจัยจึงพอจำแนกได้ว่าการดูแลด้านสุขภาพจะเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการพึ่งตนเอง การดูแลจากครอบครัว การสนับสนุนจากองค์กรเอกชนและรัฐด้วย ซึ่งผู้วิจัยจะได้พิจารณาเฉพาะปัจจัย หรือองค์ประกอบที่คิดว่าจะมีผลต่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการสร้างของการวิจัยต่อไป

2.11 สรุปผลได้จากกรทบทวนวรรณกรรม ประเทศไทยกำลังเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุ (Population aging) เนื่องจากสัดส่วนประชากรสูงอายุไทยได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้เป็นผลจากโครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงทั้งอัตราการเกิด และอัตราการตายลดลง ภาวะประชากรสูงอายุนี้อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากรในด้านต่าง ๆ เป็นอย่างมากทั้งต่อสภาพเศรษฐกิจ สังคมและต่อปัญหาสุขภาพประชากรซึ่งเป็นเหตุผลให้ประเทศไทยต้องปรับตัวเพื่อเตรียมการต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วนี้ด้วยเช่นกัน สิ่งที่ปรากฏเห็นได้ชัดในปัจจุบันคือการขยายตัวของชุมชนเมือง ซึ่งเกิดจากการเคลื่อนย้ายถิ่นของประชากรวัยแรงงานเพิ่มมากขึ้น แนวโน้มการลดบทบาทระบบเศรษฐกิจแบบเกษตรกรรม เข้าสู่ระบบอุตสาหกรรมในครอบครัว เป็นผลให้ผู้สูงอายุซึ่งเดิมเป็นผู้มีบทบาทสำคัญมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ หรือกำหนดกิจกรรมต่าง ๆ ภายใน

ครอบครัวก็ลดน้อยลงด้วย นอกจากนี้การย้ายถิ่นของวัยแรงงานส่งผลให้ความเข้มแข็งของชุมชนลดลง เกิดการสลายทางด้านวัฒนธรรมส่งผลให้ความสัมพันธ์ภาพ และการดำรงชุมชนในลักษณะการพึ่งพาตนเองด้อยลงด้วยและในขณะที่เดียวกันการขยายตัวของเขตชุมชนเมืองก็จะส่งผลกระทบต่อในทุก ๆ ด้านประเทศไทยได้ให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน กล่าวคือตามรัฐธรรมนูญราชอาณาจักรไทย ปีพ.ศ. 2540 ปรากฏในมาตรา 80 ว่าด้วยการให้ความคุ้มครองผู้สูงอายุการส่งเสริมความเสมอภาคส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี และการพึ่งตนเองทั้งครอบครัว การสร้างชุมชนเข้มแข็ง นอกจากนี้ในปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542 ได้เน้นถึงผู้สูงอายุ ต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี จึงนับเป็นภารกิจที่สังคมและรัฐพึงมีต่อผู้สูงอายุ ซึ่งมีสาระสำคัญถึง 9 ประการเช่นผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่ามีศักดิ์ศรี และนอกจากนี้ยังให้โอกาสทำงานที่เหมาะสมกับวัยตามความสมัครใจ เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจเห็นชีวิตมีคุณค่า ได้ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ต่อสังคมดั่งนั้น การดำเนินการด้านพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ จึงต้องจัดให้สอดคล้องตามเจตนารมณ์ดังกล่าวด้วย

ส่วนการจัดดำเนินการระดับการพัฒนาที่ผ่านมาและการตอบสนองนโยบายด้านประชากรผู้สูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) มีข้อมูลการดำเนินการต่าง ๆ ที่ปรากฏในระยะเวลาที่ผ่านมา เมื่อนำมาประกอบกาพิจารณาของนโยบายของรัฐโดยถือเอานโยบายและมาตรการหลักของแผนระยะยาวแห่งชาติสำหรับบริการผู้สูงอายุ (2535 - 2554) และนโยบายที่ประกาศโดยคณะรัฐบาลสมัยนายอานันท์ ปันยารชุน (2534-2535) นายชวน หลีกภัย (2535) นายบรรหาร ศิลปอาชา (2538) พลเอกชวลิต ยงใจยุทธ (2538) ซึ่งเป็นระยะที่มีการดำเนินการเพื่อตอบสนองนโยบายและมาตรการต่าง ๆ ยังไม่บรรลุเป้าหมายมีหลายประการที่มีความล่าช้า ดำเนินการได้ไม่ครอบคลุมมีอุปสรรคไม่บรรลุได้จริงจึงเป็นแรงจูงใจที่สำคัญที่ผลักดันให้ผู้วิจัยมีความสนใจยิ่งขึ้นในการศึกษาปัญหาสถานการณ์และรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนารูปแบบที่สามารถนำไปใช้ได้ตามสถานการณ์ที่เป็นจริงเหมาะสมกับสภาวะเปลี่ยนแปลงของชุมชน ที่จะช่วยให้บรรลุถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

มีความเห็นการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุและแนวการจัดดำเนินการที่หลากหลายทั้งแตกต่างกันในบางส่วนและที่สอดคล้องกับหลักการขององค์การอนามัยโลก รวมทั้งกลุ่มประเทศที่ประสบภาวะประชากรสูงอายุมาก่อนเช่นสหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักรและประเทศญี่ปุ่นแต่ในหลักการสำหรับผู้สูงอายุของสหประชาชาติที่ประกาศเจตนารมณ์ไว้ในปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ (International year of older person) เมื่อปีพุทธศักราช 2542 โดยมีคำขวัญว่า “มุ่งสู่สังคมเพื่อคนทุกวัย” (Toward a society for All Age) เพื่อลดช่องว่างในสังคมระหว่างผู้สูงอายุที่สำคัญคือ ความเป็นอิสระ (Independence) ภายใต้ภาคีสัญญาผู้สูงอายุควรจะได้รับ การดูแลอาหาร ที่อยู่อาศัยเครื่องนุ่งห่ม การ

อาศัยอยู่ในครอบครัวการพึ่งตนเองและการช่วยเหลือจากชุมชน การมีส่วนร่วม (Participation) การอยู่ร่วมกับสังคม การสร้างหลักเกณฑ์ นโยบายสาธารณะที่เกื้อหนุนผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุ การดูแลเอาใจใส่ (care) การได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัว การบริการจากชุมชนและคุณค่าทางวัฒนธรรม การบรรลุความปรารถนาหรือความพึงพอใจในตนเอง (Self fulfillment) คือความสามารถในการดำเนินงานการเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการหรือวัฒนธรรมตามโอกาส ความมีน้ำใจเอื้ออาทรในสังคมและด้านการได้รับเกียรติที่สง่างาม หรือความมีเกียรติศักดิ์ศรี (Dignity) คือความรู้สึกที่ปลอดภัย มีคุณค่าต่อสังคมจึงเห็นได้ว่าเป็นหลักการที่มุ่งสร้างเสริมคุณภาพชีวิต การให้หลักประกันคุ้มครองผู้สูงอายุที่สังคมต้องดูแลส่วนองค์การอนามัยโลก สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร และญี่ปุ่นมีเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพที่สอดคล้องกันมีองค์ประกอบอยู่ 3 ประการ คือการพัฒนาสุขภาพด้านร่างกาย การพัฒนาสุขภาพด้านจิตใจและการพัฒนาสุขภาพด้านสังคม การพัฒนาจึงเป็นองค์รวมที่ต้องจัดดำเนินการไปพร้อม ๆ กันและครอบคลุมทุกด้าน โดยพิจารณาถึงปัจจัยด้านบุคคล คือการพึ่งตนเองของผู้สูงอายุและปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงสังคมและเศรษฐกิจที่มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างสังคมในยุคโลกไร้พรมแดน (globalization) การเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุ จึงมีผลกระทบต่อสภาพทางสังคม วัฒนธรรม สภาวะเศรษฐกิจและการจ้างงานรวมทั้งการจัดสรรทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมที่ต้องมีลักษณะสมดุลการพัฒนาพื้นฐานทางสังคมจึงเป็นขั้นตอนที่ต้องอาศัยกระบวนทัศน์ (Paradigm) ที่สอดคล้องกับสภาวะกระแสวัฒนธรรมของโลกของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย พื้นที่ของการพัฒนาจึงประกอบไปด้วยการมีส่วนร่วมของประชากร ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งองค์กรอื่นที่มีบทบาทที่สัมพันธ์กับชุมชนความร่วมมือจากปัจจัยเหล่านี้จึงเป็นพื้นฐานของการพัฒนาที่เข้มแข็ง รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2540 และปฏิญญาผู้สูงอายุไทย 2542 จึงถือได้ว่าเป็นการสร้างหลักประกันแก่คนวัยสูงอายุเป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคมที่เน้นการผสมผสานกระบวนการพัฒนาที่ต้องอาศัยพื้นฐานจากประชากรรู้จักช่วยตนเอง ครอบครัวเกื้อหนุน ชุมชนช่วยเหลือสังคมและรัฐเกื้อหนุน จึงจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีหลักประกันที่มั่นคง ได้รับสวัสดิภาพและการบริการที่เหมาะสม ผู้สูงอายุมีหลักประกันที่มั่นคงได้รับสวัสดิภาพและการบริการที่เหมาะสมอยู่อย่างมีคุณค่ามีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้มีส่วนร่วมและเป็นที่ยกย่องเห็นชอบทางจิตใจของครอบครัวและชุมชน จึงเห็นได้ว่าครอบครัวและชุมชนจึงเป็นสถาบันหลักในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุจึงต้องมุ่งสู่สถาบันหลักทั้งสองเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้สามารถเกื้อหนุนผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขได้

2.12 กรอบแนวคิดการวิจัยการจำลองต้นแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ได้จากการ ทบทวนวรรณกรรม การวิเคราะห์เชิงระบบ (System Analysis) ทั้งแนวคิดหลักการและทฤษฎี ว่าด้วยการพัฒนาสุขภาพชี้ให้เห็นถึงองค์ประกอบที่ส่งผลสู่การพัฒนาสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุได้ใน แต่ละปัจจัย แล้วประมวลแนวคิดดังกล่าว พัฒนาเป็นกรอบแนวคิดเพื่อการวิจัย ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล พัฒนาจากแนวคิดพื้นฐานจัดทำแผนระยะยาว (2542) ปรัชญาใหม่ “คน” คือจุดมุ่งหมายของการพัฒนากับแนวคิดการเชื่อมโยงและพลวัตที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งแนวคิด ดังกล่าวได้ระบุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ว่า คนเป็นปัจจัยชี้ขาดความ สำเร็จของการพัฒนาในทุก ๆ เรื่องการพัฒนาสุขภาพ “คน” จึงเป็นพื้นฐานของการพัฒนาศักยภาพ ที่เริ่มจากตัวบุคคลเป็นสำคัญ และนอกจากนี้ยังได้พัฒนาจากแนวคิดรูปแบบการพัฒนาสุขภาพ ผู้สูงอายุ รูปแบบการสร้างความสัมพันธ์สังคมอายุยืน (Okinawa Ken Fukushi Ho Ken Bu, 1999) และแนวคิดปัจจัยที่ทำให้สังคมอายุยืน (Kazuhiko Taira , 2000) จากแนวคิดที่นำเสนอมาผู้วิจัย ได้นำมาประยุกต์และพัฒนาเป็นปัจจัยหลักปัจจัยหนึ่ง ซึ่งมีองค์ประกอบของปัจจัยที่จะนำไปศึกษา สรุปได้คือ

ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ประกอบด้วยตัวแปรที่สำคัญ ได้แก่ การเตรียมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มี คุณภาพ การอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีมีคุณค่า และพึ่งตนเองได้ ผู้สูงอายุได้รับสิทธิและความเสมอภาคทาง สังคมการได้รับการคุ้มครองไม่ถูกทอดทิ้ง และการศึกษาเรียนรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการ พัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ

2. ปัจจัยด้านครอบครัว พัฒนาจากแนวคิดรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้จากการสนทนา กลุ่ม (Focus group) หลักการกฎบัตรของสหประชาชาติ (General of administration affair Primeministry office Tokyo , 2000) แนวคิดการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในสหราชอาณาจักร (Dee Jones, 1997) ซึ่งต่างได้ให้ความสำคัญและประกาศเป็นหลักการสำคัญให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับ ครอบครัวยาวนานที่สุด และนอกจากนั้นได้ปรากฏเป็นปัจจัยสำคัญอยู่ในแนวคิดพื้นฐานการจัดทำ แผนผู้สูงอายุระยะยาว (คณะทำงานพิจารณานโยบายและมาตรการหลักเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ (2535) โดยเฉพาะได้ระบุมมาตรการให้ครอบครัวมีบทบาทให้ความเกื้อหนุนผู้สูงอายุ และตามหลัก การการพัฒนาปรัชญาใหม่ “คน” คือจุดมุ่งหมายของการพัฒนา แต่มีปัจจัยที่สัมพันธ์อย่างสำคัญคือ สถาบันครอบครัว เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญ และในด้านยุทธศาสตร์การพัฒนาสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กองสาธารณสุขต่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข (2542) จากการวิเคราะห์เชิงระบบมีองค์ ประกอบสำคัญคือ

ปัจจัยด้านครอบครัว ประกอบด้วยตัวแปรที่สำคัญได้แก่ผู้สูงอายุได้อยู่อาศัยกับครอบครัว ความเข้าใจและความเอื้ออาทรของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุ ครอบครัวให้การเกื้อหนุนและการมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวกับผู้สูงอายุ และอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

3. ปัจจัยด้านชุมชน พัฒนาจากหลักการกฎบัตรของสหประชาชาติ (General of administration affair Primeministry office Tokyo ,2000) แผนทองและแผนการดูแลสุขภาพและแผนสวัสดิการผู้สูงอายุประเทศญี่ปุ่น (Chu oh houki , 1999) แนวคิดรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ รูปแบบการสร้างความสัมพันธ์สังคมอายุยืน (Okinawa Ken Fukushi Ho Ken Bu, 1999) ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย (2542) (คณะทำงานแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ฉบับที่ 2 (2543) แนวคิดพื้นฐานการจัดทำแผนผู้สูงอายุระยะยาว (คณะทำงานและคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ (2543) ปรัชญาใหม่ ; คนคือ จุดมุ่งหมายของการพัฒนา (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2542) จากการวิเคราะห์เชิงระบบทุกแนวคิดที่นำเสนอมาต่างมีความเห็นสอดคล้องกันคือปัจจัยด้านชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลให้ การพัฒนาสุขภาพบังเกิดผลดี ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญคือ

ปัจจัยด้านชุมชน ประกอบด้วยตัวแปรที่สำคัญได้แก่ชุมชนตระหนักในความสำคัญของผู้สูงอายุคือการกำหนดนโยบายหรือมาตรการต่าง ๆ ที่จะช่วยให้การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุบังเกิดผลดีผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน ซึ่งได้แก่ชุมชนเปิดโอกาสให้บทบาทเพื่อการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน และชุมชนให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุ ซึ่งหมายถึงการให้การดูแลรับผิดชอบให้การอุปการะคุณ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีต่อผู้สูงอายุ

4. ปัจจัยด้านการจัดระบบบริการสุขภาพ พัฒนาจากหลักกฎบัตรของสหประชาชาติ (General of administration affair Primeministry office Tokyo ,2000) เกี่ยวกับการให้บริการดูแล (care) โดยครอบครัว ชุมชนและสังคม การให้คำมั่นสัญญาเพื่อดูแลสุขภาพการให้การเลี้ยงดู และการฟื้นฟูสุขภาพเป็นต้นนอกจากนี้ ยังได้จากความสัมพันธ์ข้อมูลพื้นฐานประชากรกับนโยบายและโปรแกรมพัฒนาสุขภาพ Maddox . GL (1982) แนวคิดและการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกา (Dagg Palsdattir (1987) ซึ่งมีจุดเน้นให้มืองค์กรรับผิดชอบการจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะแนวคิดการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ในสหราชอาณาจักร (Dee Jones, 1997) เกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพและการช่วยเหลือที่มีรูปแบบที่ดี แผนทองและแผนการดูแลสุขภาพ และสวัสดิการผู้สูงอายุ (Chu oh houki , 1999) การจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ (Okinawa Ken Fukushi Ho Ken Bu, 1999) รูปแบบการจัดกิจกรรมตามโครงการส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพสำหรับทุกคนในระดับชุมชนและท้องถิ่น (General asministration offair Priministry office Tokyo,2000) รูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ (Tanaka Yoshio , 1996) แนวคิด

พื้นฐานการจัดทำแผนผู้สูงอายุระยะยาว (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี (2543) ความเชื่อมโยงและพลวัตที่เกี่ยวกับสุขภาพ (สำนักนโยบายและแผน สาธารณสุข (2542) ที่กล่าวมานี้มีจุดเน้นที่การจัดระบบบริการที่เกิดความเสมอภาคและจัดได้ครอบคลุม คุณภาพและประสิทธิภาพของการจัดบริการประเภทและระดับความพึงพอใจของการ รับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัจจัยการจัดระบบบริการสุขภาพ มีองค์ประกอบที่สำคัญคือ

ปัจจัยด้านการจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยตัวแปรที่สำคัญ คือชุมชน ตระหนักในความสำคัญมีนโยบายมาตรการที่ดำเนินการการจัดกิจกรรมบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ชุมชนพัฒนาบุคลากร เพื่อการดูแลและจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ให้มีประสิทธิภาพระดับ ประสิทธิภาพของการจัดบริการสุขภาพ เป็นการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับวัย และระดับ ความพึงพอใจในการรับบริการสุขภาพ

5. ปัจจัยการพัฒนาในด้านสังคม พัฒนาจากเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (อ้าง ในสงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2536) ได้ระบุไว้ว่าการพัฒนาสุขภาพด้านสังคม (Social Development) มีการพัฒนาอยู่ 2 ส่วนคือด้านวัฒนธรรมและการเข้าสังคม ด้านวัฒนธรรมเป็นค่านิยมที่สังคมยอมรับ มีความรับผิดชอบในงานชุมชนต้องการมีส่วนร่วมพัฒนาท้องถิ่น สนับสนุนกิจกรรมชุมชนเป็น สมาชิกที่ดีของชุมชน ส่วนในด้านการเข้าสังคมประกอบด้วย มีความเข้าใจผู้อื่น คบคนได้ อยากเข้า สังคมต้องการเพื่อนใหม่ ต้องการเพื่อนสนิทเป็นผู้มีคุณธรรมและรักษาบุคลิกภาพเมื่อออกสังคม และสอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุรูปแบบการสร้างความสัมพันธ์สังคม อายุยืน (Okinawa Ken Fukushi Ho Ken Bu, 1999) ที่กล่าวไว้ในการพัฒนาสุขภาพด้านสังคมว่า เกิดจากความต้องการสำนึกในความผูกพันกัน ภายในครอบครัว ท้องถิ่นของตน ต้องการลดความรู้ สึกว่าเหว่ ต้องการให้สังคมในท้องถิ่นและเครือข่ายช่วยเหลือกันและกัน มีกิจกรรมที่มีความ สัมพันธ์เช่นกิจกรรมอาสาสมัครกิจกรรมตามประเพณีและวัฒนธรรม เป็นต้น เช่นเดียวกับแนวคิด ปัจจัยทำให้ผู้สูงอายุอายุยืน (Kazuhiko Taira , 2000) ได้กล่าวว่ากิจกรรมเพื่อพัฒนาสุขภาพ ด้าน สังคมเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสร้างความสามัคคี ความเอื้ออาทรที่มีต่อกันเช่นกิจกรรมอาสาสมัคร กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ กิจกรรมวันสำคัญต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบ การจัดกิจกรรม เพื่อพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ (Tanaka Yoshio,1996) ก็ได้กล่าวไว้เช่นเดียวกัน จาก แนวคิดที่เสนอมานี้และจากการวิเคราะห์มีองค์ประกอบที่สำคัญคือ

การพัฒนาสุขภาพด้านสังคม ประกอบด้วยตัวแปรที่สำคัญคือการมีส่วนร่วมในกิจกรรม ชุมชน การเข้าเป็นอาสาสมัครและเครือข่ายสังคม การเข้าใจผู้อื่น คบคนได้ในชุมชนเดียวกัน อยาก เข้าร่วมสังคมและต้องการเพื่อนใหม่

6. ปัจจัยการพัฒนาด้านจิตใจ พัฒนาจากหลักการกฎบัตรของสหประชาชาติ (General of administration affair Primeministry office Tokyo ,2000) ที่กล่าวถึงด้านการบริการดูแล ให้มีการฟื้นฟูจิตใจและความสัมพันธ์ข้อมูลพื้นฐานประชากรกับนโยบายและโปรแกรมพัฒนาสุขภาพ Maddox , GL (1982) ได้กล่าวถึงให้มีนโยบายส่งเสริมบริการด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ โดยจัดแนะนำและบริการสุขภาพจิตในชุมชน และนอกจากนี้เป้าหมายการพัฒนาสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (อ้างในสงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2536) ได้ระบุถึงเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพด้านจิตใจ (Mental Development) ไว้ว่าบุคคลที่มีจิตใจดีจะเป็นบุคคลที่มีเป้าหมายในชีวิต มีความเชื่อมั่นในการทำความดี มีความต้องการให้ทุกอย่างดีขึ้น ชื่นชมในศิลปะและความงาม รู้สึกชีวิตตนมีคุณค่ากับผู้อื่นและมีจิตสำนึกเพื่อส่วนรวม เป็นผู้ควบคุมอารมณ์ได้ดีเป็นผู้มีศักดิ์ศรี มีงานอดิเรกทำเป็นต้น แนวคิดและการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกา (Dagg Palsdattir (1987) ได้กล่าวไว้ในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ว่ามีสิ่งที่มีอิทธิพลแพร่หลายต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ อีกอย่างหนึ่งคือคุณลักษณะด้านจิตใจและอารมณ์ในผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุรูปแบบการสร้างความสัมพันธ์สังคมอายุยืน (Okinawa Ken Fukushi Ho Ken Bu, 1999) ได้กล่าวถึงการพัฒนาสุขภาพด้านจิตใจ ว่าเป็นภาวะทางจิตใจที่ผู้สูงอายุเกิดความกังวล อยากรมีความใกล้ชิดกับบุตรหลานครอบครัวและญาติ ต้องการความเคารพนับถือเป็นบุคคลที่มีคุณค่า และเช่นเดียวกัน แนวคิดปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุยืน (Kazuhiko Taira , 2000) ได้กล่าวถึงการพัฒนาจิตใจ ไว้ว่าผู้สูงอายุรู้จักคิดเลือกงานอดิเรกทำที่ตนเองชื่นชอบเช่น กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมด้านศิลปะวัฒนธรรม ศาสนาและความเชื่อ เพื่อส่งเสริมพลังทางจิตใจและความเชื่อมั่นในตนเอง และเช่นเดียวกันรูปแบบการจัดกิจกรรม เพื่อพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ (Tanaka Yoshio,1996) ได้ให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพจิตด้วยเช่นกันจากแนวคิดที่นำเสนอมาและจากการวิเคราะห์เชิงระบบมีองค์ประกอบที่สำคัญคือ

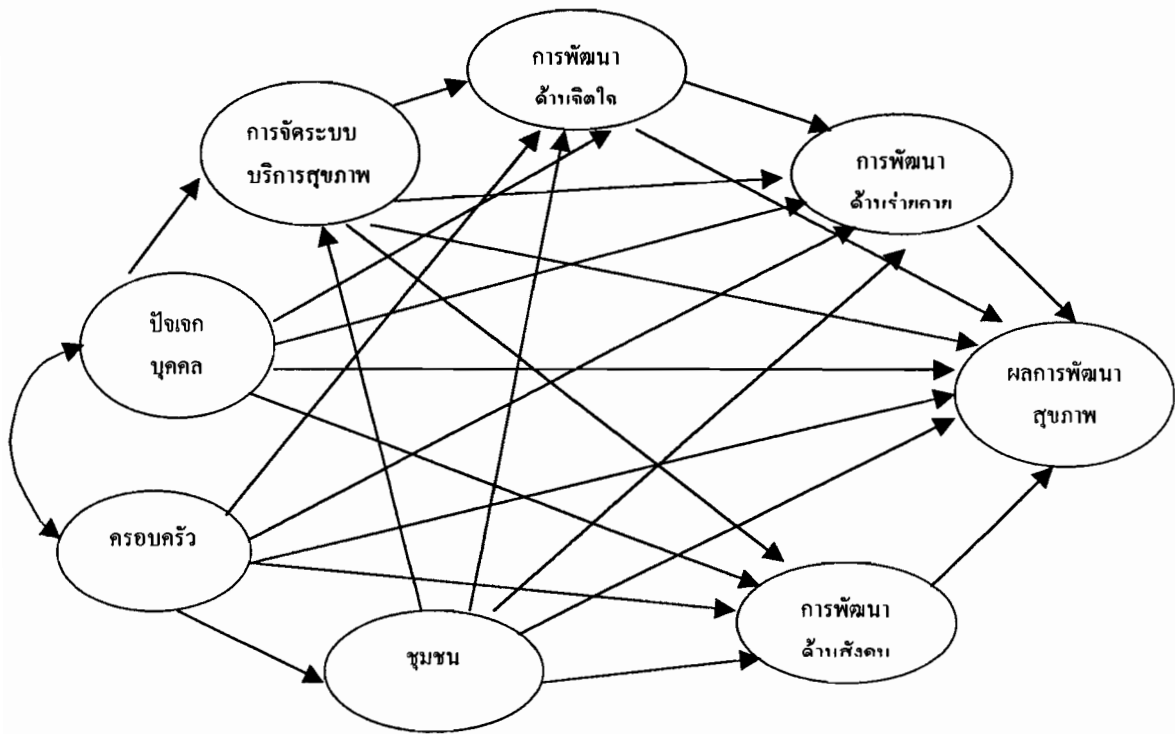
ปัจจัยการพัฒนาด้านจิตใจ ประกอบด้วยตัวแปรสำคัญคือด้านศาสนาและความเชื่อ เป็นกิจกรรมที่พึ่งทางจิตใจให้มีสมาธิการควบคุมตนเอง และการมีงานอดิเรกทำเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้รู้จักการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ มีความตั้งใจและวิริยะที่จะทำกิจกรรมให้สำเร็จ รวมทั้งความตั้งใจและการควบคุมตนเองอันเป็นความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตนเอง ซึ่งเป็นผลดีต่อการพัฒนาสุขภาพด้านจิตใจ

7. ปัจจัยการพัฒนาด้านร่างกาย พัฒนาจากหลักกฎบัตรของสหประชาชาติ (General of administration affair Primeministry office Tokyo ,2000) ได้กล่าวถึงการบริการดูแล ให้มีการฟื้นฟูที่จะให้เกิดผลดีต่อร่างกายเช่นเดียวกันในเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (อ้างในสงวน นิตยารัมภ์พงศ์,2536) ได้ระบุว่า การพัฒนาสุขภาพด้านร่างกาย (Physical Development)

จะมีองค์ประกอบภาวะทางสุขภาพอย่างหนึ่งคือสุขภาพไม่เจ็บป่วย มีน้ำหนักตัวที่เหมาะสมมีลักษณะทรวดทรงดีและมีบุคลิกดี และแนวคิดรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุรูปแบบการสร้าง ความสัมพันธ์สังคมอายุยืน (Okinawa Ken Fukushi Ho Ken Bu, 1999) แนวคิดปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุยืน (Kazuhiko Taira , 2000) ซึ่งต่างมีความคิดที่สอดคล้องกันในด้านการพัฒนาด้านร่างกายก็คือการใช้แรงงานของรายได้ตามอัตรภาพ การร่วมเล่นกีฬา การพักผ่อนนอนหลับ การพึ่งตนเองและการรู้จักจังหวะชีวิตและรวมทั้งการมีภาวะโภชนาการที่ดี การรู้จักเลือกสรรการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่นพืชผักสีเขียว ถั่ว เนื้อ ปลา และเกลือเป็นต้น และ(Tanaka Yoshio,1996) ได้ระบุไว้ในรูปแบบการจัดกิจกรรม เพื่อพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุอย่างหนึ่งคือการพัฒนาด้านร่างกาย ได้แก่การร่วมเล่นกีฬาและออกกำลังกายตามความเหมาะสมกับวัย จากแนวคิดที่นำเสนอมาจากการวิเคราะห์ระบบ มีองค์ประกอบที่สำคัญคือ

ปัจจัยการพัฒนาด้านร่างกาย ประกอบด้วยตัวแปรที่สำคัญคือการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในชีวิตประจำวัน การมีภาวะโภชนาการที่ดีการรู้จักเลือกสรรอาหารที่มีคุณค่ามีประโยชน์ต่อร่างกาย การใช้แรงงานในการประกอบกิจกรรมตามความเหมาะสม และการพักผ่อนนอนหลับเป็นความสุข เมื่อได้พักผ่อนนอนหลับในชีวิตประจำวันด้วยเช่นกัน

8. ปัจจัยการมีสุขภาพดี พัฒนาจากมาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่ดีที่พึงประสงค์ (กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข , 2545) ประกอบด้วยการมีสุขภาพดี ทั้งร่างกายและจิตใจ ด้านร่างกายเป็นความสามารถในการควบคุมโรคในระยะ 1 ปี ที่ผ่านมามีได้คือโรคหัวใจขาดเลือด โรคมะเร็ง โรคเส้นเลือดในสมองอุดตัน โรคไตเสื่อม โรคเอดส์ และวัณโรคและโรคสามารถควบคุมได้ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมามีได้แก่ ความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ส่วนด้านจิตใจ จะประกอบด้วย การเข้าร่วมกิจกรรมครอบครัว ชุมชนเป็นประจำ ไม่มีปัญหาด้านอารมณ์รู้สึกตนเองว่ามีคุณค่าและรู้สึกตนเองไม่ได้ถูกทอดทิ้งและการมีพันธุการใช้ได้อย่างน้อย 20 ชี การมีดัชนีมวลกายเป็นปกติ และมีความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตรภาพ



แผนภาพที่ 20 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงอรรถาธิบาย (Analytical research) เป็นารวิจัยรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น (LISREL) ของการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ในเขตชุมชนเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

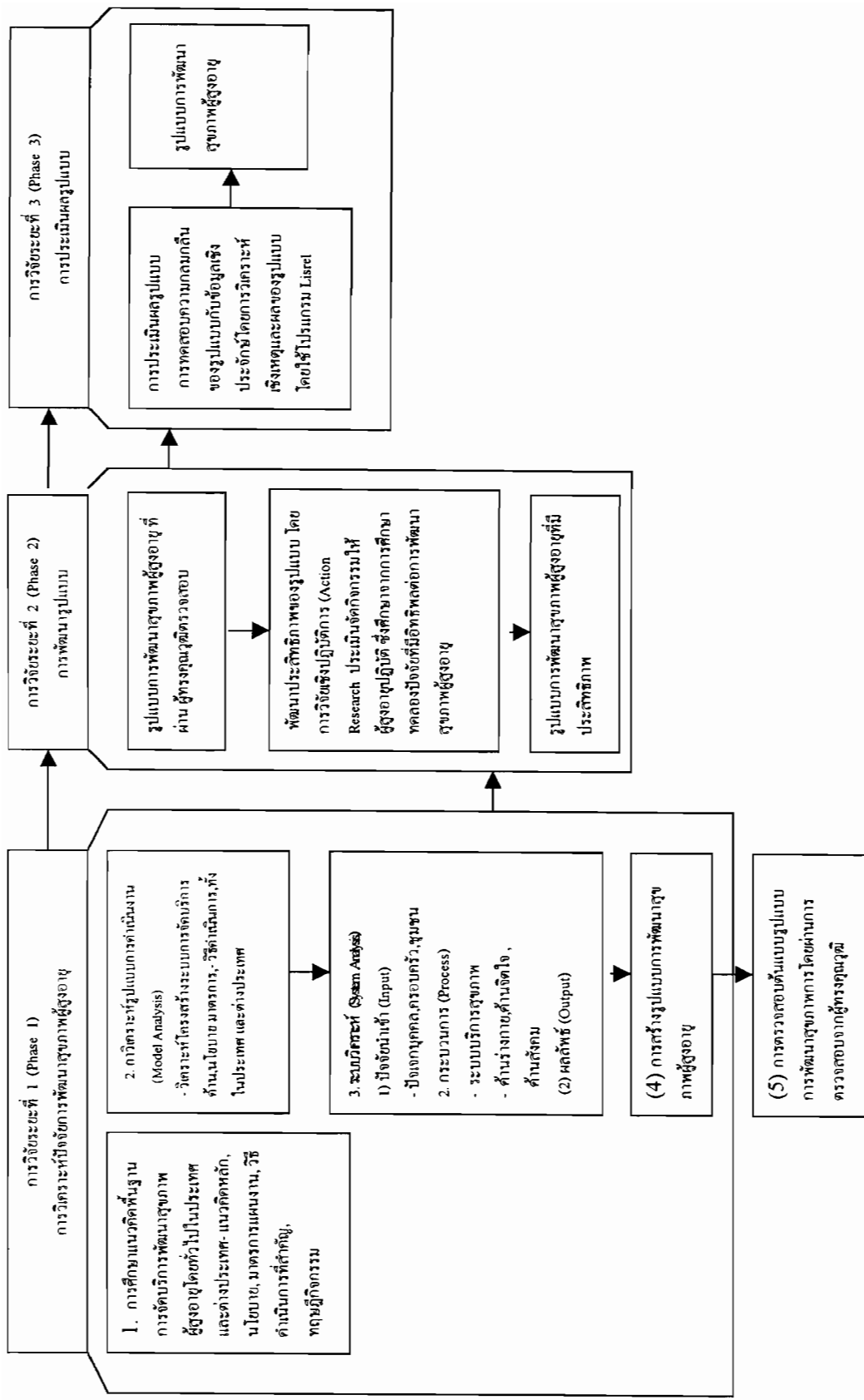
3.2 ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

ขั้นตอนการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ วิเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี หลักการ ตลอดจนนโยบายมาตรการต่าง ๆ ในการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทั้งโดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ในเขตการศึกษา 9 จังหวัดหนองคาย ผู้สูงอายุจำนวน 15 คน เขตพื้นที่การศึกษา 10 จังหวัดอุบลราชธานี ผู้สูงอายุจำนวน 15 คน และเขตการศึกษา 11 จังหวัดนครพนม ผู้สูงอายุจำนวน 15 คน รวม 45 คน แล้วนำผลที่ได้จากการศึกษาแนวคิดนโยบาย มาตรการต่าง ๆ และรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทั้งหมด ประยุกต์ใช้เพื่อสร้างแบบจำลองรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ เพื่อพัฒนาความถูกต้องของกรอบแนวคิดทั้งหมด

ระยะที่ 2 เป็นขั้นตอนการพัฒนา รูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ โดยนำเอาปัจจัยและองค์ประกอบของแต่ละปัจจัยที่ได้จากศึกษาและวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ จากระยะที่ 1 มาเข้าสู่กระบวนการจัดกิจกรรมเป็นระบบบริการสุขภาพตามรูปแบบ การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุที่จำลองขึ้น โดยจัดกิจกรรมให้แก่กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นสมาชิกที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกันภายในเขตเทศบาล เพื่อวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นต่อการพัฒนาสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการสังเกตการสนทนาทั้งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม ที่เป็นผลจากการจัดกิจกรรมบริการสุขภาพ ตามกำหนดระยะเวลา 4 เดือน

ระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการนำเอาข้อมูลเชิงประจักษ์มาใช้ในการทดสอบความกลมกลืนของรูปแบบ (Goodness of fit) โดยการวิเคราะห์เชิงเหตุและผลด้วยการใช้โปรแกรมลิสเรล (Program Lisrel) สำหรับขั้นตอนในการวิจัยดังได้แสดงในรายละเอียดไว้ดังแผนภาพที่ 22



แผนภาพที่ 22 ขั้นตอนการวิจัยและขั้นตอนการพัฒนาแบบรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ

3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ

3.3.1 การศึกษาในระยะที่ 1 ศึกษากลุ่มประชากรผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง ระหว่างเดือน มีนาคม - มิถุนายน 2545 ผู้วิจัยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพกลุ่มตัวอย่างศึกษาในเขตชุมชนเมือง จำนวน 45 คน และใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ชุมชนที่เลือกศึกษามีลักษณะใกล้เคียงกับชุมชนในเขตชุมชนเมืองเป็นส่วนใหญ่ของจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้วิธีการศึกษาแบบแบ่งกลุ่มสนทนา (Focus Group) และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Indepth Interview) เพื่อศึกษาความคิดเห็นและการรับรู้ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ จากการเลือกศึกษาผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองเทศบาลนคร เทศบาลเมือง ของจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3 เขตการศึกษาเขตละ 1 จังหวัด ๆ ละ 15 คน ซึ่งเป็นจังหวัดที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นกลุ่มจัดกิจกรรมบริการ และไม่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ประเมินรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุประกอบด้วย

เขตการศึกษา 9	จังหวัดหนองคาย	กลุ่มตัวอย่าง 15 คน
เขตการศึกษา 10	จังหวัดอุบลราชธานี	กลุ่มตัวอย่าง 15 คน
เขตการศึกษา 11	จังหวัดนครพนม	กลุ่มตัวอย่าง 15 คน
รวม		45 คน

3.3.2 การศึกษาในระยะที่ 2 ศึกษากลุ่มประชากรที่คัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เป็นสมาชิกกลุ่มผู้สูงอายุในเขตชุมชนหนองเตาเหล็ก ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 คน เป็น ชาย 14 คน หญิง 16 คน ซึ่งเป็นชุมชนเทศบาลนครและเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยได้เสนอแผนการจัดกิจกรรมต่อประธานชุมชน และคณะกรรมการบริหารชุมชน สมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุและกลุ่มผู้สูงอายุทั้ง 30 คน เพื่อจัดกิจกรรมบริการสุขภาพตามรูปแบบที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นซึ่งผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว โดยอาศัยการเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดดำเนินการให้ผู้สูงอายุร่วมปฏิบัติและตลอดระยะเวลาการเข้าร่วมกิจกรรมทดลองที่ต่อเนื่องที่เริ่มต้นจากวันที่ 10 สิงหาคม 2545 ถึง วันที่ 10 ธันวาคม 2545 (รวมระยะเวลา 4 เดือน) ในระยะที่ 2 นี้ จึงเป็นการหาความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัย โดยการจัดกิจกรรมที่จัดบริการสุขภาพระยะที่ 2 มีข้อตกลงเบื้องต้นดังนี้ ผู้วิจัยเสนอโครงการจัดกิจกรรมบริการสุขภาพในชุมชน ประกอบด้วยประธานชุมชนคณะกรรมการชุมชน ผู้แทนครอบครัว ผู้สูงอายุและผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง 30 คน เพื่อทำข้อตกลงการร่วมปฏิบัติกิจกรรมที่ต่อเนื่องและการฝึกทักษะกิจกรรม กิจกรรมที่ต้องปฏิบัติประยุกต์ใช้ตามแนวทฤษฎีกิจกรรมของ

Newton & Anderson (1996) ซึ่งมีผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างให้คำมั่นสัญญา (Commitment) ที่จะปฏิบัติต่อตนเองต่อครอบครัวและต่อชุมชนคือ

1. กิจกรรมไม่มีรูปแบบ (Informal Activity) โดยผู้สูงอายุปฏิบัติต่อตนเองดังนี้ผู้สูงอายุพบปะสังสรรค์กับเพื่อน ญาติ หรือการมีส่วนร่วมกับสมาชิกในครอบครัว การช่วยเหลืองานของสมาชิกในครอบครัว

2. กิจกรรมที่มีรูปแบบ (Formal Activity) ผู้สูงอายุต้องปฏิบัติต่อตนเองดังนี้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมในสมาคมต่าง ๆ หรือการเป็นอาสาสมัครเพื่อสังคม การเข้าร่วมกลุ่มทางศาสนาหรือกลุ่มทางการเมือง ที่เป็นกิจกรรมภายนอกครอบครัว

3. กิจกรรมเพื่อการพักผ่อนและงานอดิเรก (Leisure Activity and Hobby) ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายหรือวาดภาพหรือร่วมกิจกรรมนันทนาการ หรือทำสวนครัว ปรับปรุงตกแต่งบ้านทุกกิจกรรม ผู้สูงอายุสามารถเลือกทำอย่างใดอย่างหนึ่งหรือสลับกันก็ได้ แต่ให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการทดลอง 4 เดือน

กิจกรรมทุกรูปแบบมิได้กำหนดขอบเขตเฉพาะในการปฏิบัติแต่ละกิจกรรมจะดำเนินไปด้วยการรู้จักควบคุมตนเองการให้คำมั่นสัญญาต่อตนเอง (Commitment) หรือความตั้งใจที่จะปฏิบัติมีความเชื่อมั่นที่จะพัฒนาตนเองรู้จักฟังตนเอง มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง จึงจะประสบความสำเร็จได้ ซึ่งผู้วิจัยจะได้อธิบายชี้แจงในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจและศรัทธาที่จะเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาของการร่วมปฏิบัติกิจกรรมตามกำหนด

3.3.3 การศึกษาในระยะที่ 3 เป็นกลุ่มประชากรที่คัดเลือกเพื่อนำมาเป็นกลุ่มศึกษาเพื่อประเมินรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ระหว่างวันที่ 10 มิถุนายน 2546 – ตุลาคม 2546 ระยะเวลา 4 เดือน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) แบบ 2 ขั้นตอน (Two stage cluster Sampling) คือ

ขั้นตอนที่ 1 กลุ่มสุ่มตัวอย่าง กลุ่มผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 19 จังหวัด ใน 3 เขตพื้นที่การศึกษา (เขตการศึกษา 9, 10 และ 11) สุ่มมาเขตการศึกษาละ 2 จังหวัด โดยใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่มีการใส่แทนที่ (Selection without replacement) ซึ่งเลือกได้ตามลำดับ ดังนี้ เขตการศึกษา 9 จังหวัดสกลนครและจังหวัดขอนแก่นเขตการศึกษา 10 คือจังหวัดกาฬสินธุ์ และจังหวัดมหาสารคาม เขตการศึกษา 11 จังหวัดศรีสะเกษและจังหวัดชัยภูมิ

ขั้นตอนที่ 2 การประมาณขนาดของกลุ่มขนาดที่เหมาะสม

การประมาณขนาดตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณหาขนาดตัวอย่าง Lwanga and Lameshow, 1991 : 25)

$$n = \frac{Z^2 \alpha/2 \quad 2 \pi (1-\pi)}{d^2}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง

π = ค่าสัดส่วนประชากร ในที่นี้กำหนดให้เป็นค่าสูงสุดคือ (40%) = 0.4

d = ค่าความแม่นยำของการประมาณค่าที่ยอมรับได้ (Precision of Estimation)

$/ P - \pi /$ ของ 6 % = 0.06

$Z^2 \alpha/2$ = ค่าสถิติมาตรฐานได้ตั้งปกติที่สอดคล้องกับระดับนัยสำคัญ

ค่าที่ใช้คือ 1.96

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.040(1-0.40)}{(0.06)^2}$$

$$(0.06)^2$$

$$= \frac{3.8416 \times 0.24}{0.0036}$$

$$0.0036$$

$$= 256$$

แต่เนื่องจากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม 2 ขั้นตอน (Two Stage Cluster Sampling) ดังนั้นขนาดตัวอย่างของการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม สามารถหาได้จากขนาดตัวอย่างของการสุ่มแบบง่ายคูณด้วย Design Effect ซึ่งในครั้งนี้อำหนดให้มีค่าเป็น 2 เท่าของการสุ่มอย่างง่าย ดังนั้นขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 512 คน แต่ในการวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง 516 คน ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้แยกตามจังหวัดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

เขตการศึกษา	จำนวนจังหวัด	จังหวัดที่เลือก	จำนวนชุมชนในเขตเทศบาลเมือง	จำนวนผู้สูงอายุ	กลุ่มตัวอย่าง
9	6 (อด.,นบ.,นค.,ลย.,สก.,ขก.)	1 ขอนแก่น	49	3,357	106
		2 สกลนคร	32	2,750	86
10	8 (อบ.,อจ.,รอ.,นพ.,มค.,ยศ.,กพ.,มท.,)	1 กาฬสินธุ์	21	2,240	70
		2 มหาสารคาม	36	3,080	91
11	5 (นม.,สร.,สก.,บร.,ชย.)	1 ศรีสะเกษ	33	2,970	93
		2 ชัยภูมิ	30	2,400	70
รวม	19	6	190	16,797	516

กลุ่มตัวอย่างแยกตามจังหวัดต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. จังหวัดขอนแก่น

กลุ่มที่ 1 ชุมชนโคกสี อ.เมือง	กลุ่มตัวอย่าง	56 คน
กลุ่มที่ 2 ชุมชนบ้านเลิง อ.เมือง	กลุ่มตัวอย่าง	50 คน
รวม		106 คน
2. จังหวัดสกลนคร

กลุ่มที่ 1 ชุมชนวัดแจ้ง เทศบาลเมือง	กลุ่มตัวอย่าง	42 คน
กลุ่มที่ 2 ชุมชนธาตุเชิงชุม เทศบาล	กลุ่มตัวอย่าง	44 คน
รวม		86 คน
3. จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มที่ 1 ชุมชนเทศบาล 23 เทศบาลเมือง	กลุ่มตัวอย่าง	34 คน
กลุ่มที่ 2 ชุมชนทุ่งศรีเมือง เทศบาลเมือง	กลุ่มตัวอย่าง	36 คน
รวม		70 คน
4. จังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มที่ 1 ชุมชนตรรกศิลา อ.เมือง	กลุ่มตัวอย่าง	51 คน
กลุ่มที่ 2 ชุมชนโพธิ์ศรี อ.เมือง 2	กลุ่มตัวอย่าง	40 คน
รวม		91 คน
5. จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มที่ 1 ชุมชนศรีสุมังค์ เทศบาลเมือง	กลุ่มตัวอย่าง	51 คน
กลุ่มที่ 2 ชุมชนโชติพันธ์	กลุ่มตัวอย่าง	42 คน
รวม		93 คน
6. จังหวัดชัยภูมิ

กลุ่มที่ 1 ชุมชนกุดคุ้ม เทศบาลเมือง	กลุ่มตัวอย่าง	40 คน
กลุ่มที่ 2 ชุมชนหนองนาแซง	กลุ่มตัวอย่าง	30 คน
รวม		516 คน

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ระยะคือ

การวิจัยระยะที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์หรือแนวคำถามแบบเจาะลึก (Indepth interview) และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยได้เปิดอิสระในการแสดงความคิดเห็นในแบบกว้าง เพื่อให้แสดงแนวคิดต่าง ๆ ในปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ 3 ด้านคือ

1. ด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีผลต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ
2. ด้านแนวการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ
3. แนวคิดทั่วไปในการดูแลสุขภาพตนเอง

ในระยะที่ 1 นี้จึงเป็นการสนทนากลุ่ม (Focus Group) และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Indepth Interview) จำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมืองจังหวัดอุบลราชธานี 15 คน และจังหวัดหนองคาย 15 คน และจังหวัดนครพนม 15 คน รวม 45 คน การสร้างแบบสัมภาษณ์การประยุกต์ทั้งหมดได้อาศัยแนวคิดหลักการ ทฤษฎี จากรูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาสุขภาพของ Tanaka Yoshio (1996) และแนวคิดรูปแบบการพัฒนาสุขภาพการสร้างสังคมอายุยืนของ โอกินาวา (1999)

การวิจัยระยะที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์หรือแนวคำถามแบบเจาะลึก (Indept Interview) หรือเป็นแนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม (Focus Group) ใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ภายหลักร่วมการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อประเมินความคิดเห็นความสัมพันธ์ของปัจจัยที่จำลองเป็นรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุว่ามีปัจจัยหรือตัวแปรใด มีความสัมพันธ์และมีผลต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุให้ดีขึ้นหรือไม่อย่างไร ตลอดระยะเวลา 4 เดือนของการร่วมปฏิบัติกิจกรรมทั้งนี้การสัมภาษณ์หรือการสนทนาแต่ละครั้งจะมีลักษณะเปิดกว้างใช้วิธีการสังเกตและให้อิสระในการแสดงความคิดเห็น ไม่ชี้นำให้เห็นทั้งจุดเปลี่ยนแปลงและไม่เปลี่ยนแปลงหรือจุดที่เป็นแนวโน้มที่คาดหวังว่าจะเกิดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบการสนทนาไว้แล้วโดยประยุกต์จากแนวคิดทฤษฎีรวมทั้งที่ได้จากการศึกษาและจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ในการวิจัยระยะที่ 1 จึงเป็นขั้นตอนการศึกษารูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ครอบคลุมถึงปัจจัยด้านปัจเจกบุคคลครอบครัวชุมชน การจัดกิจกรรมบริการสุขภาพ เพื่อการพัฒนาสุขภาพด้านร่างกายจิตใจ และด้านสังคม ตลอดจนผลโดยรวมจากการประเมินสุขภาพตามมาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ของกรมอนามัยสำนักส่งเสริมสุขภาพ (2545)

กรอบของเครื่องมือการถาม / การสนทนา (Focus Group) การวิจัยระยะที่ 2

1. ด้านปัจจัยหรือตัวแปรใดที่มีความสัมพันธ์ มีอิทธิพลต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ
2. ด้านแนวความคิดการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ
3. แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองตามรูปแบบของการร่วมกิจกรรม

การวิจัยระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบการพัฒนาสุขภาพ ในระยะนี้เป็นขั้นตอนการใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถามใช้กับกลุ่มตัวอย่างในเขตการศึกษา 9-10 และ 11 จำนวน 6 จังหวัด กลุ่มตัวอย่าง 516 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์มาใช้ในการวิเคราะห์ ตามความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นจากการจำลองรูปแบบเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินเป็นแบบสอบถาม (ใช้วิธีการสัมภาษณ์) ประกอบด้วย

เป็นแบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยและความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยประยุกต์จากแนวคิดและหลักการต่าง ๆ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง(รายละเอียดจำนวนข้อสอบได้แยกไว้ในแต่ละตอนของแบบสอบถามแล้ว) ดังต่อไปนี้

(1) ประยุกต์จากแนวคิดพื้นฐานการจัดทำแผนผู้สูงอายุระยะยาว โดยคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี (2543) ที่กล่าวถึงแนวคิดตามปรัชญาการสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุ เป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคมต้องมีการกระทำตามลำดับคือ 1) ประชากรช่วยตนเอง 2) ครอบครัวเกื้อหนุน 3) ชุมชนช่วยเหลือ 4) สังคม - รัฐเกื้อหนุน

(2) ประยุกต์จากแนวคิด “คน” เป็นศูนย์กลางของการพัฒนาในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2542) กล่าวถึง เมื่อยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาก็หมายถึงพัฒนาด้านร่างกาย ด้านปัญญา สังคม อารมณ์ จริยธรรม ซึ่งมีองค์ประกอบล้อมรอบด้วย ครอบครัวชุมชน สังคม ทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม การเมือง และการพัฒนาเศรษฐกิจ

(3) ประยุกต์จากแนวคิด ยุทธศาสตร์การพัฒนาสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กองสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2542) การพัฒนาทรัพยากรบุคคลที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางหมายถึงการพัฒนาสุขภาพกายแข็งแรง สุขภาพจิตดี ครอบครัว และสังคมดี โดยให้มีการพัฒนาบุคลากร การปฏิรูประบบบริหารจัดการ ด้านคุณภาพ ความพึงพอใจการประสานความร่วมมือและการมีส่วนร่วม โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือครอบครัว ชุมชน สังคม เศรษฐกิจ การเมือง ทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม

(4) ประยุกต์จากแนวคิด แนวโน้มของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ ที่แสดงความเชื่อมโยงและพลวัตที่เกี่ยวกับสุขภาพ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2542) ที่กล่าวถึงการพัฒนาสุขภาพประกอบด้วยปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ประกอบด้วย กรรมพันธุ์ พฤติกรรม ความเชื่อ จิตวิญญาณปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ประกอบด้วย สภาพ/ชีวภาพ เศรษฐกิจ / การเมือง วัฒนธรรม / ศาสนา ประชาชน/การศึกษา ความมั่นคง และการสื่อสารคมนาคม เทคโนโลยี ปัจจัยระบบบริหาร ประกอบด้วย ความเสมอภาค-ครอบคลุม คุณภาพ-ประสิทธิภาพ ประเภทและระดับบริการ และภาครัฐและเอกชน

(5) หลักการสำหรับผู้สูงอายุของสหประชาชาติ (United Nation Plan of Action on Aging 1991) และหลักการเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ซึ่งกล่าวถึงความสัมพันธ์ระดับนโยบายข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับประชากร และโปรแกรมพัฒนาโดย Therae, H. and Maddox, G.L (1982)

(6) แนวคิดรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ รูปแบบการสร้างสังคมอายุยืนศูนย์พัฒนาสังคมอายุยืน ประชาสังคมสงเคราะห์ จังหวัดโอกินาวา ประเทศญี่ปุ่น (Okinawa Ken Fukushi Hoken bu 1999)

(7) แนวคิดปัจจัยที่ทำให้สังคมอายุยืนของ Kazahiko Taira (2 Dec, 2000)

(8) รูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุของ Tanaka Yoshio (1996) Physical Fitness Hoken Center Okayama Japan.

(9) แนวคิด The American College of Sports Medicine (1971) ซึ่งได้เสนอแนวคิดการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเกี่ยวกับสิ่งที่มีอิทธิพลแพร่หลายต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ

(10) แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ Ottawa Charter for Health Promotion ที่กล่าวถึงองค์ประกอบที่สำคัญเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (อ้างใน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

(11) หลักปรัชญาผู้สูงอายุไทย (2542) 9 ประการซึ่งเป็นหลักการที่ประเทศไทยให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุในทุกด้านทั้งปัจจัยพื้นฐานการดำรงชีวิต ความเอื้ออาทรต่อสถาบันครอบครัว การดูแลสุขภาพตนเอง การมีศักดิ์ศรีและการมีคุณค่าต่อสังคมเป็นต้น

จากการประยุกต์แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ที่กล่าวมาทั้งหมด นี้ที่จะศึกษาและสร้างแบบสอบถามในปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ถึงประเณมี 5 ข้อ เกี่ยวกับอายุ เพศ การศึกษา ที่มาของแหล่งรายได้และสถานภาพครอบครัว

ส่วนที่ 2 ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนารูปแบบ

1. ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ประกอบด้วย การเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ การมีศักดิ์ศรีและการพึ่งตนเอง สิทธิและความเสมอภาคทางสังคมและการได้รับความคุ้มครองไม่ถูกทอดทิ้งและการศึกษาเรียนรู้ข่าวสารเป็นแบบสอบถามจำนวน 12 ข้อ

2. ปัจจัยด้านครอบครัว ประกอบด้วย การอยู่อาศัยกับครอบครัว ความเข้าใจ ื่ออาหารครอบครัวเกื้อหนุน มีความสัมพันธ์ดีต่อกันอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข เป็นแบบสอบถามจำนวน 10 ข้อ

3. ปัจจัยด้านชุมชน ประกอบด้วย ชุมชนตระหนักให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุ การให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม และชุมชนเกื้อหนุนเป็นแบบสอบถามจำนวน 7 ข้อ

4. ปัจจัยด้านการจัดระบบบริการ ประกอบด้วย นโยบายการเมือง การพัฒนาบุคลากรระดับประสิทธิภาพการจัดบริการเป็นแบบสอบถามจำนวน 7 ข้อ

5. ปัจจัยการพัฒนาด้านสังคม ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน อาสาสมัครและเครือข่ายสังคม การเข้าใจผู้อื่น การอยากเข้าสังคมและต้องการเพื่อนใหม่เป็นแบบสอบถามจำนวน 8 ข้อ

6. ปัจจัยการพัฒนาจิตใจ ประกอบด้วย ศาสนาและความเชื่อ การมีงานอดิเรกทำ ความตั้งใจและการควบคุมตนเองเป็นแบบสอบถามจำนวน 6 ข้อ

7. ปัจจัยการพัฒนาสุขภาพด้านร่างกาย ประกอบด้วย พฤติกรรมทางสุขภาพ ภาวะโภชนาการ การใช้แรงงาน การพักผ่อนและการนอนหลับ กีฬาและนันทนาการ เป็นแบบสอบถามจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3

8. เป็นแบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้เกณฑ์มาตรฐานผู้สูงอายุที่มีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ โดยกรมอนามัย โดยกรมอนามัย สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2545) ประกอบด้วยเป็นแบบสอบถามจำนวน 9 ข้อคือ

สุขภาพร่างกายดี สุขภาพจิตดี จำนวน 6 ข้อ มีฟันถาวรใช้อย่างน้อย 20 ซี่ จำนวน 1 ข้อ การมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 1 ข้อ สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตาม อัตรภาพ จำนวน 1 ข้อ

ดังรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามคุณลักษณะประชากร ประกอบด้วย ข้อคำถาม 5 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพครอบครัวและการอยู่อาศัยและแหล่งที่มาของรายได้

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์ที่ส่งผลการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านปัจเจกบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยการพัฒนาสุขภาพ ซึ่งเป็นคำถามแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือกจำนวน 60 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ และได้กำหนดค่าระดับคะแนนไว้ดังนี้

- | | |
|---|-----------------------------|
| 5 | หมายถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| 4 | หมายถึงเห็นด้วย |
| 3 | หมายถึงไม่แน่ใจ |
| 2 | หมายถึงไม่เห็นด้วย |
| 1 | หมายถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |

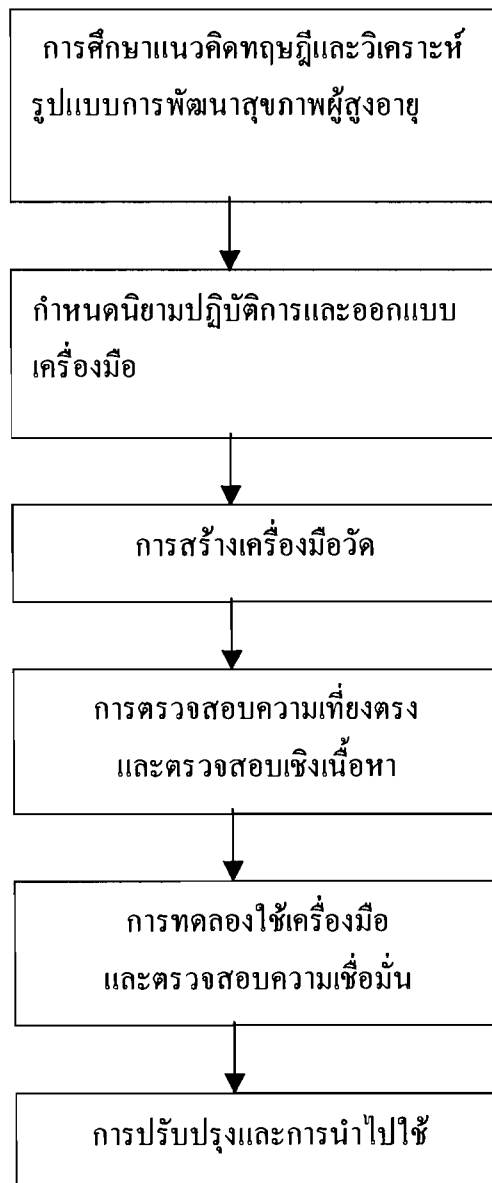
เกณฑ์การแปลผล ระดับของปัจจัยด้านต่าง ๆ จะแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยใช้ระดับคะแนนดังนี้ (Best, 1997)

$$\text{การแปลผล} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับที่ต้องการค่า}} \quad \text{เช่น} \quad 5-1 = 1.33$$

ซึ่งมีเกณฑ์คะแนนดังนี้	แปลผล	ช่วงคะแนน
	ระดับต่ำ	1.00-2.33
	ระดับปานกลาง	2.34-3.67
	ระดับสูง	3.68-5.00

การสร้างและการหาคุณภาพของเครื่องมือ

การสร้างและการหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในระยะที่ 3 ได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้



แผนภาพที่ 23 แผนภาพการสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การหาคุณภาพเครื่องมือดำเนินการดังนี้

(1) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และผู้เชี่ยวชาญจำนวน 7 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) เพื่อตรวจสอบการใช้ภาษา การครอบคลุมเนื้อหาโดยการหาดัชนีความสอดคล้อง (Index of item – objective congruence : IOC) แล้วคัดเลือกข้อที่มีค่า IOC มากกว่าหรือเท่ากับ .50 (นลินี ฅ นคร) แล้วปรับปรุงเครื่องมือก่อนนำไปใช้ต่อไป

(2) ผู้วิจัยนำแบบวัดที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจากชุมชนหนองประจักษ์ เทศบาลนครอุตรธานี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แล้วนำข้อมูลไปหาคุณภาพของเครื่องมือด้วยค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาชได้ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

แบบสอบถาม	จำนวนข้อ	จำนวนองค์ประกอบ	ค่าไอเทมแต่ละองค์ประกอบ	ร้อยละความแปรปรวน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คะแนนรวม	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา
1. ปัจจัยปัจเจกบุคคล	12	4	7.7	77.35	.61-95	.97
2. ปัจจัยครอบครัว	10	3	6.6	66.72	.57-69	.73
3. ปัจจัยชุมชน	7	3	8.3	83.30	.87-92	.95
4. ปัจจัยการจัดระบบบริการสุขภาพ	7	4	6.0	70.01	.63-91	.79
5. ปัจจัยการพัฒนาด้านสังคม	8	4	23.4	81.77	.50-87	.94
6. ปัจจัยการพัฒนาด้านจิตใจ	6	3	8.2	72.16	.47-92	.93
7. ปัจจัยการพัฒนาด้านร่างกาย	10	5	6.7	67.30	.66-93	.91

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยระยะที่ 1 เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ (Indepth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group) จากกลุ่มตัวอย่างในเขตพื้นที่การศึกษา 9 จังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่าง 15 คน เขตการศึกษา 10 จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง 15 คนและเขตการศึกษา 11 จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่าง 15 คน รวมทั้งสิ้น 45 คน

การวิจัยระยะที่ 2 เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ (Indepth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group) จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นสมาชิกผู้สูงอายุ ในชุมชนหนองเตาเหล็ก ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ระยะเวลาจัดกิจกรรม 10 สิงหาคม - 10 ธันวาคม 2545 รวมระยะเวลา 4 เดือน

การวิจัยระยะที่ 3 เก็บข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยผู้วิจัย โดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง 516 คน สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายในเขตการศึกษา 9 – 10 และ 11 เขตการศึกษาระดับ 2 จังหวัด ซึ่งไม่ใช่จังหวัดที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในระยะวิจัยระยะที่ 1 และ 2 โดยได้ลงภาคสนามและจัดเก็บข้อมูลดังนี้

เขตการศึกษา 9	1. จังหวัดขอนแก่น	กลุ่มตัวอย่าง 106 คน
	2. จังหวัดสกลนคร	กลุ่มตัวอย่าง 86 คน
เขตการศึกษา 10	1. จังหวัดกาฬสินธุ์	กลุ่มตัวอย่าง 70 คน
	2. จังหวัดมหาสารคาม	กลุ่มตัวอย่าง 91 คน
เขตการศึกษา 11	1. จังหวัดศรีสะเกษ	กลุ่มตัวอย่าง 93 คน
	2. จังหวัดชัยภูมิ	กลุ่มตัวอย่าง 70 คน

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

3.6.1 ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์สำหรับการหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความแปรปรวน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และค่าสถิติในการหาคุณภาพเครื่องมือและบรรยายคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

3.6.2 การทดสอบแบบจำลองการวิจัยเป็นการตรวจสอบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น โดยใช้โปรแกรมลิสเรล (Lisrel Version 8.54) (Jores Kog & Sorbom.1999) ในการวิเคราะห์ตรวจสอบ (นงลักษณ์ วิรัชชัย 2542 : 23 – 60) มีขั้นตอนดังนี้

3.6.2.1) การกำหนดข้อมูลจำเพาะของแบบจำลอง (Specification of the model) ผู้วิจัยได้สนใจศึกษาว่าตัวแปรสาเหตุตัวใดบ้างที่ส่งผลโดยตรง และโดยอ้อมต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบจำลองความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้และตัวแฝง โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นของแบบจำลองว่าความสัมพันธ์ของแบบจำลองทั้งหมดเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์เชิงบวก (additive) และเป็นความสัมพันธ์

ทางเดียว (recursive model) ระหว่างตัวแปรภายนอก (Exogenous variables) และตัวแปรภายใน (Endogenous variables)

3.6.2.2) การตรวจสอบความสอดคล้องของแบบจำลอง (Goodness of fit measures) เพื่อศึกษาภาพรวมของแบบจำลองว่าสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์เพียงใด ผู้วิจัยใช้ค่าสถิติที่จะตรวจสอบดังนี้ (Jones Kog & Sorbom 1993 : 120 – 130)

(1) ค่าสถิติ ไค - สแควร์ (Chi - squares statistics) เป็นค่าสถิติที่ใช้ทดสอบสมมุติฐานทางสถิติฟังก์ชันความสอดคล้องมีค่าเป็นศูนย์ ถ้าค่าสถิติ ไค - สแควร์มีค่าต่ำมากหรือยิ่งเข้าศูนย์มากเท่าไร แสดงว่าข้อมูลโมเดลอิสระ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

(2) ดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (Goodness of fit index : GFI) ซึ่งเป็นอัตราส่วนของผลต่างระหว่างฟังก์ชันความสอดคล้องจากแบบจำลองก่อนและหลังปรับแบบจำลองกับฟังก์ชัน ความสอดคล้องก่อนปรับแบบจำลองค่า GFI หากมีค่ามากกว่า 1 แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

(3) ใช้ดัชนีวัดความสอดคล้องที่ปรับแล้ว (Adapted goodness of fit index ; AGFI) ซึ่งนำ AGI มาปรับแก้และคำนึงถึงขนาดของตัวแปรและกลุ่มตัวอย่าง คำนี้อใช้แบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

(4) ค่า RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) เป็นค่าบ่งบอกถึงความไม่สอดคล้องของแบบจำลองที่สร้างขึ้นกับเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมของประชากร ซึ่งบราวน์และคูเดค (Browne & Cudeck : 1993 .136 – 163) ได้อธิบายว่า RMSEA ที่ใกล้ 0 แสดงว่ามีความสอดคล้องสนิท (Close fit)

ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงใช้เกณฑ์ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างแบบจำลองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์สรุปตามตารางที่ 4

ตาราง 4 สรุปเกณฑ์ที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้อง

ดัชนี	ระดับการยอมรับ
1. ค่า ไค -สแควร์	ค่า ไค -สแควร์ ต่ำแสดงว่าแบบจำลองมีความสอดคล้อง
2. ค่า GFI (Goodness of fit index)	มีค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่าแบบจำลองมีความสอดคล้อง
3. ค่า AGFI	มีค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่าแบบจำลองมีความสอดคล้อง
4. ค่า RMSEA (Root mean square error of approximation)	ค่าใกล้เคียงกับ 0 แสดงว่าแบบจำลองมีความสอดคล้อง

(4) การปรับแบบจำลอง (Model Adjustment) ผู้วิจัยปรับบนพื้นฐานของทฤษฎีและงานวิจัยเป็นหลัก โดยมีการดำเนินการคือจะตรวจสอบผลการประมาณค่าพารามิเตอร์ว่ามีความสมเหตุสมผลหรือไม่ โดยพิจารณาค่าเมทริกซ์ความคลาดเคลื่อนในการเปรียบเทียบความกลมกลืน (Fitted Residuals Matrix, FRM) ของแบบจำลองว่าโดยภาพรวมแล้วแบบจำลองสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์เพียงใด และจะหยุดปรับแบบจำลองเมื่อพบค่าสูงสุดของเศษเหลือในรูปแบบมาตรฐานต่ำกว่า 2.00 (นงลักษณ์ วิรัชชัย .2548: 47)

3.6.3 รายการคำย่อและสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สำคัญและการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (List of Abbreviation and Symbol in the Model)

1. ตัวแปรภายนอก (Exogeneous variables) ตัวแปรสังเกต :

1) L : IND ; LIST OF INDIVIDUAL STATUS FACTORS

(ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล)

1.1. PRE (X1) ; PREPARATION TO QUALITY ELDERLY
(การเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ)

1.2. SEL (X2) ; PRESTIGE AND SELF RELIANCE
(มีศักดิ์ศรีและพึ่งตนเอง)

1.3. RIG (X3) ; RIGHT AND EQUALITY
(สิทธิและความเสมอภาคทางสังคม)

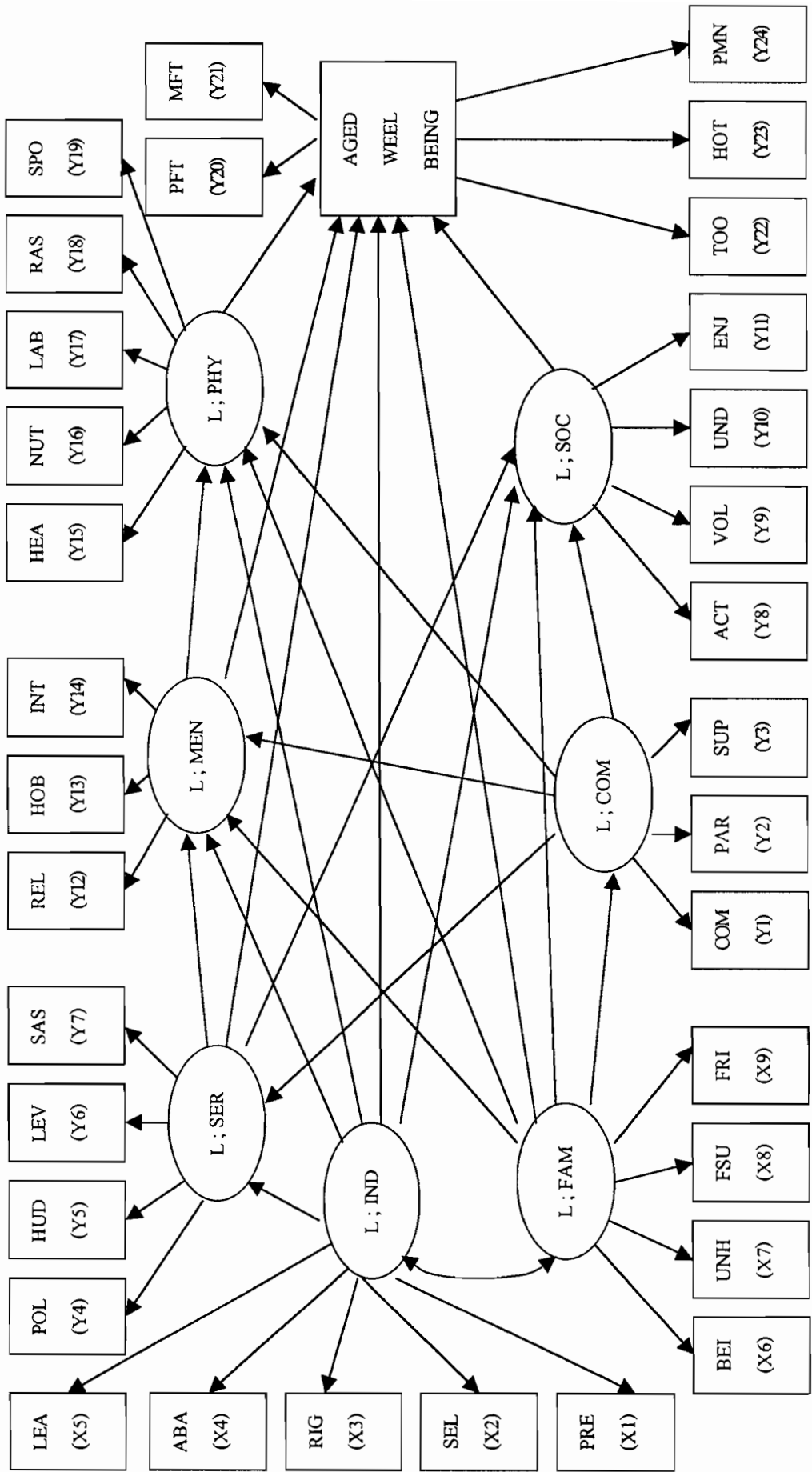
- 1.4. ABA (X4) ; ABANDON PROTECTION
(การคุ้มครองไม่ถูกทอดทิ้ง)
- 1.5. LEA (X5) ; LEARNING INFORMATION
(การศึกษาเรียนรู้ข่าวสาร)
- 2) L ; FAM ; LIST OF FAMILY STATUS FACTORS
(ปัจจัยด้านครอบครัว)
- 2.1. BEI (X6) ; BEING FAMILY MEMBER
(อยู่กับครอบครัว)
- 2.2. UND (X7) ; UNDERSTANDING AND HOSPITALITY
(ความเข้าใจและความเอื้ออาทร)
- 2.3. FSU (X8) ; FAMILY SUPPORT
(ครอบครัวเกื้อหนุน)
- 2.4. FRI (X9) ; FRIENDLY AND HAPPILY WITH RELATIONS
(ความสัมพันธ์ที่ดีอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข)

2. ตัวแปรภายใน (Endogenous variables)

- 3) L ; COM ; LIST OF COMMUNITY STATUS FACTORS
(ปัจจัยด้านชุมชน)
- 3.1. COM (Y1) ; COMMUNITY CON SCIOUSNESS
(ตระหนักในความสำคัญผู้สูงอายุ)
- 3.2. PAR (Y2) ; PARTICIPATORY IN COMMUNITY ACTIVITIES
(การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน)
- 3.3. SUP (Y3) ; COMMUNITY SUPPORT
(ชุมชนเกื้อหนุน)
- 4) L ; SER ; LIST OF UTILIZATION FOR HEALTH
SERVICES SYSTEM.
(การจัดระบบบริการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ)
- 4.1. POL (Y4) ; POLITIACL POLICY
(ความตระหนักในความสำคัญ ; การจัดระบบ
การจัดกิจกรรม)
- 4.2. HUD (Y5) ; HUMAN DEVELOPMENT
(การพัฒนาบุคลากร)
- 4.3. LEN (Y6) ; LEVEL OF EFFICIENCY IN SERVICE
(ระดับประสิทธิภาพการจัดบริการ)

4.4. SAS (Y7)	;	LEVEL OF SATISFACTION IN SERVICE (ระดับความพึงพอใจในการจัดบริการ)
5) L ; SOC	;	LIST OF SOCIAL DEVELOPMENT (ปัจจัยการพัฒนาด้านสังคม)
5.1. ACT (Y8)	;	PARTICIPATION IN COMMUNITY ACTIVITIES (การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน)
5.2. VOL (Y9)	;	VOLUNTEERING AND SEEIAL NETWORK (อาสาสมัครและเครือข่ายสังคม)
5.3. UND (Y10)	;	UNDERSTANDING AND SOCIAL NEEDS (การเข้าใจผู้อื่น)
5.4. ENJ (Y11)	;	ENJOYING MEETING AND MAKE NEWFRIENDS (อยากเข้าร่วมสังคมและต้องการเพื่อนใหม่)
6) L ; MEN	;	LIST OF MENTAL DEVELOPMENT (ปัจจัยพัฒนาทางด้านจิตใจ)
6.1. REL (Y12)	;	RELIGION AND BELIVES (ศาสนาและความเชื่อ)
6.2. HOB (Y13)	;	HOBBIES (การมีงานอดิเรกทำ)
6.3. INT (Y14)	;	INTENTION AND SELF CONTROL (ความตั้งใจและควบคุมตนเอง)
7) L ; PHY	;	LIST OF PHYSICAL DEVELOPMENT (ปัจจัยการพัฒนาด้านร่างกาย)
7.1. HEA (Y15);		HEALTH BEHAVIORS (พฤติกรรมสุขภาพ)
7.2. NUT (Y16)	;	NUTRITION CONDITION (ภาวะโภชนาการ)
7.3. LAB (Y17)	;	LABORING (การใช้แรงงาน)
7.4. RAS (Y18)	;	RELAXATION AND SLEEP (การพักผ่อนและการนอนหลับ)
7.5. SPO (Y19)	;	SPORTS AND RECREATION (การออกกำลังกาย และการเล่นกีฬาและนันทนาการ)

- 8) L; WEL ; WELL BEING VARIABLES
(ตัวแปรการมีสุขภาพดี)
- 8.1. PFT (Y20) ; PHYSICAL FITNESS
(การมีสุขภาพร่างกายดี)
- 8.2. MFT (Y21) ; MENTAL FITNESS
(การมีสุขภาพจิตดี)
- 8.3. TOO (Y22) ; TOOTH STRENGTH AND USED FOR 20 TEETHS
(การมีฟันถาวรใช้ได้อย่างน้อย 20 ซี่)
- 8.4. HOT (Y23) ; CANHELFSSELT AND THE OTHERS
(สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตถภาพ)
- 8.5. PMN (Y24) ; PERSONAL MASS INDEX NORMALY
(มีดัชนีมวลรวมอยู่ในเกณฑ์ปกติ)
- OBSERVATION VARIABLES
(ตัวแปรสังเกต)
- DIRECTION EFFECT OF VARIABLES
(เส้นทางอิทธิพลของตัวแปร)
- LATENT VARIABLES
(ตัวแปรแฝง)



แผนภาพที่ 21 แบบจำลองสมมติฐานการวิจัย (สัญลักษณ์แทนตัวแปรอธิบายในบทที่ 3)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

4. การนำเสนอผลการวิจัยและอภิปรายผล แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

4.1 ผลการวิจัยระยะที่ 1 เป็นผลจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม

4.2 ผลการวิจัยระยะที่ 2 เป็นขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ

4.3 ผลการวิจัยระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ในเขตชุมชนเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

4.1 ผลการวิจัยระยะที่ 1 ซึ่งเป็นผลการศึกษาแนวคิดพื้นฐานทั้งในระดับนโยบาย มาตรการ และแนวคิดการพัฒนาสุขภาพทั้งในประเทศและต่างประเทศตลอดจนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้สูงอายุ แล้วนำมาวิเคราะห์เชิงระบบ (System Analysis) ด้วยปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์ในทุกแนวคิดที่นำเสนอมาแล้วในบทที่ 2 จากการประมวลในแนวคิดเชิงระบบดังกล่าวทำให้สามารถประสานสัมพันธ์ แนวคิดที่สอดคล้องกันแล้วสรุปในแต่ละปัจจัย เพื่อนำไปสร้างกรอบแนวคิดการวิจัยและสร้างต้นแบบการจำลองรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุประกอบด้วยปัจจัยและองค์ประกอบดังที่ได้นำเสนอมา โดยต้นแบบนั้นได้นำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ พิจารณาความถูกต้องในปัจจัยและองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์และส่งผลต่อการพัฒนาสุขภาพ เพื่อนำผลไปสู่การวิจัยในระยะที่ 2 ดังต่อไปนี้

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม

1. ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล มีองค์ประกอบที่สำคัญคือผู้สูงอายุมีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ เป็นการเตรียมตัวจากการสูญเสียตำแหน่งทางสังคม การเตรียมความพร้อมที่จะดำเนินชีวิตที่เป็นสุขในทุกทางทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม การมีศักดิ์ศรีและพึ่งตนเอง เป็นบทบาทของคนที่จะดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างสมศักดิ์ศรี การรับรู้ตนเองมีคุณค่าต่อสังคมและพึ่งตนเองได้ การได้รับสิทธิและความเสมอภาคทางสังคม ได้แก่ผู้สูงอายุได้รับสิทธิที่พึงมีพึงได้ตามกฎหมาย และได้รับความเสมอภาคทางสังคมเช่นเดียวกับบุคคลอื่นการได้รับการคุ้มครองไม่ถูกทอดทิ้งโดย

ผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครองจากครอบครัวจากชุมชนและจากรัฐบาลหรือโดยกฎหมายผู้สูงอายุได้รับการเรียนรู้ข่าวสารได้แก่ครอบครัวและชุมชนเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ข่าวสารอันเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพการดูแลสุขภาพทั้งภาวะโภชนาการหรือข้อมูลการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมอื่น ๆ เป็นต้น

2. ปัจจัยด้านครอบครัว มีองค์ประกอบที่สำคัญคือการได้อาศัยอยู่กับครอบครัวตนเองหรืออาศัยอยู่กับบุตรหลานหรือญาติ ความเข้าใจและความเอื้ออาทรเป็นบทบาทของครอบครัวที่ได้มอบให้แก่ผู้สูงอายุทั้งด้านความเข้าใจ ความเอื้ออาทรที่มีต่อกัน ครอบครัวเกื้อหนุน ครอบครัวให้ความอุปการะดูแล การดูแลสุขภาพความเป็นอยู่อาศัย เกื้อหนุนสภาพเศรษฐกิจ อาหาร สุขภาพอนามัย ตลอดจนเครื่องนุ่งห่ม เกื้อหนุนตามสถานภาพของตน ที่จะสร้างความภูมิใจในตระกูลในครอบครัวตนเองและญาติ ที่เป็นเครื่องบ่งบอกถึงความเข้มแข็งของครอบครัวการให้ความสัมพันธ์ที่ดีอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ครอบครัวให้ความอบอุ่นใจแก่ผู้สูงอายุ ให้ความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันให้อยู่ร่วมกับได้เป็นอย่างดี

3. ปัจจัยด้านชุมชน มีองค์ประกอบที่สำคัญคือการให้ความสำคัญต่อนโยบายสาธารณะ มาตรการต่างๆ ที่จะนำมาสู่การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุให้บรรลุผลดี การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ภายในชุมชน การให้บทบาทในฐานะผู้มีประสบการณ์และผู้ทรงภูมิปัญญาของชุมชนจะทำให้เกิดความภูมิใจ ความรู้สึกตนเองมีคุณค่าแก่สังคม ชุมชนเกื้อหนุน ได้แก่ ชุมชนให้การอุปการะผู้สูงอายุ มีนโยบายสาธารณะที่จะรับผิดชอบดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุเพื่อให้มีคุณภาพชีวิต

4. ปัจจัยด้านการจัดระบบบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีทั้งตรงและทางอ้อมต่อการพัฒนาสุขภาพ โดยมีองค์ประกอบเชิงเหตุและผล ที่สัมพันธ์เชิงโครงสร้างกับปัจจัยการจัดระบบบริการสุขภาพประกอบด้วย ชุมชนกำหนดนโยบายหรือมาตรการที่สอดคล้องกับนโยบายทางการเมืองโดยพิจารณาถึงความตระหนักในผู้สูงอายุ และเป้าหมายที่จะดำเนินการในท้องถิ่นได้การพัฒนาบุคลากรให้แก่ชุมชนให้ความสำคัญด้านการพัฒนาบุคลากรในด้านการดูแลและการจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุให้เป็นผลดีมีประสิทธิภาพ ระดับประสิทธิภาพของการจัดบริการ ได้แก่ การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีสุขภาพที่มีประสิทธิภาพของชุมชนที่บริการแก่ผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึงระดับความพึงพอใจในการจัดบริการได้แก่ความพึงพอใจของผู้สูงอายุภายหลังการได้รับการบริการพัฒนาสุขภาพจากชุมชนแล้ว

5. ปัจจัยการพัฒนาด้านจิตใจ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพ โดยมีองค์ประกอบเชิงเหตุและผลที่สัมพันธ์เชิงโครงสร้างกับปัจจัยการพัฒนาด้านจิตใจประกอบด้วยด้านศาสนาและความเชื่อ การมีที่พึ่งทางใจ การขัดเกลาจิตใจให้มีสมาธิและสะอาด โดยใช้กิจกรรมทางศาสนาหรือ

ความเชื่อของแต่ละบุคคลเป็นที่พึงพอใจ การมีงานอดิเรกทำได้แก่ผู้สูงอายุรู้จัก ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ มีงานอดิเรกทำ มีความวิริยะในงานที่ทำเพื่อให้เกิดสมาธิเป็นผลดีต่อจิตใจ ความตั้งใจ และการควบคุมตนเองเป็นผลจากผู้สูงอายุมีสมาธิที่จะปฏิบัติกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้สำเร็จ และสามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้และเป็นผลดีต่อการพัฒนาด้านจิตใจ

6. ปัจจัยการพัฒนาด้านสังคม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพโดยมีองค์ประกอบเชิงเหตุและผล ที่สัมพันธ์เชิงโครงสร้างกับปัจจัยการพัฒนาด้านสังคมประกอบด้วยผู้สูงอายุมีส่วนร่วมกิจกรรมชุมชนซึ่งหมายถึง การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆภายในชุมชนได้ ผู้สูงอายุเข้าเป็นสมาชิกอาสาสมัครหรือเครือข่ายสังคมจะเป็นความพึงพอใจของแต่ละบุคคลที่จะเข้าร่วมเป็นสมาชิกอาสาสมัครในกิจกรรมนั้น ๆ เช่นกิจกรรมศาสนา กิจกรรมการพัฒนาหรือกิจกรรมอื่น ๆ ภายในชุมชนความเข้าใจผู้อื่นหมายถึงผู้สูงอายุเข้าใจบุคคลภายในครอบครัวและภายในชุมชนทั้งด้านวิถีชีวิตและวัฒนธรรมตามสมควร ผู้สูงอายุอยากเข้าสังคมและต้องการเพื่อนใหม่ หมายถึง ผู้สูงอายุมีความกระตือรือร้น อยากเข้าสังคม อยากเรียนรู้และแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในสังคม รวมทั้งความต้องการอยากมีเพื่อนใหม่

7. ปัจจัยการพัฒนาด้านร่างกาย เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพโดยมีองค์ประกอบเชิงเหตุและผลที่สัมพันธ์เชิงโครงสร้างกับปัจจัยการพัฒนาด้านร่างกายประกอบด้วย การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุได้แก่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมทางสุขภาพอนามัยดีในวิถีชีวิตประจำวันการมีภาวะโภชนาการได้แก่ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการที่ดี ไม่เป็นโรคขาดธาตุอาหารและรู้จักเลือกสรรอาหารที่มีคุณค่าและเกิดประโยชน์ต่อร่างกาย การใช้แรงงานได้แก่ผู้สูงอายุได้มีโอกาสทำงานเลี้ยงชีพตามความถนัดและความต้องการของตนภายในชุมชน รวมทั้งให้สามารถประกอบกิจกรรมอื่น ๆ เพื่อการใช้แรงงานตามความเหมาะสมการพักผ่อนและการนอนหลับได้แก่ผู้สูงอายุได้พักผ่อนและนอนหลับตามหลักการที่ดีที่เหมาะสมกับวัยของตนกีฬาและนันทนาการ ได้แก่ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมกิจกรรมการเล่นกีฬาหรือกิจกรรมนันทนาการอื่น ๆ ได้ตามความสมัครใจและการคัดเลือกกิจกรรมที่เข้าร่วมตามความเหมาะสมของเพศและวัยตามความต้องการได้

8. ปัจจัยการมีสุขภาพดี เป็นปัจจัยเพื่อนำมาประเมินการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ ซึ่งได้มาจากมาตรฐานการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ ของกรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขประกอบด้วยการมีสุขภาพร่างกายดี หมายถึง การปราศจากประวัติและอาการของโรคต่าง ๆ และสามารถควบคุมได้ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา คือ โรคหัวใจขาดเลือด โรคมะเร็ง โรคเส้นเลือดในสมองอุดตัน โรคไตเสื่อม โรคเอดส์ วัณโรค โรคที่สามารถควบคุมได้ในเกณฑ์ที่

ต่ำกว่าและในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การมีสุขภาพจิตดี หมายถึง การเข้าร่วมกิจกรรมครอบครัวและกิจกรรมชุมชนเป็นประจำ ไม่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ รู้สึกตนเองมีคุณค่าและรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองไม่ถูกทอดทิ้งการมีฟันถาวรใช้ได้อย่างน้อย 20 ซี่ หมายถึง ตัวฟันต้องไม่เหลือน้อยจนไม่สามารถบูรณะใช้การได้ฟันไม่ผุลุกลามเหลือแต่ราก ไม่โยกจากปริทันต์ เก็บไว้ไม่ได้ มีดัชนีมวลกายที่เหมาะสมกับส่วนสูงและน้ำหนักตัวตามเกณฑ์กำหนดผู้สูงอายุ สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัธยาศัย

4.2 ผลการวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบให้มีประสิทธิภาพ เพื่อศึกษาปัจจัยที่ได้จากผลการวิจัยระยะที่ 1 โดยการจัดกิจกรรมที่มีผลต่อตัวแปรให้มีประสิทธิภาพโดยการจัดระบบบริการสุขภาพให้กลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

4.2.1 การจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุได้วางแผนและจัดระบบเพื่อให้เป็นแนวปฏิบัติคือ

(1) ผู้วิจัยเสนอโครงการจัดกิจกรรมบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ต่อที่ประชุมชุมชนหนองเตาเหล็ก เทศบาลนครอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี เมื่อวันที่ 10 สิงหาคม 2545 ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยประธานและคณะกรรมการบริหารชุมชน สมาชิกผู้สูงอายุ 30 คน และตัวแทนสมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุ

(2) การจัดประชุมได้ชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการวิธีการดำเนินงานและการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง 30 คน การให้ความร่วมมือและประสานกันอย่างดีระหว่างสมาชิกผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ครอบครัวสมาชิกกลุ่มตัวอย่าง และคณะกรรมการชุมชนระยะเวลาในการร่วมกิจกรรม 4 เดือน ระหว่างวันที่ 10 สิงหาคม ถึงวันที่ 10 ธันวาคม 2545

(3) การร่วมกิจกรรมของสมาชิกกลุ่มตัวอย่างทั้ง 30 คนเริ่มจากการให้คำมั่นสัญญา (Commitment) ที่จะมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดีทั้งการปฏิบัติต่อตนเอง ปฏิบัติต่อครอบครัวและปฏิบัติต่อชุมชน ใน 3 กิจกรรมคือ (1) กิจกรรมไม่มีรูปแบบได้แก่การปฏิบัติตนในทางที่ดีร่วมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อสมาชิกในครอบครัวและในชุมชน (2) กิจกรรมที่มีรูปแบบได้แก่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน กิจกรรมการพัฒนาอนุรักษ์ศิลปวัฒนธรรมหรือเป็นสมาชิกอาสาสมัครหรือสมาชิกชมรมหรือกลุ่มต่าง ๆ เข้าร่วมกิจกรรมที่ตนเองสนใจ และมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอและ

(4) กิจกรรมพักผ่อนและงานอดิเรก สมาชิกเลือกทำกิจกรรมยามว่าง การวาดภาพ สวนครัว งานตกแต่งบ้านเรือนและเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย การเล่นกีฬาหรือกิจกรรมนันทนาการ ผู้วิจัยได้จัดผู้ฝึกสอน และผู้นำจัดกิจกรรม โดยดำเนินการให้เป็นประจำทุก

วัน การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุมิได้กำหนดขอบเขตให้ปฏิบัติเฉพาะกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง ทั้งด้านเวลาสถานที่การเข้าร่วมกิจกรรมขึ้นอยู่กับความพึงพอใจ แต่ในการปฏิบัติจะปฏิบัติตามคำมั่นสัญญา ที่ให้ไว้กับตนเองจึงเป็นความตั้งใจมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติเพื่อบรรลุการพัฒนาสุขภาพ

(5) การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ (Indepth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group) การสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในช่วงเวลาเข้าร่วมกิจกรรม

(6) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสนทนาที่กำหนดกรอบการสนทนา โดยผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ประกอบด้วย

(6.1) สนทนาสภาพทั่วไปเกี่ยวกับผลที่เกิดจากการจัดระบบบริการสุขภาพและผลที่เกิดจากการปฏิบัติต่อตนเองต่อครอบครัวและชุมชน

(6.2) พฤติกรรมสุขภาพกับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลที่เกิดจากการเข้าร่วมกิจกรรมและก่อให้เกิดการพัฒนาในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม

(6.3) ปัจจัยและองค์ประกอบที่ส่งผลต่อการพัฒนาสุขภาพซึ่งเป็นผลที่เกิดจากการเข้าร่วมกิจกรรมการจัดระบบบริการสุขภาพ

(7) การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ การสนทนาและการสัมภาษณ์ บันทึกผลและเก็บข้อมูลทุกครั้งแล้วนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยและตัวแปรองค์ประกอบ เพื่อแสดงให้เห็นปัจจัยและตัวแปรใดมีความเกี่ยวข้องกันเชิงเหตุและผลและเกิดผลดีต่อการพัฒนาสุขภาพ

4.2.2 การบันทึกผลการสัมภาษณ์และการสนทนา (Indepth Interview Focus group) จากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 30 คน ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ จากการปฏิบัติตนตามคำมั่นสัญญา (Commitment) และการเข้าร่วมกิจกรรมที่ส่งผลต่อการพัฒนาสุขภาพพอสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 5 ความคิดเห็นด้านปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม

กรอบการสนทนา	บุคคล/กลุ่มร่วมสนทนา/ สัมภาษณ์	ความคิดเห็นจากผลการ ร่วมกิจกรรม
<p>1. การจัดระบบบริการสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว และชุมชนบรรลุผลและ บังเกิดผลดีอย่างไร</p>	<p>(1) นายสอน บุญพันธ์ อายุ 78 ปี (2) นายพิชัย อินตะ อายุ 66 ปี (3) นายถวิล ทิพย์จักร์ อายุ 64 ปี (4) นายอุทัย ดอกพิกุล อายุ 74 ปี (5) นางวันทา หงษ์คำ อายุ 69 ปี (6) คต.อวยชัย หน่อสีดา อายุ 62 ปี (7) และนายบูรินทร์ มหาเสนา อายุ 65 ปี (ได้ทั้งจากการสนทนาเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม)</p>	<p>(1) ชุมชนหนองเตาเหล็ก ไม่เคยจัดระบบ บริการสุขภาพผู้สูงอายุมาก่อน (2) การจัดกิจกรรมครั้งนี้จึงเป็นครั้งแรกที่ ได้รับการสนับสนุนและให้โอกาส ผู้สูงอายุจากชุมชน (3) การเข้าร่วมกิจกรรมได้รับการ สนับสนุนจากครอบครัว (4) การจัดกิจกรรมในชุมชนจึงถือเป็น มาตรการและการให้ความสำคัญแก่ ผู้สูงอายุ (5) ชุมชนควรมีผู้นำในการจัดกิจกรรมการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเช่นผู้นำกีฬาหรือออก กำลึงกายผู้นำการพัฒนาและอื่น ๆ (6) การได้รับสิทธิทำเทียมความเสมอภาค กับบุคคลอื่น ๆ ในชุมชน (7) การจัดบริการสุขภาพครั้งนี้ถือว่า มี ประสิทธิภาพ ถือว่ามีความพึงพอใจที่ได้ เข้ารับบริการในครั้งนี้</p>
<p>2. ความคิดเห็นด้านพฤติกรรม สุขภาพที่ปฏิบัติต่อตนเอง</p>	<p>(1) นายลุน คำสิงห์ อายุ 66 ปี (2) นางทองม้วน คำทอง อายุ 65 ปี (3) นายแดง ขุนจน อายุ 67 ปี (4) นายอุทัย ดอกพิกุล อายุ 57 ปี (5) นางปาน บุญลาภ อายุ 74 ปี (6) นายไพจิต สาขามูละ อายุ 67ปี</p>	<p>(1) การเข้าร่วมกิจกรรมถือเป็นการเตรียม ตนเองส่วนหนึ่งเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุที่มี คุณภาพ (2) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นว่าการเตรียมตน เองเข้าสู่วัยสูงอายุมีความจำเป็นและ (3) ตนเองอยากอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี เมื่อเข้าสู่ วัยสูงอายุสามารถพึ่งตนเองได้</p>

ตารางที่ 5 ความคิดเห็นด้านปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม (ต่อ)

กรอบการสนทนา	บุคคล/กลุ่มร่วมสนทนา/ สัมภาษณ์	ความคิดเห็นจากผลการ ร่วมกิจกรรม
3. พฤติกรรมสุขภาพกับความ สัมพันธ์ทางด้านครอบครัว	<p>(7) นายวิเชียร จันทน์น้อย อายุ 74 ปี (8) นายเพชร ธีวทวี อายุ 63 ปี</p> <p>(1) นายธีระ คนชัยภูมิ อายุ 62 ปี (2) นานรักเกียรติ นิรตกร อายุ 61 ปี (3) นายลอค ขุนจร อายุ 66 ปี (4) นายรอง เเชิดชู อายุ 66 ปี (5) นางสาววัลย์ พิสดร อายุ 60 ปี (6) นางวิลาวัลย์ ก้อนวิมณฑ์ อายุ 68 ปี (7) นางเพ็ญแข ศรีสวัสดิ์ อายุ 74 ปี (8) นายเพชร ธีวทวี อายุ 63 ปี (9) นายอุทัย ดอกพิกุล อายุ 74ปี (10) นายจรวช ปัญญาทอง อายุ 64ปี (11) นายฐาปกรณ์ เร่งร้อน อายุ 66 ปี</p>	<p>(4) การเข้าร่วมกิจกรรมบริการสุขภาพจากชุมชนครั้งนี้ถือว่าตนได้รับสิทธิและความเสมอภาคเท่ากับบุคคลอื่น</p> <p>(5) จากผลของการปฏิบัติต่อครอบครัวและชุมชนตนคิดว่าตนไม่ถูกทอดทิ้งจากองค์กรและสถาบันได้</p> <p>(6) ก่อนหน้านี้ไม่เคยได้สนใจข่าวสารที่มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุมากนัก แต่ปัจจุบันเห็นว่าการเรียนรู้ข่าวสารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ</p> <p>(1) ด้านที่อยู่อาศัยทุกคนเห็นว่าการได้อยู่อาศัยกับครอบครัวอยู่บ้านของตนจะมีความสุข</p> <p>(2) การปฏิบัติตนเองต่อครอบครัวร่วมกิจกรรมกับครอบครัวตนมีความเอื้ออาทรต่อครอบครัวมีความเอื้ออาทรต่อตนด้วยเช่นกัน</p> <p>(3) กลุ่มเห็นว่าครอบครัวควรให้ความเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุอย่างยิ่ง</p> <p>(4) กลุ่มเห็นว่าผู้สูงอายุควรได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัวในทุกเรื่อง</p> <p>(5) ภายในครอบครัวควรมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันจึงจะเป็นสุข</p> <p>(6) ทุกคนในกลุ่มได้รับความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัวและทำให้ตนอยู่อย่างมีความสุข</p>
4. พฤติกรรมสุขภาพกับความ สัมพันธ์ทางด้านชุมชน	<p>(1) นางสมปอง เอี่ยมสมบูรณ์ อายุ 69 ปี (2) นางสาวน ทิพย์เดช อายุ 65ปี</p>	<p>(1) ทุกคนเห็นว่าการเข้าร่วมกิจกรรมบริการสุขภาพครั้งนี้ ถือได้ว่าชุมชน ให้ความสำคัญ ตระหนักในผู้สูงอายุ ถือเป็นสิ่งดี</p>

ตารางที่ 5 ความคิดเห็นด้านปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม (ต่อ)

กรอบการสนทนา	บุคคล/กลุ่มร่วมสนทนา/ สัมภาษณ์	ความคิดเห็นจากผลการ ร่วมกิจกรรม
5. ปัจจัยการพัฒนาสุขภาพ ด้านจิตใจ	(3) นางวันทา หงษาคำ อายุ 69 ปี (4) นางเพชร นรสิงห์ อายุ 60 ปี (5) นางจรพันธ์ ภูมศรี อายุ 68 ปี (6) นายกฤษฎา พิมพ์การ อายุ 61 ปี (7) นางผัด สัมทรัพย์ อายุ 73 ปี (8) นางรำไร หงมา อายุ 63 ปี (9) นายสนั่น พรหมภักดี อายุ 63 ปี (1) นางผัด สัมทรัพย์ อายุ 73 ปี (2) นางจันทร์ หงษาคำ อายุ 69 ปี (3) นางจรพันธ์ ภูมศรี อายุ 68 ปี (4) นางสมบุญพันธ์ เฟื่องสม อายุ 68 ปี (5) นายทองเลื่อม ชานนทร์ อายุ 69 ปี (6) นายอุทัย ดอกพิกุล อายุ 74 ปี (7) นายแดง ขุนจร อายุ 67 ปี (8) นายสอน บุญพันธ์ อายุ 69 ปี	(2) ทุกคนเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนที่จัด บริการสุขภาพครั้งนี้ถือว่าพึงพอใจที่มีส่วนร่วม ในกิจกรรมชุมชน (3) ในด้านการจัดกิจกรรมชุมชนทุกอย่าง ชุมชนควรให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุเข้าร่วมได้ (4) คนภาคภูมิใจมากที่ได้รับร่วมกิจกรรม (5) ชุมชนควรให้ความเกื้อหนุนแก่ ผู้สูงอายุในทุกเรื่องเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต ประจำวันและจัดกิจกรรมบริการสุขภาพที่ มีประสิทธิภาพ (1) สมาชิกทุกคนเป็นผู้มีความศรัทธาใน ศาสนาและมีความเชื่อในการทำความดี (2) ความศรัทธาในศาสนาและความเชื่อใน การทำความดีจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิต ได้ดี (3) การมีงานอดิเรกทำในยามว่างจะช่วย พัฒนาคุณภาพชีวิตและตนก็มีงานอดิเรก ทำประจำวัน (4) ความตั้งใจและการควบคุมตนเองได้ ช่วยให้การปฏิบัติงานสำเร็จและเป็นเครื่อง ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตได้ดี
6. ปัจจัยการพัฒนาสุขภาพ ด้านสังคม	(1) นายรอด ขุนจร อายุ 62 ปี (2) นายจรวาย ปัญญาทอง อายุ 64 ปี (3) นางรอง เชิดชู อายุ 66 ปี (4) นายอุทัย ดอกพิกุล อายุ 74 ปี	(1) ทุกคนเห็นว่าการเข้าร่วมกิจกรรม ชุมชน ให้คุณค่าต่อชีวิตที่ดีได้ (2) การเข้าร่วมกิจกรรมการจัดบริการ สุขภาพของชุมชนในครั้งนี้ ช่วยให้ทุกคน ได้พัฒนาการด้านสังคมด้วย

ตารางที่ 5 ความคิดเห็นด้านปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม
(ต่อ)

กรอบการสนทนา	บุคคล/กลุ่มร่วมสนทนา/ สัมภาษณ์	ความคิดเห็นจากผลการ ร่วมกิจกรรม
7. ปัจจัยการพัฒนาด้ ร่างกาย	<p>(5)นายวิเชียร จันทรน้อย อายุ 70 ปี</p> <p>(6)นายแดง ขุนจร อายุ 67 ปี</p> <p>(7)นายสังวาลย์ พัสดร อายุ 60 ปี</p> <p>(1) นางสมบุญณี เทิงสม อายุ 68ปี</p> <p>(2)นางสมปอง อิ่มสมบุญณี อายุ 69 ปี</p> <p>(3)นายสนั่น พรหมภักดี อายุ 63 ปี</p> <p>(4)นางสำนวน ทิพย์เดช อายุ 65 ปี</p> <p>(5)นางวันทา หงษาคำ อายุ 69 ปี</p> <p>(6)นายบัญญัติ ชันทองชัย อายุ 66ปี</p> <p>(7)นางผัด สมทรัพย์ อายุ 73 ปี</p> <p>(8)นางวิเชียร จันทรน้อย อายุ 70 ปี</p> <p>(9)นายสังวาลย์ พัสดร อายุ 60 ปี</p>	<p>(3) กลุ่มตนเองเข้าร่วมกิจกรรมอาสาสมัคร พัฒนาสิ่งแวดล้อมของชุมชน</p> <p>(4) มีสมาชิกเป็นสมาชิกของ อสม. เป็น สมาชิกพรรคการเมืองและเป็นเครือข่าย สังคมและเข้าร่วมกิจกรรมอื่น ๆ ที่ตนเอง สนใจเสมอ</p> <p>(5) การเข้าใจผู้อื่นในชุมชนเดียวกันย่อมมี ความจำเป็นต่อการพัฒนาสุขภาพด้าน สังคม</p> <p>(6) พวกเขาอยากเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน และต้องการเพื่อนใหม่เสมอ</p> <p>(1) การเข้าร่วมกิจกรรมบริการสุขภาพช่วย ให้กลุ่มคนมีพฤติกรรมสุขภาพดี</p> <p>(2) พฤติกรรมสุขภาพ มีความสำคัญต่อการ พัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ</p> <p>(3) กลุ่มคนมีพฤติกรรมสุขภาพด้าน โภชนาการที่ดีและเลือกสรรคุณค่าทาง โภชนาการ</p> <p>(4) การมีภาวะโภชนาการที่ดีมีความสำคัญ ต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยิ่ง</p> <p>(5) ผู้สูงอายุควรใช้แรงงานประกอบอาชีพ ได้ตามอัตรภาพ</p> <p>(6) การพักผ่อนนอนหลับช่วยในการ พัฒนาสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุและภายหลัง การออกกำลังกาย นอนหลับได้ดี</p> <p>(7) การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา ร่วม กิจกรรมนันทนาการมีความจำเป็นและ สำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพอย่างยิ่ง</p>

ตารางที่ 5 ความคิดเห็นด้านปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม (ต่อ)

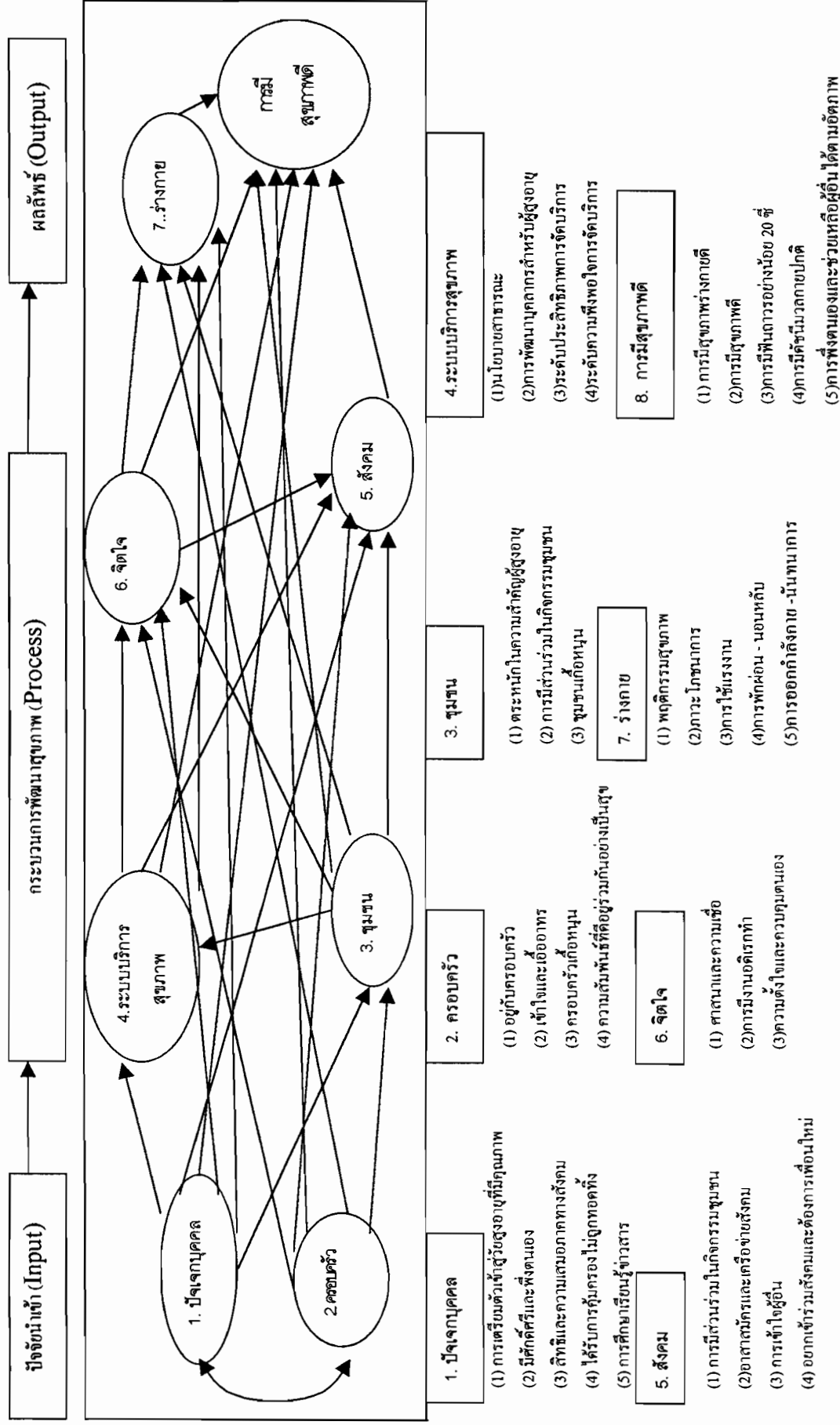
กรอบการสนทนา	บุคคล/กลุ่มร่วมสนทนา/ สัมภาษณ์	ความคิดเห็นจากผลการ ร่วมกิจกรรม
8. ปัจจัยด้านการประเมินการมีสุขภาพดี	(1) นายจรววย ปัญญาทอง อายุ 64 ปี (2) นายอุทัย คอกพิกุล อายุ 74 ปี (3) นายรักเกียรติ พัสคร อายุ 61 ปี (4) นายเพชร รั้วทวี อายุ 63 ปี (5) นางปาน บุญบาท อายุ 66 ปี (6) นายธีระ คนชัยภูมิ อายุ 62 ปี (7) นายไพจิต สาขามูลละ อายุ 67 ปี (8) นางลุน คำสิงห์ อายุ 66 ปี	(1) การเข้าร่วมกิจกรรมบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่ผ่านมา 4 เดือน ส่วนใหญ่สามารถควบคุมโรคหัวใจขาดเลือด โรคมะเร็ง โรคเส้นเลือดในสมองอุดตัน โรคไตเสื่อม โรคเอดส์และวัณโรคได้ทั้งหมด และควบคุมโรค เบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้ (2) ตลอดเวลาที่ผ่านมามีสามารถเข้าร่วมกิจกรรม ครอบครัวและชุมชนได้เป็นอย่างดี (3) การควบคุมอารมณ์ของตนได้ดี (4) ปัจจุบันยังรู้สึกตนเองว่ามีคุณค่าต่อสังคม (5) มีสุขภาพฟันไม่ตี 50 % (6) ปัจจุบันยังช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตรภาพ (7) ปัจจุบันมีค่านิยมลดการบริโภคและเป็นส่วนสำคัญสำหรับผู้สูงอายุด้วยกัน

4.2.3 สรุปผลการวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ

เป็นขั้นตอนการพัฒนารูปแบบให้มีประสิทธิภาพโดยให้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างร่วมปฏิบัติกิจกรรมที่จัดให้เป็นระบบการจัดบริการสุขภาพโดยชุมชน จากการศึกษาพบว่ามีปัจจัยที่มีความสอดคล้องกับผลการวิจัยในระยะที่ 1 และมีผลต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุประกอบด้วย ปัจจัยต่อไปนี้ 1) ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ประกอบด้วยผู้สูงอายุควรเตรียมตัวเข้าสู่ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพการอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีและพึ่งตนเองได้ การได้รับสิทธิและความเสมอภาคทางสังคมการได้รับการคุ้มครอง ไม่ถูกทอดทิ้งและการศึกษาเรียนรู้ข่าวสารที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ 2) ปัจจัยด้านครอบครัว ประกอบด้วยผู้สูงอายุได้อาศัยอยู่กับครอบครัว ครอบครัวมีความเข้าใจและความเอื้ออาทร ครอบครัวให้การเกื้อหนุนแก่ผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข 3) ปัจจัยด้านชุมชน ประกอบด้วย ชุมชนตระหนักในความสำคัญผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน ชุมชนให้ความเกื้อหนุนต่อผู้สูงอายุ 4) ปัจจัยการจัดระบบบริการพัฒนาสุขภาพ ประกอบด้วยชุมชนตระหนักในความสำคัญในผู้สูงอายุและจัดระบบบริการและจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ชุมชนพัฒนาบุคลากร เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ระดับประสิทธิภาพการจัดบริการและระดับความพึงพอใจในการจัดบริการ 5) ปัจจัยการพัฒนาด้านสังคมประกอบด้วยผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน เป็นอาสาสมัครและเครือข่ายสังคม มีความเข้าใจผู้อื่นที่อยู่ในชุมชนเดียวกัน อยากเข้าร่วมสังคมและต้องการเพื่อนใหม่ 6) ปัจจัยการพัฒนาด้านจิตใจ ประกอบด้วยความศรัทธาในศาสนาและความเชื่อ ในการประกอบกรรมดี การมีงานอดิเรกทำ มีความเข้าใจและการควบคุมตนเอง 7) ปัจจัยการพัฒนาด้านร่างกาย ประกอบด้วยการมีพฤติกรรมที่ดี การมีภาวะโภชนาการที่ดี ความสามารถในการใช้แรงงานประกอบกิจกรรมที่ต้องการตามอัตรภาพได้ มีการพักผ่อนและนอนหลับได้ดีและการออกกำลังกาย การเล่นเกมกีฬาและนันทนาการ 8) ปัจจัยการมีสุขภาพดี ประกอบด้วยการมีสุขภาพร่างกายดี การมีสุขภาพจิตดี การมีฟันถาวรใช้ได้อย่างน้อย 20 ซี่ ความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตรภาพการมีดัชนีมวลรวมของร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ

จากผลการจัดกิจกรรม การจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยให้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลดีต่อการพัฒนาสุขภาพจากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล แล้วนำมาสรุปทำให้เกิดความมั่นใจว่าจากการทบทวนวรรณกรรมในการวิจัยระยะที่ 1 ในทุกปัจจัยมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยในระยะที่ 2 จึงพอสรุปได้ว่า ต้นแบบการจำลองรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพ ดังแผนภาพที่ 24



แผนภาพที่ 24 สรุปผลการวิเคราะห์การเข้าร่วมกิจกรรมและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ

4.3 ผลการวิจัยระยะที่ 3 เป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล 4 ตอน ดังนี้

4.3.1 คุณลักษณะของประชากรกลุ่มตัวอย่าง

4.3.2 การวัดระดับการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

4.3.3 วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis of

Measurement Model)

4.3.4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างของรูปแบบการพัฒนาสุขภาพ

ผู้สูงอายุกับกลไกของรูปแบบและผลลัพธ์ที่กระทบเชิงเหตุผลภายในตัวแปร

4.3.1 คุณลักษณะของประชากรกลุ่มตัวอย่าง

สภาพทั่วไปของผู้สูงอายุขนาดกลุ่มตัวอย่าง 516 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.95 เพศชายคิดเป็นร้อยละ 42.05 โดยมีขนาดช่วงอายุมากที่สุดระหว่าง 70 – 74 ปี ร้อยละ 36.24 และช่วงอายุสูงสุดอยู่ระหว่าง 80 ปี ขึ้นไปร้อยละ 7.95 ในด้านการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาสูงถึงร้อยละ 93.99 และน้อยที่สุดคือการศึกษาปริญญาตรี มีเพียงร้อยละ 0.19 เท่านั้น ส่วนสถานภาพผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ยังอยู่กับคู่สามี – ภรรยา ร้อยละ 52.91 รองลงมาคืออยู่กับลูก – หลาน หรือญาติ ร้อยละ 36.24 ไม่ระบุสถานภาพของตน ร้อยละ 0.39 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ไม่แน่นอน ร้อยละ 39.34 โดยมีกลุ่มที่มีรายได้จากเบี้ยบำนาญ เป็นกลุ่มน้อยที่สุด โดยมีเพียงร้อยละ 7.95 กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมือง ในเขตการศึกษา 9 – 10 และ 11 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แสดงให้เห็นถึงความเหมาะสมของการเป็นตัวแทนกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชุมชนเมืองได้ทั้งหมดดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 คุณลักษณะของประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ	516	
ชาย	217	42.05
หญิง	299	57.95
2. อายุ	516	
60 - 64	72	13.95
65 - 69	145	28.10
70 - 74	187	36.24
75 - 79	71	13.76
80 ปีขึ้นไป	41	7.95
3. การศึกษา		
ประถมศึกษา	485	93.99
มัธยมศึกษา	20	3.88
อาชีวศึกษา	7	1.36
ปริญญาตรี	3	0.58
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.19
4. สถานภาพ		
อยู่กับคู่สามี - ภรรยา	273	52.91
อยู่ตามลำพัง	51	9.88
อยู่กับลูก - หลาน	187	36.24
หรือญาติ		
อาศัยอยู่กับบ้านพัก	3	0.58
คนชราในชุมชน		
อื่น ๆ	2	0.39
5. รายได้		
มีรายได้ไม่แน่นอน	203	39.34
ได้จากบุตรหลาน	174	33.72
เก็บบำนาญ	41	7.95
กองทุนสวัสดิการ	45	8.72
ผู้สูงอายุ		
อื่น ๆ	53	10.27

4.3.2 การวัดระดับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

4.3.2.1 ปัจจัยด้านปัจจัยบุคคล พบว่าการอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีและมีความสามารถในการพึ่งตนเองได้ (X_2) ระดับการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 4.16 นอกนั้นมีค่าอยู่ปานกลาง ได้แก่ การที่ผู้สูงอายุได้รับสิทธิเท่าเทียมและมีความเสมอภาคในสังคม (X_3) การได้รับการคุ้มครองไม่ถูกทอดทิ้ง (X_4) การเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ (X_1) และการได้รับการศึกษาเรียนรู้ข่าวสารจำเป็น (X_5) มีค่าเฉลี่ย 3.64, 3.59, 3.51, และ 3.30 ตามลำดับและโดยค่าเฉลี่ยทั้งหมด 3.69 จึงเป็นปัจจัยที่มีระดับสูง

ในแต่ละกลุ่มปัจจัยมีตัวแปรสังเกตได้ที่มีระดับสูง ได้แก่การเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ ที่มีคุณภาพมีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุควรดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี และสามารถพึ่งตนเองได้ การได้รับสิทธิเท่าเทียมและมีความเสมอภาคกันในสังคม การได้รับสิทธิเท่าเทียมมีความเสมอภาคกันในสังคมจะมีความพึงพอใจ และเมื่อได้รับการคุ้มครองไม่ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังจะเป็นความพึงพอใจ ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 4.55 , 4.31 , 4.30 , 4.18 , และ 4.05 ตามลำดับ ส่วนที่เหลือเป็นตัวแปรสังเกตได้ที่มีการวัดระดับปานกลาง ได้แก่การได้รับการศึกษา การเรียนรู้ข่าวสารที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ มีความรู้ที่มีความสามารถในการดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีและสามารถพึ่งตนเองได้ เป็นผู้เตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพได้รับสิทธิเท่าเทียมและมีความเสมอภาคกันในสังคม เป็นผู้ที่เคยได้รับการศึกษาการเรียนรู้ข่าวสารที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ย 3.71, 3.38, 3.37, 2.59, 2.40 และ 2.37 ตามลำดับดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับปัจจัยด้าน ปัจจัยบุคคลของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ค่า SD	การแปลผล
การเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (x₁)	3.51	0.73	ปานกลาง
1.เป็นผู้ที่มีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ	2.59	1.09	ปานกลาง
2.มีความมั่นใจในการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ	3.38	0.79	ปานกลาง
3.การเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพมีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ	4.55	0.68	สูง
การมีศักดิ์ศรีและความสามารถในการพึ่งตนเองได้ (x₂)	4.16	0.64	สูง
4.สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรีและสามารถพึ่งตนเองได้	3.37	0.80	สูง
5.ผู้สูงอายุดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีและสามารถพึ่งตนเองได้	4.31	0.75	สูง
การได้รับสิทธิเท่าเทียมและมีความเสมอภาคในสังคม (x₃)	3.64	0.62	ปานกลาง
6.คิดว่าได้รับสิทธิเท่าเทียมและมีความเสมอภาคในสังคม	2.40	1.19	ปานกลาง
7.การได้รับสิทธิเท่าเทียมและมีความเสมอภาคกันในสังคมมีความสำคัญ	4.30	0.66	สูง
8.การได้รับสิทธิเท่าเทียมและมีความเสมอภาคกันในสังคม	4.18	0.70	สูง
การได้รับการคุ้มครองไม่ถูกทอดทิ้ง (x₄)	3.59	0.78	ปานกลาง
9.ได้รับการคุ้มครองไม่ถูกทอดทิ้งจากครอบครัวและสังคมให้อยู่ตามลำพัง	2.81	1.12	ปานกลาง
10.เมื่อได้รับการคุ้มครองไม่ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังจะเป็นความพึงพอใจ	4.05	0.81	สูง
การได้รับการศึกษา เรียนรู้ข่าวสารที่จำเป็น (x₅)	3.59	0.78	ปานกลาง
11.เคยได้รับการศึกษา การเรียนรู้ข่าวสารที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ	2.37	1.09	ปานกลาง
12.การได้รับการศึกษา การเรียนรู้ข่าวสารที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ	2.37	1.09	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	3.69		สูง

4.3.2.2 ปัจจัยด้านครอบครัว พบว่าการได้รับความเข้าใจและเอื้ออาทรจาก

ครอบครัว (X_7) และการได้รับความสัมพันธ์ที่ดีจากครอบครัว (X_9) มีค่าระดับการพัฒนาสุขภาพในเกณฑ์ที่สูง มีค่าเฉลี่ย 3.87 และ 3.77 ตามลำดับ ที่เหลืออยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การได้อาศัยอยู่กับครอบครัวอย่างมีความสุข (X_6) และการได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัว (X_8) มีค่าเฉลี่ย 3.67 และ 3.51 และโดยมีค่าเฉลี่ยทั้งหมด 3.70 เป็นปัจจัยที่มีระดับสูง

แต่ในกลุ่มปัจจัยตัวแปรสังเกตได้มีค่าระดับการพัฒนาที่อยู่ในเกณฑ์สูงได้แก่ เมื่อผู้สูงอายุได้รับความเข้าใจและเอื้ออาทรจากครอบครัวผู้สูงอายุจะมีความสุขและรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตครอบครัวควรให้ความเข้าใจและความเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ เมื่อได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัว จะทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ ผู้สูงอายุควรได้รับความสัมพันธ์ที่ดีอยู่ร่วมกับครอบครัวเป็นสุข การได้อาศัยกับครอบครัวของตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและผู้สูงอายุควรได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัวในทุกเรื่อง มีค่าเฉลี่ย 4.44, 4.23, 4.22, 4.08, 4.02 และ 3.76

ส่วนกลุ่มปัจจัยตัวแปรสังเกตได้ มีค่าระดับการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในเกณฑ์ปานกลางได้แก่ ผู้สูงอายุได้รับความสัมพันธ์ที่ดีอยู่ร่วมกันกับครอบครัวอย่างมีความสุข ผู้สูงอายุได้อาศัยกับครอบครัวของตนอย่างมีความสุข และมีค่าน้อยที่สุดคือ ผู้สูงอายุเคยได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัวเสมอ มีค่าเฉลี่ย 2.90, 2.80 และ 2.84 ตามลำดับ ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับปัจจัยด้านครอบครัวของผู้สูงอายุ ในเขตชุมชนเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ค่า SD	การแปลผล
การอาศัยอยู่กับครอบครัวอย่างเป็นสุข (x)	3.67	0.95	ปานกลาง
1. อยู่อาศัยกับครอบครัวของตนเองอย่างเป็นสุข	2.86	1.15	ปานกลาง
2. การได้อยู่อาศัยกับครอบครัวของตนเองทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข	4.02	0.90	สูง
การได้รับความเข้าใจและเอื้ออาทรจากครอบครัว (x)	3.87	0.62	สูง
3. ได้รับความเข้าใจและเอื้ออาทรจากครอบครัว	3.08	1.04	ปานกลาง
4. ครอบครัวให้ความเข้าใจและความเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ	4.22	0.72	สูง
5. เมื่อได้รับความเข้าใจและเอื้ออาทรจากครอบครัวผู้สูงอายุมีความสุขและรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต	4.44	0.66	สูง
การได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัว (x)	3.51	0.66	ปานกลาง
6. ได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัวเสมอ	2.84	0.94	ปานกลาง
7. ผู้สูงอายุได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัวสม่ำเสมอในทุกเรื่อง	3.76	0.77	ปานกลาง
8. เมื่อได้รับเกื้อหนุนจากครอบครัวจะทำให้ผู้สูงอายุพึงพอใจ	4.23	0.68	สูง
การได้รับความสัมพันธ์ที่ดีจากครอบครัว (x)	3.77	0.58	สูง
9. ได้รับความสัมพันธ์ที่ดีอยู่ร่วมกันกับครอบครัวอย่างมีความสุข	2.90	0.80	ปานกลาง
10. ผู้สูงอายุได้รับความสัมพันธ์ที่ดีอยู่ร่วมกันกับครอบครัวอย่างมีความสุข	4.08	0.69	สูง
ค่าเฉลี่ย	3.70		สูง

4.3.2.3 ปัจจัยด้านชุมชน พบว่ามีเพียงปัจจัยเดียวที่อยู่ระดับสูง ได้แก่การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน (Y_2) มีค่าเฉลี่ย 3.71 นอกนั้นอยู่ในระดับปานกลางได้แก่ การได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัว (Y_3) และการที่ชุมชนมีความตระหนักในความสำคัญของผู้สูงอายุ (Y_4) มีค่าเฉลี่ย 3.55 และ 3.54 โดยมีค่าเฉลี่ยทั้งหมด 3.60 จึงเป็นปัจจัยที่อยู่ในระดับสูง

แต่ในกลุ่มปัจจัยตัวแปรสังเกตได้ ที่มีระดับสูงได้แก่การที่ชุมชนมีการให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนเป็นสิ่งที่ช่วยผู้สูงอายุภาคภูมิใจ ชุมชนควรตระหนักในความสำคัญของผู้สูงอายุ ชุมชนควรให้ความเกื้อหนุนผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอในทุกด้าน และชุมชนควรให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนเสมอ มีค่าเฉลี่ย 4.28, 3.92, 3.83, และ 3.79 และในระดับปานกลางได้แก่ ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมชุมชน ที่ผ่านมาผู้สูงอายุเคยได้รับการเกื้อหนุนจากชุมชนและมีค่าที่สุดคือชุมชนตระหนักในความสำคัญของผู้สูงอายุค่าเฉลี่ย 3.01, 2.78 และ 2.75 ตามลำดับ ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับปัจจัยด้านชุมชนของผู้สูงอายุ ในเขตชุมชนเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ค่า SD	การแปลผล
ความตระหนักในความสำคัญของผู้สูงอายุ (Y_4)	3.54	0.71	ปานกลาง
1.ชุมชนตระหนักในความสำคัญของผู้สูงอายุ	2.75	0.85	ปานกลาง
2.ชุมชนตระหนักในความสำคัญผู้สูงอายุ	3.92	0.89	สูง
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน (Y_2)	3.71	0.63	สูง
3.ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน	3.01	0.398	ปานกลาง
4.ชุมชนให้โอกาสผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนเสมอ	3.79	0.76	สูง
5.การให้โอกาสผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนเป็นสิ่งที่ช่วยผู้สูงอายุภาคภูมิใจ	4.28	0.63	สูง
การได้รับการเกื้อหนุนจากชุมชน (Y_3)	3.55	0.64	ปานกลาง
6.ที่ผ่านมาเคยได้รับการเกื้อหนุนจากชุมชน	2.78	0.94	ปานกลาง
7.ชุมชนให้ความเกื้อหนุนผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอในทุกด้าน	3.83	0.75	สูง
ค่าเฉลี่ย	3.60		สูง

4.3.2.4 ปัจจัยด้านการจัดระบบบริการสุขภาพ พบว่ามีปัจจัยที่อยู่ในระดับสูง ได้แก่การได้รับการเกื้อหนุนจากชุมชน (Y_5) ความพึงพอใจในการจัดบริการสุขภาพ (Y_7) และประสิทธิภาพในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ (Y_6) มีค่าเฉลี่ย 3.99, 3.90, และ 3.89 ตามลำดับ ส่วนมีเกณฑ์ในระดับกลาง มีเพียงปัจจัยเดียวคือการมีนโยบายและมาตรการการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ (Y_4) มีค่าเฉลี่ย 3.54 และโดยมีค่าเฉลี่ยทั้งหมด 3.84 จึงเป็นปัจจัยที่มีระดับสูง

และมีปัจจัยตัวแปรสังเกตได้ที่มีเกณฑ์ระดับสูงได้แก่การจัดบริการสุขภาพด้านการพัฒนาสุขภาพด้านการพัฒนาบุคลากรสำหรับผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความจำเป็น การได้รับการจากการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชน มีระดับความพึงพอใจในการจัดบริการ และชุมชนควรมีนโยบายและมาตรการ การจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ย 4.19, 4.15, 3.90 และ 3.78 ตามลำดับ

ส่วนปัจจัยตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าเกณฑ์ระดับปานกลางได้แก่การได้เข้าร่วมพัฒนาบุคลากรสำหรับผู้สูงอายุที่จัดบริการ โดยองค์กรในชุมชน การที่ผู้สูงอายุได้รับการบริการจากการจัดระบบบริการสุขภาพ จากชุมชน / รัฐ ในระดับที่ดีมีประสิทธิภาพ การที่ผู้สูงอายุ เคยได้รับการสุขภาพ อันเป็นการจัดบริการตามนโยบายและมาตรการของชุมชน ที่จัดบริการสำหรับผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ย 3.20, 3.17 และ 2.98 ตามลำดับดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับปัจจัยด้านการจัดระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตชุมชนเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ค่า SD	การแปลผล
นโยบายและมาตรการการจัดบริการสุขภาพ (Y ₁)	3.58	0.74	ปานกลาง
1.เคยได้รับการบริการสุขภาพอันเป็นการจัดบริการตามนโยบายและมาตรการของชุมชนที่จัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ	2.98	0.98	ปานกลาง
2.ชุมชนควรมีนโยบายและมาตรการการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ	3.78	1.00	ปานกลาง
การได้รับการเกื้อหนุนจากชุมชน (Y ₂)	3.99	0.47	สูง
3.ได้เข้าร่วมพัฒนาบุคลากรสำหรับผู้สูงอายุที่จัดบริการโดยองค์กรในชุมชนของท่าน	3.20	0.74	ปานกลาง
4.การจัดบริการสุขภาพด้านพัฒนาบุคลากรสำหรับผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความจำเป็น	4.15	1.82	สูง
ประสิทธิภาพในการจัดระบบบริการสุขภาพ (Y ₃)	3.89	0.59	สูง
5.ได้รับบริการจากการจัดระบบบริการสุขภาพจากชุมชน/รัฐในระดับที่ดีมีประสิทธิภาพ	3.17	0.82	ปานกลาง
6.การจัดบริการสุขภาพที่ดีมีประสิทธิภาพที่จัดบริการแก่ผู้สูงอายุมีความจำเป็น	4.19	0.58	สูง
ความพึงพอใจในการจัดบริการสุขภาพ (Y ₄)	3.90	0.88	สูง
7.ได้รับบริการจากการบริการสุขภาพของชุมชนมีระดับความพึงพอใจในการจัดบริการ	3.90	0.88	สูง
ค่าเฉลี่ย	3.84		สูง

4.3.2.5 ปัจจัยการพัฒนาด้านสังคม พบว่าการเข้าร่วมสังคมและต้องการเพื่อนใหม่ (Y_{11}) และการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน (Y_8) อยู่ในระดับสูงมีค่าเฉลี่ย 4.27, และ 4.15 ตามลำดับ ส่วนที่อยู่ในระดับกลาง คือกิจกรรมอาสาสมัครและการเป็นเครือข่ายทางสังคม (Y_9) และการเข้าใจผู้อื่นที่อยู่ในสังคมเดียวกัน (Y_{10}) มีค่าเฉลี่ย 3.67 และ 3.58 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยทั้งหมด 3.91 เป็นปัจจัยที่มีระดับสูง

ส่วนปัจจัยตัวแปรสังเกตได้อยู่ในเกณฑ์ระดับสูงได้แก่ การเข้าร่วมสังคมและต้องการเพื่อนใหม่ของผู้สูงอายุมีผลต่อกาพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ กิจกรรมอาสาสมัครและการเป็นเครือข่ายสังคม มีความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุคิดว่าการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน ช่วยให้เกิดการพัฒนาร่างกายได้อย่างเป็นสุข การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนให้คุณค่าต่อชีวิตของผู้สูงอายุได้ ด้วย การเข้าใจผู้อื่น ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกันมีความจำเป็นต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ย 4.19, 4.10, 4.04, 3.19 และ 3.74 ตามลำดับ

และปัจจัยตัวแปรสังเกตได้ที่อยู่ในเกณฑ์ระดับกลาง ได้แก่ การอยากเข้าร่วมสังคมและมีความต้องการเพื่อนใหม่เสมอ เป็นผู้ที่เข้าใจผู้อื่นที่อยู่ในชุมชนเดียวกันเสมอ และการเข้าร่วมกิจกรรมอาสาสมัครหรือเป็นเครือข่ายทางสังคมในชุมชน มีค่าเฉลี่ย 3.66, 3.04, และ 2.83 ตามลำดับ ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับปัจจัยการพัฒนาสังคมของผู้สูงอายุ
ในเขตชุมชนเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ค่า SD	การแปลผล
การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน (Y_1)	4.15	0.49	สูง
1.การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนให้คุณค่าต่อชีวิตของท่านได้ ด้วย	3.91	0.66	สูง
2.คิดว่าการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนของผู้สูงอายุช่วยให้เกิด การพัฒนาด้านสังคมได้อย่างมีสุข	4.04	0.63	สูง
กิจกรรมอาสาสมัครและการเป็นเครือข่ายทางสังคม (Y_2)	3.67	0.70	ปานกลาง
3.เข้าร่วมกิจกรรมอาสาสมัครหรือเป็นเครือข่ายทางสังคมในชุมชน	2.83	1.04	ปานกลาง
4.กิจกรรมอาสาสมัครและการเป็นเครือข่ายสังคมมีความ สำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ	4.10	0.74	สูง
การเข้าใจผู้อื่นที่อยู่ในสังคมเดียวกัน (Y_3)	3.58	0.62	ปานกลาง
5.เป็นผู้ที่เข้าใจผู้อื่นที่อยู่ในชุมชนเดียวกัน มีความจำเป็นต่อ การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ	3.04	0.81	ปานกลาง
6.การเข้าใจผู้อื่นที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกัน มีความจำเป็น ต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ	3.74	0.67	สูง
การเข้าร่วมสังคมและต้องการเพื่อนใหม่ (Y_4)	4.27	0.52	สูง
7.เป็นผู้อยากเข้าร่วมสังคมและมีความต้องการเพื่อนใหม่ เสมอ	3.66	0.69	ปานกลาง
8.การเข้าร่วมสังคมและต้องการเพื่อนใหม่ของผู้สูงอายุมี ความจำเป็นต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ	4.19	0.58	สูง
ค่าเฉลี่ย	3.91		สูง

4.3.2.6 ปัจจัยการพัฒนาด้านจิตใจ พบว่าการที่ผู้สูงอายุมีความเชื่อและศรัทธาในศาสนา (Y_{12}) และผู้สูงอายุมีความตั้งใจและความสามารถควบคุมตนเองได้ (Y_{14}) มีเกณฑ์ระดับสูงมีค่าเฉลี่ย 4.30 และ 4.10 ตามลำดับส่วนในระดับปานกลาง ได้แก่ปัจจัยมีงานอดิเรกทำในเวลาว่าง (Y_{13}) มีค่าเฉลี่ย 3.59 โดยมีค่าเฉลี่ยทั้งหมด 3.99 เป็นปัจจัยที่มีระดับสูง

ปัจจัยตัวแปรสังเกตได้มีเกณฑ์ระดับสูงได้แก่ความศรัทธาในศาสนาและความเชื่อช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตและทางด้านจิตใจผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีความตั้งใจและสามารถควบคุมตนเองได้ จะช่วยให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ให้มีจิตใจที่เป็นสงบสุขผู้สูงอายุเป็นผู้ศรัทธาในศาสนา และมีความเชื่อในการประกอบกรรมดี การมีงานอดิเรกทำช่วยให้เกิดการพัฒนาด้านจิตใจของผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ย 4.19, 4.17, 4.10 และ 3.78 และมีระดับปานกลางได้แก่ เป็นผู้มีความตั้งใจและควบคุมตนเองให้มีจิตใจที่เชื่อมั่นในสิ่งที่ตนเองทำเสมอ และการมีงานอดิเรกทำในเวลาว่าง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเองเสมอ มีค่าเฉลี่ย 3.62 และ 2.89 ตามลำดับ ดังตารางที่ 12

ตาราง 12 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการพัฒนาทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ค่า SD	การแปลผล
ความเชื่อและศรัทธาในศาสนา (Y_{12})	4.30	0.59	สูง
1.เป็นผู้มีความศรัทธาในศาสนาและมีความเชื่อในการประกอบกรรมดี	4.10	0.79	สูง
2.ความศรัทธาในศาสนาและความเชื่อช่วยพัฒนาสุขภาพชีวิตและทางด้านจิตใจผู้สูงอายุ	4.19	0.73	สูง
การมีงานอดิเรกทำในเวลาว่าง (Y_{13})	3.59	0.59	ปานกลาง
3.มีงานอดิเรกทำในเวลาว่างเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเองเสมอ	2.89	1.06	ปานกลาง
4.การมีงานอดิเรกทำช่วยให้เกิดการพัฒนากสุขภาพชีวิตด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุ	3.78	0.67	สูง
ความตั้งใจและความสามารถควบคุมตนเองได้ (Y_{14})	4.10	0.54	สูง
5.มีความตั้งใจและควบคุมตนเองให้มีจิตใจที่เชื่อมั่นในสิ่งที่ท่านทำเสมอ	3.62	0.74	ปานกลาง
6.ผู้สูงอายุที่มีความตั้งใจและสามารถควบคุมตนเองได้จะช่วยให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้มีจิตใจที่เป็นสุขสงบ	4.17	0.74	สูง
ค่าเฉลี่ย	3.99		สูง

4.3.2.7 ปัจจัยการพัฒนาทางด้านร่างกาย พบว่า มีเพียงปัจจัยเดียวที่มีระดับสูง

คือการเล่นกีฬา การออกกำลังกาย และการเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ (Y_{19}) การมีภาวะโภชนาการที่ดี (Y_{16}) มีค่าเฉลี่ย 4.11, 4.10 นอกนั้นอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่การพักผ่อนและการนอนหลับ (Y_{18}) การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Y_{15}) ความสามารถในการใช้แรงงาน ประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้องการได้ (Y_{17}) มีค่าเฉลี่ย 3.66, 3.52 และ 3.40 ตามลำดับโดยมีค่าเฉลี่ยทั้งหมด 3.75 เป็นปัจจัยที่มีระดับสูง

ในแต่ละปัจจัยตัวแปรสังเกตได้ที่สำคัญระดับสูงได้แก่การเข้าร่วมกิจกรรมการเล่นกีฬา การออกกำลังกายและกิจกรรมนันทนาการมีผลดีต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุควรมีภาวะโภชนาการที่ดีเพราะมีความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพกิจกรรม การพักผ่อนนอนหลับมีความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ย 4.33, 4.10, 4.07 และ 3.99 ตามลำดับ

ส่วนที่เหลือมีเกณฑ์ระดับปานกลางได้แก่ สังคมควรเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุใช้แรงงานตามอัธยาศัยในการประกอบอาชีพเป็นผู้ได้เข้าร่วมออกกำลังกายและเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างสม่ำเสมอ ยังเป็นผู้สามารถใช้แรงงานประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้องการได้ มีการพักผ่อนนอนหลับได้ดี เป็นผู้มีภาวะโภชนาการที่ดีเป็นผู้มีพฤติกรรมสุขภาพดีตลอดมาทั้งหมดมีค่าเฉลี่ย 3.40, 3.38, 3.05, 2.83, 2.76, และ 2.55 ตามลำดับ ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการพัฒนาทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ
ในเขตชุมชนเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ค่า SD	การแปลผล
พฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Y₁)	3.52	0.49	ปานกลาง
1.เป็นผู้มีพฤติกรรมสุขภาพดีตลอดมา	2.55	0.94	ปานกลาง
2.พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุมีความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ	3.99	0.81	สูง
ภาวะโภชนาการที่ดี (Y₂)	4.10	0.63	สูง
3.เป็นผู้มีโภชนาการดี	2.76	0.99	ปานกลาง
4.ผู้สูงอายุควรมีโภชนาการที่ดีเพราะมีความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ	4.10	0.69	สูง
สามารถใช้แรงงานประกอบกิจกรรมต่างๆที่ต้องการได้ (Y₃)	3.40	0.67	ปานกลาง
5.ยังเป็นผู้สามารถใช้แรงงานประกอบกิจกรรมต่างๆที่ต้องการได้	3.05	0.76	ปานกลาง
6.สังคมเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุใช้แรงงานตาอัตรภาพในการประกอบอาชีพ	3.40	0.78	ปานกลาง
การพักผ่อนนอนหลับ (Y₄)	3.66	0.63	ปานกลาง
7.มีการพักผ่อนนอนหลับได้ดี	2.83	0.97	ปานกลาง
8.กิจกรรมการพักผ่อนนอนหลับมีความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ	4.07	0.75	สูง
การเล่นกีฬา การออกกำลังกายและการร่วมกิจกรรม	4.11	0.64	สูง
นันทนาการ (Y₅)			
9.ได้ร่วมเล่นกีฬาและเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการได้อย่างสม่ำเสมอ	4.11	0.64	สูง
10.กิจกรรมการเล่นกีฬา การเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการมีผลดีต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ	4.33	0.71	สูง
ค่าเฉลี่ย	3.75		สูง

4.3.2.8 ปัจจัยการมีสุขภาพดี พบว่า มีเพียงปัจจัยเดียวที่มีระดับสูง ได้แก่การมีสุขภาพจิตดี (Y_{21}) นอกนั้นอยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลาง ได้แก่เป็นผู้มีสุขภาพร่างกายที่ดี (Y_{20}) มีดัชนีมวลรวมของร่างกายปกติดี (Y_{24}) มีความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอรรถภาพ (Y_{23}) และเป็นผู้มีสุขภาพฟันที่ดี (Y_{22}) มีค่าเฉลี่ย 3.16, 3.16, 3.30 และ 2.63 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยทั้ง 3.24 เป็นปัจจัยที่มีระดับปานกลาง

ส่วนในปัจจัยตัวแปรสังเกตได้ที่อยู่ในระดับสูงได้แก่ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถควบคุมภาวะทางด้านอารมณ์ได้ดี และเป็นผู้เข้าร่วมกิจกรรมครอบครัว และชุมชนได้เป็นอย่างดี มีค่าเฉลี่ย 3.87, 3.81, และ 3.71 ตามลำดับ ส่วนในปัจจัยตัวแปรสังเกตได้ที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่มีความรู้สึกรับได้รับความอบอุ่นจากครอบครัว สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอรรถภาพ มีดัชนีมวลรวมร่างกายเป็นปกติดี ในรอบ 6 เดือน ที่ผ่านมาสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำกว่า 150/90 mg Hg ในเลือด 1 เดซิลิตรได้ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา สามารถควบคุมโรคหัวใจขาดเลือด โรคมะเร็ง โรคเส้นเลือดในสมองอุดตัน โรคไตเสื่อม โรคเอดส์และวัณโรคได้ และการเป็นผู้มีสุขภาพฟันที่ดี มีค่าเฉลี่ย 3.16, 3.30, 3.16, 3.04, 2.91 และ 2.63 ตามลำดับ ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ค่า SD	การแปลผล
สุขภาพร่างกายที่ดี (Y_{10})	3.16	0.73	ปานกลาง
1.ในรอบ 1ปี ผ่านมาสามารถควบคุมโรคหัวใจขาดเลือด โรคมะเร็ง โรคเส้นเลือดในสมองอุดตัน	2.91	0.85	ปานกลาง
2.ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำกว่า 150/90 mm Hg โรคเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ให้อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่า 150 /90 mm Hg ในเลือด 1 ดิซลิตรได้	3.02	0.75	ปานกลาง
สุขภาพจิตดี (Y_{11})	3.97	0.54	สูง
3.เข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและชุมชนได้เป็นอย่างดี	3.71	0.72	สูง
4.สามารถควบคุมภาวะทางด้านอารมณ์ของท่านได้ด้วยดี	3.81	0.68	สูง
5.รู้สึกตนเองว่าเป็นผู้มีคุณค่า	3.87	0.62	สูง
6.รู้สึกว่าได้ได้รับความอบอุ่นจากครอบครัว	3.61	0.79	ปานกลาง
สุขภาพฟันดี (Y_{12})	2.63	0.94	ปานกลาง
7.เป็นผู้มีสุขภาพฟันที่ดี	2.63	0.94	ปานกลาง
ช่วยเหลือตนเองและผู้อื่น ได้ (Y_{13})	3.30	0.77	ปานกลาง
8.มีภาวะช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้	3.30	0.77	ปานกลาง
ดัชนีมวลรวมของร่างกายปกติดี (Y_{14})	3.16	0.97	ปานกลาง
9.มีดัชนีมวลรวมของร่างกายเป็นปกติดี	3.16	0.97	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	3.24		ปานกลาง

4.3.3 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

(Confirmatory Factor Analysis of Measurement Model)

4.3.3.1 การวิเคราะห์องค์ประกอบปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล

จากการวิเคราะห์พบว่า มีตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาก ได้แก่ การได้รับสิทธิเท่าเทียมและมีความเสมอภาคในสังคม (X_3) การได้คุ้มครองไม่ถูกทอดทิ้ง (X_4) การได้รับการศึกษาเรียนรู้ข่าวสารที่จำเป็น (X_5) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับตัวแปรด้านปัจเจกบุคคล มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) เท่ากับ .716 , .694 และ .673 ตามลำดับ มีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Kaiser – Meyer – Olkin measure of sampling adequacy) เท่ากับ 0.72 ซึ่งเป็นดัชนีบอกความแตกต่างระหว่างเมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตได้ (Observation Variables) กับเมทริกซ์สหสัมพันธ์แอนติ – อิมเมจ หรือปฏิภาพ (Anti - image correlation matrix) ซึ่งเป็นเมทริกซ์สหสัมพันธ์ Partial ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่ เพื่อขจัดความแปรปรวนของตัวแปรอื่น ๆ ออกไป มีค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและมีความเหมาะสมที่จะนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบต่อไป และ Bartlett test of sphericity เป็นค่าทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรมีความสัมพันธ์กับตัวเองสูง มีค่า 591.82 แต่ไม่สัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอื่น ซึ่งสามารถอธิบายค่าความแปรปรวนของปัจจัยปัจเจกบุคคล (Explained Variance) ได้ 37.89 ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปร (Factor loading) ของปัจจัยทางด้านปัจเจกบุคคล

องค์ประกอบของปัจจัย	Factor loading
1. การเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (X_1)	.513
2. การมีศักดิ์ศรีและความสามารถในการพึ่งตนเองได้ (X_2)	.629
3. การได้รับสิทธิเท่าเทียมและมีความเสมอภาคในสังคม (X_3)	.716*
4. การได้รับความคุ้มครองไม่ถูกทอดทิ้ง (X_4)	.694*
5. การได้รับการศึกษาเรียนรู้ข่าวสารที่จำเป็น (X_5)	.673*

Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy	0.72
Bartlett Test of Sphericity	591.82 (Sig=0.00)
Explained Variance (%)	37.89 %

4.3.3.2 การวิเคราะห์องค์ประกอบปัจจัยด้านครอบครัว

จากการวิเคราะห์พบว่า มีตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาก ได้แก่ การอาศัยอยู่กับครอบครัวอย่างมีความสุข (X_6) การได้รับความเอื้ออาทรจากครอบครัว (X_7) การได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัว (X_8) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับตัวแปรปัจจัยด้านครอบครัว มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) เท่ากัน 0.787, 0.744 และ 0.695 ตามลำดับมีค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Kaiser – Meyer Olkin measure of sampling adequacy) เท่ากับ 0.790 ซึ่งเป็นดัชนีบอกความแตกต่างระหว่างเมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตได้ (Observation Variables) กับเมทริกซ์สหสัมพันธ์แอนติ – อิมเมจ หรือปฏิภาพ (Anti – image Correlation matrix) ซึ่งเป็นเมทริกซ์สหสัมพันธ์ Partial ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่ เพื่อขจัดความแปรปรวนของตัวแปรอื่น ๆ ออก มีค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและมีความเหมาะสมที่จะนำไป วิเคราะห์องค์ประกอบได้ต่อไปและ Bartlett test of sphericity เป็นค่าทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร มีความสัมพันธ์กับตัวเองสูงมีค่า 626.51 แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น ๆ เท่ากับ 626.51 ซึ่งสามารถอธิบายค่าความแปรปรวนปัจจัยด้านครอบครัว (Explained Variance) ได้ 50.80 % ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) ของปัจจัยทางด้านครอบครัว

องค์ประกอบของปัจจัย	Factor loading
1. การอาศัยอยู่กับครอบครัวอย่างมีความสุข (X_6)	0.787*
2. การได้รับความเข้าใจและเอื้ออาทรจากครอบครัว (X_7)	0.744*
3. การได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัว (X_8)	0.695
4. การได้รับความสัมพันธ์ที่ดีจากครอบครัว (X_9)	0.613

Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy	0.790
Bartlett Test of Sphericity	626.51 (Sig=0.00)
Explained Variance (%)	50.80 %

4.3.3.3 การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor loading) ปัจจัยด้านชุมชน

จากการวิเคราะห์พบว่า มีตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากเพียงตัวเดียวได้แก่ การได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัว (Y_3) ซึ่งมีค่าความสัมพันธ์กับตัวแปรปัจจัยด้านชุมชน มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ Factor loading เท่ากับ 0.81 และมีค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Kaiser – Meyer – Olkin measure of sampling adequacy) เท่ากับ 0.64 ซึ่งเป็นดัชนีบอกความแตกต่างระหว่างเมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตได้ (Observation Variables) กับเมทริกซ์สหสัมพันธ์แอนติ - อิมเมจหรือปฏิภาพ (Anti – image Correlation matrix) ซึ่งเป็นเมทริกซ์สหสัมพันธ์ Partial ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่เพื่อขจัดความแปรปรวนของตัวแปรอื่น ๆ ออกไป มีค่าเท่ากับ 1 แสดงว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและความเหมาะสมที่จะนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบได้ต่อไป ค่า Bartlett test of sphericity เป็นค่าทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรมีความสัมพันธ์กับตัวเองสูง มีค่า 247.74 แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น ซึ่งสามารถอธิบายค่าความแปรปรวนของปัจจัยด้านชุมชน (Explained Variance) ได้ 42.84 % ดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) ของปัจจัยทางด้านชุมชน

องค์ประกอบของปัจจัย	Factor loading
1. ความตระหนักในความสำคัญของผู้สูงอายุ (Y_1)	0.58
2. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน (Y_2)	0.55
3. การได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัว (Y_3)	0.81*

Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy	0.64
Bartlett Test of Sphericity	247.74 (Sig=0.00)
Explained Variance (%)	42.84 %

4.3.3.4 การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor loading) ปัจจัยทางการจัดการระบบบริการสุขภาพ

จากการวิเคราะห์พบว่า มีตัวแปรที่สังเกตได้ ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากเพียงตัวเดียวได้แก่ประสิทธิภาพการจากระบบบริการสุขภาพ (Y_6) ซึ่งมีค่าความสัมพันธ์กับตัวแปรทางการจากระบบบริการสุขภาพ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) เท่ากับ 0.81 และมีค่าสัมพันธระหว่างตัวแปร (Kaiser – Meyer –Olkin measure of sampling adequacy) เท่ากับ 0.58 ซึ่งเป็นดัชนีบอกความแตกต่างระหว่างเมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตได้ (Observation Variables) กับเมทริกซ์สหสัมพันธ์แอนติ-อิมเมจ (Anti – image Correlation matrix) ซึ่งเป็นเมทริกซ์สหสัมพันธ์ Partial ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่เพื่อขจัดความแปรปรวนของตัวแปรอื่นๆ ออกไป มีค่ามีค่าเท่ากับ 1 แสดงว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและมีความเหมาะสมที่จะนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบได้ต่อไป ค่า Bartlett test of sphericity เป็นค่าทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรมีความสัมพันธ์กับตัวเองสูงมีค่า 258.54 แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น ซึ่งสามารถอธิบายค่าความแปรปรวนของปัจจัยด้านการจากระบบบริการสุขภาพ (Explained Variance) ได้ 30.82 % ดังตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ผลการคำนวณ Factor loading ของปัจจัยด้านการจัดการระบบบริการสุขภาพ

องค์ประกอบของปัจจัย	Factor loading
1. นโยบายและมาตรการการจากระบบบริการสุขภาพ (Y_1)	0.44
2. การพัฒนาบุคลากรสำหรับผู้สูงอายุ (Y_2)	0.37
3. ประสิทธิภาพในการจากระบบบริการสุขภาพ (Y_6)	0.81*
4. ความพึงพอใจในการจากระบบบริการสุขภาพ (Y_7)	0.51

Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy	0.58
Bartlett Test of Sphericity	258.54 (Sig=0.00)
Explained Variance (%)	30.82 %

4.3.3.5 การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor loading) ปัจจัยการพัฒนทางด้าน

สังคม

จากการวิเคราะห์พบว่า มีตัวแปรที่สังเกตได้ ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากเพียงตัวเดียวได้แก่การเข้าร่วมสังคมและต้องการเพื่อนใหม่ (Y_{11}) ซึ่งมีค่าความสัมพันธ์กับตัวแปรทางด้านสังคม มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) เท่ากับ 0.74 และมีค่าสัมพันธระหว่างตัวแปร (Kaiser – Meyer – Olkin measure of sampling adequacy) เท่ากับ 0.65 ซึ่งเป็นดัชนีบอกความแตกต่างระหว่างเมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตได้ (Observation Variables) กับเมทริกซ์สหสัมพันธ์แอนติ-อิมเมจ หรือปฏิภาพ (Anti – image Correlation matrix) ซึ่งเป็นเมทริกซ์สหสัมพันธ์ Partial ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่เพื่อขจัดความแปรปรวนของตัวแปรอื่น ๆ ออกไป มีค่าเท่ากับ 1 แสดงว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และมีความเหมาะสมที่จะนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบได้ต่อไป ค่า Bartlett test of sphericity เป็นค่าทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรมีความสัมพันธ์กับตัวเองสูง มีค่า 327.50 แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปร ซึ่งสามารถอธิบายค่าความแปรปรวนของปัจจัยด้าน สังคม (Explained Variance) ได้ 34.52 % ดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) ของปัจจัยทางด้านการพัฒนาด้านสังคม

องค์ประกอบของปัจจัย	Factor loading
1. การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน (Y_8)	0.61
2. กิจกรรมอาสาสมัครและการเป็นเครือข่ายทางสังคม (Y_9)	0.29
3. การเข้าใจผู้อื่นที่อยู่ในสังคมเดียวกัน (Y_{10})	0.62
4. การเข้าร่วมสังคมและต้องการเพื่อนใหม่ (Y_{11})	0.74*

Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy	0.65
Bartlett Test of Sphericity	327.50 (Sig=0.00)
Explained Variance (%)	34.52 %

4.3.3.6 การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor loading) ของปัจจัยการพัฒนา

ด้านจิตใจ

จากการวิเคราะห์พบว่า มีตัวแปรที่สังเกตได้ ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากเพียงตัวเดียวได้แก่ความตั้งใจและความสามารถควบคุมตนเองได้ (Y_{14}) ซึ่งมีค่าความสัมพันธ์กับตัวแปรทางด้านจิตใจ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) เท่ากับ 0.99 และมีค่าความสัมพัทธ์ระหว่างตัวแปร (Kaiser – Meyer – Olkin measure of sampling adequacy) เท่ากับ 0.53 ซึ่งเป็นดัชนีบอกความแตกต่างระหว่างเมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตได้ (Observation Variables) กับเมทริกซ์สหสัมพันธ์แอนติ - อิมจ หรือปฏิภาพ (Anti – image Correlation matrix) ซึ่งเป็นเมทริกซ์สหสัมพันธ์ Partial ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่เพื่อขจัดความแปรปรวนของตัวแปรอื่น ๆ ออกไป มีค่าเท่ากับ 1 แสดงว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและมีความเหมาะสมที่นำไปวิเคราะห์องค์ประกอบต่อไปได้ ค่า Bartlett test of sphericity เป็นค่าทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรมีความสัมพันธ์กับตัวเองสูง มีค่า 83.92 แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น ซึ่งสามารถอธิบายค่าความแปรปรวนของปัจจัยด้าน จิตใจ (Explained Variance) ได้ 38.44 % ดังตารางที่ 20

ตารางที่ 20 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) ของปัจจัยการพัฒนาด้านจิตใจ

องค์ประกอบของปัจจัย	Factor loading
1. ความเชื่อและความศรัทธาในศาสนา (Y_{12})	0.24
2. การมีงานอดิเรกทำในเวลาว่าง (Y_{13})	0.31
3. ความตั้งใจและความสามารถควบคุมตนเองได้ (Y_{14})	0.99*

Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adeauacy	0.53
Bartlett Test of Sphericity	83.92 (Sig=0.00)
Explained Variance (%)	38.44 %

4.3.3.7 การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor loading) ปัจจัยการพัฒนาร่างกาย

ร่างกาย

จากการวิเคราะห์พบว่า มีตัวแปรที่สังเกตได้ ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากเพียงตัวเดียวได้แก่ภาวะโภชนาการที่ดี (Y_{1c}) ซึ่งมีค่าความสัมพันธ์กับตัวแปรการพัฒนาร่างกาย มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) เท่ากับ 0.96 มีค่าสัมพัทธ์ระหว่างตัวแปร (Kaiser – Meyer – Olkin measure of sampling adequacy) เท่ากับ 0.57 ซึ่งเป็นดัชนีบอกความแตกต่างระหว่างเมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตได้ (Observation Variables) กับเมทริกซ์สหสัมพันธ์แอนติ-อิมเมจ หรือปฏิภาพ (Anti – image Correlation matrix) ซึ่งเป็นเมทริกซ์สหสัมพันธ์ Partial ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่เพื่อขจัดความแปรปรวนของตัวแปรอื่น ๆ ออกไป มีค่าเท่ากับ 1 แสดงว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และมีความเหมาะสมที่จะนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบได้ ค่า Bartlett test of sphericity เป็นค่าทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรมีความสัมพันธ์กับตัวเอง มีค่า 333.30 แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น ซึ่งสามารถอธิบายค่าความแปรปรวนของปัจจัยด้านร่างกาย (Explained Variance) ได้ 38.98 % ดังตารางที่ 21

ตารางที่ 21 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) ของปัจจัยทางด้านการพัฒนา ด้านร่างกาย

องค์ประกอบของปัจจัย	Factor loading
1. พฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Y_{1s})	0.51
2. ภาวะโภชนาการที่ดี (Y_{1c})	0.96*
3. สามารถใช้แรงงานประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้องการได้ (Y_{1p})	0.21
4. การพักผ่อนนอนหลับ (Y_{1g})	0.46
5. การเล่นกีฬาและการเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ (Y_{1r})	0.04

Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy	0.57
Bartlett Test of Sphericity	333.30 (Sig=0.00)
Explained Variance (%)	28.98 %

4.3.3.8 การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor loading) ปัจจัยการมีสุขภาพดี

จากการวิเคราะห์พบว่า มีตัวแปรที่สังเกตได้ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดได้แก่การช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตรภาพ (Y_{21}) ซึ่งมีค่าความสัมพันธ์กับตัวแปรการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) เท่ากับ 0.96 และมีค่าสัมพัทธ์ระหว่างตัวแปร (Kaiser – Meyer -Olkin measure of sampling adequacy) เท่ากับ 0.67 ซึ่งเป็นดัชนีบอกความแตกต่างระหว่างเมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตได้ (Observation Variables) กับเมทริกซ์สหสัมพันธ์แอนติ-อิมเมจ หรือปฏิภาพ (Anti – image Correlation matrix) ซึ่งเป็นเมทริกซ์สหสัมพันธ์ Partia ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่เพื่อขจัดความแปรปรวนของตัวแปรอื่น ๆ ออกไป มีค่าทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร มีความสัมพันธ์กับตัวเองสูง มีค่า 803.72 แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น ค่า Bartlett test of sphericity ซึ่งสามารถอธิบายค่าความแปรปรวนของปัจจัยการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ (Explained Variance) ได้ 42.27 % ดังตารางที่ 22

ตารางที่ 22 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ Factor loading ของปัจจัยการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ

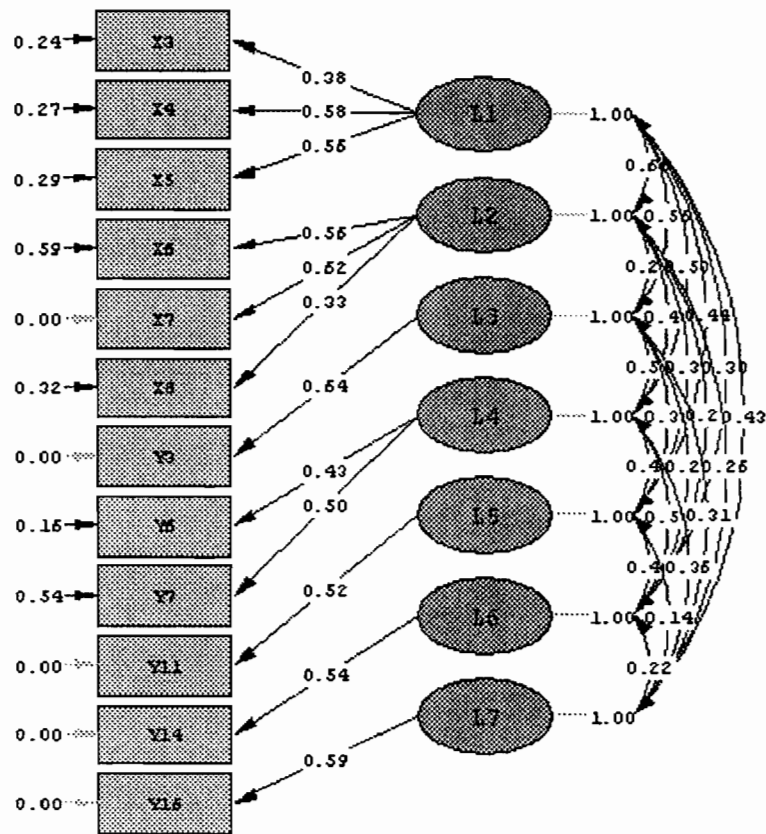
องค์ประกอบของปัจจัย	Factor loading
1. สุขภาพร่างกายที่ดี (Y_{20})	0.41
2. สุขภาพจิตดี (Y_{21})	0.39
3. สุขภาพฟันดี (Y_{22})	0.77*
4. ช่วยเหลือตนเองและผู้อื่น ๆ ได้ (Y_{23})	0.96*
5. ดัชนีมวลรวมของร่างกายปกติดี (Y_{24})	0.61

Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adeauacy	0.67
Bartlett Test of Sphericity	803.72 (Sig=0.00)
Explained Variance (%)	42.27 %

4.3.4 ผลการวิเคราะห์ความกลมกลืนของรูปแบบ และผลลัพธ์ที่กระทบเชิงเหตุผล ภายในตัวแปร

4.3.4.1 กรณีก่อนมีการปรับปรุงรูปแบบจำลอง

ภายหลังจากแยกหาองค์ประกอบที่เหมาะสมในการอธิบายตัวแปรแฝงทั้ง 7 ตัว แล้วนำตัวแปรต่างๆ มาสร้างเป็นแบบจำลอง เพื่อแสดงองค์ประกอบต่างๆ ของปัจจัยการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ



Chi-Square=692.01, df=38, P-value=0.00000, RMSEA=0.183

CN = 111.78

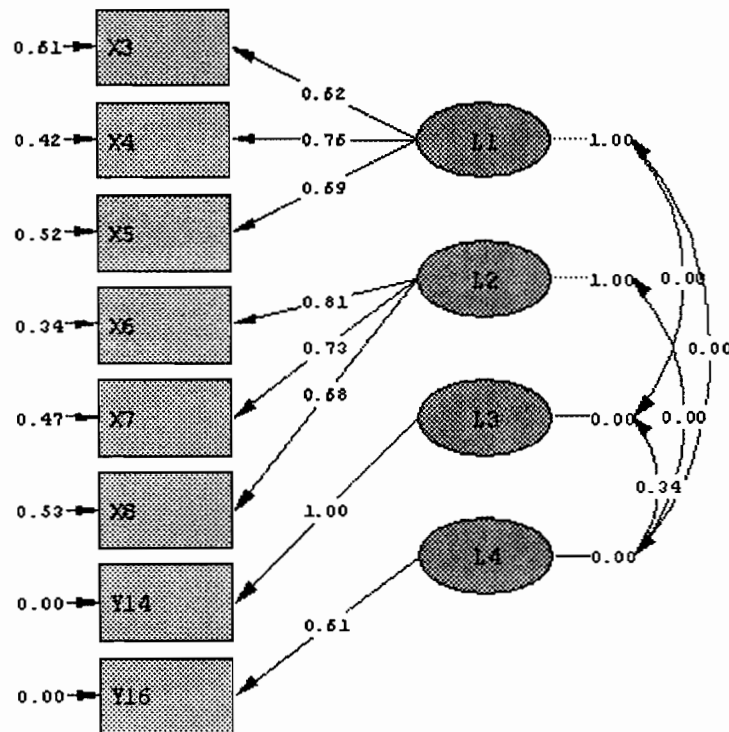
แผนภาพที่ 25 องค์ประกอบต่างๆ ของปัจจัยการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุกรณีก่อนมีการปรับปรุงแบบจำลอง

จากแผนภาพที่ 25 จะเห็นได้ว่าค่าสถิติ Chi-Square มีค่า 698.01 สูงกว่าค่าวิกฤตมาก มีค่าเท่ากับ 111.78 ซึ่งแสดงว่า แบบจำลองดังกล่าวไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนั้นจึงต้องมีการปรับตัวแปรบางตัวออกจากแบบจำลอง ซึ่งในที่สุดแล้วก็จะเหลือตัวแปรแฝงภายนอกเพียง 4 ตัว

เท่านั้น คือ ปัจจัยทางด้านปัจเจกบุคคล (L1) ปัจจัยทางด้านครอบครัว (L2) ปัจจัยทางการพัฒนาจิตใจ (L6) และปัจจัยทางการพัฒนาด้านร่างกาย (L7) ตามลำดับ แม้ว่าแบบจำลองใหม่จะยังคงมีค่าสถิติ Chi-Square สูงกว่าค่าวิกฤต แต่ก็น้อยกว่าในกรณีแรก ดังนั้นในที่นี้จึงเลือกตัวแปรแฝง 4 ตัวข้างต้น เพื่อนำไปใช้ในการประมาณค่าแบบจำลองที่แสดงถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ สำหรับตัวแปรแฝงภายในมีเพียงองค์ประกอบเดียว ในการอธิบายถึงการมีสุขภาพแข็งแรงของผู้อายุ ก็คือ การมีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้และผู้อื่น

4.3.4.2 กรณีมีการปรับปรุงแบบจำลอง

องค์ประกอบต่าง ๆ ของปัจจัยการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุกรณีมีการปรับปรุงแบบจำลอง



Chi-Square=409.06, df=16, P-value=0.00000, RMSEA=0.218

CN = 111.78

แผนภาพที่ 26 องค์ประกอบต่างๆ ของปัจจัยการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุกรณีมีการปรับปรุงแบบจำลอง

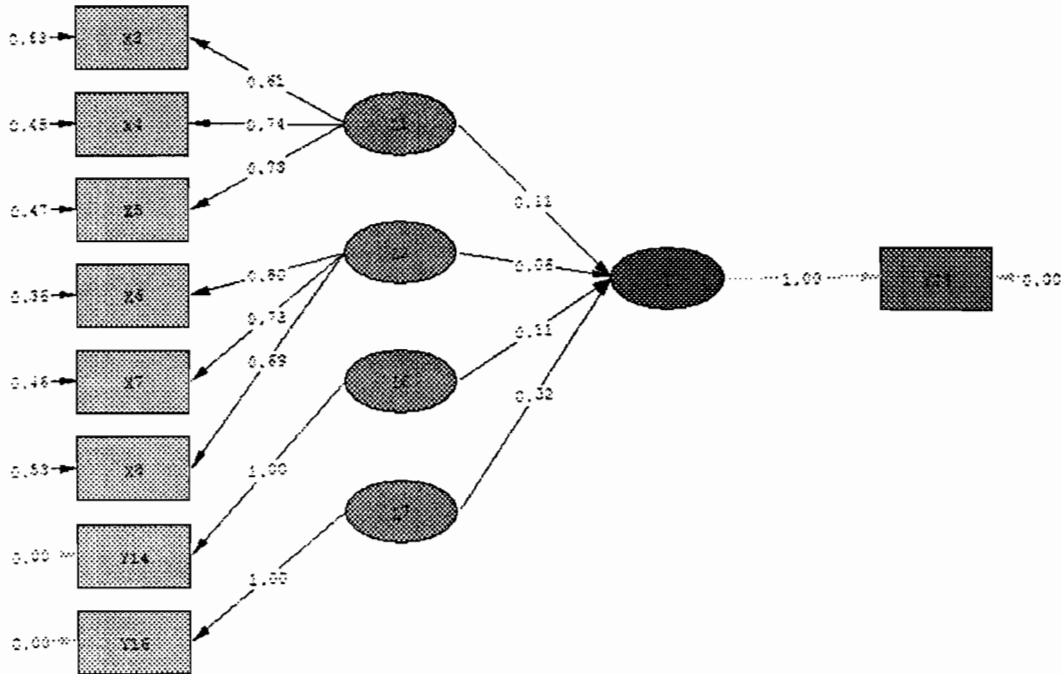
จากการคำนวณ Factor loading ข้างต้น ทำให้สามารถเลือกตัวแปรที่นำมาใช้ในการสร้างแบบจำลองได้ ซึ่งในขั้นตอนต่อไปจะวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ และเป็นการพิจารณาถึงความสอดคล้องของรูปแบบความสัมพันธ์ตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์

และจะทำการปรับปรุงแบบจำลองตามคำแนะนำของโปรแกรม เพื่อให้รูปแบบมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์มากที่สุด

4.3.4.3 ความเหมาะสมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ

เมื่อทราบองค์ประกอบของตัวแปรแฝงแต่ละตัวแล้ว ต่อไปก็จะนำตัวแปรเหล่านั้นมาสร้างเป็นแบบจำลองลิสเรล เพื่อใช้ในการทดสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพดีของผู้สูงอายุนั้น ประกอบด้วย ปัจจัยทางด้านปัจเจกบุคคล (L1) ปัจจัยทางด้านครอบครัว (L2) ปัจจัยทางด้านการพัฒนาจิตใจ (L6) และปัจจัยทางด้านการพัฒนาด้านร่างกาย (L7) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุมากที่สุด ก็คือ ปัจจัยทางด้านการพัฒนาด้านร่างกาย ในขณะที่ปัจจัยทางด้านการพัฒนาจิตใจ กลับมีอิทธิพลต่อการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุน้อยที่สุด แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาค่าสถิติที่ใช้วัดความสอดคล้อง ปรากฏว่า แบบจำลองยังไม่มี ความสอดคล้องกันระหว่างรูปแบบความสัมพันธ์ตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนั้นจึงต้องมีการปรับปรุงแบบจำลองใหม่ตามคำแนะนำของโปรแกรม ซึ่งแบบจำลองที่ได้มาใหม่มีค่าสถิติที่ใช้วัดความสอดคล้องดีกว่าแบบจำลองเดิม และตัวแปรแฝงทั้ง 4 ตัว ก็จะมีตัวแปรอิสระที่สังเกตได้มาอธิบายเพิ่มเติม สำหรับการประมาณค่าแบบจำลองใหม่นั้น พบว่า ตัวแปรทางด้านการพัฒนาด้านร่างกายเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ โดยตัวแปรแฝงดังกล่าวมีตัวแปรการมีภาวะโภชนาการที่ดีเป็นตัวแปรชี้วัดตัวแปรแฝงตัวนี้มากที่สุด ในขณะที่ตัวแปรทางด้านครอบครัวจะเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุน้อยที่สุด จากข้างต้นสามารถแสดงผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางและค่าสถิติความเชื่อมั่น ของแบบจำลองก่อนและหลังการปรับปรุงได้

ผังแผนภาพที่ 27



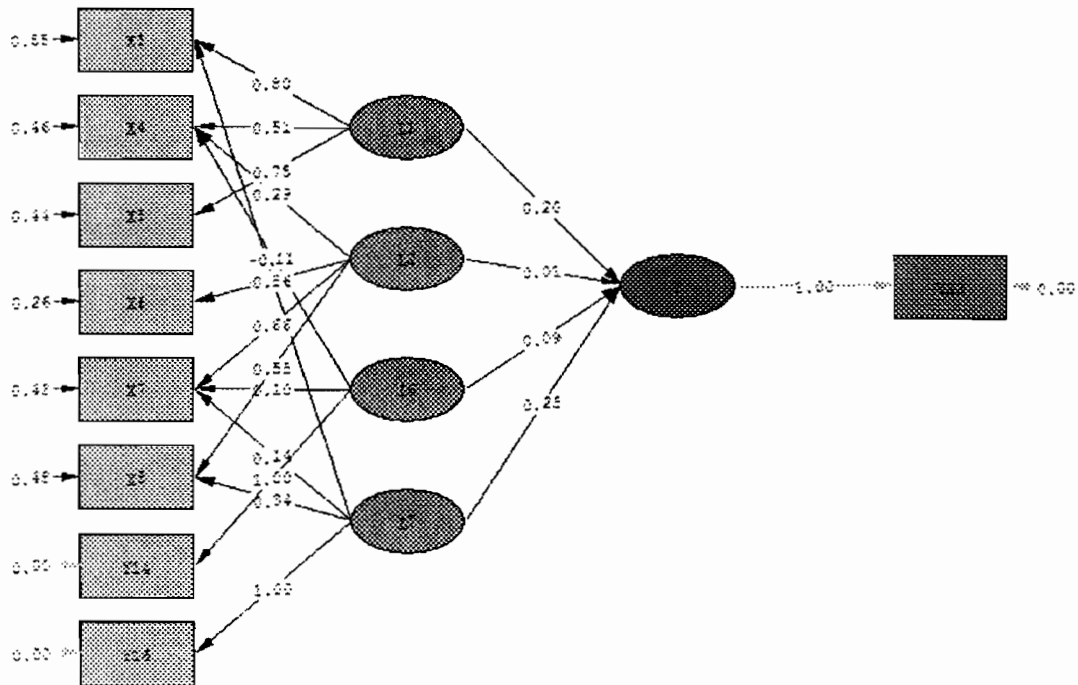
Chi - Square = 167.79 , df = 20, P-value= 0.00000, RMSEA = 0.024

CN = 111.78

แผนภาพที่ 27 เป็นรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ ก่อนปรับปรุงรูปแบบจำลอง

ตารางที่ 23 ค่าสถิติความสอดคล้องของรูปแบบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ก่อนการปรับปรุงแบบจำลอง

สถิติที่ใช้วัดความสอดคล้อง	เกณฑ์	ค่าที่ได้	ผลการพิจารณา
- ค่า χ^2 / df	χ^2 ต่ำ	167.79 (P = 0.000)	ใช้ไม่ได้
- ค่า Goodness of Fit Index (GFI)	ค่า GFI เข้าใกล้ 1	0.93	ใช้ได้
- ค่า Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)	ค่า AGFI > 0.90	0.85	ใช้ไม่ได้
- ค่า Root Mean Square error of Approximation (RMSEA)	ค่า (RMSEA) เข้าใกล้ 0	0.024	ใช้ได้



Chi - Square = 26.33 , df = 14, P-value= 0.024, RMSEA = 0.041

CN= 578.95

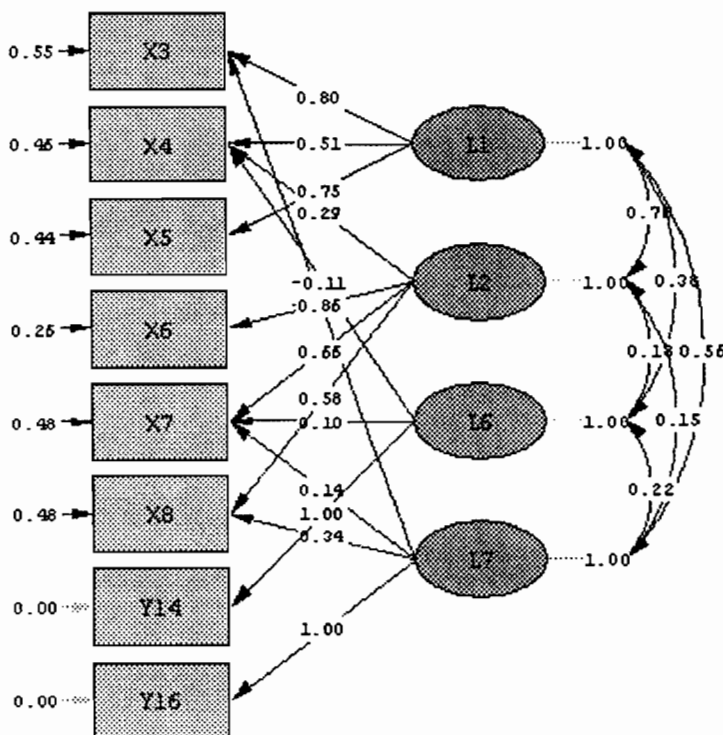
แผนภาพที่ 28 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการ มีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ ภายหลังจากการปรับปรุงแบบจำลอง

ตารางที่ 24 ค่าสถิติความสอดคล้องของรูปแบบกับข้อมูลเชิงประจักษ์หลังการปรับปรุงแบบจำลอง

สถิติที่ใช้วัดความสอดคล้อง	เกณฑ์	ค่าที่ได้	ผลการพิจารณา
- ค่า χ^2 / df	χ^2 ต่ำ	26.33 (P = 0.523)	พอใช้ได้
- ค่า Goodness of Fit Index (GFI)	ค่า GFI เข้าใกล้ 1	0.99	ใช้ได้
- ค่า Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)	ค่า AGFI > 0.90	0.96	ใช้ได้
- ค่า Root Mean Square error of Approximation (RMSEA)	ค่า(RMSEA) เข้าใกล้ 0	0.041	ใช้ได้

จากแบบจำลองข้างต้น สามารถนำแยกพิจารณาออกเป็นแบบจำลองต่างๆ ได้ดังนี้

ก. แบบจำลองการวัดสำหรับตัวแปรภายนอก (X-Model) จากผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรปัจจัยทางด้านปัจเจกบุคคล (L1) มีองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ และตัวแปรปัจจัยทางด้านครอบครัว (L2) ปัจจัยทางการพัฒนาจิตใจ (L6) และปัจจัยทางการพัฒนาด้านร่างกาย (L7) มีองค์ประกอบที่สามารถอธิบายค่าสังเกตได้น้อยกว่า ซึ่งสามารถแสดงผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางได้ดังแผนภาพที่ 29



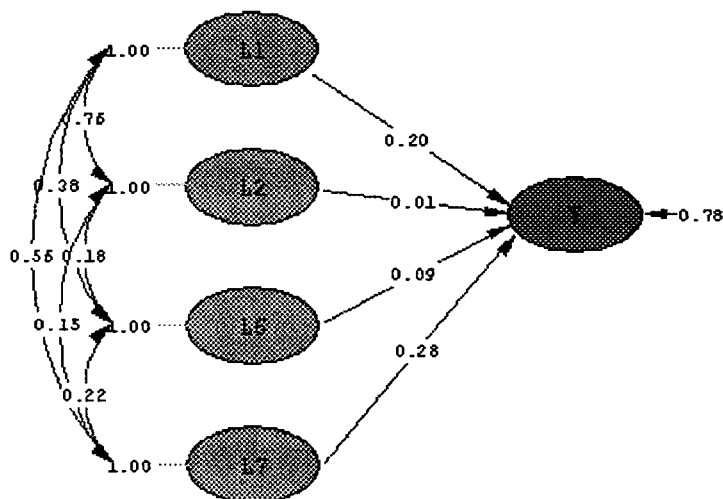
Chi - Square = 26.33 , df = 14, P-value= 0.024, RMSEA = 0.041

CN = 578.95

แผนภาพที่ 29 แสดงค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางที่ได้จากการประมาณค่าของโมเดลการวัดสำหรับตัวแปรภายนอก (X - Model)

ข. แบบจำลองสมการโครงสร้าง (Structural equation model) จากผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรปัจจัยทางการพัฒนาด้านร่างกาย (L7) เป็นตัวแปรที่อิทธิพลต่อตัวแปรการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ สูงที่สุด ในขณะที่ตัวแปรปัจจัยทางด้านครอบครัว (L2) เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อ

การมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุน้อยที่สุด ซึ่งสามารถแสดงผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางได้
ดังแผนภาพที่ 30



Chi – Square = 26.33 , df = 14, P-value= 0.024, RMSEA = 0.041

CN = 578.95

แผนภาพที่ 30 แสดงค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางที่ได้จากการประมาณค่าของโมเดลสมการโครงสร้าง
(Structural equation model)

จากผลการศึกษาทั้งหมด ทำให้ทราบว่า การมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุนั้น ก็คือ การที่ผู้สูงอายุ
จะต้องสามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยไม่เป็นภาระกับบุคคลอื่น โดยตัวแปรแฝงที่มีอิทธิพลต่อการ
มีสุขภาพดีของผู้สูงอายุมากที่สุด ก็คือ ปัจจัยทางด้านการพัฒนาด้านร่างกาย (L7) ซึ่งองค์ประกอบที่
สำคัญของตัวแปรนี้ ก็คือ ภาวะโภชนาการที่ดี

เมื่อพิจารณาค่าสถิติที่ใช้วัดความสอดคล้อง พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์ตามสมมติฐานกับ
ข้อมูลเชิงประจักษ์มีลักษณะที่ไม่สอดคล้องกัน (ก่อนการปรับปรุงแบบจำลอง) แต่เมื่อมีการปรับ
ปรุงแบบจำลองแล้วปรากฏว่า รูปแบบความสัมพันธ์ตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์มี
ลักษณะที่สอดคล้องกัน โดยมีค่าสถิติ Chi – Square 26.33 (P-value = 0.024) ค่า GPI = 0.99 และ
AGPI = 0.96 และค่า RMSEA 0.04

4.3.5 อภิปรายผล

จากการวิจัยรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีผลการวิเคราะห์ข้อมูล ที่นำมาอภิปรายผลดังนี้

1. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ; จากการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis of measurement model) มีดังต่อไปนี้

1.1 ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคลพบว่า ตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าน้ำหนักซึ่งมีผลต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุได้แก่ การได้รับสิทธิเท่าเทียมและมีความเสมอภาคในสังคมซึ่งหมายถึง ผู้สูงอายุได้รับสิทธิที่พึงมีพึงได้ตามกฎหมายและได้รับความเสมอภาคทางสังคมเช่นเดียวกับบุคคลอื่น การได้รับการคุ้มครองไม่ถูกทอดทิ้ง โดยได้รับการคุ้มครองจากครอบครัว จากชุมชนและจากองค์กรของรัฐ หรือโดยกฎหมาย และการได้รับการศึกษาเรียนรู้ข่าวสารที่จำเป็น ซึ่งได้แก่ครอบครัวและชุมชนเปิดโอกาสให้ได้รับรู้ข่าวสารอันเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ การดูแลสุขภาพ ภาวะโภชนาการหรือข้อมูลการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการหรือกฎบัตรสหประชาชาติ (General of admnistraton affair Tokyo(2000) ที่กล่าวถึงการได้รับการคุ้มครองจากครอบครัว ชุมชนและรวมไปถึงระบบของสังคม เช่นเดียวกัน Golden plan , (1999) ของประเทศญี่ปุ่น ที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุเกี่ยวกับระบบสวัสดิการและกิจกรรมที่จัดสำหรับผู้สูงอายุ และเป็นไปตามแนวคิดพื้นฐานการจัดทำแผนผู้สูงอายุระยะยาว (2543) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (2540) และปฏิญญาผู้สูงอายุไทย (2542) ที่ระบุถึงการคุ้มครองผู้สูงอายุ ความเสมอภาคทางสังคม การได้รับโอกาสการศึกษาเรียนรู้ พัฒนาศักยภาพของตนเองที่ต่อเนื่องเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น นอกจากนี้ยังประกอบด้วยเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ ที่มีคุณภาพเป็นการเตรียมตัวจากการสูญเสียตำแหน่งทางสังคม การเตรียมความพร้อมที่จะดำเนินชีวิตที่เป็นสุขในทุก ๆ ด้านและการมีศักดิ์ศรีและพึ่งตนเองได้ อันเป็นบทบาทของคนที่จะดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างสมศักดิ์ศรีการรับรู้ตนเองมีคุณค่าต่อสังคมและพึ่งตนเองได้สอดคล้องแนวคิดการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในสหราชอาณาจักร (1997) ที่กล่าวถึงการให้ความป้องกันความรู้สึกลดลงที่สูญเสียจากการลดบทบาทในภาระหน้าที่ที่เคยปฏิบัติมา ยังสอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของไทย (2543) ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอายุยืน Kazuhiko Taira (2000) ซึ่งได้กล่าวถึงการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตอย่างมีจุดหมายและการพึ่งตนเองได้ จากผลการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบเชิงยืนยันในปัจจัยด้านปัจเจกบุคคลมีองค์ประกอบสำคัญต่อการส่งผลการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุดังที่กล่าวมาสุขภาพเป็นเรื่องของแต่ละบุคคล ดังนั้นการพัฒนาสุขภาพปัจจัยที่มีอิทธิพลจึงเริ่มจากปัจเจกบุคคลเป็นเบื้องต้นด้วยเช่นกัน

1.2 ปัจจัยด้านครอบครัวพบว่า ตัวแปรสังเกตได้มีค่าน้ำหนักประกอบด้วย การได้อยู่กับครอบครัวอย่างมีความสุขซึ่งหมายถึง การได้อยู่อาศัยกับครอบครัวของตนเองหรือได้อยู่อาศัยกับบุตร

หลานหรือญาติ การได้รับความเข้าใจและเอื้ออาทรจากครอบครัวเป็นบทบาทของความเข้าใจและเอื้ออาทรระหว่างกันจากครอบครัว นอกจากนี้การได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัว ซึ่งได้แก่ครอบครัวได้ให้ความอุปการะดูแลทั้งด้านที่อยู่อาศัย อาหาร สุขอนามัย เครื่องนุ่งห่มรวมทั้งรายได้ และการได้รับความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว ได้แก่การได้อยู่ร่วมกันอย่างเป็นสุขครอบครัวให้ความอบอุ่นใจมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ตัวแปรสังเกตได้เหล่านี้สอดคล้องกับความสัมพันธ์ข้อมูลพื้นฐานประชากรกับนโยบาย และโปรแกรมพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุของ Maddox, GL (1982) ที่กล่าวถึงความรับผิดชอบบทบาทของครอบครัว แนวคิดการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ในสหราชอาณาจักร (1997) ที่ระบุถึงต้องส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่กับบ้านของตนเองให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ และสอดคล้องกับแนวคิดของแผนทองและแผนการดูแลสุขภาพและสวัสดิการผู้สูงอายุ (Golden plan and Health and welfare plan chu oh hoki (1999) คือการให้สวัสดิการครอบครัว การช่วยเหลือสถาบันครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ และปัญญาผู้สูงอายุไทย (2542) ได้ชี้ให้เห็นถึงผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัว โดยได้รับความเข้าใจ ความเอื้ออาทรการดูแลเอาใจใส่ การยอมรับบทบาทของกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีในการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขและรวมทั้งแนวคิดพื้นฐานการจัดทำแผนระยะยาว (2543) ได้กล่าวถึงครอบครัวควรให้การเกื้อหนุนต่อผู้สูงอายุ

1.3 ปัจจัยด้านชุมชนพบว่าตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดคือ การได้รับการเกื้อหนุนจากชุมชนได้แก่ชุมชนให้การอุปการะมีนโยบายสาธารณะที่รับผิดชอบหรือตระหนักในความสำคัญเกื้อหนุนเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและค่าน้ำหนักรองลงมา ประกอบด้วยความตระหนักในความสำคัญของผู้สูงอายุได้แก่การให้ความสำคัญต่อนโยบายสาธารณะ มาตรการต่าง ๆ ที่จะนำมาสู่การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุให้บรรลุผลดีและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ภายในชุมชน การให้บทบาทในฐานะผู้มีประสบการณ์และผู้ทรงภูมิปัญญาของชุมชน จะทำให้เกิดความภาคภูมิใจความรูสึกตนเองว่ามีคุณค่าแก่สังคม สอดคล้องกับแนวคิดพื้นฐานการจัดทำแผนผู้สูงอายุระยะยาว (2543) ซึ่งกล่าวถึงกระบวนการสร้างความมั่นคงแก่สังคมผู้สูงอายุได้อย่างหนึ่งคือ การให้ชุมชนช่วยเหลือกล่าวคือการสร้างจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงผู้สูงอายุ ในฐานะบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคม และสมควรส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้นานที่สุด เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้มีคุณภาพชีวิต มีหลักประกันและให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการกิจด้านผู้สูงอายุ โดยตระหนักว่าเป็นการพัฒนาความมั่นคงของสังคมโดยรวมและเป็นภารกิจของชุมชน และยังสอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ รูปแบบการสร้างความสัมพันธ์สังคมอายุยืน โอกินาวา (1999) และปัญญาผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี (2542) ที่กล่าวถึงผู้สูงอายุควรให้มีบทบาทและ

มีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนและสังคม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน และบุคคลทุกวัยจึงชี้ให้เห็นว่าชุมชน ควรได้ตระหนักในความสำคัญและมีนโยบายสาธารณะมีมาตรการที่เกื้อหนุนผู้สูงอายุ

1.4 ปัจจัยด้านการจัดระบบบริการสุขภาพ พบว่าตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากคือ ประสิทธิภาพการจัดระบบบริการสุขภาพ ได้แก่การจัดระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับวัย สร้างความมั่นใจในผลดีสนองความต้องการ และมีคุณประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นต่อผู้สูงอายุ ที่สอดคล้องกับแนวคิดของ Pepper, LG (1976) เห็นว่าการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมควรจัดกิจกรรมที่สนองความต้องการและมีประสิทธิภาพและเข้าร่วมด้วยความสมัครใจและแนวคิดการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในสหราชอาณาจักร ซึ่ง Dee Jons (1997) กล่าวถึงการจัดบริการด้านสุขภาพไว้ว่าเป็นการให้บริการช่วยเหลือที่มีรูปแบบที่ดี เพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรับบริการในทุก ๆ ด้านแก่ผู้สูงอายุ ปัจจัยที่สอดคล้องคือการกำหนดนโยบาย เป้าหมายการพัฒนาที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนโครงสร้างของประชากรเช่นการเพิ่มขึ้นของงบประมาณค่าใช้จ่ายที่ต้องพิถีพิถันเพิ่มขึ้นตามสัดส่วนของผู้สูงอายุโดยได้เสนอให้รัฐบาล เอกชนและอาสาสมัครได้รับผิดชอบให้ความช่วยเหลือและบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าน้ำหนักระดับรองลงมาประกอบด้วย ความพึงพอใจในการรับบริการสุขภาพเป็นความพึงพอใจที่เกิดขึ้นภายหลังการได้รับบริการพัฒนาสุขภาพจากชุมชนแล้ว ส่วนนโยบายและมาตรการการจัดบริการสุขภาพได้แก่นโยบายและมาตรการที่ชุมชนกำหนดขึ้นสอดคล้องกับนโยบายทางการเมือง โดยพิจารณาจากเป้าหมายที่จะดำเนินการจัดบริการสุขภาพในท้องถิ่นได้ และการพัฒนาบุคลากรสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ชุมชนให้ความสำคัญ ด้านการพัฒนาบุคลากร เพื่อการดูแลการจัดระบบบริการสุขภาพ ให้เป็นผลดีมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับปฏิญญาผู้สูงอายุไทย (2542) ที่ให้ความสำคัญกับรัฐ โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน และประชาชน สถาบันสังคมต้องกำหนดนโยบายและแผนหลักด้านผู้สูงอายุส่งเสริมและประสานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินงานอย่างต่อเนื่องให้บรรลุเป้าหมาย พัทธกษัตริศคุ้มครอง สวัสดิการและจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุรวมทั้ง ให้สถาบันสังคมตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุมีความเอื้ออาทรต่อกัน ซึ่งสอดคล้องกับความเชื่อมโยงและพลวัตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2542) ที่กล่าวไว้ในการบริการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นการบริการสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยประชาชนเอง สามารถจัดทำได้ในระดับชุมชน เป็นงานผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพการ ป้องกันโรคการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและความต้องการของชุมชน

1.5 ปัจจัยการพัฒนาทางด้านสังคม พบว่าตัวแปรที่สังเกตได้มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากคือผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมสังคม และต้องการเพื่อนใหม่ ซึ่งได้แก่ผู้สูงอายุมีความกระตือรือร้น

อยากเข้าสังคม อยากเรียนรู้แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในสังคม รวมทั้งความต้องการอยากมีเพื่อนใหม่สอดคล้องกับแนวคิดของ Kazuhiko Taira (2000) และ Tanaka Yoshio (1996) มีความเห็นตรงกันว่า การเข้าร่วมกิจกรรมสังคมเป็นเรื่องของบุคคลที่ต้องการพัฒนาศักยภาพแห่งตน เกี่ยวกับการสร้างความสามัคคี เอื้ออาทรต่อกัน การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมร่วมกับญาติเป็นเครือข่ายทางสังคม เข้าร่วมกิจกรรม อาสาสมัครการมีชีวิตอย่างมนุษย์เป็นผู้มีสังคม ส่วนตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าน้ำหนักรองลงมาคือการเข้าใจผู้อื่นที่อยู่ในสังคมเดียวกัน เป็นความเข้าใจที่ดีต่อกันทั้งบุคคลภายในครอบครัวของตนและในชุมชน ทั้งในด้านวิถีชีวิตและวัฒนธรรม นอกจากนี้ยังประกอบด้วย การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนของผู้สูงอายุ ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ภายในชุมชนได้อย่างดี และผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมอาสาสมัครรวมทั้งการเป็นเครือข่ายทางสังคม สอดคล้องกับแผนทอง และแผนดูแลสุขภาพและแผนสวัสดิการผู้สูงอายุ (Chu oh houki ; 1999) ได้กล่าวถึงการเข้าร่วมกิจกรรมสังคมเป็นการสร้างความเสมอภาคให้เกิดขึ้นทั้งชาย หญิง ในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งก็คือการสร้างความร่วมมือ การช่วยเหลือซึ่งกันและกันที่ก่อให้เกิดความเข้าใจต่อกัน และเป็นแรงจูงใจที่อยากเข้าร่วมกิจกรรมและเป็นเครือข่ายอาสาสมัครสังคม การพัฒนาสุขภาพทางสังคมจึงเกิดจากความต้องการดำเนินในความผูกพันกันภายในครอบครัว การเข้าไปเป็นเครือข่ายช่วยเหลือกันและกัน ในชุมชน และเช่นเดียวกันปัญญาผู้สูงอายุไทย (2542) ได้กล่าวถึงผู้สูงอายุควรมีบทบาทและมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวชุมชนและสังคม โดยเฉพาะการรวมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และความเข้าใจอันดีระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันและกับบุคคลทุกวัย

1.6 ปัจจัยการพัฒนาจิตใจ พบว่าตัวแปรสังเกตได้มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากคือการมีความตั้งใจและสามารถควบคุมตนเองได้ ซึ่งได้แก่เป็นผู้มีสมาธิที่จะปฏิบัติกิจกรรมอย่างหนึ่งอย่างใดให้สำเร็จและสามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ และส่งผลดีต่อการพัฒนาจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (อ้างใน สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. 2536) ที่กล่าวถึงด้านการพัฒนาจิตใจว่า เป็นบุคคลที่มีเป้าหมายในชีวิตเชื่อมั่นในการทำความดีมีความต้องการให้ทุกอย่างดีขึ้น ชื่นชนในศิลปะและความงามรู้สึกชีวิตตนมีคุณค่ากับผู้อื่นและมีจิตสำนึกเพื่อส่วนรวมชื่นชมในความสำเร็จสามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ เช่นเดียวกับตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าน้ำหนักรองลงมาคือการมีงานอดิเรกทำมีกิจกรรมยามว่างได้แก่ การรู้จักใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์มีความวิริยะในงานที่กระทำเพื่อให้เกิดสมาธิเป็นผลดีต่อจิตใจ และตัวแปรสังเกตได้ด้านความเชื่อและความศรัทธาในศาสนา สอดคล้องกับแนวคิดของ Maddox , GL (1982) ที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ข้อมูลพื้นฐานประชากร กับนโยบายและโปรแกรมพัฒนาสุขภาพว่าสภาวะสุขภาพจิต (Mental status) ในผู้สูงอายุก่อให้เกิดความวิตกกังวลแพร่หลาย รัฐควรมีนโยบาย

ส่งเสริมบริการสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จึงต้องควรจัดโปรแกรมแนะนำและบริการสุขภาพจิตในชุมชน ด้วยและเช่นเดียวกับ Okinawa Ken Fokushi Hoken Bu (2000) ได้ระบุการพัฒนาจิตใจว่า ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลต้องการความใกล้ชิดกับบุตรหลาน ครอบครัวญาติต้องการความเคารพ นับถือเป็นบุคคลที่มีคุณค่าและมีกิจกรรมด้านประเพณีวัฒนธรรม กิจกรรมที่ก่อให้เกิดความภูมิใจ และการมีสมาธิและเช่นเดียวกัน Kazuhiko Taira (2000) ได้กล่าวไว้ในการสร้างสังคมอายุยืนในการพัฒนาจิตใจว่า ผู้สูงอายุรู้จักคัดเลือกงานอดิเรกทำที่ตนเองชื่นชอบ เช่นกิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมด้านศิลปะวัฒนธรรม ศาสนาและความเชื่อ เพื่อส่งเสริมพลังทางจิตใจและความเชื่อมั่นในตนเอง

1.7 ปัจจัยการพัฒนาทางด้านร่างกาย พบว่าตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดคือการมีภาวะโภชนาการที่ดีได้แก่ไม่เป็นโรคขาดสารอาหาร รู้จักเลือกสรรอาหารที่มีคุณค่า มีประโยชน์ต่อร่างกาย สอดคล้องกับแนวคิดของ Birren และ Renner (1981) ได้เสนอแนวคิดไว้ว่า สิ่งที่มีอิทธิพลแพร่หลายต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ อีกสิ่งหนึ่งคือ อิทธิพลของปากน้ำเข้าสู่ร่างกาย เช่นการนำแอลกอฮอล์ การลดน้ำหนัก อาหารเสริม วิตามิน โภชนาการและการสูบบุหรี่ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าภาวะโภชนาการดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับอิทธิพลของปากน้ำเข้าสู่สารต่าง ๆ สู่ว่างกาย ซึ่งต้องมีการระมัดระวัง ส่วน Kazuhiko Taira (2000) ได้เสนอแนวคิดไว้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความสุข มีชีวิตที่คุ้มค่าเข้มแข็งและมีอิทธิพลมีปัจจัยที่สัมพันธ์คือ วิถีดำเนินชีวิต (Life style) ที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการ คือรู้จักรับประทานอาหารประเภทเนื้อ ปลา ถั่ว ถั่วเหลือง และพืชผักสีเขียวที่ปลอดสารพิษ และยังระบุให้เห็นว่า การพัฒนาทางด้านร่างกาย ผู้สูงอายุต้องรู้จักพึ่งตนเองรู้จักจังหวะชีวิต การเล่นกีฬาและการใช้แรงงานรวมทั้งการพักผ่อนนอนหลับอีกด้วย ซึ่งในตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าน้ำหนักรองลงมาคือ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ได้แก่เป็นพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี การมีสุขภาพอนามัยในชีวิตประจำวัน การพักผ่อนนอนหลับ การใช้แรงงานประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้องการได้ และการเล่นกีฬาการเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ ซึ่งตัวแปรสังเกตได้เหล่านี้ ก็สอดคล้องกับแนวคิดการมีสุขภาพดีของ Kazuhiko Taira ด้วยเช่นกัน และเช่นเดียวกับผลงานวิจัยของ จินตนา รอดนาคา (2535) ที่ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครพบว่า ผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การนอนหลับ การพักผ่อนหย่อนใจ การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพจิตโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับดี

1.8 ปัจจัยการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ พบว่าตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดได้แก่ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดพื้นฐานการจัดแผนระยะยาวของไทย (2543) ที่ระบุถึงกระบวนการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคมในอันดับแรกคือ ประชากรช่วยตนเอง เป็นเบื้องต้นก่อน และเช่นเดียวกันแนวคิดของ

Kazuhiko Taira (2000) ได้ระบุว่า ปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งก็คือผู้สูงอายุพึ่งตนเองไม่เป็นภาวะแก่บุคคลอื่น ส่วนที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบรองลงมา ได้แก่ การมีสุขภาพฟันดีมีปัญหามากที่สุดผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในที่นี้มีฟันใช้ได้มีเพียงส่วนน้อย ซึ่งได้แก่มีฟันถาวรใช้อย่างน้อย 20 ซี่ ตัวฟันไม่ผุกราม ตัวฟันไม่เหลือน้อย การมีดัชนีมวลรวมของร่างกายปกติ เป็นการประเมินภาวะอ้วนผอม โดยอาศัยน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมและส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง เพื่อหาดัชนีมวลกายปกติ ซึ่งอยู่ระหว่าง 18.5 – 27.9 กก / ม. แต่ส่วนมากเป็นไปตามเกณฑ์นี้ การมีสุขภาพร่างกายที่ดีซึ่งหมายถึงการปราศจากประวัติของโรคต่าง ๆ และสามารถควบคุมได้ 6 โรค ในรอบระยะเวลา 1 ปี ที่ผ่านมาได้แก่โรคหัวใจขาดเลือด โรคมะเร็ง โรคเส้นเลือดในสมองอุดตัน โรคไตเสื่อม โรคเอดส์ และวัณโรค และโรคที่สามารถควบคุมได้ในเกณฑ์ 6 เดือน คือโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และการมีสุขภาพจิตดี ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมครอบครัวร่วมกิจกรรมชุมชนเป็นประจำ ไม่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ รู้สึกตนเองมีคุณค่า และรู้สึกว่าตนเองไม่ถูกทอดทิ้ง ซึ่งสอดคล้องและเป็นไปตามมาตรฐานการมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2545)

2. ความเหมาะสมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ

เมื่อนำองค์ประกอบของตัวแปรแฝงแต่ละตัวมาสร้างแบบจำลอง เพื่อทดสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ แล้วพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ 3 ตัว คือสิทธิและความเสมอภาคทางสังคม (X3) การได้รับการคุ้มครองไม่ถูกทอดทิ้ง (X4) การศึกษาเรียนรู้ข่าวสาร (X5) ปัจจัยด้านครอบครัว (L 2) ประกอบด้วยตัวแปรค่าสังเกตได้ 3 ตัวคือ การได้อยู่อาศัยกับครอบครัว (X 6) ความเข้าใจและความเอื้ออาทร (X7) และครอบครัวเกื้อหนุน (X8) ปัจจัยด้านจิตใจ (L6) ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ 1 ตัวคือความตั้งใจและความสามารถในการควบคุมตนเอง (Y14) และปัจจัยการพัฒนาร่างกาย (L7) ประกอบด้วยตัวแปรแฝงที่สังเกตได้ 1 ตัวคือ การมีภาวะโภชนาการที่ดี (Y16) ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีสุขภาพดีที่สุดคือปัจจัยการพัฒนาร่างกาย โดยมีตัวแปรการมีภาวะโภชนาการที่ดีเป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายตัวแปรการพัฒนาร่างกายได้ดีที่สุด

เมื่อพิจารณาสถิติที่ใช้วัดความ แล้วโมเดลยังไม่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีค่า $\chi^2 - \text{square} = 167.76$ ($P = 0.000$) $GFI = 0.93$, $AGFI = 0.85$ และ $RMSEA = 0.024$ ซึ่งถือว่าแบบจำลองยังไม่สอดคล้องสมมุติฐานระหว่างรูปแบบความสัมพันธ์ตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ จึงต้องมีการปรับปรุงแบบจำลองใหม่ตามคำแนะนำของโปแกรมลิสเรล(ดังแสดงในแผนภาพที่ 31)

3. ความสอดคล้องของรูปแบบความสัมพันธ์ตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์

3.1 ภายหลังจากปรับปรุงแบบจำลอง พบว่าตัวแปรปัจจัยภายนอก (L1) ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล มีองค์ประกอบตัวแปรสังเกตได้ 3 องค์ประกอบที่สามารถอธิบายค่าสังเกตได้คือการได้รับสิทธิเท่าเทียมและความเสมอภาคในสังคม (X3) การได้รับความคุ้มครองไม่ถูกทอดทิ้ง (X4) และการได้รับการศึกษาเรียนรู้ข่าวสาร (X5) และตัวแปรปัจจัยด้านครอบครัว (L2) มีตัวแปรค่าสังเกตได้ 3 ตัวตามสมมติฐานที่ตั้งไว้คือ การได้อยู่อาศัยกับครอบครัว (X6) การได้รับความเข้าใจและเอื้ออาทรจากครอบครัว (X7) และการได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัว (X8)

ซึ่งมีค่าสถิติ ไค - สแควร์ = 26.33 มีค่า P - value 0.024 มีค่าความเชื่อถือได้ โดยมีค่า RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) ซึ่งมีค่า 0.041 ซึ่งมีค่าน้อยกว่าเกณฑ์ .05 แสดงว่ามีความสอดคล้องสนิท (Close fit) ดังนั้นตัวแปรภายนอก คือปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล (L1) และปัจจัยด้านครอบครัว (L2) เป็นปัจจัยที่มีความสอดคล้องของรูปแบบสัมพันธ์ตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์และมีอิทธิพลโดยตรงกับการมีสุขภาพดี

3.2 ภายหลังจากปรับปรุงแบบจำลอง พบว่าตัวแปรปัจจัยแฝงถูกตัดออกจำนวนหนึ่งคงเหลือเฉพาะปัจจัยทางด้านการพัฒนาทางด้านร่างกาย (L7) โดยมีตัวแปรสังเกตได้คือการมีโภชนาการที่ดี (Y16) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของตัวแปรนี้ ที่สามารถอธิบายและส่งผลดีต่อการพัฒนาสุขภาพได้ดีที่สุด

โดยสรุปจากการพิจารณาสถิติที่ใช้วัดความสอดคล้องภายหลังจากการปรับปรุงแบบจำลองแล้วพบว่ารูปแบบความสัมพันธ์ตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์มีลักษณะที่สนับสนุนสมมติฐานได้เฉพาะบางปัจจัยเท่านั้น โดยมีค่าสถิติ ไค - สแควร์ (Chi - Square) 26.33 (P-value = 0.024) GFI = 0.99 , AGFI = 0.96 และค่า RMSEA 0.04 มีความสอดคล้องกับรูปแบบ

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 คุณลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.95 และเพศชาย ร้อยละ 42.05 ซึ่งมีอายุเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ระหว่าง 70 – 74 ปี ร้อยละ 36.34 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 93.99 มีสถานภาพสมรสยังอยู่คู่กันที่สามี – ภรรยามากที่สุด ร้อยละ 52.91 และส่วนใหญ่ มีรายได้ไม่แน่นอน ร้อยละ 39.24

5.1.2 การวัดระดับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยปัจจัยด้านปัจจัยบุคคลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้ให้ความสำคัญที่การดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรีมีความสามารถพึ่งตนเองได้มีค่าเฉลี่ย 4.16 อีกทั้งยังชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องมีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ การได้รับสิทธิเท่าเทียมมีความเสมอภาคกับในสังคม และมีความพึงพอใจมากหากได้รับการคุ้มครองไม่ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง โดยให้ค่าระดับที่อยู่เกณฑ์สูง มีค่าเฉลี่ยสูงถึง 4.55 , 4.30 และ 4.05 ตามลำดับโดยเป็นปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยทั้งหมด 3.69 จึงเป็นปัจจัยที่มีระดับสูง ส่วนปัจจัยด้านครอบครัวที่ให้ค่าระดับในเกณฑ์สูงเห็นว่าผู้สูงอายุควรได้รับความเข้าใจและเอื้ออาทรจากครอบครัว อีกทั้งได้รับความสัมพันธ์ที่ดีจากครอบครัวด้วยเช่นกัน ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 3.87 และ 3.77 ตามลำดับโดยเป็นปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยทั้งหมด 3.70 จึงเป็นปัจจัยที่มีระดับสูง ปัจจัยด้านชุมชนผู้สูงอายุให้ค่าระดับเกณฑ์สูงและให้ความสำคัญสูงสุดไปที่การมีโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน มีค่าเฉลี่ย 3.71 เป็นปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยทั้งหมด 3.60 จึงเป็นปัจจัยที่มีระดับสูง ปัจจัยทางด้านการจัดระบบบริการสุขภาพให้ค่าระดับเกณฑ์สูงคือผู้สูงอายุ ควรได้รับการเกื้อหนุนจากชุมชน มีความพึงพอใจในการจัดบริการสุขภาพและประสิทธิภาพในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ย 3.99 , 3.90 และ 3.89 ตามลำดับโดยเป็นปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยทั้งหมด 3.84 จึงเป็นปัจจัยที่มีระดับสูง ปัจจัยการพัฒนาด้านสังคมผู้สูงอายุ ให้ค่าระดับเกณฑ์สูงคือการเข้าร่วมสังคมและความต้องการเพื่อนใหม่ และการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนเป็นสิ่งจำเป็นมีค่าเฉลี่ย 4.27 และ 4.15 ตามลำดับโดยเป็นปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยทั้งหมด 3.91 จึงเป็นปัจจัยที่มีระดับสูง ปัจจัยการพัฒนาด้านจิตใจให้ค่าระดับเกณฑ์สูงคือผู้สูงอายุควรมีความเชื่อและศรัทธาในศาสนามีความตั้งใจ และสามารถควบคุมตนเองได้มีค่าเฉลี่ย 4.30 และ 4.10 ตามลำดับโดยเป็นปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยทั้งหมด 3.99 จึงเป็นปัจจัยที่มีระดับสูง ปัจจัยการพัฒนาด้านร่างกายคือการเล่นกีฬา การออกกำลังกาย และการเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ มีค่าเฉลี่ย 4.11 และยังให้ความสำคัญไปที่ผู้สูงอายุควรมีภาวะ

โภชนาการที่ดี การพักผ่อนนอนหลับ มีค่าเฉลี่ยสูง 4.10 และ 3.66 ตามลำดับโดยเป็นปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยทั้งหมด 3.75 จึงเป็นปัจจัยที่มีระดับสูง และปัจจัยการมีสุขภาพดี ให้ค่าระดับเกณฑ์สูงในด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มองว่าคนมีสุขภาพจิตดี มีค่าเฉลี่ย 3.97 และส่วนใหญ่มองว่าปัญหาสุขภาพฟันมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 2.63 ส่วนด้านสุขภาพร่างกาย การช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ และการมีดัชนีมวลรวมของร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.30, 3.16 และ 3.16 ตามลำดับ เป็นปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยทั้งหมด 3.24 จึงเป็นปัจจัยที่มีระดับปานกลาง

5.1.3 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory) Factor Analysis of Measurement Model) องค์ประกอบปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล พบว่า ตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากได้แก่ การได้รับสิทธิเท่าเทียมและมีความเสมอภาคในสังคม (X_3) การได้รับการคุ้มครองไม่ถูกทอดทิ้ง (X_4) การได้รับการศึกษาเรียนรู้ข่าวสารเป็นสิ่งจำเป็น (X_5) มีความสัมพันธ์กับตัวแปรด้านปัจเจกบุคคลมีน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) เท่ากับ .716, .694 และ .673 ตามลำดับปัจจัยด้านครอบครัว ตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากและมีความสัมพันธ์กับตัวแปรปัจจัยได้แก่ การอาศัยอยู่กับครอบครัวอย่างมีความสุข (X_6) การได้รับความเอื้ออาทรจากครอบครัว (X_7) การได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัว (X_8) มีค่าน้ำหนักเท่ากับ .787, .744 และ .695 ตามลำดับปัจจัยด้านชุมชน ตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากและมีความสัมพันธ์กับตัวแปรปัจจัยได้แก่ การได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัว (Y_3) มีค่าน้ำหนักเท่ากับ 0.81 ปัจจัยด้านการจัดระบบบริการสุขภาพตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากและมีความสัมพันธ์กับตัวแปรปัจจัยได้แก่ ประสิทธิภาพการจัดระบบบริการสุขภาพ (Y_6) มีค่าน้ำหนัก 0.81 ปัจจัยการพัฒนาด้านสังคม ตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากและมีความสัมพันธ์กับตัวแปรได้แก่ การเข้าร่วมสังคม และต้องการเพื่อนใหม่ (Y_{11}) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.74 ปัจจัยการพัฒนาด้านจิตใจ ตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากและมีความสัมพันธ์กับตัวแปรปัจจัยได้แก่ความตั้งใจและความสามารถควบคุมตนเองได้ (Y_{14}) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.99 ปัจจัยการพัฒนาด้านร่างกายตัวแปรสังเกตได้ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากมีความสัมพันธ์กับตัวแปรปัจจัยได้แก่ การมีภาวะโภชนาการที่ดี (Y_{16}) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.96 และปัจจัยการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ ตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากมีความสัมพันธ์กับตัวแปรปัจจัย (Y_{21}) ได้แก่การช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.96

5.1.4 ผลการวิเคราะห์ความกลมกลืนของรูปแบบและผลลัพธ์ที่กระทบเชิงเหตุผลภายในตัวแปร ปัจจัยการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ คือการที่ผู้สูงอายุมีความสามารถช่วยเหลือตนเอง ไม่เป็นภาระกับบุคคลอื่น โดยตัวแปรสังเกตได้ที่มีอิทธิพลต่อการมีสุขภาพดีที่สุด คือการมีภาวะ

โภชนาการที่ดี ดังนั้นถ้าต้องการให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ควรจะให้ความสำคัญกับเรื่องโภชนาการเป็นอันดับแรก และรองลงมาจะเป็นเรื่องความพยายามทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณเองไม่เป็นภาระต่อสังคมหรือเป็นภาระต่อลูกหลาน และจากการพิจารณาค่าสถิติที่ใช้วัดความสอดคล้องพบว่ารูปแบบความสัมพันธ์ตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์มีลักษณะที่ไม่สอดคล้องกัน (ก่อนการปรับปรุงแบบจำลอง) แต่เมื่อมีการปรับปรุงแบบจำลอง แล้วปรากฏว่ารูปแบบความสัมพันธ์ตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีลักษณะที่สอดคล้องกัน ซึ่งดูจากสถิติ Chi – Square 26.33 (P- value = 0.523) ค่า GFI = 0.99 และ ค่า AGFI = 0.96 ค่า RMSEA 0.041 มีระดับความน่าเชื่อถือพอยอมรับได้และตัวแปรภายนอกที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีผลต่อการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ

5.2 ข้อเสนอแนะ (Recommendation)

5.2.1 ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปประยุกต์ใช้ (Recommendation for Application)

(1) ผลการศึกษารูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ในเขตชุมชนเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สามารถที่จะนำไปประกอบการพิจารณาปรับปรุงการจัดโปรแกรมพัฒนาสุขภาพด้านร่างกาย ให้มีจุดเน้นที่การส่งเสริมด้านกำหนดนโยบายและมาตรการ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ โดยพิจารณาจากการส่งเสริมภาวะโภชนาการที่ดีเป็นอันดับแรก

(2) ผลการศึกษานำไปใช้ในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ให้มีสุขภาพที่ดีได้ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยในระดับนโยบายหรือมาตรการให้ความสำคัญที่การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเอง โดยไม่เป็นภาระต่อสังคม หรือบุตรหลาน และส่งเสริมให้มีการเตรียมตัวที่ดีเพื่อให้เข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ

(3) องค์ความรู้ใหม่ที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ และสามารถนำไปใช้ประกอบการศึกษาได้เกี่ยวกับปัจจัยการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุได้แก่การที่ผู้สูงอายุมีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพโดยไม่เป็นภาระกับบุคคลอื่นและการจะพัฒนาสุขภาพที่ดีแก่ผู้สูงอายุ สิ่งที่เป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะต้องพิจารณาเป็นเบื้องต้นคือการมีภาวะโภชนาการที่ถูกหลักสุขอนามัยที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุนั่นเอง

5.2.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป (Recommendation for future research)

(1) การจัดกิจกรรมให้ปฏิบัติสำหรับกลุ่มตัวอย่าง ไม่สามารถควบคุมได้ เพราะการพัฒนาสุขภาพเป็นเรื่องส่วนบุคคลที่จะต้องให้ความสำคัญเป็นเบื้องต้นก่อน การวิจัยครั้งนี้เป็นเพียงการทำความเข้าใจ การให้คำมั่นสัญญา (Commitment) ของผู้สูงอายุที่จะปฏิบัติต่อตนเองด้านสุขภาพ ต่อครอบครัว และต่อสังคม โดยมีจุดเน้นการควบคุมตนเองให้ได้เป็นหลักเท่านั้น

บรรณานุกรม

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2545) แนวทางการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ
พิมพ์ที่ชุมนุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด กรุงเทพมหานคร.
- กองสวัสดิการสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ (2542) ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย กระทรวงแรงงาน
และสวัสดิการสังคม กรุงเทพมหานคร.
- กระทรวงสาธารณสุข (2542) ; การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540 - 2541 สำนักนโยบายและ
กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กาญจนา แก้วเทพ (2535) การพัฒนาทางเลือกใหม่ในวิถีใหม่แห่งการพัฒนา ; วิธีการวิทยา
ศึกษาสังคมไทย.โครงการตำราลำดับที่ 43. คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พิมพ์ที่โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คณะทำงานพิจารณานโยบายและมาตรการหลักเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ (2535) ; สาระสำคัญของ
นโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ.2535-2554).
- คณะทำงาน แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ฉบับที่ 2 และคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงาน
ผู้สูงอายุแห่งชาติ (2543) ร่างแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564)
กรุงเทพมหานคร สำนักนายกรัฐมนตรี.
- จินตนา รอดน้ำพา (2535) การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์
ปริญญาครุศาสตร์ มหาบัณฑิต ภาควิชาพลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- ณัฐกร อ่วมบำรุง (2534) ; การรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์
คนชราบ้านบางแค , วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต,วิชาเอกสุขภาพศึกษา,
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ดวงพร รัตนอมรชัย (2535); ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการรับรู้ภาวะสุขภาพและการ
รับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอ่างทอง.วิทยานิพนธ์ คณะสา
ธารณสุขศาสตร์,มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทองอยู่ แก้วไทรฮะและคณะ (2527) ,ผู้สูงอายุไทย รายงานการวิจัย ; กรมการศึกษานอกโรงเรียน
กระทรวงศึกษาธิการ.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย (2538) ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น (LISREL) ; สถิติวิเคราะห์สำหรับการ
วิจัยทางสังคมและพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นลินี ณ นคร (2543) เครื่องมือการวิจัยในเอกสารชุดฝึกอบรมการเรียนรู้การทำวิจัยด้วยตนเอง หน้า 142 – 188 นนทบุรี ; โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมิกราช.
- นภาพร ชัยวรรณ , มาลินี วงษ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย (2532) ; สรุปผลการวิจัย โครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคมและประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. เอกสารสถาบันหมายเลข 165 / 32 สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- นิตา ชูโต (2524) ; คนชราไทย สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร
- บรรลุ ศิริพานิช (2531) ; รายงานการวิจัยการดำเนินชีวิตผู้สูงอายุไทยที่อายุยืน. กรุงเทพฯ. กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.
- บรรลุ ศิริพานิช,ฉลาด ติรพัฒน์, มรกต สิงหะคะเชนทร์ พนิษฐา พานิชชีวะกุลและเพ็ญจันทร์ ประดับมุข (2539) ชมรมผู้สูงอายุ ; การศึกษารูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม รายงานวิจัย ในนามสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี สนับสนุนทุนจาก กระทรวงสาธารณสุขและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- เบญจา จิรภัทรพิมล (2539) " ผู้สูงอายุและสภาพชีวิตความเป็นอยู่ในญี่ปุ่น" ญี่ปุ่นศึกษา. ฉบับที่ 1 2539 สถาบันเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ศึกษา,มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ปรีชา เปี่ยมพงศ์สานต์ (2535) ประชาธิปไตยและความยุติธรรมทางสังคม ในวิถีใหม่แห่งการพัฒนา ; วิธีการวิทยาศาสตร์ทางสังคม. โครงการตำรา ลำดับที่ 43 คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. พิมพ์ที่โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประจัญ กิ่งมิ่งแฮ (2541) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลอุดรธานี วิทยานิพนธ์ปริญญา ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต คณะมนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปราโมทย์ วัจระอาด (2530) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์.วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาประชากรศึกษามหาบัณฑิตวิทยาลัย,มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ (2523) รายงานการวิจัยเรื่อง " ความทันสมัย ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบางประการของคนชรา.กรุงเทพมหานคร,สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

- พีสิทธิ์ คำนวนตศิลป์,ศุภวัฒน์นกร วงศ์ธนวิสุ จอห์น ไบรอัน และคณะ (2541) การประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข ; สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- วาทีณี บุญชะลิกษี และยุพิน วรสิริอมร (2538) " การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย" บทความ จุดเปลี่ยนนโยบายประชากรประเทศไทย, กุศล สุนทรธาดา บรรณาธิการสถาบันวิจัยประชาสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิฑูร แสงสิงแก้ว (2536) นโยบายและแผนปฏิบัติการระยะยาวของโครงการผู้สูงอายุในประเทศไทย. รายงานการสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 3 เรื่องการประสานแผนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ (26 - 27 เมษายน 2536).
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2536) ; แนวโน้มการสาธารณสุขและสุขภาพคนไทยในอนาคต. เอกสารประกอบคำบรรยายในการประชุมสัมมนาวิทยาศาสตร์และเวชศาสตร์การกีฬา, กรมพลศึกษา.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2541) ; เอกสารการสัมมนาเรื่องแนวทางการร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2545) สังคมวิทยาสุขภาพ ; มิติทางสังคมและวัฒนธรรม, คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พิมพ์ที่ซีร็อกซ์พิมานคอนโด, ขอนแก่น.
- สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2540) ทฤษฎีและกลยุทธ์การพัฒนาทางสังคม สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ , (2538) การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2533 - 2563 กองวางแผนพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2543) สำมะโนประชากรและเคหะ 2543 กรุงเทพฯ ฯ สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (2544) ; ผู้ใหญ่ใจงาม ร่มเย็นยามสูงวัย สูงอายุ สูงค่า สูงประสบการณ์ในโครงการติดตามผลการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยแกนนำผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงศึกษาธิการ (2541) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 โรงพิมพ์ศาสนา, กรุงเทพมหานคร.

- สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุขและกองการสาธารณสุขต่างประเทศ (2542) กระทรวงสาธารณสุข, โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ กรุงเทพฯ.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2543) สถานะของประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินการต่าง ๆ ของประเทศ กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุลี ทองวิเชียรและพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2532) " การดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชนเขต กรุงเทพมหานคร".กรุงเทพมหานคร คณะสาธารณสุขศาสตร์,มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไสว พรหมณี (2538) ; นโยบายรัฐบาลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ; เอกสารประกอบการบรรยายพิเศษ การสัมมนาโครงการศึกษาวิจัยครบวงจรการวิจัยผู้สูงอายุในประเทศไทย,กองการศึกษา, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไสภิดา เมธาวิ (2535) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ อำเภอทพล จังหวัดขอนแก่น.วิทยานิพนธ์ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- อาภา ใจงาม (2536) มโนคติในพยาบาลผู้สูงอายุ กรุงเทพฯ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัมพรพรรณ ธีรานบุตรและคณะ (2539) การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐานบางประการ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Adler,N.E.,Boyce,W.T.,Chesney,M.A.<Cohen,S.,Folkman,S,Kahn,R.L & Syme,S,L. (1994) . Socioeconomic of the gradient.American.
- Atchley , robert RC. (1985) . social forces and Aging; An introduction to social gerontology.4 th ed.Belmont,California,Wadsworth.
- Atchley, R.c (1989). A continuity theory of normal aging. The Gerontologistl vol 29. P.183-190gerontology. 4 th,ed, Belmont ,California , Wadsworth.
- Barrow Geogia,M.Smith Patricia A,(1979) . Aging Ageism and society.St,Patricia Union.West Publishing Company.
- Best J.W. (1997) . Rsearch in Education 3rd ed . Engle woow cite . W.J. Pentice Hall.
- Birren, JE , and VJ. Renner (1981) . Concept and Critiria of Mental health and Aging". America Journal of orthopsychiaty. (No.15).

- Bollen, K.A. (1989). *Structural Equation with latent Variables*. New York: A Wiley – Interscience Publication.
- Browne, M.W & Cudeck, R. (1993). "Alternative Ways of Assessing Model Fit" in *Testing structural Equation Models*, Edited by Bollen, K. A & Long, J.S. p 136 – 162.
- Chu oh hou ki (1999). *Sha kai fukushi dou kou*; Editor by Takashi Chu oh houki or the Psychiatry Shuppan Kabu shiki gai sha. Japan.
- Colbert Rhodes (1988). *An introduction to Gerontology*. (Aging in America Society), By Charles C. Thomas Publisher, Printed in United States of America.
- Covey, Herbert E. (1981). "A Reconceptualization of continuity theory :some preliminary thoughts " *the gerontologist*.t.v.21.
- Cunning, Glenda Davis (1989). *Health Promotion Self – care Behavior in the Community older Adult*. Health Science University.
- Danigelis, N.L. & Mettosh, B.R. (1993). "Resources and the productive activity of elders; Race and gender as contexts." *Journal of Gerontology: social sciences*, 48, 5192-5203.
- Dee Jones (1997). *oxford textbook of Public health*; Volume 3, Edited by Roger Detels, and others Oxford University press. United of Kingdom.
- Decker David, L. (1980). *Social Gerontology*. Canada; Little Brown & Company.
- Dagg Pals dattir (1987). *Aging the Universal Human Experience*. Editor by George Freign Press Center Japan.
- Foreign press center (2000). *A pocket guide 2000 Japan*. Published by the foreign press center Japan. (Yoshio Hatano, President.
- Fry, (P.S.) (1992). "Major social theories of aging and thir implications for counseling concepts and practice : A critical review." *The counseling psychologist*, 20(2) pp. 246-329.
- General Administration affair (2000). *Kou reisha chakai hakkusho*. Prime Minister office Tokyo Japan.
- HaKu Hodo SeiKatsu Soko Ken Kyu Cho (1996). *Silver Junen KenKa*". Printed in Japan.

- Havighurst, R.J., Neugartion, B.L. & Tobin, S.S. (1968) . Disengagement and patterns of aging. Chicago, IL: University of Chicago Press. (pp.161-172).
- International Encyclopedia of sociology (1995) . Editor by Frank n. Magill . Vol.2
Pitted by Broun. Broomfield, inc. USA.
- Japan Aging Research Center. (1994) . Aging in Japan. Tokyo Japan.(JARC)
- Joreskog, Karl G. & Sorbom, Dag. (1993) . Lisrell 8 : structural Equation Modeling with the simplis command Language Chicago Scientific Setware international ,Inc.
_____ (1999) "Lisrel 8.30" (online) Available telnet :
ssicentral . com/ Lisrel.
- Kahana, E Liang J & Felton, B. (1980) . Alternative model of person - environment fit :
Predictions of morale in three home for the aged. Journal of Gerontology Vol.35
P.584-595.
- Kahana, E . Kahana, B&Riley ,K. (1984) . Person, environment transactions recant to
control and helplessness in institutional settings In (ed.) Psychological
perspectives of helplessness and control in the elderly. Amsterdam, North
Holland, P.121 - 155.
- Katsuhiko Tiara (2000) . Aging and culture Health, Food and Agriculture in Okinawa
Prefecture, Japan.
- Knapp, M.R. (1977) . The activity theory of aging: An examination in the English
Context. The Gerontologist Vol 6P 553-559.
- Krause, N. Herzog, A.R. & Baker, E. (1992). Providing support to others and well - being in
later life Journal of Gerontology : Psychological sciences.47 (300 - P311).
- Lemon , BL, Benston, vl. And Peterson, J.A. (1972) . An exploration of activity of Aging
: Activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement Community" journal
of gerontology no 27 p.511-583.
- Longino, C.F. & Kart, C.S. (1982) . Explication. Journal of Gerontology, Vol.17
(6), pp.713-722.
- Lwanga, S.K., Lemeshow, S. (1991) . Sample Size determination in Health studies : A
practcal. WHO, Geneva.

- Maddox, G.L. (1987) . Aging differently . the Gerontologist Vol. 27 (P557).
- Mirowsky,John & Ross,Catherine E.(1998) . Education,Personal Control,Lifestyle,and Health : A Human Capital Hypothesis,Research on Aging.Volzo Dept Sociology,300 Bricker Hall 190 North Oval Mall, Columbus.Ohio,U.S.A.(pp 415-449).
- McClelland, K.A (1982) .self-conception and life satisfaction: integrating Aged subculture and Acclivity theory.Journal of Gerontology.
- Neugarten , B.K.Havighurst.R.J.and Tobin ,S.S (1968).ersonality and Patterns of Aging; in Middle Age and Aging, Chicago. University of Chicago press.(p.173-177.)
- Newton,Kathleen and Halen C. Anderson (1996) . Geriatric Nursing.Saint Louis,the C.V. Mosby Company.
- Okinawa Ken Fukushi Hoken Bu (1999) . Choju Shakai Taisaku.'Hand book Okinawa prefecture,Japan.
- Okinawa Ken Fukushi Hoken Bu (2000) . Choju Shakai Taisaku 'Hand book Okinawa prefecture Japan.
- Pepper,L.G.(1976) . Patterns of leisure and Adjustment to retirement .journal of gerontology.USA.
- Reitzes,D.C.,Mutran,E.J, & Verrill,L.A. (1995) . Activies and self - esteem.Research on Aging.17,P 260 - 277.
- Ross,CE. & WU,C. (1995) . The Links between education and Health American Sociological Review.bo, P 719 - 745.
- Rosow I. (1981) . Docs: Orthopsychiatry and para. American Journal of Orthopsychiatry. (Vol, 55).
- Rowe, R.H. & Kahn, R.C(1987) . Human Aging : usual and successful . Science. P 143-149.
- Shepherd, H .(1970) . where have all the Robert gone? Worker dissatisfaction in the 1970,NewYork Free Press Macmillan , USA.
- T. Daniel Griffith and Paul J. Mechan (1990) . Biology of Aging" Aging the universal human Experience,springer publishing company,New York.(p. 45-55).

- Tabachnick , B.G & Fidill , L.S. (1996) . Usirg Multirariates statistics 3rd ed. New York. Haper Collins College Publishers.
- Tarek shuman (1987) . Aging the universal human experience : George L. Maddox E.W. Busse Editors, springer publish company,New York.
- Tanaka Yoshio (1996) . Physical Fitness and sports Hoken Center " Okayama Hoken Center Okayama Prefecture Japan.
- The American College of Sports Medicine (1971) . Encyclopedia of sport Sciences and Medicine. Printed in the United states of America.
- Thema ,H & Maddox ,G,L.(1982) .New perspectives on old Age A message to decision makers springier publishing company.NewYork.
- Tokyo Metropolitan institute of Gerontology (1994) : " Annual report 1994 Tokyo Japan.
- Turner and Helm (1983):Life Span Development,NewYork, CBS College publishing.
- United Nations World Assembly on Aging (1982) . Introductions Document ; Demographic Considerations,Vienna plan.
- United Nations Population Fund (1991) . The state of world population.NewYork.
- Unnitul Nations (1990) . World Population Prospects. NewYork NY : United Nations.
- United Nations (1996) . The sex and Age Distribution of the world population : NewYork
- United Nations (1983) . Vienna International plan of action on aging NewYork NY: United Nations.
- United nations. (1991) . Aging and urbanization Proceedings of the United Nations international conference on aging population in the context of Urbanization New York NY: United Nations.
- Vander ,A.J. Sherman, J.& . Luciano.D. (1985) . Homeostatic mechanism .Human Physiology ; the mechanisms of body function.NewYork : Mcgraw Hill. (p.147-171).
- Youmans (1967) . Health Oreintations of Older Rural and Urban. Geriatric,USA.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก. ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย

ภาคผนวก ข. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ภาคผนวก ค. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมลิสรเอล

ภาคผนวก ง. ภาพกิจกรรมขณะดำเนินการวิจัย

ภาคผนวกที่ ก.
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามโดยวิธีการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์
(โครงการวิจัยระยะที่ 1)
2. แบบสอบถามโดยวิธีการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์
(โครงการวิจัยระยะที่ 2)
3. แบบสอบถามเพื่อการวิจัย (โครงการวิจัยระยะที่ 3)

เครื่องมือวิจัยชุดที่ 1
แบบการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์
โครงการวิจัยระยะที่ 1 (Phase 1)
เรื่อง การศึกษารูปแบบการพัฒนาสุขภาพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เขตพื้นที่การศึกษา เขตการศึกษา 9 จังหวัดหนองคาย
 เขตการศึกษา 10 จังหวัดอุบลราชธานี
 เขตการศึกษา 11 จังหวัดนครพนม
2. ชื่อชุมชน
3. จำนวนสมาชิกกลุ่มสนทนา มีจำนวน คน
4. วันที่สัมภาษณ์ วันที่ เดือน พ.ศ. 2546
5. ผู้สัมภาษณ์

ขั้นตอนการแนะนำ

1. แนะนำกับผู้ดำเนินการสนทนาและทีมงาน
2. ด้านปัจจัยใดที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ
3. ลำดับความสำคัญแต่ละปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ

จบสัมภาษณ์

ผู้สัมภาษณ์ กล่าวขอบคุณและอำลาผู้ให้สัมภาษณ์ พร้อมทั้งส่งเกต
และบันทึกผลต่อไปนี้

1. ความร่วมมือในการให้สัมภาษณ์
2. มีปัญหาในการสัมภาษณ์หรือไม่เพียงใด

เครื่องมือวิจัยชุดที่ 2
แบบการสนทนาและการสัมภาษณ์
โครงการวิจัย ระยะที่ 2 เรื่อง การพัฒนารูปแบบ

ส่วนที่ 1

1. ชุมชนกลุ่มตัวอย่างที่ทำการทดลอง
 - ชื่อชุมชน : ชุมชนหนองเตาเหล็ก ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี
 - จำนวนกลุ่มตัวอย่าง : ผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน

- ส่วนที่ 2 วันสัมภาษณ์**
- ก่อนการทดลอง วันที่ 10 - 11 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2545
- ระหว่างการทดลอง วันที่ 10 - 11 เดือนกันยายน พ.ศ. 2545
- หลังการทดลอง วันที่ 9 - 10 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2545

ส่วนที่ 3 กรอบคำถาม

- 1) สภาพทั่วไปเกี่ยวกับนโยบายส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพของชุมชนแก่ผู้สูงอายุ การสนับสนุนจากครอบครัวและความสนใจการพัฒนาสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
- 2) ความพึงพอใจและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมของผู้สูงอายุ ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมมาระยะหนึ่ง
- 3) การประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมเมื่อครบกำหนดเวลา 4 เดือนของผู้สูงอายุ

ผู้สัมภาษณ์

กล่าวขอบคุณและอำลาผู้สูงอายุ

บันทึกการสนทนา/สัมภาษณ์ บันทึกปัญหา

หมายเหตุ

- 1) กรอบคำถามหรือการสัมภาษณ์ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ทั้งระดับบุคคลและ ระดับกลุ่ม ที่ใช้เป็นกรอบคำถามทั้งก่อนทดลอง ระหว่างการทดลองและหลังการทดลอง ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างและประชากรกลุ่มเป้าหมายคือประธานชุมชน คณะกรรมการชุมชนและตัวแทนสมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุ
- 2) กรอบคำถามนี้ได้รับการพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องจากอาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว

เครื่องมือวิจัยชุดที่ 3
แบบสอบถามนี้โดยใช้วิธีสัมภาษณ์หรือใช้แบบสอบถาม
โครงการวิจัยระยะที่ 3
เรื่อง การประเมินรูปแบบการพัฒนาสุขภาพ

1. พื้นที่ที่ประเมินรูปแบบ

- เขตการศึกษา 9 จังหวัดขอนแก่นและจังหวัดสกลนคร
- เขตการศึกษา 10 จังหวัดกาฬสินธุ์และจังหวัดมหาสารคาม
- เขตการศึกษา 11 จังหวัดศรีสะเกษและจังหวัดชัยภูมิ

2. ชื่อชุมชน

อำเภอ.....

จังหวัด.....

3. จำนวนสมาชิกกลุ่มสนทนา มีจำนวน คน

4. วันที่สัมภาษณ์ วันที่ เดือน พ.ศ. 2546

5. ผู้สัมภาษณ์

6. ขั้นตอนการแนะนำ

1. แนะนำผู้ดำเนินสนทนาและผู้ช่วย
2. อธิบายวัตถุประสงค์ให้เกิดการเรียนรู้ ความพึงพอใจและเป็นสุขที่จะร่วมสนทนา
3. จัดบันทึกหรือใช้เทปบันทึกคำสนทนา

คำชี้แจง ; แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการประเมินรูปแบบการพัฒนาสุขภาพ
 ผู้สูงอายุที่ภายหลังการลงมือปฏิบัติจริงตามรูปแบบที่กำหนดจึงขอให้พิจารณาว่าข้อใดส่งเสริมให้
 ท่านเกิดการพัฒนาสุขภาพที่ดีได้มากน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย / ลงใน ที่ตรงกับความ
 คิดเห็นของท่านตามเกณฑ์ต่อไปนี้

5	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
4	หมายถึง	เห็นด้วย
3	หมายถึง	ไม่แน่ใจ
2	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย
1	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ ปี
3. การศึกษาสูงสุด

<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา
<input type="checkbox"/> อาชีวศึกษา	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี
4. สถานภาพครอบครัวและการอยู่อาศัย

<input type="checkbox"/> อยู่กับคู่สามี - ภรรยา
<input type="checkbox"/> อยู่ตามลำพัง
<input type="checkbox"/> อยู่กับลูก - หลาน หรือญาติ
<input type="checkbox"/> อาศัยอยู่กับบ้านพักคนชราในชุมชน
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ
5. แหล่งที่มาของรายได้

<input type="checkbox"/> มีรายได้ไม่แน่นอน	<input type="checkbox"/> ได้จากบุตรหลาน
<input type="checkbox"/> เบี้ยบำนาญ	<input type="checkbox"/> กองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุ
<input type="checkbox"/> ค้าขาย	<input type="checkbox"/> เงินสะสมเก็บออม
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ	

ส่วน 2 ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนารูปแบบ
การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ

สำหรับผู้วิจัย

1. ความคิดเห็นด้านปัจจัยบุคคล

- | | |
|--|---|
| <p>(1) ท่านเป็นผู้ที่มีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ</p> <p><input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง</p> | <p>PRE <input type="checkbox"/> X 1</p> |
| <p>(2) ท่านมีความมั่นใจในการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ</p> <p><input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง</p> | <p>PRE <input type="checkbox"/> X 2</p> |
| <p>(3) การเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพมีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ</p> <p><input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง</p> | <p>PRE <input type="checkbox"/> X 3</p> |
| <p>(4) ท่านสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรีและสามารถพึ่งตนเองได้</p> <p><input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง</p> | <p>SEL <input type="checkbox"/> X 4</p> |
| <p>(5) ผู้สูงอายุควรดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีและสามารถพึ่งตนเองได้</p> <p><input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง</p> | <p>SEL <input type="checkbox"/> X 5</p> |
| <p>(6) ท่านคิดว่าได้รับสิทธิเท่าเทียมและมีความเสมอภาคในสังคม</p> <p><input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง</p> | <p>RIG <input type="checkbox"/> X 6</p> |
| <p>(7) การได้รับสิทธิเท่าเทียมและมีความเสมอภาคกันในสังคมมีความสำคัญ</p> <p><input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง</p> | <p>RIG <input type="checkbox"/> X 7</p> |
| <p>(8) การได้รับสิทธิเท่าเทียมกันและมีความเสมอภาคกันในสังคมจะมีความพึงพอใจ</p> <p><input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง</p> | <p>RIG <input type="checkbox"/> X 8</p> |

- (9) ท่านได้รับการคุ้มครองไม่ถูกทอดทิ้งจากครอบครัวและสังคมได้อยู่ตามลำพัง
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

- (10) เมื่อได้รับการคุ้มครองไม่ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังจะเป็นความพึงพอใจ
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

- (11) ท่านเคยได้รับการศึกษา การเรียนรู้ข่าวสารที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

- (12) การได้รับการศึกษาการเรียนรู้ข่าวสารจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

2. ปัจจัยด้านครอบครัว

- (13) ท่านอยู่อาศัยกับครอบครัวของตนเองอย่างมีความสุข
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

- (14) การได้อยู่อาศัยกับครอบครัวของตนเองทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

- (15) ท่านได้รับความเข้าใจและความเอื้ออาทรจากครอบครัว
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

- (16) ครอบครัวควรให้ความเข้าใจและความเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

สำหรับผู้วิจัย

ABC X 9

ABC X10

LEA X11

LEA X12

BEL X13

BEL X14

UND X15

UND X16

(17) เมื่อได้รับความเข้าใจและเอื้ออาทรจากครอบครัวผู้สูงอายุมีความสุขและรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

สำหรับผู้วิจัย

UND X17

(18) ท่านได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัวเสมอ

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

FSU X18

(19) ผู้สูงอายุควรได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัวสม่ำเสมอในทุกเรื่อง

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

FSU X19

(20) เมื่อได้รับเกื้อหนุนจากครอบครัวจะทำให้ผู้สูงอายุพึงพอใจ

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

FSU X20

(21) ท่านได้รับความสัมพันธ์ที่ดีอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

FRI X21

(22) ผู้สูงอายุควรได้รับความสัมพันธ์ที่ดีอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

FRI X22

3. ปัจจัยด้านชุมชน (ท้องถิ่น)

(23) ชุมชนของท่านตระหนักในความสำคัญผู้สูงอายุ

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

COM Y1

(24) ชุมชนควรตระหนักในความสำคัญผู้สูงอายุ

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

COM Y2

		สำหรับผู้วิจัย
(25) ท่านได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน	<input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	PAR <input type="checkbox"/> Y3
(26) ชุมชนควรให้โอกาสผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนเสมอ	<input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	PAR <input type="checkbox"/> Y4
(27) การให้โอกาสผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนเป็นสิ่งที่ช่วยผู้สูงอายุภาคภูมิใจ	<input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	PAR <input type="checkbox"/> Y5
(28) ที่ผ่านมามีท่านเคยได้รับการเกื้อหนุนจากชุมชน	<input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	SUP <input type="checkbox"/> Y6
(29) ชุมชนควรให้ความสำคัญเกื้อหนุนผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอในทุกด้าน	<input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	SUP <input type="checkbox"/> Y7
4. ปัจจัยด้านการจัดระบบบริการสุขภาพ		
(30) ท่านเคยได้รับบริการสุขภาพอันเป็นการจัดบริการตามนโยบายและมาตรการของชุมชนที่จัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ	<input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	POL <input type="checkbox"/> Y8
(31) ชุมชนควรมีนโยบายและมาตรการการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ	<input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	POL <input type="checkbox"/> Y9
(32) ท่านได้เข้าร่วมพัฒนาบุคลากรสำหรับผู้สูงอายุที่จัดบริการโดยองค์กรในชุมชนของท่าน	<input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	HUD <input type="checkbox"/> Y10

		สำหรับผู้วิจัย
(33)	การจัดบริการสุขภาพด้านพัฒนาบุคลากรสำหรับผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความจำเป็น <input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	HUD <input type="checkbox"/> Y11
(34)	ท่านได้รับการบริการจากการจัดระบบบริการสุขภาพจากชุมชน/รัฐในระดับที่ดีมีประสิทธิภาพ <input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	LEN <input type="checkbox"/> Y12
(35)	การจัดบริการสุขภาพที่ดีมีประสิทธิภาพที่จัดบริการแก่ผู้สูงอายุมีความจำเป็น <input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	LEN <input type="checkbox"/> Y13
(36)	ท่านได้รับการบริการจากการจัดบริการสุขภาพของชุมชนมีระดับความพึงพอใจในการจัดบริการ <input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	SAS <input type="checkbox"/> Y14
5. ปัจจัยการพัฒนาด้านสังคม		
(37)	การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนให้คุณค่าต่อชีวิตของท่านได้ด้วย <input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ACT <input type="checkbox"/> Y15
(38)	ท่านคิดว่าการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนของผู้สูงอายุช่วยให้เกิดการพัฒนาด้านสังคมได้อย่างมีความสุข <input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ACT <input type="checkbox"/> Y16
(39)	ท่านเข้าร่วมกิจกรรมอาสาสมัคร หรือเป็นเครือข่ายทางสังคมในชุมชน <input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	VOL <input type="checkbox"/> Y17
(40)	กิจกรรมอาสาสมัครและการเป็นเครือข่ายสังคมมีความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ <input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	VOL <input type="checkbox"/> Y18

สำหรับผู้วิจัย

- (41) ท่านเป็นผู้ที่เข้าใจผู้อื่นที่อยู่ในชุมชนเดียวกันเสมอ
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- UND Y19
- (42) การเข้าใจผู้อื่นที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกัน มีความจำเป็นต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- UND Y20
- (43) ท่านเป็นผู้อยากเข้าร่วมสังคมและมีความต้องการเพื่อนใหม่เสมอ
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- ENJ Y21
- (44) การเข้าร่วมสังคมและต้องการเพื่อนใหม่ของผู้สูงอายุมีความจำเป็นต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- ENJ Y22
- 6. ปัจจัยการพัฒนาด้านจิตใจ**
- (45) ท่านเป็นผู้มีความศรัทธาในศาสนาและมีความเชื่อในการประกอบกรรมดี
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- REL Y23
- (46) ความศรัทธาในศาสนาและความเชื่อช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตและทางด้านจิตใจผู้สูงอายุ
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- REL Y24
- (47) ท่านมีงานอดิเรกทำในเวลาว่างเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเองเสมอ
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- HOB Y25
- (48) การมีงานอดิเรกทำช่วยให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุ
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- HOB Y26

สำหรับผู้วิจัย

- (49) ท่านมีความตั้งใจและควบคุมตนเองให้มีจิตใจที่ตั้งมั่นในสิ่งที่ท่านทำเสมอ
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- INT Y27
- (50) ผู้สูงอายุที่มีความตั้งใจและสามารถควบคุมตนเองได้จะช่วยให้การพัฒนาคุณภาพชีวิต
 ผู้สูงอายุให้มีจิตใจที่เป็นสุขสงบ
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- INT Y28
- 7. ปัจจัยการพัฒนาด้านร่างกาย**
- (51) ท่านเป็นผู้มีพฤติกรรมสุขภาพดีตลอดมา
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- HEA Y29
- (52) พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุมีความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- HEA Y30
- (53) ท่านเป็นผู้มีภาวะโภชนาการดี
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- NUT Y31
- (54) ผู้สูงอายุควรมีภาวะโภชนาการที่ดีเพราะมีความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- NUT Y32
- (55) ท่านยังเป็นผู้สามารถใช้แรงงานประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ที่ท่านต้องการได้
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- LAB Y33
- (56) สังคมควรเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุใช้แรงงานตามอัตรภาพในการประกอบอาชีพ
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- LAB Y34

สำหรับผู้วิจัย

- (57) ท่านมีการพักผ่อนนอนหลับได้ดี
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- RAS Y35
- (58) กิจกรรมการพักผ่อนนอนหลับมีความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- RAS Y36
- (59) ท่านได้ร่วมเล่นกีฬาและเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการได้อย่างสม่ำเสมอ
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- SPO Y37
- (60) กิจกรรมการเล่นกีฬา การเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการมีผลดีต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- SPO Y38
- ส่วนที่ 3 การประเมินการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ**
- 8. ปัจจัยการมีสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจดี**
- 8.1 สุขภาพร่างกาย**
- (61) ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาท่านสามารถควบคุมโรคหัวใจขาดเลือด โรคมะเร็ง โรคเส้นเลือดในสมองอุดตัน โรคไส้เลื่อน โรคเอดส์ และวัณโรคได้
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- PFT Y39
- (62) ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำกว่า 150/90 mm Hg โรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ให้อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่า 150 mg ในเลือด 1 เดซิลิตรได้
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- PFT Y40
- 8.2 สุขภาพด้านจิตใจ**
- (63) การเข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและชุมชนเป็นอย่างดี
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- MFT Y41

		สำหรับผู้วิจัย
(64) ท่านเข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและชุมชนได้เป็นอย่างดี	<input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	MFT <input type="checkbox"/> Y42
(65) ท่านรู้สึกตนเองเป็นผู้มีคุณค่า	<input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	MFT <input type="checkbox"/> Y43
(66) ท่านรู้สึกว่าได้ได้รับความอบอุ่นจากครอบครัว	<input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	MFT <input type="checkbox"/> Y44
(67) ท่านเป็นผู้มีสุขภาพฟันที่ดี	<input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	TOO <input type="checkbox"/> Y45
(68) ท่านมีภาวะช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้	<input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	HOT <input type="checkbox"/> Y46
(69) ท่านมีค่าดัชนีมวลรวมของร่างกายเป็นปกติ	<input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	PMN <input type="checkbox"/> Y47

จบสัมภาษณ์

ผู้สัมภาษณ์ - กล่าวขอบคุณและอำลาผู้สูงอายุทุกท่าน

ภาคผนวก ข.

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ ทั้งความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากท่านผู้เชี่ยวชาญดังนี้

1. รศ.ดร.ปราชญา กล้าผจญ ประธาน โครงการปรัชญาคุณวุฒิบัณฑิต สาขาบริหารการศึกษารองประธานสภาผู้บริหารหลักสูตรการบริหารการศึกษาแห่งประเทศไทย มหาวิทยาลัยรามคำแหง
2. ดร.ธีร ศรีแก้ว ผู้เชี่ยวชาญด้านพลศึกษา กรมพลศึกษา
3. รศ.ดร.ฉันทนา จันทบรรจง คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
4. รศ.ดร.สมเจตน์ ภูศรี อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
5. ดร. มยุรี สุกวิบูลย์ คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (ประสานมิตร)
6. รศ.ดร.ชาติชาย อิศรัมย์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
7. รศ.ดร.ภมร ชันชหัตถ์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
8. ดร.เชา อินใจ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
9. ดร.ภัทรพร เกษสังข์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
10. อาจารย์อัครพงศ์ อ้นทอง สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
11. ดร.สมศักดิ์ สีดากุลฤทธิ์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
12. ดร.พิมพ์อร สดเอี่ยม มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
13. ผศ.วิรัตน์ แคนราช รองอธิการบดี มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ภาคผนวก ก.

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมลิสร

1. ผลการประมาณค่าแบบจำลองตามสมมติฐาน

L I S R E L 8.54

BY

Karl G. J"reskog & Dag s"rbom

This program is published exclusively by
Scientific Software International, Inc.
7383 N. Lincoln Avenue, suite 100
Lincolnwood, IL 60712, U.S.A.
Phone: (800)247-6113, (847)675-0720, Fax: (847)675-2140
Copyright by Scientific Software International, Inc., 1981-2002
Use of this program is subject to the terms specified in the
Universal Copyright Convention.
website: www.ssicentral.com

The following lines were read from file C:\Thesis\Old.lpj:

```
DA NI=33 NO=516 NG=1 MA=CM
RA FI='C: \Thesis\ Old.PSF'
SE
32 3 4 5 6 7 8 23 25 /
MO NX=8 NY=1 NK=4 NE=1 LY=FU,FI LX=FU,FI GA=FU,FI PH=SY,FR PS=DI,FR
TE=DI,FR TD=DI,FR
LE
Y
LK
L1 L2 L3 L4
FI PH(1,1) PH(2,2) PH(3,3) PH(4,4) TE(1,1) TD(7,7) TD(8,8)
FR LX(1,1) LX(1,4) LX(2,1) LX(2,2) LX(2,3) LX(3,1) LX(4,2) LX(5,2) LX(5,3)
FR LX(5,4) LX(6,2) LX(6,4) LX(7,3) LX(8,4) GA(1,1) GA(1,2) GA(1,3) GA(1,4)
VA 0.77 LY(1,1)
VA 1.00 PH(1,1) PH(2,2) PH(3,3) PH(4,4)
PD
OU AM
```

DA NI=33 NO=516 NG=1 MA=CM

```
Number of Input Variables 33
Number of Y - Variables 1
Number of X - Variables 8
Number of ETA - Variables 1
Number of KSI - Variables 4
Number of Observations 516
```

DA NI=33 NO=516 NG=1 MA=CM

Covariance Matrix

	Y23	x3	x4	x5	x6	x7
Y23	0.59					
x3	0.12	0.39				
x4	0.13	0.23	0.60			

x5	0.16	0.21	0.32	0.60		
x6	0.14	0.28	0.41	0.37	0.90	
x7	0.13	0.16	0.25	0.21	0.34	0.38
x8	0.12	0.14	0.23	0.24	0.35	0.20
Y14	0.10	0.07	0.06	0.12	0.08	0.08
Y16	0.19	0.05	0.14	0.20	0.07	0.10

Covariance Matrix

	x8	Y14	Y16
x8	0.43		
Y14	0.06	0.29	
Y16	0.17	0.07	0.35

DA NI=33 NO=516 NG=1 MA=CM

Parameter Specifications

LAMBDA-X

	L1	L2	L3	L4
x3	1	0	0	2
x4	3	4	5	0
x5	6	0	0	0
x6	0	7	0	0
x7	0	8	9	10
x8	0	11	0	12
Y14	0	0	13	0
Y16	0	0	0	14

GAMMA

	L1	L2	L3	L4
Y	15	16	17	18

PHI

	L1	L2	L3	L4
L1	0			
L2	19	0		
L3	20	21	0	
L4	22	23	24	0

PSI

Y
25

THETA-DELTA

x3	x4	x5	x6	x7	x8
26	27	28	29	30	31

THETA-DELTA

Y14	Y16
0	0

DA NI=33 NO=516 NG=1 MA=CM

Number of Iterations = 15

LISREL Estimates (Maximum Likelihood)

LAMBDA-Y				
	Y			
Y23	-----			
	0.77			
LAMBDA-X				
	L1	L2	L3	L4
	-----	-----	-----	-----
x3	0.49 (0.04) 13.53	- -	- -	-0.20 (0.04) -5.55
x4	0.40 (0.06) 6.72	0.23 (0.06) 4.06	-0.09 (0.03) -2.84	- -
x5	0.58 (0.03) 18.30	- -	- -	- -
x6	- -	0.81 (0.04) 21.92	- -	- -
x7	- -	0.41 (0.03) 16.06	0.06 (0.02) 2.87	0.09 (0.02) 3.89
x8	- -	0.38 (0.03) 14.89	- -	0.23 (0.02) 9.44
Y14	- -	- -	0.54 (0.02) 32.09	- -
Y16	- -	- -	- -	0.59 (0.02) 32.09

GAMMA				
	L1	L2	L3	L4
	-----	-----	-----	-----
Y	0.20 (0.17) 1.18	0.01 (0.13) 0.09	0.09 (0.05) 1.93	0.28 (0.08) 3.43

Covariance Matrix of ETA and KSI

	Y	L1	L2	L3	L4
	-----	-----	-----	-----	-----
Y	0.99				
L1	0.40	1.00			
L2	0.22	0.76	1.00		
L3	0.23	0.38	0.18	1.00	
L4	0.41	0.56	0.15	0.22	1.00

PHI				
	L1	L2	L3	L4
	-----	-----	-----	-----
L1	1.00			
L2	0.76 (0.04)	1.00		

	19.84			
L3	0.38 (0.05) 8.09	0.18 (0.05) 3.66	1.00	
L4	0.56 (0.04) 12.93	0.15 (0.05) 2.99	0.22 (0.04) 5.22	1.00

PSI

Y

0.77
(0.05)
15.78

Squared Multiple Correlations for Structural Equations

Y

0.22

Squared Multiple Correlations for Y - variables

Y23

1.00

THETA-DELTA

x3	x4	x5	x6	x7	x8
-----	-----	-----	-----	-----	-----
0.21	0.28	0.27	0.24	0.18	0.21
(0.02)	(0.02)	(0.02)	(0.03)	(0.01)	(0.02)
12.23	13.16	12.05	7.69	13.29	13.96

THETA-DELTA

Y14	Y16
-----	-----
-	-

Squared Multiple correlations for x - variables

x3	x4	x5	x6	x7	x8
-----	-----	-----	-----	-----	-----
0.45	0.54	0.56	0.74	0.52	0.52

Squared Multiple Correlations for x - variables

Y14	Y16
-----	-----
1.00	1.00

Goodness of Fit Statistics

Degrees of Freedom = 14
 Minimum Fit Function Chi-Square = 25.97 (P = 0.026)
 Normal Theory Weighted Least Squares Chi-Square = 26.33 (P = 0.024) ✓
 Estimated Non-centrality Parameter (NCP) = 12.33
 90 Percent Confidence Interval for NCP = (1.60 ; 30.84)

Minimum Fit Function Value = 0.050
 Population Discrepancy Function Value (F0) = 0.024
 90 Percent Confidence Interval for F0 = (0.0031 ; 0.060)
 Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.041
 90 Percent Confidence Interval for RMSEA = (0.015 ; 0.065)
 P-value for Test of Close Fit (RMSEA < 0.05) = 0.69

Expected Cross-Validation Index (ECVI) = 0.17

90 Percent Confidence Interval for ECVI = (0.15 ; 0.21)
 ECVI for Saturated Model = 0.17
 ECVI for Independence Model = 5.06

Chi-Square for Independence Model with 36 Degrees of Freedom = 2588.88

Independence AIC = 2606.88
 Model AIC = 88.33
 Saturated AIC = 90.00
 Independence CAIC = 2654.09
 Model CAIC = 250.96
 Saturated CAIC = 326.07

Normed Fit Index (NFI) = 0.99
 Non-Normed Fit Index (NNFI) = 0.99
 Parsimony Normed Fit Index (PNFI) = 0.38
 Comparative Fit Index (CFI) = 1.00
 Incremental Fit Index (IFI) = 1.00
 Relative Fit Index (RFI) = 0.97

Critical N (CN) = 578.95

Root Mean Square Residual (RMR) = 0.0095
 Standardized RMR = 0.019
 Goodness of Fit Index (GFI) = 0.99
 Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) = 0.96
 Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI) = 0.31

DA NI=33 NO=516 NG=1 MA=CM

Modification Indices and Expected Change

No Non-Zero Modification Indices for LAMBDA-Y

Modification Indices for LAMBDA-X

	L1	L2	L3	L4
x3	-	0.00	0.09	-
x4	-	-	-	2.08
x5	-	0.00	0.09	2.08
x6	2.19	-	0.22	2.08
x7	0.19	-	-	-
x8	3.53	-	0.22	-
Y14	0.19	-	-	2.08
Y16	3.62	0.00	0.05	-

Expected Change for LAMBDA-X

	L1	L2	L3	L4
x3	-	0.00	-0.01	-
x4	-	-	-	-0.09
x5	-	0.00	0.01	0.13
x6	0.27	-	0.02	0.33
x7	0.05	-	-	-
x8	-0.16	-	-0.01	-
Y14	-0.40	-	-	-0.57
Y16	0.48	0.01	0.01	-

No Non-Zero Modification Indices for GAMMA

No Non-Zero Modification Indices for PHI

No Non-Zero Modification Indices for PSI

Modification Indices for THETA-DELTA-EPS

	Y23
x3	7.66
x4	0.77
x5	4.13
x6	0.00
x7	2.90
x8	2.21
Y14	2.96

Y16 5.51

Expected Change for THETA-DELTA-EPS

	Y23
x3	0.05
x4	-0.02
x5	-0.04
x6	0.00
x7	0.02
x8	-0.02
Y14	-0.14
Y16	0.08

Modification Indices for THETA-DELTA

	x3	x4	x5	x6	x7	x8
x3	--					
x4	1.26	--				
x5	2.74	0.40	--			
x6	0.13	2.67	3.89	--		
x7	0.38	5.06	3.97	3.36	--	
x8	0.63	1.95	0.00	3.57	0.17	--
Y14	0.28	2.77	1.08	0.03	0.07	0.05
Y16	0.90	0.12	4.96	1.66	1.15	3.37

Modification Indices for THETA-DELTA

	Y14	Y16
Y14	0.05	
Y16	0.04	6.77

Expected Change for THETA-DELTA

	x3	x4	x5	x6	x7	x8
x3	--					
x4	0.02	--				
x5	-0.03	0.01	--			
x6	-0.01	-0.04	0.04	--		
x7	0.01	0.03	-0.02	-0.04	--	
x8	-0.01	-0.02	0.00	0.04	0.00	--
Y14	-0.01	-0.14	0.02	0.00	0.01	0.00
Y16	-0.02	-0.01	0.06	-0.04	-0.02	0.04

Expected Change for THETA-DELTA

	Y14	Y16
Y14	-0.08	
Y16	0.00	-0.15

Maximum Modification Index is 7.66 for Element (1, 1) of THETA DELTA-EPSILON

L I S R E L 8.54

BY

Karl G. Jöreskog & Dag Sörbom

This program is published exclusively by
 Scientific Software International, Inc.
 7383 N. Lincoln Avenue, Suite 100
 Lincolnwood, IL 60712, U.S.A.
 Phone: (800)247-6113, (847)675-0720, Fax: (847)675-2140
 Copyright by Scientific Software International, Inc., 1981-2002
 Use of this program is subject to the terms specified in the
 Universal Copyright Convention.
 Website: www.ssicentral.com

DA NI=33 NO=516 NG=1 MA=CM

Covariance Matrix

	Y23	X3	X4	X5	X6	X7
Y23	0.59					
X3	0.12	0.39				
X4	0.13	0.23	0.60			
X5	0.16	0.21	0.32	0.60		
X6	0.14	0.28	0.41	0.37	0.90	
X7	0.13	0.16	0.25	0.21	0.34	0.38
X8	0.12	0.14	0.23	0.24	0.35	0.20
Y14	0.10	0.07	0.06	0.12	0.08	0.08
Y16	0.19	0.05	0.14	0.20	0.07	0.10

Covariance Matrix

	X8	Y14	Y16
X8	0.43		
Y14	0.06	0.29	
Y16	0.17	0.07	0.35

DA NI=33 NO=516 NG=1 MA=CM

Number of Iterations = 10

LISREL Estimates (Maximum Likelihood)

Measurement Equations

$$Y23 = 0.77 * Y_{11}, R^2 = 1.00$$

$$X3 = 0.38 * L1, \text{ Errorvar.} = 0.24, R^2 = 0.37$$

(0.027) (0.017)

14.03 14.23

$$X4 = 0.58 * L1, \text{ Errorvar.} = 0.27, R^2 = 0.55$$

(0.032) (0.023)

18.13 11.94

$$X5 = 0.56 * L1, \text{ Errorvar.} = 0.28, R^2 = 0.53$$

(0.032) (0.023)

17.59 12.39

$$x6 = 0.76 * L2, \text{ Errorvar.} = 0.32, R^2 = 0.64$$

(0.038) (0.031)
20.24 10.45

$$x7 = 0.45 * L2, \text{ Errorvar.} = 0.18, R^2 = 0.54$$

(0.025) (0.014)
17.95 12.51

$$x8 = 0.45 * L2, \text{ Errorvar.} = 0.23, R^2 = 0.47$$

(0.027) (0.017)
16.54 13.33

$$y14 = 0.54 * L3, R^2 = 1.00$$

(0.017)
32.09

$$y16 = 0.59 * L4, R^2 = 1.00$$

(0.018)
32.09

Structural Equations

$$y_{0.22} = 0.11 * L1 + 0.063 * L2 + 0.11 * L3 + 0.32 * L4, \text{ Errorvar.} = 0.78, R^2 =$$

(0.21) (0.20) (0.042) (0.051) (0.049)
0.54 0.32 2.66 6.31 15.94

Correlation Matrix of Independent Variables

	L1	L2	L3	L4
L1	1.00			
L2	0.91 (0.03) 35.14	1.00		
L3	0.30 (0.05) 6.31	0.25 (0.05) 5.36	1.00	
L4	0.43 (0.04) 10.06	0.33 (0.04) 7.39	0.22 (0.04) 5.22	1.00

Covariance Matrix of Latent Variables

	Y	L1	L2	L3	L4
Y	0.99				
L1	0.34	1.00			
L2	0.30	0.91	1.00		
L3	0.23	0.30	0.25	1.00	
L4	0.41	0.43	0.33	0.22	1.00

Goodness of Fit Statistics

Degrees of Freedom = 20
 Minimum Fit Function Chi-Square = 174.65 (P = 0.0)
 Normal Theory Weighted Least Squares Chi-Square = 167.79 (P = 0.0)
 Chi-Square Difference with 6 Degrees of Freedom = 141.46 (P = 0.0)
 Estimated Non-centrality Parameter (NCP) = 147.79
 90 Percent Confidence Interval for NCP = (110.14 ; 192.91)

Minimum Fit Function Value = 0.34

Population Discrepancy Function value (F0) = 0.29
 90 Percent Confidence Interval for F0 = (0.21 ; 0.37)
 Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.12
 90 Percent Confidence Interval for RMSEA = (0.10 ; 0.14)
 P-Value for Test of Close Fit (RMSEA < 0.05) = 0.00

Expected Cross-Validation Index (ECVI) = 0.42
 90 Percent Confidence Interval for ECVI = (0.35 ; 0.51)
 ECVI for Saturated Model = 0.17
 ECVI for Independence Model = 5.06

Chi-Square for Independence Model with 36 Degrees of Freedom = 2588.88
 Independence AIC = 2606.88
 Model AIC = 217.79
 Saturated AIC = 90.00
 Independence CAIC = 2654.09
 Model CAIC = 348.94
 Saturated CAIC = 326.07

Normed Fit Index (NFI) = 0.93
 Non-Normed Fit Index (NNFI) = 0.89
 Parsimony Normed Fit Index (PNFI) = 0.52
 Comparative Fit Index (CFI) = 0.94
 Incremental Fit Index (IFI) = 0.94
 Relative Fit Index (RFI) = 0.88

Critical N (CN) = 111.78

Root Mean Square Residual (RMR) = 0.024
 Standardized RMR = 0.054
 Goodness of Fit Index (GFI) = 0.93
 Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) = 0.85
 Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI) = 0.41

The Modification Indices Suggest to Add the

Path to	from	Decrease in Chi-Square	New Estimate
x3	L4	24.8	-0.14
x4	L3	17.6	-0.13
x5	L2	16.1	-0.63
x5	L3	9.7	0.10
x5	L4	31.6	0.19
x6	L1	14.3	-0.77
x6	L4	56.8	-0.28
x8	L1	8.3	0.35
x8	L4	61.7	0.20

The Modification Indices Suggest to Add an Error Covariance

Between	and	Decrease in Chi-Square	New Estimate
Y14	x4	15.2	-0.06
Y16	x3	33.3	-0.07
Y16	x5	29.0	0.08
Y16	x6	48.5	-0.12
Y16	x8	66.9	0.10

2. ผลการประเมินค่าแบบจำลองตามคำแนะนำของโปรแกรม

L I S R E L 8.54

BY

Karl G. Jöreskog & Dag Sörbom

This program is published exclusively by
 Scientific Software International, Inc.
 7383 N. Lincoln Avenue, Suite 100
 Lincolnwood, IL 60712, U.S.A.
 Phone: (800)247-6113, (847)675-0720, Fax: (847)675-2140
 Copyright by Scientific Software International, Inc., 1981-2002
 Use of this program is subject to the terms specified in the
 Universal Copyright Convention.

The following lines were read from file F:\Thesis\old.lpj:

```

DA NI=33 NO=516 NG=1 MA=CM
RA FI='C:\Downloads\Thesis\XY.PSF'
SE
32 3 4 5 6 7 8 23 25 /
MO NX=8 NY=1 NK=4 NE=1 LY=FU,FI LX=FU,FI GA=FU,FI PH=SY,FR PS=DI,FR
TE=DI,FR TD=DI,FR
LE
Y
LK
L1 L2 L3 L4
FI PH(1,1) PH(2,2) PH(3,3) PH(4,4) TE(1,1) TD(7,7) TD(8,8)
FR LX(1,1) LX(1,4) LX(2,1) LX(2,2) LX(2,3) LX(3,1) LX(4,2) LX(5,2) LX(5,3)
FR LX(5,4) LX(6,2) LX(6,4) LX(7,3) LX(8,4) GA(1,1) GA(1,2) GA(1,3) GA(1,4)
VA 0.77 LY(1,1)
VA 1.00 PH(1,1) PH(2,2) PH(3,3) PH(4,4)
PD
OU AM
    
```

DA NI=33 NO=516 NG=1 MA=CM

```

Number of Input Variables 33
Number of Y - Variables 1
Number of X - Variables 8
Number of ETA - Variables 1
Number of KSI - Variables 4
Number of Observations 516
    
```

DA NI=33 NO=516 NG=1 MA=CM

Covariance Matrix

	Y23	x3	x4	x5	x6	x7
Y23	0.59					
x3	0.12	0.39				
x4	0.13	0.23	0.60			
x5	0.16	0.21	0.32	0.60		
x6	0.14	0.28	0.41	0.37	0.90	
x7	0.13	0.16	0.25	0.21	0.34	0.38
x8	0.12	0.14	0.23	0.24	0.35	0.20
Y14	0.10	0.07	0.06	0.12	0.08	0.08
Y16	0.19	0.05	0.14	0.20	0.07	0.10

Covariance Matrix

	x8	Y14	Y16
x8	0.43		
Y14	0.06	0.29	
Y16	0.17	0.07	0.35

DA NI=33 NO=516 NG=1 MA=CM

Parameter Specifications

LAMBDA-X

	L1	L2	L3	L4
x3	1	0	0	2
x4	3	4	5	0
x5	6	0	0	0
x6	0	7	0	0
x7	0	8	9	10
x8	0	11	0	12
Y14	0	0	13	0
Y16	0	0	0	14

GAMMA

	L1	L2	L3	L4

Y	15	16	17	18		
PHI						
	L1	L2	L3	L4		
	-----	-----	-----	-----		
L1	0					
L2	19	0				
L3	20	21	0			
L4	22	23	24	0		
PSI						
	Y					

	25					
THETA-DELTA						
	x3	x4	x5	x6	x7	x8
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	26	27	28	29	30	31
THETA-DELTA						
	Y14	Y16				
	-----	-----				
	0	0				

DA NI=33 NO=516 NG=1 MA=CM

Number of Iterations = 15

LISREL Estimates (Maximum Likelihood)

LAMBDA-Y				
	Y			

Y23	0.77			
LAMBDA-X				
	L1	L2	L3	L4
	-----	-----	-----	-----
x3	0.49 (0.04) 13.53	- -	- -	-0.20 (0.04) -5.55
x4	0.40 (0.06) 6.72	0.23 (0.06) 4.06	-0.09 (0.03) -2.84	- -
x5	0.58 (0.03) 18.30	- -	- -	- -
x6	- -	0.81 (0.04) 21.92	- -	- -
x7	- -	0.41 (0.03) 16.06	0.06 (0.02) 2.87	0.09 (0.02) 3.89
x8	- -	0.38 (0.03) 14.89	- -	0.23 (0.02) 9.44
Y14	- -	- -	0.54	- -

	Y14	Y16
Squared Multiple Correlations for X - variables		
	x3	x4
	0.45	0.54
	x5	x6
	0.56	0.74
	x7	x8
	0.52	0.52

Squared Multiple Correlations for X - variables

	Y14	Y16
	1.00	1.00

Goodness of Fit Statistics

Degrees of Freedom = 14
 Minimum Fit Function Chi-Square = 25.97 (P = 0.026) ✓
 Normal Theory Weighted Least Squares Chi-Square = 26.33 (P = 0.024) ✓
 Estimated Non-centrality Parameter (NCP) = 12.33
 90 Percent Confidence Interval for NCP = (1.60 ; 30.84)

Minimum Fit Function Value = 0.050
 Population Discrepancy Function value (F0) = 0.024
 90 Percent Confidence Interval for F0 = (0.0031 ; 0.060)
 Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.041 ✓
 90 Percent Confidence Interval for RMSEA = (0.015 ; 0.065)
 P-value for Test of Close Fit (RMSEA < 0.05) = 0.69

Expected Cross-Validation Index (ECVI) = 0.17
 90 Percent Confidence Interval for ECVI = (0.15 ; 0.21)
 ECVI for Saturated Model = 0.17
 ECVI for Independence Model = 5.06

Chi-square for Independence Model with 36 Degrees of Freedom = 2588.88
 Independence AIC = 2606.88
 Model AIC = 88.33
 Saturated AIC = 90.00
 Independence CAIC = 2654.09
 Model CAIC = 250.96
 Saturated CAIC = 326.07

Normed Fit Index (NFI) = 0.99 ✓
 Non-Normed Fit Index (NNFI) = 0.99
 Parsimony Normed Fit Index (PNFI) = 0.38
 Comparative Fit Index (CFI) = 1.00
 Incremental Fit Index (IFI) = 1.00
 Relative Fit Index (RFI) = 0.97

Critical N (CN) = 578.95

Root Mean Square Residual (RMR) = 0.0095
 Standardized RMR = 0.019
 Goodness of Fit Index (GFI) = 0.99 ✓
 Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) = 0.96 ✓
 Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI) = 0.31 ✓

DA NI=33 NO=516 NG=1 MA=CM

Modification Indices and Expected Change

No Non-Zero Modification Indices for LAMBDA-Y

Modification Indices for LAMBDA-X

	L1	L2	L3	L4
X3	- -	0.00	0.09	- -
X4	- -	- -	- -	2.08
X5	- -	0.00	0.09	2.08
X6	2.19	- -	0.22	2.08
X7	0.19	- -	- -	- -
X8	3.53	- -	0.22	- -

Y14	0.19	- -	- -	2.08
Y16	3.62	0.00	0.05	- -

Expected Change for LAMBDA-X

	L1	L2	L3	L4
x3	- -	0.00	-0.01	- -
x4	- -	- -	- -	-0.09
x5	- -	0.00	0.01	0.13
x6	0.27	- -	0.02	0.33
x7	0.05	- -	- -	- -
x8	-0.16	- -	-0.01	- -
Y14	-0.40	- -	- -	-0.57
Y16	0.48	0.01	0.01	- -

No Non-Zero Modification Indices for GAMMA

No Non-Zero Modification Indices for PHI

No Non-Zero Modification Indices for PSI

Modification Indices for THETA-DELTA-EPS

	Y23
x3	7.66
x4	0.77
x5	4.13
x6	0.00
x7	2.90
x8	2.21
Y14	2.96
Y16	5.51

Expected Change for THETA-DELTA-EPS

	Y23
x3	0.05
x4	-0.02
x5	-0.04
x6	0.00
x7	0.02
x8	-0.02
Y14	-0.14
Y16	0.08

Modification Indices for THETA-DELTA

	x3	x4	x5	x6	x7	x8
x3	- -	- -	- -	- -	- -	- -
x4	1.26	- -	- -	- -	- -	- -
x5	2.74	0.40	- -	- -	- -	- -
x6	0.13	2.67	3.89	- -	- -	- -
x7	0.38	5.06	3.97	3.36	- -	- -
x8	0.63	1.95	0.00	3.57	0.17	- -
Y14	0.28	2.77	1.08	0.03	0.07	0.05
Y16	0.90	0.12	4.96	1.66	1.15	3.37

Modification Indices for THETA-DELTA

	Y14	Y16
Y14	0.05	- -
Y16	0.04	6.77

Expected Change for THETA-DELTA

x3	x4	x5	x6	x7	x8
----	----	----	----	----	----

ภาคผนวก ง.

ภาพกิจกรรมขณะดำเนินการวิจัย

การจัดกิจกรรมการจัดระบบบริการสุขภาพในชุมชน กิจกรรมการสร้างสังคมอายุยืน

(กลุ่มตัวอย่าง)

1. ชื่อชุมชน ชุมชนหนองเตาเหล็ก ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
2. จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 คน
3. วันเริ่มทดลองกลุ่มตัวอย่าง 10 สิงหาคม 2546
วันสิ้นสุดการทดลอง 10 ธันวาคม 2546 (รวมระยะเวลา 4 เดือน)
4. รายชื่อผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง

1. นายลอค ขุนจน	อายุ 62 ปี	2. นายจรววย ปัญญาทอง	อายุ 64 ปี
3. นางรอง เชิดชู	อายุ 66 ปี	4. นายอุทัย ดอกพิกุล	อายุ 74 ปี
5. นางสังวาลย์ พัสดร	อายุ 60 ปี	6. นายรักเกียรติ พัสดร	อายุ 61 ปี
7. นายแดง ขุนจร	อายุ 67 ปี	8. นายวิเชียร จันทร์น้อย	อายุ 70 ปี
9. นางวิลาวัลย์ ก้อนวิมณฑ์	อายุ 68 ปี	10. นายเพชร รั้วทวี	อายุ 63 ปี
11. นางเพ็ญแข ศรีสวัสดิ์	อายุ 68 ปี	12. นางปาน บุญลาภ	อายุ 66 ปี
13. นางทองม้วน คำทอง	อายุ 65 ปี	14. นายธีระ คนชัยภูมิ	อายุ 62 ปี
15. นายฐาปกรณ์ เร่งร้อน	อายุ 67 ปี	16. นายไพจิต สาขามุละ	อายุ 67 ปี
17. นางลุน คำสิงห์	อายุ 66 ปี	17. นางลุน คำสิงห์นอก	อายุ 66 ปี
18. นางสมบูรณ์ เฟื่องสม	อายุ 68 ปี	19. นางสมปอง อิ่มสมบูรณ์	อายุ 69 ปี
20. นายสนั่น พรหมภักดี	อายุ 63 ปี	21. นางถ่านวน ทิพย์เดช	อายุ 65 ปี
22. นางสมศรี ภูถ้ำผา	อายุ 63 ปี	23. นางวันทา หงษาคำ	อายุ 69 ปี
24. นางรำไพ หงมา	อายุ 63 ปี	25. นางเพชรรา นรสิงห์	อายุ 60 ปี
26. นายบุญทัน ขันทองชัย	อายุ 66 ปี	27. นางจรพิน ภูศรี	อายุ 68 ปี
28. นางผัด สมทรัพย์	อายุ 73 ปี	29. นายกฤษฎา พิมพ์การ	อายุ 61 ปี
30. นายทองเลื่อน ชามนตรี	อายุ 69 ปี		

การประชุมเสนอโครงการจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
ชุมชนหนองเตาเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี



การประชุมการสร้างสังคมอายุยืน



ทำความเข้าใจการเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมไม่มีรูปแบบ - กิจกรรมมีรูปแบบ - กิจกรรมกีฬา / งานอดิเรก

การสร้างสังคมอายุยืน



ฟังคำอธิบายกีฬา Gate Bell



ผู้เข้าอบรมรู้จักอุปกรณ์กีฬา Gate Bell

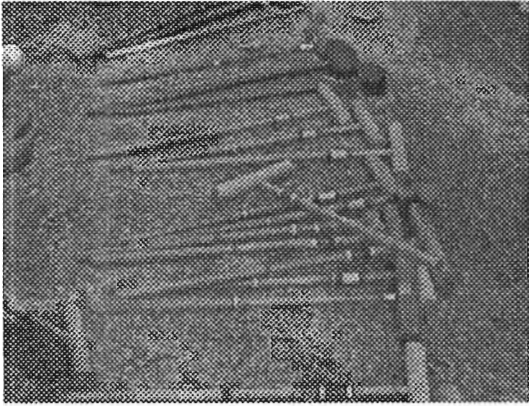


วิทยากรสาธิตการเล่นกีฬา Gate Bell



ผู้เข้าอบรมแบ่งทีมเล่นกีฬา Gate Bell

การสร้างตั้งคมอายุยืน



อุปกรณ์กีฬา Gate Bell และ Ground Golf

ผู้เข้าชมรับประทานอาหาร



ผู้เข้าชมเล่นกีฬา Ground Golf

ผู้เข้าชมเล่นกีฬา Ground Golf



ส่งเสริมการออกกำลังกายและการเล่นกีฬา

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นายประจัญ กิ่งมิ่งแฮ

ที่อยู่ปัจจุบัน 305 ซอยพรมประกาย ตำบลหนองหมากแข้ง
อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

ที่ทำงานปัจจุบัน สถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตอุดรธานี

ตำแหน่ง ผู้ช่วยอธิการบดี

การศึกษา	2500	โรงเรียนบ้านหนองแดง ตำบลสี้อ อำเภอกุมภวาปี
	2503	โรงเรียนมัธยมน้ำตาลอนุสรณ์ อำเภอกุมภวาปี
	2507	โรงเรียนกุมภวาปี อำเภอกุมภวาปี
	2511	โรงเรียนฝึกหัดครูพลานามัย กรุงเทพมหานคร
	2516	การศึกษาระดับบัณฑิต สาขาวิชาพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (พลศึกษา)
	2524-2526	Certificate on Physical Education school of Education Okayama University Japan.
	2523-2534	Research Student , Okayama University . Japan.
	2538	Certificate on Social Sports Management. Hiroshimacity Japan.
	2541	ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมวิทยาการพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	2543-2544	Student Exchang Program, Research student University of the Ryukyus , Okinawa Japan.
	2548	ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประวัติการทำงาน

	2517-2520	ครูโรงเรียนกุมภวาปี กรมสามัญศึกษา
	2520-2538	อาจารย์วิทยาลัยพลศึกษาจังหวัดอุดรธานี กรมพลศึกษา
	2539-2547	ผู้ช่วยผู้อำนวยการวิทยาลัยพลศึกษาจังหวัดอุดรธานี
	2548	ผู้ช่วยอธิการบดีสถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตอุดรธานี กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา