



รายงานการวิจัย

เรื่อง

การพัฒนานอกระบบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

The Development of indicator for Management of Elder Health
Well-Being in the Northeast

โดย

พระครูปริยัติคุณรังษี, ผศ.ดร.

นางสงสุข ภาแก้ว

รองศาสตราจารย์.ดร.ภัทรพร เกษสังข์

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยวิทยาเขตสงขลา

พ.ศ. ๒๕๖๐

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

MCU RS 610760130



รายงานการวิจัย

เรื่อง

การพัฒนาองค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
The Development of indicator for Management of Elder Health
Well-Being in the Northeast

โดย

พระครูปริยัติคุณรังษี, ผศ.ดร.

นางสงสุข ภาแก้ว

รองศาสตราจารย์,ดร. ภัทรพร เกษสังข์

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยวิทยาลัยสงฆ์เลย

พ.ศ. ๒๕๖๐

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

MCU RS 610760130

(ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย)



Research Report

The Development of indicator for Management of Elder Health

Well-Being in the Northeast

By

Assist. Prof. Dr. Phrakhrupariyattikhunrangi

Songsuk Phakaew

Assoc. Prof. Dr. Patthraporn Kessung

Mahachulalongkornrajavidyalaya University, Loei Buddhist College

B.E. 2560

Research Project Funded by Mahachulalongkornrajavidyalaya University

MCU RS 610760130

(Copyright of Mahachulalongkornrajavidyalaya University)

ชื่อรายงานการวิจัย : การพัฒนาองค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ผู้วิจัย : พระครูปริยัติคุณรังษี, ผศ.ดร., นางสงสุข ภาแก้ว, รศ.ดร.ภัทรพร เกษสังข์

ส่วนงาน : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาลัยสงฆ์เลย

ปีงบประมาณ : ๒๕๖๐

ทุนอุดหนุนการวิจัย : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ๑) พัฒนาตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ๒) ตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และ ๓) สร้างคู่มือการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเลย การเก็บข้อมูลกับกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาการพัฒนาตัวชี้วัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ๓ กลุ่ม คือ (๑) ตัวแทนเจ้าหน้าที่ของรัฐ จำนวน ๖ คน (๒) พระวิทยากรอบรมเรื่องจิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน ๓ รูป (๓) ตัวแทนผู้สูงอายุเข้าร่วม จำนวน ๑๓ คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่กำลังศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุประจำจังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พ.ศ. ๒๕๖๐ จำนวน ๓ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเลย จังหวัดหนองบัวลำภู จังหวัดอุดรธานี จำนวน ๔๐๐ คน และกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการสร้างคู่มือการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเลย ประกอบด้วย ๓ กลุ่ม คือ (๑) ตัวแทนเจ้าหน้าที่ของรัฐ จำนวน ๖ คน (๒) พระสงฆ์ จำนวน ๓ รูป (๓) ตัวแทนผู้สูงอายุที่เข้าร่วม จำนวน ๑๐ คน วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการตอบแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็นวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสองอันดับ

ผลการวิเคราะห์ เป็นดังนี้

๑. ผลการพัฒนาตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า การจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือแบ่งออกเป็นองค์ประกอบ ๔ องค์ประกอบ คือ ภาวะที่เป็นสุขทางกาย ภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ภาวะที่เป็นสุขทางสังคม และภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ และมีตัวชี้วัด ๓๐ ตัว

๒. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบทั้ง ๔ องค์ประกอบมีค่าเป็นบวก คือ มีค่าตั้งแต่ ๐.๓๑ – ๐.๘๒ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ ทุกค่า องค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ องค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๙ ตัว รองลงมา รองลงมา องค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม ประกอบด้วย

ตัวชี้วัด ๗ ตัว และองค์ประกอบด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๘ ตัว และองค์ประกอบด้าน
 ภาวะที่เป็นสุขทางกาย ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๖ ตัว และโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์
 (Chi-Square = 386.68, df = 350, p-Value = .09, GFI = 0.94, AGFI = 0.92, CN = 426.90,
 RMSEA = 0.02, CN = 426.90)



Research Title : The Development of indicator for Management of Elder Health
 Well-Being in the Northeast

Researchers : PhrakhuPariyattikhunrangsi, Assist.Prof,Ph.D., Songsuk Phakaew,
Assoc.Prof. DR. Patthraporn Kessung
Depatmaent : Mahachulalongkornrajavidyalaya University, Loei Buddhist College
Fical Year : 2017
Research Scholarship Sponsor : Mahachulalongkornrajavidyalaya University

Abstract

This research aims to 1) Development Indicators management of Elder Health, Well-Being in the Northeast. 2) Check the consistency of the indicators model management of Elder Health, Well-Being in the Northeast with empirical data and 3) create a guide to managing the Elder Health, Well-Being: A Case Study of Elderly in the Elderly School in Loei Province. Data collection with the 3 target groups for this study. The Development of indicator for the Management of Elder Health, Well-Being were (1) Representatives of 6 government officials (2) 3 monk lecturers, mental matter training, in Schools of the Elderly (3) Representatives of 13 elderly participants. Samples were used to check the consistency of the indicators model management of Elder Health, Well-Being namely 400 elders are studying in the elderly schools in the province. 3 provinces In the Northeast BE 2560, include Loei, Nongbualumphu and Udonthani. And 3 target audience was used to create a guide to managing the Elder Health, Well-Being were (1) Representatives of 6 government officials (2) 3 monks (3) Representing seniors attended by 10 people. Methods Data were collected by a group discussion, in-depth interview, the respondents and data analysis. Divided into qualitative data analysis. By analyzing the content and analysis of quantitative data. By analyzing two affirmative components.

The analysis was as follows.

1. The results of the Development of indicator for the Management of Elder Health, Well-Being in the Northeast found that the indicator for the Management of Elder Health, Well-Being in the Northeast divided into four components were happy physical, happy mentally, Blessed social and Spiritual joy. And there are 30 indicators.

2. Results of confirmatory factor analysis rank second. Found that the weight of the four configurations was positive. There is a value from 0.31 to 0.82 There was statistically significant at the. 01 levels, all values. The configuration with the most weight value is configuration of mental well-being. Contains 9 indicators. The second

is a configuration of happy social. Contains 7 indicators, configuration of spirituality. Contains 8 indicators and configuration of happily physical. Contains 6 indicators. And the model is consistent with empirical data (Chi-Square = 386.68, df = 350, p-Value = .09, GFI = 0.94, AGFI = 0.92, CN = 426.90, RMSEA = 0.02, CN = 426.90)



กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยเล่มนี้สำเร็จด้วยดี ด้วยความเมตตาของ พระสุธีรัตนบัณฑิต,ดร.ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ พระมหาชุตีภัก อภินนโท ผู้อำนวยการส่วนวางแผนและส่งเสริมการวิจัยสถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย และด้วยความกรุณาคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิของสถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย และผู้ทรงคุณวุฒิจากวิทยาลัยสงฆ์เลยที่ได้ให้คำแนะนำ ปรัชญา วิจัย และเสนอแนะข้อผิดพลาดต่างๆ จนโครงการงานวิจัยนี้สำเร็จ ขอขอบคุณในความกรุณาของท่านเป็นที่เสียสละเวลาอันมีค่าไว้ ณ ที่นี้ด้วย

ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์แสวง สารสิทธิ์ ดร.จรีรัตน์ ประवालัญญกร และ อาจารย์ อรรพรรณ เกษสังข์ พร้อมด้วยทุกๆ ท่าน ที่ช่วยเหลือในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย และให้คำปรึกษาอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง และที่ลืมไม่ได้ คือ โรงเรียนผู้สูงอายุ และผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์ทุกคนที่ให้ความร่วมมือ และมีน้ำใจเสียสละเวลาการให้สัมภาษณ์ทำให้คณะผู้วิจัยทำให้โครงการวิจัยเล่มนี้เสร็จสมบูรณ์ด้วยดี ขอขอบคุณจากใจจริงของผู้วิจัย

ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญประจำมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยที่ได้คอยให้กำลังใจในการตรวจแก้ทุกครั้ง ขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่ง

พระครูปริยัติคุณรังษี,ผศ,ดร.และคณะ

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ค
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่ ๑ บทนำ.....	๑
๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	๑
๑.๒ วัตถุประสงค์การวิจัย.....	๕
๑.๓ ขอบเขตการวิจัย.....	๕
๑.๔ นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย.....	๕
๑.๕ กรอบแนวคิดการวิจัย.....	๖
๑.๖ ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	๗
บทที่ ๒ ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	๘
๒.๑ แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาวะ.....	๘
๒.๒ แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต.....	๑๔
๒.๓ แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	๑๘
๒.๔ แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาตัวบ่งชี้.....	๒๓
๒.๕ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	๓๙

บทที่ ๓	วิธีดำเนินการวิจัย.....	๔๗
๓.๑	รูปแบบการวิจัย.....	๔๗
๓.๒	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	๔๘
๓.๓	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	๔๙
๓.๔	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	๕๐
๓.๕	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	๕๒
๓.๖	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	๕๔
๓.๗	สรุปกระบวนการวิจัย.....	๕๖

บทที่ ๔	ผลการวิจัย.....	๕๗
๔.๑	ผลการพัฒนาตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.....	๕๗
๔.๒	ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับข้อมูลเชิงประจักษ์.....	๖๘
๔.๓	ร่างคู่มือการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเลย.....	๗๙
๔.๔	องค์ความรู้จากการวิจัย.....	๘๙

บทที่ ๕	สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	๙๐
---------	-----------------------------------	----

๕.๑ สรุปผลการวิจัย.....

.....๙๐

๕.๒ อภิปรายผลการวิจัย.....

.....๙๓

๕.๓ ข้อเสนอแนะการวิจัย.....

.....๙๖

บรรณานุกรม.....

.....๙๗

ภาคผนวก.....

.....๑๐๒

ภาคผนวก ก บทควมวิจัย

.....๑๒๑

ภาคผนวก ข กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนำผลจากโครงการวิจัย

ไปใช้ประโยชน์

.....๑๒๐

ภาคผนวก ค ตารางเปรียบเทียบวัตถุประสงค์

.....๑๒๒

ภาคผนวก ง เครื่องมือการวิจัย

.....๑๒๕

ภาคผนวก จ รูปภาพการดำเนินการวิจัย ..

.....๑๓๐

ภาคผนวก ฉ แบบสรุปโครงการวิจัย

.....๑๓๕

ภาคผนวก ช ประวัตินักวิจัย

.....๑๔๒

สารบัญตาราง

ตารางที่

หน้า

๓.๑	สรุปเกณฑ์ที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้อง.....	๕๓
๔.๑	ตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางกาย.....	๖๖
๔.๒	ตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ.....	๖๖
๔.๓	ตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม.....	๖๗
๔.๔	ตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ.....	๖๗
๔.๕	ผลการตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์องค์ประกอบ.....	๖๘
๔.๖	ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับแรก องค์ประกอบที่ ๑ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางกาย.....	๗๐
๔.๗	ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับแรก องค์ประกอบที่ ๒ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ.....	๗๑
๔.๘	ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับแรก องค์ประกอบที่ ๓ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม.....	๗๓
๔.๙	ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับแรก องค์ประกอบที่ ๔ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ.....	๗๔
๔.๑๐	ผลการวิเคราะห์โมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสองของตัวชี้วัด การจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.....	๗๕
๔.๑๑	ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลองค์ประกอบการจัดการ สุขภาวะของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับข้อมูลเชิงประจักษ์.....	๗๗

หน้า

๔.๑ ตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางกาย..... ๖๙

๔.๒ ตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ..... ๗๑

๔.๓ ตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม..... ๗๒

๔.๔ ตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ..... ๗๔

๔.๕. โมเดลองค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
..... ๗๘

๔.๖ องค์ความรู้จากการวิจัย.....๘๙



บทที่ ๑

บทนำ

๑.๑ ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙) เน้นการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมมีคุณภาพมีคุณค่าสามารถปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลงเป็นพลังในการพัฒนาสังคม (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ : ๒๕๕๓)^๑ และได้กล่าวไว้ว่าประชากรสูงอายุในโลกจะเพิ่มขึ้นเกิดผลกระทบจากการเป็นสังคมผู้สูงอายุของประเทศต่างๆ ได้แก่ เกิดการย้ายถิ่นของแรงงานข้ามชาติทั้งแรงงานที่มีฝีมือและไร้ฝีมือเพื่อทดแทนกำลังแรงงานในประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อความมั่นคงและสังคมของประเทศนั้นๆเกิดความหลากหลายทางวัฒนธรรมขณะเดียวกันเกิดภาวะสมองไหลโครงสร้างการใช้จ่ายงบประมาณเปลี่ยนแปลงไปประเทศที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจะมีรายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นทำให้งบประมาณสำหรับการลงทุนพัฒนาในด้านอื่นๆลดลงการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของโลกอย่างต่อเนื่องประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุมานานกว่า ๔๐-๕๐ ปี เช่น ฝรั่งเศส สวีเดน สหรัฐอเมริกา อิตาลี และญี่ปุ่น ส่วนประเทศที่กำลังพัฒนา อาทิ เกาหลี สิงคโปร์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนจีน อินโดนีเซีย บรูไน เวียดนาม และประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา

โครงสร้างประชากรของประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ววิวัฒนาการของเทคโนโลยีด้านการแพทย์และสาธารณสุขทำให้คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้นจำนวนประชากรวัยสูงอายุเพิ่มมากขึ้นประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานลดลงในช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙) จากสัดส่วนประชากรเด็ก : แรงงาน : ผู้สูงอายุร้อยละ ๒๐.๕ : ๖๗.๖ : ๑๑.๙ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ เป็นร้อยละ ๑๘.๓ : ๖๖.๙ : ๑๔.๘ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ประชากรผู้สูงอายุมีสัดส่วนร้อยละ ๑๑.๙ ในปัจจุบันและจะเพิ่มเป็นร้อยละ ๑๔.๘ เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙)^๒ ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วและจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ จากการคาดการณ์ในปี ๒๕๖๘ หรืออีก ๑๕ ปี ข้างหน้าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น ๑๔.๙ ล้านคนคิดเป็นร้อยละ ๒๐.๕ และในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ จะเพิ่มขึ้นเป็น ๑๗.๘ ล้านคนคิดเป็นร้อยละ ๒๕ ของประชากรทั้งประเทศ นั่นก็หมายความว่าในประชากรทุกๆ ๔ คนจะมีผู้สูงอายุ ๑ คน อัตราการเพิ่มแบบนี้เรียกว่าเป็นการเพิ่มที่ทวีคูณของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นในประเทศไทย

^๑ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙), กรุงเทพมหานคร : สำนักนายกรัฐมนตรี, ๒๕๕๓.

^๒ อ้างแล้ว

ไม่ใช่แค่เพียงประเทศไทยประเทศเดียวแต่เป็นแนวโน้มที่เกิดขึ้นกับทุกประเทศอย่างต่อเนื่องถือว่าประเทศไทยเป็นอันดับที่ ๒ รองจากสิงคโปร์ และผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนมากกว่าเพศชายคือ ๕๕ : ๔๕ และจะแตกต่างกันมากขึ้นตามกลุ่มอายุที่สูงขึ้นเพราะประชากรหญิงมีอายุที่ยืนยาวกว่าชายส่วนโครงสร้างประชากรของประเทศไทยมีการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วเช่นกันตามทะเบียนราษฎรในปี พ.ศ. ๒๕๓๘, ๒๕๔๓ และ ๒๕๔๔ มีจำนวนผู้สูงอายุ ๔๕๖,๐๐๐ ๕๘๗,๐๐๐ และ ๗๒๘,๖๙๕ คนคิดเป็นร้อยละ ๖.๖๙, ๗.๖๙ และ ๑๓.๒๐ ตามลำดับ (ศรีประภา ลุนละวงศ์ : ๒๕๕๕)^๓

การเพิ่มจำนวนขึ้นของผู้สูงอายุท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรงเช่นทุกวันนี้ ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตอยู่ในบ้านปลายอย่างมีความสุขของผู้สูงอายุ (สุวัจน์ เทียรทอง และชนินทร์ เจริญกุล, ๒๕๓๗)^๔ ในขณะที่กระแสการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และวัฒนธรรมที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรง การเปลี่ยนแปลงการผลิตจากภาคเกษตรกรรมมาเป็นอุตสาหกรรม ทำให้การดำเนินชีวิตและอาชีพเปลี่ยนไป ประชากรมีบุตรน้อยลง บุตรต้องออกไปทำงานนอกบ้าน หรือย้ายถิ่นไปทำงานที่อื่น สตรีออกไปทำงานนอกบ้านมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุขาดคนดูแล หรือต้องอยู่ตามลำพัง (สุวัจน์ เทียรทอง และชนินทร์ เจริญกุล, ๒๕๓๗: ๑๘, ๒๖)^๕ การสูงอายุเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ความชราไม่ใช่โรค ไม่ทำให้เกิดอาการใด ๆ ไม่รบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน แต่สามารถทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย และมักมีความรุนแรง และใช้เวลาในการฟื้นตัวมากกว่าวัยอื่น เนื่องจากความเสื่อมของร่างกายจึงทำให้เกิดปัญหาโรคเรื้อรังขึ้น โรคที่พบในผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ ได้แก่ มะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์/อัมพาต โรคหัวใจและหลอดเลือด วัณโรค โลหิตจาง ความจำเสื่อม โรคไขข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม และปวดเมื่อยหลังและบั้นเอว เป็นต้น ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง หรือคนดูแล คิดเป็นร้อยละ ๒๒ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โรคของผู้สูงอายุแสดงอย่างไม่จำเพาะหรือตรงไปตรงมา และเกิดลักษณะแบบเฉียบพลัน ร้อยละ ๕๐ ของผู้ป่วยสูงอายุ แนวโน้มมีโรคเกิดขึ้นในตัวมากกว่า ๒ โรค (เยาวภา ใจรักดี, ๒๕๕๒)^๖ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ป่วยเป็นโรคมะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด วัณโรค โลหิตจาง ความจำเสื่อม โรคไขข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม มากเป็นอันดับต้นเมื่อเทียบกับทุกภาค อีกทั้งยังพบอีกว่าประชาชนในวัยทำงานที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมาทำงานต่างถิ่นทำให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง มีผู้สูงอายุหลายคนต้องเผชิญกับภาวะเปื้อ เหงา ขาดคนดูแลเอาใจใส่ รู้สึก

^๓ ศรีประภา ลุนละวงศ์, “มองไปข้างหน้าถึงเวลาเตรียมพร้อมรับสังคมผู้สูงอายุ”, **เพื่อนสุขภาพศูนย์อนามัยที่ ๕**, ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๖ (๒๕๕๕) : ๑-๓.

^๔ สุวัจน์ เทียรทอง, และชนินทร์ เจริญกุล, “เศรษฐกิจ สุขภาพและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา จังหวัดนครสวรรค์”, **วารสารสาธารณสุขศาสตร์**, ปีที่ ๒๔ ฉบับที่ ๑ (มกราคม ๒๕๓๗) : ๑๗-๓๐.

^๕ อ้างแล้ว

^๖ เยาวภา ใจรักดี, (๒๕๕๒) “**สุขภาพผู้สูงอายุในศตวรรษหน้า**”, [ออนไลน์], แหล่งที่มา : <http://www.pt.mahidol.ac.th/knowledge/?p=๒๑๗๒๕๕๒>, [๕ มกราคม ๒๕๖๐].

ตนเองไร้คุณค่า และหาความสุขในชีวิตที่เหลืออยู่ไม่ค่อยได้ (กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๓)⁷

จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้นมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ปรากฏการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ย่อมเกิดผลกระทบในด้านสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเอง อีกทั้งยังส่งผลต่อโครงสร้างทางสังคมเศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศเป็นอย่างมาก ครอบครัวสังคมไทยจำนวนมากที่ประสบปัญหาไม่สามารถรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุได้ ผู้สูงอายุบางส่วนจึงต้องไปพึ่งภาครัฐ ทำให้หน่วยงานภาครัฐจำเป็นต้องดำเนินการเตรียมความพร้อมจัดทำนโยบายและแผนระยะยาวไว้รองรับเพื่อให้เกิดความคุ้มครองในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น จึงได้มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรดังที่ปรากฏไว้ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๕๖) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๒ ได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการรองรับภาวะผู้สูงอายุไว้ ๕ ยุทธศาสตร์โดยยุทธศาสตร์สำคัญลำดับแรกคือยุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ รัฐบาลจึงได้ร่วมกับคณะกรรมการผู้สูงอายุในการขับเคลื่อนนโยบายรวมถึงกระทรวงที่เกี่ยวข้องทุกกระทรวงที่บูรณาการร่วมกันในการขับเคลื่อนนโยบายในการสนับสนุนผู้สูงอายุรวม ๓ ด้าน คือ นโยบายด้านแรกคืออยู่อย่างสบายกายรัฐบาลได้มีการปรับค่าเบี้ยการจ่ายเบี้ยจรัญรายเดือนจาก ๕๐๐ บาทเป็นระบบขั้นบันไดควบคู่กับนโยบายส่งเสริมสุขภาพ ๓๐ บาทรองรับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทุกโรงพยาบาล ประสานงานกับหน่วยงานในการจัดหาสถานที่ที่จะอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุทุกคนให้เหมาะสมรวมถึงการสนับสนุนสร้างวินัยในการออมภายใต้พระราชบัญญัติกองทุนการออมแห่งชาติประจำปี ๒๕๕๔ นโยบายด้านที่สองคือการอยู่อย่างมีคุณค่าโดยการถ่ายทอดเจตนารมณ์ปัญหาของผู้สูงอายุและรวมถึงการรณรงค์ให้ลูกหลานตระหนักถึงการเคารพคุณค่าที่ผู้สูงอายุได้มีการเสียสละให้กับลูกหลานและคนรุ่นหลังสร้างเวทีที่จะขยายโอกาสให้ผู้สูงอายุทุกท่านที่จะร่วมถ่ายทอดประสบการณ์ให้กับคนรุ่นใหม่รวมถึงการขยายโอกาสในการประกอบอาชีพให้เหมาะสมกับสุขภาพเวลาและสถานที่ที่ผู้สูงอายุจะอำนวยความสะดวกได้นโยบายด้านที่สาม คือ ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างมีความสุขและสุขใจด้วยการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุได้สามารถพบปะพูดคุยกันแลกเปลี่ยนและทำกิจกรรมร่วมกันมีกิจกรรมที่เรียกว่าคน ๓ วัยแต่ใจตรงกัน คือ ผู้สูงอายุวัยทำงานและลูกหลานรวมอยู่ในสถานที่ชุมชนเพื่อให้การบริหารจัดการ การดูแลผู้สูงอายุให้มีระบบและให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องต้องตระหนักช่วยกันจากนโยบายที่กำหนดไว้นำมาสู่การปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพนั้นควรมีการจัดการที่ดีเพื่อตอบสนองนโยบาย ซึ่งการส่งเสริมการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุให้มีการปฏิบัติจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง ป้องกันโรค สามารถดำเนินชีวิตอยู่ใน

⁷ กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข, (๒๕๕๓), รักเข้าใจ “ผู้สูงอายุ” ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต”,
[ออนไลน์], แหล่งที่มา : http://www.dmh.go.th/stry_libnews/view.asp?id=๑๓๑๖๕, [๕ มกราคม ๒๕๖๐].

สังคมได้อย่างปกติสุข และช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการในชีวิตเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การจัดการสุขภาวะที่ส่งเสริมกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุให้สามารถปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ มีความสุข สามารถดำเนินชีวิตร่วมอยู่ในสังคมได้โดยไม่เป็นภาระหรือสร้างความเดือดร้อนให้กับผู้อื่น อีกทั้งการส่งเสริมที่เป็นไปตามความต้องการของผู้สูงอายุนั้น ๆ และสอดคล้องกับสภาพที่เป็นจริงทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิตใจ สุขภาพทางสังคม และสุขภาพจิตวิญญาณจะทำให้คุณภาพของผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดีขึ้น จากรายงานการวิจัยของ กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์ (ม.ป.ป.)^๘ พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีสุขภาวะทางจิตสูงกว่าเพศหญิง และงานวิจัยของ วัชรพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (๒๕๕๗)^๙ พบว่าผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพโดยนวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันการดูแลสุขภาวะอาจไม่เหมือนกัน ดังนั้น การศึกษาวิจัยครั้งนี้จะศึกษาการจัดการสุขภาวะที่เป็นภาพรวมและการจัดการผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงด้วย

ข้อมูลที่กล่าวมาเป็นปัญหาสำคัญที่ทุกฝ่ายต้องร่วมมือกันหาวิธีการจัดการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุ คณะผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ไม่ได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ จึงเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหาอย่างต่อเนื่องตลอดมา ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาตัวบ่งชี้สำหรับผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ว่าเราจะต้องบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในประเด็นใดก่อนหลัง และหาแนวทางการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุ อาจมีทั้งแนวทางบางประเด็นสำหรับผู้สูงอายุเพศชายและผู้สูงอายุเพศหญิง เพื่อเป็นคู่มือการนำไปใช้เป็นแนวทางกำหนดงานระดับนโยบาย ระดับชุมชน ระดับบุคคล ถ้ามีการพัฒนาตัวบ่งชี้และคู่มือสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยอย่างเป็นระบบแล้ว การแก้ปัญหาและสร้างมาตรการทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุให้เกิดความมั่นคงในการดำรงชีวิตสอดคล้องกับนโยบายเร่งด่วนตามยุทธศาสตร์การวิจัยของชาติสืบไป จะทำให้ไม่เป็นภาระของครอบครัว และภาระของภาระของภาครัฐอีกต่อไป และส่งเสริมให้ประเทศเป็นประเทศที่เข้มแข็ง

๑.๒ วัตถุประสงค์การวิจัย

๑.๒.๑ เพื่อพัฒนาตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

๑.๒.๒ เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับข้อมูลเชิงประจักษ์

^๘ กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์, (ม.ป.ป.). “สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุไทย”, [ออนไลน์], แหล่งที่มา : www.bu.ac.th/knowledgecenter/epaper/july_dec๒๐๑๒/pdf/aco๙.pdf, [๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๐].

^๙ อ่างแล้ว

๑.๒.๓ เพื่อสร้างร่างคู่มือการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเลย

๑.๓ สมมุติฐานการวิจัย

โมเดลตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

๑.๔ ขอบเขตของของการวิจัย

คณะผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการศึกษา ซึ่งครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับขอบเขตด้านประชากร กลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มเป้าหมาย ขอบเขตด้านพื้นที่ และขอบเขตด้านเนื้อหา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

๑.๔.๑ ขอบเขตด้านประชากร กลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มเป้าหมาย

๑.๔.๑.๑ กลุ่มเป้าหมาย ที่ใช้ในการพัฒนาตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ
กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาการพัฒนาตัวชี้วัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ๓ กลุ่ม คือ (๑) ตัวแทนเจ้าหน้าที่ของรัฐ จำนวน ๙ คน (๒) พระวิทยากรอบรมเรื่องจิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน ๘ รูป (๓) ตัวแทนผู้สูงอายุเข้าร่วม จำนวน ๑๓ คน โดยเลือกแบบเจาะจง

๑.๔.๑.๒ ประชากร และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ

๑) ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุที่กำลังศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุประจำจังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พ.ศ. ๒๕๕๙ จำนวน ๑,๖๖๕ คน

๒) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่กำลังศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุประจำจังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พ.ศ. ๒๕๕๙ จำนวน ๓ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเลย จังหวัดหนองบัวลำภู จังหวัดอุดรธานี จำนวน ๒๐๐ คน โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน

๑.๔.๑.๓ กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการสร้างคู่มือการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเลย

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการสร้างคู่มือการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเลย ประกอบด้วย ๓ กลุ่ม คือ (๑) ตัวแทนเจ้าหน้าที่ของรัฐ จำนวน ๑๐ คน (๒) พระสงฆ์ จำนวน ๑๐ รูป (๓) ตัวแทนผู้สูงอายุที่เข้าร่วม จำนวน ๑๐ คน (สูงอายุเพศชาย จำนวน ๕ คน และสูงอายุเพศหญิง จำนวน ๕ คน)

๑.๔.๒ ขอบเขตด้านพื้นที่

การศึกษานี้ ศึกษากับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ๓ จังหวัด ประกอบด้วย (๑) จังหวัดเลย (๒) จังหวัดหนองบัวลำภู (๓) จังหวัดอุดรธานี

๑.๔.๓ ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษารั้วนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ภาวะที่เป็นสุขทางกาย (Physical Well-being) ภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ (Mental Well-being) ภาวะที่เป็นสุขทางสังคม (Social Well-being) และภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ (Spiritual Well-being)

๑.๕ นิยามศัพท์เฉพาะ

๑.๕.๑ สุขภาวะ หมายถึง ภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ของบุคคลใน ๔ ด้าน ประกอบด้วย ภาวะที่เป็นสุขทางกาย (Physical Well-being) ภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ (Mental Well-being) ภาวะที่เป็นสุขทางสังคม (Social Well-being) และภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ (Spiritual Well-being) รายละเอียดดังนี้

๑.๕.๑.๑ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง การมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว ไม่ติดขัด มีกำลังดำเนินชีวิต ไม่เป็นโรคที่ทำให้การดำรงชีวิตไม่คล่องตัว หรือมีโรคประจำตัว อยู่แต่ไม่มีอุปสรรคต่อการดำรงชีวิต ไม่พิการหรือถ้าพิการอยู่ก็สามารถดำรงชีวิตได้อย่างไม่เป็นอุปสรรค มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่เป็นอุปัทวันตราย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพด้านกายภาพ

๑.๕.๑.๒ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง ไม่เครียดหรือคิดทำร้ายตนเอง มีความเมตตา สัมผัสกับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา ลดความเห็นแก่ตัวลง

๑.๕.๑.๓ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดีมีครอบครัวที่อบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีความภราดรภาพ มีสันติภาพ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบบริหารที่ดีและระบบการบริการเป็นกิจกรรมทางสังคม

๑.๕.๑.๔ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดีหรือจิตสัมผัสที่มีคุณค่าสูงส่งหรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละการมีความเมตตาการเข้าถึงพระรัตนตรัย สุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นความสุขแต่ละบุคคล เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อนุญช้หลุดพ้นจากความมีตัวตน มีความสุขอันประณีตและล้ำลึก ความต้องการที่พอเพียงและรู้จักเคารพในทุกชีวิต

๑.๕.๒ การจัดการสุขภาวะ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่ช่วยยกระดับของสุขภาพและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น ทางด้านการศึกษาและสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดผลต่อการปฏิบัติในสภาวะการดำเนินชีวิตประจำวันซึ่งจะนำไปสู่ภาวะสุขภาวะที่สมบูรณ์ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวม ในที่นี้ผู้วิจัยดำเนินการจัดการสุขภาวะใน ๔ ด้าน ประกอบด้วย ภาวะที่เป็นสุขทางกาย ภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ภาวะที่เป็นสุขทางสังคม และภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ

๑.๕.๓ ตัวบ่งชี้ หมายถึง ลักษณะของสารสนเทศที่เป็นสิ่งบ่งบอกหรือชี้ให้เห็นสภาวะการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง อาจจะอยู่ในรูปของข้อความที่เป็นตัวเลข สามารถสังเกตได้ในเชิงปริมาณและ เชิงคุณภาพ

๑.๕.๔ คู่มือการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ หมายถึง เอกสารที่เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมจัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย คำนำ วัตถุประสงค์ กิจกรรมที่เสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ

๑.๕.๕ ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่กำลังเรียนอยู่ในโรงเรียนผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

๑.๖ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑.๖.๑ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับในเชิงวิชาการ

๑.๖.๑.๑ พัฒนาตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่พัฒนาขึ้นหากผลการทดสอบพบว่ามีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์จะช่วยให้ได้องค์ความรู้ใหม่ที่เป็นตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุที่มีความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทสังคมไทยที่สามารถนำไปเป็นแหล่งอ้างอิงเพื่อการวิจัยต่อเนื่องหรือพัฒนาให้สมบูรณ์ให้ดียิ่งขึ้นต่อไปในอนาคต

๑.๖.๑.๒ พัฒนาตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ หากผลการทดสอบพบว่ามีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์สามารถนำไปใช้เพื่อการวิจัยประเภทอื่นต่อไปได้เช่นการสร้างโมเดลสมการโครงสร้างการวิจัยและพัฒนาหรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นต้น

๑.๖.๒ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับในการประยุกต์ใช้

๑.๖.๒.๑ ผลจากการวิจัยในครั้งนี้จะทำให้ได้ตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ได้รับการยืนยันด้วยกระบวนการวิจัยที่สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนหรือสร้างเกณฑ์ประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุ เพื่อกำหนดจุดเด่นจุดด้อยในการพัฒนาผู้สูงอายุได้อย่างสอดคล้องกับปัญหาเพื่อช่วยลดปัญหาความไม่มีคุณภาพของผู้สูงอายุได้

๑.๖.๒.๒ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุสามารถใช้ตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่พัฒนา ในระดับนโยบาย นำเสนอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและรายงานในวารสารที่อยู่ในฐาน TCI และในระดับชุมชนและระดับบุคคลโดยการนำเสนอคู่มือการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุให้โรงเรียนผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ได้เป็นข้อมูลเพื่อพัฒนาการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุของหน่วยงานของตนเอง ให้มีคุณภาพต่อไป

บทที่ ๒

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาองค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๒.๑ แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาวะ

๒.๒ แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

๒.๓ แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

๒.๔ แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาตัวบ่งชี้

๒.๕ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๒.๑ แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาวะ

๒.๑.๑ ความหมายเกี่ยวกับสุขภาวะ

สุขภาวะ (Well-being) หมายถึง ภาวะแห่งความสุขอันสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย (Physical well-being) ทางใจ (Mental well-being) ทางสังคม (Social well-being) และทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) ซึ่งสุขภาพทางกาย หมายถึง ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงคล่องแคล่วมีกำลังไม่เป็นโรคไม่พิการอวัยวะต่างๆอยู่ในสุขภาพที่ดีมีความแข็งแรงสมบูรณ์ทำงานได้ตามปกติมีประสิทธิภาพสุขภาพทางใจหมายถึงจิตใจที่มีความสุขความสามารถในการควบคุมอารมณ์ทำจิตใจให้เบิกบานมีสติมีสมาธิมีปัญหาสุขภาพทางสังคมหมายถึงความสามารถของบุคคลที่สามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมแห่งตนได้อย่างดีและมีความสุขการอยู่ร่วมกันด้วยดีมีครอบครัวที่อบอุ่นชุมชนเข้มแข็งสังคมมีความยุติธรรมมีความเสมอภาคมีความภราดรภาพมีสันติภาพสุขภาวะทางจิตวิญญาณหมายถึงความรู้สึกรู้สึกมีความสุขในจิตใจที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดีหรือจิตสัมผัสที่มีคุณค่าสูงส่งหรือสิ่งสูงสุดเช่นการเสียสละ

World Health Organization (๑๙๙๘ : ๘)¹⁰ ได้ให้ความหมายของสุขภาพ (Health) ว่า สุขภาพเป็นภาวะที่เป็นสุขทางกาย (Physical well-being) ภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ (Mental well-

¹⁰ World Health Organization. Life Skill Education for Children and Adolescents in School : Guidelines and Training. Geneva: WHO, 1998.

being) ภาวะที่เป็นสุขทางสังคม (Social well-being) และภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) ทั้งสี่มิตินี้ไม่ได้แยกจากกันหากแต่เชื่อมโยงสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องในกันและกันอย่างสภาวะทั้งทางกายทางจิตและทางสังคมมิได้หมายถึงเฉพาะการไม่พิการและการไม่เป็นโรคเท่านั้น และได้ให้ความหมายของสุขภาวะ หมายถึง ภาวะแห่งความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่มองสุขภาพที่เป็นองค์รวมที่สมบูรณ์ในทุกด้าน เชื่อมโยงและเกื้อหนุนกันใน ๔ มิติ ดังนี้

๑. สุขภาวะทางกาย หมายถึง การมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง มีเศรษฐกิจพอเพียง มีสิ่งแวดล้อมดี และไม่มีอุบัติเหตุ เป็นต้น

๒. สุขภาวะทางจิต หมายถึง จิตใจที่เป็นสุข ผ่อนคลาย ไม่เครียด คล่องแคล่ว มีความเมตตา กรุณา และมีสติหรือสมาธิ เป็นต้น

๓. สุขภาวะทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดีในครอบครัว ในชุมชน ในที่ทำงาน ในสังคม ในโลก ซึ่งรวมถึงการมีบริการทางสังคมที่ดี และมีสันติภาพ เป็นต้น

๔. สุขภาวะทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความสุขที่เกิดจากมีจิตใจสูงเข้าใจความจริงทั้งหมด มีความลดความเห็นแก่ตัว มุ่งเข้าถึงสิ่งสูงสุด เป็นต้น

Murray and Zentner (๑๙๘๙: ๗)¹¹ ให้ความหมายสุขภาวะว่าเป็นภาวะความผาสุกของบุคคลที่สามารถปรับตัวทางด้านร่างกายจิตใจอารมณ์จิตวิญญาณและสังคมในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายในและภายนอกเพื่อคงเสถียรภาพและความสุขสบายเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของบุคคลและเป้าหมายของวัฒนธรรม

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ (๒๕๕๐: ๑๐)¹² ให้ความหมายสุขภาวะ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

ยุพิน มีหมู่ (๒๕๕๑: ๙) ให้ความหมายสุขภาวะ หมายถึง ภาวะของบุคคลทั้ง ๔ ด้าน อันประกอบด้วย สุขภาวะทางกายและสุขภาวะทางจิตเป็นสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงสังเกตเห็นได้ตลอดเวลา ส่วนสุขภาวะทางสังคมเป็นการแสดงออกรวมกันของสังคม ซึ่งต้องทำความเข้าใจและยอมรับร่วมกัน

¹¹ Murray, R. B., & Zentner, J. P. *Nursing Concept for Health Promotion*. New York : Prentice-Hall, 1989.

¹² พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐. *ราชกิจจานุเบกษา*, (๒๕๕๐), เล่มที่ ๑๒๔ ตอนที่ ๑๖ ก ลงวันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๕๐, หน้า ๑๐.

ของสังคม และสุขภาวะทางปัญญาเป็นสุขภาวะที่ทำความเข้าใจได้ยากและเป็นขั้นสูงสุดของสุขภาวะองค์รวม

จรัญ จันทลักษณ์ (๒๕๕๔)¹³ สุขภาวะ คือ ความผาสุก (ภาวะอันพึงปรารถนา) ความสุข ประกอบด้วย สุขภาวะทางกาย (อยู่ดี กินดี) สุขภาวะทางใจ (อยู่ดี มีสุข) สุขภาวะทางสังคม (ชีวิตอบอุ่น) และสุขภาวะทางจิตวิญญาณ (อิมบุญ ปล่อยวาง)

นอกจากได้มีผู้ให้ความหมายแล้ว ยังมีการกล่าวถึงระบบสุขภาวะว่าคือ สุขภาวะหรือภาวะที่เป็นสุขทั้งกายจิตสังคมจิตวิญญาณเป็นความสุขและคุณค่าชีวิตซึ่งเกิดจากระบบสุขภาวะที่มีความหมายยิ่งใหญ่ครอบคลุมเกินกว่าคำว่าสาธารณสุขสภาพการณ์ของระบบสุขภาวะปัจจุบันมีวัตถุประสงค์เพื่อ “ซ่อมสุขภาวะ” ไม่ใช่เพื่อ “สร้างสุขภาวะ” การเรียนรู้การสร้างพฤติกรรมที่ดีและจัดสิ่งแวดล้อมให้เกื้อกูลคือเครื่องส่งเสริมสุขภาวะ¹⁴

และวิพุธ พูลเจริญ (๒๕๕๔: ๑๘)¹⁵ กล่าวว่าสุขภาวะเป็นกระบวนการหรือพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่คุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพตามศักยภาพของแต่ละบุคคลครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตที่ยืนยาวโดยพิจารณาจากปัจจัยทางร่างกายจิตใจสังคมจิตวิญญาณซึ่งสุขภาวะมิได้จำกัดอยู่เพียงการไม่เจ็บป่วยหรือพิการเท่านั้น

จากที่กล่าวมา สรุปสุขภาวะ หมายถึง ภาวะสุขภาวะที่สมบูรณ์ของบุคคลใน ๔ ด้าน ประกอบด้วย ภาวะที่เป็นสุขทางกาย (Physical well-being) ภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ (Mental well-being) ภาวะที่เป็นสุขทางสังคม (Social well-being) และภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being)

๒.๑.๒ แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของสุขภาวะ

ประเวศ วะสี (๒๕๕๓: ๒๒)¹⁶ ให้แนวคิดสุขภาพสอดคล้องกับนิยามสุขภาพขององค์การอนามัยโลกในบริบทของคนไทยที่มีลักษณะเป็นอุดมการณ์ที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการ

¹³ จรัญ จันทลักษณ์, (๒๕๕๔), การจัดการสุขภาวะกับการพึ่งพาตนเอง: จากภูมิปัญญาท้องถิ่นสู่สุขภาพที่ยั่งยืน. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <http://๖๑.๑๙๗๓.๑๔๒/km/?p=๔๙๑>, [๕ มกราคม ๒๕๖๐]

¹⁴ ประเวศ วะสี, สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์, พิมพ์ครั้งที่ ๓, กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัย.ระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๓, หน้า ๒๕.

¹⁵ วิพุธ พูลเจริญ, สุขภาพอุดมการณ์และยุทธศาสตร์ทางสังคม, กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๔.

¹⁶ อ่างแล้ว

เจ็บป่วยมีองค์ประกอบ ๔ มิติ คือ สุขภาวะทางกายทางจิตทางสังคมและทางจิตวิญญาณประกอบด้วย สุขภาวะใน ๔ มิติดังนี้

๑. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงคล่องแคล่วมีกำลังไม่เป็นโรคไม่มีการมีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียงไม่เป็นอุปัทวันตรายมีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ คำว่าการในที่นี้หมายถึงกายภาพด้วย

๒. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุขรื่นเริงคล่องแคล่วไม่ติดขัดมีความเมตตาสัมผัสกับความงามของสรรพสิ่งมีสติมีสมาธิมีปัญญา รวมถึงการลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วยเพราะตราบไต่ที่ยังมีความเห็นแก่ตัวก็จะมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตที่ไม่ได้

๓. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดีมีครอบครัวที่อบอุ่นชุมชนเข้มแข็งสังคมมีความยุติธรรมมีความเสมอภาคมีความภราดรภาพมีสันติภาพมีความเป็นประชาสังคมมีระบบบริหารที่ดีและระบบการบริการเป็นกิจกรรมทางสังคม

๔. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดีหรือจิตสัมผัสที่มีคุณค่าสูงส่งหรือสิ่งสูงสุดเช่นการเสียสละการมีความเมตตาการเข้าถึงพระรัตนตรัยความสุขทางจิตวิญญาณเป็นความสุขที่ระคนกับความเห็นแก่ตัวแต่เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากความมีตัวตน (Self-transcending) มีความสุขอันประณีตและล้ำลึก

วิพุธ พูลเจริญ (๒๕๔๔: ๒๓)¹⁷ ได้กล่าวถึง สุขภาวะ ว่าเป็นกระบวนการหรือพฤติกรรมที่มุ่งสู่คุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพตามศักยภาพของแต่ละบุคคลองค์ประกอบย่อยของสุขภาวะมีดังนี้

๑. สุขภาวะทางกายพิจารณาได้จากลักษณะและขนาดของร่างกายและสมรรถนะการรับรู้จากการสัมผัสทางการเจ็บป่วยและความปกติทางกายสมรรถนะกำลังกายสมรรถนะการฟื้นตัวจากการเจ็บป่วยและสมรรถนะในการดำเนินการภารกิจการทำงาน

๒. สุขภาวะทางจิตพิจารณาได้จากเขว้ปัญญาการตอบสนองและจัดการกับอารมณ์และจิตใจโลกทัศน์ที่มีต่อชีวิตค่านิยมทัศนคติและความเชื่อความมั่นใจในตนเองและการมองเห็นในคุณค่าของคน

๓. สุขภาวะทางสังคมพิจารณาได้จากความสามารถที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นการปรับตัวให้เข้ากับสถานะทางสังคมและพฤติกรรมประจำ

¹⁷ อ้างแล้ว

๔. สุขภาวะทางจิตวิญญาณพิจารณาได้จากความสามารถในการแสดงออกซึ่งจุดมุ่งหมายอันเป็นอุดมการณ์ชีวิต ความรู้สึกนึกคิดว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ มีประสบการณ์ในความรัก ความสนุกสนาน ความเศร้า สันติภาพ ความต้องการที่พอเพียงและรู้จักเคารพในทุกชีวิต

จากองค์ประกอบที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยสรุปองค์ประกอบย่อยของสุขภาวะ ออกเป็น ๔ องค์ประกอบ มีดังนี้

๑. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง การมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่วไม่ติดขัด มีกำลังดำเนินชีวิต ไม่เป็นโรคที่ทำให้การดำรงชีวิตไม่คล่องตัว หรือมีโรคประจำตัวอยู่แต่ไม่มีอุปสรรคต่อการดำรงชีวิต ไม่พิการหรือถ้าพิการอยู่ก็สามารถดำรงชีวิตได้อย่างไม่เป็นอุปสรรค มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่เป็นอุปัทวันตราย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพด้านกายภาพ

๒. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง ไม่เครียดหรือคิดทำร้ายตนเอง มีความเมตตา สัมผัสกับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา ลดความเห็นแก่ตัวลง

๓. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดีมีครอบครัวที่อบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีความภราดรภาพ มีสันติภาพ มีความเป็นประชาธิปไตย มีระบบบริหารที่ดี และระบบการบริการเป็นกิจกรรมทางสังคม

๔. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดีหรือจิตสัมผัสที่มีคุณค่าสูงส่งหรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละการมีความเมตตากรุณาการเข้าถึงพระรัตนตรัย สุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นความสุขแต่ละบุคคล เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อนุญช้หลุดพ้นจากความมีตัวตน มีความสุขอันประณีตและล้ำลึก ความต้องการที่พอเพียงและรู้จักเคารพในทุกชีวิต

๒.๑.๓ แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาวะ

องค์การอนามัยโลก กล่าวถึงการส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ประชาชนสามารถควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนให้ดียิ่งขึ้นเพื่อให้บรรลุถึงสภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งในด้านร่างกายจิตใจและความเป็นอยู่ที่ดีของสังคมบุคคลหรือกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถระบุและตระหนักถึงความปรารถนาที่มีอยู่พึงพอใจต่อความต้องการเปลี่ยนแปลงหรือจัดการกับสิ่งแวดล้อมได้ ดิถีบัตรออกตรวจว่าบัญญัติว่าการส่งเสริมสุขภาพหมายถึงกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเองในการบรรลุซึ่งสุขภาพอันสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายจิตใจและสังคมการส่งเสริมสุขภาพเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่สุดในการปฏิรูประบบสุขภาพการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยการที่สังคมมีจิตสำนึกหรือจินตนาการใหม่ในเรื่องสุขภาพดีและเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งในระดับปัจเจกบุคคลครอบครัวชุมชนโรงเรียนสถานที่ทำงานระบบบริการสังคม สื่อมวลชนตลอดจนนโยบายดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจึงมิใช่อยู่ในความรับผิดชอบของภาคสุขภาพ

(Health sector) เท่านั้นแต่ออกไปนอกวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี (Health life styles) จนถึงความรู้สึกสบายด้วย

Kar (๑๙๘๓: ๘๓)¹⁸ ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการกระทำของบุคคลและสังคมที่ทำให้เกิดวิวัฒนาการของสภาวะการอยู่ดีมีสุข (Advance of well-being) และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ซึ่งดำรงไว้ในกาปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเอง สังคมและรักษาไว้ซึ่งสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ

Green and Kreuter (๑๙๙๑: ๔)¹⁹ ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ผลรวมของกิจกรรมการสนับสนุนทางด้านการศึกษาและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดผลต่อการปฏิบัติในสภาวะการดำเนินชีวิตประจำวันซึ่งจะนำไปสู่สภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ ซึ่งการกระทำหรือการปฏิบัติเหล่านี้อาจเป็นในระดับบุคคล ชุมชน หรือกลุ่มบุคคลก็ตามย่อมส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดีของบุคคลและชุมชนโดยรวม

Murray and Zentner (๑๙๙๓: ๖๕๙)²⁰ ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กลุ่มกิจกรรมซึ่งช่วยยกระดับของสุขภาพและความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น รวมถึงการที่แต่ละบุคคล ครอบครัว ชุมชนสิ่งแวดล้อม และสังคมได้ประจักษ์ในศักยภาพสูงสุดด้านสุขภาพที่ดี

Kaplan, Sallis and Patherson (๑๙๙๓: ๘๑)²¹ ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความพยายามที่ทำให้ประชากรมีสุขภาพดี ต้องมีการป้องกันโรคและได้รับการส่งเสริมการมีสุขภาพดีในแบบแผนของการดำเนินชีวิต

พัชรี ดำรงสุนทรชัย (๒๕๕๐ อ้างถึงใน กิจปพน ศรีธานี และลำปาง แม่นมัตย์ (๒๕๕๓)²² ได้เสนอแนวทางการจัดการความรู้เพื่อสภาวะชุมชน ๑๐ ประการ ได้แก่ การรวมกลุ่มคนที่มีการตระหนักในทุกๆ ภาวะ กำหนดเป้าหมายสภาวะร่วมกันของชุมชน การใช้หน่วยงานต่าง ๆ ที่

¹⁸ Kar, S. B. *International Quarterly of Community Health Education*. s.l.: s.n., 1983.

¹⁹ Green, L. W., & Kreuter, M.W. *Health Promotion Planning : An Education and Environment approach*. Toronto: Mayfield, 1991.

²⁰ Murray, R. B., & Zentner, J. P. *Nursing Assessment and Health Promotion Strategies Through the Life Span*. New York : Appleton and Lange, 1993.

²¹ Kaplan, J.F., & Patherson, T. L. *Health and Human Behavior*. New York : McGraw-Hill, 1993.

²² อ้างแล้ว

ให้ความร่วมมือเป็นแหล่งเรียนรู้ การสร้างพื้นที่ / เวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน การทำวิจัยโดยชุมชนเพื่อหาความรู้ที่เหมาะสมกับบริบท การสกัดความรู้ที่อยู่ในตัวบุคคล / กลุ่มตัวคนเครื่องมือเพื่อนช่วยเพื่อน การขยายเครือข่ายการเรียนรู้ของชุมชน การมีผู้นำชุมชนเป็นตัวแทนสำคัญของการเพิ่มความรู้ การพัฒนาแหล่งเรียนรู้ชุมชนเพื่อเป็นคลังความรู้ และ การสร้างนักจัดการความรู้อย่างต่อเนื่องโดยไม่มองข้ามเด็กเยาวชน โดยมีองค์ประกอบสำคัญคือ คน กระบวนการจัดการความรู้และทรัพยากรที่มีในชุมชน

จรัญ จันทลักษณ์ (๒๕๕๔)²³ ได้เสนอแนวคิดการจัดการสุขภาวะชุมชนแบบเศรษฐกิจพอเพียง โดยแบ่งออกเป็นด้าน ดังนี้

๑. ด้านสุขภาพ ได้แก่ กิจกรรม “กันดีกว่าแก่” เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันด้านทานโดยยึดหลัก “อโรคยา ปรมาลาภา” อาศัยหลักการอยู่ดี – กินดี – มีกำลัง กิจกรรมการส่งเสริมพลาณามัย เน้นการออกกำลังกายแบบพอเพียงและเหมาะสม การเล่นกีฬาพื้นบ้าน ส่งเสริมการแพทย์แผนไทย ต่อยอดภูมิปัญญาชาวบ้านด้วยวิทยาการสากล

๒. ด้านจิตใจ ได้แก่ กิจกรรมตามรอยพระยุคลบาท เรื่องการปฏิบัติตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ส่งเสริมศาสนกิจ และการปฏิบัติตามหลักศีลธรรม กิจกรรมอนุรักษ์ศิลปะ วัฒนธรรมท้องถิ่นเพื่อสุขภาวะ กิจกรรมตอบแทนบุญคุณพ่อแม่และบรรพบุรุษ ขอบคุณพระเจ้า เทวดา (ตามหลักประเพณีชุมชน)

๓. ด้านการกินอยู่ ได้แก่ ส่งเสริมเกษตรอินทรีย์ เพื่อการผลิตอาหารปลอดภัย กิจกรรมอนุรักษ์ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

๔. ด้านสังคม ได้แก่ การเผยแพร่ข้อมูลของผู้สูงอายุยืนยาว ให้รางวัลและสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ ๑๐๐ ปีขึ้นไป จัดกิจกรรม “สังคมเอื้ออารี” เช่น กองทุนเงินออมชุมชน ธนาคารข้าว เป็นต้น

เสรี พงศ์พิศ (๒๕๕๔)²⁴ ได้เสนอแนวคิดการจัดการสุขภาวะชุมชนแบบเศรษฐกิจพอเพียง คือ การกินอยู่พอดี มีความสุข สร้างระบบเศรษฐกิจท้องถิ่น ใช้ความรู้และปัญญา การให้ การแบ่งปัน และมองสุขภาพของชุมชนว่า ต้องมีอาหารกิน มีความรับผิดชอบต่อตนเอง ธรรมชาติ สังคมส่วนร่วม

²³ อ้างแล้ว

²⁴ เสรี พงศ์พิศ, (๒๕๕๔), การจัดการสุขภาวะกับการพึ่งพาตนเอง: จากภูมิปัญญาท้องถิ่นสู่สุขภาพที่ยั่งยืน. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <http://๖๑.๑๙๗๓.๑๔๒/km/?p=๔๙๑> [๕ มกราคม ๒๕๖๐].

ต้องสร้างสุขภาพที่ไม่ต้องไปหาหมอ มีต้องหาทรัพยากรในท้องถิ่นให้พบ เพื่อทำกินทำใช้เอง ฟังตนเอง ได้การพัฒนาที่ยั่งยืน มี ๓ มิติ คือ

๑. รอด (หนี้) เป็นการหลุดพ้นจากปัญหาหนี้สิน ทางต้นของชีวิต

๒. พอเพียง (ระบบ) เข้มแข็งด้วยระบบเศรษฐกิจพอเพียงท้องถิ่นที่พึ่งตนเอง

๓. ยั่งยืน (เครือข่าย) มั่นคง ยืนยงได้ในโลกาภิวัตน์ ชุมทรัพย์ในชุมชนต้องมีทุนทรัพยากร ทุนทางปัญญา และทุนทางสังคม ส่วนระบบสุขภาพชุมชน นั้น มีแพทย์แผนปัจจุบัน การดูแลสุขภาพตนเองด้วยภูมิปัญญาบูรณาการ ความมั่นคงด้านอาชีพและสวัสดิการ และความมั่นคงด้านอาหาร โดยมองสุขภาพว่าเป็นชีวภาพ ปลอดภัย การกิน การอยู่ การทำงาน การศึกษา (ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ความเข้าใจโลก การพักผ่อนหย่อนใจ (การท่องเที่ยว ดนตรี กีฬา) ศิลปวัฒนธรรม (ประวัติศาสตร์ ภูมิปัญญาท้องถิ่น) จิตวิญญาณ (สมาธิ ความเรียบง่าย ความหมายของชีวิต)

๒.๒ แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต มาจากศัพท์ภาษาอังกฤษว่า “Quality of life” เป็นความหมายที่กว้าง โดยมีหน่วยงาน และนักวิชาการได้ศึกษาและกล่าวถึงคุณภาพชีวิตไว้ ดังนี้

๒.๒.๑ ความหมายของคุณภาพชีวิต

UNESCO (๑๙๘๑: ๘๙)²⁵ ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกของการอยู่อย่างพอใจ มีความสุขต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ของชีวิตที่มีส่วนสำคัญต่อบุคคลนั้น

World Health Organization: WHO (๑๙๙๗ : ๒)²⁶ ได้ให้ความหมาย คุณภาพชีวิตเป็น การรับรู้ของแต่ละบุคคลในบริบทที่ดำรงชีวิตภายใต้วัฒนธรรมและระบบคุณค่า ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเป้าหมายตามคาดหวัง มาตรฐาน และความตระหนักของบุคคลนั้น ๆ

²⁵ UNESCO. Quality of life: An Orientation to Population Education. New York: UNESCO, 1981.

²⁶ World Health Organization: WHO. The World Health Organization Quality of life Assessment (WHOQOL). New York: Springer-Verilog, 1997.

Wikipedia. (๒๐๑๗)²⁷ กล่าวถึง คุณภาพชีวิตว่าเป็นความเป็นอยู่ที่ดีอย่างมีความสุข (Well-being) ของบุคคล สังคม และองค์กร

พัชรภรณ์ คนกล้า (๒๕๔๗: ๘)²⁸ ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิต หมายถึง การมีชีวิตที่สมบูรณ์ในด้านชีวิตทางร่างกายและทางจิตใจซึ่งเกิดจากการให้ความสำคัญและความพึงพอใจต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ตามสภาพการณ์และสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่หรือได้รับอยู่ด้วยการรับรู้และตัดสินใจของมนุษย์ในช่วงเวลาหนึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลาและสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

สุพรรณิการ์ มาศยงค์ (๒๕๕๔: ๗)²⁹ ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิต หมายถึง การดำรงชีวิตในระดับที่เหมาะสมของมนุษย์ตามสภาพความจำเป็นพื้นฐานในสังคม โดยตอบสนองสิ่งที่ต้องการทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมอย่างเพียงพอจนก่อให้เกิดความสุขตลอดจนการมีสุขภาพทางร่างกาย จิตใจที่ดี

นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เกลยกิตติ (๒๕๕๗: ๖๖)³⁰ อธิบายถึงคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลในบริบทที่ดำรงชีวิตภายใต้วัฒนธรรมและระบบคุณค่าของแต่ละบุคคล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเป้าหมายตามคาดหวัง มาตรฐาน และการตระหนักของแต่ละบุคคล

วัลลภา เขยบัวแก้ว (๒๕๖๐)³¹ ได้สรุปคำจำกัดความคุณภาพชีวิตจากหลากหลายสาขาว่าคุณภาพชีวิตจะกล่าวถึงความสุข ความอยู่ดีมีสุขของบุคคลและสังคมที่มีบริบทของสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ การศึกษา การเมือง ศาสนา สุขภาพการศึกษา สวัสดิการ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ รายได้ การมีงานทำ ความเสมอภาค เทคโนโลยี และความผูกพันในสังคมเข้ามาเกี่ยวข้อง

²⁷ Wikipedia. Quality of life. Retied, ๒ ๐ ๑ ๘ May, 7 ,from https://en.wikipedia.org/wiki/Quality_of_life , 2017.

²⁸ พัชรภรณ์ คนกล้า, คุณภาพชีวิตในโรงเรียนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดกาฬสินธุ์, การค้นคว้าอิสระการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, ๒๕๔๗.

²⁹ สุพรรณิการ์ มาศยงค์, คุณภาพชีวิตในโรงเรียนของรักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสถิติประยุกต์และเทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, ๒๕๕๔.

³⁰ นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เกลยกิตติ คุณภาพชีวิต: การศึกษาในผู้สูงอายุไทย. วารสารพยาบาลทหารบก. ปีที่ ๑๕ ฉบับที่ ๓, ๒๕๕๗, หน้า ๖๔-๗๐.

³¹ วัลลภา เขยบัวแก้ว, กรอบคุณภาพชีวิต, ค้นเมื่อ ๑๕ เมษายน ๒๕๖๐, จาก www2.tsu.ac.th/org/lic/uploads/images/life.docx (๒๕๖๐).

แม้ว่ามีมิติหรือองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ส่วนหลักมีความเหมือนกัน และมีมิติหรือองค์ประกอบบางอย่างที่มีความแตกต่างกัน ขึ้นกับความแตกต่างระหว่างบุคคลบริบทอื่น ๆ เช่น พื้นที่ สิ่งแวดล้อม รายได้ และได้สรุปคุณภาพชีวิตว่าเป็นความสุขและความอยู่ดีมีสุข ด้านต่าง ๆ เช่น ด้านร่างกาย ด้านสังคม ด้านอารมณ์ ฯลฯ และส่งผลให้คนมีความพอใจในชีวิต ชีวิตมั่นคง พอเพียง และยั่งยืน

จากความหมายของคุณภาพชีวิตที่หน่วยงาน และนักวิชาการกล่าวไว้ข้างต้นพอสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความสุขและความอยู่ดีมีสุขของการดำรงชีวิตต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ของชีวิต ที่มีส่วนสำคัญต่อบุคคลนั้นในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านร่างกาย ด้านสังคม ด้านอารมณ์ ฯลฯ และส่งผลให้คนมีความพอใจในชีวิต ชีวิตมั่นคง พอเพียง และยั่งยืน

๒.๒.๒ ความสำคัญของคุณภาพชีวิต

สุทธิพร บุญส่ง (๒๕๕๙: ๕ อ้างถึงใน สุพรรณิการ์ มาศยศ, ๒๕๕๔: ๗)³² ความสำคัญของคุณภาพชีวิตว่าสังคมที่สมาชิกส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดี เชื่อได้ว่าผู้คนในสังคมจะต้องมีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ของตน มีคุณธรรมและจริยธรรม เสียสละเพื่อส่วนรวม สังคมนั้นย่อมมีความเจริญก้าวหน้า หากสังคมใดที่สมาชิกส่วนใหญ่ด้อยคุณภาพ แม้ว่าสังคมนั้นจะมีทรัพยากรธรรมชาติอุดมสมบูรณ์เพียงใด ก็ไม่อาจทำให้สังคมนั้นเจริญและพัฒนาให้ทันหรือเท่าเทียมกับสังคมที่มีสมาชิกในสังคมที่มีคุณภาพได้ อีกทั้งสุพรรณิการ์ มาศยศ (๒๕๕๔: ๗)³³ กล่าวอีกว่าคุณภาพชีวิตมีความสำคัญต่อตนเอง ครอบครัว สังคม ชุมชน และประเทศชาติ สมาชิกทุกคนจึงควรรู้จักและเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตให้ถูกต้องและช่วยกันพัฒนา ปรับปรุงตนเอง ครอบครัว สังคม ชุมชน ประเทศชาติ และสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพ และชีวิตที่ดีร่วมกันได้ในที่สุด ด้วยเหตุนี้ คุณภาพชีวิตจึงมีความสำคัญอย่างมากที่สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขและมีความสุขภาวะในบั้นปลายของชีวิต (นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, ๒๕๕๗: ๖๖)³⁴ จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าคุณภาพมีความสำคัญต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม ที่สามารถทำให้การดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข

๒.๒.๓ องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

³² อ้างแล้ว

³³ อ้างแล้ว

³⁴ อ้างแล้ว

จากคุณภาพชีวิตที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตเป็นรูปแบบของการมีชีวิตที่มีความสุข การดำรงชีวิตอย่างมีความสุขจะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบด้วยหลายด้านที่จะช่วยให้เกิดความสุข ซึ่งมีนักวิชาการได้กล่าวถึงองค์ประกอบไว้หลากหลาย ดังนี้

Flanagan (๑๙๘๗: ๑๓๘-๑๓๙ cited in Frisch, et al., ๑๙๙๒: ๙๕)³⁵ ได้กล่าวถึง องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ๕ องค์ประกอบ คือ

๑. ความผาสุกทางด้านร่างกาย และวัตถุ (Physical and material well-being) เช่น การมีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง การมีความสุขด้านวัตถุ เช่น การมีบ้านน่าอยู่ การอยู่ดี กินดี มีเครื่องอำนวยความสะดวก

๒. การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relations with other people) เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง

๓. การมีกิจกรรมในสังคมและชุมชน (Social community and activity) เช่น การได้มีโอกาสสนับสนุนและช่วยเหลือผู้อื่น

๔. การมีพัฒนาการทางบุคลิกภาพและมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการ (Personal development and fulfillment) เช่น การมีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้ การสนใจการเรียน การเข้าใจตนเอง

๕. การมีสันทนาการ (Recreation) เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม การได้รับสิ่งบันเทิงใจ การพักผ่อน การอ่านหนังสือ ฟังดนตรี และการมีส่วนร่วมในสังคม

Bowling (๑๙๙๕ อ้างถึงใน ชุมพร ฉ่ำแสง และคณะ (๒๕๕๕: ๘)³⁶ ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของประชาชน พบว่า องค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิต ๕ อันดับแรก คือ

๑. สัมพันธภาพภายในครอบครัว หรือกับบุคคลอื่น ได้แก่ สัมพันธภาพกับคู่สมรส สัมพันธภาพกับบุตร สัมพันธภาพกับเพื่อน สัมพันธภาพกับบิดามารดา เป็นต้น

³⁵ Frisch, et al. Clinical validation of the Quality of life inventory, A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. **Psychological Assessment**. Vol.๔No.๑, (1992, March), ๙๒-๑๐๑.

³⁶ ชุมพร ฉ่ำแสง และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรฝ่ายการพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ๒๕๕๕.

๒. สุขภาพของตนเอง ได้แก่ การมีสุขภาพกายที่ดี ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม เป็นต้น

๓. สุขภาพของบุคคลใกล้ชิดและที่รับผิดชอบ ได้แก่ สุขภาพของคู่สมรส เป็นต้น

๔. ความมั่นคงทางการเงิน ที่อยู่อาศัย และมาตรฐานการดำรงชีวิต ได้แก่ การมีงานทำ มีสิ่งอำนวยความสะดวก

๕. ชีวิตสังคมและกิจกรรมอดิเรก ได้แก่ การเดินทางท่องเที่ยว เป็นต้น

Ferrell et al. (๑๙๙๕ อ้างถึงใน ชุมพร ฉ่ำแสง และคณะ, ๒๕๕๕: ๗)³⁷ ได้สรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิต ๔ องค์ประกอบ คือ

๑. องค์ประกอบความผาสุกด้านร่างกาย และอาการทางกาย (Physical well-being and symptom) คือ ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกาย เช่น ความเหนื่อยล้า ความเจ็บป่วย และความสุขของร่างกาย

๒. องค์ประกอบความผาสุกด้านจิตใจ (Psychological well-being) คือ ความสามารถในการควบคุมความวิตกกังวล ความรู้สึกซึมเศร้า ความทุกข์ทรมาน ความกลัว

๓. องค์ประกอบความผาสุกด้านสังคม (Social well-being) คือ ความสามารถในการควบคุมความรู้สึกทุกข์ทรมานใจ ความสามารถในการดำรงอยู่ในสังคมได้ตามปกติ การมีสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวและสังคม

๔. องค์ประกอบความผาสุกด้านสิ่งแวดล้อม (Environment well-being) คือ ความสามารถของตนที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม

World Health Organization: WHO (๑๙๙๗ : ๕)³⁸ ได้ทบทวนแนวคิดของคุณภาพชีวิต และศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อกำหนดองค์ประกอบคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย ๔ มิติ คือ

๑. มิติร่างกาย (Physical domain) คือการรับรู้สภาพด้านร่างกายของบุคคลที่มีต่อการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้ความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

³⁷ อ้างแล้ว

³⁸ อ้างแล้ว

๒. มิติด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพด้านจิตใจของตน เช่น การรับรู้ถึงความรู้สึกทางบวก ความมั่นใจในตนเอง ความสามารถในการจัดการอารมณ์หรือความรู้สึกของตน

๓. มิติด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับผู้อื่น เช่น การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การช่วยเหลือผู้อื่นในสังคม

๔. มิติด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าตนมีความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การรับรู้ว่าตนมีโอกาสดังรับข่าวสาร มีกิจกรรมสันทนาการ

กุหลาบ รัตนสังธรรม และคณะ (๒๕๓๑: ๑๐-๑๑)^{๓๙} ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็นมิติต่าง ๆ ไว้ ดังนี้

๑. คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย เกี่ยวข้องกับอาหาร น้ำ เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย สุขภาพอนามัย พลังงาน การออมทรัพย์ สิ่งอำนวยความสะดวกในครอบครัวและการประกอบอาชีพ

๒. คุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ เกี่ยวข้องกับการพักผ่อนหย่อนใจที่มีคุณประโยชน์ความนิยมชมชอบในศิลปวัฒนธรรมของท้องถิ่น ความสัมพันธ์ที่อบอุ่นในครอบครัวและชุมชน ความรักและความเป็นเจ้าของที่มีต่อหมู่คณะ

๓. คุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมที่บริสุทธิ์ สะอาดและเป็นระเบียบเรียบร้อย ปราศจากมลภาวะในดิน น้ำ อากาศ และเสียง มีทรัพยากรที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิต และการคมนาคมที่สะดวก

๔. คุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรม เกี่ยวข้องกับโอกาสในการศึกษา การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณะ การประกอบอาชีพที่เท่าเทียมกัน ความปลอดภัยในร่างกาย ชีวิตและทรัพย์สิน การปกครองที่ให้สิทธิเสรีภาพและความเสมอภาค ความเป็นธรรมด้านรายได้และทางสังคม ความร่วมมือร่วมใจในชุมชน ความเป็นระเบียบวินัย ความเห็นอกเห็นใจกัน และการมีค่านิยมที่สอดคล้องกับหลักธรรมของศาสนา

^{๓๙} กุหลาบ รัตนสังธรรม และคณะ. การพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในวิธีการดำเนินงานวางแผนคุณภาพชีวิตตามเกณฑ์จำเป็นพื้นฐาน ในระดับหมู่บ้าน. กรุงเทพมหานคร: โครงการมหาวิทยาลัย โครงการน้ำพระทัยจากในหลวงเพื่อพัฒนาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. (๒๕๓๑).

๕. คุณภาพชีวิตด้านความคิด เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโลก ชีวิตและชุมชน การศึกษา วิชาชีพ ความสามารถในการป้องกันและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของตัวเอง ครอบครัว และชุมชน การสร้างความสำเร็จด้วยตนเอง การยอมรับตนเอง และการมีเป้าหมายในชีวิตที่เหมาะสม

๖. คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ เกี่ยวข้องกับการมีคุณธรรมในส่วนตัวและสังคม เช่น ความซื่อสัตย์สุจริต เมตตา กรุณา ช่วยเหลือเกื้อกูล กตัญญูทศเวที ความจงรักภักดีต่อชาติ ความศรัทธาในศาสนา ความเสียสละและการละเว้นจากอบายมุข

๒.๓ แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

คำว่า “ผู้สูงอายุ” มาจากศัพท์ภาษาอังกฤษว่า Elderly หรือ Ageing ซึ่ง World Health Organization (WHO) ใช้คำว่า “Elderly” สำหรับเรียกผู้สูงอายุ และได้ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ในประเทศไทยได้บัญญัติขึ้นโดย พ.ร.บ.อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๐๖ เนื่องจากที่ประชุมของผู้สูงอายุเห็นว่าความแก่หนุ่มชราไม่มีอะไรเป็นเครื่องวัดเครื่องชี้วัดกับทั้งไม่สมควรใช้คำว่าผู้ชราเพราะจะทำให้รู้สึกหุดหู่จึงให้ใช้คำว่าผู้สูงอายุตั้งแต่นั้นมาโดยให้หมายถึงผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปไม่มีความเสื่อมของร่างกายตามสภาพมีกำลังถดถอยเชิงช้าหรือเป็นผู้ที่มีโรคสมควรได้รับการช่วยเหลืออุปการะ (สุพัตรา สุภาพ, ๒๕๕๓: ๔๘)⁴⁰

๒.๓.๑ ความหมายของผู้สูงอายุ

ได้มีการให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ ดังนี้

จรัสวรรณ เทียนประกาศ และพัชรี ต้นศิริ⁴¹ กล่าวถึงผู้สูงอายุว่าเป็นวัยที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปโดยนับอายุตามปฏิทินถือว่าเป็นวัยที่สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไปสู่วัยเสื่อมจึงควรพักผ่อนและเปลี่ยนแปลงการทำงานที่ไม่ต้องรับผิดชอบมากไม่ต้องเผชิญกับภาวะเครียด

⁴⁰ สุพัตรา สุภาพ, สังคมและวัฒนธรรมไทย : คำนิยม : ครอบครัว : ศาสนา : ประเพณี, พิมพ์ครั้งที่ ๑๑, กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, ๒๕๕๓.

⁴¹ จรัสวรรณ เทียนประกาศ และพัชรี ต้นศิริ, การพยาบาลผู้สูงอายุ, กรุงเทพมหานคร : รุ่งเรืองธรรม, ๒๕๓๓, หน้า ๔.

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข⁴² ซึ่งได้จัดประชุมสมัชชาโลกเกี่ยวกับผู้สูงอายุเมื่อ พ.ศ. ๒๕๒๕ ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรียให้ความหมายของคำว่า “ผู้สูงอายุ” คือ บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป

บรรลุ ศิริพานิช และคนอื่นๆ (๒๕๔๑: ๑๑)⁴³ กล่าวว่าผู้สูงอายุ หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้อายุเป็นหลักในการแยกจากกลุ่มอายุอื่นๆโดยถือเอาอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปเป็นหลักว่าสูงอายุผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจแตกต่างไปจากผู้ที่มีอายุน้อยกว่าหลายประการโดยมีการเสื่อมโทรมลงของระบบต่างๆของร่างกายเป็นส่วนใหญ่

ไสว พรหมณี (๒๕๔๑: ๑)⁴⁴ กล่าวว่าผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุในวัยสุดท้ายของชีวิตเริ่มตั้งแต่วัยทารกวัยเด็กวัยหนุ่มสาววัยผู้ใหญ่และวัยชราหรือวัยผู้สูงอายุซึ่งในประเทศไทยกำหนดอายุที่พ้นจากวัยทำงานเป็นเกณฑ์คือมีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป

นภาพร ชโยวรรณ (๒๕๔๒: ๒ - ๓)⁴⁵ ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่าประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปเนื่องจากเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพที่ชัดเจนและเป็นอายุที่เกษียณสำหรับข้าราชการไทยโดยพิจารณาว่าวัยนี้เป็นวัยที่มีความเสื่อมของร่างกายซึ่งเป็นไปโดยธรรมชาติมีกำลังลดน้อยลงเรื่อยๆจึงเป็นบุคคลที่ต้องการดูแลเป็นพิเศษ

มณฑนา จริยรัตน์ไพศาล (๒๕๔๒: ๑)⁴⁶ กล่าวว่าผู้สูงอายุหมายถึงผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีหรือมากกว่าเมื่อนับตามวัยหรือหมายถึงผู้เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตามภาวะเศรษฐกิจหรือหมายถึงผู้ที่เกษียณสังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคมวัฒนธรรมหรือวัยสูงอายุเริ่มต้น

⁴² สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, สังคมวิทยาภาวะสูงอายุความจริงและการคาดการณ์ในสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๓๙, หน้า ๑๕.

⁴³ บรรลุ ศิริพานิช และคนอื่นๆ, การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ. นนทบุรี: หมอชาวบ้าน, ๒๕๔๑.

⁴⁴ ไสว พรหมณี, นโยบายรัฐบาลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ, กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๔๑.

⁴⁵ นภาพร ชโยวรรณ, สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน: การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ : สู่วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ, กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๒.

⁴⁶ มณฑนา จริยรัตน์ไพศาล, สุขภาพผู้สูงอายุ, กำแพงเพชร : คณะวิทยาการจัดการและเทคโนโลยี สถาบันราชภัฏกำแพงเพชร, ๒๕๔๒.

ราชกิจจานุเบกษา (๒๕๔๖)⁴⁷ ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย เช่นเดียวกับ องค์การสหประชาชาติ ให้ผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปเรียกว่าเป็นผู้สูงอายุ (Elderly, ageing, aged and older persons)

จากความหมายของคำว่าสูงอายุจะเห็นได้ว่าเวลาของการมีชีวิตของแต่ละคนจะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความเจริญและความเสื่อมของร่างกายมนุษย์และมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้สูงอายุทั้งด้านภาวะสุขภาพกายจิตใจสังคมและเศรษฐกิจและพบว่าความหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุมีมากมายแตกต่างกันเพื่อความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ตรงกันจึงกำหนดให้ผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป

๒.๓.๒ การจำแนกผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุจัดเป็นวัยที่มีความเสื่อมโทรมและสึกหรอ จึงเป็นการยากที่จะกำหนดว่าบุคคลใดอยู่ในวัยสูงอายุ เกณฑ์ที่สังคมกำหนดว่าบุคคลใดเป็นผู้สูงอายุนั้น จะแตกต่างกันไป ดังนี้

Hall (๑๙๗๖ อ้างถึงใน ไพบุรย์ พงษ์แสงพันธ์, ๒๕๕๓)⁴⁸ ได้จำแนกประเภทของผู้สูงอายุออกเป็น ๔ ประเภท คือ ๑) สูงอายุตามวัย ๒) สูงอายุตามสภาพ ๓) สูงอายุตามสภาพจิตใจ ๔) สูงอายุตามสภาพสังคม รายละเอียดดังนี้

๑. สูงอายุตามวัย หมายถึง การสูงอายุตามปีปฏิทิน โดยนับจากปีที่เกิดเป็นต้นไปสามารถบอกได้ว่า ใครมีอายุมาก อายุน้อย

๒. การสูงอายุตามสภาพ หมายถึง การพิจารณาการสูงอายุจากสภาพร่างกายและสรีระของบุคคลที่เปลี่ยนไป

๓. สูงอายุตามสภาพจิตใจ หมายถึง การพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ การรับรู้ แนวความคิด ความจำ การเรียนรู้ เขavnปัญญา และลักษณะบุคลิกภาพที่ปรากฏอยู่

⁴⁷ “พระราชบัญญัติ ผู้สูงอายุ พ.ศ.๒๕๔๖”, (๓๑ ธันวาคม ๒๕๔๖). ราชกิจจานุเบกษา, เล่มที่ ๑๒๐ ตอนที่ ๑๓๐ ก, หน้า ๑.

⁴⁸ ไพบุรย์ พงษ์แสงพันธ์, การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน, กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, ๒๕๕๗.

๔. สูงอายุตามสภาพสังคม หมายถึง การพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ สถานภาพของบุคคลในระบบสังคม รวมทั้งความคาดหวังของสังคมต่อบุคคลนั้น ซึ่งเกี่ยวกับ อายุ การแสดงออกตามคุณค่าและความต้องการของสังคม

องค์การอนามัยโลก มองเห็นว่าผู้สูงอายุมิได้มีลักษณะเหมือนกันหมด แต่จะมีความแตกต่างกันตามช่วงอายุ จึงได้แบ่งเกณฑ์อายุของผู้สูงอายุตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้น ดังนี้

๑. ผู้สูงอายุ (Elderly) มีอายุระหว่าง ๖๐ – ๗๔ ปี

๒. คนชรา (Old) มีอายุระหว่าง ๗๕ – ๙๐ ปี

๓. คนชรามาก (Very old) มีอายุ ๙๐ ปีขึ้นไป

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (๒๕๕๐)^{๔๙} ได้จำแนกผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการสำรวจออกเป็น ๓ ช่วง ดังนี้

๑. ผู้สูงอายุวัยต้น มีอายุระหว่าง ๖๐ – ๖๙ ปี

๒. ผู้สูงอายุวัยกลาง มีอายุระหว่าง ๗๐ – ๗๙ ปี

๓. ผู้สูงอายุวัยปลาย มีอายุระหว่าง ๘๐ ปีขึ้นไป

นอกจากนี้สำหรับสังคมไทยยังมิได้มีข้อสรุปว่าจะมีการจัดประเภทของผู้สูงอายุ มีนักวิชาการบางท่านใช้เกณฑ์ความสามารถของผู้สูงอายุแบ่งเป็น ๓ กลุ่ม ดังนี้

๑. กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี

๒. กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง

๓. กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

การจำแนกผู้สูงอายุที่กล่าวมาข้างต้นนั้น สามารถสรุปได้ว่าการจำแนกผู้สูงอายุแบ่งออกตามลักษณะต่าง ๆ ได้แก่ ตามอายุ ตามสภาพ ตามสภาพจิตใจ ตามสภาพสังคม ตามช่วงอายุ และความสามารถของผู้สูงอายุ ในการวิจัยครั้งนี้จำแนกผู้สูงอายุแบ่งตามช่วงอายุ ดังนี้ ๑) ผู้สูงอายุวัยต้น มีอายุระหว่าง ๖๐ – ๖๙ ปี ๒) ผู้สูงอายุวัยกลาง มีอายุระหว่าง ๗๐ – ๗๙ ปี และ ๓) ผู้สูงอายุวัยปลาย มีอายุระหว่าง ๘๐ ปีขึ้นไป

^{๔๙} สำนักงานสถิติแห่งชาติ, รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุ ในประเทศ พ.ศ. ๒๕๕๐. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๕๐.

๒.๓.๓ ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

การศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้ขยายตัวไปอย่างกว้างขวางจึงเกิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่น Ebersole and Hess (๑๙๘๕: ๒๓-๓๒)⁵⁰ ได้สรุปแนวคิดและทฤษฎีการสูงอายุออกเป็น ๓ กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

๒.๓.๓.๑ ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า มนุษย์ประกอบด้วย องค์ประกอบใหญ่ ๆ ๓ อย่าง คือ เซลล์ที่สามารถเพิ่มตัวเองตลอดชีวิตเซลล์ที่ไม่สามารถแบ่งตัวเองและองค์ประกอบอื่นๆที่ไม่ใช่เซลล์ทฤษฎีนี้แบ่งเป็นทฤษฎีย่อยได้ ดังนี้

๑) ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free radical theory) อธิบายว่าความแก่เกิดจากอนุมูลอิสระที่เกิดขึ้นภายในร่างกาย ซึ่งมีความไวต่อการทำปฏิกิริยาทางเคมีมากทำให้เกิดความผิดปกติของยีนและทำลายสภาพของเซลล์เนื้อเยื่อตลอดจนอวัยวะ แนวคิดอนุมูลอิสระ (Free radical) คือ โมเลกุลที่มีจำนวนอิเล็กตรอนเป็นเลขคี่มีความว่องไวในปฏิกิริยามากในสภาวะปกติอนุมูลอิสระเกิดขึ้นบนผนังเซลล์และภายในเซลล์หรือส่วนประกอบของเซลล์ในความเข้มข้นต่างกันอาจมีอายุสั้นมากหรืออยู่ยาวนานปีการทำลายเซลล์และเนื้อเยื่อโดยอนุมูลอิสระที่พบมีดังนี้ผนังเซลล์โมเลกุลของกรดไขมันไม่อิ่มตัวจะแตกหักเสียโครงสร้างความแข็งแรงของเยื่อหุ้มเซลล์และเซลล์ของอวัยวะจะลดลงทำให้เซลล์ไม่สามารถคงสภาพปกติได้ระบบประสาทกลางมีความเชื่อมโยงของนิวเคลียสอันใหญ่ของเซลล์ (Macromolecules) เช่นสารอาหารจึงอาจมีผลให้การแพร่ของสารอาหารหยุดชะงักเมตาบอลิซึมของออกซิเจนทำให้เอนไซม์หมดสภาพสารพันธุกรรม (DNA) แตกหักมีผลให้ผนังของอวัยวะและเซลล์เสื่อมหน้าที่โปรตีนอนุมูลอิสระสามารถตัดโปรตีนชักนำให้เกิดการเชื่อมโยงของโปรตีนซึ่งมักต้านการย้อนกลับของโปรตีน (Reduction)

๒) ทฤษฎีการเชื่อมโยงของคอลลาเจน (Collagen Cross – Linkage theory) อธิบายว่าความแก่เกิดจากส่วนประกอบของคอลลาเจนมีการจับตัวกันมากขึ้นเส้นใยหดสั้นเข้ายึดหยุ่นน้อยลงแข็งฉีกขาดง่ายแนวคิดคอลลาเจนเป็นส่วนประกอบหลักของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันโมเลกุลของคอลลาเจนจะเป็นสาย ๓ สายไขว้กันแต่จะมีการเชื่อมโยงแต่ละสายไว้ด้วยกัน (Pair of sternsons) เมื่ออายุมากขึ้นการเชื่อมโยงนี้จะหลุดออกจากกันไปจับกับโมเลกุลที่อยู่ใกล้เคียงเกิดการเชื่อมโยงระหว่างโมเลกุลของคอลลาเจนมีผลให้ความยืดหยุ่นลดลงและความแข็งแรงมากขึ้นจึงฉีกขาดง่ายจะพบมากที่บริเวณ

⁵⁰ Ebersole, P., & Hess, P. *Gerontological Nursing and Healthy Aging*. St. Louis : Mosby, 1985.

ผิวหนังเอ็นกระดูกหัวใจกล้ามเนื้อผนังปอดและหลอดเลือดการเชื่อมไขว้นี้จะเกิดขึ้นเร็วและมากที่สุดระหว่าง ๓๐-๕๐ ปี

๓) ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunologic theory) อธิบายว่าความแก่เกิดจากความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันทำให้ร่างกายต่อสู้กับเชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมไม่ได้จึงเกิดการเจ็บป่วยง่ายเมื่อเกิดแล้วมักจะรุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิตแนวคิดระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายประกอบด้วยการทำงานของอวัยวะหลายอย่างเช่นไขกระดูกต่อมไทมัสระบบน้ำเหลืองตับม้ามมีหน้าที่เพิ่มความต้านทานของร่างกายป้องกันการรุกรานของสิ่งแปลกปลอมและกำจัดเซลล์ปกติของร่างกายที่ใช้งานไม่ได้แล้วดังนั้นถ้าระบบภูมิคุ้มกันทำงานลดลงจึงมีโอกาสดังกล่าวเกิดการติดเชื้อและการสะสมเซลล์ปกติของร่างกายที่ใช้งานไม่ได้ตลอดจนเกิดเนื้องอกในร่างกาย

๔) ทฤษฎีการกลายพันธุ์ (Somatic mutation and error theories) อธิบายว่า ความแก่เกิดจากการสะสมเซลล์ผ่าเหล่าซึ่งนำไปสู่การสังเคราะห์ชีวโปรตีนที่ผิดปกติมากขึ้นจนมีผลลดการทำงานของเซลล์และประสิทธิภาพของอวัยวะในที่สุดแนวคิดการผ่าเหล่าเป็นการเปลี่ยนแปลงส่วนประกอบของยีน (ระดับโมเลกุล) ชนิดถาวรและถ่ายทอดไปยังลูกหลานได้ถ้าเกิดกับเซลล์สืบพันธุ์ แต่ถ้าการผ่าเหล่าเกิดกับเซลล์ร่างกายทั่วไปมีผลทำให้ระบบที่ติดอยู่แล้วผันแปรไปเป็นต้นเหตุของความแก่โรคเสื่อมสภาพต่างๆและมะเร็งจากการศึกษาชีววิทยามีการตั้งสมมุติฐานว่าการแก่ตัวของเซลล์อยู่ในอำนาจยีนเมื่อเซลล์เจริญเติบโตไประยะหนึ่งกระบวนการดำรงชีวิตของมันจะเสื่อมลงจนไม่สามารถสังเคราะห์สารพันธุกรรม (DNA) ได้ก็เนื่องจากยีนเกิดความผิดปกติมากขึ้นแต่หากจะกล่าวว่าการสะสมการเปลี่ยนแปลงในสารพันธุกรรม (DNA) เป็นสาเหตุของความแก่ดังนั้นก็มีความน่าจะเป็นที่ต่ำเป็นกรรมพันธุ์ได้จึงค้านกับลักษณะของความแก่ที่ไม่สืบทอดทางกรรมพันธุ์

๕) ทฤษฎีพันธุกรรม (Genetic theory) อธิบายว่า การสูงอายุนั้นเป็นลักษณะที่เกิดขึ้นตามพันธุกรรมซึ่งการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของอวัยวะบางส่วนของร่างกายเมื่ออายุมากขึ้นคล้ายคลึงกันหลายชั่วอายุคนเช่นลักษณะศีรษะล้านผมหงอกเร็วเป็นต้นลักษณะดังกล่าวจะพบในบางคนเท่านั้นแม้มีอายุ

๖) ทฤษฎีความเครียดและการปรับตัว (Stress-Adaptation theory) อธิบายว่าปฏิกิริยาของร่างกายต่อความเครียดมีผลรบกวนการทำงานของเซลล์และทำให้เซลล์ตายได้ภาวะที่ต้องเผชิญกับความเครียดบ่อยๆจะทำให้แก่เร็วแนวคิดความเครียด (Stressor) จะมีผลต่อสมองไฮโปทาลามัส ต่อมพิทูอิทารี และต่อมหมวกไตให้หลั่งฮอร์โมน (Stress hormone) กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทระบบไหลเวียนเลือดการทำงานเกี่ยวกับเมตาโบลิซึมทำให้ร่างกายตอบสนองต่อความเครียดต่าง ๆ

๒.๓.๓.๒ ทฤษฎีอวัยวะ (Organ theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ประเด็นเกี่ยวกับอวัยวะของมนุษย์ประกอบด้วยองค์ประกอบใหญ่ ๆ ๓ อย่าง คือ ความเสื่อมโทรมของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย

๑) ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and tear theory) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเมื่ออวัยวะใช้งานมาก หรือเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น ทฤษฎีนี้คืออวัยวะส่วนใดของร่างกายใช้น้อยจะเสื่อมสภาพไปก่อน ในขณะที่เซลล์ถูกใช้งานจะเกิดการผลิสารแล้วใช้สาร เช่น Lipofuscin ในสูงอายุจะมีสารนี้สะสมมากบริเวณตับ หัวใจ และเมื่อมีสารนี้มากอวัยวะไม่สามารถทำงานได้ และมีการเสื่อมถอย

๒) ทฤษฎีระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine theory) เมื่อเข้าสู่สูงอายุการทำงานของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อจะลดลง การสะท้อนกลับสิ่งต่าง ๆ จะเชื่อช้าลง ความทรงจำจะเสื่อมลง ต่อมไร้ท่อทำงานช้าลง

๓) ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological theory) เชื่อว่าเมื่ออายุมากขึ้น การสร้างภูมิต่าง ๆ จะลดลงตามปกติ เพราะอวัยวะที่มีส่วนช่วยสร้างภูมิคุ้มกันต่าง ๆ และจะสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตนเองมากขึ้นทำให้ร่างกายอ่อนแอลง

๒.๓.๓.๓ ทฤษฎีสรีรวิทยา (Physiological theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ประเด็นเกี่ยวกับส่วนประกอบอวัยวะของมนุษย์ประกอบด้วยองค์ประกอบใหญ่ ๆ ๔ อย่าง คือ

๑) ทฤษฎีความเครียดและการปรับตัว (Stress adaptation theory) เชื่อว่าความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตอาจมีผลให้เซลล์ตาย บุคคลที่มีความเครียดบ่อย ๆ จะทำให้เข้าสู่วัยชราได้เร็วขึ้น

๒) ทฤษฎีสะสมของเสีย (Waste product accumulation theory) เมื่อมีอายุมากขึ้นของเสียจะถูกสะสมให้เซลล์เสื่อมเพิ่มมากขึ้น

๓) ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (free radical theory) กระบวนการออกซิเดชันของ O_2 ที่ไม่สมบูรณ์ในกระบวนการเผาผลาญสารจำพวกโปรตีน คาร์โบไฮเดรต และอื่น ๆ ทำให้เกิดอนุมูลอิสระซึ่งสามารถทำลายผนังเซลล์ โดยโมเลกุลของอนุมูลอิสระเมื่อแตกออกเป็นอิสระจะจับกับโมเลกุลอื่น ๆ ที่อยู่ใกล้เคียงทำให้โครงสร้างหน้าที่ของเซลล์เปลี่ยนไป เช่น มลพิษทางอากาศ สารเคมี

๔) ทฤษฎีเชื่อมไขว้ (Cross link theory on cross link of collagen) เชื่อว่าเมื่อมนุษย์มีอายุมากสาร Fibrous protein จะเพิ่มมากขึ้นและจับตัวกันมากขึ้นทำให้ Collagen fiber หดตัวขาดความยืดหยุ่นและจับกันไม่เป็นระเบียบมีผลให้เซลล์ตาย และเสียหน้าที่ที่กระบวนการนี้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในระดับ DNA ของเซลล์โดยสาร Cross link ที่เกิดจากปฏิกิริยาทางเคมีจะทำให้

DNA มีการเปลี่ยนแปลงและเสื่อม ปัจจุบันเชื่อว่าสารเคมีพวก Lathyrogens, prednisolone และ pencillamine จะช่วยลดปฏิกิริยาการเกิดสาร Cross link ได้

๒.๔ แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาตัวบ่งชี้

ผู้วิจัยจะนำเสนอสาระที่เกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับตัวบ่งชี้ ดังต่อไปนี้

๒.๔.๑ ความหมายของตัวบ่งชี้

ได้มีนักการศึกษาให้ความหมายของตัวบ่งชี้ไว้ ดังนี้

Johnstone (๑๙๘๑: ๒)⁵¹ ได้ให้ความหมาย ตัวบ่งชี้ หมายถึง สารสนเทศที่บ่งบอกสถานะของสิ่งที่มุ่งวัดหรือปริมาณสัมพันธ์ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง บอกชื่ออย่างกว้าง ๆ ถึงสถานะหรือสภาพของสถานการณ์ที่เราสนใจเข้าไปตรวจสอบ ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ในอนาคต เช่น ตัวบ่งชี้การมีส่วนร่วมในทรัพยากรมนุษย์ต่อการศึกษานในอนาคต ซึ่งค่าที่คำนวณได้นั้นจะต้องแปลผลในลักษณะภาพรวมๆ หรือเป็นภาพสะท้อนของการกระจายการมีส่วนร่วมของทรัพยากรมนุษย์ในการศึกษา

Hopkins & Leask (๑๙๙๒)⁵² ได้ให้ความหมาย ตัวบ่งชี้ หมายถึง ข้อความที่บ่งบอกความสำเร็จในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง ซึ่งลักษณะของตัวบ่งชี้จะสามารถนำมาวัดหรือตรวจสอบได้ พร้อมทั้งมีประโยชน์ต่อการกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมาย ซึ่งจะทำให้สามารถเข้าใจวัตถุประสงค์ได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น

ศิริชัย กาญจนวาสี (๒๕๕๐: ๘๒)⁵³ ได้ให้ความหมายไว้ว่า ตัวบ่งชี้ หมายถึง ตัวประกอบ ตัวแปร หรือค่าที่สังเกตได้ ซึ่งใช้บ่งชี้บอกสถานภาพ หรือสะท้อนลักษณะดำเนินงานหรือผลการดำเนินงาน

⁵¹ Johnstone, J. N. *Indicators of Education Systems*. London: The Anchor Press, 1981.

⁵² Hopkins, D., & Leask, M. *Managing evaluation in education : A development approach*. New York : Routledge, 1992.

⁵³ ศิริชัย กาญจนวาสี, *ทฤษฎีการประเมิน*, กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๐.

นงลักษณ์ วิรัชชัย (๒๕๕๑ : ๖-๗)⁵⁴ ได้สรุปความหมาย ตัวบ่งชี้ หมายถึง ตัวแปรประกอบหรือองค์ประกอบที่มีค่าแสดงถึงลักษณะหรือปริมาณของสภาพที่ต้อง การศึกษาเฉพาะจุดหรือช่วงเวลาหนึ่ง ค่าของตัวบ่งชี้ระบุ/บ่งบอกถึงสภาพที่ต้องการศึกษาเป็นองค์รวมอย่างกว้าง ๆ แต่มีความชัดเจนเพียงพอที่จะใช้ในการเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้เพื่อ ประเมินสภาพที่ต้องการศึกษาได้ และใช้ในการเปรียบเทียบระหว่างจุดหรือช่วงเวลาที่แตกต่างกันเพื่อให้ทราบถึง ความเปลี่ยนแปลงของสภาพที่ต้องการศึกษาได้

จากที่กล่าวมา สรุปได้ว่า ตัวบ่งชี้ หมายถึง ตัวแปรประกอบหรือองค์ประกอบที่มีค่าแสดงถึงลักษณะหรือปริมาณของระบบการดำเนินงานส่วนใดส่วนหนึ่งในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งเป็นสารสนเทศที่บ่งบอกสภาวะหรือสภาพการณ์ในลักษณะใดลักษณะหนึ่งที่เราสงสัย ซึ่งการนำตัวแปรหรือข้อเท็จจริงต่างๆ มาสัมพันธ์กันเพื่อให้เกิดคุณค่าจะสะท้อนให้เห็นสภาพการณ์ที่ต้องการศึกษาโดยรวม

๒.๔.๒ ลักษณะของตัวบ่งชี้

มีนักการศึกษาดังกล่าวลักษณะของตัวบ่งชี้ไว้ ดังนี้

Johnstone (๑๙๘๑ : ๕)⁵⁵ ได้เสนอให้นักวิจัยเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นตัวบ่งชี้ โดยใช้ตัวบ่งชี้เป็นหน่วยพื้นฐานสำหรับการวิจัยเพื่อสร้างทฤษฎี ยังสรุปลักษณะของตัวบ่งชี้ไว้ ๕ ประการ ดังนี้

๑. ตัวบ่งชี้ต้องระบุสารสนเทศเกี่ยวกับสิ่ง หรือสภาพที่ศึกษาอย่างกว้าง ๆ ตัวบ่งชี้ต้องให้สารสนเทศที่ถูกต้องแม่นยำไม่มากนักน้อย (More or less exactness) แต่ไม่จำเป็นต้องถูกต้องแม่นยำอย่างละเอียดถี่ถ้วน ตามความหมายนี้ ตัวบ่งชี้มีความหมายเทียบเคียงได้กับกระดาศลิทมัส ซึ่งเป็นอินดิเคเตอร์บ่งชี้สภาพความเป็นกรด/ด่าง ทางเคมีด้วยวิธีการที่ ซับซ้อนซึ่งให้ผลการวัดอย่างละเอียดถูกต้องแน่นอน

๒. ตัวบ่งชี้แตกต่างจากตัวแปร แม้ว่าตัวบ่งชี้จะให้สารสนเทศแสดงคุณลักษณะเกี่ยวกับสิ่งหรือสภาพที่ศึกษา เหมือนตัวแปร แต่ตัวบ่งชี้ก็ไม่เหมือนตัวแปร เพราะตัวแปรจะให้สารสนเทศของสิ่ง

⁵⁴ นงลักษณ์ วิรัชชัย, “การพัฒนาตัวบ่งชี้การประเมิน”, วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์.

ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๒, ๒๕๕๑, หน้า ๖ - ๑๑.

⁵⁵ Johnstone, J. N. *Indicators of Education Systems*. London : The Anchor Press, 1981, p.5.

หรือสภาพที่ต้องการศึกษาเฉพาะเพียงด้าน (Facet) เดียว ไม่สามารถสรุปสภาพโดยรวมทุกด้าน ได้ แต่ตัวบ่งชี้เป็นการรวมตัวแปรที่เกี่ยวข้องกันนำเสนอเป็นภาพรวมกว้าง ๆ ของสิ่งหรือสภาพที่ต้องการศึกษา โดยความหมายนี้ ตัวบ่งชี้จึงเป็นตัวแปรประกอบ (Composite variable) หรือ องค์ประกอบ (Factor) ก็ได้ และไม่จำเป็นต้องมีตัวเดียว ตัวบ่งชี้อาจมี ๒๐-๓๐ ตัว หรือหลายร้อยตัวก็ได้ในการวัดระบบการศึกษาทั้งระบบ

๓. ค่าของตัวบ่งชี้ (Indicator value) แสดงถึงปริมาณ (Quantity) ตัวบ่งชี้ต้องแสดงสภาพที่ศึกษาเป็นค่าตัวเลข หรือปริมาณเท่านั้น ไม่ว่าสิ่งที่ศึกษาจะเป็นสภาพเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพ และการแปลความหมายค่าของตัวบ่งชี้ต้องแปลความหมาย เปรียบเทียบกับเกณฑ์ หรือมาตรฐานที่กำหนดไว้แล้วในตอนสร้างตัวบ่งชี้ ดังนั้นการสร้างตัวบ่งชี้ต้องมีการกำหนดความหมาย และเกณฑ์เกี่ยวกับตัวบ่งชี้ อย่างชัดเจน ความหมายของตัวบ่งชี้ในประเด็นนี้แยกความแตกต่างระหว่างตัวแปร และตัวบ่งชี้ออกจากกันได้ชัดเจนขึ้น การวัดตัวแปรไม่ต้องมีเกณฑ์ในการแปลความหมาย แต่ตัวบ่งชี้ต้องมีการกำหนดเกณฑ์

๔. ค่าของตัวบ่งชี้แสดงสภาพเฉพาะจุด หรือช่วงเวลา (Time point or Period) ตัว บ่งชี้แสดงค่าของสิ่งหรือสภาพที่ต้องการศึกษาเฉพาะจุดหรือช่วงเวลาที่กำหนด ตัวบ่งชี้บางตัวอาจให้สารสนเทศเฉพาะปีใดปีหนึ่งหรือเดือนใดเดือนหนึ่ง และตัวบ่งชี้บางตัวอาจให้สารสนเทศเกี่ยวกับการพัฒนา หรือการดำเนินงาน ในช่วงเวลา ๕ เดือน หรือ ๓ ปีก็ได้ นอกจากนี้ตัวบ่งชี้อาจให้สารสนเทศประกอบด้วยค่าหลายค่าเป็นอนุกรมเวลา (Time series) ก็ได้ เมื่อนำตัวบ่งชี้ที่ได้จากจุดเวลา หรือช่วงเวลาต่างกันมาเปรียบเทียบกัน จะแสดงถึงสภาพความเปลี่ยนแปลงของสภาพที่ต้องการศึกษาได้

๕. ตัวบ่งชี้เป็นหน่วยพื้นฐาน (Basic units) สำหรับการพัฒนาทฤษฎีโดยการวิจัยการวิจัยเพื่อพัฒนาทฤษฎีใหม่มีการดำเนินงานที่สำคัญเฉพาะส่วนที่เกี่ยวกับตัว แปร ๔ ขั้นตอน ขั้นตอนแรก คือ การบรรยายสภาพปรากฏการณ์ที่ศึกษาวิจัย ขั้นตอนที่สอง คือ การนิยามสังกะของปรากฏการณ์ที่ศึกษาวิจัย หรือการให้นิยามเชิงทฤษฎีเป็นภาพกว้าง ๆ การให้นิยามแบบกว้าง ๆ นี้เหมือนกับการให้นิยามของตัวบ่งชี้ ซึ่งแตกต่างจากการให้นิยามของตัวแปร ขั้นตอนที่สาม คือ การกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการของปรากฏการณ์ ในขั้นตอนนี้ นักวิจัยต้องกำหนดนิยามชัดเจนว่าปรากฏการณ์นั้นวัดได้จากตัวแปร อะไร และขั้นตอนสุดท้าย คือ การวางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการสร้างตัวแปรปรากฏการณ์ที่ศึกษาวิจัย ในการดำเนินงานทั้งสี่ขั้นตอนนี้ การกำหนดนิยามเชิงทฤษฎี และการกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการ ควรจะต้องสอดคล้องและตรงกัน

วรรณิ แกมเกตุ (๒๕๕๓: ๒๗)⁵⁶ กล่าวถึงลักษณะของตัวบ่งชี้ว่าเป็นสารสนเทศหรือค่าที่สังเกตได้ในเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ที่บ่งบอกถึงสิ่งที่จะต้องวัดหรือสะท้อนปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง

สรุป ความหมายของตัวบ่งชี้ หมายถึง ลักษณะของสารสนเทศที่เป็นสิ่งบ่งบอกหรือชี้ให้เห็นสภาพการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง อาจจะอยู่ในรูปของข้อความที่เป็นตัวเลข สามารถสังเกตได้ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

๒.๔.๓ ประเภทของตัวบ่งชี้

นงลักษณ์ วิรัชชัย (๒๕๕๑: ๗-๘)⁵⁷ ได้จัดแยกประเภทของตัวบ่งชี้ ไว้แตกต่างกันตามเกณฑ์ที่ใช้ในการจัดแยกประเภท ซึ่งการสังเคราะห์การจัดแยกประเภทที่นักการศึกษาได้เสนอไว้นั้น สรุปได้เป็น ๗ แบบ ดังนี้

๑. การจัดแยกประเภทตามทฤษฎีระบบ แบ่งได้เป็น ๓ ประเภท คือ ตัวบ่งชี้ด้านปัจจัย (Input indicators) ตัวบ่งชี้ด้านกระบวนการ (Process indicators) และตัวบ่งชี้ด้านผลผลิต (Output indicators)

๒. การจัดแยกประเภทตามลักษณะนิยามของตัวบ่งชี้ แบ่งได้เป็น ๒ ประเภท คือ ตัวบ่งชี้แบบอัตนัย (Subjective indicators) และตัวบ่งชี้แบบปรนัย (Objective indicator)

๓. การจัดแยกประเภทตามวิธีการสร้าง แบ่งได้เป็น ๓ ประเภท คือ ตัวบ่งชี้ตัวแทน (Representative indicators) เป็นตัวบ่งชี้ที่สร้างขึ้นจากตัวแปรเพียงตัวเดียวให้เป็นตัวแทนตัวแปรอื่น ๆ ตัวบ่งชี้แยก (Disaggregative indicators) เป็นตัวบ่งชี้ที่มีสถานะคล้ายกับตัวแปร หรือตัวบ่งชี้ย่อย โดยที่ตัวบ่งชี้ย่อยแต่ละตัวเป็นอิสระต่อกัน และบ่งชี้ลักษณะ หรือปริมาณของสภาพที่ต้องการศึกษาเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งเพียงด้านเดียว การที่จะบ่งชี้สภาพองค์รวมจะต้องใช้ตัวบ่งชี้ย่อยทุกตัวรวมกันทั้งหมด ซึ่งตัวบ่งชี้ประกอบ (Composite indicators) ที่เป็นตัวบ่งชี้ที่เกิดจากการรวมตัวแปรหลาย ๆ ตัวเข้าด้วยกัน โดยให้น้ำหนักความสำคัญของตัวแปรตามที่เป็นจริง ตัวบ่งชี้ชนิดนี้ให้สารสนเทศที่มีคุณค่า มี

⁵⁶ วรรณิ แกมเกตุ, “การพัฒนาตัวบ่งชี้ประสิทธิภาพการใช้ครู : การประยุกต์ใช้โมเดลสมการโครงสร้างกลุ่มพหุ และโมเดลเอ็มทีเอ็มเอ็ม”, วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๓.

⁵⁷ อ้างแล้ว

ความเที่ยง และความตรงสูงกว่าตัวบ่งชี้สองประเภทแรก จึงเป็นประโยชน์ต่อการวางแผน การกำกับ ติดตาม และการประเมิน และเป็นที่ยอมรับใช้กันมากในปัจจุบัน

๔. การจัดแยกประเภทตามลักษณะตัวแปรที่ใช้สร้างตัวบ่งชี้ การจัดวิธีนี้แยกประเภทที่สำคัญได้ ๓ วิธี วิธีแรก คือ การจัดแยกประเภทตัวบ่งชี้การศึกษาตามระดับการวัดของตัวแปร วิธีนี้จัดแยกได้เป็น ๔ ประเภท คือ ตัวบ่งชี้นามบัญญัติ (Nominal indicators) ตัวบ่งชี้เรียงอันดับ (Ordinal indicators) ตัวบ่งชี้ช่วง (Interval indicators) และตัวบ่งชี้อัตราส่วน (Ratio indicators) วิธีที่สอง คือ การจัดแยกประเภทตัวบ่งชี้การศึกษาตามประเภทของตัวแปร วิธีนี้จัดแยกได้เป็น ๒ ประเภท คือ ตัวบ่งชี้สต็อก (Stock indicators) และตัวบ่งชี้การเคลื่อนไหว (Flows indicators) วิธีที่สาม คือ การจัดแยกประเภทตามคุณสมบัติทางสถิติของตัวแปร วิธีนี้จัดแยกได้เป็น ๒ ประเภท คือ ตัวบ่งชี้เกี่ยวกับการแจกแจง (Distributive indicators) เช่น สัมประสิทธิ์การกระจาย (Coefficient of variation) และตัวบ่งชี้ไม่เกี่ยวกับการแจกแจง (Non – distributive indicators) เช่น ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน ของตัวแปร

๕. การจัดแยกประเภทตามลักษณะค่าของตัวบ่งชี้ แบ่งได้เป็น ๒ ประเภท คือ ตัวบ่งชี้สมบูรณ์ (Absolute indicators) หมายถึง ตัวบ่งชี้ที่ค่าของตัวบ่งชี้บอกปริมาณที่แท้จริง และมีความหมายในตัวเอง คือ ตัวบ่งชี้สัมพัทธ์ หรือตัวบ่งชี้อัตราส่วน (Relative or Ratio indicators) หมายถึง ตัวบ่งชี้ที่ค่าของตัวบ่งชี้เป็นปริมาณเทียบเคียงกับค่าอื่น ๆ เช่น จำนวนนักเรียนต่อครู ๑ คน สัดส่วนของครูวุฒิปริญญาโท

๖. การจัดแยกประเภทตามฐานการเปรียบเทียบในการแปลความหมาย แบ่งได้เป็น ๓ ประเภท คือ ตัวบ่งชี้อิงกลุ่ม (Norm-referenced indicators) หมายถึงตัวบ่งชี้ที่มีการแปลความหมายเทียบกับกลุ่ม ตัวบ่งชี้อิงเกณฑ์ (Criterion-referenced indicators) หมายถึง ตัวบ่งชี้ที่มีการแปลความหมายเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และตัวบ่งชี้อิงตน (Self-referenced indicators) หมายถึง ตัวบ่งชี้ที่มีการแปลความหมายเทียบกับสภาพเดิม ณ จุด หรือช่วงเวลาที่แตกต่างกัน

๒.๔.๔ คุณสมบัติของตัวบ่งชี้ที่ดี

ได้มีนักการศึกษากล่าวถึงตัวบ่งชี้ที่ดี ไว้ดังนี้

ศิริชัย กาญจนวาสี (๒๕๕๐: ๘๔-๘๖)^{๕๘} กล่าวถึงตัวบ่งชี้ หรือตัวชี้วัดที่ดี ควรมีคุณสมบัติสำคัญ ดังนี้

^{๕๘} อ้างแล้ว

๑. ความตรง (Validity) ตัวชี้วัดที่ดีจะต้องบ่งชี้ได้ตามคุณลักษณะที่ต้องการวัดอย่างถูกต้องแม่นยำ ตัวบ่งชี้ที่สามารถชี้ได้แม่นยำ ตรงตามคุณลักษณะที่มุ่งวัดนั้น มีลักษณะดังนี้

๑.๑ มีความตรงประเด็น (Relevant) ตัวบ่งชี้ต้องชี้วัดได้ตรงประเด็น มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องโดยตรงกับคุณลักษณะที่มุ่งวัด เช่น กระดาษลิทมัส เป็นตัวบ่งชี้สภาพความเป็นกรด/ด่างของสารละลาย GPA ใช้เป็นตัวบ่งชี้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนโดยทั่วไป เป็นต้น

๑.๒ มีความเป็นตัวแทน (Representative) ตัวบ่งชี้ต้องมีความเป็นตัวแทนคุณลักษณะที่มุ่งวัด หรือมีมุมมองที่ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญของคุณลักษณะที่มุ่งวัดอย่างครบถ้วน เช่น อุณหภูมิร่างกาย เป็นตัวบ่งชี้สภาวะการมีไข้ของผู้ป่วย คุณภาพของเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ สามารถชี้วัดด้วยลักษณะการให้สารสนเทศ ความรวดเร็วในการตอบสนองความต้องการ ลักษณะการพูดจา สีหน้าท่าทางของการให้บริการ เป็นต้น

๒. ความเที่ยง (Reliability) ตัวบ่งชี้ที่ดีจะต้องบ่งชี้คุณลักษณะที่มุ่งวัดได้อย่างน่าเชื่อถือ คงเส้นคงวา หรือบ่งชี้ได้คงที่เมื่อทำการวัดซ้ำในช่วงเวลาเดียวกัน ตัวบ่งชี้ที่สามารถชี้ได้อย่างคงเส้นคงวาเมื่อทำการวัดซ้ำนั้น มีลักษณะดังนี้

๒.๑ ความเป็นปรนัย (Objectivity) ตัวบ่งชี้ต้องชี้วัดได้อย่างเป็นปรนัย การตัดสินใจเกี่ยวกับค่าของตัวบ่งชี้ ควรขึ้นอยู่กับสภาวะที่เป็นอยู่หรือคุณสมบัติของสิ่งนั้นมากกว่าที่จะขึ้นอยู่กับความรู้สึกตามอัตวิสัย เช่น การรับรู้ประสิทธิภาพของหลักสูตรกับอัตราการสำเร็จการศึกษาตามระยะเวลาของหลักสูตร ต่างเป็นตัวบ่งชี้ตัวหนึ่งของคุณภาพหลักสูตร แต่อัตราการสำเร็จการศึกษาตามระยะเวลาของหลักสูตรจะเป็นตัวบ่งชี้ที่วัดได้อย่างมีความเป็นปรนัยมากกว่าการรับรู้ประสิทธิภาพของหลักสูตร

๒.๒ มีความคลาดเคลื่อนต่ำ (Minimum error) ตัวบ่งชี้ต้องชี้วัดได้อย่างมีความคลาดเคลื่อนต่ำ ค่าที่ได้จะต้องมาจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือ เช่น คะแนนผลสัมฤทธิ์จากการทดสอบกับคะแนนผลสัมฤทธิ์จากการตอบตามปฏิกิริยาหรือสังเกตอย่างไม่เป็นทางการต่างเป็นตัวบ่งชี้ตัวหนึ่งของความสำเร็จของการฝึกอบรม แต่คะแนนผลสัมฤทธิ์จากการทดสอบจะเป็นตัวบ่งชี้ที่น่าเชื่อถือ หรือมีความคลาดเคลื่อนจากการวัดต่ำกว่า

๓. ความเป็นกลาง (Neutrality) ตัวบ่งชี้ที่ดีจะต้องบ่งชี้ด้วยความเป็นกลางปราศจากความลำเอียง (Bias) ไม่โน้มเอียงเข้าข้างฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ไม่ชี้นำโดยการเน้นการบ่งชี้เฉพาะลักษณะความสำเร็จ หรือความล้มเหลว หรือความไม่ยุติธรรม

๔. ความไว (Sensitivity) ตัวบ่งชี้ที่ดีจะต้องมีความไวต่อคุณลักษณะที่มุ่งวัด สามารถแสดงความผันแปรหรือความแตกต่างระหว่างหน่วยวิเคราะห์ได้อย่างชัดเจน โดยตัวบ่งชี้จะต้องมีมาตรและหน่วยวัดที่มีความละเอียดเพียงพอ เช่น ตัวบ่งชี้ระดับการปฏิบัติไม่ควรมีความผันแปรที่แคบ เช่น

ไม่ปฏิบัติ (๐) และปฏิบัติ (๑) แต่ควรมีระดับของการปฏิบัติที่มีการระบุความแตกต่างของคุณภาพอย่างกว้างขวางและชัดเจน เช่น ระดับ ๐ ถึง ๑๐ เป็นต้น

๕. สะดวกในการนำไปใช้ (Practicality) ตัวบ่งชี้ที่ดีจะต้องสะดวกในการนำไปใช้ ใช้ได้ดี และได้ผลโดยมีลักษณะดังนี้

๕.๑ เก็บข้อมูลง่าย (Availability) ตัวบ่งชี้ที่ดีจะต้องสามารถนำไปใช้วัดหรือเก็บข้อมูลได้สะดวก สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลจากการตรวจ นับ วัด หรือสังเกตได้ง่าย

๕.๒ แปลความหมายง่าย (Interpretability) ตัวบ่งชี้ที่ดีควรให้ค่าการวัดที่มีจุดสูงสุด และต่ำสุด เข้าใจง่ายและสามารถสร้างเกณฑ์ตัดสินคุณภาพได้ง่าย

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (๒๕๓๙: ๔-๗)^{๕๙} กล่าวถึงตัวบ่งชี้ที่ดีควรมีคุณสมบัติดังนี้

๑. ความเป็นกลาง (Neutrality) หมายถึงความไม่ลำเอียง (Bias) ของตัวบ่งชี้ ตัวอย่างเช่น ตัวบ่งชี้ผลิตภาพของแรงงาน (Labor productivity) ซึ่งวัดด้วย อัตราส่วนระหว่างรายได้ต่อค่าใช้จ่ายแรงงาน เมื่อนำตัวบ่งชี้ไปใช้ในหน่วยงานประเภทผลิต และประเภทบริการจะทำให้ขาดความเป็นกลางเพราะการปฏิบัติงานประเภทบริการนั้นต้องใช้บุคลากรจำนวนมากส่วนการปฏิบัติงานประเภทการผลิตใช้เครื่องจักรกลมากกว่าแรงงาน

๒. ความเป็นวัตถุวิสัย (Objectivity) หมายถึง การตัดสินเกี่ยวกับค่าของ ตัวบ่งชี้มิได้เกิดจากการคิดเอาเองของผู้วิจัยแต่ขึ้นอยู่กับสถานะที่เป็นอยู่หรือที่เป็นรูปธรรม

๓. ความไวต่อความแตกต่าง (Sensitivity) หมายถึง ความสามารถของ ตัวบ่งชี้ที่จะวัดความแตกต่างระหว่างหน่วยวิเคราะห์ได้อย่างถูกต้อง

๔. ค่าของมาตรวัดหรือตัวบ่งชี้ที่ได้ควรมีความหมาย หรือตีความได้อย่าง สะดวก (Meaningfulness & Interpretability) กล่าวคือค่าของมาตรวัดควรมีจุดสูงสุดและ ต่ำสุดที่ง่ายต่อความเข้าใจ เช่น มีค่าอยู่ระหว่าง ๐ ถึง ๑๐ หรือระหว่าง ๐ ถึง ๑๐๐ ค่าของ ตัวบ่งชี้ที่ได้จากการวัด หากอยู่ที่ ๖๐ จะตีความได้ว่าสูงกว่าค่าเฉลี่ย (๕๐) เพียงเล็กน้อย แต่หากค่าของมาตรวัด และตัวบ่งชี้ไม่มีค่าสูงสุด (หรือต่ำสุด) ที่แน่นอน เช่นวัดออกมาแล้วได้ตัว ๕๐ หรือ ๑๒๐ ก็ไม่ทราบค่า ๕๐ หรือ ๑๒๐ นั้นจะตีความได้อย่างไร

^{๕๙} สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, “ตัวบ่งชี้การปฏิบัติงานที่เหมาะสมสำหรับการตรวจสอบผล การปฏิบัติงาน โครงการและแผนงาน”, ข่าวสารวิจัยการศึกษา, ปีที่ ๑๙ ฉบับที่ ๑๖ (๒๕๓๙) : ๒๙-๓๖.

๕. ความถูกต้องในเนื้อหาของตัวบ่งชี้ที่นำมาใช้ (Content validity) ในการ ศึกษาหรือพัฒนาตัวบ่งชี้ จะต้องศึกษาให้แน่ชัดว่าเนื้อหาในเรื่องที่ศึกษานั้น ๆ คืออะไร ตัวบ่งชี้ที่ดีต้องมีความถูกต้องในเนื้อหาที่ต้องการวัด

นอกจากนี้ สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (๒๕๓๙)⁶⁰ ได้กล่าวถึงถึงลักษณะของตัวบ่งชี้ที่มีลักษณะที่ดีนั้นต้องมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้

๑. ความเป็นกลาง (Neutrality) หมายถึง ความไม่ลำเอียงของตัวบ่งชี้
๒. ความเป็นวัตถุวิสัย (Objectivity) หมายถึง การตัดสินใจเกี่ยวกับค่าของตัวบ่งชี้ไม่ได้เกิดจากการคิดเอาเองของผู้วิจัย แต่ขึ้นอยู่กับสถานะที่เป็นอยู่หรือที่เป็นรูปธรรม
๓. มีความไวต่อความแตกต่าง (Sensitivity) หมายถึง ความสามารถของตัวบ่งชี้ที่จะวัดความแตกต่างระหว่างหน่วยวิเคราะห์ได้อย่างแม่นยำและถูกต้อง
๔. ค่าของมาตรวัด หรือตัวบ่งชี้ที่วัดได้มีความและมีความหมาย หรือว่าตีความได้อย่างสะดวก (Meaningfulness & Interpretability) กล่าวคือ ค่าของมาตรวัดควรมีจุดสูงสุดและต่ำสุด ที่ง่ายต่อความเข้าใจ เช่น มีค่าอยู่ระหว่าง ๐ ถึง ๑๐ หรือระหว่าง ๐ ถึง ๑๐๐ ค่าของตัวบ่งชี้ที่ได้จากการวัด หากอยู่ที่ ๖๐ จะตีความได้ว่าสูงกว่าค่าเฉลี่ย (๕๐) เพียงเล็กน้อย แต่หากค่าของมาตรวัดและตัวบ่งชี้ ไม่มีค่าสูงสุด (หรือต่ำสุด) ที่แน่นอน เช่น วัดออกมาแล้วได้ ๕๐ หรือ ๑๒๐ ก็ไม่ทราบว่าเป็น ๕๐ หรือ ๑๒๐ นั้น จะตีความได้อย่างไร

๕. ความถูกต้องในเนื้อหาของตัวบ่งชี้ที่นำมาใช้ (Content validity) การศึกษาหรือพัฒนาตัวบ่งชี้จะต้องศึกษาให้แน่ชัดว่าเนื้อหาในเรื่องที่ศึกษานั้น คืออะไร ตัวบ่งชี้ที่ดีต้องมีความถูกต้องในเนื้อหาที่ต้องการวัด

๖. ความถูกต้องในการพัฒนาตัวบ่งชี้ (Development validity) การพัฒนาตัวบ่งชี้ คือ การนำเอาตัวหลายๆ ตัวมารวมกันไม่ว่าจะนำมาบวกกันหรือคูณกันความถูกต้องในการพัฒนาจึงขึ้นอยู่กับความสามารถพิสูจน์ได้ในเชิงทฤษฎีสอดคล้องกับเชิงประจักษ์ตามที่ปรากฏ

ซึ่ง Ewell and Jones (๑๙๙๔)⁶¹ ได้กล่าวถึงคุณสมบัติที่ดีของตัวบ่งชี้ ๗ ข้อ ดังนี้

⁶⁰ อ้างแล้ว

⁶¹ Ewell, P. T., & Jones, D. P. *Pointing the Way : Indicators as Policy Tools in Higher Education*. Denver, Colo : Education Commission of the States, 1994.

๑. สามารถนำไปใช้ปฏิบัติในเชิงนโยบายได้ (Policy leverage)
๒. สามารถแปลความหมายได้ถูกต้อง (Interpretability)
๓. สามารถวัดได้ครอบคลุมทั้งหมด (Balance of perspective)
๔. มีเกณฑ์ในการเปรียบเทียบที่เหมาะสม (Appropriate standards of comparison)
๕. มีคุณสมบัติที่ดีในเรื่องของความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น (Technical adequacy)
๖. สามารถปฏิบัติได้จริง (Practicability)

วิโรจน์ สารรัตน์ (๒๕๕๓)^{๖๒} ได้สรุปคุณลักษณะที่ดีของตัวบ่งชี้ ดังนี้

๑. บ่งบอกถึงสถานะของสิ่งที่มุ่งวัดอย่างกว้างๆ ไม่เฉพาะเจาะจง
๒. กำหนดเป็นตัวเลขได้หรืออยู่ในรูปเชิงปริมาณ มิใช่เป็นข้อความบรรยายเท่านั้น
๓. เป็นค่าชั่วคราวสามารถผันแปรได้ตามเวลาและสถานที่
๔. บ่งชี้การดำเนินงานว่าเป็นอย่างไร บรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ ใช้ระบุปัญหาหรือสภาพการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้
๕. มีความเป็นวัตถุวิสัยเป็นกลางไม่ลำเอียงการตัดสินค่าของตัวบ่งชี้ไม่ได้เกิดจากการคิดเอาเอง
๖. มีความไวต่อความแตกต่าง แสดงความแตกต่างได้แม้สถานการณ์ที่วัดจะเปลี่ยนแปลงไปเล็กน้อย
๗. มีความหมายและตีความหมายได้ ค่าของมาตรควรมีจุดสูงสุดและต่ำสุดง่ายแก่ความเข้าใจ
๘. มีความถูกต้องในเนื้อหา ที่นำมาสร้างเป็นตัวบ่งชี้
๙. มีความถูกต้องในการสร้างมีวิธีการคัดเลือกตัวแปร การรวม การกำหนดน้ำหนักของตัวแปรที่ถูกต้อง
๑๐. มีความตรง สามารถวัดในสิ่งที่ต้องการวัดได้ และสามารถเปรียบเทียบได้

^{๖๒} วิโรจน์ สารรัตน์, แนวคิด ทฤษฎี และประเด็นเพื่อการบริหารทางการศึกษา, พิมพ์ครั้งที่ ๘, กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ทิพย์วิสุทธิ์, ๒๕๕๓.

๑๑. มีความเชื่อถือได้ ค่าที่ได้ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพควรสอดคล้องกัน ถ้าวัดในสิ่งเดียวกันไม่ว่าผู้วัดจะเป็นกลุ่มใด

๑๒. มีความเฉพาะเจาะจงแสดงในประเด็นที่สนใจเพียงประเด็นเดียว จะเปลี่ยนแปลง ก็แต่เฉพาะสถานการณ์เกี่ยวข้องกับตัวแปรนั้นโดยตรง

๑๓. สอดคล้องกับนโยบายที่เกี่ยวข้องให้สารสนเทศเพียงพอต่อผู้มีอำนาจตัดสินใจในนโยบาย

๑๔. มีความเชื่อมั่นและมีการปรับให้ทันสมัยอยู่เสมอ

๑๕. มีความสัมพันธ์กับตัวบ่งชี้อื่นเพื่อการวิเคราะห์โดยภาพรวม

๑๖. เป็นหน่วยพื้นฐานในการสร้างทฤษฎี

สรุปได้ว่า ลักษณะของตัวบ่งชี้ นั้น จะเห็นได้ว่า การพัฒนาตัวบ่งชี้จะใช้เป็นเครื่องมือที่มีลักษณะเป็นกลาง มีความไวในการวัด สภาวะหรือหรือผลการปฏิบัติงานและเป็นที่ยอมรับของผู้อยู่ในองค์การหรือสถาบันการศึกษา ซึ่งขั้นตอนการพัฒนาตัวบ่งชี้ นั้นต้องมีความถูกต้องของเนื้อหาที่ต้องการวัดสามารถพิสูจน์ได้ทั้งข้อมูลเชิงประจักษ์และทฤษฎี

๒.๔.๕ ประเภทของตัวบ่งชี้

ตัวบ่งชี้มีหลายประเภท ซึ่งในการแบ่งประเภทตัวบ่งชี้ทางการศึกษานั้น ได้มีการแบ่งประเภทของ ตัวบ่งชี้ทางการศึกษาหลายวิธีขึ้นอยู่กับวิธี และเกณฑ์ในการใช้จำแนกประเภท

Johnstone (๑๙๘๑)^{๖๓} ได้แบ่งวิธีการจำแนกประเภทของตัวบ่งชี้ในระบบการศึกษาไว้ดังนี้

๑. จำแนกโดยอาศัยแนวทางการใช้ตัวแปรต่างๆ ที่นำมากำหนดเป็นตัวบ่งชี้ สามารถแบ่งได้เป็น ๓ ชนิด ดังนี้

๑.๑ ตัวบ่งชี้ตัวแทน (Representative indicators) เป็นตัวบ่งชี้ที่มีลักษณะง่ายที่สุด ซึ่งใช้ในการวิจัยการบริหารและการวางแผน โดยทำการเลือกตัวแปรเพียงตัวเดียวมาสะท้อนแง่มุมหนึ่งของระบบ เช่น ตัวบ่งชี้ตัวแทนตัวแปรทางการศึกษาในระบบการศึกษานิยมใช้กันมากที่สุด คือ อัตราการเข้าเรียน (Enrolment ratio) ค่าร้อยละของผลิตภัณฑ์รวม (Percentage of the Cross National Product : GNP) ที่ใช้เพื่อการจัดการศึกษา บางครั้งก็ใช้ระดับการศึกษา (Level of education) หรืออัตรา

^{๖๓} อ้างแล้ว

การรู้หนังสือ (Literacy rate) ซึ่งในปัจจุบันการเลือกตัวแปรตัวหนึ่งตัวใดให้เป็นตัวแทนของระบบ มักเป็นไปตามอำเภอใจ ไม่ค่อยได้ตัดสินใจให้ได้อย่างแท้จริง ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการนำผลไปใช้เพื่อสรุปอ้างอิง การเลือกตัวแปรเพียงตัวเดียวให้ทำหน้าที่แทนเสมือนระบบทั้งระบบ มักจะไม่ใช่ที่ยอมรับของนักนโยบาย นักวางแผน นักบริหารหรือนักวิจัย เพราะระบบต่างๆ มีความสลับซับซ้อน ประกอบด้วยระบบย่อยๆ และแง่มุมต่างๆ มาก ดังนั้นจะต้องระมัดระวังในการเลือกสรรตัวแปร ซึ่งต้องมีเหตุผลที่ชัดเจนว่าเหตุใดจึงเลือกตัวแปรนี้โดยไม่เลือกตัวแปรอื่นต้องขจัดความลำเอียงและการขาดเหตุผลให้หมดไป

๑.๒ ตัวบ่งชี้เดี่ยว (Disaggregative indicator) ตัวบ่งชี้ประเภทนี้ได้นำข้อมูลมาแยกเป็นส่วนๆ แทนที่จะใช้ตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งอธิบายคุณลักษณะ หรือมีโน้ตชนหนึ่ง ต้องอาศัยคำนิยามของแต่ละตัวแปรเพื่อการอธิบายแต่ละส่วน หรือแต่ละองค์ประกอบของระบบ ซึ่งถ้านำมาใช้อธิบายเพียงบางส่วนก็จะเกิดปัญหาความไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ตัวแปรแต่ละตัวจะต้องเป็นอิสระจากตัวแปรอื่นๆ ด้วย ดังนั้นตัวบ่งชี้เดี่ยวจึงมีความยุ่งยาก และมีความละเอียดในการจัดทำมาก บางครั้งอยู่ในรูปที่ไม่เหมาะสมและไม่ประหยัด อีกทั้งไม่ช่วยอธิบายคุณลักษณะ หรือระบบที่ต้องการศึกษาได้ถูกต้องมากนัก

๑.๓ ตัวบ่งชี้รวม (Composite indicators) เป็นการรวมตัวบ่งชี้จำนวนหนึ่งที่เกี่ยวข้องเข้าด้วยกัน ค่าที่ได้ของตัวบ่งชี้ประเภทนี้จะเป็ค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่นำมารวมกัน ซึ่งช่วยอธิบายลักษณะหรือสภาพที่ต้องการศึกษาได้เป็นอย่างดี ยอมรับในความสลับซับซ้อนของระบบนั้นๆ ตามปกติในระบบหนึ่งๆ มีแง่มุมที่เกี่ยวข้องไปด้วยกันในแต่ละแนวคิด มโนทัศน์หรือความคิดรวบยอด ซึ่งต้องอธิบายด้วยวิธีการใช้ตัวแปรที่หลากหลาย (Multivariate) ซึ่งสรุปได้ว่าตัวแปรที่สัมพันธ์กันจำนวนหนึ่งรวมกันเข้าแล้ว สามารถอธิบายลักษณะหนึ่งของระบบอย่างมีความถูกต้องได้ในระดับที่ค่อนข้างสูง ซึ่งนักวิชาการจำนวนมากยอมรับว่า ตัวบ่งชี้รวมมีความเชื่อมั่นได้มากกว่าตัวบ่งชี้ที่มาจากตัวแปรตัวหนึ่งตัวใดเพียงตัวเดียว

๒. จำแนกประเภทตัวบ่งชี้โดยอาศัยทัศนะเชิงระบบ โดยมักกำหนดตัวบ่งชี้เป็น ๓กลุ่มใหญ่ๆ ตามแนวคิด เชิงระบบ ซึ่งประกอบด้วยส่วนสำคัญ คือ ปัจจัย กระบวนการ และผลผลิตโดยที่ Johnstone (๑๙๘๑)^{๖๔} ได้อธิบายลักษณะของตัวบ่งชี้ทั้ง ๓ กลุ่ม ดังต่อไปนี้

๒.๑ ตัวบ่งชี้กลุ่มปัจจัย (Input indicators) ตัวบ่งชี้ประเภทนี้ชี้สภาพทางปัจจัยของระบบได้แก่ ด้านบุคลากร เงิน ทรัพยากรอื่นๆ เช่น วัสดุ อุปกรณ์ ฯลฯ ความต้องการหรือความ

^{๖๔} อ้างแล้ว

ประสงค์ที่มีต่อระบบตัวอย่างเช่น อัตราการบรรจุใหม่ของครู อาจารย์ สัดส่วนการมีส่วนร่วมทางการศึกษาของสตรี เลขดัชนีการลงทุนด้านการเงินทางการศึกษา

๒.๒ ตัวบ่งชี้กลุ่มกระบวนการ (Process indicators) ตัวบ่งชี้ประเภทนี้ช่วยชี้สภาพของกระบวนการจัดของระบบ เช่น ตัวบ่งชี้กลุ่มกระบวนการของระบบการศึกษา จะเป็นตัวบ่งชี้เกี่ยวกับสภาพการเรียนการสอนการบริหาร อันได้แก่ อัตราการเลื่อนชั้นและซ้ำชั้น เลขดัชนีค่าใช้จ่ายต่อหัวในแต่ละระดับการศึกษาต่างๆ เป็นต้น

๒.๓ ตัวบ่งชี้กลุ่มผลผลิต (Output indicators) ตัวบ่งชี้ประเภทนี้ช่วยชี้สภาพของผลผลิตที่ระบบได้ผลิตออกมา ซึ่งแสดงทั้งด้านปริมาณและระดับของผลผลิต ตัวอย่างตัวบ่งชี้กลุ่มผลผลิตของระบบการศึกษาได้แก่ อัตราความสำเร็จการศึกษาในด้านต่างๆ อัตราการมีงานทำของผู้สำเร็จการศึกษาในระดับต่างๆ เป็นต้น

๓. จำแนกตามการเปรียบเทียบในการแปลความหมาย ในกระบวนการสร้างตัวบ่งชี้ต้องมีการกำหนดนิยามและเกณฑ์ที่ใช้ ตลอดจนการแปลความหมาย ตัวบ่งชี้การศึกษาแบ่งตามฐานในการเปรียบเทียบเพื่อตีความ/แปลความหมายตัวบ่งชี้ได้เป็น ๓ ประเภท

๓.๑ ตัวบ่งชี้อิงกลุ่ม (Norm-referenced indicators) หมายถึงตัวบ่งชี้ที่มีการแปลความหมายเทียบกับกลุ่ม

๓.๒ ตัวบ่งชี้อิงเกณฑ์ (Criterion-referenced indicators) หมายถึงตัวบ่งชี้ที่มีการแปลความหมายเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้

๓.๓ ตัวบ่งชี้อิงตน (Self-referenced indicators) หมายถึง ตัวบ่งชี้ที่มีการแปลความหมายเทียบกับสภาพเดิม ณ จุด หรือช่วงเวลาที่แตกต่างกัน

๔. จำแนกตามลักษณะ/สเกลการวัด แบ่งได้ ดังนี้

๔.๑ ตัวบ่งชี้ที่วัดเป็นค่าสมบูรณ์ (Absolute measurement) เป็นตัวบ่งชี้ที่แสดงค่าเป็นจำนวนที่มีความสมบูรณ์ในตัวเอง ไม่มีการนำค่าไปเปรียบเทียบหรือสัมพันธ์กับค่าอื่นๆ

๔.๒ ตัวบ่งชี้ที่วัดเป็นค่าสัมพัทธ์ (Relative measurement) เป็นตัวบ่งชี้ที่แสดงค่าที่มีการนำไปสัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องกับค่าอื่นๆ เช่น สัดส่วนของนักเรียนที่เรียนต่อมัธยมศึกษาปีที่ ๑ ร้อยละของนักเรียนที่อ่านออกเขียนได้

๕. จำแนกตามช่วงเวลา แบ่งได้ดังนี้

๕.๑ ตัวบ่งชี้แสดงค่าในเวลาใดเวลาหนึ่ง (Measurement of stocks) เป็นตัวบ่งชี้ที่ให้ค่าเป็นปริมาณที่แน่นอนในช่วงเวลาหนึ่ง

๕.๒ ตัวบ่งชี้แสดงการเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลา (Measurement of flows) เป็นตัวบ่งชี้ที่สัมพันธ์กับอัตราการเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลา ข้อมูลอธิบายอัตราการเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงเวลาถูกรายงานในรูปร้อยละต่อปี มีค่าเป็นบวกหรือลบก็ได้

๖. จำแนกตามระดับการวัด แบ่งได้ดังนี้

๖.๑ ตัวบ่งชี้ที่วัดลักษณะสภาพรวมทุกระดับ (Measurement of overall level) เป็นตัวบ่งชี้ ที่วัดลักษณะสภาพรวมทุกระดับ อาจแสดงในรูปค่าเฉลี่ย ตัวบ่งชี้ในลักษณะนี้จะไม่เห็นการกระจาย การนำค่าที่ได้ไปเปรียบเทียบกับกันอาจได้ค่าสรุปที่ไม่ถูกต้อง

๖.๒ ตัวบ่งชี้ที่วัดลักษณะการกระจาย (Measurement of distribution) เป็นตัวบ่งชี้ที่วัดลักษณะการกระจายของข้อมูลในรูปของค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานทำให้เห็นว่าคุณลักษณะที่วัดได้ในกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน หรือแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด

๒.๔.๖ ประโยชน์ของตัวบ่งชี้

Pollate (๑๙๙๐ อ้างถึงใน ประยูร เจริญสุข, ๒๕๕๓: ๒๐)^{๖๕} กล่าวถึงประโยชน์ของตัวบ่งชี้ไว้หลายลักษณะดังต่อไปนี้

๑. เป็นข้อความกำหนดนโยบายปัญหาส่วนใหญ่ที่พบในการวางแผน คือ ขาดความชัดเจนของวัตถุประสงค์และนโยบาย

๒. ติดตามผลในระบบการศึกษา การใช้ตัวบ่งชี้ก็จะเป็นการติดตามผล ติดตามการเปลี่ยนแปลงที่ได้ผลมากยิ่งขึ้น เพราะว่าตัวบ่งชี้จะเป็นตัวช่วยในการตรวจสอบว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ต้องการหรือไม่ ก็จะเป็นตัวช่วยที่ใช้ในการวัดอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาได้เป็นอย่างดี

๓. มีการพัฒนาเกี่ยวกับระบบวิจัยทางการศึกษา ซึ่งตัวบ่งชี้จะมีประโยชน์ต่อการวิจัยเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวบ่งชี้สามารถใช้แทนระบบทางการศึกษาในงานวิจัยได้ด้วย ซึ่งจะใช้นำไปวิเคราะห์เพื่อศึกษาวิจัยทางการศึกษาในแง่มุมต่างๆ ตามความต้องการจะมีความน่าเชื่อถือ อาจจะดีกว่าการใช้ลักษณะของตัวแปรเพียงอย่างเดียว

^{๖๕} ประยูร เจริญสุข, “การพัฒนาตัวบ่งชี้งานวิชาการของสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน”, วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๒๕๕๓.

๔. ตัวบ่งชี้จะช่วยในการจัดกลุ่มระบบการศึกษาโดยจัดแบ่งกลุ่มการศึกษา ซึ่งจะมี ความเที่ยงตรงและแม่นยำอันจะทำให้ระบบการศึกษาในกลุ่มเดียวกันสามารถใช้เป็นข้อมูลอภิปราย แลกเปลี่ยนทางการศึกษาได้ด้วย

เอมอร์ จังศิริพรกรณ์ (๒๕๔๒: ๘-๙)^{๖๖} กล่าวถึงประโยชน์ของตัวบ่งชี้ ดังนี้

๑. ตัวบ่งชี้เป็นข้อกำหนดนโยบาย หรือปัญหาที่พบส่วนใหญ่ในการวางแผน เป็นต้นว่า ขาดความชัดเจน มีการกำหนดในลักษณะที่กว้างเกินไป ซึ่งการนำตัวบ่งชี้มาใช้ในข้อกำหนดนโยบาย จะเป็นการช่วยให้ทราบสิ่งที่ต้องการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของนโยบาย

๒. เป็นการติดตามระบบทางการศึกษาที่ใช้ตัวบ่งชี้มาใช้ทางการศึกษาเพื่อจะติดตามผล ของการศึกษาที่เปลี่ยนแปลงว่าจะเป็นไปตามความต้องการและตามวัตถุประสงค์มากน้อยเพียงใด ซึ่ง จะต้องมีการวัดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จึงสามารถที่จะใช้ได้ผลและเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาทาง การศึกษาด้วย

๓. เพื่อพัฒนาระบบการศึกษาด้วยวิธีวิจัย ซึ่งตัวบ่งชี้จะมีประโยชน์ต่อการพัฒนาทาง การศึกษา เพราะว่าตัวบ่งชี้ นั้น จะใช้แทนลักษณะของระบบการศึกษาในงานวิจัย เพื่อนำไปวิเคราะห์ ได้อย่างถูกต้อง และเป็นที่น่าเชื่อถือมากกว่าการใช้ตัวแปรเพียงตัวเดียว

๔. จัดแบ่งกลุ่มระบบการศึกษา ซึ่งตัวบ่งชี้จะช่วยทำให้ระบบการศึกษาแบ่งกลุ่มที่ชัดเจน และมีความตรงและความเที่ยง อันจะทำให้ประเทศที่มีระบบการศึกษาในกลุ่มเดียวสามารถใช้ข้อมูล แลกเปลี่ยนกันได้

๕. มีลักษณะเป็นกลางหากตัวบ่งชี้ที่นำมาใช้มีลักษณะของความเป็นกลางทำให้สามารถ กำหนดมาตรฐานของการตัดสินใจ เพราะว่าตัวบ่งชี้ นั้นไม่มีความลำเอียงหรือเอนเอียงไปข้างใดข้าง หนึ่งได้

๒.๔.๗ การพัฒนาตัวบ่งชี้

ในการพัฒนาตัวบ่งชี้มีวิธีการอยู่หลายวิธี และแต่ละวิธีส่วนใหญ่จะเน้นการตัดสินใจใน ๔ ประเด็นหลัก (Johnstone, ๑๙๘๑)^{๖๗} ดังต่อไปนี้ ๑) วิธีการกำหนด หรือนิยามของตัวบ่งชี้ ๒) การ

^{๖๖} เอมอร์ จังศิริพรกรณ์, “การพัฒนาตัวบ่งชี้สถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมของครอบครัว นักเรียน โรงเรียนมัธยมศึกษาของรัฐในกรุงเทพมหานคร”, วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๒.

^{๖๗} อ่างแล้ว

คัดเลือกตัวแปรที่เป็นองค์ประกอบของสิ่งที่มุ่งศึกษา ๓) การกำหนดวิธีรวมตัวแปร และ ๔) การกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรแต่ละตัวที่จะนำมารวมเป็นตัวบ่งชี้

การตัดสินใจแต่ละขั้นตอนของการพัฒนาตัวบ่งชี้ดังกล่าว ย่อมมีความสัมพันธ์กับค่าของตัวบ่งชี้ที่คำนวณได้ในขั้นตอนสุดท้าย สำหรับนำไปใช้ในการแปลความหมายของสิ่งที่มุ่งศึกษา ดังนั้นในแต่ละขั้นตอนจึงควรได้รับการพิจารณา และตรวจสอบอย่างระมัดระวัง เพื่อให้ตัวบ่งชี้ที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับโมโนทัศน์ (Concept) ของสิ่งที่มุ่งศึกษา และวัตถุประสงค์ของการนำตัวบ่งชี้ไปใช้ประโยชน์

๒.๔.๗.๑ วิธีการกำหนด หรือนิยามของตัวบ่งชี้

วิธีการกำหนดนิยามของตัวบ่งชี้ จำแนกออกได้เป็น ๓ วิธีการหลัก ได้แก่ การนิยามเชิงทฤษฎี การนิยามเชิงประจักษ์ และการนิยามเชิงปฏิบัติการ ซึ่งสามารถสรุปหลักการของแต่ละวิธีได้ดังนี้

๑) การพัฒนาตัวบ่งชี้โดยอาศัยการนิยามเชิงทฤษฎี (The theoretical definition of an indicators) เป็นการพัฒนาตัวบ่งชี้โดยการจัดกลุ่มตัวแปรที่มีความสัมพันธ์หรือคุณลักษณะที่สนใจ และจัดลำดับหรือกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรเหล่านั้นโดยอาศัยหลักเหตุผล หรือทฤษฎีเป็นหลัก เพื่อสังเคราะห์ตัวแปรขึ้นเป็นตัวบ่งชี้

๒) การพัฒนาตัวบ่งชี้โดยอาศัยการนิยามเชิงประจักษ์ (The empirical definition of an indicators) เป็นการพัฒนาตัวบ่งชี้โดยอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์ที่นำมาวิเคราะห์แล้วจัดกลุ่มความสัมพันธ์ของตัวแปร และกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรเหล่านั้นโดยใช้วิธีการทางสถิติเป็นหลัก เช่น การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) การวิเคราะห์จำแนก และการวิเคราะห์สหสัมพันธ์คาโนนิคอล (Canonical correlation analysis) เป็นต้น

๓) การพัฒนาตัวบ่งชี้โดยอาศัยการนิยามเชิงปฏิบัติ (The parametric definition of an indicators) เป็นการพัฒนาตัวบ่งชี้โดยการคัดเลือกตัวแปรจากตัวแปรที่มีอยู่จำนวนหนึ่ง หรือรวมตัวแปรที่มีอยู่จำนวนหนึ่งเข้าด้วยกัน ตามการพิจารณาตัดสินใจของผู้พัฒนา ซึ่งจะขึ้นอยู่กับเจตคติ (หรืออคติ) ส่วนตัวในการเลือกตัวแปรหนึ่ง หรือคุณลักษณะหนึ่งๆ มากกว่าตัวแปรอื่นๆ วิธีการนี้ถือได้ว่าเป็นวิธีการที่มีจุดอ่อน มากกว่าวิธีการที่ ๑ และ ๒

๒.๔.๗.๒ การคัดเลือกตัวแปรที่เป็นองค์ประกอบของสิ่งที่มุ่งศึกษา

การคัดเลือกตัวแปรที่เป็นองค์ประกอบของสิ่งที่มุ่งศึกษา จะต้องนำตัวแปรสำคัญที่เกี่ยวข้องทั้งหมดมารวมกันสร้างเป็นตัวบ่งชี้ด้วยการระบุคุณลักษณะของสิ่งที่มุ่งศึกษาอย่างชัดเจน โดยอาศัยข้อเสนอทางทฤษฎี เอกสารต่างๆ หรือการลงความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งควรหลีกเลี่ยงตัว

แปรจำนวนมากเพราะอาจจะทำให้มันทัศน์ของสิ่งที่มุ่งศึกษาที่มีความซับซ้อน(Complex concept) และยากในการแปลความหมาย หลังจากนั้นจึงพิจารณาคัดเลือกตัวแปรที่สามารถใช้วัดแต่ละคุณลักษณะที่มุ่งศึกษา โดยเลือกตัวแปรที่ครอบคลุมแต่ละลักษณะในขั้นนี้ควรหลีกเลี่ยงการใช้ตัวแปรหลายตัวที่มุ่งวัดคุณลักษณะเดียวกันและตัวแปรที่มีความคลาดเคลื่อนในการวัดมาก เพื่อให้ตัวบ่งชี้ที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับคุณลักษณะของสิ่งที่มุ่งศึกษามากที่สุด โดยทั่วไปถ้าตัวแปรตั้งแต่ ๒ ตัวขึ้นไปมีความสัมพันธ์กันสูงจะไม่นิยมใช้ตัวแปรเหล่านั้นทั้งหมด เพราะผลที่ได้อาจจะมีความคลาดเคลื่อนอีกทั้งยังไม่เป็นการประหยัด แต่จะคัดเอาตัวแปรที่ไม่มีปัญหาด้านความคลาดเคลื่อนในการวัดไว้เพียงตัวเดียว และหาตัวแปรอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์ภายในต่ำ แต่มีแนวโน้มว่าสามารถอธิบายสภาพการณ์หรือคุณลักษณะที่มุ่งศึกษาได้ในระดับสูง

สรุปได้ว่าการคัดเลือกตัวแปรโดยอาศัยข้อเสนอทางทฤษฎี เอกสารต่างๆ หรือการลงความเห็นของผู้เชี่ยวชาญนั้น การคัดเลือกตัวแปรควรให้ครอบคลุมแต่ละคุณลักษณะของสิ่งที่มุ่งศึกษา ซึ่งควรหลีกเลี่ยงการใช้ตัวแปรจำนวนมาก ที่มุ่งวัดคุณลักษณะเดียวกันและตัวแปรที่มีความคลาดเคลื่อนในการวัดมาก เพราะอาจจะทำมันทัศน์ของสิ่งที่มุ่งศึกษาที่มีความซับซ้อนและยากในการแปลความหมาย

๒.๔.๗.๓ การกำหนดวิธีรวมตัวแปร

การรวมตัวแปรองค์ประกอบเข้าด้วยกัน โดยทั่วไปมักจะใช้กันอยู่ ๒ วิธี คือ การรวมทางพีชคณิต (Additive) และการรวมแบบทวีคูณ (Multiplication) ซึ่งการรวมทั้ง ๒ วิธีนี้มีข้อตกลงเบื้องต้นแตกต่างกัน ดังนี้ (Johnstone, ๑๙๘๑)^{๖๘}

๑) การรวมทางพีชคณิต (Additive) มีข้อตกลงเบื้องต้นคือความสำคัญของแต่ละตัวแปรสามารถทดแทนหรือชดเชยกันได้ กล่าวคือ ถ้าตัวแปร $V_๑$ มีค่าต่ำก็สามารถทดแทนได้ด้วยค่าของ $V_๒$ ที่สูง เป็นผลให้ค่าตัวบ่งชี้ (I) ไม่เปลี่ยนแปลง เช่นกรณีที่ $V_๑=๒๐$, $V_๒=๒๐$ จะมีผลเท่ากับกรณีที่ ๒ เมื่อ $V_๑=๕$, $V_๒=๓๕$ ดัชนีที่สร้างขึ้นจากการรวมตัวแปร องค์ประกอบ $V_๑$ และ $V_๒$ เป็นดังสมการ

$$I = V_๑ + V_๒ \quad \dots\dots\dots(๒.๑)$$

เมื่อ I คือ ตัวบ่งชี้

$V_๑$ คือ ค่าของตัวแปรที่ ๑

$V_๒$ คือ ค่าของตัวแปรที่ ๒

^{๖๘} อ้างแล้ว

การรวมตัวประกอบประกอบด้วยวิธีการทางพีชคณิตนี้ มักจะมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระบบตั้งแต่ ๒ ระบบขึ้นไปว่าในเรื่องที่มุ่งศึกษานั้นมีความแตกต่างกันกี่หน่วย

๒) การรวมแบบทวิคูณ (Multiplication) มีข้อตกลงเบื้องต้นคือ การเปลี่ยนแปลงค่าของตัวแปรหนึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของอีกตัวแปรหนึ่งไม่อาจทดแทนหรือชดเชยกันได้ กล่าวคือตัวบ่งชี้ที่พัฒนาขึ้นจะมีค่าสูงได้ก็ต่อเมื่อ ตัวประกอบประกอบทุกตัวมีค่าสูงทั้งหมด และตัวประกอบประกอบแต่ละตัวจะต้องเสริมซึ่งกันและกัน จึงจะส่งผลต่อค่าตัวบ่งชี้ เช่น จากกรณีตัวอย่างที่กล่าวถึงข้างต้น ตัวบ่งชี้ในกรณีที่ ๑ มีค่าเท่ากับ ๔๐๐ ซึ่งได้มาจาก 20×20 ส่วนกรณีที่ ๒ มีค่าเท่ากับ ๑๗๕ ซึ่งได้มาจาก 5×35 แสดงว่าค่า V_1 ซึ่งมีค่าต่ำในกรณีที่ ๒ ไม่สามารถทดแทนด้วยค่า V_2 ได้ สมการการรวมแบบทวิคูณของตัวแปร V_1 และ V_2 เป็นดังนี้

$$I = V_1 \cdot V_2 \quad \dots\dots\dots(๒.๒)$$

การรวมตัวประกอบด้วยวิธีการรวมแบบทวิคูณนี้ มักจะใช้เมื่อต้องการเปรียบเทียบระบบตั้งแต่ ๒ ระบบขึ้นไป ว่าระบบหนึ่งมีค่าดัชนีสูงกว่าอีกระบบหนึ่งอยู่ที่เท่า หรือคิดเป็นร้อยละเท่าไร

ความแตกต่างระหว่างวิธีการรวมตัวแปรทั้ง ๒ วิธีดังกล่าวข้างต้นนำไปสู่การหาค่าตัวบ่งชี้ในรูปของค่าเฉลี่ยที่แตกต่างกัน ๒ ลักษณะคือ

ก. เมื่อรวมตัวแปรด้วยวิธีการรวมพีชคณิตมักจะนิยมเสนอค่าตัวบ่งชี้ด้วยการหาค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Arithmetic mean) ของตัวแปร ดังสมการ

กรณีตัวแปรมีค่าน้ำหนักความสำคัญเท่ากัน

$$I = \frac{V_1 + V_2 + V_3 + \dots + V_n}{N} \quad \dots\dots\dots(๒.๓)$$

กรณีตัวแปรมีค่าน้ำหนักความสำคัญต่างกัน

$$I = \frac{W_1V_1 + W_2V_2 + W_3V_3 + \dots + W_nV_n}{\sum W_i} \quad \dots\dots\dots(๒.๔)$$

ข. เมื่อรวมตัวแปรด้วยวิธีการรวมแบบทวีคูณ มักจะนิยมเสนอค่าตัวบ่งชี้ด้วยการหาค่าเฉลี่ยเรขาคณิต (Geometric mean) ของตัวแปร ดังสมการ

กรณีตัวแปรมีค่าน้ำหนักความสำคัญเท่ากัน

$$I = (V_1 + V_2 + V_3 + \dots + V_n)^{1/n} \quad \dots\dots\dots(๒.๕)$$

กรณีตัวแปรมีค่าน้ำหนักความสำคัญต่างกัน

$$I = (V_1^{W_1} \cdot V_2^{W_2} \cdot V_3^{W_3} \cdot \dots \cdot V_n^{W_n})^{1/n} \quad \dots\dots\dots(๒.๖)$$

การคำนวณค่าในสมการ (๒.๕) และ (๒.๖) สามารถคำนวณได้ด้วยวิธีการหาค่า logarithm ได้ดังนี้

$$\text{Log GM} = \frac{\sum_{i=1}^n \log V_i}{n} \quad \dots\dots\dots(๒.๗)$$

$$\text{Log GM} = \frac{\sum_{i=1}^n W_i \log V_i}{n} \quad \dots\dots\dots(๒.๘)$$

ในการรวมตัวแปรเพื่อสร้างเป็นตัวบ่งชี้ ดังกล่าวข้างต้น เป็นกล่าวข้างต้น เป็นการรวมตัวแปรในรูปคะแนนดิบ (Raw score) ซึ่งมักมีปัญหาเกี่ยวกับหน่วยการวัดตัวแปรไม่เท่ากัน เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว และทำให้ค่าที่ได้มีความถูกต้องยิ่งขึ้น สามารถนำค่าที่ได้มาเปรียบเทียบกับได้อย่างมีความหมาย จึงควรแปลงค่าของตัวแปรในรูปคะแนนดิบให้เป็นค่าของตัวแปรในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standard score) ก่อนแล้วจึงนำคะแนนมาตรฐานที่ได้มาถ่วงน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรแต่ละตัว

เพื่อสร้างเป็นตัวบ่งชี้รวม โดยทั่วไปมักจะใช้คะแนนมาตรฐานซี (z – score) (Johnstone, ๑๙๘๑)^{๖๙} ดังสมการ

$$Z = \frac{X - \bar{X}}{S.D.} \dots\dots\dots(๒.๙)$$

เมื่อ Z คือ คะแนนมาตรฐานของตัวแปร

X คือ คะแนนดิบของตัวแปร

$\bar{X}$ คือ ค่าเฉลี่ยเลขคณิตของตัวแปร

S.D. คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร

ดังนั้นสมการที่ใช้ในการสร้างตัวบ่งชี้ จึงเป็นดังนี้

$$I = W_1Z_1 + W_2Z_2 + W_3Z_3 + \dots + W_nZ_n \dots\dots\dots(๒.๑๐)$$

เมื่อ I คือ ตัวบ่งชี้รวมของตัวแปร n ตัว

W_n คือ น้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปร ตัวที่ n

Z_n คือ คะแนนมาตรฐานของตัวแปรตัวที่ n

สรุปได้ว่า การรวมตัวแปรทางพีชคณิตมีข้อตกลงเบื้องต้นคือความสำคัญของแต่ละตัวแปรสามารถทดแทนหรือชดเชยกันได้ และมักจะมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระบบ ตั้งแต่ ๒ ระบบขึ้นไปว่าในเรื่องที่มุ่งศึกษานั้นมี ความแตกต่างกันกี่หน่วย ส่วนการรวมแบบทวิคูณ มีข้อตกลงเบื้องต้นคือการเปลี่ยนแปลงค่าของตัวแปรหนึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของอีกตัวแปรหนึ่ง ไม่อาจทดแทนหรือชดเชยกันได้

^{๖๙} อ้างแล้ว

การรวมตัวแปรด้วยวิธีนี้มักจะใช้เมื่อต้องการเปรียบเทียบระบบตั้งแต่ ๒ ระบบขึ้นไปว่าระบบหนึ่งมีค่าตัวบ่งชี้สูงกว่าอีกระบบหนึ่งอยู่กี่เท่าหรือคิดเป็นร้อยละเท่าไร

๒.๔.๗.๔ การกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปร

การกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรสามารถทำได้ ๒ วิธี คือ น้ำหนักความสำคัญของตัวแปรให้เท่ากัน (Equal weight) และให้ต่างกัน (Differential weight) สำหรับการกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรให้ต่างกันั้น อาจใช้วิธีการพิจารณาตัดสินโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert judgment) วิธีวัดความสำคัญของตัวแปรโดยพิจารณาจากเวลา (Time taken) หรือค่าใช้จ่าย (Cost) ของการกระทำกิจกรรมใดๆ ที่เกี่ยวข้องกัตัวแปรนั้น หรือวิธีการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Empirical data) ด้วยวิธีการวิเคราะห์ทางสถิติก็ได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑) วิธีการพิจารณาตัดสินโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert judgment) เป็นการพิจารณาลงความเห็นในหมู่ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องที่ต้องการศึกษานั้นๆ ซึ่งอาจจะเป็นนักวิจัย หรือนักวางแผนที่เกี่ยวข้อง โดยให้สมาชิกแต่ละคนเสนอค่าน้ำหนักของตัวแปร แล้วจึงพิจารณาหาข้อยุติด้วยการใช้ค่าเฉลี่ย หรือการอภิปรายลงความเห็น หรืออาจใช้แบบสอบถามเพื่อหาข้อร้อยละที่ผู้ตอบเห็นด้วยกับน้ำหนักความสำคัญของแต่ละตัวแปรที่ระบุ นอกจากนี้อาจใช้วิธีการที่เป็นระบบมากขึ้น เช่น การใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) เพื่อสำรวจหาฉันทมติจากผู้เชี่ยวชาญโดยไม่ต้องเผชิญหน้ากัน แล้วจึงนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้หาค่าน้ำหนักความสำคัญของแต่ละตัวแปรต่อไป

๒) วิธีวัดความสำคัญของตัวแปร (Measure effort required) โดยพิจารณาจากเวลา (Time taken) หรือค่าใช้จ่าย (Cost) ของการกระทำกิจกรรมใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกัตัวแปรนั้นวิธีการนี้สมมุติว่า ถ้าเวลาหรือค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการกระทำบางสิ่งบางอย่างสำหรับตัวแปรหนึ่งมากกว่าอีกตัวแปรหนึ่งตัวแปรนั้นควรมีน้ำหนักความสำคัญมากกว่า (หรือน้อยกว่า) อีกตัวแปรหนึ่งทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของสิ่งที่ต้องการศึกษานั้นๆ

๓) วิธีการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Empirical data) เป็นวิธีการทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดน้ำหนักความสำคัญของแต่ละตัวแปร โดยอาจใช้หลักการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) การวิเคราะห์จำแนก (Discriminant analysis) หรือการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ คาโนนิคอล (Canonical) เป็นต้น

๒.๔.๘ การตรวจสอบคุณภาพของตัวบ่งชี้

ในกระบวนการพัฒนาตัวบ่งชี้ขึ้น สิ่งที่ต้องคำนึงถึงและให้ความสำคัญอีกชั้นตอนหนึ่งก็คือ การตรวจสอบคุณภาพของตัวบ่งชี้ ซึ่งประกอบด้วยหลักการกว้างๆ ๒ อย่างคือ การตรวจสอบคุณภาพภายใต้กรอบแนวคิดทางทฤษฎี และการตรวจสอบด้วยวิธีการทางสถิติ อย่างไรก็ตามการ

ตรวจสอบด้วยวิธีการทางสถิติ เป็นเพียงหลักฐานหรือข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนคุณภาพของตัวบ่งชี้เท่านั้น ความสำคัญที่แท้จริงของการตรวจสอบคุณภาพตัวบ่งชี้จึงอยู่ที่กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีของผู้พัฒนาเป็นสำคัญ เพราะหากการพัฒนาเริ่มต้นจากกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีที่ขาดคุณภาพแล้วเทคนิควิธีการทางสถิติก็ไม่อาจทำให้ผลการพัฒนามีคุณภาพขึ้นมาได้

จากหลักการพัฒนาตัวบ่งชี้ดังกล่าวข้างต้น สามารถดำเนินการควบคุม และตรวจสอบคุณภาพของตัวบ่งชี้ ในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

๑) การตรวจสอบคุณภาพในเรื่องตัวแปรและการคัดเลือกตัวแปร ผู้พัฒนาตัวบ่งชี้จะต้องมีกรอบแนวคิดในเชิงทฤษฎีที่ชัดเจน และมีคุณภาพ มักนิยามเชิงปฏิบัติการที่ถูกต้อง รัดกุม สอดคล้องกับเป้าหมายในการนำตัวบ่งชี้ไปใช้ประโยชน์ รวมไปถึงลักษณะ ประเภท ระดับการวัด กรอบแนวคิดในการเลือกตัวแปรและการสร้างโมเดล หรือการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนแต่จะช่วยให้ข้อมูลที่ได้มีคุณภาพ และได้ตัวบ่งชี้ที่มีความตรงภายใน (Internal validity) มากขึ้นโดยมีแหล่งอิทธิพลอย่างน้อย ๓ แหล่งที่จะให้ความตรงภายในลดลง หากดำเนินการขาดการตรวจสอบหรือระมัดระวัง (Johnstone, ๑๙๘๑)⁷⁰ ได้แก่ ก) ความครอบคลุมในการวัดตัวแปร การวัดตัวแปรเพียงบางส่วนซึ่งไม่ครอบคลุมมิติต่างๆ ของมโนทัศน์ที่ต้องการศึกษา อาจเกิดการนิยามเชิงปฏิบัติการไม่รัดกุมเพียงพอ หรือเครื่องมือวัดไม่สามารถวัดในสิ่งที่นิยามไว้ได้ ข) ความหมายของมโนทัศน์ ที่ต้องการศึกษา มีการเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพของเวลา หรือระบบ (การศึกษา) ของแต่ละสังคม และ ค) ความเป็นตัวแทนของตัวแปร กล่าวคือ นิยามของตัวแปรที่ใช้ ไม่ได้เป็น ตัวแทนที่ดีของมโนทัศน์ที่ต้องการศึกษา นอกจากนี้ยังมีประเด็นสำคัญที่ต้องตรวจสอบเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวัด และให้ได้ข้อมูลที่มีความเชื่อถือได้ เช่น ความสอดคล้องระหว่างนิยามเชิงปฏิบัติการที่กำหนดไว้กับการนำนิยามเชิงปฏิบัติการไปใช้ในการวัดตัวแปร

๒) การตรวจสอบคุณภาพในเรื่องการรวมตัวแปร เนื่องจากวิธีการในการรวม หรือสังเคราะห์ตัวแปรมีอยู่หลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีเงื่อนไขและความเหมาะสมในการนำไปใช้ประโยชน์แตกต่างกัน การศึกษาและพิจารณารายละเอียดเหล่านี้เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ได้ตัวบ่งชี้ที่ได้มีคุณภาพ สอดคล้องกับเป้าหมายในการนำไปใช้มากขึ้น

๓) การตรวจสอบคุณภาพ ในเรื่องการกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปร แม้ว่าจะไม่มีหลักเกณฑ์ตายตัว แต่การเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับธรรมชาติของตัวแปร และเป้าหมายในการนำไปใช้ ประโยชน์เป็นประเด็นที่จะต้องพิจารณาตรวจสอบ

⁷⁰ อ้างแล้ว

๒.๕ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ลัดดา ดำริการเลิศ (๒๕๕๑)⁷¹ ทำวิจัยเรื่อง โครงการเพื่อคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้จากการวิจัยและการจัดการความรู้ในช่วง ๕ ปีแรกเครือข่ายวิจัยสุขภาพ โดยนำความรู้ที่ได้ไปต่อยอดใช้ประโยชน์ทั้งในระดับนโยบายและปฏิบัติ เน้นการเตรียมเข้าสู่สังคมสูงอายุ ๔ ด้าน คือ ระบบการดูแลผู้สูงอายุ ระบบการเรียนรู้เพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ การดูแลปรับสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ และหลักประกันด้านเศรษฐกิจสำหรับผู้สูงอายุ ระบบการดูแลผู้สูงอายุ โครงการได้สนับสนุนต่อเนื่องให้พัฒนาคู่มือเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการจัดการเพื่อความยั่งยืน และได้ถูกนำไปใช้ในโครงการนำร่องสำหรับการเตรียมการผู้สูงอายุ

วรรณวิมล เมฆวิมล (๒๕๕๔)⁷² ทำวิจัยเรื่องภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรในมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา มีวัตถุประสงค์เพื่อ ๑) ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรในมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา และ ๒) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ จำนวน ๒๓๔ คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ผลการวิจัย พบว่า ๑) ปัจจัยทางชีวสังคมของบุคลากร ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ทำงานสายสนับสนุน สังกัดคณะมนุษยศาสตร์ ฯ มีอายุระหว่าง ๒๑-๓๐ ปี สถานภาพสมรสโสด การศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ไม่มีอาชีพอิสระเสริม รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท และมีชั่วโมงการทำงานต่ำกว่าหรือเทียบเท่า ๘ ชั่วโมง ภาวะสุขภาพการของบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับเหมาะสม นาน ๆ จะมีอาการปวดหลังหรือปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เมื่อมีอาการปวดปล่อยให้หายเอง ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี โรคที่พบมากที่สุด ๕ อันดับแรกคือ โรคกระเพาะ รองลงมา ภูมิแพ้ ไมเกรน ข้อหรือกล้ามเนื้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง โคลเลสเตอรอลหรือไขมันในเส้นเลือดสูง ตามลำดับ ส่วนใหญ่ติดตามอาการเจ็บป่วยโดยไม่ได้รับการรักษาหรือไปพบแพทย์ และระดับภาวะสุขภาพจิตของบุคลากร ส่วนใหญ่เท่ากับคนทั่วไป และ ๒) พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร พบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง การเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และเมื่อมีปัญหาสุขภาพจะปรึกษากับแพทย์ การตรวจดูอาการผิดปกติของร่างกายด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติบ่อยครั้ง

⁷¹ ลัดดา ดำริการเลิศ, โครงการเพื่อคุณภาพชีวิตสำหรับสังคมสูงอายุ, กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.), ๒๕๕๑.

⁷² วรรณวิมล เมฆวิมล, ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรในมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, ๒๕๕๔.

ชนิดา ประดิษฐ์สถาพร, พิมสุภาว จันทนะโสถ์, ขวัญใจ อำนาจสัจย์ชื้อ และรัชนี้ สรรเสริญ (๒๕๕๕)⁷³ ทำการวิจัยเรื่อง สุขภาวะจิตของผู้สูงอายุไทยตามแนววิถีพุทธ เป้าหมายของการศึกษาเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี คือการมีสุขภาวะที่ดี การศึกษาครั้งนี้ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและกระบวนการกลุ่มในผู้สูงอายุไทยพุทธ จำนวน ๔๖ คน การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและวิเคราะห์โครงสร้าง ผลพบว่า ผู้สูงอายุใช้ประสบการณ์ตรงและอารมณ์ของตนเองที่ระบุว่าสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุประกอบด้วย ๒ องค์ประกอบหลัก คือ ความสุขและความสามารถทางจิต

ชุมพร ฉ่ำแสง และคณะ (๒๕๕๕: บทคัดย่อ)⁷⁴ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของบุคลากรฝ่ายการพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับคุณภาพชีวิตของบุคลากรฝ่ายการพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก กลุ่มตัวอย่างบุคลากรฝ่ายการพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก จำนวน ๒๒๕ คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของบุคลากรฝ่ายการพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านความสัมพันธ์ทางสังคม บุคลากรรู้สึกพึงพอใจต่อการอยู่ร่วมกันและการช่วยเหลือซึ่งกันและกันอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับด้านจิตใจพบว่าบุคลากรมีความรู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่าและมีความหมายอยู่ในระดับดี ปัจจัยด้านอายุและลักษณะงานที่ทำที่ต่างกันส่งผลให้บุคลากรฝ่ายการพยาบาลมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ส่วนปัจจัยด้านเพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระดับรายได้ อายุการทำงาน ตำแหน่งงาน ลักษณะจ้างงาน และสวัสดิการที่องค์กรจัดให้มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรฝ่ายการพยาบาลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

กิจปพน ศรีธานี และลำปาง แม่นมาตย์ (๒๕๕๗: ๗๗๔)⁷⁵ ทำการวิจัยเรื่อง กระบวนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพชุมชน มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษากระบวนการจัดการความรู้ด้าน

⁷³ ชนิดา ประดิษฐ์สถาพร, พิมสุภาว จันทนะโสถ์, ขวัญใจ อำนาจสัจย์ชื้อ และรัชนี้ สรรเสริญ, “สุขภาวะจิตของผู้สูงอายุไทยตามแนววิถีพุทธ”, วารสารพยาบาลสาธารณสุข ๗๕, ปีที่ ๒๖ ฉบับที่ ๑ (มกราคม ๒๕๕๕) : ๑๒-๒๒.

⁷⁴ ชุมพร ฉ่ำแสง และคณะ, ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรฝ่ายการพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก, กรุงเทพมหานคร : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ๒๕๕๕.

⁷⁵ กิจปพน ศรีธานี และลำปาง แม่นมาตย์, “กระบวนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพชุมชน”, วารสารวิชาการสาธารณสุข, ปีที่ ๒๓ ฉบับที่ ๕ (๒๕๕๗), หน้า : ๗๗๔-๗๗๗.

สุขภาพชุมชน เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยเลือกเก็บข้อมูลในชุมชนที่ได้รับการยอมรับว่ามีการผสมผสานการดูแลสุขภาพแบบดั้งเดิมเข้ากับการแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นชุมชนเข้มแข็งที่มีกระบวนการดูแลสุขภาพโดยเน้นความสัมพันธ์กับชุมชนซึ่งเป็นที่ยอมรับระดับประเทศ ๒ ชุมชน คือ ชุมชนคำปลาหลาย และชุมชนสันติสุข การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม ประกอบกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพชุมชนจากภาควิชาชีพ ๑๔ คน ภาคพื้นบ้าน ๖ คน และภาคประชาชน ๔๐ คน ผลการวิจัยพบว่า ๑) กระบวนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพมีลักษณะไม่เป็นทางการและไม่เด่นชัด กระบวนการจัดการความรู้จะแทรกอยู่ในกระบวนการดูแลสุขภาพ ซึ่งมีการถ่ายทอดความรู้เป็นกระบวนการหลัก ๒) ความรู้ที่ใช้ทั้งในภาคประชาชนและภาคพื้นบ้านส่วนใหญ่เป็นความรู้โดยนัยที่มีอยู่ในตัวคน ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับองค์ประกอบร่างกาย สาเหตุความเจ็บป่วย และแนวทางวิธีการดูแลสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการถ่ายทอด สัมผัส และการเรียนรู้กันมาจากคนในครอบครัวและเครือข่ายในขณะที่ภาควิชาชีพมีความรู้ที่สำคัญประกอบด้วย ความรู้ด้วยองค์ประกอบของร่างกาย โรคและสาเหตุความเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรคและการรักษาโรค การใช้ยา และแนวทางการดูแลสุขภาพทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ๓) กระบวนการจัดการความรู้ที่เป็นกระบวนการหลัก คือ การถ่ายทอดความรู้จากภาควิชาชีพและภาคพื้นบ้านไปสู่ภาคประชาชน คือ ผู้ป่วยและญาติ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นตัวเชื่อมโยงความรู้เข้าด้วยกัน วิธีการถ่ายทอดความรู้ส่วนใหญ่อาศัยกระบวนการทางสังคม ได้แก่ กระบวนการกลุ่ม และการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนากระบวนการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพชุมชนให้มีวิธีการที่หลากหลายสอดคล้องกับเนื้อหาความรู้ และควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของอสม. ให้มากขึ้น

กุนนที พุ่มสงวน (๒๕๕๗: ๑๐)⁷⁶ ได้เขียนบทความวิชาการ เรื่องสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ บทบาทที่สำคัญของพยาบาล ซึ่งได้กล่าวว่าสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อการพัฒนาการทุก ๆ ด้านในตัวบุคคล สุขภาพถือว่าเป็นรากฐานที่สำคัญของชีวิต ปัจจุบันสุขภาพวางอยู่บนฐานที่ว่าด้วยเรื่องสุขภาพะ ทั้งมิติทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางปัญญา (จิตวิญญาณ) รวมทั้งมิติของคนครอบครัว ชุมชน และสังคม องค์ความรู้เพื่อการพัฒนาสุขภาพและระบบสุขภาพจึงไม่ใช่เรื่องของระบบการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่เป็นเรื่องความร่วมมือกันของสังคม บทบาทที่สำคัญของพยาบาลจึงจำเป็นต้องสร้างค่านิยมที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ ด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้บุคคลมีความแข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขด้วยการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และเอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี สามารถควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อ

⁷⁶ กุนนที พุ่มสงวน, “สุขภาพและการเสริมสร้างสุขภาพ: บทบาทที่สำคัญของพยาบาล”, วารสารพยาบาลทหารบก, ปีที่ ๑๕ ฉบับที่ ๒ (๒๕๕๗, พ.ค.-ส.ค.): ๑๐-๑๖.

สุขภาพ ร่วมสร้างวัฒนธรรมของการดำรงชีวิตที่ไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น และร่วมกันสร้างสังคมที่อยู่ร่วมกันอย่างสันติสุข

พรทิพย์ สุขอดิศัย, จันทรชลิ มาพุท และรุ่งฟ้า กิติญาณสันต์ (๒๕๕๗: ๙๐-๙๑)^{๗๗} ทำวิจัยเรื่อง วิถีชีวิตและแนวทางการมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาสุขภาวะของผู้สูงอายุ และแนวทางการมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การเก็บรวบรวมโดย ๑) สำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน ๓๘๔ คน ๒) สัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะเหมาะสมมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน ๑๑ คน และ ๓) สันทนากลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้สูงอายุ นักการศึกษาสาธารณสุขงานสร้างเสริมสุขภาพ แพทย์ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน ๑๐ คน ผลการวิจัยพบว่า ๑) สุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีมากที่สุดอันดับแรก คือ สุขภาวะด้านจิตวิญญาณ รองลงมา คือ สุขภาวะด้านสังคม สุขภาวะด้านจิตใจ สุขภาวะด้านร่างกาย และสุขภาวะด้านสิ่งแวดล้อม ตามลำดับ ๒) วิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะ ประกอบด้วย ๒.๑) การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี ๒.๒) มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ๒.๓) มีการออกกำลังกาย ๔) โภชนาการครบทั้ง ๕ หมู่ และหลีกเลี่ยงอาหารที่ให้โทษ ๕) มีการจัดการความเครียด ๖) มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว และในสังคมที่ดี ๗) มีจิตวิญญาณที่มีเป้าหมาย การเห็นคุณค่าในตน และการมีธรรมะเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ และ ๘) มีการใช้ภูมิปัญญาวิถีไทย คือ บริโภคสมุนไพร บริโภคอาหารพื้นบ้าน และอยู่ในธรรมชาติอากาศบริสุทธิ์ และ ๓) แนวทางการมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย ๑) ระดับบุคคล ควรมีพฤติกรรมสุขภาวะ คือ มีการตรวจสุขภาพประจำปี หาความรู้ในการดูแลสุขภาพ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล นำธรรมะมาเป็นที่พึ่งทางใจ ๒) ระดับชุมชนควรมีการดำเนินการ คือ การจัดสถานที่ออกกำลังกาย การจัดการขยะแบบธรรมชาติ จัดให้มีชมรมส่งเสริมสุขภาพ ชมรมจิตอาสา วิถีชีวิตแบบธรรมชาติพื้นบ้าน และ ๓) ระดับหน่วยงาน ควรดำเนินการคือ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้วัคซีนสร้างภูมิคุ้มกันโรคที่ครอบคลุมประชากรและโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ กระทรวงศึกษาธิการควรมีการดำเนินการในเรื่องการส่งเสริมด้านโภชนาการทุกสถานศึกษา และกรมสุขภาพจิตควรมีนโยบายจัดการสุขภาพจิตระดับตำบลดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิตประชาชนทุกวัน

^{๗๗} พรทิพย์ สุขอดิศัย, จันทรชลิ มาพุท และรุ่งฟ้า กิติญาณสันต์, “วิถีชีวิตและแนวทางการมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ”, วารสารการศึกษาและพัฒนาสังคม, ปีที่ ๑๐ ฉบับที่ ๑ (มกราคม ๒๕๕๗) : ๙๐-๑๐๒.

दारวันต์ รักสัตย์ (๒๕๕๗)⁷⁸ ทำการวิจัยเรื่อง อิทธิพลของลักษณะทางพุทธที่มีต่อสุขภาวะทางจิตของวัยรุ่นที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาจิตเยาวชนแบบบูรณาการ ณ ยุวพุทธิกสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ โดยมีความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นตัวส่งผ่าน โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อ ๑) ศึกษาอิทธิพลทางตรงของลักษณะทางพุทธที่มีต่อสุขภาวะทางจิต ๒) อิทธิพลทางอ้อมของลักษณะทางพุทธที่มีต่อสุขภาวะทางจิต โดยมีความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นตัวส่งผ่าน กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาจิตเยาวชนแบบบูรณาการ ของยุวพุทธิกสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ อายุ ๑๓ ถึง ๒๒ ปี จำนวน ๔๒๔ คน ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากเยาวชนที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่าย การถดถอยพหุคูณ และการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติอิทธิพลส่งผ่านโดยใช้ค่าซี ผลการวิจัยพบว่า ๑) ความเชื่อทางพุทธศาสนามีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะทางจิต และความเชื่อทางพุทธศาสนามีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะทางจิตผ่านความเข้มแข็งในการมองโลก ๒) การปฏิบัติทางพุทธศาสนามีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะทางจิตผ่านความเข้มแข็งในการมองโลก และ ๓) วิถีชีวิตแบบพุทธมีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะทางจิต และวิถีชีวิตแบบพุทธมีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะทางจิตผ่านความเข้มแข็งในการมองโลก

สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ (๒๕๕๗)⁷⁹ ทำวิจัยเรื่อง โครงการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ พบว่า การมีชมรมผู้สูงอายุหรือการเข้าร่วมกิจกรรม และใช้สมุดคู่มือผู้สูงอายุเป็นปัจจัยสัมพันธ์เชิงบวกต่อการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพไม่พึงประสงค์ส่งผลให้มีน้ำหนักเกิน ผู้สูงอายุไทย ๙๕ ใน ๑๐๐ คน มีความเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ข้อเข่าเสื่อม ซึมเศร้า พิกการ และผู้ป่วยนอนติดเตียง ยังพบปัญหาโรคแทรกซ้อน การคัดกรองโรคยังต่ำกว่าเป้าหมาย ขาดคุณภาพ และรพช. รพท./รพศ. มีโครงสร้างทางกายภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ แต่ในฝั่ง รพ.สต. ยังไม่ครบ ๑๐๐ % ในส่วนของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย พบว่า ควรปรับปรุงแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้ดำเนินการเชิงรุกนอกสถานพยาบาล เพิ่มคุณภาพการคัดกรองโรค ปรับปรุงคุณภาพโครงสร้างทางกายภาพ ของรพ.สต. ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ค้นหามาตรการและนโยบายที่มีประสิทธิภาพในการทำให้ผู้สูงอายุ

⁷⁸ ดารวันต์ รักสัตย์, “อิทธิพลของลักษณะทางพุทธที่มีต่อสุขภาวะทางจิตของวัยรุ่นที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาจิตเยาวชนแบบบูรณาการ ณ ยุวพุทธิกสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ โดยมีความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นตัวส่งผ่าน”, *ปริญญานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต*, บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ๒๕๕๗.

⁷⁹ สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, และคณะ, *โครงการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ*, กรุงเทพมหานคร : Health intervention and technology assessment program, ๒๕๕๗.

ไทยมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มสูงขึ้น สนับสนุนให้มี อผส. ครอบคลุมพื้นที่และพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง และประเมินผลการดำเนินงานแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

วิชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (๒๕๕๗)⁸⁰ ทำการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุ จำนวน ๒๒๗ คน การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบที และการวิเคราะห์ความแปรปรวน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารเป็นพฤติกรรมที่ดีที่สุด รองลงมา คือ การปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย การจัดการความเครียด และมีพฤติกรรมการออกกำลังกายแย่ที่สุด และพฤติกรรมสุขภาพโดยภาพรวมของผู้สูงอายุที่มีอายุ สถานภาพสมรส รายได้ ความพอเพียงของรายได้และภาวะการมีโรคประจำตัวต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุที่มีเพศ ระดับการศึกษาต่างกัน พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ (๒๕๕๗)⁸¹ การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และแนวทางการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วม ระยะการดำเนินการศึกษารวมทั้งสิ้น ๓ ระยะ ผลการศึกษาพบว่า ระยะที่ ๑ ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดระยอง ชลบุรี และสระแก้ว จำนวน ๔๑๕ คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ส่วนใหญ่มีความรู้สึกรู้ว่ามีสุขภาพดี ร้อยละ ๔๖.๗๐ และรู้สึกว่ามีสุขภาพไม่ดี ร้อยละ ๑๘.๖๐ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายด้านดังนี้ พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การสุขภาพที่อยูอาศัย ค่าเฉลี่ย ๓.๖๔ รองลงมาคือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตวิญญาณและการปฏิบัติระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีและดีมาก ระยะที่ ๒ ทีมวิจัยสรุปว่ากระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนนั้น จะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยกระบวนการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อเนื่องกันเพื่อดูแลสุขภาพประชาชน เช่น แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ และแนวคิดการทำงานโดยอาศัยภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการส่งเสริมความเข้มแข็งให้ชุมชนพัฒนาศักยภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง และ

⁸⁰ อ่างแก้ว

⁸¹ อ่างแก้ว

ระยะที่ ๓ การประเมินรูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และศึกษาปัญหาและอุปสรรคของกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ยกเว้นพฤติกรรมด้านการปฏิบัติด้านโภชนาการ ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนคือประเภทหรือกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่หน่วยงานราชการหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพัฒนาขึ้นไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุรายบุคคลได้ จึงควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสร้างทางเลือกเพื่อหากิจกรรมที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะบุคคลได้มากขึ้น

นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เณยกิตติ (๒๕๕๗: ๖๙)⁸² ได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยนำมาเขียนบทความวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต: การศึกษาในผู้สูงอายุไทย จากข้อค้นพบมีข้อเสนอแนวทางที่สำคัญสำหรับวางแผนพัฒนางานวิจัย ด้านการจัดเรียนการสอนทางการแพทย์บาล และด้านการปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้ข้อเสนอแนะสำหรับการวางแผนพัฒนาการศึกษาวิจัย เสนอว่า ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ การวิจัยแบบผสม เพื่อให้ได้ความหมายและการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตที่จะช่วยยกระดับให้ดีขึ้นหรือคงระดับ ควรมีการพัฒนาโปรแกรมหรือแนวทางการดูแลที่ส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ข้อเสนอแนะสำหรับการจัดการเรียนการสอนทางการแพทย์บาล ควรมีการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรที่พยาบาลศาสตร์บัณฑิตให้มีเนื้อหาเกี่ยวกับแนวคิดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกหรือในชุมชนควรให้นักศึกษาได้มีการฝึกประสบการณ์ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย ข้อเสนอแนะสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพ ควรจัดให้มีรูปแบบหรือกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งให้ความสำคัญกับปัจจัยที่มีผลและมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ดังนั้นแนวทางการดูแลผู้สูงอายุควรเน้นให้เหมาะสมกับความต้องการและศักยภาพของผู้สูงอายุในแต่ละบริบทที่มีปัจจัยแตกต่างกัน จัดให้มีการรวมกลุ่มทางสังคม จัดสวัสดิการกองทุนผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง มีการดูแลสุขภาพของตนเอง สร้างเสริมภาวะสุขภาพจิต การให้บริการเน้นเชิงรุก และสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนโดยเฉพาะครอบครัวให้เหมาะสมสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุประสบผลสำเร็จเกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุสูงสุดในสังคมไทย

⁸² อ้างแล้ว

ธันวาคม บัณฑิต (๒๕๖๐: ๑๔๕๑)^{๘๓} ได้ทำการวิจัยเรื่อง แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลหนองน้อย อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลหนองน้อย อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไปในเขตเทศบาลตำบลหนองน้อย จำนวน ๒๖๑ คน ซึ่งผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงสำรวจ และคุณภาพ การวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านคุณภาพชีวิตทางด้านสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรอยู่ในระดับมาก รองลงมาคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตทางกายภาพ และคุณภาพชีวิตทางด้านสังคม ตามลำดับ และแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุมีความต้องการออกกำลังกายในรูปหนึ่งสัปดาห์อย่างสม่ำเสมอ ให้มีการจัดอุปกรณ์ สถานที่ และบุคลากรในการส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยที่ว่างบริเวณศาลาอเนกประสงค์ของหมู่บ้าน และจัดให้มีกีฬาสำหรับผู้สูงอายุปีละหนึ่งครั้ง ด้านการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกเดือน ให้มีการตรวจสุขภาพแบบเชิงรุก เช่น เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ และส่งเสริมการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ โดยกลุ่มผู้สูงอายุเอง และการได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน ให้มีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุและดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับชุมชน เพื่อเพิ่มบทบาทผู้สูงอายุในสังคม

^{๘๓} ธันวาคม บัณฑิต, แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลหนองน้อย อำเภอสว่างแดนดิน, รายงานสืบเนื่องการประชุมสัมมนาวิชาการ (proceeding) มหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ ครั้งที่ ๑๗, ๒๕๖๐, หน้า ๑๔๕๑-๑๔๖๓.

บทที่ ๓ วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนาองค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” เป็นการวิจัยผสมผสานวิธีโดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ๑) พัฒนาตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ๒) ตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และ ๓) สร้างคู่มือการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเลย มีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

๓.๑ รูปแบบการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยผสมผสานวิธีทั้งในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณที่เชื่อมโยงข้อมูลแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการสุขภาวะเกี่ยวกับผู้สูงอายุในที่ได้ในเอกสารและงานวิจัยกับข้อมูลความคิดเห็นที่เกิดจากข้อมูลเชิงประจักษ์สภาพบริบทความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าด้วยกัน โดยมีวิธีการศึกษาใน ๓ ลักษณะ ได้แก่

๓.๑.๑ การศึกษาวิจัยในเชิงเอกสาร (Documentary research) เพื่อค้นหาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับ ผู้สูงอายุ สุขภาวะผู้สูงอายุ การจัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และแนวทางการพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อสรุปเป็นประเด็นกรอบร่างองค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ

๓.๑.๒ การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อทราบถึงตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) กับตัวแทนเจ้าหน้าที่ของรัฐ พระวิทยากรอบรม ตัวแทนผู้สูงอายุ และประธานโรงเรียนผู้สูงอายุ และเพื่อสร้างร่างคู่มือการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยการประชุมระดมความคิด เพื่อหาแนวทางการพัฒนาการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรณีศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดเลย และวิพากษ์วิจารณ์ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ กับตัวแทนเจ้าหน้าที่ของรัฐ พระวิทยากรอบรม ตัวแทนผู้สูงอายุ และประธานโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดเลย

๓.๑.๓ การศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และเพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันโมเดลตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือเพื่อทราบถึงสภาพการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

๓.๒ ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยในลักษณะของการจัดการสภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และผู้ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงกำหนดพื้นที่ที่ศึกษากับผู้สูงอายุที่เรียนอยู่ในโรงเรียนผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังนั้น คณะผู้จัดทำจึงเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูล และประชากร กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

๓.๒.๑ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในเชิงคุณภาพ ในการศึกษาการพัฒนาตัวชี้วัดการจัดการสภาวะของผู้สูงอายุ ครั้งนี้คณะผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยการเลือกแบบเจาะจง ตามความสำคัญของประเด็นศึกษา ดังนี้

๑) กลุ่มที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัดการจัดการสภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย ตัวแทนเจ้าหน้าที่ของรัฐ จำนวน ๙ คน ได้แก่ สาธารณสุขประจำอำเภอเมืองจังหวัดเลย จำนวน ๑ คน อาสาสมัคร (อสม.) จำนวน ๘ คน ๒) พระวิทยากรอบรมเรื่องจิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน ๘ รูป ๓) ตัวแทนผู้สูงอายุที่เข้าร่วม จำนวน ๑๓ คน ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน ๑๐ คน (ผู้สูงอายุ เพศชาย จำนวน ๕ คน ผู้สูงอายุ เพศหญิง จำนวน ๕ คน) และประธานโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน ๓ คน ในจังหวัดอุดรธานี จังหวัดหนองบัวลำภู จังหวัดเลย

๒) กลุ่มที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับร่างคู่มือการจัดการเสริมสร้างสภาวะของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ตัวแทนเจ้าหน้าที่ของรัฐ จำนวน ๔ คน ได้แก่ สาธารณสุขประจำอำเภอเมืองจังหวัดเลย จำนวน ๑ คน อาสาสมัคร (อสม.) จำนวน ๓ คน ๒) พระวิทยากรอบรมเรื่องจิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน ๑ รูป ๓) ตัวแทนผู้สูงอายุที่เข้าร่วม จำนวน ๑๑ คน ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน ๑๐ คน (ผู้สูงอายุ เพศชาย จำนวน ๕ คน ผู้สูงอายุ เพศหญิง จำนวน ๕ คน) และประธานโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดเลย จำนวน ๑ คน ในจังหวัดเลย

๓.๒.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในเชิงปริมาณ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พ.ศ.๒๕๕๗ จำนวน ๑๘,๖๖๕ คน (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๗)^{๘๔} กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่กำลังศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานี จังหวัดหนองบัวลำภู จังหวัดเลย การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) เนื่องจากการดำเนินการวิจัยในขั้นนี้ เป็นการพัฒนาและตรวจสอบตัวบ่งชี้ เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์องค์ประกอบ ซึ่ง Comrey & Lee (๑๙๙๒ อ้างถึงใน ภัทรพร เกษสังข์, ๒๕๕๕)^{๘๕} ได้เสนอเกณฑ์

^{๘๔} สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, การสูงวัยของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๗. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๗.

^{๘๕} ภัทรพร เกษสังข์, สถิติเพื่อการวิจัยขั้นสูงทางการบริหาร, เลย : มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย, ๒๕๕๕.

การประเมินความพอเพียงของความแปรปรวนขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบถ้าใช้กลุ่มตัวอย่างขนาด ๕๐๐ คน เกณฑ์ที่ระดับดีมาก ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดตัวอย่าง จำนวน ๕๐๐ คน โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน

๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๓.๓.๑ แบบประเด็นการวิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัดสุขภาวะ ของบุคคลใน ๔ ด้าน ประกอบด้วย ภาวะที่เป็นสุขทางกาย (Physical Well-being) ภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ (Mental Well-being) ภาวะที่เป็นสุขทางสังคม (Social Well-being) และภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ (Spiritual Well-being)

๓.๓.๒ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการจัดการสุขภาวะ เกี่ยวกับการจัดการด้านสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย การจัดการด้านสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต การจัดการด้านสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม และการจัดการด้านสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ

๓.๓.๓ แบบสอบถามการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุ โดยมี ๒ ตอน ได้แก่ ตอนที่ ๑ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับสถานภาพทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เกี่ยวกับเพศ และอายุ

ตอนที่ ๒ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ในประเด็นสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม และสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ โดยเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ๕ ระดับ ดังนี้

- ๕ หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด
- ๔ หมายถึง เห็นด้วยมาก
- ๓ หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง
- ๒ หมายถึง เห็นด้วยน้อย
- ๑ หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

๓.๓.๔ แบบประชุมระดมความคิดเกี่ยวกับร่างคู่มือการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ เพื่อหาแนวทางการพัฒนาการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ตรวจสอบความเป็นไปได้เหมาะสม

ขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

๑) กำหนดเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถามและแบบประชุมระดมความคิดตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยการศึกษาแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดตัวแปรการวิจัยและเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถามและแบบประชุมระดมความคิด

๒) ร่างเครื่องมือการวิจัยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถามและแบบประชุมระดมความคิด ตามประเด็นที่กำหนดให้ครบถ้วน

๓) นำเครื่องมือการวิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบโดยหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และแก้ไขเครื่องมือการวิจัยตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

๔) นำเครื่องมือทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง กรณีแบบสอบถามโดยหาความเชื่อมั่น กรณีแบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบประชุมระดมความคิดเพื่อดูความเหมาะสมของภาษา

การตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นสำหรับการวิจัยทำการทดสอบคุณภาพเครื่องมือคือความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามดังนี้

๑) ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Validity) โดยนำร่างแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมเนื้อหาที่ศึกษาของข้อคำถาม ซึ่งผู้เชี่ยวชาญ จำนวน ๓ ราย ได้แก่

(๑) ผู้ช่วยศาสตราจารย์แสวง สารสิทธิ์

(๒) ดร.จรรีรัตน์ ประมวลสัญญากร

(๓) อาจารย์อรรวรรณ เกษสังข์

โดยให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความสอดคล้องและความเหมาะสมของข้อคำถามรายข้อกับนิยามเชิงปฏิบัติการตามวัตถุประสงค์ที่ศึกษา เกณฑ์การพิจารณาดังนี้

- ๑ หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นวัดสอดคล้องกับนิยามเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่ศึกษา
 - ๐ หมายถึง ไม่แน่ว่าข้อคำถามนั้นวัดสอดคล้องกับนิยามเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่ศึกษา
 - ๑ หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นวัดไม่สอดคล้องกับนิยามเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่ศึกษา
- นำค่าที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of congruence: IOC) รวมทั้งข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงข้อคำถาม ซึ่งสูตรคำนวณดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{n}$$

เมื่อ

IOC หมายถึง ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of congruence: IOC)

R หมายถึง ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

๒) ความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นและปรับปรุงแก้ไขตามที่ชี้แนะแล้ว ทำการไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓๐ ชุด เพื่อตรวจสอบว่าคำถามสามารถสื่อความหมายได้ตรงตามความต้องการสามารถให้ผู้ตอบคำถามได้คงเส้นคงวา โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ค่าที่ใช้ได้ต้องมีค่ามากกว่า ๐.๗๐ จึงถือว่าแบบสอบถามมีค่าที่น่าเชื่อถือได้ ผลปรากฏว่าค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ ๐.๘๗

๓.๔ การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยได้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หลากหลายเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย โดยมีวิธีการ ดังนี้

๓.๔.๑ ศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับหลักการและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจากเอกสาร หลักฐาน หนังสือ บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยการวิเคราะห์เอกสาร (Documentary analysis) รวบรวมเป็นตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นำข้อมูลที่ได้มาสรุปเป็นกรอบแนวคิดจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นกรอบในการสัมภาษณ์ นำมาสรุปจัดทำเป็นกรอบร่างเป็นตัวบ่งชี้ สร้างโมเดลเชิงทฤษฎี (Theoretical model) โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่เป็นตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นำข้อมูลที่ได้ทำการวิเคราะห์เพื่อเป็นร่างตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นประเด็นการสัมภาษณ์ร่างตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ

๓.๔.๒ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์โดยมีหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล เพื่อทำวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาลัยสงฆ์เลย นำหนังสือขออนุญาตเข้าทำการศึกษาวิจัย เพื่อขอความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดเลย จังหวัดหนองบัวลำภู จังหวัดอุดรธานี และหน่วยงานต่าง ๆ โดยมีกิจกรรมดังนี้

๓.๔.๒.๑ การสัมภาษณ์เชิงลึก คณะผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาการพัฒนาตัวชี้วัดการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางกาย ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม และด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ ประกอบด้วย ๓ กลุ่ม คือ ตัวแทนเจ้าหน้าที่ของรัฐ จำนวน ๔ คน ได้แก่ สาธารณสุขประจำอำเภอเมือง จังหวัดเลย จำนวน ๑ คน อาสาสมัคร (อสม.) จำนวน ๘ คน ๒) พระวิทยากรอบรมเรื่องจิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน ๘ รูป ๓) ตัวแทนผู้สูงอายุที่เข้าร่วม จำนวน ๑๓ คน ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน ๑๐ คน และประธานโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน ๓ คน ในจังหวัดอุดรธานี จังหวัดหนองบัวลำภู จังหวัดเลย

๓.๔.๒.๒ การใช้แบบสอบถาม เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม ได้แก่ ผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุจังหวัดเลย จังหวัดหนองบัวลำภู และจังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามโดยทางไปรษณีย์จำนวน ๕๐๐ ฉบับ และขอความอนุเคราะห์ให้ตอบกลับภายใน ๒ สัปดาห์ เพื่อตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับสภาพการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุด้านภาวะที่เป็นสุขทางกาย ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม และด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ ข้อมูลที่ได้นำมาใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กับข้อมูลเชิงประจักษ์

๓.๔.๒.๓ การประชุมระดมความคิด คณะผู้วิจัยดำเนินการประชุมระดมความคิดเพื่อดำเนินการสร้างเป็นร่างคู่มือการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ และตรวจสอบคุณภาพของคู่มือ ในประเด็นความเป็นไปได้ ความเหมาะสม ความเป็นประโยชน์ กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเชิง

คุณภาพ ประกอบด้วย ตัวแทนเจ้าหน้าที่ของรัฐ จำนวน ๔ คน ได้แก่ สาธารณสุขประจำอำเภอเมือง จังหวัดเลย จำนวน ๑ คน อาสาสมัคร (อสม.) จำนวน ๓ คน ๒) พระวิทยากรอบรมเรื่องจิตของโรงเรียน ผู้สูงอายุ จำนวน ๑ รูป ๓) ตัวแทนผู้สูงอายุที่เข้าร่วม จำนวน ๑๑ คน ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกใน โรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน ๑๐ คน (ผู้สูงอายุ เพศชาย จำนวน ๕ คน ผู้สูงอายุ เพศหญิง จำนวน ๕ คน) และประธานโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดเลย จำนวน ๑ คน ในจังหวัดเลย

๓.๕ การวิเคราะห์ข้อมูล

๓.๕.๑ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) มุ่ง วิเคราะห์ข้อมูล จัดหมวดหมู่ประเด็นโดยการสรุปเนื้อหาตามสาระสำคัญด้านเนื้อหาที่กำหนดไว้

๓.๕.๑.๑ การวิเคราะห์เอกสาร (Documentary analysis) รวบรวมเป็นตัวชี้วัดการ จัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ นำข้อมูลที่ได้มาสรุปเป็นกรอบแนวคิดจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นกรอบในการสัมภาษณ์ นำมาสรุปจัดทำเป็นกรอบร่างเป็นตัวบ่งชี้ สร้างโมเดล เชิงทฤษฎี (Theoretical model) โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่เป็นตัวชี้วัดการจัดการสุข ภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

๓.๕.๑.๒ การจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุ การปฏิบัติกิจกรรมที่ช่วยยกระดับของสุขภาพ และความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น ทางด้านการศึกษาและสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดผลต่อการปฏิบัติ ในสภาวะการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวม ๔ ด้าน ประกอบด้วย การจัดการสุขภาวะที่เป็นสุขทางกาย การจัดการสุขภาวะภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ การ จัดการสุขภาวะภาวะที่เป็นสุขทางสังคม และการจัดการสุขภาวะภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ

๓.๕.๑.๓ การวิเคราะห์ประเด็นการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ เพื่อสรุป เป็นร่างคู่มือการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ และตรวจสอบคุณภาพของคู่มือ ในประเด็น ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม ความเป็นประโยชน์ ของคู่มือการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ

๓.๕.๒ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เน้นการศึกษวิเคราะห์จากแบบสอบถามที่ได้จาก การรวบรวมจากผู้สูงอายุที่อยู่ในโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน ๕๐๐ คน โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

๓.๕.๒.๑ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาทั้งหมด จากการ ตรวจสอบพบว่าแบบสอบถามมีความถูกต้องสมบูรณ์ทั้งหมด แล้วนำมาลงรหัสเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ ข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

๓.๕.๒.๒ ตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นของการวิเคราะห์หองค์ประกอบว่ามีข้อมูลเพียงพอที่จะนำมาวิเคราะห์หองค์ประกอบได้ โดยการตรวจสอบหาค่า Kaiser-Meyer-Olkin measure of adequacy: KMO) ที่มีค่า มากกว่า ๐.๕๐ แสดงว่าข้อมูลมีความเหมาะสมสำหรับนำมาวิเคราะห์ หองค์ประกอบ และทำการทดสอบค่า Bartlett's Test of sphericity เป็นการทดสอบว่า เมทริกซ์ สหสัมพันธ์นี้เป็นเมทริกซ์เอกลักษณ์ (Identity matrix) หรือไม่ ค่าที่ได้ต้องไม่เป็นเมทริกซ์เอกลักษณ์

โดยที่ค่าระดับนัยสำคัญ $< .05$ นอกจากนี้แต่ละตัวชี้วัดในแต่ละองค์ประกอบต้องมีน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) ขึ้นต่ำ ๐.๓๐ ขึ้นไป และแต่ละองค์ประกอบต้องมีตัวชี้วัดอย่างน้อย ๓ ตัวขึ้นไป

๓.๕.๒.๓ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis) โดยการตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดล โครงสร้างองค์ประกอบ และกำหนดน้ำหนัก ตัวแปรย่อยที่ใช้ในการสร้างตัวชี้วัดกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม ด้วยโปรแกรมสำเร็จเพื่อหาค่าน้ำหนักตัวแปรย่อยที่ใช้ในการสร้างตัวชี้วัด

๓.๕.๒.๔ การทดสอบความสอดคล้องของโมเดลโครงสร้างตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยการตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ซึ่งถ้าผลการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งแรกยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งผู้วิจัยใช้ค่าสถิติที่จะตรวจสอบ ดังนี้ (Joreskog & Sorbom, ๑๙๙๓)⁸⁶ ประกอบด้วย

๑) ค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi - Square statistics) เป็นค่าสถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐานทางสถิติว่าฟังก์ชันความสอดคล้องมีค่าเป็นศูนย์ ถ้าค่าสถิติไค-สแควร์ มีค่าต่ำมาก หรือมีค่ายิ่งเข้าใกล้ศูนย์เท่าไรแสดงว่าข้อมูลโมเดลอิสระ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

๒) ดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (Goodness of Fit Index: GFI) ซึ่งเป็นอัตราส่วนผลต่างระหว่างฟังก์ชันความสอดคล้องจากโมเดลก่อน และหลังปรับโมเดลกับฟังก์ชัน ความสอดคล้องก่อนปรับโมเดล ค่า GFI มีค่ามากกว่า ๐.๙๐ แสดงว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

๓) ใช้ดัชนีสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว (Adjust Goodness of Fit Index: AGFI) ซึ่งนำ GFI มาปรับแก้และคำนึงถึงขนาดของตัวแปรและกลุ่มตัวอย่าง คำนี้อ้างอิงเดียวกับ GFI และค่า GFI และ AGFI มีค่าเท่ากับหรือเข้าใกล้ ๑ แสดงว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

๔) ค่า RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) เป็นค่าที่บ่งบอกถึงความไม่สอดคล้องของโมเดลที่สร้างขึ้นกับเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมของประชากร ซึ่ง Browne & Cudeck (๑๙๙๓)⁸⁷ ได้อธิบายว่า ค่า RMSEA ที่น้อยกว่า .๐๕ แสดงว่ามีความสอดคล้องสนิท (Close fit) แต่อย่างไรก็ตาม ค่าที่ใช้ได้และถือว่าโมเดลที่สร้างขึ้นสอดคล้องกับโมเดลไม่ควรจะเกิน .๐๘ ดังรายละเอียดแสดงในตารางต่อไปนี้

⁸⁶ Joreskog, K. G., & Sorbom, D. LISREL ๘ Structural Equation Modeling with the SIMPLIS Command Language. Chicago : Scientific Software International, ๑๙๙๓.

⁸⁷ Browne, M.W., & Cudeck, R. Alternative Ways of Assessing Model Fit. CA: Newbury Park, ๑๙๙๓.

ตารางที่ ๓.๑ สรุปเกณฑ์ที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้อง

ดัชนี	ระดับการยอมรับ
๑. ค่าไค-สแควร์ (χ^2)	χ^2 ที่ไม่มีนัยสำคัญหรือค่า P-value สูงกว่า .๐๕ แสดงว่า โมเดลมีความสอดคล้อง
๒. ค่า GFI	มีค่าตั้งแต่ .๙๐ ขึ้นไป แสดงว่า โมเดลมีความสอดคล้อง
๓. ค่า AGFI	มีค่าตั้งแต่ .๙๐ ขึ้นไป แสดงว่า โมเดลมีความสอดคล้อง
๔. ค่า RMSEA	น้อยกว่า .๐๘ แสดงว่า โมเดลมีความสอดคล้อง

๓.๕.๒.๕ นำผลการวิเคราะห์จากการตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลมาคัดเลือกตัวชี้วัด ที่มีค่าความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง คือ มีค่า factor loading มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๓๐ (Tacq, ๑๙๙๗ อ้างถึงใน วิลาวัลย์ มาคุ้ม, ๒๕๕๙)^{๘๘} และมีค่าเฉลี่ยความเหมาะสมเท่ากับหรือมากกว่า ๓.๕๐

๓.๖ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

๓.๖.๑ สถิติตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นของการวิเคราะห์องค์ประกอบว่ามีข้อมูลเพียงพอที่จะนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบได้

๓.๖.๑.๑ สถิติ Kaiser-Meyer-Olkin measure of adequacy: KMO) เป็นการตรวจสอบข้อมูลมีความเหมาะสมสำหรับนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ มีค่า มากกว่า ๐.๕๐

๓.๖.๑.๒ สถิติ Bartlett's Test of sphericity เป็นการตรวจสอบเมทริกซ์เอกลักษณ์ (Identity matrix) ของเมทริกซ์สหสัมพันธ์นี้ ค่าที่ได้ต้องไม่เป็นเมทริกซ์เอกลักษณ์โดยที่ค่าระดับนัยสำคัญ < .๐๕ นอกจากนี้แต่ละตัวชี้วัดในแต่ละองค์ประกอบต้องมีน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) ขั้นต่ำ ๐.๓๐ ขึ้นไป และแต่ละองค์ประกอบต้องมีตัวชี้วัดอย่างน้อย ๓ ตัวขึ้นไป

๓.๖.๒ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบ

^{๘๘} อ้างแล้ว

๓.๖.๒.๑ สัมประสิทธิ์น้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading)

๓.๖.๒.๒ สัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบ (Factor score)

๓.๖.๓ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ความสอดคล้องของโมเดล
โครงสร้างตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือ

๓.๖.๓.๑ สถิติที่ใช้ในการประมาณค่าพารามิเตอร์ โดยใช้วิธี
ความน่าจะเป็นสูงสุด (Maximum Likelihood Estimate : ML) (นง
ลักษณ์ วิรัชชัย, ๒๕๓๗ : ๔๘ อ้างถึงใน ภัทรพร เกษสังข์, ๒๕๕๕ :
๙๓)^{๘๙}

$$F = \text{Log}|\Sigma| + \text{tr}(S\Sigma^{-1}) - \text{Log}|S| + k$$

เมื่อ F แทน ฟังก์ชันความกลมกลืน

S แทนเมตริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วม

Σ แทนเมตริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมที่ได้จาก
ค่าพารามิเตอร์

K แทน จำนวนตัวแปรสังเกตได้ทั้งหมดในโมเดล

LISREL

tr แทนผลรวมของสมาชิกในแนวทแยงของเมตริกซ์

๓.๖.๓.๒ สถิติที่ใช้ทดสอบความสอดคล้องของรูปแบบ ใช้สถิติ
ไคสแควร์ (Chi-Square Statistics) มีสูตรดังนี้ (Schumacker and
Lomax, 2010 ; Stevens, 2002 อ้างถึงใน ภัทรพร เกษสังข์, ๒๕๕๕ :
๙๓)^{๙๐}

^{๘๙} อ้างแล้ว

^{๙๐} อ้างแล้ว

$$\chi^2 = (n-1)F[S; \sum(\theta)]$$

เมื่อ	df	แทน	$[p(p+1)/2]-t$
χ^2		แทน	ค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-Square)
n		แทน	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
$F[S, \sum(\theta)]$		แทน	ค่าต่ำสุดของฟังก์ชันความกลมกลืน
ของโมเดลจาก			

			พารามิเตอร์ θ
p	แทน		จำนวนตัวแปรที่สังเกตได้
t	แทน		จำนวนพารามิเตอร์

๓.๖.๓.๓ ดัชนีระดับความสอดคล้อง (Goodness of Fit Index : GFI) มีสูตร ดังนี้ (Schumacker and Lomax, ๒๐๑๐ ; Stevens, ๒๐๐๒ อ้างถึงใน ภัทรพร เกษสังข์, ๒๕๕๕ : ๙๓)^{๙๑}

$$GFI = 1 - \frac{F[S, \sum(\theta)]}{F[S, \sum(\theta)]}$$

เมื่อ	GFI	แทน	ดัชนีระดับความ
สอดคล้อง			
$F[S, \sum(\theta)]$		แทน	ค่าต่ำสุดของฟังก์ชันความกลมกลืน
ของโมเดลจาก			
พารามิเตอร์			

^{๙๑} อ้างแล้ว

$F[S, \sum(0)]$ แทน ค่า F ของโมเดลที่ไม่มีพารามิเตอร์
ในรูปแบบจาก

พารามิเตอร์ 0

๓.๖.๓.๔ ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับค่าแล้ว
(Adjusted Goodness of Fit Index: AGFI) มีสูตรดังนี้ (Schumacker and
Lomax, ๒๐๑๐; Stevens, ๒๐๐๒ อ้างถึงใน ภัทรพร เกษสังข์, ๒๕๕๕
: ๙๔)^{๙๒}

$$AGFI = [p(p+1)/2df][1 - GFI]$$

เมื่อ AGFI แทน ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับค่าแล้ว
GFI แทน ดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง
df แทน ชั้นความเป็นอิสระ
p แทน จำนวนตัวแปรที่สังเกต

๓.๖.๓.๕ ค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนที่เหลือ
(Root mean Square Residual : RMR) ค่าดัชนีน้อยกว่า ๐.๐๕ แสดง
ว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Schumacker and
Lomax, ๒๐๑๐ อ้างถึงใน ภัทรพร เกษสังข์, ๒๕๕๕ : ๙๔)^{๙๓}

$$RMR = \sqrt{(1/k) \sum_{ij} (s_{ij} - \sigma_{ij})^2}$$

๓.๖.๓.๗ ดัชนีวิกฤติของขนาดตัวอย่าง (Critical N : CN)
เป็นการตัดสินใจความเหมาะสมของขนาดกลุ่มตัวอย่าง ค่าเกณฑ์การ

^{๙๒} อ้างแล้ว

^{๙๓} อ้างแล้ว

พิจารณาต้องมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ๒๐๐ (Schumacker and Lomax, ๒๐๑๐ อ้างถึงใน ภัทรพร เกษสังข์, ๒๕๕๕ : ๙๔)^{๙๔}

$$CN = (\chi^2_{\text{critical}} / F_{\text{min}}) + 1$$

χ^2_{critical} แทน ค่าวิกฤติของสถิติไคสแควร์

F_{min} แทน ค่าฟังก์ชันความสอดคล้องของโมเดล

สุดท้าย

๓.๗ สรุปกระบวนการวิจัย

การศึกษาวิจัย “การพัฒนารูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานวิธีที่ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากเอกสาร บทความ งานวิจัย สัมภาษณ์เชิงลึก และประชุมระดมความคิดจากกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ๓ กลุ่ม คือ ๑) ตัวแทนเจ้าหน้าที่ของรัฐ ได้แก่ สาธารณสุขประจำอำเภอเมืองจังหวัดเลย อาสาสมัคร (อสม.) ๒) พระวิทยากรอบรมเรื่องจิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ ๓) ตัวแทนผู้สูงอายุที่เข้าร่วมที่เป็นสมาชิกในโรงเรียนผู้สูงอายุ และประธานโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยเลือกแบบเจาะจง เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ร่างคู่มือการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ และจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเป็นสมาชิกในโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน ๕๐๐ คน โดยใช้แบบสอบถาม แล้วนำข้อมูลที่ได้จากกระบวนการวิจัยมาทำการวิเคราะห์เอกสาร (Documentary analysis) และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณมาวิเคราะห์การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันและตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์

^{๙๔} อ้างแล้ว

บทที่ ๔

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่องการพัฒนาองค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

๔.๑ ผลการพัฒนาตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

๔.๒ ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับข้อมูลเชิงประจักษ์

๔.๓ รangkุ่มมือการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเลย

๔.๔ องค์ความรู้จากการวิจัย

เพื่อให้การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล และการแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจึงกำหนดสัญลักษณ์ และอักษรย่อที่ใช้แทนตัวแปรต่าง ๆ ซึ่งมีความหมายดังนี้

สัญลักษณ์ที่ใช้แทนค่าสถิติ

χ^2 หมายถึง ค่าสถิติไคสแควร์

df หมายถึง องศาแห่งความเป็นอิสระ

p-Value หมายถึง ระดับนัยสำคัญทางสถิติ

R^2 หมายถึง สัมประสิทธิ์การพยากรณ์

GFI หมายถึง ดัชนีระดับความสอดคล้อง

AGFI หมายถึง ดัชนีระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว

RMSEA หมายถึง ดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของค่าความแตกต่างโดยประมาณ

CN หมายถึง ค่าวิกฤติขนาดตัวอย่าง

สัญลักษณ์ที่ใช้แทนตัวแปรแฝง

old หมายถึง การจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ

phy	หมายถึง ด้านภาวะที่เป็นสุขทางกาย
men	หมายถึง ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ
soc	หมายถึง ด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม
spi	หมายถึง ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ

๔.๑ ผลการพัฒนาตัวชี้วัดการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างกับกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาการพัฒนาตัวชี้วัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ จำนวน ๒๒ คน ประกอบด้วย ๓ กลุ่ม คือ (๑) ตัวแทนเจ้าหน้าที่ของรัฐ จำนวน ๖ คน (๒) พระวิทยากรอบรมเรื่องจิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน ๓ รูป (๓) ตัวแทนผู้สูงอายุเข้าร่วม จำนวน ๑๓ คน จากนั้นนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์มาทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยทำการตรวจสอบสามเส้าและทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ในกรอบประเด็นการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือแบ่งออกเป็นองค์ประกอบ ๔ องค์ประกอบ คือ ภาวะที่เป็นสุขทางกาย ภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ภาวะที่เป็นสุขทางสังคม และภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ ผลปรากฏดังนี้

๔.๑.๑ องค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางกาย พบว่า การจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในด้านภาวะที่เป็นสุขทางกาย กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษามีความต้องการเกี่ยวกับสุขภาพกายที่แข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว เดินทางไปมาได้อย่างสะดวกสบาย มีความจำที่ดีไม่หลง ไม่ลืม รูปร่างสมส่วน ไม่อ้วนหรือผอมเกินไป ส่วนการจัดการสุขภาพกายของผู้สูงอายุมีความเห็นว่าการจัดการสามารถแบ่งกลุ่มในการจัดการดูแลผู้สูงอายุแบ่งกลุ่มในการจัดการออกเป็น ๓ กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มหน่วยงานภาครัฐหรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในกลุ่มของผู้สูงอายุ ควรมีการดำเนินกิจกรรมประจำวันที่ถูกต้อง เช่น รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ได้แก่ ปลาหนึ่ง ผักต้ม ไม่กินของดิบ ๆ สุก ๆ ไม่กินของหมักดอง ข้าวเหนียวควรรับประทานให้น้อย ต้มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ ๘ แก้ว แต่ก็ไม่ควรมากเกินไปอาจจะทำให้ไตทำงานหนักควรควบคุมอาหารที่รับประทานให้เหมาะสมความต้องการของร่างกาย ควรมีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย เช่น รำไทเก็ก รำวง เต้นลีลาต รำไม้พอง เต้นแอโรบิก เดิน เป็นต้น ควรดื่มให้บ่อย ควรมีการตรวจสุขภาพประจำปี พักผ่อนให้เพียงพอ

หน่วยงานต่าง ๆ หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้การส่งเสริมสนับสนุนและสร้างความตระหนักที่ดีเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ป้องกันการเกิดโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ โดยการอบรมให้ความรู้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาจในรูป จัดอบรม อาจในรูป เชิงรุก กล่าวคือ มาให้ความรู้กับชุมชนตามหมู่บ้าน เสียงตามสายของหมู่บ้าน แผ่นพับ เป็นต้น ควรจัดสถานที่ให้ปลอดภัย จัดสภาพแวดล้อมที่ห่างไกลสิ่งที่มีผลอันตรายต่อสุขภาพ เช่น ลดการใช้สารเคมีในการประกอบอาชีพ ยาฆ่าหญ้า สารเสพติด เป็นต้น อีกทั้งควรมีการสร้างตระหนักให้เห็นถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพที่ดี ดังคำกล่าวจากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพดังนี้

“ต้องการให้ร่างกายแข็งแรงไม่มีโรคภัยเวลาที่ต้องการไปไหนก็ไปได้ทุกที่ไม่ต้องนั่งรถเข็น ถ้าแก่มาๆ ขอให้ใช้แค่ไม้เท้าก็พอ การจัดการในตัวผู้สูงอายุเองควรมีการออกกำลังกายเดินเบาๆ ทุกวัน ทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะและต้องพักผ่อนอย่างเพียงพอ ในมุมมองของหน่วยงานควรให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารการดูแลตัวเองสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเองก็สำคัญในข้อมูลการดูแลหรืออาการที่บ่งบอกความผิดปกติของผู้สูงอายุที่ต้องระมัดระวัง”

คนที่ ๑ ผู้สูงอายุ

“ออกกำลังกายที่ไม่หักโหม เหมาะสมกับสภาพของตน ถ้าออกกำลังกายแล้วไม่ดูสภาพตัวเองเป็นเช่นไรออกกำลังกายเกินสมรรถภาพของตนก็อาจเป็นอันตราย การออกกำลังกายเป็นอย่างไร เบา ๆ เช่น รำไม้พอง เดินแอโรบิกแบบเบา ๆ นะ ไม่ใช่เดินแบบสาว ๆ เขาเดินกัน มีกลุ่มเดินเฉพาะผู้สูงอายุ สนุกดีมีเพื่อน เดินเยาะ ๆ รอบ ๆ บ้าน การกินอาหารก็สำคัญควรกินอาหารให้ครบ ๕ หมู่ แต่การปรุงก็ระวังไม่ควรทอด ควรเป็นต้ม หรือนึ่งมากกว่า ไม่กินของหมักดอง หรือไม่ใช่กินปลาเหมือนกันแต่ปลาดิบละ บ้านเราชอบกินปลาร้าแฉะน้ำมันคนภาคนี้จะเป็นพยาธิใบไม้ในตับเยอะมากต่อไปก็จะกลายเป็นมะเร็งตับ อีกอย่างคนภาคนี้จะเป็นโรคเบาหวานกันมากดังนั้นคนป่วยเบาหวานก็ไม่ควรกินมากโดยคนสูงอายุด้วยแล้วการกินข้าวเหนียวก็จะทำให้ย่อยยากไม่เหมาะอย่างยิ่งถ้ากินเป็นประจำ แต่การกินข้าวเหนียวก็เป็นวัฒนธรรมของคนภาคนี้ในการกิน แต่ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก็ควรมีการให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ สร้างความตระหนักให้เห็นถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพที่ดี มาตรวจสุขภาพประจำปีให้ผู้สูงอายุตามหมู่บ้าน”

คนที่ ๒ ผู้สูงอายุ

“การที่จะทำให้สุขภาพแข็งแรง คนเราก็ต้องออกกำลังกายเป็นประจำเพื่อสุขภาพของตนเอง นอกจากออกกำลังกายแล้วเรื่องอาหารการกินก็สำคัญเรากินอะไรผลสุขภาพร่างกายก็เป็นไป

ตามที่เรากิน คนเราควรกินอาหารที่ดีมีประโยชน์ หลีกเลียงอาหารประเภทอาหารขยะหรือเห็นลูกหลานพูดกันว่า อาหารจังก์ฟู้ด หรืออาหารที่ทอดไม่ดีต่อสุขภาพเพราะมีไขมันสะสมร่างกายทำให้มีไขมันสะสมแล้วยิ่งผู้สูงอายุด้วยแล้วก่อให้เกิดโรคไขมันในเส้นเลือด ไขมันพอกตับ ไม่กินของดิบปลาดิบ ไม่กินของหมักดอง ไม่สูบบุหรี่ หรือดื่มเหล้า”

คนที่ ๓ ผู้สูงอายุ

“ผู้สูงอายุต้องการอาหารที่ดีมีประโยชน์ และออกกำลังกายสม่ำเสมอ หรือลูกหลานหรือผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุควรมีความรู้ในการดูแลว่าต้องปฏิบัติตนอย่างไรในเรื่องการดูแล อาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ดูแล หาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุทั้งอาหาร การออกกำลังกาย การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมสนับสนุนในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ ส่งเสริมสนับสนุนด้านข้อมูลการปฏิบัติตนเองของผู้สูงอายุ การออกกำลังกายที่เหมาะสม จัดสภาพแวดล้อมที่ดีส่งผลที่ดีต่อสุขภาพทั้งร่างกายและสุขภาพ เช่น อากาศไม่มีฝุ่นละอองหรือควันพิษ พื้นที่ทางเดินโล่ง ไม่มีสิ่งกีดขวาง มีราวจับได้จับในทางเดินหรือห้องน้ำ มีทางลาด ทางเดินเรียบไม่ ขรุขระ”

คนที่ ๔ ผู้สูงอายุ

“กินอาหารให้ครบ ๕ หมู่ กินให้ตรงเวลา ดื่มน้ำสะอาดวันละหลาย ออกกำลังกายให้ทุกวันๆละพอดีไม่ควรมากเกินไป นอนหลับให้เพียงพอผู้สูงอายุด้วยแล้วนอนหลับยากด้วยเหตุนี้ห้ามผู้สูงอายุนอนตอนกลางวันจะทำให้ยิ่งตอนกลางคืนนอนไม่หลับด้วย และไปพบหมอเพื่อตรวจสุขภาพเป็นประจำ ถ้าจะให้ดีทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างครอบครัวมีความสำคัญมากเพราะเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด แล้วจึงค่อยเป็นคนอื่น ที่ให้การช่วยเหลืออย่างหน่วยงานที่ดูแลสุขภาพของชุมชน ที่จะต้องให้ความรู้เบื้องต้นในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ”

คนที่ ๘ ผู้สูงอายุ

“การจะให้สุขภาพร่างกายดี อย่างที่เขาพูดกัน ๔ อ. อาหารถูกต้อง อากาศบริสุทธิ์ ออกกำลังกาย อารมณ์ดี ดื่มน้ำสะอาด กินอาหารให้ตรงเวลา และหลากหลายครบทั้ง ๕ หมู่ มีการออกกำลังกายแต่ต้องเหมาะสมกับร่างกาย คนดูแลผู้สูงอายุเช่นเดียวกันต้องคอยดูแลทั้งอาหาร การออกกำลังกาย พาไปตรวจร่างกายประจำปี การปรุงแต่งอาหารต้องย่อยง่าย ลดแป้ง น้ำตาล หน่วยงานอนามัย

สาธารณสุขควรมาเยี่ยม ให้ความรู้ในการดูแลตนเองและให้ผู้ดูแลรับรู้ มีรายการอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ”

คนที่ ๑๙ ตัวแทนเจ้าหน้าที่ของรัฐ

จากข้อมูลที่ได้สามารถสรุป การจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางกาย ดังนี้

๑. ผู้สูงอายุควรดำเนินกิจกรรมประจำวันที่ถูกต้อง เช่น กินปลา ไม่กินสัตว์เนื้อแดง หรือสัตว์ใหญ่ การปรุงแต่งควรเป็นนึ่งหรือต้มแทนการทอด ไม่กินของทอด ออกกำลังกายแต่ไม่หักโหมอาจเป็นการเดิน ตีมน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ ๖-๘ แก้ว พักผ่อนให้เพียงพอ เป็นต้น

๒. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดี เช่น ดูแลสุขภาพ ตรวจร่างกายประจำปี อ่านข้อมูลความรู้การดูแลสุขภาพ กินอาหารที่มีประโยชน์ครบ ๕ หมู่ ออกกำลังกาย ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ ไม่กินของดิบ กินร้อนช้อนกลาง เป็นต้น

๓. ควรส่งเสริมการสร้างตระหนักให้ผู้สูงอายุเห็นถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพที่ดี

๔. การส่งเสริมสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจากทุกฝ่าย เช่น การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ การให้ความรู้ดูแลสุขภาพ

๕. ควรมีการจัดสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพกาย เช่น ทางเดินเรียบไม่มีสิ่งกีดขวาง ห้องน้ำมีราวจับ มีทางลาด อากาศถ่ายเทสะดวกไม่มีควันหรือมลพิษ เป็นต้น

๖. ป้องกันการเกิดโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ

๔.๑.๒ องค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ พบว่า การจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษามีความต้องการเกี่ยวกับสุขภาพทางจิตที่ดี มีอารมณ์ดี ไม่เป็นคนวิตกกังวลในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น จิตใจที่แจ่มใส เบิกบาน ซึ่งการจัดการสุขภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุ โดยการจัดการที่ผู้สูงอายุเอง ได้แก่ การเข้าวัด ฟังสมาธิ เจริญภาวนา นั่งวิปัสสนากรรมฐานเพื่อฝึกควบคุมจิตและอารมณ์ให้เป็นคนสุขุม เยือกเย็น สามารถควบคุมอารมณ์ของตนไม่ให้เป็นคนที่โกรธง่าย หาเพื่อนหรือคนในบ้านพูดคุย หรือปรึกษาเมื่อมีปัญหา อาจหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจ เมื่อเกิดเผชิญปัญหาหรือความผิดหวัง ความสูญเสีย ทำให้สามารถปรับตัวปรับใจได้ ทำให้สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลง หรือเข้าร่วมกิจกรรม

กับกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกันเพื่อลดความเครียดซึ่งเป็นกิจกรรมของกลุ่มวัยเดียวกันทำให้เข้าใจกัน และใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ นอกจากนี้คนในครอบครัวเป็นส่วนที่สำคัญในการส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพจิตใจที่ดีโดยการสร้างสายใยรักในครอบครัวที่เข้มแข็ง และให้กำลังใจผู้สูงอายุ สำหรับหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องมีการจัดศูนย์ฝึกปฏิบัติการพัฒนาจิต หรือจัดอบรมเกี่ยวกับการจัดการความเครียด หน่วยงานที่จัดอาจเป็นวัด โรงพยาบาล หรือศูนย์พัฒนาจิต หรือมหาวิทยาลัยในท้องถิ่น และจากทุกฝ่ายควรมีส่วนร่วมในการจัดสภาพแวดล้อมที่หลีกเลี่ยงการส่งเสริมให้เกิดความเครียด ดังคำกล่าวจากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพดังนี้

“ผู้สูงอายุควรมีสติ ไม่คิดฟุ้งซ่าน อย่ากังวลในสิ่งที่ยังไม่เกิด หลีกเลี่ยงสิ่งที่จะมากระตุ้นให้อารมณ์เสีย ควรมีหน่วยงานต่าง ๆ ให้ความรู้หรือดูแลวิธีการผ่อนคลายความเครียดแก่ผู้สูงอายุ และควรหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เมื่อเผชิญปัญหาหรือความผิดหวังสามารถควบคุมอารมณ์ได้”

คนที่ ๒ ผู้สูงอายุ

“นั่งสมาธิ แผ่เมตตา และหมั่นทำบุญทำกุศล ทำจิตใจให้สบายคิดบวก ไม่คิดวิตกกังวลในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น ครอบครัวรักใคร่กลมเกลียวกันไม่มีการทะเลาะกันก็ทำให้สุขภาพจิตดีมีผลด้วยเช่นกัน เห็นบางคนมาที่โรงพยาบาลหน้าตาบูดบึ้งพอลามก็บอกว่าทะเลาะกับสามีส่งผลอารมณ์ไม่ดีแล้วก็มาแสดงออกทางร่างกาย”

คนที่ ๓ ผู้สูงอายุ

“เข้าวัด สวดมนต์ เข้ากลุ่มพบเพื่อนร่วมกิจกรรม ออกกำลังกาย ฟ้อนเต้นรำ หรือทำงานที่สร้างรายได้ เมื่อมีรายได้ที่หามาเองจะเอาไปใช้อะไรก็สบายใจมีเงินใช้ อ่านหนังสือ ไปเที่ยวตามสถานที่ต่างอากาศกับกลุ่มเพื่อนด้วยกัน หรืออย่างที่โรงเรียนมีการพาไปทัศนศึกษาที่โน่นที่นี้ เมื่อกลางปี ๖๐ ก็จัดมาพบปะกันที่โรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเลย”

คนที่ ๗ ผู้สูงอายุ

“พูดและคิดในสิ่งที่ดี มองโลกในแง่ดีให้คิดบวก ครอบครัวมีความรักความอบอุ่นรักใคร่กลมเกลียวกันในครอบครัว มีการพกผ่อนหย่อนใจหรือทำกิจกรรมที่คลายเครียด เช่น ดูหนังสือ ดูหนัง ฟังเพลง ฟังธรรมะยิ่งตอนนี้มีเทปธรรมะเพื่อให้จิตใจสงบช่วยเพลิดเพลิน เพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุบางคนที่มี

แนวโน้มสภาวะโรคซึมเศร้า อาจมีการหาเพื่อนวัยเดียวกันไว้พูดคุยจะช่วยให้มีไว้ปรึกษากันยามที่มีทุกข์”

คนที่ ๑๑ ผู้สูงอายุ

“มองโลกในแง่ดี คิดในสิ่งที่ดี ผักผ่อนในที่ที่มีประโยชน์ คิดบวก ปรึกษาคนใกล้ชิดเมื่อมีความวิตกกังวล นั่งสมาธิเดินจงกลมได้ควบคุมอารมณ์ได้ดี ทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ดีกว่าอยู่ว่างๆ ให้จิตฟุ้งซ่าน คิดโน้นคิดนี้ แล้วยังมีหน่วยงานต่างๆ ที่เข้ามาช่วยส่งเสริมการมีสุขภาวะทางจิตหรือถ้าผู้สูงอายุที่มีสภาวะจิตที่เป็นปัญหาช่วยจัดกิจกรรมที่ลัดจิตไม่ให้เครียด ช่วยผ่อนคลาย”

คนที่ ๑๓ ผู้สูงอายุ

“วิธีการสร้างความสุขทางจิต คนที่อยู่ด้วยในครอบครัวต้องดี คือ อยู่ด้วยกันอย่างให้ความรักความห่วงใย สภาพแวดล้อมต้องดี ตัวผู้สูงอายุเองก็ต้องจัดการให้มีความมั่นคงในอารมณ์ มีการจัดส่งเสริมการสร้างขวัญและกำลังใจให้ผู้สูงอายุ เช่น จัดวัฒนธรรมความเชื่อด้านจิตใจคือพิธีบายศรีผูกขวัญ หรือเสริมขวัญให้ผู้สูงอายุ มีจิตใจดี เรียกขวัญเป็นการเสริมกำลังใจให้ นอกจากนี้มีอาสาสมัครพวก อสม.มาให้กำลังใจช่วยสอนในการผ่อนคลายอารมณ์การฝึกหายใจ”

คนที่ ๒๑ พระ

จากข้อมูลที่ได้สามารถสรุป การจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ดังนี้

๑. การรวมกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุด้วยกันเพื่อลดความเครียด
๒. สร้างสายใยรักของคนในครอบครัวที่เข้มแข็ง และให้กำลังใจผู้สูงอายุ
๓. ผู้สูงอายุควรฝึกสมาธิ เจริญภาวนา นั่งวิปัสสนากรรมฐานเพื่อฝึกควบคุมจิตและอารมณ์ เพื่อให้สามารถควบคุมอารมณ์ได้
๔. ผู้สูงอายุควรมีเพื่อน หรือคนในบ้านเพื่อพูดคุย หรือปรึกษาเมื่อมีปัญหา
๕. ควรมีการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อหลีกเลี่ยงการส่งเสริมให้เกิดความเครียด

๖. หน่วยงานต่าง ๆ ให้ความรู้ จัดอบรม หรือดูแลวิธีการผ่อนคลายความเครียดแก่ผู้สูงอายุ

๗. ผู้สูงอายุควรใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เพื่อไม่ให้มีเวลาคิดมาก

๘. ผู้สูงอายุควรหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจ เมื่อเกิดเผชิญปัญหาหรือความผิดหวัง ความสูญเสีย ทำให้สามารถปรับตัวปรับใจได้ ทำให้สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลง

๙. การจัดส่งเสริมการสร้างขวัญและกำลังใจให้ผู้สูงอายุ เช่น พิธีบายศรีผูกขวัญ หรือเสริมขวัญให้ผู้สูงอายุ

๔.๑.๓ องค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม พบว่า การจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษามีความต้องการเกี่ยวกับสุขภาวะทางสังคมอยากให้คนในสังคมทุกคนมีระเบียบเรียบร้อย สังคมจะได้ไม่วุ่นวาย ไม่มีอาชญากรรม เป็นเมืองน่าอยู่ ทุกคนในสังคมอยู่กันอย่างญาติเป็นเพื่อนบ้านที่ดีต่อกัน ช่วยเหลือเมื่อเดือดร้อน โดยการจัดการสุขภาวะด้านสังคม ได้แก่ ผู้สูงอายุนำหลักธรรมมายึดปฏิบัติเพื่อให้สังคมอยู่ด้วยกันอย่างสามัคคี เช่น สังคหะวัตถุ ๔ หลักการวาทธรรม เข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม ต่อชุมชน มีการร่วมกันสร้างกฎกติกาของชุมชนเพื่อความสุขของสังคม โดยที่ทุกคนในสังคมมีการปฏิบัติตามกฎระเบียบของสังคม นอกจากนี้หน่วยงานต่าง ๆ ควรมีการจัดกิจกรรมสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลประจำตำบล จัดนโยบายสาธารณะที่ดีต่อผู้สูงอายุเพื่อสุขภาวะสังคม และสังคมเป็นสังคมพึ่งพาและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ดังคำกล่าวจากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพดังนี้

“คนในสังคมทุกคนควรมีระเบียบ เรียบร้อยสังคมจะได้ไม่วุ่นวาย ไม่มีโจรขโมย เพื่อนบ้านอยู่กันอย่างญาติเป็นเพื่อนบ้านที่ดีต่อกัน ช่วยเหลือเมื่อเดือดร้อน มีการกำหนดกติกาของสังคม สมาชิกทุกคนให้ปฏิบัติตามกฎระเบียบที่ดี เพื่อให้สังคมมีระเบียบ เช่น การเข้าคิว การทิ้งขยะให้เป็นที่เป็นทาง ไม่ทำให้คนอื่นเดือดร้อน เพื่อนบ้านเป็นมิตรที่ดีช่วยเหลือต่างคนต่างพึ่งพากัน ทางโรงเรียนผู้สูงอายุสร้างจัดกิจกรรมสัมพันธ์ของผู้สูงอายุ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสร้างสังคมให้เกิดความสามัคคี สร้างสังคมกัลยาณมิตรร่วมกันจากทุกฝ่าย เพื่อความสงบสุขของสังคม”

คนที่ ๑ ผู้สูงอายุ

“มีจิตอาสา ช่วยละลายพฤติกรรมที่ไม่ดีของผู้อื่น พยายามแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้ตรงจุด หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า ปะทะอารมณ์ ดูแลเรื่องเกี่ยวกับสวัสดิการของประชาชนในท้องถิ่นของเรา ผู้นำชุมชนที่เข้มแข็งพานำสมาชิกทำกิจกรรมที่ดี”

คนที่ ๕ ผู้สูงอายุ

“ทำตัวให้เป็นประโยชน์แก่ชุมชน อย่างที่เขารู้ว่าในที่มีจิตอาสา ปฏิบัติตามกฎระเบียบ ของชุมชนในหมู่บ้านเป็นสมาชิกที่ดีของสังคมที่ดี ไม่เอาเปรียบไม่ทำให้คนอื่นเดือดร้อนปัญหาทะเลาะ กันก็จะไม่เกิด อยากให้มีกิจกรรมของหมู่บ้านในชุมชนร่วมกันทำประโยชน์ให้สังคมจะทำให้อยู่กัน อย่างมีความสุข”

คนที่ ๙ ผู้สูงอายุ

“มีกิจกรรมกลุ่มร่วมกัน ไปไหนไปกัน จัดสมาคมของชุมชนหาอะไรมาทำเป็นหมู่คณะ สร้างรายได้ให้ชุมชน เกิดความสามัคคีแถมมีรายได้เข้ามาอีก เก็บเงินเข้ากองกลางมีเงินเยอะจัดพาไป พบปะโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดอื่นได้รู้จักคนเยอะ สนุกสนาน”

คนที่ ๑๐ ผู้สูงอายุ

“จัดกิจกรรมวันสำคัญเพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในชุมชน จัดตั้งกฎระเบียบของสังคมที่ ต้องปฏิบัติร่วมกัน ทางโรงเรียนผู้สูงอายุมีการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความสัมพันธ์ในสังคม ทางวัดก็มี กิจกรรมการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ผู้นำชุมชนควรมีการระดมความคิดแบบมีส่วนร่วมของคน ภายในชุมชนในการสร้างกฎระเบียบข้อตกลงภายในชุมชนในการสร้างความปลอดภัย การสร้าง สิ่งแวดล้อมที่ดี”

คนที่ ๑๕ ตัวแทนเจ้าหน้าที่ของรัฐ

“สังคมที่มีคนในชุมชนมีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในการทำสิ่งต่าง ๆ หรือพุดง่าย ๆ มีความพึ่งพาซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือสนับสนุนกันในเรื่องที่ถูกต้อง ผู้นำควรมีการจัดทำ กิจกรรมที่สร้างความสัมพันธ์อันดีกันในสังคม เช่น ตั้งชมรมเต้นรำ ชมรมประดิษฐ์สิ่งของที่มีในหมู่บ้าน ชมรมผู้บำเพ็ญประโยชน์ตามแรง กำลังความสามารถของผู้สูงอายุแต่ละคน องค์กรนโยบายสาธารณะ

ต่อผู้สูงอายุ การบริหารส่วนตำบลควร จัดตั้งสังคมของผู้สูงอายุไว้เพื่อเป็นกลุ่มสมาชิกในวัยเดียวกันจะได้คุยกันรู้เรื่อง”

คนที่ ๒๑ พระ

จากข้อมูลที่ได้สามารถสรุป การจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือด้าน ภาวะที่เป็นสุขทางสังคม ดังนี้

๑. สร้างกฎกติกาของชุมชนเพื่อความสุขของสังคมเป็นสังคมน่าอยู่
๒. ผู้สูงอายุควรนำหลักธรรมมายึดปฏิบัติ เพื่อให้สังคมอยู่ด้วยกันอย่างสามัคคี เช่น สังคหวัตถุ ๔ และยึดหลักฆราวาสธรรม
๓. จัดนโยบายสาธารณะที่ดีต่อผู้สูงอายุเพื่อสุขภาวะสังคม
๔. ผู้สูงอายุและสมาชิกทุกคนควรปฏิบัติตามกฎระเบียบของสังคม
๕. การจัดกิจกรรมสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลประจำตำบล
๖. สังคมควรเป็นสังคมพึ่งพาและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
๗. ผู้สูงอายุควรเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม หรือต่อชุมชน

๔.๑.๔ องค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ พบว่า การจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา มีความต้องการให้เป็นคนที่มีอารมณ์ดี มั่นคงในอารมณ์ อารมณ์ที่เป็นสุข จิตใจดี สบายใจไม่เครียด ไม่เป็นคนที่ยึดติดมาก ไม่เป็นคนที่ไม่โหยงรู้จักควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ โดยการจัดการสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ได้แก่ ปฏิบัติตนอยู่ในศีลธรรม ไม่เครียดแค้นอาฆาต มีจิตที่มีเมตตา เห็นใจ และให้โอกาสผู้อื่น ไม่เห็นแก่ตัว มีความเสียสละ เป็นคนที่ยึดมั่น คิดดีต่อตนเองและผู้อื่น ยึดมั่นในศีลธรรม เชื่อมั่น และศรัทธาในหลักธรรม ปรับตัวให้อยู่ในสังคมอย่างมีความสุข โดยนำหลักธรรมมาประยุกต์ใช้ นอกจากนี้หน่วยงานต่าง ๆ ร่วมกันจัดศูนย์ฝึกปฏิบัติการพัฒนาจิต ดังคำกล่าวจากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพดังนี้

“ถือศีล ปฏิบัติตนอยู่ในศีล ๕ ก็พอ ทำได้แค่นี้ดีมากแล้ว วันพระเข้าวัดฟังธรรมฟังเทศน์ เจริญวิปัสสนา นั่งกรรมฐาน ให้ท่านมีจิตที่มีเมตตาจะได้หลุดพ้น ยึดมั่น ศรัทธาในธรรมคำสั่งสอนของ ศาสนาซึ่งเปรียบเสมือนแสงสว่างที่ส่องทางให้เกิดจิตปัญญา”

คนที่ ๑๕ ตัวแทนเจ้าหน้าที่ของรัฐ

“พยายามเข้าใจ เห็นใจ และให้โอกาสผู้อื่น ไม่เห็นแก่ตัว มีความเสียสละ ไม่เครียดแค้น อาฆาต จะช่วยให้จิตเป็นกุศล เข้าวัดฝึกปฏิบัติธรรม ยึดมั่นในศีลธรรม เพื่อสร้างสะสมบุญ สร้างกุศล ถ้าอยากให้ฝึกจิตเป็นขั้นตอนมีหลายสถานที่ที่เป็นหน่วยช่วยในการพัฒนาจิตให้สูงขึ้น เช่น วัด ศูนย์จัดอบรมพัฒนาจิต”

คนที่ ๑๘ ตัวแทนเจ้าหน้าที่ของรัฐ

“พยายามเข้าใจ เห็นใจผู้อื่น เอาใจเขาใส่ใจเรา มีเมตตาต่อผู้อื่น เมื่อผู้อื่นมีปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือทำการช่วยเหลือเท่าที่พอทำได้ เสียสละและให้โอกาสผู้อื่น ไม่เป็นคนเห็นแก่ตัว เอื้อเฟื้อเพื่อแผ่ผู้อื่นอยู่ด้วยกันโดยยึดหลักพรหมวิหารสี่ ไม่เครียดแค้นอาฆาต ช่วยทำให้จิตวิญญาณสูงขึ้น เมื่อจิตดีส่งผลให้การฝึกสมาธิเข้าสู่สมาธิได้”

คนที่ ๑๙ ตัวแทนเจ้าหน้าที่ของรัฐ

“นั่งสมาธิทำจิตใจให้สงบ ปลอ่ยวาง ให้อภัยแก่ผู้ที่เป็นศัตรูหรือคิดร้ายทำร้ายเรา แบ่งปันให้ทานเพื่อจะได้ละทิ้งไม่ยึดติด ยึดมั่นในสิ่งที่ดีสิ่งที่ถูกต้อง ศึกษาหลักธรรมคำสั่งสอนในศาสนาและฝึกปฏิบัติตาม”

คนที่ ๒๑ พระ

“ทางหนึ่งที่จะช่วยได้ คือ “การเจริญภาวนา หรือการปฏิบัติธรรม” เป็นการพัฒนากาย พัฒนาศีล พัฒนาจิตใจ และพัฒนาปัญญาของตนเอง ใครทำได้จะทำให้ตนมีความสุขที่เกิดจากข้างใน เริ่มแรกอาจให้พระช่วยสอนให้ แล้วนำไปปฏิบัติที่ใดก็ได้ไม่จำเป็นต้องมาที่วัด นอกจากผู้สูงอายุแล้ว อาจมีหน่วยงานที่ช่วยสอบการปฏิบัติการทำสมาธิ จัดศูนย์ฝึกปฏิบัติการพัฒนาจิต หรือจัดหลักสูตรสอน”

คนที่ ๒๒ พระ

จากข้อมูลที่ได้สามารถสรุป การจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ ดังนี้

๑. จัดศูนย์ฝึกปฏิบัติการพัฒนาจิตร่วมกันระหว่างวัด โรงเรียนผู้สูงอายุ โรงพยาบาล หรือ ศูนย์พัฒนาจิต หรือมหาวิทยาลัยในท้องถิ่น และชุมชน

๒. ผู้สูงอายุควรเป็นคนที่ดี คิดดีต่อตนเองและผู้อื่น

๓. ผู้สูงอายุต้องไม่ยึดติดในวัตถุ สิ่งของ และเป็นคนที่อยู่อย่างพอเพียง
๔. ผู้สูงอายุควรฝึกจิตภาวนา หรือฝึกจิตให้ว่าง อาจทำคนเดียวหรือร่วมกันปฏิบัติกับกลุ่มผู้สูงด้วยกัน
๕. ผู้สูงอายุควรปฏิบัติธรรม สวดมนต์ สะสมบุญ สร้างแต่กุศล
๖. ยึดมั่นในศีลธรรม เชื้อมั่นและศรัทธาในการทำความดี
๗. ผู้สูงอายุควรอยู่ด้วยความมีเมตตากรุณา ไม่เห็นแก่ตัว เสียสละ ยึดหลักพรหมวิหารสี่
๘. ปรับตัวให้อยู่ในสังคมอย่างมีความสุข โดยนำหลักธรรมมาประยุกต์ใช้

ผลจากการศึกษาตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ได้จากการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพกับกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาสามารถสรุปเป็นตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะในแต่ละองค์ประกอบดังตาราง ดังนี้

ตารางที่ ๔.๑ ตัวชี้วัดขององค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางกาย

ตัวชี้วัด	ประเด็นองค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางกาย
Y๑A๑	ผู้สูงอายุควรดำเนินกิจวัตรประจำวันที่ถูกต้อง เช่น กินปลา ไม่กินของทอด ออกกำลังกาย ดื่มน้ำสะอาด พักผ่อนให้เพียงพอ เป็นต้น
Y๒A๒	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดี เช่น ดูแลสุขภาพ ตรวจร่างกายประจำปี อ่านข้อมูลความรู้การดูแลสุขภาพ กินอาหารที่มีประโยชน์ครบ ๕ หมู่ ออกกำลังกาย ไม่ดื่มเหล้า
Y๓A๓	ควรส่งเสริมการสร้างความตระหนักให้ผู้สูงอายุเห็นถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพที่ดี
Y๔A๔	การส่งเสริมสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจากทุกฝ่าย เช่น การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ การให้ความรู้ดูแลสุขภาพ
Y๕A๕	ควรมีการจัดสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพกาย เช่น ทางเดินเรียบไม่มีสิ่งกีดขวาง ห้องน้ำมีราวจับ มีทางลาด อาคารถ่ายเทสะดวกไม่มีควันหรือมลพิษ เป็นต้น
Y๖A๖	ป้องกันการเกิดโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ

ตารางที่ ๔.๒ ตัวชี้วัดขององค์ประกอบการจัดการสภาวะของผู้สูงอายุ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ

ตัวชี้วัด	ประเด็นองค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ
Y๓B๑	การรวมกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุด้วยกันเพื่อลดความเครียด
Y๔B๒	สร้างสายใยรักของคนในครอบครัวที่เข้มแข็ง และให้กำลังใจผู้สูงอายุ
Y๕B๓	ผู้สูงอายุควรฝึกสมาธิ เจริญภาวนา นั่งวิปัสสนากรรมฐานเพื่อฝึกควบคุมจิตและอารมณ์ เพื่อให้สามารถควบคุมอารมณ์ได้
Y๑๐B๔	ผู้สูงอายุควรมีเพื่อน หรือคนในครอบครัวเพื่อพูดคุย หรือปรึกษาเมื่อมีปัญหา
Y๑๑B๕	ควรมีการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อหลีกเลี่ยงการส่งเสริมให้เกิดความเครียด
Y๑๒B๖	หน่วยงานต่าง ๆ ให้ความรู้ หรือจัดอบรมหรือดูแลวิธีการผ่อนคลายความเครียดแก่ผู้สูงอายุ
Y๑๓B๗	ผู้สูงอายุควรใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เพื่อไม่ให้มีเวลาคิดมาก
Y๑๔B๘	ผู้สูงอายุควรหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจ เมื่อเกิดเผชิญปัญหา หรือความผิดหวัง ความสูญเสีย ทำให้สามารถปรับตัวปรับใจได้ ทำให้สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลง
Y๑๕B๙	การจัดส่งเสริมการสร้างขวัญและกำลังใจให้ผู้สูงอายุ เช่น พิธีบายศรีผูกขวัญ หรือเสริมขวัญให้ผู้สูงอายุ

ตารางที่ ๔.๓ ตัวชี้วัดขององค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม

ตัวชี้วัด	ประเด็นองค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม
Y๑๖C๑	สร้างกฎกติกาของชุมชนเพื่อความสุขของสังคมเป็นสังคมน่าอยู่
Y๑๗C๒	ผู้สูงอายุควรนำหลักธรรมมายึดปฏิบัติ เพื่อให้สังคมอยู่ด้วยกันอย่างสามัคคี เช่น สังคหวัตถุ ๔ หลักฆราวาสธรรม
Y๑๘C๓	จัดนโยบายสาธารณะที่ดีต่อผู้สูงอายุเพื่อสุขภาวะสังคม
Y๑๙C๔	ผู้สูงอายุและสมาชิกทุกคนควรปฏิบัติตามกฎระเบียบของสังคม
Y๒๐C๕	การจัดกิจกรรมสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลประจำตำบล
Y๒๑C๖	สังคมควรเป็นสังคมพึ่งพาและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
Y๒๒C๗	ผู้สูงอายุควรเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม หรือต่อชุมชน

ตารางที่ ๔.๔ ตัวชี้วัดขององค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ

ตัวชี้วัด	ประเด็นองค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ
Y๒๓D๑	จัดศูนย์ฝึกปฏิบัติการพัฒนาจิตร่วมกันระหว่างวัด โรงเรียนผู้สูงอายุ โรงพยาบาล หรือ ศูนย์พัฒนาจิต หรือมหาวิทยาลัยในท้องถิ่น และชุมชน
Y๒๔D๒	ผู้สูงอายุควรเป็นคนที่คิดบวก คิดดีต่อตนเองและผู้อื่น
Y๒๕D๓	ผู้สูงอายุต้องไม่ยึดติดในวัตถุ สิ่งของ และเป็นคนที่อยู่อย่างพอเพียง
Y๒๖D๔	ผู้สูงอายุควรฝึกจิตภาวนา หรือฝึกจิตให้ว่าง อาจทำคนเดียวหรือร่วมกันปฏิบัติกับกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน
Y๒๗D๕	ผู้สูงอายุควรปฏิบัติธรรม สวดมนต์ สະสมบุญ สร้างแต่กุศล
Y๒๘D๖	ยึดมั่นในศีลธรรม เชื่อมั่นและศรัทธาในการทำความดี
Y๒๙D๗	ผู้สูงอายุควรอยู่ด้วยความมีเมตตากรุณา ไม่เห็นแก่ตัว เสียสละ ยึดหลักพรหมวิหารสี่
Y๓๐D๘	ปรับตัวให้อยู่ในสังคมอย่างมีความสุข โดยนำหลักธรรมมาประยุกต์ใช้

จากตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ได้ผู้วิจัยนำไปเขียนเป็นประเด็นในแบบสอบถามที่จะนำไปศึกษาวิเคราะห์ห้วงองค์ประกอบเชิงยืนยัน ต่อไป

๔.๒ ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุใน ภาคตะวันออก เฝียงเหนือกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผู้วิจัยได้นำประเด็นที่ได้จากหัวข้อ ๔.๑ นำมาเป็นประเด็นสอบถามในแบบสอบถามการพัฒนาตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ศึกษากับผู้สูงอายุที่กำลังศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุประจำจังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน ๓ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเลย จังหวัดหนองบัวลำภู จังหวัดอุดรธานี จำนวน ๔๐๐ คน

ก่อนทำการวิเคราะห์องค์ประกอบผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นของการวิเคราะห์องค์ประกอบว่ามีข้อมูลเพียงพอที่จะนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบได้ โดยการตรวจสอบหาค่า Kaiser-Meyer-Olkin measure of adequacy: KMO) ที่มีค่า มากกว่า ๐.๕๐ แสดงว่าข้อมูลมีความเหมาะสมสำหรับนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ และทำการทดสอบค่า Bartlett's Test of sphericity เป็นการทดสอบว่า เมทริกซ์สหสัมพันธ์นี้เป็นเมทริกซ์เอกลักษณ์ (Identity matrix) หรือไม่ ค่าที่ได้ต้องไม่เป็นเมทริกซ์เอกลักษณ์โดยที่ค่าระดับนัยสำคัญ $< .05$ นอกจากนี้แต่ละตัวชี้วัดในแต่ละองค์ประกอบต้องมีน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) ขึ้นต่ำ ๐.๓๐ ขึ้นไป และแต่ละองค์ประกอบต้องมีตัวชี้วัดอย่างน้อย ๓ ตัวขึ้นไป

ตารางที่ ๔.๕ ผลการตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ

KMO		Bartlett's Test of sphericity	
เกณฑ์การพิจารณา ค่าที่เหมาะสม	ค่าที่ได้จากการวิเคราะห์	เกณฑ์การ พิจารณาค่าที่ เหมาะสม	ค่าที่ได้จากการวิเคราะห์
มากกว่า ๐.๕๐ หรือ มากกว่า ๐.๔๐ ดี มาก	๐.๙๑	p-Value $< .05$	p-Value $< .00$ $\chi^2 = ๓๙๔๖.๗๖$

จากตาราง พบว่า ค่า Kaiser-Meyer-Olkin measure of adequacy: KMO) มีค่าเท่ากับ ๐.๙๑ ซึ่งมากกว่า ๐.๕๐ แสดงว่า ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์มีความเหมาะสมสำหรับนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ

การทดสอบด้วย Bartlett's Test of sphericity เป็นการทดสอบสมมุติฐานว่า เมทริกซ์สหสัมพันธ์นี้เป็นเมทริกซ์เอกภาพ (Identity matrix) หรือไม่ พบว่า ค่า Chi-Square มีค่าเท่ากับ ๓๙๔๖.๗๖ และค่านัยสำคัญทางสถิติ มีค่าเท่ากับ .๐๐ ซึ่งน้อยกว่า .๐๕ นั่นคือ เมทริกซ์สหสัมพันธ์ที่ได้ไม่เป็นเมทริกซ์เอกลักษณ์ แสดงว่า ตัวชี้วัดทั้ง ตัวมีความสัมพันธ์กันและไม่เป็นเมทริกซ์เอกลักษณ์ แสดงว่าข้อมูลที่น่าศึกษามาสามารถนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบได้

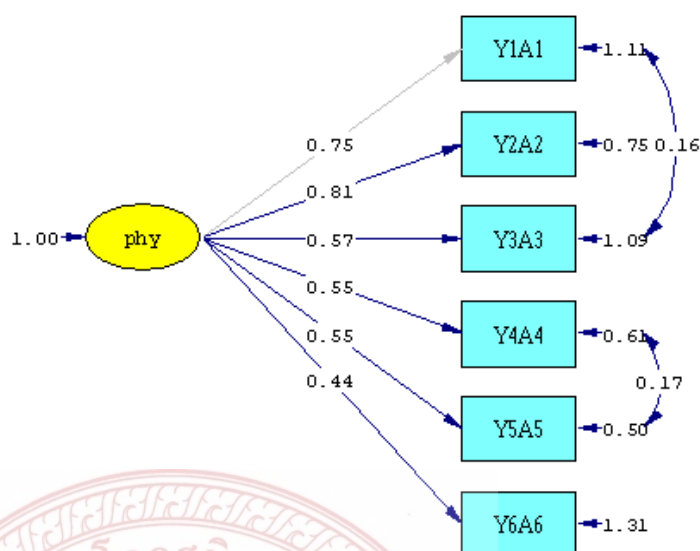
ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนี้

๔.๒.๑ ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับแรก

การตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลองค์ประกอบตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับแรกโดยเก็บกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อยืนยันตัวชี้วัดองค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทั้ง ๔ องค์ประกอบ และตัวชี้วัด ๓๐ ตัว ซึ่งนำเสนอโมเดลตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านต่าง ๆ จากภาพประกอบและตารางดังนี้

๑) ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับแรก องค์ประกอบที่ ๑ องค์ประกอบ

ด้านภาวะที่เป็นสุขทางกาย (phy) ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๖ ตัว ผลการวิเคราะห์ พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากค่าไคสแควร์ มีค่าเท่ากับ ๓.๔๐ ค่าความน่าจะเป็น (p-Value) มีค่าเท่ากับ ๐.๘๕ ที่องศาแห่งความเป็นอิสระ (df) เท่ากับ ๗ ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (GFI) เท่ากับ ๑.๐๐ ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ ๐.๙๙ ค่าดัชนีการากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของการประมาณค่า (RMSEA) เท่ากับ ๐.๐๐ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมีค่าอยู่ระหว่าง ๐.๔๔ – ๐.๘๑ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ ทุกตัวแปร และสามารถทำนายองค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางกาย (phy) ตั้งแต่ร้อยละ ๒๓ – ๔๗ รายละเอียดปรากฏตามภาพประกอบที่ ๑ และตารางที่ ๓



Chi-Square=3.40, df=7, P-value=0.84611, RMSEA=0.000

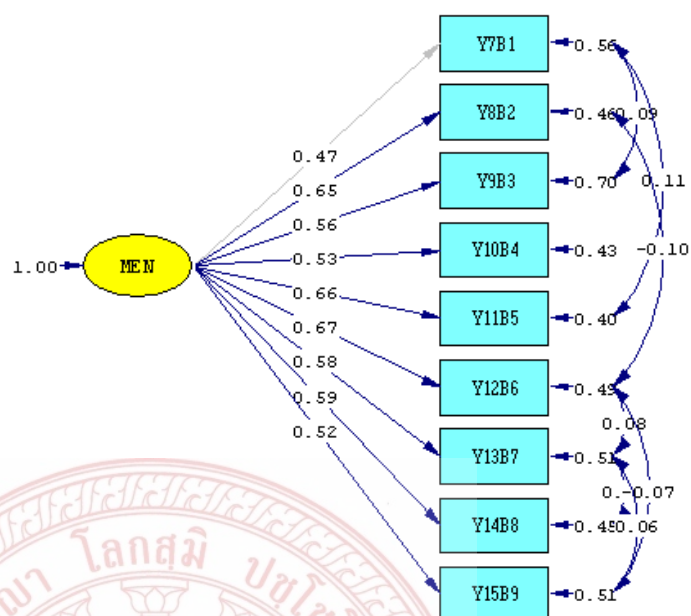
ภาพประกอบที่ ๔.๑ ตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางกาย

ตารางที่ ๔.๖ ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับแรก องค์ประกอบที่ ๑
ด้านภาวะที่เป็นสุขทางกาย

ข้อ	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก องค์ประกอบ	R ^๒	สัมประสิทธิ์ คะแนน องค์ประกอบ
๑.	ผู้สูงอายุควรดำเนินกิจวัตรประจำวันที่ต้อง เช่น กินปลา ไม่กินของทอด ออกกำลังกาย ดื่มน้ำสะอาด พักผ่อนให้เพียงพอ เป็นต้น	๐.๗๕	๐.๓๔	๐.๑๗
๒.	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดี เช่น ดูแลสุขภาพ ตรวจร่างกายประจำปี อ่าน ข้อมูลความรู้การดูแลสุขภาพ กินอาหารที่มี ประโยชน์ครบ ๕ หมู่ ออกกำลังกาย ไม่ดื่มเหล้า เป็นต้น	๐.๘๑	๐.๔๗	๐.๓๐

๓.	ควรส่งเสริมการสร้างควมตระหนักให้ผู้สูงอายุเห็นถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพที่ดี	๐.๕๗	๐.๒๓	๐.๑๒
๔.	การส่งเสริมสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจากทุกฝ่าย เช่น การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ การให้ความรู้ดูแลสุขภาพ	๐.๕๕	๐.๓๓	๐.๑๙
๕.	ควรมีการจัดสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพกาย เช่น ทางเดินเรียบไม่มีสิ่งกีดขวาง ห้องน้ำมีราวจับ มีทางลาด อากาศถ่ายเทสะดวกไม่มีควันหรือมลพิษ เป็นต้น	๐.๕๕	๐.๓๘	๐.๒๕
๖.	ป้องกันการเกิดโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ	๐.๔๔	๐.๑๓	๐.๐๙

๒) ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับแรก องค์ประกอบที่ ๒ องค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๙ ตัว ผลการวิเคราะห์ พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากค่าไคสแควร์ มีค่าเท่ากับ ๑๗.๔๓ ค่าความน่าจะเป็น (p-Value) มีค่าเท่ากับ ๐.๖๒ ท้องศาแห่งความเป็นอิสระ (df) เท่ากับ ๒๐ ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (GFI) เท่ากับ ๐.๙๙ ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ ๐.๙๘ ค่าดัชนีการากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของการประมาณค่า (RMSEA) เท่ากับ ๐.๐๐ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมีค่าอยู่ระหว่าง ๐.๔๗ – ๐.๖๗ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ ทุกตัวแปร และสามารถทำนายองค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ (men) ตั้งแต่ร้อยละ ๒๙ – ๕๒ รายละเอียดปรากฏดังภาพประกอบที่ ๒ และตารางที่ ๔



Chi-Square=17.43, df=20, P-value=0.62499, RMSEA=0.000

ภาพประกอบที่ ๔.๒ ตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ

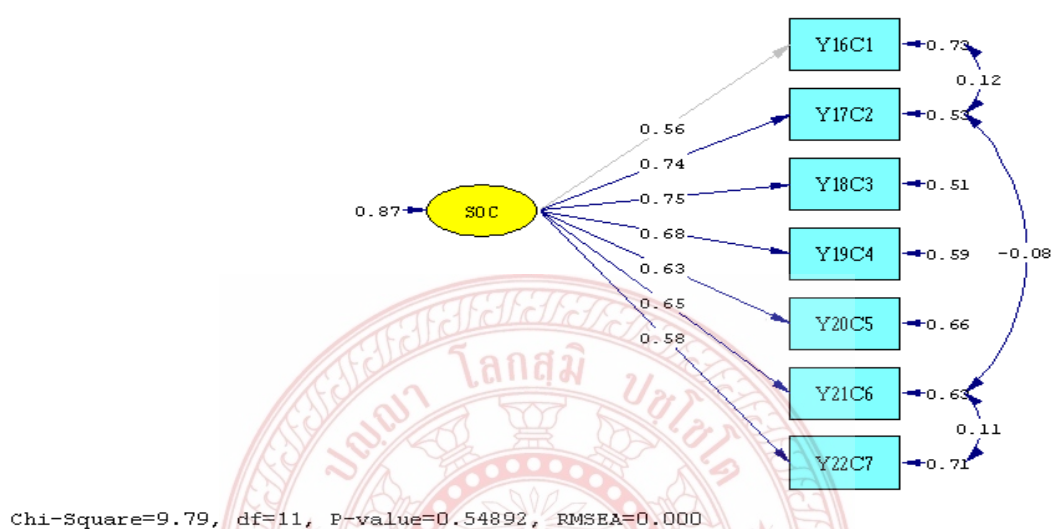
ตารางที่ ๔.๗ ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับแรก องค์ประกอบที่ ๒
ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ

ข้อ	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก องค์ประกอบ	R ^๒	สัมประสิทธิ์ คะแนน องค์ประกอบ
๑.	การรวมกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ ด้วยกันเพื่อลดความเครียด	๐.๔๗	๐.๒๙	๐.๐๖
๒.	สร้างสายใยรักของคนในครอบครัวที่เข้มแข็ง และให้กำลังใจผู้สูงอายุ	๐.๖๕	๐.๔๘	๐.๒๕

๓.	ผู้สูงอายุควรมีฝึกสมาธิ เจริญภาวนา นั่ง วิปัสสนากรรมฐานเพื่อฝึกควบคุมจิตและ อารมณ์ เพื่อให้สามารถควบคุมอารมณ์ได้	๐.๕๖	๐.๓๑	๐.๑๐
๔.	ผู้สูงอายุควรมีเพื่อน หรือคนในบ้านเพื่อพูดคุย หรือปรึกษาเมื่อมีปัญหา	๐.๕๓	๐.๔๐	๐.๑๗
๕.	ควรมีการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อหลีกเลี่ยงการ ส่งเสริมให้เกิดความเครียด	๐.๖๖	๐.๕๒	๐.๒๑
๖.	หน่วยงานต่าง ๆ ให้ความรู้ จัดอบรมหรือดูแล วิธีการผ่อนคลายความเครียดแก่ผู้สูงอายุ	๐.๖๗	๐.๔๘	๐.๒๕
๗.	ผู้สูงอายุควรใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เพื่อ ไม่ให้มีเวลาคิดมาก	๐.๕๘	๐.๔๐	๐.๐๗
๘.	ผู้สูงอายุควรมหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เพื่อให้เกิด ความมั่นคงทางจิตใจ เมื่อเกิดเผชิญปัญหาหรือ ความผิดหวัง ความสูญเสีย ทำให้สามารถ ปรับตัวปรับใจได้ ทำให้สามารถยอมรับการ เปลี่ยนแปลง	๐.๕๙	๐.๔๔	๐.๑๗
๙.	การจัดส่งเสริมการสร้างขวัญและกำลังใจให้ ผู้สูงอายุ เช่น พิธีบายศรีผูกขวัญ หรือเสริม ขวัญให้ผู้สูงอายุ	๐.๕๒	๐.๓๕	๐.๑๗

๓) ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับแรก องค์ประกอบที่ ๓ องค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๗ ตัว ผลการวิเคราะห์ พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากค่าไคสแควร์ มีค่าเท่ากับ ๙.๗๙ ค่าความน่าจะเป็น (p-Value) มีค่าเท่ากับ ๐.๐๐ ท้องศาแห่งความเป็นอิสระ (df) เท่ากับ ๑๑ ดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (GFI) เท่ากับ ๐.๙๙ ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ ๐.๙๘ ค่าดัชนีการากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของการประมาณค่า (RMSEA) เท่ากับ ๐.๐๐ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมีค่าอยู่ระหว่าง ๐.๕๖ – ๐.๗๕ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ ทุกตัวแปรและสามารถทำนายองค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านภาวะ

ที่เป็นสุขทางสังคม (soc) ตั้งแต่ร้อยละ ๒๗ - ๔๙ รายละเอียดปรากฏดังภาพประกอบที่ ๓ และตารางที่ ๕



ภาพประกอบที่ ๔.๓ ตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม

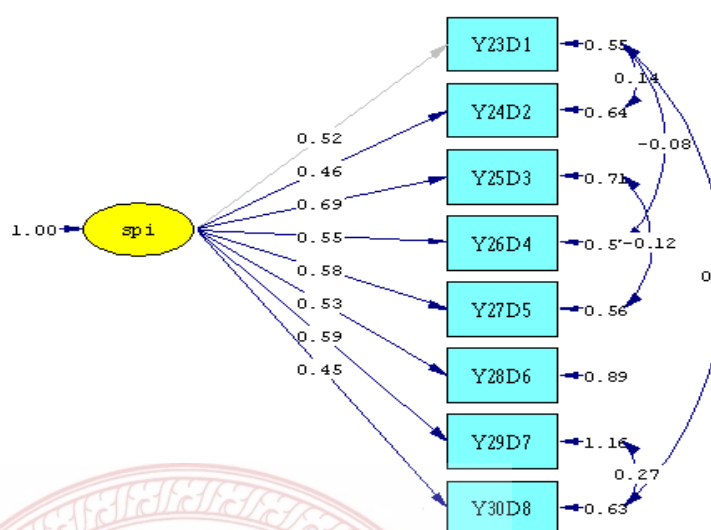
ตารางที่ ๔.๘ ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับแรก องค์ประกอบที่ ๓

ด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม

ข้อ	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก องค์ประกอบ	R ^๒	สัมประสิทธิ์ คะแนน องค์ประกอบ
๑.	สร้างกฎกติกาของชุมชนเพื่อความสุขของสังคม เป็นสังคมน่าอยู่	๐.๕๖	๐.๒๗	๐.๐๙
๒.	ผู้สูงอายุควรนำหลักธรรมมายึดปฏิบัติ เพื่อให้ สังคมอยู่ด้วยกันอย่างสามัคคี เช่น สังคหวัตถุ ๔ หลักการวาสนธรรม	๐.๗๔	๐.๔๗	๐.๒๔

๓.	จัดนโยบายสาธารณะที่ดีต่อผู้สูงอายุเพื่อสุขภาพ ภาวะสังคม	๐.๗๕	๐.๔๙	๐.๒๔
๔.	ผู้สูงอายุและสมาชิกทุกคนควรปฏิบัติตาม กฎระเบียบของสังคม	๐.๖๘	๐.๔๑	๐.๑๙
๕.	การจัดกิจกรรมสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุจากทุกฝ่ายที่ เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ องค์การ บริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลประจำตำบล	๐.๖๓	๐.๓๔	๐.๑๖
๖.	สังคมควรเป็นสังคมพึ่งพาและช่วยเหลือซึ่งกัน และกัน	๐.๖๕	๐.๓๗	๐.๑๘
๗.	ผู้สูงอายุควรเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ ต่อสังคม หรือต่อชุมชน	๐.๕๘	๐.๒๙	๐.๑๑

๔) ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับแรก องค์ประกอบที่ ๔ องค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๘ ตัว ผลการวิเคราะห์ พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากค่าไคสแควร์ มีค่าเท่ากับ ๓.๑๔ ค่าความน่าจะเป็น (p-Value) มีค่าเท่ากับ ๐.๙๖ ท้องศาแห่งความเป็นอิสระ (df) เท่ากับ ๙ ดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (GFI) เท่ากับ ๑.๐๐ ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ ๐.๙๙ ค่าดัชนีค่ารากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของการประมาณค่า (RMSEA) เท่ากับ ๐.๐๐ ค่าดัชนีองค์ประกอบมีค่าอยู่ระหว่าง ๐.๔๖ – ๐.๖๙ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ ทุกตัวแปร และสามารถทำนายองค์ประกอบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณกาย (spi) ตั้งแต่ร้อยละ ๙ - ๒๘ รายละเอียดปรากฏดังภาพประกอบที่ ๔ และตารางที่ ๖



Chi-Square=14.62, df=15, P-value=0.47947, RMSEA=0.000

ภาพประกอบที่ ๔.๔ ตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ

ตารางที่ ๔.๙ ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับแรก องค์ประกอบที่ ๔
ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ

ข้อ	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก องค์ประกอบ	R ^๒	สัมประสิทธิ์ คะแนน องค์ประกอบ
๑.	จัดศูนย์ฝึกปฏิบัติการพัฒนาจิตร่วมกันระหว่างวัด โรงเรียน ผู้สูงอายุ โรงพยาบาล หรือศูนย์พัฒนาจิต หรือ มหาวิทยาลัยในท้องถิ่น และชุมชน	๐.๕๒	๐.๓๓	๐.๒๐
๒.	ผู้สูงอายุควรเป็นคนที่คิดบวก คิดดีต่อตนเองและผู้อื่น	๐.๔๖	๐.๒๕	๐.๑๑
๓.	ผู้สูงอายุต้องไม่ยึดติดในวัตถุ สิ่งของ และเป็นคนที่อยู่ อย่างพอเพียง	๐.๖๙	๐.๔๐	๐.๒๖
๔.	ผู้สูงอายุควรฝึกจิตภาวนา หรือฝึกจิตให้ว่าง อาจทำคน เดียวหรือร่วมกันปฏิบัติกับกลุ่มผู้สูงด้วยกัน	๐.๕๕	๐.๓๔	๐.๒๔

๕.	ผู้สูงอายุควรปฏิบัติธรรม สวดมนต์ สะสมบุญ สร้างแต่กุศล	๐.๕๘	๐.๓๗	๐.๒๘
๖.	ยึดมั่นในศีลธรรม เชื้อมั่นและศรัทธาในการทำความดี	๐.๕๓	๐.๒๔	๐.๑๓
๗.	ผู้สูงอายุควรอยู่ด้วยความมีเมตตากรุณา ไม่เห็นแก่ตัว เสียดสละ ยึดหลักพรหมวิหารสี่	๐.๕๙	๐.๒๓	๐.๐๙
๘.	ปรับตัวให้อยู่ในสังคมอย่างมีความสุข โดยนำหลักธรรมมาประยุกต์ใช้	๐.๔๙	๐.๒๔	๐.๑๐

๔.๒.๒ ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง เป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน ๔ องค์ประกอบ และตัวชี้วัดทั้งหมด ๓๐ ตัว รายละเอียดดังตารางและภาพประกอบดังนี้

ตารางที่ ๔.๑๐ ผลการวิเคราะห์โมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสองของตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ข้อ	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	R ^๒	สัมประสิทธิ์ คะแนน องค์ประกอบ
อันดับที่หนึ่ง				
องค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางกาย				
๑.	ผู้สูงอายุควรดำเนินกิจวัตรประจำวันที่ถูกต้อง เช่น กินปลา ไม่กินของทอด ออกกำลังกาย ดื่มน้ำสะอาด พักผ่อนให้เพียงพอ เป็นต้น	๐.๗๒	๐.๒๑	๐.๐๖
๒.	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดี เช่น ดูแลสุขภาพ ตรวจร่างกายประจำปี อ่านข้อมูลความรู้การดูแลสุขภาพ กิน	๐.๘๗	๐.๓๖	๐.๑๗

	อาหารที่มีประโยชน์ครบ ๕ หมู่ ออกกำลังกาย ไม่ดื่มเหล้า เป็นต้น			
๓.	ควรส่งเสริมการสร้างความตระหนักให้ผู้สูงอายุเห็นถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพที่ดี	๐.๖๖	๐.๒๑	๐.๑๐
๔.	การส่งเสริมสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจากทุกฝ่าย เช่น การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ การให้ความรู้ดูแลสุขภาพ	๐.๗๓	๐.๓๙	๐.๑๙
๕.	ควรมีการจัดสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพกาย เช่น ทางเดินเรียบไม่มีสิ่งกีดขวาง ห้องน้ำมีราวจับ มีทางลาด อากาศถ่ายเทสะดวกไม่มีควันหรือมลพิษ เป็นต้น	๐.๗๘	๐.๔๙	๐.๓๑
๖.	ป้องกันการเกิดโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ	๐.๕๕	๐.๑๔	๐.๐๘
องค์ประกอบภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ				
๗.	การรวมกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุด้วยกันเพื่อลดความเครียด	๐.๕๑	๐.๒๘	๐.๐๕
๘.	สร้างสายใยรักของคนในครอบครัวที่เข้มแข็ง และให้กำลังใจผู้สูงอายุ	๐.๗๑	๐.๔๘	๐.๑๘
๙.	ผู้สูงอายุควรฝึกสมาธิ เจริญภาวนา นั่งวิปัสสนากรรมฐานเพื่อฝึกควบคุมจิตและอารมณ์ เพื่อให้สามารถควบคุมอารมณ์ได้	๐.๖๑	๐.๓๑	๐.๑๐
๑๐.	ผู้สูงอายุควรมีเพื่อน หรือคนในบ้านเพื่อพูดคุย หรือปรึกษาเมื่อมีปัญหา	๐.๕๙	๐.๔๒	๐.๑๖
๑๑.	ควรมีการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อหลีกเลี่ยงการส่งเสริมให้เกิดความเครียด	๐.๗๑	๐.๕๒	๐.๒๐
๑๒.	หน่วยงานต่าง ๆ ให้ความรู้วิธีการผ่อนคลายความเครียดแก่ผู้สูงอายุ	๐.๖๕	๐.๓๘	๐.๑๐
๑๓.	ผู้สูงอายุควรใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เพื่อไม่ให้มีเวลาคิดมาก	๐.๖๑	๐.๓๗	๐.๐๙

๑๔	ผู้สูงอายุควรรหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจ เมื่อเกิดเผชิญปัญหาหรือความผิดหวัง ความสูญเสีย ทำให้สามารถปรับตัวปรับใจได้ ทำให้สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลง	๐.๖๔	๐.๔๒	๐.๑๒
๑๕	การจัดส่งเสริมการสร้างขวัญและกำลังใจให้ผู้สูงอายุ เช่น พิธีบายศรีผูกขวัญ หรือเสริมขวัญให้ผู้สูงอายุ	๐.๕๖	๐.๓๔	๐.๑๐

ตารางที่ ๔.๑๐ (ต่อ) ผลการวิเคราะห์โมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสองของตัวชี้วัดการจัดการสุข

ภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ข้อ	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก องค์ประกอบ	R ^๒	สัมประสิทธิ์ คะแนน องค์ประกอบ
องค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม				
๑๖.	สร้างกฎกติกาของชุมชนเพื่อความสุขของสังคมเป็นสังคมน่าอยู่	๐.๔๕	๐.๒๘	๐.๑๒
๑๗.	ผู้สูงอายุควรนำหลักธรรมมายึดปฏิบัติ เพื่อให้สังคมอยู่ด้วยกันอย่างสามัคคี เช่น สังคหวัตถุ ๔ หลักฆราวาสธรรม	๐.๖๖	๐.๕๑	๐.๒๖
๑๘.	จัดนโยบายสาธารณะที่ดีต่อผู้สูงอายุเพื่อสุขภาวะสังคม	๐.๖๓	๐.๔๓	๐.๒๑
๑๙.	ผู้สูงอายุและสมาชิกทุกคนควรปฏิบัติตามกฎระเบียบของสังคม	๐.๖๑	๐.๔๐	๐.๑๖
๒๐.	การจัดกิจกรรมสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลประจำตำบล	๐.๖๑	๐.๓๓	๐.๑๒
๒๑.	สังคมควรเป็นสังคมพึ่งพาและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน	๐.๕๙	๐.๓๕	๐.๑๘

๒๒.	ผู้สูงอายุควรเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม หรือต่อชุมชน	๐.๕๒	๐.๒๙	๐.๐๘
-----	--	------	------	------

องค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ

๒๓.	จัดศูนย์ฝึกปฏิบัติการพัฒนาจิตร่วมกันระหว่างวัด โรงเรียน ผู้สูงอายุ โรงพยาบาล หรือศูนย์พัฒนาจิต หรือ มหาวิทยาลัยในท้องถิ่น และชุมชน	๐.๕๖	๐.๓๖	๐.๒๑
๒๔.	ผู้สูงอายุควรเป็นคนที่ดีบวก คิดดีต่อตนเองและผู้อื่น	๐.๔๖	๐.๒๔	๐.๐๘
๒๕.	ผู้สูงอายุต้องไม่ยึดติดในวัตถุ สิ่งของ และเป็นคนที่อยู่อย่างพอเพียง	๐.๕๓	๐.๒๓	๐.๐๖
๒๖.	ผู้สูงอายุควรฝึกจิตภาวนา หรือฝึกจิตให้ว่าง อาจทำคนเดียวหรือร่วมกันปฏิบัติกับกลุ่มผู้สูงด้วยกัน	๐.๕๗	๐.๓๕	๐.๒๔
๒๗.	ผู้สูงอายุควรปฏิบัติธรรม สวดมนต์ สะสมบุญ สร้างแต่กุศล	๐.๕๙	๐.๓๘	๐.๒๐
๒๘.	ยึดมั่นในศีลธรรม เชื่อมั่นและศรัทธาในการทำมาดี	๐.๔๙	๐.๑๙	๐.๐๙
๒๙.	ผู้สูงอายุควรอยู่ด้วยความเมตตากรุณา ไม่เห็นแก่ตัว ยึดหลักพรหมวิหารสี่	๐.๖๐	๐.๒๓	๐.๐๗
๓๐.	ปรับตัวให้อยู่ในสังคมอย่างมีความสุข โดยนำหลักธรรมมาประยุกต์ใช้	๐.๕๓	๐.๓๒	๐.๑๖

อันดับที่สอง

ด้านภาวะที่เป็นสุขทางร่างกาย (PHY)	๐.๓๑	๐.๑๕	
ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ (MEN)	๐.๘๒	๐.๘๐	
ด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม (SOC)	๐.๘๐	๐.๗๔	
ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ (PSI)	๐.๗๗	๐.๖๒	

$\chi^2 = ๓๘๖.๖๘$ $df = ๓๕๐$ $p\text{-Value} = .๐๙$ $GFI = ๐.๙๔$ $AGFI = ๐.๙๒$ $RMSEA = ๐.๐๒$

$CN = ๔๒๖.๙๐$ $\chi^2/df = ๑.๑๐๕$

จากตาราง ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง องค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อันดับที่หนึ่ง ประกอบด้วย ๔ องค์ประกอบ ๓๐ ตัวชี้วัด โดยน้ำหนักองค์ประกอบของตัวชี้วัดทั้ง ๓๐ ตัว มีค่าเป็นบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ ทุกค่า ซึ่งตัวชี้วัดมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์อยู่ระหว่าง ๐.๑๔ – ๐.๕๒ แสดงว่าตัวชี้วัดทั้ง ๓๐ ตัวเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่า ตัวชี้วัดข้อ ๑ – ๖ เป็นตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางร่างกาย มีน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง ๐.๕๕ – ๐.๘๗ และคะแนนองค์ประกอบอยู่ระหว่าง ๐.๐๖ – ๐.๓๑ ตัวชี้วัดข้อ ๗ – ๑๕ เป็นตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ มีน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง ๐.๕๑ – ๐.๗๑ และคะแนนองค์ประกอบอยู่ระหว่าง ๐.๐๕ – ๐.๒๐ ตัวชี้วัดข้อ ๑๖ – ๒๒ เป็นตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม มีน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง ๐.๔๕ – ๐.๖๖ และคะแนนองค์ประกอบอยู่ระหว่าง ๐.๐๘ – ๐.๒๖ ตัวชี้วัดข้อ ๒๓ – ๓๐ เป็นตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ มีน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง ๐.๔๖ – ๐.๖๐ และคะแนนองค์ประกอบอยู่ระหว่าง ๐.๐๖ – ๐.๒๔

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบทั้ง ๔ องค์ประกอบมีค่าเป็นบวก คือ มีค่าตั้งแต่ ๐.๓๑ – ๐.๘๒ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ ทุกค่า แสดงให้เห็นว่าทุกองค์ประกอบมีความเหมาะสมเป็นองค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สามารถเรียงค่าน้ำหนักองค์ประกอบจากมากไปน้อยดังนี้ องค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ องค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ (MEN) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ เท่ากับ ๐.๘๒ มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ เท่ากับ ๐.๘๐ รองลงมา องค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม (SOC) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ เท่ากับ ๐.๘๐ มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ เท่ากับ ๐.๗๔ และองค์ประกอบด้านจิตวิญญาณ (PSI) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ เท่ากับ ๐.๗๗ มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ เท่ากับ ๐.๖๒ ส่วนองค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางร่างกาย (PHY) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบน้อยที่สุดมีค่า เท่ากับ ๐.๗๗ มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ เท่ากับ ๐.๑๕ ผลปรากฏดังภาพประกอบที่ ๕ ดังนี้

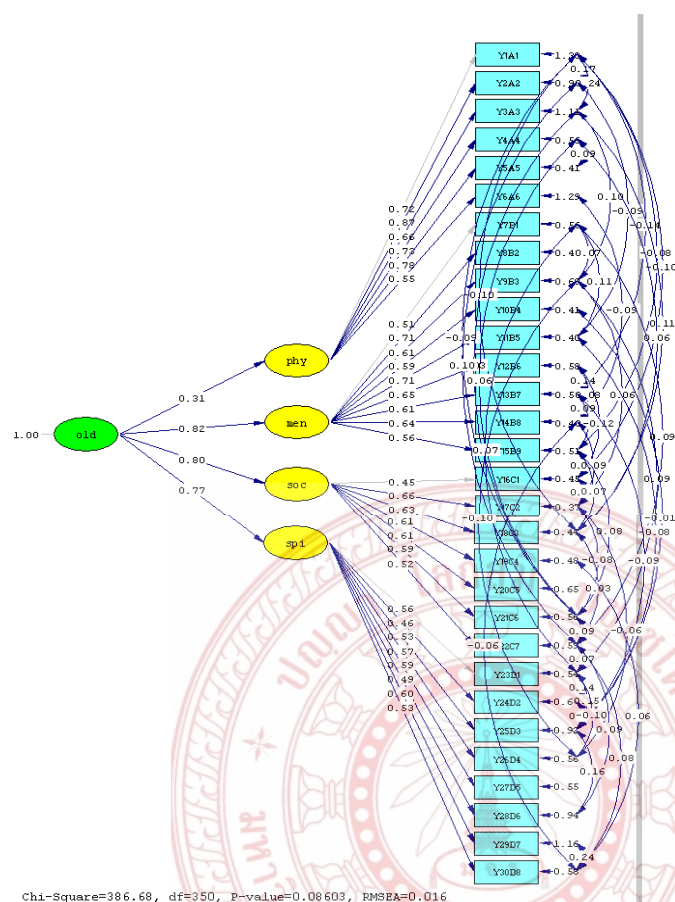
ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลองค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังตารางที่ ๘

ตารางที่ ๔.๑๑ ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลองค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ค่าสถิติวัดระดับความสอดคล้อง	เกณฑ์		ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	การประเมินผล
	ระดับดี	ระดับยอมรับได้		

χ^2	$0.00 \leq \chi^2 \leq 2df$	$2df \leq \chi^2 \leq 3df$	๓๘๖.๖๘	ดี
df	-	-	๓๕๐	-
p-Value	$.05 < P \leq 0.00$	$.01 < P \leq .05$	.๐๙	ดี
GFI	$0.95 < GFI \leq 1.00$	$0.90 < GFI \leq 0.95$	๐.๙๔	ยอมรับได้
AGFI	$0.90 < AGFI \leq 1.00$	$0.85 < AGFI \leq 0.90$	๐.๙๒	ดี
RMSEA	$0.00 < RMSEA \leq 0.00$	$0.05 < RMSEA \leq 0.08$	๐.๐๒	ดี
CN	> 400	> 200	๔๒๖.๙๐	ดี

จากตารางผลการวิเคราะห์โมเดลองค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาจากค่าไคสแควร์ (Chi-Square) เท่ากับ ๓๘๖.๖๘ ที่องศาแห่งความเป็นอิสระ (df) เท่ากับ ๓๕๐ ค่าความน่าจะเป็น (p-Value) เท่ากับ .๐๙ แสดงว่าค่าไคสแควร์ไม่มีนัยสำคัญ ส่วนดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (GFI) และดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) มีค่าเท่ากับ ๐.๙๔ และ ๐.๙๒ ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ ค่าดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของการประมาณค่า (RMSEA) มีค่าเท่ากับ ๐.๐๒ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ และค่าจำนวนวิกฤติ (CN) มีค่าเท่ากับ ๔๒๖.๙๐ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ แสดงว่า โมเดลองค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์



ภาพประกอบที่ ๔.๕ โมเดลองค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

๔.๓ ร่างคู่มือการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเลย

ผู้วิจัยดำเนินการศึกษากับกลุ่มเป้าหมายเพื่อสร้างร่างคู่มือการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเลย ประกอบด้วย คือ ตัวแทนเจ้าหน้าที่ของรัฐ จำนวน ๖ คน พระสงฆ์ จำนวน ๓ รูป และตัวแทนผู้สูงอายุที่เข้าร่วม จำนวน ๑๐ คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความคิดเห็นว่า คู่มือการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุควรแบ่งออกเป็น ๓ กลุ่ม คือ กลุ่มของผู้สูงอายุ กลุ่มของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และกลุ่มหน่วยงานต่าง ๆ แต่ทุก

ฝ่ายควรมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุร่วมกัน โดยเฉพาะหน่วยงานองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น สาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล โรงพยาบาลประจำตำบล ผู้นำชุมชนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ โรงเรียนผู้สูงอายุ ชุมชน และวัดเข้ามามีส่วนร่วมให้ความร่วมมือกัน

ร่างคู่มือการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นคู่มือสำหรับเป็นแนวทางในการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความเป็นมาและความสำคัญ ความหมาย ผู้สูงอายุ วิธีการปฏิบัติ โดยแบ่งออกเป็นสำหรับการปฏิบัติของผู้สูงอายุ การปฏิบัติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือการประเมินการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุ และการแปลผล ดังนี้

ร่างคู่มือการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ

ความเป็นมาและความสำคัญ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วและจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ จากการคาดการณ์ในปี ๒๕๖๘ หรืออีก ๑๕ ปี ข้างหน้าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น ๑๔.๙ ล้านคนคิดเป็นร้อยละ ๒๐.๕ และในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ จะเพิ่มขึ้นเป็น ๑๗.๘ ล้านคนคิดเป็นร้อยละ ๒๕ ของประชากรทั้งประเทศ นั่นก็หมายความว่าในประชากรทุกๆ ๔ คนจะมีผู้สูงอายุ ๑ คน อัตราการเพิ่มแบบนี้เรียกว่าเป็นการเพิ่มที่ทวีคูณของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นในประเทศไทยไม่ใช่แค่เพียงประเทศไทยประเทศเดียวแต่เป็นแนวโน้มที่เกิดขึ้นกับทุกประเทศอย่างต่อเนื่องถือว่าประเทศไทยเป็นอันดับที่ ๒ รองจากสิงคโปร์ (ศรีประภา ลุนละวงศ์: ๒๕๕๕)^{๙๕} จนกลายเป็นประเทศของสังคมผู้สูงอายุ ด้วยเหตุนี้ประชากรผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มประชากรที่มีความสำคัญ การมีผู้สูงอายุมากขึ้นจำเป็นต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย แต่สภาวะทางร่างกายของผู้สูงอายุเริ่มเสื่อมถอยลดลงส่งผลให้สภาพร่างกาย การช่วยเหลือตัวเองลดลง ซึ่งการชราภาพเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ภาวะการณที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพสามารถป้องกันได้หรือชะลอให้เกิดช้าลง จึงจำเป็นต้องมีมาตรการป้องกันหรือการจัดการดูแลช่วยเหลือทำให้วิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ สภาพจิตใจ และสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดี

ประชากรผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีความสำคัญ การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะที่เหมาะสมของผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยจากโรค หรือสภาพแวดล้อมอันเป็นเหตุไม่พึงประสงค์ ประกอบกับความต้องการของผู้สูงอายุตามบริบทของ

^{๙๕} ศรีประภา ลุนละวงศ์, “มองไปข้างหน้าถึงเวลาเตรียมพร้อมรับสังคมผู้สูงอายุ”, เพื่อนสุขภาพศูนย์อนามัยที่ ๕, ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๖, (๒๕๕๕) : ๑-๓.

วัฒนธรรมท้องถิ่น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นการจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ หรือการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากตัวผู้สูงอายุเอง จากคนในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และชุมชน มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมหาแนวทางหรือรูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมร่วมกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีในทุกมิติอย่างยั่งยืนตลอดบันปลายของชีวิต การจัดทำคู่มือร่างการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนี้จะเป็นแนวทางที่เป็นประโยชน์ให้ทุกฝ่ายเป็นแนวปฏิบัติที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้งอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่าของสังคมและประเทศ

ความหมายผู้สูงอายุ

คำว่า“ผู้สูงอายุ” มาจากศัพท์ภาษาอังกฤษว่า Elderly หรือ Ageing ซึ่ง World Health Organization (WHO) ใช้คำว่า “Elderly” สำหรับเรียกผู้สูงอายุ และได้ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป

จรัสวรรณ เทียนประกาศ และพัชรี ต้นศิริ (๒๕๓๓: ๔)^{๙๖} กล่าวถึงผู้สูงอายุว่าเป็นวัยที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปโดยนับอายุตามปฏิทินถือว่าเป็นวัยที่สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไปสู่วัยเสื่อมจึงควรพักผ่อนและเปลี่ยนแปลงการทำงานที่ไม่ต้องรับผิดชอบมากไม่ต้องเผชิญกับภาวะเครียด

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (๒๕๓๙: ๑๕)^{๙๗} ซึ่งได้จัดประชุมสมัชชาโลกเกี่ยวกับผู้สูงอายุเมื่อ พ.ศ. ๒๕๒๕ ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรียให้ความหมายของคำว่า“ผู้สูงอายุ” คือ บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป

บรรลุ ศิริพานิช และคนอื่นๆ (๒๕๔๑: ๑๑)^{๙๘} กล่าวว่าผู้สูงอายุ หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้อายุเป็นหลักในการแยกจากกลุ่มอายุอื่นๆโดยถือเอาอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปเป็นหลักว่าสูงอายุผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจแตกต่างไปจากผู้ที่มีอายุน้อยกว่าหลายประการโดยมีการเสื่อมโทรมลงของระบบต่างๆของร่างกายเป็นส่วนใหญ่

^{๙๖} จรัสวรรณ เทียนประกาศ และพัชรี ต้นศิริ, การพยาบาลผู้สูงอายุ, กรุงเทพมหานคร : รุ่งเรืองธรรม, ๒๕๓๓.

^{๙๗} สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, สังคมวิทยาภาวะสูงอายุความจริงและการคาดการณ์ในสังคมไทย, กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๓๙.

^{๙๘} บรรลุ ศิริพานิช และคนอื่นๆ, การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ, นนทบุรี : หมอชาวบ้าน, ๒๕๔๑.

ไสว พรหมณี (๒๕๔๑: ๑)^{๙๙} กล่าวว่าผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุในวัยสุดท้ายของชีวิต เริ่มตั้งแต่วัยทารกวัยเด็กวัยหนุ่มสาววัยผู้ใหญ่และวัยชราหรือวัยผู้สูงอายุซึ่งในประเทศไทยกำหนดอายุที่พ้นจากวัยทำงานเป็นเกณฑ์คือมีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป

นภาพร ชโยวรรณ (๒๕๔๒: ๒ - ๓)^{๑๐๐} ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่าประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปเนื่องจากเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพที่ชัดเจนและเป็นอายุที่เกษียณสำหรับข้าราชการไทยโดยพิจารณาว่าวัยนี้เป็นวัยที่มีความเสื่อมของร่างกายซึ่งเป็นไปโดยธรรมชาติมีกำลังลดน้อยลงเรื่อยๆ จึงเป็นบุคคลที่ต้องการดูแลเป็นพิเศษ

มณฑนา จริยรัตน์ไพศาล (๒๕๔๒: ๑)^{๑๐๑} กล่าวว่าผู้สูงอายุหมายถึงผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีหรือมากกว่าเมื่อนับตามวัยหรือหมายถึงผู้เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตามภาวะเศรษฐกิจหรือหมายถึงผู้ที่เกษียณสังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคมวัฒนธรรมหรือวัยสูงอายุเริ่มต้น

ราชกิจจานุเบกษา (๒๕๔๖)^{๑๐๒} ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย เช่นเดียวกับ องค์การสหประชาชาติ ให้ผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปเรียกว่าเป็นผู้สูงอายุ (Elderly, ageing, aged and older persons)

จากความหมายของคำว่าสูงอายุจะเห็นได้ว่าเวลาของการมีชีวิตของแต่ละคนจะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความเจริญและความเสื่อมของร่างกายมนุษย์และมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้สูงอายุทั้งด้านภาวะสุขภาพกายจิตใจสังคมและเศรษฐกิจและพบว่าความหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุมีมากมายแตกต่างกันเพื่อความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ตรงกันจึงกำหนดให้ผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่เรียนอยู่ในโรงเรียนผู้สูงอายุ

^{๙๙} ไสว พรหมณี, นโยบายรัฐบาลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ, กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๔๑.

^{๑๐๐} นภาพร ชโยวรรณ, สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน: การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ: สู้วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ, กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๒.

^{๑๐๑} มณฑนา จริยรัตน์ไพศาล, สุขภาพผู้สูงอายุ, กำแพงเพชร : คณะวิทยาการจัดการและเทคโนโลยี สถาบันราชภัฏกำแพงเพชร, ๒๕๔๒.

^{๑๐๒} “พระราชบัญญัติ ผู้สูงอายุ พ.ศ.๒๕๔๖”, (๓๑ ธันวาคม ๒๕๔๖), ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ ๑๒๐ ตอนที่ ๑๓๐ ก, หน้า ๑.

วิธีการปฏิบัติ

จากการศึกษาควรแบ่งวิธีการปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ ออกเป็น ๓ กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ และกลุ่มหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และในแต่ละกลุ่มมีวิธีการปฏิบัติตามองค์ประกอบของสุขภาวะ ๔ ด้าน ดังนี้

วิธีการปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุ

จากข้อค้นพบที่ได้ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ มีน้ำหนักคะแนนองค์ประกอบสูงที่สุด ดังนั้นควรเน้นในการพัฒนาการจัดการเรื่องนี้นักก่อน เมื่อแยกวิธีการปฏิบัติเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุตามองค์ประกอบของสุขภาวะของผู้สูงอายุ ดังนี้

วิธีการปฏิบัติภาวะที่เป็นสุขทางกายของผู้สูงอายุ

๑. ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น กินผัก กินผลไม้แต่ผลไม้ต้องไม่หวานมากหรือมีแป้งมาก กินปลาอย่างง่าย ไม่กินของดิบ ๆ สุก ๆ ไม่กินของทอด ไม่กินของหมักดอง ไม่ควรกินอาหารรสจัด ไม่กินเค็ม ไม่หวานมาก การรับประทานอาหารแต่ละมื้อควรทานให้ครบ ๕ หมู่ แต่ให้พอเพียงไม่ควรมากเกินไป ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ ๖ แก้ว แต่ก่อนนอนไม่ควรดื่มน้ำมาก เพราะจะทำให้นอนไม่เต็มอิ่มเพราะต้องตื่นมาปัสสาวะ

๒. ควรนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ ๖ ชั่วโมง และไม่ควรนอนตอนกลางวันจะทำให้กลางคืนนอนไม่หลับได้ หรือตอนดึกไม่ควรดูหนังตื่นเต้น เช่น หนังผี หนังสู้รบ หนังสยองขวัญ เป็นต้น

๓. ผู้สูงอายุควรดูแลสุขภาพหรือตรวจสุขภาพประจำปี เมื่อพบอาการผิดปกติควรรีบไปพบแพทย์ ไม่ควรซื้อยาทานเอง

๔. ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๓ วันๆละ ๓๐ นาที กีฬาที่ออกต้องเหมาะสมกับสภาพร่างกายของตน เช่น เดินเล่น เดินรำ อาจเป็นฟ้อนรำที่บ้าน เต้นลีลาศเต้นแอโรบิกแบบเบาๆ รำไม้พอง เป็นต้น

๕. ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงในสถานที่แออัด หรือมีมลภาวะเป็นพิษ หรือแหล่งที่อาจทำให้เกิดโรคได้โดยไม่จำเป็น เช่น โรงพยาบาลเพื่อไปเยี่ยมผู้ป่วย สถานเริงรมย์ โรงภาพยนตร์ หรืองานวัด ตอนดึก หรืองานแสดงหมอราที่มีคนอัด หรือใกล้โรงงานโม่หิน หรือใกล้ที่เผาก้น เป็นต้น

วิธีการปฏิบัติภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจของผู้สูงอายุ

๑. ผู้สูงอายุควรหาที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ อาจเป็นยึดมั่นในหลักธรรมของศาสนาที่ตนนับถือ จัดกลุ่มสนทนาธรรม จัดกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาชีวิตที่พบและการแก้ไข

๒. ผู้สูงอายุควรเข้าวัดปฏิบัติธรรม ฝึกสมาธิเพื่อควบคุมจิตไม่ให้ฟุ้งซ่าน นั่งวิปัสสนากรรมฐาน เพื่อฝึกควบคุมจิตและอารมณ์ของตนเอง อาจฝึกอบรมเป็นกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน หรือปฏิบัติเพียงลำพัง แต่ไม่ควรให้ผู้สูงอายุปฏิบัติเพียงลำพังควรมีผู้ดูแลอยู่ด้วย

๓. ผู้สูงอายุควรฝึกบริหารอารมณ์ให้มีความสุข สนุกสนานร่าเริง มองโลกในแง่ดี คิดบวก ต่อตนเองและผู้อื่น ไม่เครียดหรือวิตกกังวลต่อสิ่งที่มากระทบทางจิตใจ

๔. ผู้สูงอายุควรใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์หรือหากิจกรรมทำจะช่วยให้จิตสงบ ไม่ฟุ้งซ่านไม่คิดเรื่องที่วิตกกังวล ยังเป็นการลดความเครียดได้ด้วย และรู้สึกว่าตนเองยังมีความสำคัญต่อครอบครัวต่อชุมชน

วิธีการปฏิบัติภาวะที่เป็นสุขทางสังคมของผู้สูงอายุ

๑. ผู้สูงอายุควรใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ต่อสังคมหรือชุมชน เช่น อบรมสั่งสอนเยาวชน ถ่ายทอดองค์ความรู้ที่ตนมี ทำงานช่วยเหลือผู้อื่นในสังคมเท่าที่ตนกระทำได้

๒. ผู้สูงอายุควรปฏิบัติตามกฎระเบียบของชุมชนหรือสังคม เพื่อเกิดความสงบสุขของสังคม

๓. ผู้สูงอายุควรสร้างวินัยในตนเอง เคารพกฎระเบียบ กติกาของชุมชนหรือสังคม

๔. ผู้สูงอายุควรให้เกียรติซึ่งกันและกัน ยอมรับในสิทธิของบุคคล

๕. ผู้สูงอายุควรสร้างตนเองให้มีคุณค่า ให้เป็นที่ยอมรับและได้รับการยกย่องจากสังคม และความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

วิธีการปฏิบัติภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ

๑. ผู้สูงอายุควรทำตนมีประโยชน์ต่อครอบครัว ต่อชุมชน และต่อสังคม

๒. ผู้สูงอายุควรฝึกพัฒนาทางปัญญา เพื่อให้สามารถพิจารณาเรื่องที่เกิดขึ้นอย่างมีเหตุผล

๓. ผู้สูงอายุควรพัฒนาทางจิตวิญญาณ มีจิตใจที่เสียสละ ไม่ยึดติด มีเมตตา เพื่อความหลุดพ้นจากทุกข์ที่เข้ามาในชีวิต เช่น เข้าวัดปฏิบัติธรรม เข้าอบรมพัฒนาเรื่องจิตวิญญาณ

๔. ผู้สูงอายุควรฝึกปฏิบัติตามคำสั่งสอนของศาสนาที่ตนนับถือ

วิธีปฏิบัติสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ

จากข้อค้นพบที่ได้ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ มีน้ำหนักคะแนนองค์ประกอบสูงที่สุด ดังนั้น ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อาจเป็นลูก หลาน ญาติ หรือคนดูแล) ควรเน้นให้ความสำคัญในการจัดการเรื่องนี้ก่อน แนวทางปฏิบัติในการจัดการดูแลสุขภาวะให้ผู้สูงอายุ เมื่อแยกวิธีการปฏิบัติการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุตามองค์ประกอบของสุขภาวะของผู้สูงอายุ ดังนี้

วิธีการปฏิบัติภาวะที่เป็นสุขทางกายสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ

๑. ควรจัดอาหารให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น กินผัก กินผลไม้ แต่ผลไม้ต้องไม่หวานมากหรือมีแป้งมาก กินปลาย่อยง่าย ไม่กินของดิบ ๆ สุก ๆ ไม่กินของทอด ไม่กินของหมักดอง ไม่ควรกินอาหารรสจัด ไม่กินเค็ม ไม่หวานมาก การรับประทานอาหารแต่ละมื้อควรทานให้ครบ ๕ หมู่ แต่ให้พอเพียงไม่ควรมากเกินไป ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ ๖ แก้ว แต่ก่อนนอนไม่ควรดื่มน้ำมาก เพราะจะทำให้นอนไม่เต็มอิ่มเพราะต้องตื่นมาปัสสาวะ

๒. ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรให้ผู้สูงอายุหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ ๖ ชั่วโมง และไม่ควรให้ผู้สูงอายุนอนตอนกลางวันจะทำให้กลางคืนนอนไม่หลับได้

๓. ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดี

๔. ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ปลอดภัย จัดหาเครื่องอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุ เช่น จัดทางลาด จัดของให้เรียบร้อย บ้านต้องไม่มีมุมที่แหลมหลายเพราะระวังผู้สูงอายุล้มหรือชน หื่อน้ำทางเดินควรมีราวบันไดไว้ให้ผู้สูงอายุจับกันล้ม มีราวบันไดให้ผู้สูงอายุจับทางเดิน ไม่ควรมีพื้นที่ขรุขระ

๕. ผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่ควรให้ผู้สูงอายุไปในที่มีชุมชนแออัด เช่น ตลาดนัด ห้างสรรพสินค้า งานรื่นเริงประเพณีที่มีผู้คนมากมาย

๖. พาผู้สูงอายุตรวจสุขภาพประจำปี หรือพาไปโรงพยาบาลเมื่อป่วยหรือมีอาการผิดปกติ

๗. เตรียมเครื่องมือสื่อสาร เบอร์โทรศัพท์กรณีผู้สูงอายุอยู่คนเดียวมีเหตุฉุกเฉินที่ต้องการความช่วยเหลือ

วิธีการปฏิบัติภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ

๑. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรสร้างกำลังใจให้ผู้สูงอายุ ไม่ให้ผู้สูงอายุรู้สึกอ้างว้างเหมือนอยู่คนเดียว ไม่ให้รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า

๒. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรจัดหากิจกรรมให้ผู้สูงอายุทำเพลิน ๆ แต่ไม่บังคับให้เกิดความเครียด หรือกิจกรรมสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น ดูหนัง ฟังเพลง ร้องเพลง รำวง ถักทอเสื่อ ปลูกต้นไม้ ทำการจักสานของใช้

๓. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรพาผู้สูงอายุพักผ่อนต่างสถานที่ อาทิเช่น สวนสาธารณะ เพื่อจะได้เปลี่ยนบรรยากาศ สภาพแวดล้อมเดิมๆ ไปเที่ยวต่างจังหวัด พาไปไหว้พระ ทำบุญ ไปเที่ยวทะเล เที่ยวชมดอกไม้

๔. จัดสภาพแวดล้อมที่ห่างไกลการเกิดความเครียดให้ผู้สูงอายุ และสภาพแวดล้อมต้องปลอดภัยต่ออันตราย

๕. สร้างกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุกับคนภายในครอบครัวให้เกิดความผูกพันกันในครอบครัว เกิดสายใยรักของคนในครอบครัว

๖. สมาชิกในครอบครัวยกย่องให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า เป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อครอบครัว

วิธีการปฏิบัติภาวะที่เป็นสุขทางสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ

๑. พาผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน
๒. หากิจกรรมทางสังคมให้ผู้สูงอายุ
๓. จัดกิจกรรมวัดสำคัญสำหรับผู้สูงอายุทำร่วมกันภายในชุมชนหรือสังคม
๔. หากจุดเด่นของผู้สูงอายุมาทำประโยชน์ต่อสังคม
๕. ให้ผู้สูงอายุร่วมสร้างกฎเกณฑ์ข้อปฏิบัติร่วมกันของสังคม
๖. ผู้ดูแลผู้สูงอายุปฏิบัติตามกฎระเบียบของครอบครัวหรือสังคมช่วยให้สังคมของผู้สูงอายุมีความสุข

วิธีการปฏิบัติภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ

๑. ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรพาผู้สูงอายุเข้าวัดปฏิบัติธรรม หรือพาไปสถานที่ทำให้จิตใจสงบ
๒. ส่งเสริมผู้สูงอายุทำบุญ บริจาคสิ่งของเครื่องใช้ในผู้มีทุกข์

วิธีปฏิบัติสำหรับหน่วยงานอื่น ๆ

จากข้อค้นพบที่ได้ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ มีน้ำหนักคะแนนองค์ประกอบสูงที่สุด ดังนั้น หน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล สาธารณสุข โรงเรียนผู้สูงอายุ วัด เป็นต้น ควรเน้นให้ความสำคัญในการจัดการเรื่องนี้น่าก่อน แนวทางปฏิบัติในการจัดการดูแลสุขภาพให้ผู้สูงอายุ เมื่อแยกวิธีการปฏิบัติการเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุตามองค์ประกอบของสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้

วิธีการปฏิบัติภาวะที่เป็นสุขทางกายสำหรับหน่วยงานอื่น ๆ

๑. หน่วยงานต่างๆ จัดหลักสูตรอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะชีวิต ทักษะสังคม ทักษะการดูแลทางจิต ควรมีการจัดการความรู้การเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ หรือจัดการเรื่องความรู้ สุขศึกษา การดูแลสุขภาพ อาจให้ความรู้ในรูปสื่อแผ่นพับ โปสเตอร์ วีดีโอ วิทยุ โทรทัศน์ วารสาร จุลสาร หรือจัดอบรมเกี่ยวกับสุขภาวะของผู้สูงอายุให้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

๒. จัดอบรมให้ความรู้และสร้างเครือข่ายพัฒนาสมาชิกในชุมชนมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ

๓. ส่งเสริมให้ผู้นำออกกำลังกายให้ผู้สูงอายุ

๔. สร้างความตระหนักให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพของตนเอง และการมีสุขภาพที่ดี

๕. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลควรมีบริการเชิงรุก โดยการเข้าไปในชุมชนดูแล ให้ความรู้ ตรวจสุขภาพให้ผู้สูงอายุ

วิธีการปฏิบัติภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจสำหรับหน่วยงานอื่น ๆ

๑. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดสถานที่พักผ่อนให้กับผู้สูงอายุ เช่น สวนสาธารณะ สวนหย่อมเล็ก ๆ ประจำหมู่บ้านเพื่อให้ผู้สูงอายุและคนอื่น ๆ เข้ามานั่งพักผ่อน จะทำให้ผู้สูงอายุเพลิดเพลินได้ดีอีกด้วย หรือจัดสถานที่ให้ผู้สูงอายุไว้ออกกำลังกาย เดินรำ เดินแอโรบิก

๒. หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจัดศูนย์การเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุ

๓. วัด หรือศูนย์พัฒนาจิตจัดอบรมเกี่ยวกับการควบคุมอารมณ์ การฝึกสมาธิ

๔. หน่วยงานต่าง ๆ ต้องมีการวางแผนรองรับให้การดูแล และส่งเสริมคุณภาพชีวิตตรงตามความต้องการและเพียงพอต่อผู้สูงอายุ ไม่ให้เกิดปัญหาต่อสังคมในอนาคต

วิธีการปฏิบัติภาวะที่เป็นสุขทางสังคมสำหรับหน่วยงานอื่น ๆ

๑. จัดระเบียบสังคม ระเบียบสิ่งแวดล้อมที่ดีและปลอดภัยของชุมชน สังคม

๒. จัดสภาพแวดล้อมที่ดีให้เป็นสังคมเอื้ออาทร หรือสังคมที่พึ่งพากัน

๓. จัดกิจกรรมอนุรักษ์วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี เช่น วันผู้สูงอายุ กีฬา ประเพณีของผู้สูงอายุประกวดผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ทั้งกาย จิตใจ จัดประเพณีบายศรีสู่ขวัญผู้สูงอายุ

๔. สร้างเครือข่ายชุมชน ชมรมผู้สูงอายุระหว่างหมู่บ้าน

๕. ควรทำงานโดยอาศัยภาคีเครือข่ายในการร่วมพัฒนา และส่งเสริมพลังอำนาจสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

๖. จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุและสามารถสร้างรายได้ให้ผู้สูงอายุได้ด้วย

๗. สร้างนโยบายสาธารณะที่ส่งเสริมผู้สูงอายุ

วิธีการปฏิบัติภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณสำหรับหน่วยงานอื่น ๆ

๑. หน่วยงานต่าง ๆ ควรจัดอบรมพัฒนาทางปัญญาให้ผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถวิเคราะห์พิจารณาเรื่องที่เกิดขึ้นอย่างมีเหตุผล เรียนรู้สัจธรรมของชีวิต

๒. วัดควรจัดอบรมธรรมะ พัฒนาทางจิตวิญญาณ เพื่อการหลุดพ้น การละกิเลส การปล่อยวาง และการฝึกจิตให้สงบแก่ผู้สูงอายุ

๓. หน่วยงานต่าง ๆ ควรจัดสถานที่หรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการฝึกปฏิบัติการพัฒนาจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ

การประเมินการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุ

การประเมินการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ๔ องค์ประกอบ และ ๓๐ ตัวชี้วัด ดังนี้

องค์ประกอบด้าน	จำนวนตัวชี้วัด
ภาวะที่เป็นสุขทางกาย	๖
ภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ	๙
ภาวะที่เป็นสุขทางสังคม	๗
ภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ	๘
รวม	๓๐

แบบประเมินการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุ

แบบประเมินการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ๒ ตอน คือ ตอนที่ ๑ ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบประเมินและตอนที่ ๒ ข้อมูลการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุในประเด็นเกี่ยวกับภาวะที่เป็นสุขทางกาย ภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ภาวะที่เป็นสุขทางสังคม และภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณตามสภาพที่เป็นจริง

ตอนที่ ๑ ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบประเมิน

ชื่อผู้สูงอายุ ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว.....นามสกุล.....
 บ้านเลขที่ ถนน หมู่ ตำบล
 อำเภอ จังหวัด โทรศัพท์
 อายุ ปี รายได้ บาท จำนวนสมาชิกครอบครัว คน
 สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

ตอนที่ ๒ ข้อมูลการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุ

ในรอบปีที่ผ่านมาผู้สูงอายุได้ปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ดังต่อไปนี้หรือไม่

ประเด็นการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุ	สภาพที่เป็นจริง		
ด้านภาวะที่เป็นสุขทางกาย	มาก	ปานกลาง	น้อย
๑. ท่านดำเนินกิจกรรมประจำวันที่ต้อง เช่น กินปลา ผัก ผลไม้ ดื่มน้ำสะอาด ไม่กินของทอด ไม่กินอาหารที่ดิบๆ สุกๆ หรือดิบ ไม่ดื่มเหล้า พักผ่อนเพียงพอ ฯ			
๒. ท่านมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพเป็นอย่างดี เช่น ตรวจร่างกายประจำปี อ่านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ กินอาหารที่มีประโยชน์ครบ ๕ หมู่ ออกกำลังกาย			
๓. หน่วยงานต่างๆ ส่งเสริมให้ท่านตระหนักเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพที่ดี			
๔. หน่วยงานต่างๆ เข้ามาช่วยให้บริการส่งเสริมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของท่าน เช่น การให้ความรู้ด้านสุขภาพ เข้ามาตรวจร่างกาย			
ประเด็นการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุ	สภาพที่เป็นจริง		
ด้านภาวะที่เป็นสุขทางกาย (ต่อ)	มาก	ปานกลาง	น้อย
๕. มีการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี และปลอดภัยต่อร่างกาย			
๖. ท่านหรือหน่วยงานต่างๆ มีการป้องกันโรคติดต่อหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับท่าน			
ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ	มาก	ปานกลาง	น้อย

๑. มีการจัดกิจกรรมรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ เพื่อลดความเครียด			
๒. สมาชิกในครอบครัวมีการสร้างความผูกพันที่ดีต่อกัน เช่น เอาใจใส่ดูแล ให้กำลังใจ พุดคุยถามสุขภาพท่าน			
๓. ท่านมีการฝึกสมาธิ หรือนั่งวิปัสสนากรรมฐาน หรือฝึกควบคุมอารมณ์ เพื่อให้มีความสุขทางจิตใจและสามารถควบคุมอารมณ์ได้			
๔. ท่านมีกลุ่มสมาชิกเพื่อนผู้สูงอายุหรือสมาชิกในครอบครัว สามารถพุดคุยหรือปรึกษาเมื่อมีปัญหา			
๕. สภาพแวดล้อมในบ้านหรือชุมชนมีการจัดสภาพแวดล้อมที่ลดหรือหลีกเลี่ยงการส่งเสริมให้เกิดความเครียด			
๖. หน่วยงานต่าง ๆ ให้ความรู้หรือจัดอบรมวิธีการผ่อนคลายความเครียดให้แก่ท่าน			
๗. ท่านมีกิจกรรมต่าง ๆ ทำเมื่อมีเวลาว่าง เพื่อไม่ให้มีเวลาคิดฟุ้งซ่าน			
๘. เมื่อท่านเผชิญปัญหาความทุกข์หรือความผิดหวัง ท่านจะหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเพื่อให้สามารถปรับตัวหรือจิตใจหรือทำให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลง			
๙. หน่วยงานต่างๆ มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการสร้างขวัญและกำลังใจให้ท่านหรือผู้สูงอายุ เช่น พิธีบายศรีผูกขวัญ หรือการเสริมขวัญให้ผู้สูงอายุ กิจกรรมวันผู้สูงอายุ			

ประเด็นการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุ	สภาพที่เป็นจริง		
ด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม	มาก	ปานกลาง	น้อย
๑. ชุมชนมีการร่วมกันสร้างกฎกติกาของชุมชน เพื่อความสุขของสังคมให้เป็นชุมชนหรือสังคมที่น่าอยู่และสงบสุข			
๒. ท่านนำหลักธรรมมายึดปฏิบัติ เพื่อให้อยู่ในสังคมด้วยกันอย่างเป็นสุข เช่น หลักธรรมสังคหะวัตถุ ๔ หลักมรรคาธรรม หลักพรหมวิหาร ๔ ฯ			
๓. องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น มีการจัดนโยบายสาธารณะที่ดีต่อผู้สูงอายุ			
๔. หน่วยงานต่างๆ เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ โรงพยาบาลประจำตำบล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมีการจัดกิจกรรมสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุ			

๕. สังคมที่ท่านอยู่มีการจัดสภาพเป็นสังคมพึ่งพาและช่วยเหลือกัน			
๖. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมหรือต่อชุมชน			
๗. ท่านและสมาชิกในชุมชนปฏิบัติตามกฎกติกาหรือกฎระเบียบของสังคม			
ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ	มาก	ปานกลาง	น้อย
๑. การจัดศูนย์ฝึกปฏิบัติการพัฒนาจิตร่วมกันระหว่างวัด โรงเรียน ผู้สูงอายุ โรงพยาบาล หรือศูนย์พัฒนาจิต หรือมหาวิทยาลัยในท้องถิ่น และชุมชน			
๒. ท่านฝึกปฏิบัติให้เป็นคนที่คิดบวก คิดดีต่อตนเองและผู้อื่น			
๓. ท่านดำเนินชีวิตโดยไม่ยึดติดในวัตถุ สิ่งของ และเป็นคนที่อยู่อย่างพอเพียง			
๔. ท่านมีการฝึกจิตภาวนา หรือฝึกจิตให้ว่าง อาจปฏิบัติคนเดียว หรือร่วมกันปฏิบัติกับกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน			
๕. ท่านฝึกปฏิบัติธรรม สวดมนต์ สะสมบุญ สร้างแต่กุศล			
๖. ท่านยึดมั่นในศีลธรรม เชื่อมั่นและศรัทธาในการทำมาหากิน			
๗. ท่านอยู่ในสังคมด้วยความมีเมตตากรุณา ไม่เห็นแก่ตัว ยึดหลัก พรหมวิหารสี่			
๘. ท่านปรับตัวให้อยู่ในสังคมอย่างมีความสุข โดยนำหลักธรรมมาประยุกต์ใช้			

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน

ภาวะที่เป็นสุขทางกาย

๑๓ – ๑๔ คะแนน หมายถึง มีการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก

๗ – ๑๒ คะแนน หมายถึง มีการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุอยู่ในระดับเริ่ม
ระมัดระวัง

๑ – ๖ คะแนน หมายถึง มีการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุอยู่ในระดับปรับปรุง

ภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ

- ๑๙ - ๒๗ คะแนน หมายถึง มีการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก
 ๑๐ - ๑๘ คะแนน หมายถึง มีการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุอยู่ในระดับเริ่มมีมาตรฐาน
 ๑ - ๙ คะแนน หมายถึง มีการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุอยู่ในระดับปรับปรุง

ภาวะที่เป็นสุขทางสังคม

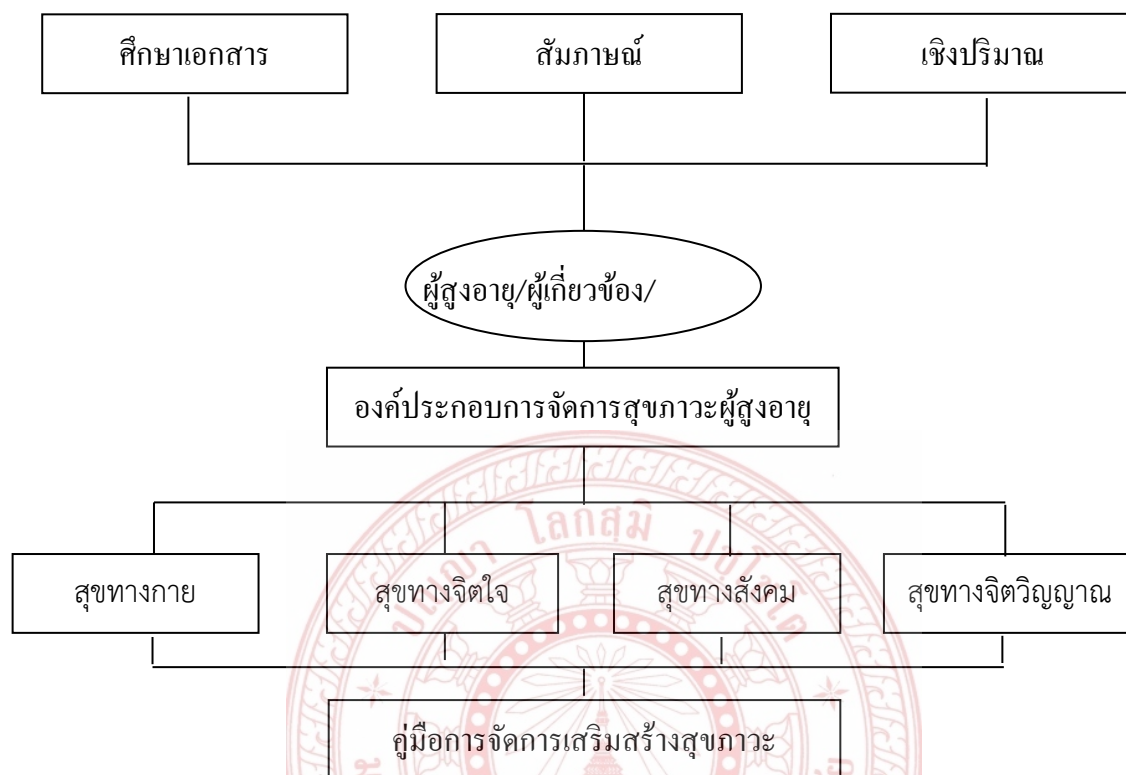
- ๑๕ - ๒๑ คะแนน หมายถึง มีการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก
 ๘ - ๑๔ คะแนน หมายถึง มีการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุอยู่ในระดับเริ่มมีมาตรฐาน
 ๑ - ๗ คะแนน หมายถึง มีการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุอยู่ในระดับปรับปรุง

ภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ

- ๑๗ - ๒๔ คะแนน หมายถึง มีการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก
 ๙ - ๑๖ คะแนน หมายถึง มีการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุอยู่ในระดับเริ่มมีมาตรฐาน
 ๑ - ๘ คะแนน หมายถึง มีการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุอยู่ในระดับปรับปรุง

๔.๔ องค์ความรู้จากการวิจัย

การพัฒนาแบบแผนการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต และการจัดการ เพื่อสร้างกรอบตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ นำกรอบมาสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายเพื่อสร้างตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ตรวจสอบตัวชี้วัดจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยการตอบแบบสอบถามข้อมูลนำไปการสร้างร่างคู่มือการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุ จากข้อค้นพบเกี่ยวกับการสร้างร่างคู่มือการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ๓ กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ และหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ส่วนองค์ประกอบของการจัดการส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ภาวะที่เป็นสุขทางกาย (Physical Well-being) ภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ (Mental Well-being) ภาวะที่เป็นสุขทางสังคม (Social Well-being) และภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ (Spiritual Well-being) จากข้อค้นพบดังกล่าวสามารถเขียนเป็นภาพข้อค้นพบดังนี้



ภาพประกอบที่ ๔.๖ องค์ความรู้จากการวิจัย

บทที่ ๕

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนาองค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ๑) พัฒนาตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ๒) ตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และ ๓) สร้างคู่มือการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเลย การเก็บข้อมูลกับกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาการพัฒนาตัวชี้วัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ๓ กลุ่ม คือ (๑) ตัวแทนเจ้าหน้าที่ของรัฐ จำนวน ๖ คน (๒) พระวิทยากรอบรมเรื่องจิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน ๓ รูป (๓) ตัวแทนผู้สูงอายุเข้าร่วม จำนวน ๑๓ คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่กำลังศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุประจำจังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พ.ศ. ๒๕๖๐ จำนวน ๓ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเลย จังหวัดหนองบัวลำภู จังหวัดอุดรธานี จำนวน ๔๐๐ คน และกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการสร้างคู่มือการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเลย ประกอบด้วย ๓ กลุ่ม คือ (๑) ตัวแทนเจ้าหน้าที่ของรัฐ จำนวน ๖ คน (๒) พระสงฆ์ จำนวน ๓ รูป (๓) ตัวแทนผู้สูงอายุที่เข้าร่วม จำนวน ๑๐ คน วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการตอบแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น ๒ ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสองอันดับ จากข้อค้นพบสามารถสรุปผลอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ ดังนี้

๕.๑ สรุปผล

๕.๑.๑ ผลการพัฒนาตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า การจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือแบ่งออกเป็นองค์ประกอบ ๔ องค์ประกอบ คือ ภาวะที่เป็นสุขทางกาย ภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ภาวะที่เป็นสุขทางสังคม และภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ มีตัวชี้วัด ๓๐ ตัว เมื่อพิจารณาออกเป็นแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางกาย ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๖ ตัว ได้แก่ ๑) ผู้สูงอายุควรดำเนินกิจกรรมประจำวันที่ต้องใช้ เช่น กิน ปลา ไม่กินสัตว์เนื้อแดง หรือสัตว์ใหญ่ การปรุงแต่งควรเป็นหนึ่งหรือต้มแทนการทอด ไม่กินของทอด ออกกำลังกายแต่ไม่หักโหมอาจเป็นการเดิน ตีน้ำสาดอย่างน้อยวันละ ๖-๘ แก้ว พักผ่อนให้เพียงพอ เป็นต้น ๒) ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดี เช่น ดูแลสุขภาพ ตรวจร่างกาย ประจำปี อ่านข้อมูลความรู้การดูแลสุขภาพ กินอาหารที่มีประโยชน์ครบ ๕ หมู่ ออกกำลังกาย ไม่ดื่ม

เหล่า ไม่สูบบุหรี่ ไม่กินของดิบ กินร้อนช้อนกลาง เป็นต้น ๓) ควรส่งเสริมการสร้างคามตระหนักให้ผู้สูงอายุเห็นถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพที่ดี ๔) การส่งเสริมสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจากทุกฝ่าย เช่น การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ การให้ความรู้ดูแลสุขภาพ ๕) ควรมีการจัดสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพกาย เช่น ทางเดินเรียบไม่มีสิ่งกีดขวาง ห้องน้ำมีราวจับ มีทางลาด อากาศถ่ายเทสะดวกไม่มีควันหรือมลพิษ เป็นต้น และ ๖) ป้องกันการเกิดโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ

องค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๔ ตัว ได้แก่ ๑) การรวมกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุด้วยกันเพื่อลดความเครียด ๒) สร้างสายใยรักของคนในครอบครัวที่เข้มแข็ง และให้กำลังใจผู้สูงอายุ ๓) ผู้สูงอายุควรฝึกสมาธิ เจริญภาวนา นั่งวิปัสสนากรรมฐานเพื่อฝึกควบคุมจิตและอารมณ์ เพื่อให้สามารถควบคุมอารมณ์ได้ ๔) ผู้สูงอายุควรมีเพื่อน หรือคนในบ้านเพื่อพูดคุย หรือปรึกษาเมื่อมีปัญหา ๕) ควรมีการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อหลีกเลี่ยงการส่งเสริมให้เกิดความเครียด ๖) หน่วยงานต่าง ๆ ให้ความรู้ จัดอบรม หรือดูแลวิธีการผ่อนคลายความเครียดแก่ผู้สูงอายุ ๗) ผู้สูงอายุควรใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เพื่อไม่ให้มีเวลาคิดมา ๘) ผู้สูงอายุควรหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจ เมื่อเกิดเผชิญปัญหาหรือความผิดหวัง ความสูญเสีย ทำให้สามารถปรับตัวปรับใจได้ ทำให้สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลง และ ๙) การจัดส่งเสริมการสร้างขวัญและกำลังใจให้ผู้สูงอายุ เช่น พิธีบายศรีผูกขวัญ หรือเสริมขวัญให้ผู้สูงอายุ

องค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๗ ตัว ได้แก่ ๑) สร้างกฎกติกาของชุมชนเพื่อความสุขของสังคมเป็นสังคมน่าอยู่ ๒) ผู้สูงอายุควรนำหลักธรรมมายึดปฏิบัติ เพื่อให้สังคมอยู่ด้วยกันอย่างสามัคคี เช่น สังคหวัตถุ ๔ และยึดหลักฆราวาสธรรม ๓) จัดนโยบายสาธารณะที่ดีต่อผู้สูงอายุเพื่อสุขภาวะสังคม ๔) ผู้สูงอายุและสมาชิกทุกคนควรปฏิบัติตามกฎระเบียบของสังคม ๕) การจัดกิจกรรมสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลประจำตำบล ๖) สังคมควรเป็นสังคมพึ่งพาและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และ ๗) ผู้สูงอายุควรเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม หรือต่อชุมชน

องค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๘ ตัว ได้แก่ ๑) จัดศูนย์ฝึกปฏิบัติการพัฒนาจิตร่วมกันระหว่าง วัด โรงเรียนผู้สูงอายุ โรงพยาบาล หรือศูนย์พัฒนาจิต หรือมหาวิทยาลัยในท้องถิ่น และชุมชน ๒) ผู้สูงอายุควรเป็นคนที่ดีบวกร คิดดีต่อตนเองและผู้อื่น ๓) ผู้สูงอายุต้องไม่ยึดติดในวัตถุ สิ่งของ และเป็นคนที่อยู่อย่างพอเพียง ๔) ผู้สูงอายุควรฝึกจิตภาวนา หรือฝึกจิตให้ว่าง อาจทำคนเดียวหรือร่วมกัน ปฏิบัติกับกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน ๕) ผู้สูงอายุควรปฏิบัติธรรม สวดมนต์ สะสมบุญ สร้างแต่กุศล ๖) ยึดมั่นในศีลธรรม เชื่อมั่นและศรัทธาในการทำมาตุ ๗) ผู้สูงอายุควรอยู่ด้วยความมีเมตตากรุณา ไม่เห็นแก่ตัว เสียสละ ยึดหลักพรหมวิหารสี่ และ ๘) ปรับตัวให้อยู่ในสังคมอย่างมีความสุข โดยนำหลักธรรมมาประยุกต์ใช้

๕.๑.๒ ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง องค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อันดับหนึ่ง ประกอบด้วย ๔ องค์ประกอบ ๓๐ ตัวชี้วัด โดยน้ำหนักองค์ประกอบของตัวชี้วัดทั้ง ๓๐ ตัว มีค่าเป็นบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ ทุกค่า ซึ่งตัวชี้วัดมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์อยู่ระหว่าง ๐.๑๔ – ๐.๕๒ แสดงว่าตัวชี้วัดทั้ง ๓๐ ตัว เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่า ตัวชี้วัดข้อ ๑ – ๖ เป็นตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางร่างกาย มีน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง ๐.๕๕ – ๐.๘๗ และคะแนนองค์ประกอบอยู่ระหว่าง ๐.๐๖ – ๐.๓๑ ตัวชี้วัดข้อ ๗ – ๑๕ เป็นตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ มีน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง ๐.๕๑ – ๐.๗๑ และคะแนนองค์ประกอบอยู่ระหว่าง ๐.๐๕ – ๐.๒๐ ตัวชี้วัดข้อ ๑๖ – ๒๒ เป็นตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางทางสังคม มีน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง ๐.๔๕ – ๐.๖๖ และคะแนนองค์ประกอบอยู่ระหว่าง ๐.๐๘ – ๐.๒๖ ตัวชี้วัดข้อ ๒๓ – ๓๐ เป็นตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ มีน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง ๐.๔๖ – ๐.๖๐ และคะแนนองค์ประกอบอยู่ระหว่าง ๐.๐๖ – ๐.๒๔

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบทั้ง ๔ องค์ประกอบมีค่าเป็นบวก คือ มีค่าตั้งแต่ ๐.๓๑ – ๐.๘๒ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ ทุกค่า แสดงให้เห็นว่าทุกองค์ประกอบมีความเหมาะสมเป็นองค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สามารถเรียงค่าน้ำหนักองค์ประกอบจากมากไปน้อยดังนี้ องค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ องค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ (MEN) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ เท่ากับ ๐.๘๒ มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ เท่ากับ ๐.๘๐ รองลงมา องค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม (SOC) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ เท่ากับ ๐.๘๐ มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ เท่ากับ ๐.๗๔ และองค์ประกอบด้านจิตวิญญาณ (PSI) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ เท่ากับ ๐.๗๗ มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ เท่ากับ ๐.๖๒ ส่วนองค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางร่างกาย (PHY) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบน้อยที่สุดมีค่า เท่ากับ ๐.๗๗ มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ เท่ากับ ๐.๑๕

ผลการวิเคราะห์โมเดลองค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาจากค่า ไคสแควร์ (Chi-Square) เท่ากับ ๓๘๖.๖๘ ที่องศาแห่งความเป็นอิสระ (df) เท่ากับ ๓๕๐ ค่าความน่าจะเป็น (p-Value) เท่ากับ .๐๙ แสดงว่าค่าไคสแควร์ไม่มีนัยสำคัญ ส่วนดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (GFI) และดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) มีค่าเท่ากับ ๐.๙๔ และ ๐.๙๒ ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ ค่าดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของการประมาณค่า (RMSEA) มีค่าเท่ากับ ๐.๐๒ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ และค่าจำนวนวิกฤติ (CN) มีค่าเท่ากับ ๔๒๖.๙๐ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ แสดงว่า โมเดลองค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

๕.๑.๓ ร่างคู่มือการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียน ผู้สูงอายุในจังหวัดเลย พบว่า ร่างคู่มือประกอบด้วย ความเป็นมาและความสำคัญ ความหมายผู้สูงอายุ วิธีการปฏิบัติ ร่างคู่มือควรแบ่งออกเป็น ๓ กลุ่ม คือ คู่มือสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ คู่มือสำหรับผู้ดูแล ผู้สูงอายุ และคู่มือสำหรับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และข้อค้นพบที่ได้องค์ประกอบมีน้ำหนัก คะแนนสูงที่สุด คือด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ดังนั้นคู่มือควรเน้นให้ความสำคัญในการพัฒนาการจัดการเรื่องนี้ ในการจัดการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือด้านภาวะที่เป็น สุขทางจิตใจ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ และด้านภาวะที่เป็น สุขทางกาย รูปแบบมีทั้งให้ความรู้ ฝึกอบรม ฝึกปฏิบัติ สร้างความตระหนักจากหลายฝ่ายร่วมกันใน การจัดการส่งเสริมสุขภาวะ

๕.๒ อภิปรายผล

๕.๒.๑ ผลการพัฒนาตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า การจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือแบ่งออกเป็นองค์ประกอบ ๔ องค์ประกอบ คือ ภาวะที่เป็นสุขทางกาย ภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ภาวะที่เป็นสุขทางสังคม และ ภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ มีตัวชี้วัด ๓๐ ตัว เมื่อพิจารณาออกเป็นแต่ละองค์ประกอบ พบว่า องค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางกาย ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๖ ตัว องค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๙ ตัว องค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๗ ตัว และองค์ประกอบ การจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๘ ตัว ซึ่งสอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ (สำนักงาน คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ๒๕๕๒: ๖)¹⁰³ ที่กล่าวว่า สุขภาพเป็นภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้ง ทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคมที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล เช่นเดียวกับ คณะกรรมการดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ (๒๕๔๔, ๒๗-๒๘)¹⁰⁴ ได้ให้ความหมาย ของสุขภาพ ตามนิยามแนวคิดหลักของการพัฒนาสุขภาพ คือสุขภาวะที่สมบูรณ์และมีคุณภาพทั้ง ทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ

๕.๒.๒ ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของ ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับข้อมูลเชิงประจักษ์

¹⁰³ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐, กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๒.

¹⁰⁴ คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ, แผนพัฒนาสุขภาพ แห่งชาติ ฉบับที่ ๙ (พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๕๙), กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุ ภัณฑ์, ๒๕๔๔.

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบทั้ง ๔ องค์ประกอบมีค่าเป็นบวก คือ มีค่าตั้งแต่ ๐.๓๑ – ๐.๘๒ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ ทุกค่า แสดงให้เห็นว่าทุกองค์ประกอบมีความเหมาะสมเป็นองค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในแต่ละองค์ประกอบมีตัวชี้วัดหรือตัวแปรสังเกตได้ตั้งแต่ ๖ – ๙ ตัว ซึ่งเป็นไปตามการสร้างตัวชี้วัดขององค์ประกอบที่ Hair, et al (๒๐๐๖)¹⁰⁵ กล่าวว่าแต่ละองค์ประกอบจะต้องมีตัวชี้วัดหรือตัวแปรสังเกตได้อธิบายองค์ประกอบตั้งแต่ ๓ ตัวขึ้นไป และแต่ละตัวแปรสังเกตได้ในแต่ละองค์ประกอบจะต้องมีน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ ๐.๓๐ ขึ้นไป สามารถเรียงค่าน้ำหนักองค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจากมากไปน้อยดังนี้ องค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ องค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๙ ตัว รองลงมา รองลงมา องค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๗ ตัว และองค์ประกอบด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๘ ตัว ซึ่งสอดคล้องกับสภาพที่เป็นจริงในปัจจุบันที่ควรจัดการสุขภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจเพราะจากข่าวหน้าหนังสือพิมพ์จะเห็นว่าผู้สูงอายุจะเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น มีอารมณ์ที่รุนแรงมีการฆ่าคนในครอบครัวซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญไปยังปัญหาของสังคม โดยเฉพาะสถานการณ์ของคนและสังคมประเด็นเรื่องจิตหรือจิตวิญญาณอยู่ในระดับวิกฤติมาก และมากขึ้นทุกขณะ สามารถเรียกว่า จิตบกพร่องมาก คนจำนวนมากไม่เข้าใจสาระสำคัญของการมีชีวิต กำลังหลงอยู่ในวัตถุ วิถีชีวิตแบบนี้ไปสู่ความโลภ ความโกรธ ความหลง ความเห็นแก่ตัว ความขัดแย้ง สังคมจึงต้องการสุขภาวะทางจิตหรือจิตวิญญาณเป็นรากฐานที่จะทำให้สังคมเกิดสุขภาวะในที่สุด (รู้เรื่องสุขภาวะทางจิตวิญญาณ, ๒๕๕๓)¹⁰⁶ ส่วนองค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือด้านภาวะที่เป็นสุขทางร่างกาย มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบน้อยที่สุด ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๖ ตัว ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากทุกคนหรือทุกหน่วยงานมุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่แล้ว สอดคล้องกับงานวิจัยของ วรณวิมล เมฆวิมล (๒๕๕๔)¹⁰⁷ พบว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง การเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และเมื่อมีปัญหาสุขภาพจะปรึกษากับแพทย์ การตรวจดูอาการผิดปกติของร่างกายด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติบ่อยครั้ง และงานวิจัยของ ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ (๒๕๕๗)¹⁰⁸ ที่มีการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาจากค่าไคสแควร์ (Chi-Square) เท่ากับ ๓๘๖.๖๘ ที่องศาแห่งความเป็นอิสระ (df) เท่ากับ ๓๕๐ ค่าความน่าจะเป็น (p-Value) เท่ากับ

¹⁰⁵ Hair, J.F., et. Al. **Multivariate data analysis.** 6th ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall, 2006.

¹⁰⁶ รู้เรื่องสุขภาวะทางจิตวิญญาณ, ๒๕๕๓, [ออนไลน์], แหล่งที่มา : จาก จาก <http://oknation. nationtv/blog/pongtheeps/2010/01/31/entry-1>, [๑๕ มกราคม ๒๕๖๐].

¹⁰⁷ อ้างแล้ว

¹⁰⁸ อ้างแล้ว

.๐๙ แสดงว่าค่าไคสแควร์ไม่มีนัยสำคัญ ส่วนดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (GFI) และดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) มีค่าเท่ากับ ๐.๙๔ และ ๐.๙๒ ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ ค่าดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของการประมาณค่า (RMSEA) มีค่าเท่ากับ ๐.๐๒ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ และค่าจำนวนวิกฤติ (CN) มีค่าเท่ากับ ๔๒๖.๙๐ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ แสดงว่า โมเดลองค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังที่ Joreskog & Sorbom (๑๙๙๓) เกณฑ์ค่าสถิติที่ตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดล ได้แก่ ค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi - Square statistics) มีค่าต่ำมาก หรือมีค่ายิ่งเข้าใกล้ศูนย์ ดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (Goodness of Fit Index: GFI) มีค่ามากกว่า ๐.๙๐ ดัชนีสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว (Adjust Goodness of Fit Index: AGFI) มีค่าเท่ากับหรือเข้าใกล้ ๑ ดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของค่าความแตกต่างโดยประมาณ (Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA) ที่น้อยกว่า .๐๕ และค่าวิกฤติขนาดตัวอย่าง มากกว่า ๒๐๐ แสดงว่าข้อมูลโมเดลอิสระ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นไปตามสมมติฐาน ที่ตั้งไว้

๕.๒.๓ คู่มือการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียน ผู้สูงอายุในจังหวัดเลย พบว่า คู่มือควรแบ่งออกเป็น ๓ กลุ่ม คือ คู่มือสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ คู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ และคู่มือสำหรับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการจัดการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ และด้านภาวะที่เป็นสุขทางกาย รูปแบบมีทั้งให้ความรู้ ฝึกอบรม ฝึกปฏิบัติ สร้างความตระหนักจากหลายฝ่ายร่วมกันในการจัดการส่งเสริมสุขภาวะ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ (๒๕๕๓)¹⁰⁹ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต้องอาศัยความร่วมมือ และการทำงานโดยอาศัยภาคีเครือข่าย และสถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (๒๕๕๘: ๔๕)¹¹⁰ เสนอว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ควรมีการเน้นการส่งเสริมป้องกันโรค เตรียมสภาพแวดล้อมที่พร้อมและป้องกันอุบัติเหตุ ให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมพบปะเพื่อนฝูงและสังคม วางแผนการจัดการทางด้านเศรษฐกิจ สังคมในชีวิตประจำวัน เปิดพื้นที่ให้ผู้สูงอายุได้แสดงออกถึงศักยภาพ สร้างคุณค่าให้ตัวเอง ส่งเสริมวัฒนธรรมประเพณีไทย และบูรณาการดูแลร่วมกับภาคีเครือข่าย เช่นเดียวกับงานวิจัยของ กิจปพน ศรีธานี และลำปาง แม่นมัตย์ (๒๕๕๗: ๗๗๔)¹¹¹ ทำการวิจัยเรื่อง กระบวนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพชุมชน ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการจัดการความรู้ที่เป็นกระบวนการหลัก คือ การถ่ายทอดความรู้จากภาควิชาชีพและภาคพื้นบ้านไปสู่ภาคประชาชน คือ ผู้ป่วยและญาติ โดยมีอาสาสมัคร

¹⁰⁹ อ้างแล้ว

¹¹⁰ สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน, “สู่ชุมชน สุขภาพดี” คู่มือการพัฒนา
ระบบสุขภาพ

ชุมชน ด้วยกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่, กรุงเทพมหานคร : สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง, ๒๕๕๘.

¹¹¹ กิจปพน ศรีธานี และลำปาง แม่นมัตย์, กระบวนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพชุมชน, วารสารวิชาการสาธารณสุข, ปีที่ ๒๓ ฉบับที่ ๕ (๒๕๕๗), : ๗๗๔-๗๘๗.

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นตัวเชื่อมโยงความรู้เข้าด้วยกัน วิธีการถ่ายทอดความรู้ส่วนใหญ่ อาศัยกระบวนการทางสังคม ได้แก่ กระบวนการกลุ่ม และการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนากระบวนการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพชุมชนให้มีวิธีการที่หลากหลาย สอดคล้องกับเนื้อหาความรู้ และควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านให้มากขึ้น และงานวิจัยของ พรทิพย์ สุขอดิศัย, จันทร์ชลี มาพุท และรุ่งฟ้า กิติญาณสันต์ (๒๕๕๗: ๙๐-๙๑)¹¹² พบว่า แนวทางการมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย ๑) ระดับบุคคล ควรมีพฤติกรรมสุขภาวะ คือ มีการตรวจสุขภาพประจำปี หาความรู้ในการดูแลและสุขภาพ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล นำธรรมะมาเป็นที่พึ่งทางใจ ๒) ระดับชุมชนควรมีการดำเนินการ คือ การจัดสถานที่ออกกำลังกาย การจัดการขยะแบบธรรมชาติ จัดให้มีชมรมส่งเสริมสุขภาพ ชมรมจิตอาสา วิถีชีวิตแบบธรรมชาติพื้นบ้าน และ ๓) ระดับหน่วยงาน ควรดำเนินการคือ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้วัคซีนสร้างภูมิคุ้มกันโรคที่ครอบคลุมประชากรและโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ กระทรวงศึกษาธิการควรมีการดำเนินการในเรื่องการส่งเสริมด้านโภชนาการทุกสถานศึกษา และกรมสุขภาพจิตควรมีนโยบายจัดการสุขภาพจิตระดับตำบลดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิตประชาชนทุกวัน

๕.๓ ข้อเสนอแนะ

๕.๓.๑ ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

๕.๓.๑.๑ จากข้อค้นพบองค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด ดังนั้นทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญเรื่องนี้ก่อน และสำคัญที่สุดในการดำเนินการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ

๕.๓.๑.๒ หน่วยงานทุกฝ่ายมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ดังนั้นควรมีการร่วมมือในการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุ

๕.๓.๑.๓ การส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุควรนำคู่มือที่ได้นำไปประยุกต์ในการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น

๕.๓.๒ ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

๕.๓.๒.๑ การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาองค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปควรนำคู่มือการจัดการที่ได้มาเป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาวะของผู้สูงอายุ โดยการวิจัยพัฒนาสุขภาวะของผู้สูงอายุ

¹¹² พรทิพย์ สุขอดิศัย, จันทร์ชลี มาพุท และรุ่งฟ้า กิติญาณสันต์. “วิถีชีวิตและแนวทางการมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ”, วารสารการศึกษาและพัฒนาสังคม, ปีที่ ๑๐ ฉบับที่ ๑ (มกราคม ๒๕๕๗) : ๙๐ – ๑๐๒.

๕.๓.๒.๒ ทำวิจัยสำรวจการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยนำตัวชี้วัดที่ได้เป็นเครื่องมือในการตรวจสอบ เพื่อเป็นข้อมูลในการตรวจสอบว่าชุมชนไหนที่ควรได้รับการพัฒนาการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น

๕.๓.๒.๓ จากการศึกษาพบว่าควรมีการร่วมมือในการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ งานวิจัยครั้งต่อไป ควรทำการวิจัย พัฒนาเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



บรรณานุกรม

๑. ภาษาไทย

(๑) หนังสือ

กิจปพน ศรีธานี, และลำปาง แม่นมาตย์. “กระบวนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพชุมชน”, **วารสารวิชาการสาธารณสุข**. ปีที่ ๒๓ ฉบับที่ ๕ (๒๕๕๗). : ๗๗๔-๗๘๗.

กุนนที พุ่มสงวน. “สุขภาพและการเสริมสร้างสุขภาพ: บทบาทที่สำคัญของพยาบาล”, **วารสารพยาบาลทหารบก**. ปีที่ ๑๕ ฉบับที่ ๒ (๒๕๕๗, พ.ค.-ส.ค.): ๑๐-๑๖.

กุหลาบ รัตนจักรธรรม และคณะ. การพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในวิธีการดำเนินงานวางแผนคุณภาพชีวิตตามเกณฑ์จำเป็นพื้นฐาน ในระดับหมู่บ้าน. กรุงเทพมหานคร: โครงการมหาวิทยาลัย โครงการน้ำพระทัยจากในหลวงเพื่อพัฒนาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. (๒๕๓๑).

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. **แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๙ (พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๙)**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, ๒๕๔๔.

จรัสวรรณ เทียนประกาศ, และพัชรี ต้นศิริ. **การพยาบาลผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร : รุ่งเรืองธรรม, ๒๕๓๓.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, และคณะ. **รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย ด้วยการสอบถาม และตรวจร่างกายทั่วประเทศ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๓๔- ๒๕๓๕**. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๓๕.

ชนิตา ประดิษฐ์สถาพร, พิมสุภาว จันทะโสทธิ, ขวัญใจ อำนางสัตย์เชื้อ และรัชนี้ สรรเสริญ. “สุขภาวะจิตของผู้สูงอายุไทยตามแนววิถีพุทธ”, **วารสารพยาบาลสาธารณสุข ๗๕**. ปีที่ ๒๖ ฉบับที่ ๑ (มกราคม ๒๕๕๕): ๑๒-๒๒.

ธันวา บัวมี. (๒๕๖๐). **แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลหนองน้อย อำเภอดงหลวง จังหวัดชัยนาท**. รายงานสืบเนื่องการประชุมสัมมนาวิชาการ (proceeding) มหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ ครั้งที่ ๑๗. หน้า ๑๔๕-๑๔๖๓.

นงลักษณ์ วิรัชชัย. “การพัฒนาตัวบ่งชี้การประเมิน”, วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์.ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๒ (๒๕๕๑) : ๖-๑๑.

นภาพร ชโยวรรณ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน: การประชุมวิชาการแห่งชาติด้วย
ผู้สูงอายุ: สู้วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๒.

นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ คุณภาพชีวิต: การศึกษาในผู้สูงอายุไทย. วารสาร
พยาบาลทหารบก. ปีที่ ๑๕ ฉบับที่ ๓, ๒๕๕๗.

บรรลุ ศิริพานิช และคนอื่น ๆ. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ. นนทบุรี: หมอ
ชาวบ้าน, ๒๕๔๑.

ประเวศ วะสี. สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข, ๒๕๔๓.

พรทิพย์ สุขอดิศัย, จันทร์ชลี มาพุทธ และรุ่งฟ้า กิติญาณสันต์. “วิถีชีวิตและแนวทางการมีสุขภาวะ
ของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ”, วารสารการศึกษาคณะพัฒนาสังคม.ปีที่ ๑๐
ฉบับที่ ๑ (มกราคม ๒๕๕๗) : ๙๐-๑๐๒.

พัชรภรณ์ คนกล้า. คุณภาพชีวิตในโรงเรียนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัด
กรมสามัญศึกษา จังหวัดกาฬสินธุ์. การค้นคว้าอิสระการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชา
จิตวิทยาการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. (๒๕๔๗).

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐. ราชกิจจานุเบกษา. (๒๕๕๐). เล่มที่ ๑๒๔ ตอนที่ ๑๖
ลงวันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๕๐. หน้า ๑๐.

ภัทรพร เกษสังข์. สถิติเพื่อการวิจัยขั้นสูงทางการบริหาร. เลย: มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย, ๒๕๕๕.

มณฑนา จรรย์รัตน์ไพศาล. สุขภาพผู้สูงอายุ. กำแพงเพชร: คณะวิทยาการจัดการและเทคโนโลยี
สถาบันราชภัฏกำแพงเพชร, ๒๕๔๒.

ลัดดา ดำริการเลิศ. โครงการเพื่อคุณภาพชีวิตสำหรับสังคมสูงอายุ. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุน
สนับสนุนการวิจัย (สกว.), ๒๕๕๑.

วิพุธ พูลเจริญ. สุขภาพอุดมการณ์และยุทธศาสตร์ทางสังคม. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข, ๒๕๔๔.

วิโรจน์ สารัตนะ. แนวคิด ทฤษฎี และประเด็นเพื่อการบริหารทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ ๘.
กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์พิทยวิสุทธ์, ๒๕๕๓.

ศรีประภา ลุนละวงศ์. “มองไปข้างหน้าถึงเวลาเตรียมพร้อมรับสังคมผู้สูงอายุ”. เพื่อนสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๕, ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๖ (๒๕๕๕) : ๑-๓.

ศิริชัย กาญจนวาสี. **ทฤษฎีการประเมิน**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๐.
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. **การสูงวัยของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๗**. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๗.

สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน. “**สู่ชุมชน สุขภาพดี**” คู่มือการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ด้วยกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่. กรุงเทพมหานคร : สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง, ๒๕๕๘.

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. **สังคมวิทยาภาวะสูงอายุความจริงและการคาดการณ์ในสังคมไทย**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๓๙.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙)**. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี, ๒๕๕๓.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. **พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐**. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๒.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. “ตัวบ่งชี้การปฏิบัติงานที่เหมาะสมสำหรับการตรวจสอบผล การปฏิบัติงานโครงการและแผนงาน”. **ข่าวสารวิจัยการศึกษา**, ปีที่ ๑๙ ฉบับที่ ๑๖(๒๕๓๙) : ๒๙-๓๖.

สุพัตรา สุภาพ. **สังคมและวัฒนธรรมไทย : ค่านิยม : ครอบครัว : ศาสนา : ประเพณี**. พิมพ์ครั้งที่ ๑๑. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, ๒๕๔๓.

สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, และคณะ. **โครงการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ**. กรุงเทพฯ : Health intervention and technology assessment program, ๒๕๕๗.

สุวัจน์ เทียรทอง, และชนินทร์ เจริญกุล. “เศรษฐกิจ สุขภาพและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุกรณีศึกษา จังหวัดนครสวรรค์”. **วารสารสาธารณสุขศาสตร์**, ปีที่ ๒๔ ฉบับที่ ๑(มกราคม ๒๕๓๗) : ๑๗-๓๐.

ไสว พรหมณี. **นโยบายรัฐบาลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๔๑.

(๒) งานวิจัย

สุทธิธัช คนกาญจน์. “การพัฒนาตัวบ่งชี้ของสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ”. **ปริญญาศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต**. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ๒๕๔๗.

เอมอร จังศิริพรพรรณ. “การพัฒนาตัวบ่งชี้สถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมของครอบครัว นักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษาของรัฐในกรุงเทพมหานคร”. **วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต** จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๒.

สุพรรณิกการ มาศยคง. **คุณภาพชีวิตในโรงเรียนของรักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสถิติประยุกต์และเทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, ๒๕๕๔.

วิลาวัลย์ มาคุ้ม. “การพัฒนาตัวบ่งชี้การจัดการความรู้ของครูในสถาบันศึกษาขั้นพื้นฐาน สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ”. **ปริญญาศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต**. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ๒๕๔๙.

วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว. “พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี”. **วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต** บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยบูรพา, ๒๕๕๗.

ยุพิน มีหมู่. “สุขภาวะของผู้สูงอายุในองค์การบริหารส่วนตำบลตะโกทอง อำเภอซับใหญ่จังหวัดชัยภูมิ”. **การศึกษาอิสระรัฐศาสตรมหาบัณฑิต**. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๒๕๕๑.

ชุมพร ฉ่ำแสง และคณะ. (๒๕๕๕). **ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรฝ่ายการพยาบาล ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก**. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ประยูร เจริญสุข. “การพัฒนาตัวบ่งชี้งานวิชาการของสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน”. **วิทยานิพนธ์ปริญญา ดุษฎีบัณฑิต**. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ๒๕๕๓.

ดารวันต์ รักสัตย์. “อิทธิพลของลักษณะทางพุทธที่มีต่อสุขภาวะทางจิตของวัยรุ่นที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาจิตเยาวชนแบบบูรณาการ ณ ยุวพุทธิกสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ โดยมีความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นตัวส่งผ่าน”. **ปริญญานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต**. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ๒๕๕๗.

วรรณวิมล เมฆวิมล. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรในมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, ๒๕๕๔.

วรรณิ์ แกมเกตุ. “การพัฒนาตัวบ่งชี้ประสิทธิภาพการใช้ครู : การประยุกต์ใช้โมเดลสมการโครงสร้างกลุ่มพหุ และโมเดลเอ็มทีเอ็มเอ็ม”. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต.บัณฑิตวิทยาลัย : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๓.

(๓) ออนไลน์

เยาวภา ใจรักดี. (๒๕๕๒) “สุขภาวะผู้สูงอายุในศตวรรษหน้า”. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <http://www.pt.mahidol.ac.th/knowledge/?p=๒๑๗> (๒๕๕๒). [๕ มกราคม ๒๕๖๐].

รศรินทร์ เกรย์. การอยู่อาศัยร่วมกับบุตรของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๔๘.

รู้เรื่องสุขภาวะทางจิตวิญญาณ. ๒๕๕๓. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : จาก <http://oknation.nationtv/blog/pongtheps/๒๐๑๐/๐๑/๓๑/entry-๑>, [๑๕ มกราคม ๒๕๖๐].

กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๓). “รักเข้าใจ “ผู้สูงอายุ” ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต”. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : http://www.dmh.go.th/stry_libnews/view.asp?id=๑๓๑๖๕ [๕ มกราคม ๒๕๖๐].

กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์. (ม.ป.ป.). “สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุไทย”. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : http://www.bu.ac.th/knowledgecenter/epaper/july_decl๒๐๑๒/pdf/aco๙.pdf [๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๐].

๒. ภาษาอังกฤษ

Browne, M.W., & Cudeck, R. **Alternative Ways of Assessing Model Fit**. CA: Newbury Park, 1993.

Ebersole, P., & Hess, P. **Gerontological Nursing and Healthy Aging**. St. Louis : Mosby, 1985.

- Ewell, P. T., & Jones, D. P. **Pointing the Way : Indicators as Policy Tools in Higher Education**. Denver, Colo : Education Commission of the States, 1994.
- Frisch, et al. Clinical validation of the Quality of life inventory, A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. **Psychological Assessment**. Vol.၄ No.၁, (1992, March).
- Green, L. W., & Kreuter, M.W. **Health Promotion Planning : An Education and Environment approach**. Toronto: Mayfield, 1991.
- Hair, J.F., et. Al. **Multivariate data analysis**. ၆th ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall, 2006.
- Hopkins, D., & Leask, M. **Managing evaluation in education : A development approach**. New York : Routledge, 1992.
- Johnstone, J. N. **Indicators of Education Systems**. London : The Anchor Press, 1981.
- Joreskog, K. G., & Sorbom, D. **LISREL ၈ Structural Equation Modeling with the SIMPLISCommand Language**. Chicago : Scientific Software International, 1993.
- Kanchanachitra, C., et al. "Human Resources for Health in Southeast Asia : Shortages, Distributional Challenges, and International Trade in Health Services.**The Lancet**, Vol.၅၈၅, 2007.
- Kaplan, J.F., & Patherson, T. L. **Health and Human Behavior**. New York : McGraw-Hill, 1993.
- Kar, S. B. **International Quarterly of Community Health Education**. s.l.: s.n., 1983.
- Murray, R. B., & Zentner, J. P. **Nursing Assessment and Health Promotion Strategies Through the Life Span**. New York : Appleton and Lange, 1993.
- _____. **Nursing Concept for Health Promotion**. New York : Prentice-Hall, 1989.
- World Health Organization. **Life Skill Education for Children and Adolescents in School : Guidelines and Training**. Geneva: WHO, 1998.



การพัฒนาองค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

The Development of indicator for Management of Elder Health Well-Being in the Northeast

คณะผู้วิจัย

พระครูปริยัติคุณรังษี, ผศ.ดร., นางส่งสุข ภาแก้ว, รศ.ดร.ภัทราพร เกษสังข์

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ๑) พัฒนาตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ๒) ตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และ ๓) สร้างคู่มือการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเลย การเก็บข้อมูลกับกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาการพัฒนาตัวชี้วัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ๓ กลุ่ม คือ (๑) ตัวแทนเจ้าหน้าที่ของรัฐ จำนวน ๖ คน (๒) พระวิทยากรอบรมเรื่องจิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน ๓ รูป (๓) ตัวแทนผู้สูงอายุเข้าร่วม จำนวน ๑๓ คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่กำลังศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุประจำจังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พ.ศ. ๒๕๖๐ จำนวน ๓ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเลย จังหวัดหนองบัวลำภู จังหวัดอุดรธานี จำนวน ๔๐๐ คน และกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการสร้างคู่มือการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเลย ประกอบด้วย ๓ กลุ่ม คือ (๑) ตัวแทนเจ้าหน้าที่ของรัฐ จำนวน ๖ คน (๒) พระสงฆ์ จำนวน ๓ รูป (๓) ตัวแทนผู้สูงอายุที่เข้าร่วม จำนวน ๑๐ คน วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการตอบแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสองอันดับ

ผลการวิเคราะห์ เป็นดังนี้

๑. ผลการพัฒนาตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า การจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือแบ่งออกเป็นองค์ประกอบ ๔ องค์ประกอบ คือ ภาวะที่เป็นสุขทางกาย ภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ภาวะที่เป็นสุขทางสังคม และภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ และมีตัวชี้วัด ๓๐ ตัว

๒. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบทั้ง ๔ องค์ประกอบมีค่าเป็นบวก คือ มีค่าตั้งแต่ ๐.๓๑ – ๐.๘๒ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ ทุกค่า องค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ องค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๙ ตัว รองลงมา รองลงมา องค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๗ ตัว และองค์ประกอบด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๘ ตัว และองค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางกาย ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๖ ตัว และโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

(Chi-Square = ๓๘๖.๖๘, df = ๓๕๐, p-Value = .๐๙, GFI = ๐.๙๔, AGFI = ๐.๙๒, CN = ๔๒๖.๙๐, RMSEA = ๐.๐๒, CN = ๔๒๖.๙๐)

คำสำคัญ : การพัฒนาตัวชี้วัด/ สุขภาวะ/ผู้สูงอายุ

Abstract

This research aims to 1) Development Indicators management of Elder Health, Well-Being in the Northeast. 2) Check the consistency of the indicators model management of Elder Health, Well-Being in the Northeast with empirical data and 3) create a guide to managing the Elder Health, Well-Being: A Case Study of Elderly in the Elderly School in Loei Province. Data collection with the 3 target groups for this study. The Development of indicator for the Management of Elder Health, Well-Being were (1) Representatives of 6 government officials (2) 3 monk lecturers, mental matter training, in Schools of the Elderly (3) Representatives of 13 elderly participants. Samples were used to check the consistency of the indicators model management of Elder Health, Well-Being namely 400 elders are studying in the elderly schools in the province. 3 provinces In the Northeast BE 2560, include Loei, Nongbualumphu and Udonthani. And 3 target audience was used to create a guide to managing the Elder Health, Well-Being were (1) Representatives of 6 government officials (2) 3 monks (3) Representing seniors attended by 10 people. Methods Data were collected by a group discussion, in-depth interview, the respondents and data analysis. Divided into qualitative data analysis. By analyzing the content and analysis of quantitative data. By analyzing two affirmative components.

The analysis was as follows.

1. The results of the Development of indicator for the Management of Elder Health, Well-Being in the Northeast found that the indicator for the Management of Elder Health, Well-Being in the Northeast divided into four components were happy physical, happy mentally, Blessed social and Spiritual joy. And there are 30 indicators.

2. Results of confirmatory factor analysis rank second. Found that the weight of the four configurations was positive. There is a value from 0.31 to 0.82 There was statistically significant at the. 01 levels, all values. The configuration with the most weight value is configuration of mental well-being. Contains 9 indicators. The second is a configuration of happy social. Contains 7 indicators, configuration of spirituality. Contains 8 indicators and configuration of happily physical. Contains 6 indicators. And

the model is consistent with empirical data (Chi-Square = 386.68, df = 350, p-Value = .09, GFI = 0.94, AGFI = 0.92, CN = 426.90, RMSEA = 0.02, CN = 426.90)

Key words : Development of Indicators / Happy condition / the elderly

๑. บทนำ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙) เน้นการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมมีคุณภาพมีคุณค่าสามารถปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลงเป็นพลังในการพัฒนาสังคม (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ : ๒๕๕๓)¹¹³ ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วและจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ จากการคาดการณ์ในปี ๒๕๖๘ หรืออีก ๑๕ ปี ข้างหน้าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น ๑๔.๙ ล้านคนคิดเป็นร้อยละ ๒๐.๕ และในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ จะเพิ่มขึ้นเป็น ๑๗.๘ ล้านคนคิดเป็นร้อยละ ๒๕ ของประชากรทั้งประเทศ นั่นก็หมายความว่าในประชากรทุกๆ ๔ คนจะมีผู้สูงอายุ ๑ คน อัตราการเพิ่มแบบนี้เรียกว่าเป็นการเพิ่มที่ทวีคูณของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นในประเทศไทยไม่ใช่แค่เพียงประเทศไทยประเทศเดียวแต่เป็นแนวโน้มที่เกิดขึ้นกับทุกประเทศอย่างต่อเนื่องถือว่าประเทศไทยเป็นอันดับที่ ๒ รองจากสิงคโปร์ และผู้สูงอายุหญิงมีส่วนมากกว่าเพศชายคือ ๕๕ : ๔๕ และจะแตกต่างกันมากขึ้นตามกลุ่มอายุที่สูงขึ้นเพราะประชากรหญิงมีอายุที่ยืนยาวกว่าชายส่วนโครงสร้างประชากรของประเทศไทยมีการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วเช่นกันตามทะเบียนราษฎรในปี พ.ศ. ๒๕๓๘, ๒๕๔๓ และ ๒๕๕๔ มีจำนวนผู้สูงอายุ ๕๕๖,๐๐๐ ๕๘๗,๐๐๐ และ ๗๒๘,๖๙๕ คนคิดเป็นร้อยละ ๖.๖๙, ๗.๖๙ และ ๑๓.๒๐ ตามลำดับ (ศรีประภา ลุนละวงศ์ : ๒๕๕๕)¹¹⁴

การเพิ่มจำนวนขึ้นของผู้สูงอายุท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรงเช่นทุกวันนี้ ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตอยู่ในบ้านปลายอย่างมีความสุขของผู้สูงอายุ (สุวัจน์ เทียรทอง และชนินทร์ เจริญกุล, ๒๕๓๗)¹¹⁵ การสูงอายุเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ความชราไม่ใช่โรค ไม่ทำให้เกิดอาการใด ๆ ไม่รบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน แต่สามารถทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย และมักมีความรุนแรงและใช้เวลาในการฟื้นตัวมากกว่าวัยอื่น เนื่องจากความเสื่อมของร่างกายจึงทำให้เกิดปัญหาโรคเรื้อรังขึ้น โรคที่พบในผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ ได้แก่ มะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์/อัมพาต

¹¹³ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙), กรุงเทพมหานคร : สำนักนายกรัฐมนตรี, ๒๕๕๓.

¹¹⁴ ศรีประภา ลุนละวงศ์, “มองไปข้างหน้าถึงเวลาเตรียมพร้อมรับสังคมผู้สูงอายุ”. เพื่อนสุขภาพศูนย์อนามัยที่ ๕, ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๖ (๒๕๕๕) : ๑-๓.

¹¹⁵ สุวัจน์ เทียรทอง, และชนินทร์ เจริญกุล, “เศรษฐกิจ สุขภาพและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา จังหวัดนครสวรรค์”. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, ปีที่ ๒๔ ฉบับที่ ๑ (มกราคม ๒๕๓๗) : ๑๗-๓๐.

โรคหัวใจและหลอดเลือด วัณโรค โลหิตจาง ความจำเสื่อม โรคไขข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม และปวดเมื่อยหลังและบั้นเอว เป็นต้น ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง หรือคนดูแล คิดเป็นร้อยละ ๒๒ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โรคของผู้สูงอายุแสดงอย่างไม่จำเพาะหรือตรงไปตรงมา และเกิดลักษณะแบบเฉียบพลัน ร้อยละ ๕๐ ของผู้ป่วยสูงอายุ แนวโน้มมีโรคเกิดขึ้นในตัวมากกว่า ๒ โรค (เยาวภา ใจรักดี, ๒๕๕๒)¹¹⁶ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าป่วยเป็นโรคมะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด วัณโรค โลหิตจาง ความจำเสื่อม โรคไขข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม มากเป็นอันดับต้นเมื่อเทียบกับทุกภาค อีกทั้งยังพบอีกว่าประชาชนในวัยทำงานที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมาทำงานต่างถิ่นทำให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง มีผู้สูงอายุหลายคนต้องเผชิญกับภาวะเบื่อ เหงา ขาดคนดูแลเอาใจใส่ รู้สึกตนเองไร้คุณค่า และหาความสุขในชีวิตที่เหลืออยู่ไม่ค่อยได้ (กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๓)¹¹⁷

จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้นมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ย่อมเกิดผลกระทบในด้านสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเอง อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศเป็นอย่างมาก ครอบคลุมสังคมไทยจำนวนมากที่ประสบปัญหาไม่สามารถรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุได้ ผู้สูงอายุบางส่วนจึงต้องไปพึ่งภาครัฐ ทำให้หน่วยงานภาครัฐจำเป็นต้องดำเนินการเตรียมความพร้อมจัดทำนโยบายและแผนระยะยาวไว้รองรับเพื่อให้เกิดความคุ้มครองในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น จึงได้มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรดังที่ปรากฏไว้ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๕๖) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๒ ได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการรองรับภาวะผู้สูงอายุไว้ ๕ ยุทธศาสตร์โดยยุทธศาสตร์สำคัญลำดับแรกคือ ยุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ รัฐบาลจึงได้ร่วมกับคณะกรรมการผู้สูงอายุในการขับเคลื่อนนโยบายรวมไปถึงกระทรวงที่เกี่ยวข้องทุกกระทรวงที่บูรณาการร่วมกันในการขับเคลื่อนนโยบายในการสนับสนุนผู้สูงอายุรวม ๓ ด้าน คือ นโยบายด้านแรกคืออยู่อย่างสบายกายรัฐบาลได้มีการปรับค่าเบี้ยการจ่ายเบี้ยจรัญรายเดือนจาก ๕๐๐ บาทเป็นระบบขึ้นบันไดควบคู่กับนโยบายส่งเสริมสุขภาพ ๓๐ บาทรองรับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทุกโรงพยาบาลประสานงานกับหน่วยงานในการจัดหาสถานที่ที่จะอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุทุกคนให้เหมาะสมรวมถึงการสนับสนุนสร้างวินัยในการออมภายใต้พระราชบัญญัติกองทุนการออมแห่งชาติประจำปี ๒๕๕๔ นโยบายด้านที่สองคือการอยู่อย่างมีคุณค่าโดยการถ่ายทอดเจตนารมณ์ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุและรวมถึงการรณรงค์ให้ลูกหลานตระหนักถึงการเคารพคุณค่าที่ผู้สูงอายุได้มีการเสียสละ

¹¹⁶ เยาวภา ใจรักดี, (๒๕๕๒) “สภาวะผู้สูงอายุในศตวรรษหน้า”, [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <http://www.pt.mahidol.ac.th/knowledge/?p=๒๑๗๒๕๕๒>. [๕ มกราคม ๒๕๖๐].

¹¹⁷ กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข, (๒๕๕๓), รักเข้าใจ “ผู้สูงอายุ” ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต”. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : http://www.dmh.go.th/stry_libnews/view.asp?id=๑๓๑๖๕ [๕ มกราคม ๒๕๖๐].

ให้กับลูกหลานและคนรุ่นหลังสร้างเวทีที่จะขยายโอกาสให้ผู้สูงอายุทุกท่านที่จะร่วมถ่ายทอดประสบการณ์ให้กับคนรุ่นใหม่รวมถึงการขยายโอกาสในการประกอบอาชีพให้เหมาะสมกับสุขภาพเวลาและสถานที่ที่ผู้สูงอายุจะอำนวยความสะดวกได้โดยนโยบายด้านที่สาม คือ ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างมีความสุขและสุขใจด้วยการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุได้สามารถพบปะพูดคุยกัน แลกเปลี่ยนและทำกิจกรรมร่วมกันมีกิจกรรมที่เรียกว่าคน ๓ วัยแต่ใจตรงกัน คือ ผู้สูงอายุวัยทำงาน และลูกหลานรวมอยู่ในสถานที่ชุมชนเพื่อการบริหารจัดการ การดูแลผู้สูงอายุให้มีระบบและให้บรรลุปเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องต้องตระหนักช่วยกันจากนโยบายที่กำหนดไว้นามาสู่การปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพนั้นควรมีการจัดการที่ดีเพื่อตอบสนองนโยบาย ซึ่งการส่งเสริมการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุให้มีการปฏิบัติจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง ป้องกันโรค สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข และช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการในชีวิตเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี¹¹⁸

การจัดการสุขภาวะที่ส่งเสริมกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุให้สามารถปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ มีความสุข สามารถดำเนินชีวิตร่วมอยู่ในสังคมได้โดยไม่เป็นภาระหรือสร้างความเดือดร้อนให้กับผู้อื่น อีกทั้งการส่งเสริมที่เป็นไปตามความต้องการของผู้สูงอายุนั้น ๆ และสอดคล้องกับสภาพที่เป็นจริงทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิตใจ สุขภาพทางสังคม และสุขภาพจิตวิญญาณจะทำให้คุณภาพของผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดีขึ้น จากรายงานการวิจัยของ กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์ (ม.ป.ป.)¹¹⁹ พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีสุขภาวะทางจิตสูงกว่าเพศหญิง และงานวิจัยของ วัชรพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (๒๕๕๗)¹²⁰ พบว่าผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพโดยนวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันการดูแลสุขภาวะอาจไม่เหมือนกัน ดังนั้น การศึกษาวิจัยครั้งนี้จะศึกษาการจัดการสุขภาวะที่เป็นภาพรวมและการจัดการผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงด้วย

ข้อมูลที่กล่าวมาเป็นปัญหาสำคัญที่ทุกฝ่ายต้องร่วมมือกันหาวิธีการจัดการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุ คณะผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ไม่ได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ จึงเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหาอย่างต่อเนื่องตลอดมา ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการพัฒนาตัวบ่งชี้ว่าสำหรับผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เราจะต้องบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในประเด็นใดก่อนหลัง และหาแนว

¹¹⁸ วัชรพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว, “พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี”, วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยบูรพา, ๒๕๕๗.

¹¹⁹ กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์, (ม.ป.ป.). “สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุไทย”, [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : www.bu.ac.th/knowledgecenter/epaper/july_dec2012/pdf/aco๙.pdf, [๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๐].

¹²⁰ อ่างแก้ว

ทางการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ อาจมีทั้งแนวทางบางประเด็นสำหรับผู้สูงอายุเพศชายและผู้สูงอายุเพศหญิง เพื่อเป็นคู่มือการนำไปใช้เป็นแนวทางแก่หน่วยงานระดับนโยบาย ระดับชุมชน ระดับบุคคล ถ้ามีการพัฒนาตัวบ่งชี้และคู่มือสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยอย่างเป็นระบบแล้ว การแก้ปัญหาและสร้างมาตรการทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุให้เกิดความมั่นคงในการดำรงชีวิตสอดคล้องกับนโยบายเร่งด่วนตามยุทธศาสตร์การวิจัยของชาติสืบไป จะทำให้ไม่เป็นภาระของครอบครัว และภาระของภาระของภาครัฐอีกต่อไป และส่งเสริมให้ประเทศเป็นประเทศที่เข้มแข็ง

๒. วัตถุประสงค์การวิจัย

๑. เพื่อพัฒนาตัวชี้วัดการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
๒. เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลตัวชี้วัดการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับข้อมูลเชิงประจักษ์
๓. เพื่อสร้างคู่มือการจัดการเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเลย

๓. ขอบเขตของของการวิจัย

คณะผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการศึกษา ซึ่งครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับขอบเขตด้านประชากร กลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มเป้าหมาย ขอบเขตด้านพื้นที่ และขอบเขตด้านเนื้อหา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

๑. ขอบเขตด้านประชากร กลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มเป้าหมาย

๑.๑ กลุ่มเป้าหมาย ที่ใช้ในการพัฒนาตัวชี้วัดการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ
กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาการพัฒนาตัวชี้วัดการเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ๓ กลุ่ม คือ (๑) ตัวแทนเจ้าหน้าที่ของรัฐ จำนวน ๙ คน (๒) พระวิทยากรอบรมเรื่องจิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน ๘ รูป (๓) ตัวแทนผู้สูงอายุเข้าร่วม จำนวน ๑๓ คน โดยเลือกแบบเจาะจง

๑.๒ ประชากร และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลตัวชี้วัดการจัดการสุขภาพตัวชี้วัดการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ

๑) ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุที่กำลังศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุประจำจังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พ.ศ. ๒๕๕๙ จำนวน ๑,๖๖๕ คน

๒) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่กำลังศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุประจำจังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พ.ศ. ๒๕๕๙ จำนวน ๓ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเลย จังหวัดหนองบัวลำภู จังหวัดอุดรธานี จำนวน ๒๐๐ คน โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน

๑.๓ กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการสร้างคู่มือการเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเลย

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการสร้างคู่มือการเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเลย ประกอบด้วย ๓ กลุ่ม คือ (๑) ตัวแทนเจ้าหน้าที่ของรัฐ

จำนวน ๑๐ คน (๒) พระสงฆ์ จำนวน ๑๐ รูป (๓) ตัวแทนผู้สูงอายุที่เข้าร่วม จำนวน ๑๐ คน (สูงอายุเพศชาย จำนวน ๕ คน และสูงอายุเพศหญิง จำนวน ๕ คน)

๒. ขอบเขตด้านพื้นที่

การศึกษครั้งนี้ ศึกษากับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ๓ จังหวัด ประกอบด้วย (๑) จังหวัดเลย (๒) จังหวัดหนองบัวลำภู (๓) จังหวัดอุดรธานี

๓. ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ภาวะที่เป็นสุขทางกาย (Physical Well-being) ภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ (Mental Well-being) ภาวะที่เป็นสุขทางสังคม (Social Well-being) และภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ (Spiritual Well-being)

๔. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้การพัฒนารูปแบบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ วิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

๑. การพัฒนาตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

การพัฒนาตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยการศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับหลักการและองค์ประกอบตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ มีการดำเนินการดังนี้

๑.๑ การพัฒนาตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ มีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

๑.๑.๑ ศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับหลักการและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจากเอกสาร หลักฐาน หนังสือ บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยการวิเคราะห์เอกสาร (Documentary analysis) รวบรวมเป็นตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นำข้อมูลที่ได้มาสรุปเป็นกรอบแนวคิดจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นกรอบในการสัมภาษณ์ นำมาสรุปจัดทำเป็นกรอบร่างเป็นตัวบ่งชี้ สร้างโมเดลเชิงทฤษฎี (Theoretical model) โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่เป็นตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

๑.๑.๒ นำข้อมูลที่ได้จากข้อ ๑ ทำการวิเคราะห์เพื่อเป็นร่างตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นประเด็นการสัมภาษณ์ร่างตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ

๑.๑.๓ สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาการพัฒนาตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ประกอบด้วย ๓ กลุ่ม คือ ๑) ตัวแทนเจ้าหน้าที่ของรัฐ จำนวน ๔ คน ได้แก่ สาธารณสุขประจำอำเภอเมืองจังหวัดเลย จำนวน ๑ คน อาสาสมัคร (อสม.) จำนวน ๔ คน ๒) พระวิทยากรอบรมเรื่องจิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน ๔ รูป ๓) ตัวแทนผู้สูงอายุที่เข้าร่วม จำนวน ๑๓

คน ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน ๑๐ คน (ผู้สูงอายุ เพศชาย จำนวน ๕ คน ผู้สูงอายุ เพศหญิง จำนวน ๕ คน) และประธานโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน ๓ คน โดยเลือกแบบเจาะจง

๑.๒ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเด็นการวิเคราะห์ข้อมูล ตัวชี้วัดสุขภาพและการจัดการสุขภาพ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพ

๑.๓ การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

๒. ตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลตัวชี้วัดการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

๒.๑ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

๑) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พ.ศ. ๒๕๕๗ จำนวน ๑๘,๖๖๕ คน (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๗)¹²¹

๒) กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่กำลังศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานี จังหวัดหนองบัวลำภู จังหวัดเลย การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) เนื่องจากการดำเนินการวิจัยในขั้นนี้ เป็นการพัฒนาและตรวจสอบตัวบ่งชี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดตัวอย่าง จำนวน ๕๐๐ คน โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน

๒.๒ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

๑) ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์จากผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์จำนวน ๒๐๐ ฉบับ และขอความอนุเคราะห์ให้ตอบกลับภายใน ๒ สัปดาห์ และนำแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของคำตอบเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

๒.๓ การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

๑) ผู้วิจัยทำการตรวจสอบแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาทั้งหมด จากการตรวจสอบพบว่าแบบสอบถามมีความถูกต้องสมบูรณ์ทั้งหมด แล้วนำมาลงรหัสเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

๒) วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถามตอนที่ ๑ โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

๓) วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความเหมาะสมของตัวชี้วัดการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

๔) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis) โดยการตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดล โครงสร้างองค์ประกอบ และกำหนดน้ำหนัก ตัวแปรย่อยที่ใช้ในการสร้างตัวชี้วัดกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม ด้วย

¹²¹ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, การสุงวัยของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๗, กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๗.

โปรแกรมสำเร็จเพื่อหาค่าน้ำหนักตัวแปรย่อยที่ใช้ในการสร้างตัวชี้วัด และทำการตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลการวิจัยที่เป็นตัวแบบเชิงทฤษฎีที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์

๔.๑) การทดสอบความสอดคล้องของโมเดลโครงสร้างตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

๔.๒) การตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ซึ่งถ้าผลการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งแรกยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งผู้วิจัยใช้ค่าสถิติที่จะตรวจสอบ ดังนี้ (Joreskog & Sorbom, ๑๙๙๓)¹²²

๔.๒.๑) ค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi - Square statistics) เป็นค่าสถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐานทางสถิติว่าฟังก์ชันความสอดคล้องมีค่าเป็นศูนย์ ถ้าค่าสถิติไค-สแควร์ มีค่าต่ำมาก หรือมีค่ายิ่งเข้าใกล้ศูนย์เท่าไรแสดงว่าข้อมูลโมเดลอิสระ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

๔.๒.๒) ดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (Goodness of Fit Index: GFI) ซึ่งเป็นอัตราส่วนผลต่างระหว่างฟังก์ชันความสอดคล้องจากโมเดลก่อน และหลังปรับโมเดลกับฟังก์ชัน ความสอดคล้องก่อนปรับโมเดล ค่า GFI มีค่ามากกว่า ๐.๙๐ แสดงว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

๔.๒.๓) ใช้ดัชนีสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว (Adjust Goodness of Fit Index: AGFI) ซึ่งนำ GFI มาปรับแก้และคำนึงถึงขนาดของตัวแปรและกลุ่มตัวอย่าง ค่านี้ใช้เช่นเดียวกับ GFI และค่า GFI และ AGFI มีค่าเท่ากับหรือเข้าใกล้ ๑ แสดงว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

๔.๒.๔) ค่า RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) เป็นค่าที่บ่งบอกถึงความไม่สอดคล้องของโมเดลที่สร้างขึ้นกับเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมของประชากร ซึ่ง Browne & Cudeck (๑๙๙๓)¹²³ ได้อธิบายว่า ค่า RMSEA ที่น้อยกว่า ๐.๕ แสดงว่ามีความสอดคล้องสนิท (Close fit) แต่อย่างไรก็ตาม ค่าที่ใช้ได้และถือว่าโมเดลที่สร้างขึ้นสอดคล้องกับโมเดลไม่ควรจะเกิน ๐.๘ ดังรายละเอียดแสดงในตารางต่อไปนี้

๓.๒.๔ นำผลการวิเคราะห์จากการตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลมาคัดเลือกตัวชี้วัด ที่มีค่าความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง คือ มีค่า factor loading มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๓๐ (Tacq, ๑๙๙๗ อ้างถึงใน วิลาวัลย์ มาคุ้ม, ๒๕๔๙)¹²⁴ และมีค่าเฉลี่ยความเหมาะสมเท่ากับหรือมากกว่า ๓.๕๐

๓. สร้างคู่มือการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเลย

¹²² Joreskog, K. G., & Sorbom, D. LISREL 8 Structural Equation Modeling with the SIMPLIS Command Language. Chicago : Scientific Software International, 1993.

¹²³ Browne, M.W., & Cudeck, R. Alternative Ways of Assessing Model Fit. CA: Newbury Park, 1993.

¹²⁴ อ้างแล้ว

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเป็นคู่มือการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ และตรวจสอบคุณภาพของคู่มือ ในประเด็นความเป็นไปได้ ความเหมาะสม ความเป็นประโยชน์ โดยการนำตัวชี้วัดที่ได้มาสร้างเป็นคู่มือการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งประเมินตรวจสอบความเป็นไปได้ ความเหมาะสม ความเป็นประโยชน์โดยการสัมภาษณ์การจัดการที่ได้สู่แนวทางการปฏิบัติ สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ ที่ได้นำสู่แนวทางการปฏิบัติตามการตัวชี้วัดที่พัฒนา ประกอบด้วย ๓ กลุ่ม คือ (๑) ตัวแทนเจ้าหน้าที่ของรัฐ จำนวน ๙ คน ได้แก่ สาธารณสุขประจำอำเภอเมืองจังหวัดเลย จำนวน ๑ คน อาสาสมัคร (อสม.) จำนวน ๘ คน (๒) พระวิทยากรอบรมเรื่องจิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน ๘ รูป (๓) ตัวแทนผู้เข้าร่วม จำนวน ๑๓ คน ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน ๑๐ คน (ผู้สูงอายุเพศชาย ๕ คน ผู้สูงอายุ เพศหญิง ๕ คน) และประธานโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน ๓ คน โดยเลือกแบบเจาะจงจากนั้นปรับคู่มือตามคำชี้แนะเขียน และเขียนเป็นคู่มือฉบับจริง

๕. ผลการวิจัย

๑. ผลการพัฒนาตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า การจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือแบ่งออกเป็นองค์ประกอบ ๔ องค์ประกอบ คือ ภาวะที่เป็นสุขทางกาย ภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ภาวะที่เป็นสุขทางสังคม และภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ มีตัวชี้วัด ๓๐ ตัว เมื่อพิจารณาออกเป็นแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางกาย ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๖ ตัว ได้แก่ ๑) ผู้สูงอายุควรดำเนินกิจกรรมประจำวันที่ต้องใช้ เช่น กิน ปลา ไม่กินสัตว์เนื้อแดง หรือสัตว์ใหญ่ การปรุงแต่งควรเป็นหนึ่งหรือต้มแทนการทอด ไม่กินของทอด ออกกำลังกายแต่ไม่หักโหมอาจเป็นการเดิน ตีมน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ ๖-๘ แก้ว พักผ่อนให้เพียงพอ เป็นต้น ๒) ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดี เช่น ดูแลสุขภาพ ตรวจร่างกาย ประจำปี อ่านข้อมูลความรู้การดูแลสุขภาพ กินอาหารที่มีประโยชน์ครบ ๕ หมู่ ออกกำลังกาย ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ ไม่กินของดิบ กินร้อนช้อนกลาง เป็นต้น ๓) ควรส่งเสริมการสร้างความสะดวกให้ ผู้สูงอายุเห็นถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพที่ดี ๔) การส่งเสริมสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจากทุกฝ่าย เช่น การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ การให้ความรู้ดูแลสุขภาพ ๕) ควรมีการจัดสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพกาย เช่น ทางเดินเรียบไม่มีสิ่งกีดขวาง ห้องน้ำมีราวจับ มีทางลาด อากาศถ่ายเทสะดวกไม่มีควันหรือมลพิษ เป็นต้น และ ๖) ป้องกันการเกิดโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ

องค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๙ ตัว ได้แก่ ๑) การรวมกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุด้วยกันเพื่อลดความเครียด ๒) สร้างสายใยรักของคนในครอบครัวที่เข้มแข็ง และให้กำลังใจผู้สูงอายุ ๓) ผู้สูงอายุควรฝึกสมาธิ เจริญภาวนา นั่งวิปัสสนากรรมฐานเพื่อฝึกควบคุมจิตและอารมณ์ เพื่อให้สามารถควบคุม

อารมณ์ได้ ๔) ผู้สูงอายุควรมีเพื่อน หรือคนในบ้านเพื่อพูดคุย หรือปรึกษาเมื่อมีปัญหา ๕) ควรมีการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อหลีกเลี่ยงการส่งเสริมให้เกิดความเครียด ๖) หน่วยงานต่าง ๆ ให้ความรู้ จัดอบรม หรือดูแลวิธีการผ่อนคลายความเครียดแก่ผู้สูงอายุ ๗) ผู้สูงอายุควรใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เพื่อไม่ให้มีเวลาคิดมา ๘) ผู้สูงอายุควรมหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจ เมื่อเกิดเผชิญปัญหาหรือความผิดหวัง ความสูญเสีย ทำให้สามารถปรับตัวปรับใจได้ ทำให้สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลง และ ๙) การจัดส่งเสริมการสร้างขวัญและกำลังใจให้ผู้สูงอายุ เช่น พิธีบายศรีผูกขวัญ หรือเสริมขวัญให้ผู้สูงอายุ

องค์ประกอบของการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๗ ตัว ได้แก่ ๑) สร้างกฎกติกาของชุมชนเพื่อความสุขของสังคมเป็นสังคมน่าอยู่ ๒) ผู้สูงอายุควรนำหลักธรรมมายึดปฏิบัติ เพื่อให้สังคมอยู่ด้วยกันอย่างสามัคคี เช่น สังคหวัตถุ ๔ และยึดหลักการวางธรรม ๓) จัดนโยบายสาธารณะที่ดีต่อผู้สูงอายุเพื่อสุขภาวะสังคม ๔) ผู้สูงอายุและสมาชิกทุกคนควรปฏิบัติตามกฎระเบียบของสังคม ๕) การจัดกิจกรรมสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลประจำตำบล ๖) สังคมควรเป็นสังคมพึ่งพาและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และ ๗) ผู้สูงอายุควรเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม หรือต่อชุมชน

องค์ประกอบของการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๘ ตัว ได้แก่ ๑) จัดศูนย์ฝึกปฏิบัติการพัฒนาจิตร่วมกันระหว่าง วัด โรงเรียนผู้สูงอายุ โรงพยาบาล หรือศูนย์พัฒนาจิต หรือมหาวิทยาลัยในท้องถิ่น และชุมชน ๒) ผู้สูงอายุควรเป็นคนที่ดีต่อบวก คิดดีต่อตนเองและผู้อื่น ๓) ผู้สูงอายุต้องไม่ยึดติดในวัตถุ สิ่งของ และเป็นคนที่อยู่อย่างพอเพียง ๔) ผู้สูงอายุควรฝึกจิตภาวนา หรือฝึกจิตให้ว่าง อาจทำคนเดียวหรือร่วมกัน ปฏิบัติกับกลุ่มผู้สูงด้วยกัน ๕) ผู้สูงอายุควรปฏิบัติธรรม สวดมนต์ สะสมบุญ สร้างแต่กุศล ๖) ยึดมั่นในศีลธรรม เชื่อมั่นและศรัทธาในการทำความดี ๗) ผู้สูงอายุควรอยู่ด้วยความมีเมตตากรุณา ไม่เห็นแก่ตัว เสียสละ ยึดหลักพรหมวิหารสี่ และ ๘) ปรับตัวให้อยู่ในสังคมอย่างมีความสุข โดยนำหลักธรรมมาประยุกต์ใช้

๒. ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง องค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อันดับหนึ่ง ประกอบด้วย ๔ องค์ประกอบ ๓๐ ตัวชี้วัด โดยน้ำหนักองค์ประกอบของตัวชี้วัดทั้ง ๓๐ ตัว มีค่าเป็นบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ ทุกค่า ซึ่งตัวชี้วัดมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์อยู่ระหว่าง ๐.๑๔ – ๐.๕๒ แสดงว่าตัวชี้วัดทั้ง ๓๐ ตัวเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่า ตัวชี้วัดข้อ ๑ – ๖ เป็นตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางร่างกาย มีน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง ๐.๕๕ – ๐.๘๗ และคะแนนองค์ประกอบอยู่ระหว่าง ๐.๐๖ – ๐.๓๑ ตัวชี้วัดข้อ ๗ – ๑๕ เป็นตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ มีน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง ๐.๕๑ – ๐.๗๑ และคะแนนองค์ประกอบอยู่ระหว่าง ๐.๐๕ – ๐.๒๐ ตัวชี้วัดข้อ ๑๖ – ๒๒ เป็นตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางทาง

สังคม มีน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง ๐.๔๕ – ๐.๖๖ และคะแนนองค์ประกอบอยู่ระหว่าง ๐.๐๘ – ๐.๒๖ ตัวชี้วัดข้อ ๒๓ – ๓๐ เป็นตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ มีน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง ๐.๔๖ – ๐.๖๐ และคะแนนองค์ประกอบอยู่ระหว่าง ๐.๐๖ – ๐.๒๔

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบทั้ง ๔ องค์ประกอบมีค่าเป็นบวก คือ มีค่าตั้งแต่ ๐.๓๑ – ๐.๘๒ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ ทุกค่าแสดงให้เห็นว่าทุกองค์ประกอบมีความเหมาะสมเป็นองค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สามารถเรียงค่าน้ำหนักองค์ประกอบจากมากไปน้อยดังนี้ องค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ องค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ (MEN) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ เท่ากับ ๐.๘๒ มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ เท่ากับ ๐.๘๐ รองลงมา องค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม (SOC) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ เท่ากับ ๐.๘๐ มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ เท่ากับ ๐.๗๔ และองค์ประกอบด้านจิตวิญญาณ (PSI) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ เท่ากับ ๐.๗๗ มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ เท่ากับ ๐.๖๒ ส่วนองค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางร่างกาย (PHY) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบน้อยที่สุดมีค่า เท่ากับ ๐.๗๗ มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ เท่ากับ ๐.๑๕

ผลการวิเคราะห์โมเดลองค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาจากค่า ไคสแควร์ (Chi-Square) เท่ากับ ๓๘๖.๖๘ ที่องศาแห่งความเป็นอิสระ (df) เท่ากับ ๓๕๐ ค่าความน่าจะเป็น (p-Value) เท่ากับ .๐๙ แสดงว่าค่าไคสแควร์ไม่มีนัยสำคัญ ส่วนดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (GFI) และดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) มีค่าเท่ากับ ๐.๙๔ และ ๐.๙๒ ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ ค่าดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของการประมาณค่า (RMSEA) มีค่าเท่ากับ ๐.๐๒ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ และค่าจำนวนวิกฤติ (CN) มีค่าเท่ากับ ๔๒๖.๙๐ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ แสดงว่า โมเดลองค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

๓. คู่มือการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเลย พบว่า คู่มือควรแบ่งออกเป็น ๓ กลุ่ม คือ คู่มือสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ คู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ และคู่มือสำหรับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และข้อค้นพบที่ได้องค์ประกอบมีน้ำหนักคะแนนสูงที่สุด คือด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ดังนั้นคู่มือควรเน้นให้ความสำคัญในการพัฒนาการจัดการเรื่องนี้ ในการจัดการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ และด้านภาวะที่เป็นสุขทางกาย รูปแบบมีทั้งให้ความรู้ ฝึกอบรม ฝึกปฏิบัติ สร้างความตระหนักจากหลายฝ่ายร่วมกันในการจัดการส่งเสริมสุขภาวะ

๖. อภิปรายผล

๑. ผลการพัฒนาตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า การจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือแบ่งออกเป็นองค์ประกอบ ๔

องค์ประกอบ คือ ภาวะที่เป็นสุขทางกาย ภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ภาวะที่เป็นสุขทางสังคม และ ภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ มีตัวชี้วัด ๓๐ ตัว เมื่อพิจารณาออกเป็นแต่ละองค์ประกอบ พบว่า องค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางกาย ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๖ ตัว องค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๙ ตัว องค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๗ ตัว และองค์ประกอบ การจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๘ ตัว ซึ่งสอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ (สำนักงาน คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ๒๕๕๒: ๖)¹²⁵ ที่กล่าวว่า สุขภาพเป็นภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้ง ทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคมที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล เช่นเดียวกับ คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ (๒๕๔๔, ๒๗-๒๘)¹²⁶ ได้ให้ความหมาย ของสุขภาพ ตามนิยามแนวคิดหลักของการพัฒนาสุขภาพ คือสุขภาวะที่สมบูรณ์และมีคุณภาพทั้ง ทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ

๒. ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของ ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบทั้ง ๔ องค์ประกอบมีค่าเป็นบวก คือ มีค่าตั้งแต่ ๐.๓๑ - ๐.๘๒ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ ทุก ค่า แสดงให้เห็นว่าทุกองค์ประกอบมีความเหมาะสมเป็นองค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในแต่ละองค์ประกอบมีตัวชี้วัดหรือตัวแปรสังเกตได้ตั้งแต่ ๖ - ๙ ตัว ซึ่งเป็นไปตามการสร้างตัวชี้วัดขององค์ประกอบที่ Hair, et al (๒๐๐๖)¹²⁷ กล่าวว่าแต่ละองค์ประกอบ จะต้องมิตัวชี้วัดหรือตัวแปรสังเกตได้อธิบายองค์ประกอบตั้งแต่ ๓ ตัวขึ้นไป และแต่ละตัวแปรสังเกต ได้ในแต่ละองค์ประกอบจะต้องมีน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ ๐.๓๐ ขึ้นไป สามารถเรียงค่าน้ำหนัก องค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจากมากไปน้อยดังนี้ องค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ องค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๙ ตัว รองลงมา รองลงมา องค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๗ ตัว และองค์ประกอบด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๘ ตัว ซึ่ง สอดคล้องกับสภาพที่เป็นจริงในปัจจุบันที่ควรจัดการสุขภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจเพราะจากข่าวหน้า

¹²⁵ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๒.

¹²⁶ คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ, แผนพัฒนาสุขภาพ แห่งชาติ ฉบับที่ ๙ (พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๔๙), กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุ ภัณฑ์, ๒๕๔๔.

¹²⁷ Hair, J.F., et. Al. *Multivariate data analysis*. 6th ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall, 2006.

หนังสือพิมพ์จะเห็นว่าผู้สูงอายุจะเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น มีอารมณ์ที่รุนแรงมีการฆ่าคนในครอบครัวซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญไปยังปัญหาของสังคม โดยเฉพาะสถานการณ์ของคนและสังคม ประเด็นเรื่องจิตหรือจิตวิญญาณอยู่ในระดับวิกฤติมาก และมากขึ้นทุกขณะ สามารถเรียกได้ว่า จิตบกพร่องมาก คนจำนวนมากไม่เข้าใจสาระความสำคัญของการมีชีวิต กำลังหลงอยู่ในวัตถุ วิธีชีวิตแบบนี้ไปสู่ความโลภ ความโกรธ ความหลง ความเห็นแก่ตัว ความขัดแย้ง สังคมจึงต้องการสุขภาวะทางจิตหรือจิตวิญญาณเป็นรากฐานที่จะทำให้สังคมเกิดสุขภาวะในที่สุด (รู้เรื่องสุขภาวะทางจิตวิญญาณ, ๒๕๕๓)¹²⁸ ส่วนองค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางร่างกาย มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบน้อยที่สุด ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๖ ตัว ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากทุกคนหรือทุกหน่วยงานมุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่แล้ว สอดคล้องกับงานวิจัยของ วรณวิมล เมฆวิมล (๒๕๕๔)¹²⁹ พบว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง การเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และเมื่อมีปัญหาสุขภาพจะปรึกษากับแพทย์ การตรวจดูอาการผิดปกติของร่างกายด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติบ่อยครั้ง และงานวิจัยของ ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ (๒๕๕๓)¹³⁰ ที่มีการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก

โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาจากค่าไคสแควร์ (Chi-Square) เท่ากับ ๓๘๖.๖๘ ที่องศาแห่งความเป็นอิสระ (df) เท่ากับ ๓๕๐ ค่าความน่าจะเป็น (p-Value) เท่ากับ .๐๙ แสดงว่าค่าไคสแควร์ไม่มีนัยสำคัญ ส่วนดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (GFI) และดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) มีค่าเท่ากับ ๐.๙๔ และ ๐.๙๒ ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ ค่าดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของการประมาณค่า (RMSEA) มีค่าเท่ากับ ๐.๐๒ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ และค่าจำนวนวิกฤติ (CN) มีค่าเท่ากับ ๔๒๖.๙๐ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ แสดงว่า โมเดลองค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังที่ Joreskog & Sorbom (๑๙๙๓) เกณฑ์ค่าสถิติที่ตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดล ได้แก่ ค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi - Square statistics) มีค่าต่ำมาก หรือมีค่ายิ่งเข้าใกล้ศูนย์ ดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (Goodness of Fit Index: GFI) มีค่ามากกว่า ๐.๙๐ ดัชนีสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว (Adjust Goodness of Fit Index: AGFI) มีค่าเท่ากับหรือเข้าใกล้ ๑ ดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของค่าความแตกต่างโดยประมาณ (Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA) ที่น้อยกว่า .๐๕ และค่าวิกฤติขนาดตัวอย่าง มากกว่า ๒๐๐ แสดงว่าข้อมูลโมเดลอิสระ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

¹²⁸ รู้เรื่องสุขภาวะทางจิตวิญญาณ, ๒๕๕๓. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : จาก จาก <http://oknation.nationtv/blog/pongtheps/๒๐๑๐/๐๑/๓๑/entry-๑>, [๑๕ มกราคม ๒๕๖๐].

¹²⁹ อ้างแล้ว

¹³⁰ อ้างแล้ว

๓. **คู่มือการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเลย** พบว่า คู่มือควรแบ่งออกเป็น ๓ กลุ่ม คือ คู่มือสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ คู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ และคู่มือสำหรับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการจัดการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ และด้านภาวะที่เป็นสุขทางกาย รูปแบบมีทั้งให้ความรู้ ฝึกอบรม ฝึกปฏิบัติ สร้างความตระหนักจากหลายฝ่ายร่วมกันในการจัดการส่งเสริมสุขภาวะ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ (๒๕๕๗)¹³¹ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต้องอาศัยความร่วมมือ และการทำงานโดยอาศัยภาคีเครือข่าย และสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (๒๕๕๘: ๔๕)¹³² เสนอว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ควรมีการเน้นการส่งเสริมป้องกันโรค เตรียมสภาพแวดล้อมที่พร้อมและป้องกันอุบัติเหตุ ให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมพบปะเพื่อนฝูงและสังคม วางแผนการจัดการทางด้านเศรษฐกิจสังคม ในชีวิตประจำวัน เปิดพื้นที่ให้ผู้สูงอายุได้แสดงออกถึงศักยภาพ สร้างคุณค่าให้ตัวเอง ส่งเสริมวัฒนธรรมประเพณีไทย และบูรณาการดูแลร่วมกับภาคีเครือข่าย เช่นเดียวกับงานวิจัยของ กิจปพน ศรีธานี และลำปาง แม่นมาตย์ (๒๕๕๗: ๗๗๔)¹³³ ทำการวิจัยเรื่อง กระบวนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพชุมชน ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการจัดการความรู้ที่เป็นกระบวนการหลัก คือ การถ่ายทอดความรู้จากภาควิชาชีพและภาคพื้นบ้านไปสู่ภาคประชาชน คือ ผู้ป่วยและญาติ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นตัวเชื่อมโยงความรู้เข้าด้วยกัน วิธีการถ่ายทอดความรู้ส่วนใหญ่อาศัยกระบวนการทางสังคม ได้แก่ กระบวนการกลุ่ม และการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนากระบวนการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพชุมชนให้มีวิธีการที่หลากหลาย สอดคล้องกับเนื้อหาความรู้ และควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มากขึ้น และงานวิจัยของ พรทิพย์ สุขอดิศัย, จันทร์ชลิ มาพุทธ และรุ่งฟ้า กิติญาณสันต์ (๒๕๕๗: ๙๐-๙๑)¹³⁴ พบว่า แนวทางการมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียง

¹³¹ อ้างแล้ว

¹³² สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน, “สู่ชุมชน สุขภาพดี” คู่มือการพัฒนา
ระบบสุขภาพ

ชุมชน ด้วยกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่, กรุงเทพมหานคร : สหมิตรพริน
ติงแอนด์พับลิชชิง, ๒๕๕๘.

¹³³ กิจปพน ศรีธานี และลำปาง แม่นมาตย์. (๒๕๕๗). กระบวนการจัดการความรู้ด้าน
สุขภาพชุมชน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. ๒๓(๕): ๗๗๔-๗๘๗.

¹³⁴ พรทิพย์ สุขอดิศัย, จันทร์ชลิ มาพุทธ และรุ่งฟ้า กิติญาณสันต์. “วิถีชีวิตและแนว
ทางการมี

สุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ”, วารสารการศึกษาและพัฒนาสังคม. ปีที่ ๑๐
ฉบับที่ ๑ (มกราคม ๒๕๕๗) : ๙๐-๑๐๒.

ประกอบด้วย ๑) ระดับบุคคล ควรมีพฤติกรรมสุขภาพ คือ มีการตรวจสุขภาพประจำปี หาความรู้ในการดูแลสุขภาพ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล นำธรรมะมาเป็นที่พึ่งทางใจ ๒) ระดับชุมชนควรมีการดำเนินการ คือ การจัดสถานที่ออกกำลังกาย การจัดการขยะแบบธรรมชาติ จัดให้มีชมรมส่งเสริมสุขภาพ ชมรมจิตอาสา วิถีชีวิตแบบธรรมชาติพื้นบ้าน และ ๓) ระดับหน่วยงาน ควรดำเนินการ คือ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้วัคซีนสร้างภูมิคุ้มกันโรคที่ครอบคลุมประชากรและโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ กระทรวงศึกษาธิการควรมีการดำเนินการในเรื่องการส่งเสริมด้านโภชนาการทุกสถานศึกษา และกรมสุขภาพจิตควรมีนโยบายจัดการสุขภาพจิตระดับตำบลดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิตประชาชนทุกวัน

๗. ข้อเสนอแนะ

๑. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

๑.๑ จากข้อค้นพบองค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด ดังนั้นทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญเรื่องนี้ก่อน และสำคัญที่สุดในการดำเนินการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ

๑.๒ หน่วยงานทุกฝ่ายมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นควรมีการร่วมมือในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

๑.๓ การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุควรนำคู่มือที่ได้นำไปประยุกต์ในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น

๒. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

๒.๑ การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาองค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปควรนำคู่มือการจัดการที่ได้มาเป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการวิจัยพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ

๒.๒ ทำวิจัยสำรวจการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยนำตัวชี้วัดที่ได้เป็นเครื่องมือในการตรวจสอบ เพื่อเป็นข้อมูลในการตรวจสอบว่าชุมชนไหนที่ควรได้รับการพัฒนาการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น

๒.๓ จากการศึกษาพบว่าควรมีการร่วมมือในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ งานวิจัยครั้งต่อไป ควรทำการวิจัย พัฒนาเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

บรรณานุกรม

กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๓). “รักเข้าใจ “ผู้สูงอายุ” ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต”.

- [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : http://www.dmh.go.th/stry_libnews/view.asp?id=๑๓๑๖๕ [๕ มกราคม ๒๕๖๐].
- กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์. (ม.ป.ป.). “สุขภาพพะทางจิตของผู้สูงอายุไทย”. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา http://www.bu.ac.th/knowledgecenter/epaper/july_dec๒๐๑๒/pdf/aco๙.pdf [๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๐].
- กิจปพน ศรีธานี, และลำปาง แม่นมาตย์. “กระบวนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพชุมชน” **วารสารวิชาการสาธารณสุข**. ปีที่ ๒๓ ฉบับที่ ๕ (๒๕๕๗). : ๗๗๔-๗๘๗.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. **แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๙ (พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๕๙)**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, ๒๕๔๔.
- พรทิพย์ สุขอดิษฐ์, จันทรีชลี มาพุทธ และรุ่งฟ้า กิติญาณสันต์. “วิถีชีวิตและแนวทางการมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ”, **วารสารการศึกษาคณะพัฒนาสังคม**. ปีที่ ๑๐ ฉบับที่ ๑ (มกราคม ๒๕๕๗) : ๙๐-๑๐๒.
- เยาวภา ใจรักดี. (๒๕๕๒) “**สุขภาวะผู้สูงอายุในศตวรรษหน้า**”. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <http://www.pt.mahidol.ac.th/knowledge/?p=๒๑๗๒๕๕๒>. [๕ มกราคม ๒๕๖๐].
- รู้เรื่องสุขภาวะทางจิตวิญญาณ. ๒๕๕๓. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : จาก <http://oknation.nationtv/blog/pongtheps/๒๐๑๐/๐๑/๓๑/entry-๑>, [๑๕ มกราคม ๒๕๖๐].
- วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว. “พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี”. **วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต**. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยบูรพา, ๒๕๕๗.
- ศรีประภา ลุนละวงศ์. “มองไปข้างหน้าถึงเวลาเตรียมพร้อมรับสังคมผู้สูงอายุ”. **เพื่อนสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๕**, ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๖ (๒๕๕๕) : ๑-๓.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. **การสูงวัยของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๗**. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๗.
- สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. “**สู่ชุมชน สุขภาพดี**” คู่มือการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ด้วยกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่. กรุงเทพมหานคร : สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง, ๒๕๕๘.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙)**. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี, ๒๕๕๓.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. **พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐**. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๒.
- สุวัจน์ เตียรทอง, และชินนทร์ เจริญกุล. “เศรษฐกิจ สุขภาพและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา จังหวัดนครสวรรค์”. **วารสารสาธารณสุขศาสตร์**, ปีที่ ๒๔ ฉบับที่ ๑ (มกราคม ๒๕๖๗) : ๑๗-๓๐.

- Browne, M.W., & Cudeck, R. **Alternative Ways of Assessing Model Fit**. CA: Newbury Park, 1993.
- Hair, J.F., et. Al. **Multivariate data analysis**. ๖th ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall, 2006.
- Joreskog, K. G., & Sorbom, D. **LISREL ๘ Structural Equation Modeling with the SIMPLIS Command Language**. Chicago : Scientific Software International, 1993.





ภาคผนวก ข

กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนำผลจากโครงการวิจัยไปใช้ประโยชน์

๑. กิจกรรมด้านวิชาการ

- พัฒนาตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่พัฒนาขึ้น หากผลการทดสอบพบว่ามีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์จะช่วยให้ได้องค์ความรู้ใหม่ที่เป็นตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุที่มีความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทสังคมไทยที่สามารถนำไปเป็นแหล่งอ้างอิงเพื่อการวิจัยต่อเนื่องหรือพัฒนาให้สมบูรณ์ให้ดียิ่งขึ้นต่อไปในอนาคต
- พัฒนาตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ หากผลการทดสอบพบว่ามีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์สามารถนำไปใช้เพื่อการวิจัยประเภทอื่นต่อไปได้ เช่นการสร้างโมเดลสมการโครงสร้างการวิจัยและพัฒนาหรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นต้น

๒. กิจกรรมด้านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการประยุกต์ใช้

- ผลจากการวิจัยในครั้งนี้จะทำให้ได้ตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ได้รับการยืนยันด้วยกระบวนการวิจัยที่สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนหรือสร้างเกณฑ์ประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุ เพื่อกำหนดจุดเด่นจุดด้อยในการพัฒนาผู้สูงอายุได้อย่างสอดคล้องกับปัญหาเพื่อช่วยลดปัญหาความไม่มีคุณภาพของผู้สูงอายุได้
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุสามารถใช้ตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่พัฒนาได้เป็นข้อมูลเพื่อพัฒนาการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุของหน่วยงานของตนเอง ให้มีคุณภาพต่อไป

**ตารางเปรียบเทียบวัตถุประสงค์ กิจกรรมที่วางแผนไว้
และกิจกรรมที่ได้ดำเนินการมาและผลที่ได้รับทั้งโครงการ**

กิจกรรม	ผลที่ได้รับ	บรรลุ วัตถุประสงค์	โดยทำให้
๑. การพัฒนาตัวชี้วัด การจัดการสุขภาวะ ของผู้สูงอายุ และ ตรวจสอบความ สอดคล้องของโมเดล	ทราบถึงข้อมูลการตัวชี้วัด การจัดการสุขภาวะของ ผู้สูงอายุ ภาคตะวันออก เฉียงเหนือ	ข้อที่ ๑-๒	ทำให้ทราบถึงตัวชี้วัดการ จัดการสุขภาวะของ ผู้สูงอายุ และตรวจสอบ ความสอดคล้องของ โมเดลกับข้อมูลเชิง ประจักษ์
๒. การลงพื้นที่ศึกษา	ทราบถึงข้อมูลตัวชี้วัดการ จัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ที่ตรงกับสภาพความต้องการ จริงของผู้สูงอายุ	ข้อที่ ๑-๒	ทำให้ได้ตัวชี้วัดที่เป็น ข้อมูลเชิงประจักษ์ และ สามารถตรวจสอบความ สอดคล้องของโมเดลได้
๓. การเก็บข้อมูลโดย การสัมภาษณ์ กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา การพัฒนาตัวชี้วัด ประกอบด้วย ๓ กลุ่ม (๑) ตัวแทนเจ้าหน้าที่ ของรัฐ จำนวน ๙ คน (๒) พระวิทยากร อบรมเรื่องจิตของ โรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน ๘ รูป (๓) ตัวแทนผู้สูงอายุ เข้าร่วม จำนวน ๑๓ คน โดยเลือกแบบ เจาะจง	ทราบถึงข้อมูล ตัวชี้วัดการ จัดการของกลุ่มที่ศึกษา คู่มือ การจัดการสุขภาวะของ ผู้สูงอายุตามความต้องการ ของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และผู้ ให้บริการ	ข้อที่ ๑-๒-๓	ทำให้สามารถวิเคราะห์ จัดการสุขภาวะของ ผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทาง ในการดูแลผู้สูงอายุที่ เหมาะสม
๔. ข้อเสนอแนะอื่น	ทราบถึงแนวทางในการ จัดการสุขภาวะผู้สูงอายุให้ดี ขึ้น ซึ่งเป็นข้อเสนอแนะและ แนวทางที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุ	ข้อที่ ๑-๒-๓	ทำให้ได้ข้อเสนอแนะการ จัดการสุขภาวะผู้สูงอายุ ให้ดีขึ้นสำหรับผู้สูงอายุ และผู้ที่เกี่ยวข้องนำไป

	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง		เป็นแนวทางการพัฒนา สุขภาวะของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น
๕. รายงานฉบับ สมบูรณ์	ได้รายงานฉบับสมบูรณ์ที่สามารถตอบวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย คือ ๑. เพื่อพัฒนาตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ๒. เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ๓. เพื่อสร้างคู่มือการจัดการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเลย	ข้อที่ ๑-๒-๓	ได้รายงานการวิจัยที่มีคุณค่าและสามารถตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยและคู่มือในการส่งเสริมพัฒนาการจัดการและการดูแลสุขภาวะของผู้สูงอายุที่เหมาะสม



แบบประเมินการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อความกับนิยามศัพท์เฉพาะเกี่ยวกับการพัฒนาองค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

คำชี้แจง

ให้ท่านช่วยพิจารณาว่าข้อความแต่ละข้อสอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะของตัวแปรด้านนั้นหรือไม่ โดยเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ เพื่อแสดงความคิดเห็นจากการพิจารณาความสอดคล้อง ซึ่งเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

- +๑ หมายถึง แน่ใจว่าวัดได้ตรงตามนิยามศัพท์เฉพาะของตัวแปรที่ต้องการวัด
- ๐ หมายถึง ไม่แน่ว่าวัดได้ตรงตามนิยามศัพท์เฉพาะของตัวแปรที่ต้องการวัด
- ๑ หมายถึง แน่ใจว่าวัดได้ไม่ตรงตามนิยามศัพท์เฉพาะของตัวแปรที่ต้องการวัด

ในแบบประเมินการจัดการสุขภาวะนี้มีตัวแปรที่วัด ดังนี้

๑. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางร่างกาย
๒. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต
๓. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม
๔. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านที่อนุเคราะห์ในการเป็นผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความสอดคล้อง

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางร่างกาย หมายถึง การมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่วไม่ติดขัด มีกำลังดำเนินชีวิต ไม่เป็นโรคที่ทำให้การดำรงชีวิตไม่คล่องตัว หรือมีโรคประจำตัวอยู่แต่ไม่มีอุปสรรคต่อการดำรงชีวิต ไม่พิการหรือถ้าพิการอยู่ก็สามารถดำรงชีวิตได้อย่างไม่เป็นอุปสรรค มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่เป็นอุปถัมภ์ใคร มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพด้านกายภาพ

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น		
		+๑	๐	-๑
๑.	<u>สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางร่างกาย</u> ผู้สูงอายุควรดำเนินกิจวัตรประจำวันที่ถูกต้อง เช่น กินปลา ไม่กินของทอด ออกกำลังกาย ดื่มน้ำสะอาด พักผ่อนให้เพียงพอ เป็นต้น			
๒.	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดี เช่น ดูแลสุขภาพ ตรวจร่างกายประจำปี อ่านข้อมูลความรู้การดูแลสุขภาพ กินอาหารที่มีประโยชน์ครบ ๕ หมู่ ออกกำลังกาย ไม่ดื่มเหล้า เป็นต้น			

๓.	ควรส่งเสริมการสร้างควมตระหนักให้ผู้สูงอายุเห็นถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพที่ดี			
๔.	การส่งเสริมสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจากทุกฝ่าย เช่น การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ การให้ความรู้ดูแลสุขภาพ			
๕.	ควรมีการจัดสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพกาย เช่น ทางเดินเรียบ ไม่มีสิ่งกีดขวาง ห้องน้ำมีราวจับ มีทางลาด อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่มีควันหรือมลพิษ เป็นต้น			
๖.	ป้องกันการเกิดโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อหรือภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ			

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง ไม่เครียดหรือคิดทำร้ายตนเอง มีความเมตตา สัมผัสกับความสุขของสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา ลดความเห็นแก่ตัวลง

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น		
		+๑	๐	-๑
๑.	การรวมกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุด้วยกันเพื่อลดความเครียด			
๒.	สร้างสายใยรักของคนในครอบครัวที่เข้มแข็ง และให้กำลังใจผู้สูงอายุ			
๓.	ผู้สูงอายุควรฝึกสมาธิ เจริญภาวนา นั่งวิปัสสนากรรมฐานเพื่อฝึกควบคุมจิตและอารมณ์ เพื่อให้สามารถควบคุมอารมณ์ได้			
๔.	ผู้สูงอายุควรมีเพื่อน หรือคนในบ้านเพื่อพูดคุย หรือปรึกษาเมื่อมีปัญหา			
๕.	ควรมีการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อหลีกเลี่ยงการส่งเสริมให้เกิดความเครียด			
๖.	หน่วยงานต่าง ๆ ให้ความรู้วิธีการผ่อนคลายความเครียดแก่ผู้สูงอายุ			
๗.	ผู้สูงอายุควรใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เพื่อไม่ให้มีเวลาคิดมาก			

๘.	ผู้สูงอายุควรหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจ เมื่อเกิดเผชิญปัญหาหรือความผิดหวัง ความสูญเสีย ทำให้สามารถปรับตัวปรับใจได้ ทำให้สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลง			
๙.	การจัดส่งเสริมการสร้างขวัญและกำลังใจให้ผู้สูงอายุ เช่น พิธีบายศรีผูกขวัญ หรือเสริมขวัญให้ผู้สูงอายุ			

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

สภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดีมีครอบครัวที่อบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีความภราดรภาพ มีสันติภาพ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบบริหารที่ดีและระบบการบริการเป็นกิจกรรมทางสังคม

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น		
		+๑	๐	-๑
๑.	สร้างกฎกติกาของชุมชนเพื่อความสุขของสังคมเป็นสังคมน่าอยู่			
๒.	ผู้สูงอายุควรนำหลักธรรมมายึดปฏิบัติ เพื่อให้สังคมอยู่ด้วยกันอย่างสามัคคี เช่น สังคหะวัตถุ ๔ หลักมรรทวารธรรม			
๓.	จัดนโยบายสาธารณะที่ดีต่อผู้สูงอายุเพื่อสภาวะสังคม			
๔.	ผู้สูงอายุและสมาชิกทุกคนควรปฏิบัติตามกฎระเบียบของสังคม			
๕.	การจัดกิจกรรมสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาล ประจำตำบล			
๖.	สังคมควรเป็นสังคมพึ่งพาและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน			
๗.	ผู้สูงอายุควรเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม หรือ ต่อชุมชน			

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

สภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดีหรือจิตสัมผัสที่มีคุณค่าสูงส่งหรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละการมีความเมตตาการเข้าถึงพระรัตนตรัย ความสุขทางจิตวิญญาณเป็นความสุขแต่ละบุคคล เป็นสภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากความมีตัวตน มีความสุขอันประณีตและล้ำลึก ความต้องการที่พอเพียงและรู้จักเคารพในทุกชีวิต

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น		
		+๑	๐	-๑
๑.	จัดศูนย์ฝึกปฏิบัติการพัฒนาจิตร่วมกันระหว่างวัด โรงเรียน ผู้สูงอายุ โรงพยาบาล หรือศูนย์พัฒนาจิต หรือมหาวิทยาลัยในท้องถิ่น และชุมชน			
๒.	ผู้สูงอายุควรเป็นคนที่คิดบวก คิดดีต่อตนเองและผู้อื่น			
๓.	ผู้สูงอายุต้องไม่ยึดติดในวัตถุ สิ่งของ และเป็นคนที่อยู่อย่างพอเพียง			
๔.	ผู้สูงอายุควรฝึกจิตภาวนา หรือฝึกจิตให้ว่าง อาจทำคนเดียว หรือร่วมกันปฏิบัติกับกลุ่มผู้สูงด้วยกัน			
๕.	ผู้สูงอายุควรปฏิบัติธรรม สวดมนต์ สะสมบุญ สร้างแต่กุศล			
๖.	ยึดมั่นในศีลธรรม เชื่อมั่นและศรัทธาในการทำ ความดี			
๗.	ผู้สูงอายุควรอยู่ด้วยความเมตตา กรุณา ไม่เห็นแก่ตัว ยึดหลักพรหมวิหารสี่			
๘.	ปรับตัวให้อยู่ในสังคมอย่างมีความสุข โดยนำหลักธรรมมาประยุกต์ใช้			

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน

(.....)



๑. ภาพบรรยากาศในการลงพื้นที่สำรวจ และสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ













แบบสรุปโครงการวิจัย

สัญญาเลขที่ ชื่อโครงการ หัวหน้าโครงการ	ว.๑๓๐/๒๕๖๐ การพัฒนาองค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พระครูปริยัติคุณรังษี,ผศ.ดร. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาลัยสงฆ์เลย โทร.๐๘๗-๘๕๕๖๕๒๔ Email : moonloei@hotmail.com
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙) เน้นการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมมีคุณภาพมีคุณค่าสามารถปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลงเป็นพลังในการพัฒนาสังคม (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ : ๒๕๕๓) ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วและจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ จากการคาดการณ์ในปี ๒๕๖๘ หรืออีก ๑๕ ปี ข้างหน้าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น ๑๔.๙ ล้านคนคิดเป็นร้อยละ ๒๐.๕ และในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ จะเพิ่มขึ้นเป็น ๑๗.๘ ล้านคนคิดเป็นร้อยละ ๒๕ ของประชากรทั้งประเทศ นั่นก็หมายความว่าในประชากรทุกๆ ๔ คนจะมีผู้สูงอายุ ๑ คน อัตราการเพิ่มแบบนี้เรียกว่าเป็นการเพิ่มที่ทวีคูณของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นในประเทศไทยไม่ใช่แค่เพียงประเทศไทยประเทศเดียวแต่เป็นแนวโน้มที่เกิดขึ้นกับทุกประเทศอย่างต่อเนื่องถือว่าประเทศไทยเป็นอันดับที่ ๒ รองจากสิงคโปร์ และผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนมากกว่าเพศชายคือ ๕๕ : ๔๕ และจะแตกต่างกันมากขึ้นตามกลุ่มอายุที่สูงขึ้นเพราะประชากรหญิงมีอายุที่ยืนยาวกว่าชาย ส่วนโครงสร้างประชากรของประเทศไทยมีการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วเช่นกันตามทะเบียนราษฎรในปี พ.ศ. ๒๕๓๘, ๒๕๔๓ และ ๒๕๕๔ มีจำนวนผู้สูงอายุ ๔๕๖,๐๐๐ ๕๘๗,๐๐๐ และ ๗๒๘,๖๔๕ คนคิดเป็นร้อยละ ๖.๖๙, ๗.๖๙ และ ๑๓.๒๐ ตามลำดับ (ศรีประภา ลุนละวงศ์ : ๒๕๕๕) การเพิ่มจำนวนขึ้นของผู้สูงอายุท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรงเช่นทุกวันนี้ ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตอยู่ในบ้านปลายอย่างมีความสุขของผู้สูงอายุ (สุวัจน์ เทียรทอง และชนินทร์ เจริญกุล, ๒๕๓๗) การสูงอายุเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ความชราไม่ใช่โรค ไม่ทำให้เกิดอาการใด ๆ ไม่รบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน แต่สามารถทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย และมักมีความรุนแรงและใช้เวลาในการฟื้นตัวมากกว่าวัยอื่น เนื่องจากความเสื่อมของร่างกายจึงทำให้เกิดปัญหาโรคเรื้อรังขึ้น โรคที่พบในผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ ได้แก่ มะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์/อัมพาต โรคหัวใจและหลอดเลือด วัณโรค โลหิตจาง ความจำเสื่อม โรคไขข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม และปวดเมื่อยหลังและบั้นเอว เป็นต้น ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง หรือคนดูแล คิดเป็นร้อยละ ๒๒ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โรคของผู้สูงอายุแสดงอย่างไม่จำเพาะหรือตรงไปตรงมา และเกิดลักษณะแบบเฉียบพลัน ร้อยละ ๕๐ ของผู้ป่วยสูงอายุ แนวโน้มมีโรคเกิดขึ้นใน	

ตัวมากกว่า ๒ โรค (เยาวยภา ใจรักดี, ๒๕๕๒) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ป่วยเป็นโรคมะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด วัณโรค โลหิตจาง ความจำเสื่อม โรคไขข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม มากเป็นอันดับต้นเมื่อเทียบกับทุกภาค อีกทั้งยังพบอีกว่าประชาชนในวัยทำงานที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมาทำงานต่างถิ่นทั้งให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง มีผู้สูงอายุหลายคนต้องเผชิญกับภาวะเบื่อ เหงา ขาดคนดูแลเอาใจใส่ รู้สึกตนเองไร้คุณค่า และหาความสุขในชีวิตที่เหลืออยู่ไม่ค่อยได้ (กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๓)

จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้นมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ย่อมเกิดผลกระทบในด้านสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเอง อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศเป็นอย่างมาก ครอบครัวสังคมไทยจำนวนมากที่ประสบปัญหาไม่สามารถรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุได้ ผู้สูงอายุบางส่วนจึงต้องไปพึ่งภาครัฐ ทำให้หน่วยงานภาครัฐจำเป็นต้องดำเนินการเตรียมความพร้อมจัดทำนโยบายและแผนระยะยาวไว้รองรับเพื่อให้เกิดความคุ้มครองในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น จึงได้มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรดังที่ปรากฏไว้ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๖) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๒ ได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการรองรับภาวะผู้สูงอายุไว้ ๕ ยุทธศาสตร์โดยยุทธศาสตร์สำคัญลำดับแรกคือยุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ รัฐบาลจึงได้ร่วมกับคณะกรรมการผู้สูงอายุในการขับเคลื่อนนโยบาย รวมไปถึงกระทรวงที่เกี่ยวข้องทุกกระทรวงที่บูรณาการร่วมกันในการขับเคลื่อนนโยบายในการสนับสนุนผู้สูงอายุรวม ๓ ด้าน คือนโยบายด้านแรกคืออยู่อย่างสบายกายรัฐบาลได้มีการปรับค่าเบี้ยการจ่ายเบี้ยจรัญเดือนจาก ๕๐๐ บาทเป็นระบบขั้นบันไดควบคู่กับนโยบายส่งเสริมสุขภาพ ๓๐ บาทรองรับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทุกโรงพยาบาล ประสานงานกับหน่วยงานในการจัดหาสถานที่ที่จะอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุทุกคนให้เหมาะสมรวมถึงการสนับสนุนสร้างวินัยในการออมภายใต้พระราชบัญญัติกองทุนการออมแห่งชาติประจำปี ๒๕๕๔ นโยบายด้านที่สองคือการอยู่อย่างมีคุณค่าโดยการถ่ายทอดเจตนารมณ์ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุและรวมถึงการรณรงค์ให้ลูกหลานตระหนักถึงการเคารพคุณค่าที่ผู้สูงอายุได้มีการเสียสละให้กับลูกหลานและคนรุ่นหลังสร้างเวทีที่จะขยายโอกาสให้ผู้สูงอายุทุกท่านที่จะร่วมถ่ายทอดประสบการณ์ให้กับคนรุ่นใหม่รวมถึงการขยายโอกาสในการประกอบอาชีพให้เหมาะสมกับสุขภาพเวลาและสถานที่ที่ผู้สูงอายุจะอำนวยความสะดวกได้นโยบายด้านที่สาม คือ ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างมีความสุขและสุขใจด้วยการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุได้สามารถพบปะพูดคุยกันแลกเปลี่ยนและทำกิจกรรมร่วมกันมีกิจกรรมที่เรียกว่า คน ๓ วัยแต่ใจตรงกัน คือ ผู้สูงอายุวัยทำงานและลูกหลานรวมอยู่ในสถานที่ชุมชนเพื่อให้การบริหารจัดการ การดูแลผู้สูงอายุให้มีระบบและให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องต้องตระหนักช่วยกันจากนโยบายที่กำหนดไว้นำมาสู่การปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพนั้นควรมีการจัดการที่ดีเพื่อตอบสนองนโยบาย ซึ่งการส่งเสริมการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุให้มีการปฏิบัติจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง ป้องกันโรคสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข และช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับการ

ตอบสนองความต้องการในชีวิตเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การจัดการสุขภาวะที่ส่งเสริมกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุให้สามารถปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ มีความสุข สามารถดำเนินชีวิตร่วมอยู่ในสังคมได้โดยไม่เป็นภาระหรือสร้างความเดือดร้อนให้กับผู้อื่น อีกทั้งการส่งเสริมที่เป็นไปตามความต้องการของผู้สูงอายุนั้น ๆ และสอดคล้องกับสภาพที่เป็นจริงทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิตใจ สุขภาพทางสังคม และสุขภาพจิตวิญญาณจะทำให้คุณภาพของผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดีขึ้น จากรายงานการวิจัยของ กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์ (ม.ป.ป.) พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีสุขภาวะทางจิตสูงกว่าเพศหญิง และงานวิจัยของ วัชรพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (๒๕๕๗) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพโดยนวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันการดูแลสุขภาวะอาจไม่เหมือนกัน ดังนั้นการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะศึกษาการจัดการสุขภาวะที่เป็นภาพรวมและการจัดการผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงด้วย

ข้อมูลที่กล่าวมาเป็นปัญหาสำคัญที่ทุกฝ่ายต้องร่วมมือกันหาวิธีการจัดการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุ คณะผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ไม่ได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ จึงเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหาอย่างต่อเนื่องตลอดมา ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการพัฒนาตัวบ่งชี้ว่าสำหรับผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือว่าเราจะต้องบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในประเด็นใดก่อนหลัง และหาแนวทางการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุ อาจมีทั้งแนวทางบางประเด็นสำหรับผู้สูงอายุเพศชาย และผู้สูงอายุเพศหญิง เพื่อเป็นคู่มือการนำไปใช้เป็นแนวทางกำหนดงานระดับนโยบาย ระดับชุมชน ระดับบุคคล ถ้ามีการพัฒนาตัวบ่งชี้และคู่มือสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยอย่างเป็นระบบแล้ว การแก้ปัญหาและสร้างมาตรการทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุให้เกิดความมั่นคงในการดำรงชีวิตสอดคล้องกับนโยบายเร่งด่วนตามยุทธศาสตร์การวิจัยของชาติสืบไป จะทำให้ไม่เป็นภาระของครอบครัว และภาระของภาระของภาครัฐอีกต่อไป และส่งเสริมให้ประเทศเป็นประเทศที่เข้มแข็ง

ผลการวิจัย

๑. ผลการพัฒนาตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
พบว่า การจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือแบ่งออกเป็นองค์ประกอบ ๔ องค์ประกอบ คือ ภาวะที่เป็นสุขทางกาย ภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ภาวะที่เป็นสุขทางสังคม และภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ มีตัวชี้วัด ๓๐ ตัว เมื่อพิจารณาออกเป็นแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางกาย ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๖ ตัว ได้แก่ ๑) ผู้สูงอายุควรดำเนินกิจวัตรประจำวันที่ต้องการ เช่น กินปลา ไม่กินสัตว์เนื้อแดง หรือสัตว์ใหญ่ การปรุงแต่งควรเป็นนึ่งหรือต้มแทนการทอด ไม่กิน

ของทอด ออกกำลังกายแต่ไม่หักโหมอาจเป็นการเดิน ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ ๖-๘ แก้ว พักผ่อนให้เพียงพอ เป็นต้น ๒) ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดี เช่น ดูแลสุขภาพ ตรวจร่างกายประจำปี อ่านข้อมูลความรู้การดูแลสุขภาพ กินอาหารที่มีประโยชน์ครบ ๕ หมู่ ออกกำลังกาย ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ ไม่กินของดิบ กินร้อนช้อนกลาง เป็นต้น ๓) ควรส่งเสริมการสร้างความตระหนักให้ผู้สูงอายุเห็นถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพที่ดี ๔) การส่งเสริมสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจากทุกฝ่าย เช่น การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ การให้ความรู้ดูแลสุขภาพ ๕) ควรมีการจัดสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพกาย เช่น ทางเดินเรียบไม่มีสิ่งกีดขวาง ห้องน้ำมีราวจับ มีทางลาด อากาศถ่ายเทสะดวกไม่มีควันหรือมลพิษ เป็นต้น และ ๖) ป้องกันการเกิดโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ

องค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๔ ตัว ได้แก่ ๑) การรวมกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุด้วยกัน เพื่อลดความเครียด ๒) สร้างสายใยรักของคนในครอบครัวที่เข้มแข็ง และให้กำลังใจผู้สูงอายุ ๓) ผู้สูงอายุควรฝึกสมาธิ เจริญภาวนา นั่งวิปัสสนากรรมฐานเพื่อฝึกควบคุมจิตและอารมณ์ เพื่อให้สามารถควบคุมอารมณ์ได้ ๔) ผู้สูงอายุควรมีเพื่อน หรือคนในบ้านเพื่อพูดคุย หรือปรึกษาเมื่อมีปัญหา ๕) ควรมีการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อหลีกเลี่ยงการส่งเสริมให้เกิดความเครียด ๖) หน่วยงานต่าง ๆ ให้ความรู้ จัดอบรม หรือดูแลวิธีการผ่อนคลายความเครียดแก่ผู้สูงอายุ ๗) ผู้สูงอายุควรใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เพื่อไม่ให้มีเวลาคิดมาก ๘) ผู้สูงอายุควรหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจ เมื่อเกิดเผชิญปัญหาหรือความผิดหวัง ความสูญเสีย ทำให้สามารถปรับตัวปรับใจได้ ทำให้สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลง และ ๙) การจัดส่งเสริมการสร้างขวัญและกำลังใจให้ผู้สูงอายุ เช่น พิธีบายศรีผูกขวัญ หรือเสริมขวัญให้ผู้สูงอายุ

องค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๗ ตัว ได้แก่ ๑) สร้างกฎกติกาของชุมชนเพื่อความสุขของสังคม เป็นสังคมน่าอยู่ ๒) ผู้สูงอายุควรนำหลักธรรมมายึดปฏิบัติ เพื่อให้สังคมอยู่ด้วยกันอย่างสามัคคี เช่น สังคหวัตถุ ๔ และยึดหลักฆราวาสธรรม ๓) จัดนโยบายสาธารณะที่ดีต่อผู้สูงอายุเพื่อสุขภาวะสังคม ๔) ผู้สูงอายุและสมาชิกทุกคนควรปฏิบัติตามกฎระเบียบของสังคม ๕) การจัดกิจกรรมสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลประจำตำบล ๖) สังคมควรเป็นสังคมพึ่งพาและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และ ๗) ผู้สูงอายุควรเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม หรือต่อชุมชน

องค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๘ ตัว ได้แก่ ๑) จัดศูนย์ฝึกปฏิบัติการพัฒนาจิตร่วมกัน ระหว่างวัด โรงเรียนผู้สูงอายุ โรงพยาบาล หรือศูนย์พัฒนาจิต หรือมหาวิทยาลัยในท้องถิ่น และชุมชน ๒) ผู้สูงอายุควรเป็นคนที่ดีต่อบวก คิดดีต่อตนเองและผู้อื่น ๓) ผู้สูงอายุต้องไม่ยึดติดในวัตถุ สิ่งของ และเป็นคนที่อยู่อย่างพอเพียง ๔) ผู้สูงอายุควรฝึกจิตภาวนา หรือฝึกจิตให้ว่าง อาจทำคนเดียวหรือร่วมกันปฏิบัติกับกลุ่มผู้สูงด้วยกัน ๕) ผู้สูงอายุควรปฏิบัติธรรม สวดมนต์ สะสมบุญ สร้างแต่กุศล ๖) ยึดมั่นในศีลธรรม เชื้อมั่นและศรัทธาในการทำความดี ๗) ผู้สูงอายุควรอยู่ด้วยความมีเมตตา

กรุณา ไม่เห็นแก่ตัว เสียสละ ยึดหลักพรหมวิหารสี่ และ ๘) ปรับตัวให้อยู่ในสังคมอย่างมีความสุข โดยนำหลักธรรมมาประยุกต์ใช้

๒. ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง องค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อันดับหนึ่ง ประกอบด้วย ๔ องค์ประกอบ ๓๐ ตัวชี้วัด โดยนำน้ำหนักองค์ประกอบของตัวชี้วัดทั้ง ๓๐ ตัว มีค่าเป็นบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ ทุกค่า ซึ่งตัวชี้วัดมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์อยู่ระหว่าง ๐.๑๔ – ๐.๕๒ แสดงว่า ตัวชี้วัดทั้ง ๓๐ ตัวเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่า ตัวชี้วัดข้อ ๑ – ๖ เป็นตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางร่างกาย มีน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง ๐.๕๕ – ๐.๘๗ และคะแนนองค์ประกอบอยู่ระหว่าง ๐.๐๖ – ๐.๓๑ ตัวชี้วัดข้อ ๗ – ๑๕ เป็นตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ มีน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง ๐.๕๑ – ๐.๗๑ และคะแนนองค์ประกอบอยู่ระหว่าง ๐.๐๕ – ๐.๒๐ ตัวชี้วัดข้อ ๑๖ – ๒๒ เป็นตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม มีน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง ๐.๔๕ – ๐.๖๖ และคะแนนองค์ประกอบอยู่ระหว่าง ๐.๐๘ – ๐.๒๖ ตัวชี้วัดข้อ ๒๓ – ๓๐ เป็นตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ มีน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง ๐.๔๖ – ๐.๖๐ และคะแนนองค์ประกอบอยู่ระหว่าง ๐.๐๖ – ๐.๒๔

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบทั้ง ๔ องค์ประกอบมีค่าเป็นบวก คือ มีค่าตั้งแต่ ๐.๓๑ – ๐.๘๒ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ ทุกค่า แสดงให้เห็นว่าทุกองค์ประกอบมีความเหมาะสมเป็นองค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สามารถเรียงค่าน้ำหนักองค์ประกอบจากมากไปน้อยดังนี้ องค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ องค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ (MEN) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ เท่ากับ ๐.๘๒ มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ เท่ากับ ๐.๘๐ รองลงมา องค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม (SOC) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ เท่ากับ ๐.๘๐ มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ เท่ากับ ๐.๗๔ และองค์ประกอบด้านจิตวิญญาณ (PSI) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ เท่ากับ ๐.๗๗ มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ เท่ากับ ๐.๖๒ ส่วนองค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางร่างกาย (PHY) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบน้อยที่สุดมีค่า เท่ากับ ๐.๗๗ มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ เท่ากับ ๐.๑๕

ผลการวิเคราะห์โมเดลองค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาจากค่าไคสแควร์ (Chi-Square) เท่ากับ ๓๘๖.๖๘ ที่องศาแห่งความเป็นอิสระ (df) เท่ากับ ๓๕๐ ค่าความน่าจะเป็น (p-Value) เท่ากับ .๐๙ แสดงว่าค่าไคสแควร์ไม่มีนัยสำคัญ ส่วนดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (GFI) และดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) มีค่าเท่ากับ ๐.๙๔ และ ๐.๙๒ ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ ค่าดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสอง

ของการประมาณค่า (RMSEA) มีค่าเท่ากับ ๐.๐๒ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ และค่าจำนวนวิกฤติ (CN) มีค่าเท่ากับ ๔๒๖.๙๐ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ แสดงว่า โมเดลองค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

๓. คู่มือการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเลย พบว่า คู่มือควรแบ่งออกเป็น ๓ กลุ่ม คือ คู่มือสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ คู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ และคู่มือสำหรับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และข้อค้นพบที่ต้องค้ำประกอบมีน้ำหนักคะแนนสูงที่สุด คือด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ดังนั้นคู่มือควรเน้นให้ความสำคัญในการพัฒนาการจัดการเรื่องนี้ ในการจัดการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ และด้านภาวะที่เป็นสุขทางกาย รูปแบบมีทั้งให้ความรู้ ฝึกอบรม ฝึกปฏิบัติ สร้างความตระหนักจากหลายฝ่าย ร่วมกันในการจัดการส่งเสริมสุขภาวะ

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

- เพื่อเป็นแนวทางในการจัดสุขภาวะของผู้สูงอายุ ในการดูแลตนเอง
- เพื่อเป็นข้อเสนอแนะและแนวทางที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การประชาสัมพันธ์

- มีการประชาสัมพันธ์ผลงานวิจัยทางอินเทอร์เน็ตของวิทยาลัยสงฆ์เลย
- มีการประชาสัมพันธ์ทางสิ่งพิมพ์
- มีการประชาสัมพันธ์ในองค์การบริหารส่วนตำบล
- มีการประชาสัมพันธ์ในโรงเรียนผู้สูงอายุ



ประวัติผู้วิจัย

หัวหน้าโครงการ

- ๑.ชื่อ-นามสกุล(ภาษาไทย) พระครูปริยัติคุณรังษี,ผศ.ดร.
- ชื่อ-นามสกุล(ภาษาอังกฤษ) PhrakhruPariyattikhunrangsi , Assist.Prof,Ph.D
- ๒.เลขประจำตัวประชาชน
- ๓.รหัสประจำตัวนักวิจัยแห่งชาติ ผู้อำนวยการสำนักงานวิชาการวิทยาลัยสงฆ์เลย
- ๔.ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์ประจำวิทยาลัยสงฆ์เลย
- ๕.หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาลัยสงฆ์
เลย ๑๑๙ ม.๕ ตำบลศรีสองรัก อำเภอเมือง จังหวัด
เลย
มหาวิทยาลัยรามคำแหง ปี ๒๕๕๓
-กศ.ม. (ภาษาไทย)
มหาวิทยาลัยสารคาม ปี ๒๕๕๕
- ระดับปริญญาเอก สาขาวิชา การบริหารการศึกษา
มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย ปี ๒๕๕๘
๖. ประวัติการศึกษา
- พธ.บ. (การสอนสังคมศึกษา)
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ปี ๒๕๔๑
- ศศ.บ. (รัฐศาสตร์)
มหาวิทยาลัยรามคำแหง ปี ๒๕๕๓
-กศ.ม. (ภาษาไทย)
มหาวิทยาลัยสารคาม ปี ๒๕๕๕
- ระดับปริญญาเอก สาขาวิชา การบริหารการศึกษา
มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย ปี ๒๕๕๘

๗. งานวิจัย

งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว

๑. บทบาทของพระพุทธรูปศาสตรบัณฑิตวิทยาลัยกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน
ด้านเศรษฐกิจ : ศึกษากรณีกองทุนหมู่บ้านชุมชนเมืองเลย จังหวัดเลย ๒๕๕๘

๒. ปัญหาและอุปสรรคการใช้สาระการเรียนรู้พระพุทธศาสนาตามหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช ๒๕๔๔ ช่วงชั้นที่ ๔ ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา เลย เขต ๑ ๒๕๔๙

๓. ความพึงพอใจต่อการบริหารและการให้บริการแก่สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์ครูเลย จำกัด

๒๕๕๔

๔. แนวทางการพัฒนาจัดการศึกษาในโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา กลุ่ม ๗ ๒๕๕๖



๑. ชื่อ (ภาษาไทย)

นางสงสุข ภาแก้ว

(ภาษาอังกฤษ)

Mrs.Songsuk phakaew

๒. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน:

๓. ตำแหน่งปัจจุบัน :

อาจารย์ประจำหลักสูตร สาขาวิชาเอกการสอนภาษาไทย

วิทยาลัยสงฆ์เลย

๔. หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก:

๕๐๖ หมู่ ๘ ถนนภูมิถี ตำบลวังสะพุง จังหวัดเลย ๔๒๑๓๐

๕. ประวัติการศึกษา :

ปริญญาตรี ค.บ. (ภาษาไทย) วิทยาลัยครูเลย ๒๕๒๘

ปริญญาโท กศ.ม. (ภาษาไทย) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ๒๕๔๖

๖. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

-การสร้างภาพยนตร์หาเวสสันดรชาดกกันทม์ทรี สู่การอนุรักษ์ประเพณีสวดสรภัญญ์พื้นบ้านอีสาน

ประวัติผู้ร่วมวิจัย

๑. ชื่อ (ภาษาไทย) รองศาสตราจารย์ ดร.ภัทรพร เกษสังข์
(ภาษาอังกฤษ) ASSOC.PROF. DR. Patthraporn Kessung
๒. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน :
๓. รหัสประจำตัวนักวิจัยแห่งชาติ
๔. ตำแหน่งปัจจุบัน : รองศาสตราจารย์ ประจำคณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
หัวหน้ากลุ่มวิชา วัฒนการศึกษาศึกษา
๕. หน่วยงานและสถานที่ติดต่อได้สะดวก:
คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
ถนนเลย-เชียงคาน อ.เมืองเลย จังหวัดเลย ๔๒๐๐
โทร. ๐๔๒-๘๓๕๒๒๙ โทรสาร. ๐๔๒-๘๓๕๐๔๐
โทรศัพท์มือถือ 089-213-279-9
E-mail : p_kessung@yahoo.co.th
๖. ประวัติการศึกษา :
ปริญญาตรี ค.บ.(คหกรรมศาสตร์)
วิทยาลัยครูพระนคร ๒๕๓๓
ศษ.บ. (การวัดและประเมินผลการศึกษา)
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ๒๕๓๗
ปริญญาโท กศ.ม. (การวัดผลการศึกษา)
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร ๒๕๓๙
ปริญญาเอก กศ.ด. (การทดสอบและวัดผลการศึกษา)
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ๒๕๔๖
๖. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ :

สาขาวิชาสถิติทางการวิจัย

๗. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ:

๗.๑ งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว :

๗.๑.๑ ชื่อโครงการ : การวางระบบติดตามและประเมินโครงการผลการพัฒนาครูและบุคลากรทางการศึกษา เพื่อปฏิรูปการเรียนรู้ : กรณีศึกษาการจัดทำหลักสูตรสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น กลุ่มโรงเรียนภูพาน

สถานภาพในการทำวิจัย: หัวหน้าโครงการ

แหล่งทุน : มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

ปีที่ได้รับทุน: ๒๕๔๗

๗.๑.๒ ชื่อโครงการ: การศึกษาผลกระทบทางสังคม เกี่ยวกับการสร้างกระเช้าไฟฟ้าขึ้นภูกระดึง

สถานภาพในการทำวิจัย: หัวหน้าโครงการ

แหล่งทุน : องค์การบริหารส่วนจังหวัดเลย

ปีที่ได้รับทุน: ๒๕๔๗

๗.๑.๓ ชื่อโครงการ: การวิจัยและพัฒนาหลักสูตรการบริหารและการพัฒนาท้องถิ่น ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในส่วนองค์การบริหารส่วนตำบล

สถานภาพในการทำวิจัย: หัวหน้าโครงการ

แหล่งทุน : มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

ปีที่ได้รับทุน: ๒๕๔๘

๗.๑.๔ ชื่อโครงการ: การจัดการเอกลักษณ์ท้องถิ่นบ้านกลาง อำเภอเชียงคาน เพื่อพัฒนาการท่องเที่ยว

สถานภาพในการทำวิจัย: หัวหน้าโครงการ

แหล่งทุน : มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

ปีที่ได้รับทุน: ๒๕๔๙

๗.๑.๕ ชื่อโครงการ: THE GUIDELINE OF HUMAN RESEARCH DEVELOPMENT : CASE STUDY TEACHER

สถานภาพในการทำวิจัย: หัวหน้าโครงการ

แหล่งทุน : มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

ปีที่ได้รับทุน: ๒๐๐๗

๗.๑.๖ ชื่อโครงการ: การพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัยของครู สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาเลย เขต ๑ โดยกระบวนการแบบมีส่วนร่วม

สถานภาพในการทำวิจัย: หัวหน้าโครงการ

แหล่งทุน : มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

ปีที่ได้รับทุน: ๒๕๕๑

๗.๑.๗ ชื่อโครงการ: การพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยยึดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง : กรณีศึกษาหมู่บ้านโนนผากเลย โดยกระบวนการแบบมีส่วนร่วม

สถานภาพในการทำวิจัย: หัวหน้าโครงการ

แหล่งทุน : มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

ปีที่ได้รับทุน: ๒๕๕๕

๗.๑.๘ ชื่อโครงการ: การพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการเตรียมความพร้อมสู่ประชาคมอาเซียนของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สถานภาพในการทำวิจัย: หัวหน้าโครงการ

แหล่งทุน : มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

ปีที่ได้รับทุน: ๒๕๕๕

๗.๑.๙ ชื่อโครงการ: การพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุความรับผิดชอบต่อสังคมของนักศึกษาคณะครุศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

สถานภาพในการทำวิจัย: หัวหน้าโครงการ

แหล่งทุน : มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

ปีที่ได้รับทุน: ๒๕๕๕

๗.๑.๑๐ ชื่อโครงการ: สมรรถนะและการประเมินความต้องการจำเป็นเพื่อพัฒนาวิชาชีพครู ในศตวรรษที่ ๒๑ ของครูกลุ่มสาระการเรียนรู้สังคมศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม โรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดเลย

สถานภาพในการทำวิจัย: หัวหน้าโครงการ

แหล่งทุน : มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

ปีที่ได้รับทุน: ๒๕๖๐

๗.๒ งานวิจัยที่กำลังทำ :

๗.๒.๑ ชื่อโครงการ: การจัดการเรียนรู้ด้านสุขภาวะของผู้สูงอายุตามแนวพุทธศาสนา

สถานภาพในการทำวิจัย: ผู้ร่วมวิจัย

แหล่งทุน : สำนักคณะกรรมการการอุดมศึกษา(สกอ)

ปีที่ได้รับทุน: ๒๕๕๕

การวิจัยลุล่วงแล้วประมาณร้อยละ : ร้อยละ ๘๐

๗.๒.๒ ชื่อโครงการ: การพัฒนาเครือข่ายการจัดการเรียนรู้ศาสตร์พระราชาด้านเกษตรกรรมยั่งยืนเพื่อเสริมสร้งสุขภาวะชุมชนอยู่ดี กินดี มีสุข เทศบาลตำบลโนนทอง อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

สถานภาพในการทำวิจัย: หัวหน้าโครงการ

แหล่งทุน : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้งเสริมสุขภาพ (สสส.)

ปีที่ได้รับทุน: ๒๕๖๑

การวิจัยลุล่วงแล้วประมาณร้อยละ : ร้อยละ ๓๕

๗.๒.๓ ชื่อโครงการ: รูปแบบการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบโดยบูรณาการการขับเคลื่อนกระบวนการชุมชนแห่งการเรียนรู้ทางวิชาชีพกับหลักส้งคหวัดถุ ๔ สู่สถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา จังหวัดเลย

สถานภาพในการทำวิจัย: ผู้ร่วมวิจัย

แหล่งทุน : สำนักคณะกรรมการการอุดมศึกษา(สกอ)

ปีที่ได้รับทุน: ๒๕๖๑

การวิจัยลุล่วงแล้วประมาณร้อยละ : ร้อยละ ๑๐