

# การพัฒนาองค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

The development of indicators for management of elder health Well-being in the  
northeast, Thailand

ภัทราพร เกษสังข์<sup>1</sup> พระครูปริยัติคุณรังสี<sup>2</sup> ส่งสุข ภาแก้ว<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาตัวชี้วัดการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2) ตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลตัวชี้วัดการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และ 3) สร้างคู่มือการจัดการเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเลย กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาการพัฒนาตัวชี้วัดการเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ (1) ตัวแทนเจ้าหน้าที่ของรัฐ จำนวน 6 คน (2) พระวิทยากรอบรมเรื่องจิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 3 รูป (3) ตัวแทนผู้สูงอายุ จำนวน 13 คน เครื่องมือ คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา กลุ่มตัวอย่างในการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลตัวชี้วัด ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุประจำจังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ จังหวัดเลย จังหวัดหนองบัวลำภู จังหวัดอุดรธานี จำนวน 500 คน เครื่องมือ คือ แบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับ และกลุ่มเป้าหมายในการสร้างคู่มือการเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ (1) ตัวแทนเจ้าหน้าที่ของรัฐ จำนวน 6 คน (2) พระสงฆ์ จำนวน 3 รูป (3) ตัวแทนผู้สูงอายุ จำนวน 11 คน เครื่องมือ คือ การสัมภาษณ์เชิงลึก การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. ผลการพัฒนาองค์ประกอบและตัวชี้วัด พบว่า การจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แบ่งออกเป็นองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ คือ ภาวะที่เป็นสุขทางกาย ภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ภาวะที่เป็นสุขทางสังคม และภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ และมีตัวชี้วัด 30 ตัว

2. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบมีค่าเป็นบวก คือ มีค่าตั้งแต่ 0.31 – 0.82 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกค่า องค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ องค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ มี 9 ตัวชี้วัด รองลงมา องค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม มี 7 ตัวชี้วัด และองค์ประกอบด้านจิตวิญญาณ มี 8 ตัวชี้วัด และองค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางกาย มี 6 ตัวชี้วัด 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)

**คำสำคัญ:** ตัวชี้วัด สุขภาพ ผู้สูงอายุ

<sup>1</sup> อาจารย์ประจำสาขาวิชาการวิจัยและประเมินผลการศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

<sup>2</sup> อาจารย์ประจำสาขาวิชาภาษาไทย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

## 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) 13 elderly participants. Samples were used to check the consistency of the indicators model management of Elder Health, Well-Being namely 500 elders are studying in the elderly schools in the 3 province in the Northeast BE 2560, include Loei, Nongbualumphu and Udonthani. And 3 target audiences was used to create a guide to managing the Elder Health, Well-Being were (1) representatives of 6 government officials (2) 3 monks (3) seniors attended by 11 elderly people. Data collect by used in-depth interview, the respondents and data analysis. Qualitative data analyses by documentary analysis and analyzing the content, while 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 founded 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 level, 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 happiness physical, and contains 6 indicators. 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)

**Keywords:** indicators, happy condition, the elderly

### ความเป็นมาของปัญหา

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) เน้นการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมมีคุณภาพมีคุณค่าสามารถปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลงเป็นพลังในการ

พัฒนาสังคม (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2553) ประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2568 การเพิ่มจำนวนขึ้นของผู้สูงอายุท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว

ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ป่วยเป็นโรคเมเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ วัณโรค โรคไขข้ออักเสบ มากเป็นอันดับต้น เมื่อเทียบกับทุกภาค อีกทั้งยังพบอีกว่า ผู้สูงอายุหลายคนต้องเผชิญกับภาวะเบื่อ เหงา ขาดคนดูแลเอาใจใส่ รู้สึกตนเองไร้คุณค่า และหาความสุขในชีวิตที่เหลืออยู่ไม่ค่อยได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ย่อมเกิดผลกระทบในด้านสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเอง อีกทั้งครอบคลุมวงสังคมไทยจำนวนมากที่ประสบปัญหาไม่สามารถรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุได้ ผู้สูงอายุบางส่วนจึงต้องไปพึ่งภาครัฐ ทำให้หน่วยงานภาครัฐต้องดำเนินการเตรียมความพร้อมจัดทำนโยบายและแผนระยะยาวไว้รองรับเพื่อให้เกิดความคุ้มครองในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น การดูแลผู้สูงอายุให้มีระบบและบรรลุนเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ทุกฝ่ายต้องตระหนักช่วยกันจากนโยบายที่กำหนดไว้ นำมาสู่การปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพที่มีการจัดการที่ดี อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อมูลดังกล่าวมาเป็นปัญหาสำคัญที่ทุกฝ่ายต้องร่วมมือกันหาวิธีการจัดการส่งเสริมสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ คณะผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการพัฒนาตัวชี้วัดสำหรับผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ว่าเราจะต้องบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในประเด็นใด และหาแนวทางการจัดการสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นคู่มือการนำไปใช้ที่สอดคล้องกับนโยบายเร่งด่วนตามยุทธศาสตร์การวิจัยของชาติสืบไป และส่งเสริมให้ประเทศเป็นประเทศที่เข้มแข็ง

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาตัวชี้วัดการจัดการสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลตัวชี้วัดการจัดการสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับข้อมูลเชิงประจักษ์
3. เพื่อสร้างคู่มือการจัดการเสริมสร้างสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเลย

## วิธีดำเนินการวิจัย

### ขอบเขตการวิจัย

คณะผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการศึกษาดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ขอบเขตด้านกลุ่มเป้าหมาย ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

- 1.1 กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ

- 1) ตัวแทนเจ้าหน้าที่ของรัฐ
- 2) พระวิทยากรอบรมเรื่องจิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ
- 3) ตัวแทนผู้สูงอายุ โดยเลือกแบบเจาะจง

- 1.2 ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุที่กำลังศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุประจำจังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พ.ศ. 2560 จำนวน 1,665 คน

- 1.3 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่กำลังศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุ 3 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเลย จังหวัดหนองบัวลำภู จังหวัดอุดรธานี จำนวน 500 คน โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน

2. ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ภาวะที่เป็นสุขทางกาย (Physical Well-being) ภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ (Mental Well-being) ภาวะที่เป็นสุขทางสังคม

(Social Well-being) และภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ (Spiritual Well-being)

### 3. การดำเนินการวิจัย

3.1 การพัฒนาตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

3.1.1 ศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับหลักการและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจากเอกสาร บทความ และงานวิจัย

3.1.2 นำข้อมูลที่ได้จากข้อ 3.1.1 ทำการวิเคราะห์เพื่อเป็นร่างตัวชี้วัดและเป็นประเด็นการสัมภาษณ์ร่างตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ

3.1.3 สัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาการพัฒนาตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ 1) ตัวแทนเจ้าหน้าที่ของรัฐ จำนวน 6 คน ได้แก่ สาธารณสุขประจำอำเภอเมืองจังหวัดเลย จำนวน 1 คน อาสาสมัคร (อสม.) จำนวน 5 คน 2) พระวิทยากรอบรมเรื่องจิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 3 รูป 3) ตัวแทนผู้สูงอายุ จำนวน 13 คน ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน (เพศชาย 5 คน เพศหญิง 5 คน) และประธานโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 3 คน โดยเลือกแบบเจาะจง

3.1.4 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเด็นการวิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัด และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับสุขภาวะและการจัดการสุขภาวะ

3.1.5 การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

3.2 ตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผู้วิจัยนำตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุที่พัฒนาได้ มาเป็นกรอบสร้างเครื่องมือการวิจัย เพื่อ

วิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงยืนยัน และตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลตัวชี้วัดกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนี้

### 3.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พ.ศ. 2560 จำนวน 18,665 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่กำลังศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานี จังหวัดหนองบัวลำภู และจังหวัดเลย ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่าง จำนวน 500 คน โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน

### 3.2.2 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์จากผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยการตอบแบบสอบถาม และนำข้อมูลวิเคราะห์ต่อไป

3.2.3 การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยการหาความถี่ และร้อยละ

2) วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน และหาค่าน้ำหนักตัวแปรย่อยที่ใช้ในการสร้างตัวชี้วัด การตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดล ผู้วิจัยใช้ค่าสถิติตรวจสอบ ดังนี้ (Joreskog & Sorbom, 1993)

(1) ค่าสถิติไคสแควร์ (Chi - Square statistics) เป็นค่าสถิติที่ใช้ทดสอบสมมุติฐานทางสถิติว่าฟังก์ชันความสอดคล้องมีค่าเป็นศูนย์ ถ้าค่าสถิติไคสแควร์ มีค่าต่ำมาก หรือเข้าใกล้ศูนย์แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

(2) ดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (Goodness of Fit Index: GFI) ซึ่งเป็นอัตราส่วนผลต่างระหว่างฟังก์ชันความสอดคล้องจากโมเดลก่อน และหลังปรับโมเดลกับฟังก์ชันความสอดคล้องก่อนปรับโมเดล ค่า GFI มีค่ามากกว่า 0.90 แสดงว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

(3) ดัชนีสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted Goodness of Fit Index: AGFI) ซึ่งนำ GFI มาปรับแก้และคำนึงถึงขนาดของตัวแปรและกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเท่ากับหรือเข้าใกล้ 1 แสดงว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

(4) ค่า RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) เป็นค่าที่บ่งบอกถึงความไม่สอดคล้องของโมเดลที่สร้างขึ้นกับเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมของประชากร ค่า RMSEA ที่น้อยกว่า 0.05 แสดงว่ามีความสอดคล้องสนิท (Close fit) 2.4 นำผลการวิเคราะห์จากการตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลมาคัดเลือกตัวชี้วัด ที่มีค่าความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง คือ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.30

3.3 สร้างคู่มือการจัดการเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเลย

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างคู่มือการจัดการเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุ และตรวจสอบคุณภาพของคู่มือ โดยนำตัวชี้วัดที่ได้นำสู่แนวทางการปฏิบัติตามตัวชี้วัดที่พัฒนา โดยการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ 1) ตัวแทนเจ้าหน้าที่ของรัฐจำนวน 6 คน ได้แก่ สาธารณสุขประจำอำเภอเมืองจังหวัดเลย จำนวน 1 คน อาสาสมัคร (อสม.) จำนวน 5 คน 2) พระวิทยากรอบรมเรื่องจิตของโรงเรียนผู้สูงอายุจำนวน 3 รูป 3) ตัวแทนผู้สูงอายุ จำนวน 11 คน ได้แก่

ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน (เพศชาย 5 คน เพศหญิง 5 คน) และประธานโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน โดยเลือกแบบเจาะจง จากนั้นปรับคู่มือตามคำชี้แนะ และเขียนเป็นคู่มือ

## ผลการวิจัย

### การพัฒนาตัวชี้วัดการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

การจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือแบ่งออกเป็นองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ คือ ภาวะที่เป็นสุขทางกาย ภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ภาวะที่เป็นสุขทางสังคม และภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ มีตัวชี้วัด 30 ตัว เมื่อพิจารณาออกเป็นแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางกาย ประกอบด้วยตัวชี้วัด 6 ตัว ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุควรดำเนินกิจกรรมประจำวันที่ถูกต้อง เช่น กินปลา ไม่กินสัตว์เนื้อแดง หรือสัตว์ใหญ่ การปรุงแต่งควรเป็นหนึ่งหรือต้มแทนการทอด ไม่กินของทอด ออกกำลังกายแต่ไม่หักโหม อาจเป็นการเดิน ตีมน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว พักผ่อนให้เพียงพอ เป็นต้น 2) ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดี เช่น ดูแลสุขภาพ ตรวจร่างกายประจำปี อ่านข้อมูลความรู้การดูแลสุขภาพ กินอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ ออกกำลังกายไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ ไม่กินของดิบ กินร้อนช้อนกลาง เป็นต้น 3) ควรส่งเสริมการสร้างความตระหนักให้ผู้สูงอายุเห็นถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพที่ดี 4) การส่งเสริมสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจากทุกฝ่าย เช่น การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ การให้ความรู้ดูแลสุขภาพ 5) ควรมีการจัดสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพกาย เช่น ทางเดินเรียบไม่มีสิ่งกีดขวาง ห้องน้ำมีราวจับ มีทางลาด อากาศถ่ายเทสะดวก

ไม่มีควันหรือมลพิษ เป็นต้น และ 6) ป้องกันการเกิดโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ

องค์ประกอบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ประกอบด้วยตัวชี้วัด 9 ตัว ได้แก่ 1) การรวมกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุด้วยกันเพื่อลดความเครียด 2) สร้างสายใยรักของคนในครอบครัวที่เข้มแข็ง และให้กำลังใจผู้สูงอายุ 3) ผู้สูงอายุควรฝึกสมาธิ เจริญภาวนา นั่งวิปัสสนากรรมฐานเพื่อฝึกควบคุมจิตและอารมณ์ เพื่อให้สามารถควบคุมอารมณ์ได้ 4) ผู้สูงอายุควรมีเพื่อน หรือคนในบ้านเพื่อพูดคุย หรือปรึกษาเมื่อมีปัญหา 5) ควรมีการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อหลีกเลี่ยงการส่งเสริมให้เกิดความเครียด 6) หน่วยงานต่างๆ ให้ความรู้ จัดอบรม หรือดูแลวิธีการผ่อนคลายความเครียดแก่ผู้สูงอายุ 7) ผู้สูงอายุควรใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เพื่อไม่ให้มีเวลาคิดมา 8) ผู้สูงอายุควรหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจ เมื่อเกิดเผชิญปัญหาหรือความผิดหวัง ความสูญเสีย ทำให้สามารถปรับตัวปรับใจได้ ทำให้สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลง และ 9) การจัดส่งเสริมการสร้างขวัญและกำลังใจให้ผู้สูงอายุ เช่น พิธีบายศรีผูกขวัญ หรือเสริมขวัญให้ผู้สูงอายุ

องค์ประกอบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม ประกอบด้วยตัวชี้วัด 7 ตัว ได้แก่ 1) สร้างกฎกติกาของชุมชนเพื่อความสุขของสังคมเป็นสังคมน่าอยู่ 2) ผู้สูงอายุควรนำหลักธรรมมายึดปฏิบัติ เพื่อให้สังคมอยู่ด้วยกันอย่างสามัคคี เช่น สังคหวัตถุ 4 และยึดหลักฆราวาสธรรม 3) จัดนโยบายสาธารณะที่ดีต่อผู้สูงอายุ เพื่อสุขภาพะสังคม 4) ผู้สูงอายุและสมาชิกทุกคนควรปฏิบัติตามกฎระเบียบของสังคม 5) การจัดกิจกรรมสัมพันธ์

ให้ผู้สูงอายุจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลประจำตำบล 6) สังคมควรเป็นสังคมพึ่งพาและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และ 7) ผู้สูงอายุควรเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม หรือต่อชุมชน

องค์ประกอบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ ประกอบด้วยตัวชี้วัด 8 ตัว ได้แก่ 1) จัดศูนย์ฝึกปฏิบัติการพัฒนาจิตร่วมกันระหว่างวัด โรงเรียน ผู้สูงอายุ โรงพยาบาล หรือศูนย์พัฒนาจิต หรือมหาวิทยาลัยในท้องถิ่น และชุมชน 2) ผู้สูงอายุควรเป็นคนที่ดีบวกร คิดดีต่อตนเองและผู้อื่น 3) ผู้สูงอายุต้องไม่ยึดติดในวัตถุ สิ่งของ และเป็นคนที่อยู่อย่างพอเพียง 4) ผู้สูงอายุควรฝึกจิตภาวนา หรือฝึกจิตให้ว่าง อาจทำคนเดียวหรือร่วมกันปฏิบัติกับกลุ่มผู้สูงด้วยกัน 5) ผู้สูงอายุควรปฏิบัติธรรม สวดมนต์ สะสมบุญ สร้างแต่กุศล 6) ยึดมั่นในศีลธรรม เชื่อมั่นและศรัทธาในการทำความดี 7) ผู้สูงอายุควรอยู่ด้วยความมีเมตตา กรุณา ไม่เห็นแก่ตัว เสียสละ ยึดหลักพรหมวิหารสี่ และ 8) ปรับตัวให้อยู่ในสังคมอย่างมีความสุข โดยนำหลักธรรมมาประยุกต์ใช้

#### **การตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลตัวชี้วัดการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับข้อมูลเชิงประจักษ์**

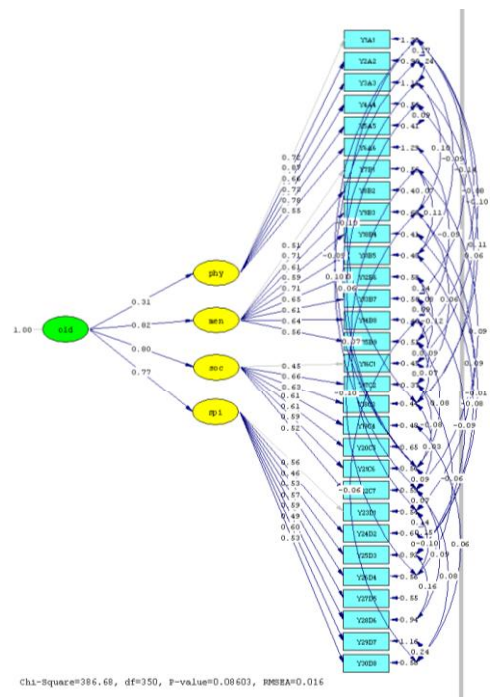
ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง องค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อันดับทีหนึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ 30 ตัวชี้วัด โดยนำหนักองค์ประกอบของตัวชี้วัดทั้ง 30 ตัว มีค่าเป็นบวก ทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งตัวชี้วัดมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์อยู่ระหว่าง 0.14–0.52 เมื่อพิจารณาเรียงองค์ประกอบพบว่าตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางร่างกาย

มี 6 ตัว น้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.55 – 0.87 และคะแนนองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.06 – 0.31 ตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ มีตัวชี้วัด 9 ตัว น้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.51 – 0.71 และคะแนนองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.05 – 0.20 ตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางทางสังคม มีตัวชี้วัด 7 ตัว น้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.45 – 0.66 และคะแนนองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.08 – 0.26 ตัวชี้วัดในองค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ มีตัวชี้วัด 8 ตัว น้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.46 – 0.60 และคะแนนองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.06 – 0.24

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบมีค่าเป็นบวก มีค่าตั้งแต่ 0.31 – 0.82 ทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกค่า แสดงว่าทุกองค์ประกอบมีความเหมาะสมเป็นองค์ประกอบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ องค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ องค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ (MEN) มีค่า เท่ากับ 0.82 มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ เท่ากับ 0.80 รองลงมา องค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม (SOC) มีค่า เท่ากับ 0.80 มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ เท่ากับ 0.74 และองค์ประกอบด้านจิตวิญญาณ (PSI) มีค่า เท่ากับ 0.77 มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ เท่ากับ 0.62 ส่วนองค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางร่างกาย (PHY) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบน้อยที่สุดมีค่า เท่ากับ 0.77 มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ เท่ากับ 0.15

ผลการวิเคราะห์โมเดลองค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาจาก ค่าไคสแควร์ เท่ากับ 386.68 ค่าความน่าจะเป็น (p-value) เท่ากับ .09 แสดงว่า

ค่าไคสแควร์ไม่มีนัยสำคัญ ส่วนดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (GFI) และดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) มีค่าเท่ากับ 0.94 และ 0.92 ตามลำดับ ค่าดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของการประมาณค่า (RMSEA) มีค่าเท่ากับ 0.02 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ แสดงว่า โมเดลองค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดังภาพประกอบ



ภาพประกอบ โมเดลองค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

### คู่มือการเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุกรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเลย

คู่มือควรแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ คู่มือสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ คู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ และคู่มือสำหรับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และข้อค้นพบที่ต้องค้ประกอบ

มีน้ำหนักคะแนนสูงที่สุด คือด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ดังนั้นคู่มือควรเน้นให้ความสำคัญในการพัฒนาการจัดการเรื่องนี้ ในการจัดการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ และด้านภาวะที่เป็นสุขทางกาย รูปแบบมีทั้งให้ความรู้ ฝึกอบรม ฝึกปฏิบัติ สร้างความตระหนักจากหลายฝ่ายร่วมกันในการจัดการส่งเสริมสุขภาวะ

## อภิปรายผล

### การพัฒนาตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

การจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือแบ่งออกเป็นองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ คือ ภาวะที่เป็นสุขทางกาย ภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ภาวะที่เป็นสุขทางสังคม และภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ มีตัวชี้วัด 30 ตัว เมื่อพิจารณาออกเป็นแต่ละองค์ประกอบ พบว่า องค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือด้านภาวะที่เป็นสุขทางกาย ประกอบด้วยตัวชี้วัด 6 ตัว องค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ประกอบด้วยตัวชี้วัด 9 ตัว องค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม ประกอบด้วยตัวชี้วัด 7 ตัว และองค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ ประกอบด้วยตัวชี้วัด 8 ตัว ซึ่งสอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552) ที่กล่าวว่า สุขภาพเป็นภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต

ทางปัญญา และทางสังคมที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล และคณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ (2544) ได้ให้ความหมายของสุขภาพตามนิยามแนวคิดหลักของการพัฒนาสุขภาพ คือสุขภาพที่สมบูรณ์และมีดุลยภาพทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ

### การตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบมีค่าเป็นบวก คือ มีค่าตั้งแต่ 0.31 – 0.82 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกค่า แสดงให้เห็นว่าทุกองค์ประกอบมีความเหมาะสมเป็นองค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในแต่ละองค์ประกอบมีตัวชี้วัดหรือตัวแปรสังเกตได้ ตั้งแต่ 6 – 9 ตัว ซึ่งเป็นไปตามการสร้างตัวชี้วัดขององค์ประกอบที่ Hair, et al (2006) กล่าวว่าแต่ละองค์ประกอบจะต้องมีตัวชี้วัดหรือตัวแปรสังเกตได้อธิบายองค์ประกอบตั้งแต่ 3 ตัวขึ้นไป และแต่ละตัวแปรสังเกตได้ในแต่ละองค์ประกอบจะต้องมีน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.30 ขึ้นไป สามารถเรียงค่าน้ำหนักองค์ประกอบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจากมากไปน้อยดังนี้อันดับองค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ องค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ประกอบด้วยตัวชี้วัด 9 ตัว รองลงมา รองลงมา องค์ประกอบด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม ประกอบด้วยตัวชี้วัด 7 ตัว และ องค์ประกอบด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วยตัวชี้วัด 8 ตัว ซึ่งสอดคล้องกับสภาพที่เป็นจริงในปัจจุบันที่ควรจัดการสุขภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจเพราะจากข่าวหน้าหนังสือพิมพ์จะเห็นว่าผู้สูงอายุจะเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น มีอารมณ์ที่รุนแรง มีการฆ่าคนในครอบครัว



ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญไปยังปัญหาของสังคม โดยเฉพาะประเด็นเรื่องจิตหรือจิตวิญญาณอยู่ในระดับวิกฤติมาก และมากขึ้นทุกขณะ สามารถเรียกได้ว่า จิตบกพร่องมาก คนจำนวนมากไม่เข้าใจสาระสำคัญของกรรมวิธีชีวิต กำลังหลงอยู่ในวัตถุ สังคมจึงต้องการสุขภาพทางจิตหรือจิตวิญญาณเป็นรากฐานที่จะทำให้สังคมเกิดสุขภาพในที่สุด (โคโนเนชั่น, 2553) ส่วนองค์ประกอบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือด้านภาวะที่เป็นสุขทางร่างกาย มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบน้อยที่สุด ประกอบด้วยตัวชี้วัด 6 ตัว ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากทุกคนหรือทุกหน่วยงานมุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่แล้ว สอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณวิมล เมฆวิมล (2554) พบว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง โดยการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เมื่อมีปัญหาสุขภาพจะปรึกษากับแพทย์ การตรวจดูอาการผิดปกติของร่างกายด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติบ่อยครั้ง

โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาจากค่าไคสแควร์ เท่ากับ 386.68 ที่ค่าความน่าจะเป็น (p-value) เท่ากับ .09 แสดงว่าค่าไคสแควร์ไม่มีนัยสำคัญ ส่วนดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (GFI) และดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) มีค่าเท่ากับ 0.94 และ 0.92 ตามลำดับ ค่าดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของการประมาณค่า (RMSEA) มีค่าเท่ากับ 0.02 แสดงว่าโมเดลองค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังที่ Joreskog & Sorbom (1993) เกณฑ์ค่าสถิติที่ตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดล ได้แก่ ค่าสถิติไคสแควร์ มีค่าต่ำมาก ดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (GFI) มีค่ามากกว่า 0.90 ดัชนีสอดคล้องที่

ปรับแก้แล้ว (AGFI) มีค่าเท่ากับหรือเข้าใกล้ 1 ดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของค่าความแตกต่างโดยประมาณ (RMSEA) ที่น้อยกว่า .05 แสดงว่าข้อมูลโมเดลอิสระ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้

### คู่มือการเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเลย

คู่มือควรแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ คู่มือสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ คู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ และคู่มือสำหรับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการจัดการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางสังคม ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ และด้านภาวะที่เป็นสุขทางกาย รูปแบบมีทั้งให้ความรู้ ฝึกอบรม ฝึกปฏิบัติ สร้างความตระหนักจากหลายฝ่ายร่วมกันในการจัดการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (2558) เสนอว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุควรมีการเน้นการส่งเสริมป้องกันโรค เตรียมสภาพแวดล้อมที่พร้อมและป้องกันอุบัติเหตุ ให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมพบปะเพื่อนฝูงและสังคม วางแผนการจัดการทางด้านเศรษฐกิจสังคมในชีวิตประจำวัน เปิดพื้นที่ให้ผู้สูงอายุได้แสดงออกถึงศักยภาพ สร้างคุณค่าให้ตัวเอง ส่งเสริมวัฒนธรรมประเพณีไทย และบูรณาการดูแลร่วมกับภาคีเครือข่าย เช่นเดียวกับงานวิจัยของกิจพนศรีธานี และลำปาง แม่นมาตย์ (2557) พบว่า กระบวนการจัดการความรู้ที่เป็นกระบวนการหลัก คือ การถ่ายทอดความรู้จากภาควิชาชีพและภาคพื้นบ้านไปสู่ภาคประชาชน คือ ผู้ป่วยและญาติ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นตัวเชื่อมโยงความรู้เข้าด้วยกัน วิธีการถ่ายทอดความรู้ส่วนใหญ่อาศัยกระบวนการทางสังคม ได้แก่ กระบวนการกลุ่ม และการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และงานวิจัยของพรทิพย์ สุขอดิศัย,

จันทร์ชลี มาพุทธ และรุ่งฟ้า กิติญาณสุนต์ (2557) พบว่า แนวทางการมีสุขภาพะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย 1) ระดับบุคคล ควรเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพะ คือ มีการตรวจสุขภาพประจำปี หาความรู้ในการดูแลและสุขภาพะ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล นำธรรมชาติมาเป็นที่พึ่งทางใจ 2) ระดับชุมชนควรมีการดำเนินการจัดสถานที่ออกกำลังกาย จัดให้มีชมรมส่งเสริมสุขภาพ ชมรมจิตอาสา วิทยาลัยแบบธรรมชาติพื้นบ้าน และ 3) ระดับหน่วยงาน คือ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้วัคซีนสร้างภูมิคุ้มกันโรคที่ กระทรวงศึกษาธิการควรมีการดำเนินการในเรื่องการส่งเสริมด้านโภชนาการทุกสถานศึกษา และกรมสุขภาพจิตควรมีนโยบายจัดการสุขภาพจิตระดับตำบลดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิตประชาชนทุกวัน

### สรุปผลการวิจัย

1. องค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาพะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าการจัดการสุขภาพะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ และมีตัวชี้วัด 30 ตัว
2. โมเดลองค์ประกอบและตัวชี้วัดการจัดการสุขภาพะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์
3. คู่มือการเสริมสร้างสุขภาพะของผู้สูงอายุกรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเลย พบว่า คู่มือแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ คู่มือสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ คู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ และคู่มือสำหรับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง คู่มือควรเน้น รูปแบบมีทั้งให้ความรู้ ผูกอบรม ผูกปฏิบัติ สร้างความตระหนักจากหลายฝ่ายร่วมกันในการจัดการส่งเสริมสุขภาพะ

### ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากข้อค้นพบ ด้านภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจ มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด ดังนั้นทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญในการดำเนินการจัดการสุขภาพะของผู้สูงอายุเรื่องนี้ก่อน
2. ควรมีการร่วมมือจากทุกฝ่ายในการส่งเสริมสุขภาพะของผู้สูงอายุ
3. การส่งเสริมสุขภาพะของผู้สูงอายุควรนำคู่มือที่ได้ประยุกต์ในการจัดการสุขภาพะของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาองค์ประกอบและตัวชี้วัด ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปควรนำคู่มือการจัดการที่ได้มาเป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาพะของผู้สูงอายุ โดยการวิจัยและพัฒนาสุขภาพะของผู้สูงอายุ
2. ทำวิจัยสำรวจการจัดการสุขภาพะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยนำตัวชี้วัดที่ได้เป็นเครื่องมือในการตรวจสอบ เพื่อเป็นข้อมูลว่าชุมชนไหนที่ควรได้รับการพัฒนาการจัดการสุขภาพะของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น
3. จากการศึกษาค้นคว้าพบว่ามีกรร่วมมือในการจัดการสุขภาพะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ งานวิจัยครั้งต่อไป ควรทำการวิจัยการพัฒนาเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

## เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *รักเข้าใจ“ผู้สูงอายุ” ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต*. ค้นเมื่อ 5 มกราคม 2560, จาก <http://www.dmh.go.th/strylibnews/view.asp?id=13165>
- กิจปพน ศรีธานี, และลำปาง แม่นมาตย์. (2557). กระบวนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพชุมชน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 23(5), 774-787.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. (2544). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- พรทิพย์ สุขอดิษฐ์, จันทร์ชลี มาพูนท, และรุ่งฟ้า กิติญาณสุนันต์. (2557). วิถีชีวิตและแนวทางการมีสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารการศึกษาและพัฒนาสังคม*. 10(1), 90-102.
- โอเคเนชั่น. (2553). *รู้เรื่องสุขภาพทางจิตวิญญาณ*. ค้นเมื่อ 15 มกราคม 2560, จาก <http://oknation.nationtv/blog/pongthepts/2010/01/31/entry-1>
- วิซพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว. (2557). *พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป). ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วรรณวิมล เมษวิมล. (2554). *ภาวะสุขภาพและพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรใน มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- วิลาวลัย มาคุ้ม. (2549). *การพัฒนาตัวบ่งชี้การจัดการ ความรู้ของครูในสถาบันศึกษาขั้นพื้นฐาน สังกัด กระทรวงศึกษาธิการ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. (2558). *ผู้ ชุมชนสุขภาพดี” คู่มือการพัฒนาระบบสุขภาพ ชุมชนด้วยกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับ ท้องถิ่นหรือพื้นที่*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ. (2553). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559)*. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). *พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพ แห่งชาติ.
- Hair, J.F., et. Al. (2006). *Multivariate data analysis*. 6<sup>th</sup> ed. New Jersey: Pearson Prentice-Hall.
- Joreskog, K. G., & Sorbom, (1993). *LISRE 8 Structural Equation Modeling with the SIMPLIS Command Language*. Chicago : Scientific D. Software International.