การวิเคราะห์โยงใยเหตุปัจจัยสุขภาวะของผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชน กรุงเทพมหานคร*

The Exploration of Causal Loop on Well-Being of the Chronically Ill Elderly in the Communities of Bangkok Metropolitan

*จินตนา อาจสันเที๊ยะ, ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข) ***
*กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน, ส.ด. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์) ****
*เรวดีทรรศน์ รอบคอบ, ค.ด. (อุดมศึกษา) *****
*สฤษฎิ จันทร์หอม, วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข) ******
*กาญจนา ปัญญาเพ็ชร์, วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข) ******
Jintana Artsanthia, Dr.P.H. (Public Health Nursing),
Kamolmarn Wiratsethasin, Dr.P.H. (Health Education & Behavior),
Raewadeetas Robkob, Ph.D. (Higher Ecucation),
Sarid Janhom, M.S. (Public Health Nursing),
Kanjana punyapet, M.S. (Public Health Nursing)

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สำรวจระดับสุขภาวะของผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรัง 2) วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรัง และ 3) สังเคราะห์ภาพรวมของโยงใยสาเหตุของปัจจัยที่สัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชน กรุงเทพมหานคร ตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชน กรุงเทพมหานคร 4 แห่ง ที่อาศัยอยู่ในเขตคลองเตย ยานนาวา บางคอแหลม และบางขุนเทียน จำนวน 1,000 คน ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบจัดชั้น เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินสุขภาวะในผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรัง แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะ โดยการนำ PRECEDE PROCEED model เป็นกรอบในการหาเหตุปัจจัยสุขภาวะของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร แบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.83 เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ได้แก่ การแจกจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปร และการตรวจสอบความตรงของโมเดล ผลการวิจัย พบว่า 1) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชน กรุงเทพมหานคร มีสุขภาวะอยู่

* *ทุนวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ*
** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์*
*** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*
**** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รตต. หญิง กลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์*
***** *อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์*

ในระดับสูง 2) ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะโดยรวมของผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชน คือ ปัจจัยด้านนิเวศวิทยา โดยมีผลทางตรงต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.645 และมีผลทางตรงต่อสุขภาวะโดยรวมทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านครอบครัว ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านร่างกายและการทำหน้าที่ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามลำดับ ดังนี้ 0.715, 0.666, 0.678 และ 0.599 และ 3) โมเดลการโยงใยเหตุปัจจัยมีค่าสถิติดัชนีวัดระดับความกลมกลืน เท่ากับ 0.977 ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว เท่ากับ 0.971 และสามารถอธิบายสุขภาวะแต่ละด้านของผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรัง ดังนี้ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ร้อยละ 76.60 ด้านครอบครัว ร้อยละ 72.30 ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ร้อยละ73.40 และด้านร่างกายและการทำหน้าที่ ร้อยละ 48.50

คำสำคัญ: *ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรัง สุขภาวะ เหตุปัจจัย ชุมชน*

Abstract

The purposes of this study were to 1) explore the level of the well-being of the chronically ill elderly, 2) analyze the effects that were related to the well-being of the chronically ill elderly, and 3) synthesize the casual factors effect to the well-being of the chronically ill elderly in the communities of Bangkok Metropolitan. The study samples consisted of 1,000 chronically ill elderlies who living in four areas of Bangkok (Klongteay, Yannawa, Bangklolem, and Bangkhuntean), were selected by using the Stratified random sampling. Data were collected by interviewing with the questionnaire, containing 2 parts: the well-being and the factors effected well-being in the frame of PRECEDE PROCEED, with the reliability values of 0.83. Data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, PATH analysis and validation of the model. The results of this study showed that: 1) the chronically ill elderly in the communities of Bangkok Metropolitan had high level of well–being. 2) The causal factors that was related to overall well-being of the chronically ill elderly in the communities, were the ecological factors, with the direct effect coefficient = 0.645, and direct effected to overall well–being in social and economic aspect, family aspect, psychological and spiritual aspect, and physical and functioning aspect, with the direct effect coefficient = 0.715, 0.666, 0.678 and 0.599, respectively. 3) The study model indicated that the goodness of fit test was 0.977 for Goodness of fit index (GFI), 0.971 for Adjusted goodness of fit index (AGFI), and explained the well-being on the life of the chronically ill elderly in each aspect as follow: 76.60% of the social and economic aspect, 72.30% of the family aspect, 73.40% of psychological and spiritual aspect, and 48.50% of physical and functioning aspect.

Keywords*: chronically ill elderly, well-being, causal factors, community*

บทนำ

ปัจจุบันผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2558 อัตราส่วนของผู้สูงอายุอยู่ที่ประมาณร้อยละ 10.30 เทียบกับประชากรวัยทำงาน (15–59 ปี) ที่มีอยู่ร้อยละ 23 สัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ 14 ในขณะที่ประชากรวัยทำงานลดลงเหลือร้อยละ 19 และคาดการณ์ว่า ในปี 2568 สัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ 19.80 ในขณะที่สัดส่วนประชากรวัยทำงานลดลงเหลือเพียงร้อยละ 16 เท่านั้น การเปลี่ยนแปลงในส่วนของภาวะพึ่งพิงนี้ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อรายได้ของประชากร การออม การลงทุน และรวมถึงรายจ่ายของภาครัฐที่เพิ่มขึ้น ด้านสุขอนามัย ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านสาธารณสุข และสวัสดิการผู้สูงอายุ รวมถึงการประกันสังคม (ศิริวรรณ ศิริบุญ และชเนตตี มิลินทางกูร, 2553) จากการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทยในปี 2556 ของ HITAP ร่วมกับกรมอนามัย พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีปัญหาสุขภาพซึ่งเป็นปัญหาสำคัญลำดับต้นของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นวัยที่ร่างกายเริ่มเสื่อมถอยและเกิดโรคต่างๆ ได้ง่ายโดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable diseases, NCDs) รวมถึงโรคจิตเวชด้วย โดยปัญหาสุขภาพที่พบ คือ ภาวะน้ำหนักเกินจนถึงระดับอ้วนอันตราย และเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การคัดกรองและการเข้าถึงบริการสุขภาพยังไม่ครอบคลุม ทำให้จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงยังไม่ลดลง และ 2 ใน 5 ของผู้สูงอายุ มีผลการคัดกรองโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงผิดปกติ แต่ไม่ทราบว่าตนเองเสี่ยงเป็นโรค และผู้สูงอายุส่วนน้อยมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพียงร้อยละ 26 จึงทำให้ผู้สูงอายุอาจมีแนวโน้มเป็นโรคเรื้อรังมากขึ้น (สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, 2557)

จากการที่ผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น จะส่งผลกระทบต่อสุขภาวะ (well-being) ของผู้สูงอายุโดยรวมที่เป็นผลมาจากปัจจัยต่างๆ ทั้งนี้ ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุที่มีปัญหานั้น ต้องอาศัยปัจจัยการดูแลโรคเรื้อรังโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model) การส่งเสริมความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (increase self-care capacity) การชะลอการเสื่อมถอยทางสุขภาพ (delay deterioration and decline) การส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้สูงสุด (promote highest possible quality of life) และการช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะสุดท้ายให้ไปอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี (support in dying with comfort and dignity) (ดาริน จุตรภัทรพร, 2554) ซึ่งการใช้ทฤษฎี PRECEDE–PROCEED model สามารถอธิบายว่า ปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) และปัจจัยเสริม (reinforcing factors) ทั้งทางด้านระบาดวิทยา ด้านการศึกษา ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติ และด้านนโยบายนั้น จะครอบคลุมปัจจัยทางสังคมที่กำหนดภาวะสุขภาพ (social determinants of health) อย่างหลากหลาย และความเชื่อด้านสุขภาพก็ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (อรนุช คงเหลี่ยม, 2552) โดยปัจจัยเหล่านี้จะได้รับการวิเคราะห์โยงใยเหตุปัจจัย (causal loop) ที่รวบรวมได้นั้น การโยงใยนี้จะบ่งชี้ว่า ปัจจัยเหล่านั้นสัมพันธ์โดยตรง โดยอ้อม และเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน (Dunning, 2010) ในการศึกษานี้จึงประยุกต์แนวคิดของ PRECEED PROCEED model (Green & Kreuter, 1992) มาเป็นกรอบแนวคิดในการหาเหตุปัจจัยสุขภาวะ และนำมาสร้างโยงใยภาพรวมของสาเหตุ และนำไปสู่ปัจจัยสุขภาวะของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการกำหนดสุขภาวะของผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชน กรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. สำรวจระดับสุขภาวะของผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชน กรุงเทพมหานคร

2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชน กรุงเทพมหานคร

3. เพื่อสังเคราะห์ภาพรวมของโยงใยสาเหตุของปัจจัยที่สัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชน กรุงเทพมหานคร

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

1. สุขภาวะ (well-being) หมายถึง ระดับความผาสุก หรือสุขภาวะใน 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านร่างกายและการทำหน้าที่ (physical and functioning well-being) 2) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (psychological and spiritual well-being) 3) ด้านครอบครัว (family well-being) 4) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (social and economic well-being)

2. ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ (health behavioral factors) หมายถึง ปัจจัยในด้านต่อไปนี้

2.1 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติตัวตามการรับรู้หรือความสนใจต่อสุขภาพ การศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพ การสังเกตหรือสำรวจการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของร่างกาย การตรวจสุขภาพประจำปี การขอคำปรึกษาและแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพเมื่อจำเป็น และการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

2.2 ด้านโภชนาการ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติตัวตามการรับรู้เกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วน การรับประทานอาหารครบทุกมื้อ และการเลือกบริโภคอาหารที่หลากหลาย

2.3 ด้านการประเมินภาวะสุขภาพ หมายถึง ระดับของภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับดัชนีมวลกาย แผลกดทับ การรับประทานยาในแต่ละวัน ความสามารถในการเดินขึ้นบันได การมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว และสุขภาพของคนในครอบครัว

3. ปัจจัยด้านระบาดวิทยา (epidemiological factors) ประกอบด้วย

3.1 การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน หมายถึง การจัดการความเครียด ซึ่งเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติตัวตามการรับรู้เกี่ยวกับการใช้วิธีการต่างๆ ที่เหมาะสม เพื่อผ่อนคลายความเครียดในแต่ละวัน ที่แสดงออกเป็นพฤติกรรมส่วนตัวของบุคคล

3.2 สิ่งแวดล้อม หมายถึง กลไกสภาพแวดล้อมที่เป็นกลไกในการส่งผลถึงสุขภาพระดับชุมชน ได้แก่ สิ่งแวดล้อมของการส่งเสริม การป้องกัน และการดูแลสุขภาพ การจัดการขยะและสิ่งปฏิกูล การรักษาทรัพยากรที่มีผลต่อสิ่งแวดล้อมของชุมชน

3.3 ทุนทางสังคมของครอบครัว หมายถึง บรรยากาศความอบอุ่นในครอบครัวที่เป็นต้นทุนทางสังคมของครอบครัว

3.4 การรับข้อมูลข่าวสารในชุมชน หมายถึง ข้อมูลข่าวสารที่ผู้สูงอายุได้รับจากชุมชนที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ

4. ปัจจัยด้านนิเวศวิทยา (ecological factors) หมายถึง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ดังนี้

4.1 ปัจจัยนำ (predisposing factors) หมายถึง ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่

4.1.1 ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน

4.1.2 ด้านความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพ ประกอบด้วยพลังอำนาจในการควบคุมโรค 3 ด้าน ดังนี้

1) พลังอำนาจภายในตน หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อสุขภาพซึ่งเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง

2) พลังอำนาจผู้อื่น หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าสุขภาพของตนไม่ได้เป็นผลมาจากการกระทำหรือ

ความสามารถของตนเอง แต่ขึ้นอยู่กับบุคคลอื่นหรือบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้บุคคลมีสุขภาพดี

3) พลังอำนาจโชคชะตา หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าสุขภาพตนไม่ได้เป็นผลมาจากการกระทำหรือความสามารถของตน แต่ขึ้นกับโชคชะตาควบคุมให้เกิดโรคได้

4.2 ปัจจัยเอื้อ (reinforcing factors) หมายถึง ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เป็นปัจจัยที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่

4.2.1 การปฏิบัติตามความเชื่อด้านจิตวิญญาณ หมายถึง การปฏิบัติตามความเชื่อด้านจิตวิญญาณของบุคคลในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนในการดำเนินชีวิตของตนเอง ความพอใจในทุกๆ สิ่งที่ตนเองมีอยู่และทำจิตให้เป็นกุศล การคิดดีทำดี การกระทำหรือการปฏิบัติตัวตามการรับรู้เพื่อส่งเสริมคุณค่าของตนเอง ทำให้เกิดความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ทำให้เกิดความรู้สึกถึงการพัฒนาตนเองไปในทางบวก

4.2.2 การเข้าถึงบริการที่เพียงพอและเหมาะสม หมายถึง การได้รับบริการสุขภาพตามที่ต้องการโดยปราศจากอุปสรรคทางการเงิน การได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพที่ครบถ้วน ได้แก่ การส่งเสริมภาวะโภชนาการ การตรวจคัดกรอง ความเสี่ยงต่อโรค การเลือกใช้บริการสุขภาพที่สะดวก เช่น การมีสถานบริการใกล้บ้าน เป็นต้น

4.2.3 โอกาสและสิ่งสนับสนุนต่อภาวะสุขภาพ หมายถึง ผู้สูงอายุสามารถเลือกการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพตามความต้องการของตนและชุมชน มีสถานที่ออกกำลังกายใกล้ที่พักอาศัย

4.3 ปัจจัยเสริม (enabling factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นผลสะท้อนที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากการแสดงพฤติกรรมนั้น ได้แก่

4.3.1 ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติตัวตามการรับรู้เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว มีการปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่างๆ ร่วมกัน

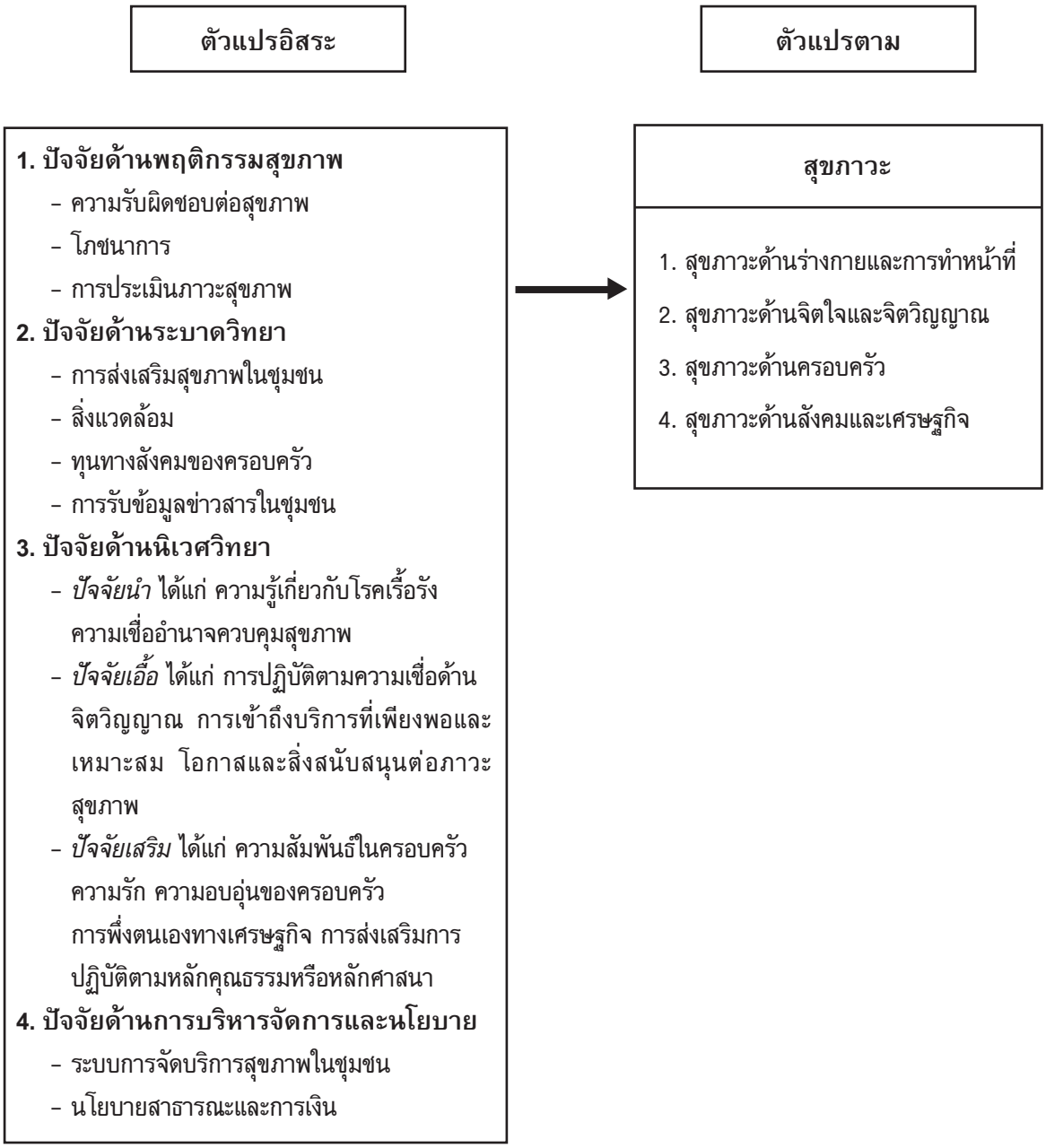
4.3.2 ด้านความรักความอบอุ่นของครอบครัว หมายถึง การแสดงความรัก ความห่วงใย การพึ่งพา การสนับสนุน และการให้กำลังใจซึ่งกันและกันของครอบครัว

4.3.3 การพึ่งตนเองทางเศรษฐกิจ หมายถึง สมาชิกในครอบครัวสามารถหารายได้มาเลี้ยงดูตนเองและครอบครัวได้ ความเพียงพอของรายได้ต่อรายจ่ายของครอบครัว ครอบครัวมีการทำบัญชีรายรับ-รายจ่าย ครอบครัวมีอาชีพที่มั่นคง

4.3.4 การส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักคุณธรรมหรือหลักศาสนา หมายถึง สมาชิกในครอบครัวมีการส่งเสริมปลูกฝังหลักคุณธรรม สอนให้มีจิตใจเอื้อเฟื้อ และการปฏิบัติตามหลักศาสนาของตน

5. ปัจจัยด้านการบริหารจัดการและนโยบาย (administrative and policy factors) หมายถึง ระบบการจัดบริการสุขภาพในชุมชน ได้แก่ การบริหารจัดการในการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน รวมถึงนโยบายสาธารณะและนโยบายทางด้านการเงินที่สนับสนุนในชุมชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงอรรถาธิบาย (Explanatory research)

2. ประชากรและตัวอย่าง

2.1 ประชากรในการศึกษานี้ คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชน กรุงเทพมหานคร

2.2 กลุ่มตัวอย่าง ตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชน กรุงเทพมหานคร 4 แห่ง ที่อาศัยอยู่ในเขตคลองเตย ยานนาวา บางคอแหลม และบางขุนเทียน แห่งละ 250 คน รวมเป็น 1,000 คน ที่ได้มาจากการเลือกตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบจัดชั้น (Stratified random sampling) โดยสุ่มตัวอย่างเลือกชุมชน 4 แห่ง ตามลักษณะพื้นที่ของเขตในกรุงเทพมหานครที่เป็นชุมชนเมืองและชุมชนชานเมือง ซึ่งมีความหลากหลายและเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ ชุมชนเมืองที่เป็นชุมชนเก่าแก่และแออัด ชุมชนเมืองที่มีความหลากหลายทางศาสนาและวัฒนธรรม ชุมชนชานเมืองที่เป็นแหล่งอุตสาหกรรม จากนั้นเลือกตัวอย่างผู้สูงอายุแต่ละชุมชน โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากฐานข้อมูลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังของศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 4 เขต ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคหัวใจ ฯลฯ พักอาศัยในชุมชนที่ได้คัดเลือกให้เป็นตัวแทนการศึกษา และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

3. เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วยแบบเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ชุด คือ 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะ ซึ่งประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับสุขภาวะที่เกี่ยวกับเหตุ/ผลในการมีพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรัง 4 ด้าน คือ ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยด้านระบาดวิทยา ปัจจัยด้านนิเวศวิทยา และปัจจัยด้านการบริหารจัดการและนโยบาย และ 2) แบบประเมินสุขภาวะในผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรัง มี 4 ด้าน ดังนี้ ด้านร่างกายและการทำหน้าที่ (physical and functioning well-being) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (psychological and spiritual well-being) ด้านครอบครัว (family well-being) และด้านสังคมและเศรษฐกิจ (social and economic well-being) โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 10 ระดับ และแปลผลระดับสุขภาวะของผู้สูงอายุเป็น 5 ระดับ คือ มีสุขภาวะในระดับต่ำมาก (คะแนน 1.00–2.76) ระดับต่ำ (คะแนน 2.77–4.57) ระดับปานกลาง (คะแนน 4.58–6.42) ระดับสูง (คะแนน 6.43–8.23) และระดับสูงมาก (คะแนน 8.24–10.00)

4. การหาคุณภาพของเครื่องมือ มีดังนี้

4.1 ความตรง การหาความตรงเชิงโครงสร้างและเชิงเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านเนื้อหาของปัจจัยต่างๆ และลักษณะตัวแปรที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน 3 คน

4.2 ความเที่ยง นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชุมชนบางซื่อ จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเที่ยง โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงทั้งฉบับ เท่ากับ 0.83

5. สถานที่ในการทำวิจัย คือ ชุมชนในเขตคลองเตย ยานนาวา บางคอแหลม และบางขุนเทียน

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม – ธันวาคม 2555 โดยมีขั้นตอน ดังนี้

6.1 ทำจดหมายชี้แจงการดำเนินการวิจัย เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการเขตคลองเตย ยานนาวา บางคอแหลม และบางขุนเทียน และทำหนังสือถึงผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร และประธานชุมชนทั้ง 4 แห่ง ที่รับผิดชอบชุมชนในเขตคลองเตย ยานนาวา บางคอแหลม และบางขุนเทียน

6.2 ประสานงานกับพยาบาลเยี่ยมบ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร 4 แห่ง เพื่อขอข้อมูล

เบื้องต้นเกี่ยวกับจำนวนและที่อยู่ของผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรังในพื้นที่เป้าหมาย

6.3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชนตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 250 คน ต่อเขตพื้นที่ รวม 4 เขต จำนวนทั้งสิ้น 1000 คน โดยการสุ่มจากฐานข้อมูลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังของศูนย์บริการสาธารณสุขที่กำหนดทั้ง 4 เขต

6.4 นักวิจัยภาคสนามลงพื้นที่ร่วมกับพยาบาลเยี่ยมบ้านของแต่ละชุมชน เพื่อชี้แจงการทำวิจัย นัดหมายการเก็บข้อมูลรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างตามแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย และทำโยงใยสาเหตุของปัญหา (web of causation) ปัญหา และอุปสรรคที่อาจจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

7. การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ถูกวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงและอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิ์ของผู้ถูกวิจัยว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ จะไม่นำเสนอผลการวิจัยเป็นรายบุคคล แต่จะนำเสนอในภาพรวม การให้ข้อมูลของผู้ถูกวิจัยจะไม่ส่งผลกระทบหรือทำให้เกิดความเสียหายต่อผู้ถูกวิจัย และผู้ถูกวิจัยสามารถยกเลิกการเข้าร่วมในการวิจัยนี้ได้ทุกเมื่อ พร้อมกันนี้ผู้วิจัยได้ขออนุญาตและขอคำยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยนี้จากผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งโดยทางวาจาและเป็นลายลักษณ์อักษร

8. การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปร (PATH analysis) และการตรวจสอบความตรงของโมเดล (Validation of the model)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชนคลองเตย ชุมชนยานนาวา ชุมชนบางคอแหลม และชุมชนบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามข้อมูลสังคมประชากร

ข้อมูลสังคมประชากร	คลองเตย จำนวน(ร้อยละ)	ยานนาวา จำนวน(ร้อยละ)	บางขุนเทียน จำนวน(ร้อยละ)	บางคอแหลม จำนวน(ร้อยละ)	รวม จำนวน(ร้อยละ)
จำนวนทั้งสิ้น	250(100)	250(100)	250(100)	250(100)	**1,000(100)**
เพศ					
ชาย	68(27.20)	74(29.30)	110(44.00)	65(26.60)	**317(31.70)**
หญิง	182(72.80)	176(70.70)	140(56.00)	185(73.04)	**683(68.30)**
อายุ					
60-74	170(68.00)	17(71.60)	197(78.80)	186(74.10)	**733(73.30)**
75-90	77(30.80)	7(28.40)	51(20.40)	56(22.20)	**255(25.50)**
>90	3(1.20)	0(0.00)	2(0.80)	9(3.57)	**12(1.20)**
$\overline{X}$ ± S.D.	69.96 ± 7.72	69.96 ± 7.72	68.59 ± 7.59	69.22 ± 8.59	**69.22 ± 8.06**
อายุต่ำสุดและสูงสุด	60, 99	60, 99	60, 98	60, 99	**60, 99**

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลสังคมประชากร	คลองเตย จำนวน(ร้อยละ)	ยานนาวา จำนวน(ร้อยละ)	บางขุนเทียน จำนวน(ร้อยละ)	บางคอแหลม จำนวน(ร้อยละ)	รวม จำนวน(ร้อยละ)
ศาสนา					
พุทธ	239(95.60)	217(86.80)	239(95.60)	115(46.20)	**811(81.10)**
มุสลิม	3(1.20)	18(7.20)	4(1.60)	125(50.20)	**150(15.00)**
คริสต์	8(3.20)	14(5.60)	6(2.40)	8(3.20)	**36(3.60)**
อื่นๆ	0(0.00)	1(0.40)	1(0.40)	1(0.40)	**3(0.30)**
สถานภาพสมรส					
โสด	10(4.00)	30(12.00)	20(8.00)	12(30.10)	**72(7.20)**
คู่	135(54.00)	135(54.00)	145(58.00)	135(53.80)	**550(55.00)**
หย่า	10(4.00)	17(6.80)	15(6.00)	12(30.10)	**54(5.40)**
ม่าย	78(31.20)	64(25.60)	57(22.80)	81(32.30)	**280(28.00)**
แยก	17(6.80)	4(1.60)	13(5.20)	11(4.40)	**44(4.40)**
การศึกษา					
ไม่ได้ศึกษา	44(17.60)	34(13.70)	23(9.20)	29(11.50)	**130(13.00)**
ประถมศึกษา	174(69.60)	163(65.20)	126(50.40)	144(57.40)	**607(60.70)**
มัธยมศึกษา	17(6.80)	29(11.60)	61(24.40)	37(14.70)	**144(14.40)**
ประกาศนียบัตร	9(3.60)	20(8.00)	30(12.00)	37(14.60)	**96(9.60)**
ปริญญา	6(2.40)	4(1.60)	10(4.00)	4(1.60)	**23(2.30)**
อาชีพ					
รับจ้างทั่วไป	32(12.80)	36(14.40)	44(17.60)	50(19.90)	**162(16.20)**
ธุรกิจส่วนตัว	30(12.00)	57(22.80)	48(19.20)	21(8.40)	**153(15.30)**
รัฐ/รัฐวิสาหกิจ	2(0.80)	7(2.80)	9(3.60)	3(1.20)	**21(2.10)**
ชาวประมง	1(0.40)	3(1.20)	2(0.80)	13(5.20)	**19(1.90)**
เกษตรกร	1(0.40)	5(2.00)	3(1.20)	1(0.40)	**9(0.90)**
เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น	0(0.00)	3(1.20)	0(0.00)	1(0.40)	**4(0.40)**
อื่นๆ	34(13.60)	13(5.20)	25(10.00)	24(9.60)	**96(9.60)**
ไม่ได้ทำงาน	150(60.40)	126(50.40)	119(47.60)	138(55.00)	**533(53.30)**
โครงสร้างครอบครัว					
ครอบครัวเดี่ยว	160(64.30)	152(60.80)	207(82.80)	165(65.70)	**684(68.40)**
ครอบครัวขยาย	82(32.90)	93(37.20)	40(16.00)	65(25.90)	**280(28.00)**
ไม่มีบุตร	5(2.00)	3(1.20)	3(1.20)	21(8.40)	**32(3.20)**
พ่อ/แม่เดี่ยว	1(0.40)	2(0.80)	0(0.00)	0(0.00)	**3(0.30)**
มีบุตรบุญธรรม	1(0.40)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	**1(0.10)**
รายได้ของครอบครัว					
เพียงพอเหลือเก็บ	41(16.50)	103(41.20)	90(36.00)	79(31.50)	**313(31.30)**
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	122(49.00)	109(43.60)	119(47.60)	90(35.90)	**440(44.00)**
ไม่พอและเป็นหนี้	86(34.50)	38(15.20)	41(16.40)	82(32.70)	**247(24.70)**

จากตารางที่ 1 ผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 68.30 โดยเขตบางคอแหลมมีผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.40 แต่ค่อนข้างใกล้เคียงกับเขตคลองเตยและเขตยานนาวา (ร้อยละ 72.80 และ 70.70 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60–74 ปี คิดเป็นร้อยละ 73.30 มีอายุเฉลี่ย 69.22 ปี นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 81.1 โดยเขตยานนาวาและเขตคลองเตย นับถือศาสนาพุทธมากที่สุดเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 95.60 ผู้สูงอายุประมาณครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 55 และทั้ง 4 เขตมีสถานภาพสมรสคู่ใกล้เคียงกัน มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.70 และในทุกเขตมีการศึกษาระดับประถมมากที่สุดเช่นกัน ด้านอาชีพนั้น ผู้สูงอายุไม่ได้ทำงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.30 และเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีงานทำ โดยมีอาชีพรับจ้างทั่วไปและธุรกิจส่วนตัวใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 16.20 และร้อยละ 15.30 ตามลำดับ และในทุกเขตไม่ได้ทำงานมากที่สุด โดยเขตคลองเตยมีผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.40 โครงสร้างของครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 68.40 ทุกเขตมีโครงสร้างครอบครัวเดี่ยวมากที่สุด โดยเขตที่มีมากที่สุดคือ เขตบางขุนเทียน คิดเป็นร้อยละ 82.80 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 75.30 โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่มีเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 31.30 และกลุ่มที่ไม่มีเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 44 แต่พบว่า ร้อยละ 24.70 มีรายได้ไม่พอและเป็นหนี้ เขตที่รายได้ไม่พอและเป็นหนี้มากที่สุดใกล้เคียงกัน คือ เขตคลองเตย และเขตบางคอแหลม คิดเป็นร้อยละ 34.50 และ 32.70 ตามลำดับ

2. สุขภาวะของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสุขภาวะของผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชนกรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายด้านและรายเขต

สุขภาวะ	คลองเตย (n=250) $\bar{X}$ ± S.D.	ยานนาวา (n=250) $\bar{X}$ ± S.D.	บางขุนเทียน (n=250) $\bar{X}$ ± S.D.	บางคอแหลม (n=250) $\bar{X}$ ± S.D.	รวม (n=1,000) $\bar{X}$ ± S.D.
ร่างกายและการทำหน้าที่	7.18 ± 2.28	7.36 ± 1.99	7.52 ± 1.85	8.28 ± 2.21	6.89 ± 2.58
จิตใจและจิตวิญญาณ	7.26 ± 2.14	7.64 ± 1.91	7.84 ± 1.78	7.72 ± 2.69	7.90 ± 2.09
ครอบครัว	7.77 ± 2.13	7.94 ± 2.02	7.71 ± 2.02	8.32 ± 2.60	7.94 ± 2.19
สังคมและเศรษฐกิจ	7.70 ± 2.13	7.58 ± 2.12	7.71 ± 2.01	8.05 ± 2.57	7.29 ± 2.30

จากตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่า สุขภาวะของผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชน กรุงเทพมหานคร ในภาพรวมแต่ละด้าน ทั้งด้านร่างกายและการทำหน้าที่ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านครอบครัว และด้านสังคมและเศรษฐกิจ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ ± S.D. ระหว่าง 6.89 ± 2.58 ถึง 7.94 ± 2.19) และเมื่อจำแนกรายเขต ทั้งเขตคลองเตย ยานนาวา บางขุนเทียน และบางคอแหลม ก็มีคะแนนสุขภาวะในแต่ละด้านอยู่ในระดับสูงเช่นกัน

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรัง ในตารางที่ 3 จะเห็นได้ว่า ผลกระทบทางตรง (Direct effect) ต่อปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรังมากที่สุด คือ ปัจจัยของนิเวศวิทยา ที่ประกอบด้วยปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ ที่ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.645

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรัง

ตัวแปรเหตุ (ปัจจัย)	ตัวแปรผล (สุขภาวะ)
ปัจจัยทางนิเวศวิทยา	0.645**
ปัจจัยทางระบาดวิทยา	0.066**
ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ	0.208**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05*

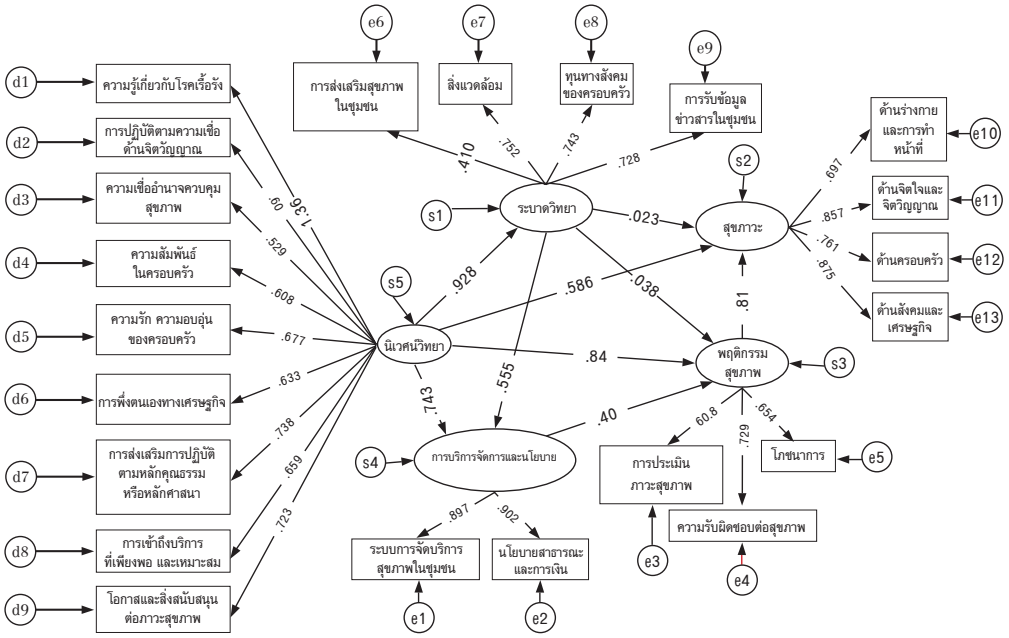
*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01*

4. ผลการวิเคราะห์โยงใยเหตุปัจจัยสุขภาวะของผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชนกรุงเทพมหานคร ในภาพที่ 1 และ 2 ตามกรอบแนวคิดของ PRECEDE-PROCEED model ที่ประกอบด้วย ปัจจัยทางนิเวศวิทยา สามารถอธิบายปัจจัยการบริหารจัดการและนโยบาย ด้านระบาดวิทยา ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการเข้าถึงบริการที่เพียงพอและเหมาะสม ด้านการส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักคุณธรรมหรือหลักศาสนา ด้านการพึ่งตนเองด้านเศรษฐกิจ ด้านความรัก ความอบอุ่นในครอบครัว และด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ปัจจัยที่สามารถอธิบายได้มากที่สุด คือ ปัจจัยทางนิเวศวิทยา สามารถอธิบายปัจจัยด้านการบริหารจัดการและนโยบายได้ ร้อยละ 93.50

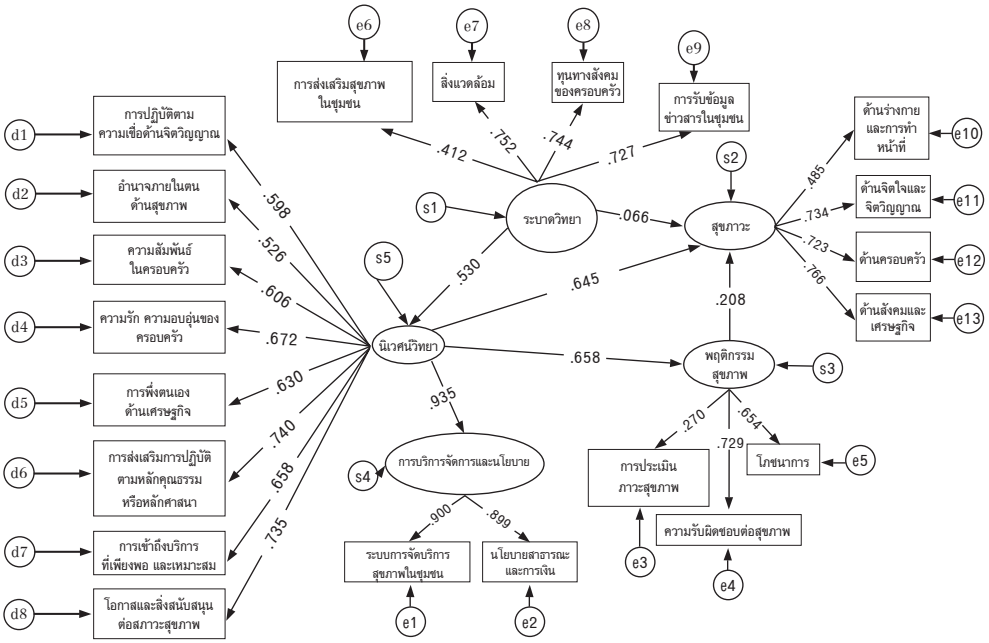
ปัจจัยทางระบาดวิทยา สามารถอธิบายปัจจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านทุนทางสังคมของครอบครัว และด้านการรับข้อมูลข่าวสารในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ สามารถอธิบายปัจจัยด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านโภชนาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยด้านการบริหารจัดการและนโยบาย สามารถอธิบายปัจจัยด้านนโยบายสาธารณะและการเงิน ด้านระบบการจัดบริการสุขภาพในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05



ภาพที่ 1 โมเดลรวมของผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชน ก่อนปรับค่าสัมประสิทธิ์



ภาพที่ 2 โมเดลรวมของผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชน หลังตัดค่าสัมประสิทธิ์ของค่าที่มีความสัมพันธ์น้อยสุดออก

ตารางที่ 4 ผลรวมการคำนวณ (Total effect) ค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางของตัวแปรเหตุที่มีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนของภาพรวมชุมชนที่ศึกษา

ตัวแปรเหตุ (ปัจจัย)	ตัวแปรผล (สุขภาวะ)			
	ด้านสังคมและเศรษกิจ	ด้านครอบครัว	ด้านจิตวิญญาณ	ด้านร่างกายและการทำหน้าที่
ปัจจัยด้านนิเวศวิทยา	0.715	0.666	0.678	0.599
ปัจจัยด้านระบาดวิทยา	–0.079	–0.072	–0.074	–0.066
ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ	0.249	0.229	0.236	0.208
ปัจจัยด้านการบริหารจัดการและนโยบาย	–0.029	–0.020	–0.019	–0.018

จากตารางที่ 4 จะเห็นได้ว่า ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อสุขภาวะโดยรวมของผู้สูงอายุในชุมชน มีดังนี้

1. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อสุขภาวะโดยภาพรวมของผู้สูงอายุในชุมชนทางด้านนิเวศวิทยาส่งผลโดยตรงทั้งหมด (Total effect) ต่อสุขภาวะทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านครอบครัว ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านร่างกายและการทำหน้าที่ ด้วยค่าสหสัมพันธ์ตามลำดับ ดังนี้ 0.715, 0.666, 0.678, 0.599

2. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อสุขภาวะโดยภาพรวมของผู้สูงอายุในชุมชนทางระบาดวิทยาส่งผลโดยตรงทั้งหมด (Total effect) ต่อสุขภาวะทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านครอบครัว ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านร่างกายและการทำหน้าที่ ด้วยค่าสหสัมพันธ์ตามลำดับ ดังนี้ – 0.079, –0.072, –0.074, –0.066

3. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อสุขภาวะโดยภาพรวมของผู้สูงอายุในชุมชนทางด้านพฤติกรรมสุขภาพส่งผลโดยตรงทั้งหมด (Total effect) ต่อสุขภาวะทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านครอบครัว ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านร่างกายและการทำหน้าที่ ด้วยค่าสหสัมพันธ์ตามลำดับ ดังนี้ 0.249, 0.229, 0.236, 0.208

4. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อสุขภาวะโดยภาพรวมของผู้สูงอายุในชุมชนทางด้านการบริหารจัดการและนโยบาย ส่งผลโดยตรงทั้งหมด (Total effect) ต่อสุขภาวะทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านครอบครัว ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านร่างกายและการทำหน้าที่ ด้วยค่าสหสัมพันธ์ตามลำดับ ดังนี้ –0.029, –0.020, –0.019, –0.018

ตารางที่ 5 แบบจำลองสามารถอธิบายได้จากสมการที่ประมาณการจากตัวอย่างค่า R-Squared (R^2) : Squared Multiple Correlations ของตัวแปรตามที่ศึกษา

เขต	ด้านสังคม และเศรษฐกิจ	ด้าน ครอบครัว	ด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ	ด้านร่างกาย และการทำหน้าที่	สุขภาวะ
ภาพรวม	**0.766**	**0.723**	**0.734**	**0.485**	**0.327**
คลองเตย	0.496	0.403	0.410	0.235	0.615
ยานนาวา	0.543	0.607	0.676	0.574	0.801
บางคอแหลม	0.922	0.825	0.909	0.648	0.270
บางขุนเทียน	0.797	0.591	0.719	0.496	0.432

จากตารางที่ 5 โมเดลสามารถอธิบายสุขภาวะแต่ละด้านของผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรัง ดังนี้ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ร้อยละ 76.60 ด้านครอบครัว ร้อยละ 72.30 ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ร้อยละ73.40 และด้านร่างกายและการทำหน้าที่ ร้อยละ 48.50

ตารางที่ 6 ดัชนีการประเมินโมเดล (Evaluation of model fit)

โมเดล	ดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของเศษ (RMR)	ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI)	ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI)	Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI)
ภาพรวม	**0.063**	**0.977**	**0.971**	**0.780**
คลองเตย	0.070	0.937	0.920	0.737
ยานนาวา	0.089	0.952	0.939	0.749
บางคอแหลม	0.067	0.971	0.964	0.764
บางขุนเทียน	0.075	0.957	0.945	0.742

จากตารางที่ 6 การวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปร ได้แบบจำลองที่มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์มากที่สุด ค่าสถิติวัดระดับความกลมกลืนของภาพรวมของแบบจำลองค่อนข้างเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยที่มีค่าสถิติดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) = 0.977 ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) =0.971

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยทางนิเวศวิทยาสามารถอธิบายปัจจัยการบริหารจัดการและนโยบาย ด้านระบาดวิทยา ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการเข้าถึงบริการที่เพียงพอและเหมาะสม ด้านการส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักคุณธรรมหรือหลักศาสนา ด้านการพึ่งตนเองด้านเศรษฐกิจ ด้านความรัก ความอบอุ่นในครอบครัว และด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ 0.05 เนื่องจากปัจจัยทางนิเวศวิทยาประกอบด้วย ความสัมพันธ์ในครอบครัว ด้านความรักความอบอุ่นของครอบครัว การปฏิบัติตามความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ความพอใจในทุกๆ สิ่งที่ตนเองมีอยู่ และการทำจิตให้เป็นกุศล การคิดดีทำดี การกระทำหรือการปฏิบัติตัวตามการรับรู้เพื่อส่งเสริมคุณค่าของตนเอง ทำให้เกิดความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ทำให้เกิดความรู้สึกถึงการพัฒนาตนเองไปในทางบวก ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ส่งผลโดยตรงสอดคล้องกับการศึกษาของ ปัณณทัต บนขุนทด (2554) ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและความสุขใจ อย่างมีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยทางระบาดวิทยาสามารถทำนายปัจจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านทุนทางสังคมของครอบครัว และด้านการรับข้อมูลข่าวสารในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของวิชัย เสนชุ่ม พฤฒินันท์ สุฤทธิ์ ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน และธนัช กนกเทศ (2554) เรื่องปัจจัยพยากรณ์บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่มีอำนาจพยากรณ์บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คือ ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Tramm, McCarthy, & Yates (2012) ในการวางแผนการป้องกันการเกิดโรคในผู้สูงอายุ คือ การส่งเสริมการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

นอกจากนี้ การวินิจฉัยปัญหาทางสังคมของผู้สูงอายุในชุมชนของกรุงเทพมหานคร ทำให้ทราบถึงความต้องการและความคาดหวังส่วนบุคคล และปัญหาของชุมชนที่เกิดขึ้น ซึ่งปัจจัยด้านนี้จะกลายเป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดของปัญหาสังคมได้อย่างหนึ่ง สภาพแวดล้อมในชุมชนประเด็นของทุนทางสังคมมีความน่าสนใจ คือ คะแนนความเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคมและร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิต มีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการเบี้ยยังชีพที่ภาครัฐจ่ายให้ แม้จะไม่เพียงพอ ผู้สูงอายุในชุมชนหลายคนรอรับเงินรายเดือนจากภาครัฐและเงินจากบุตรหลานที่ส่งมาให้เป็นครั้งคราว ผู้สูงอายุคนหนึ่งบอกว่า *"บางครั้งก็ดีเหมือนกัน มาร่วมกิจกรรมได้เงิน ได้กิน แค่นี้ก็อยู่ได้แล้ว"* ในสภาพชุมชนของกรุงเทพมหานครมีพื้นที่จำกัด แต่ละครอบครัวอยู่กันอย่างหนาแน่น และชวนญาติมาทำมาหากินและพักอยู่รวมกัน สอดคล้องกับทฤษฎีภาวะถดถอย กล่าวว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจะลดกิจกรรมและบทบาทของตนเองลง ถอยห่างและเลิกเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคม ไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมและบทบาททางสังคม เป็นการถอนสถานภาพและบทบาทของตนเองให้แก่หนุ่มสาวหรือคนที่จะมีบทบาทหน้าที่ได้ดีกว่า เนื่องจากการที่รู้สึกว่ามีการเปลี่ยนแปลงทางเสื่อมถอยทางร่างกายเกิดขึ้น ความสามารถในการร่วมกิจกรรมช้าลง นอกจากนี้การที่มีค่านิยมและวัฒนธรรมใหม่ๆ เข้ามาแพร่ขยายอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจในการสนทนา ความเป็นอิสระในการแสดงความคิดเห็นอย่างเปิดเผย รู้สึกว่าสังคมต้องการคนที่มีทักษะใหม่และคนรุ่นใหม่เข้าไปแทนที่ (Phillips, Rolley, & Davidson, 2012)

ส่วนปัญหาของผู้สูงอายุที่พบ คือ เรื่องความเสื่อมตามวัยด้วยโรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น และปัญหาเรื่องเงินทองรายได้ไม่เพียงพอ สอดคล้องกับลักษณะของคนในชุมชนเมือง หากคนในชุมชนได้รับการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ว่าตนเองเป็นเจ้าของชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของสิริพร สุธัญญา (2550) ที่ผู้สูงอายุแสดงความพึงพอใจกับการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองให้มีสุขภาวะ นอกจากนี้จุดเริ่มต้นของผู้สูงอายุ คือ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุมีภาพลักษณ์ของความเป็นผู้ที่มีความน่าเคารพนับถือตามวัฒนธรรมของสังคมไทย หากผู้ที่มีคุณค่าต่อชุมชนมีปัญหาสุขภาพ และได้รับการดูแล ความใส่ใจตลอดจนตระหนักว่าเป็นธุระของคนในชุมชนเอง ย่อมเป็นสะพานทอดผ่านไปยังความเป็นเจ้าของร่วมกันพัฒนาชุมชนในประเด็นอื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อมูลจากพื้นที่ทำการศึกษาพบว่า ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อสุขภาวะโดยรวมของผู้สูงอายุในชุมชนทางนิเวศวิทยา ส่งผลโดยตรงทั้งหมด (Total effect) ต่อสุขภาวะทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านครอบครัว ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านร่างกายและการทำหน้าที่ ดังนั้น จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ข้อเสนอแนะทางด้านการศึกษา สถาบันการศึกษาทางสุขภาพ ควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นฐานข้อมูลในการวางแผนการฝึกปฏิบัติงานและการทำกิจกรรมในชุมชนของนักศึกษา เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนในการตอบสนองด้านการปรับสิ่งแวดล้อมด้านนิเวศวิทยาสำหรับผู้สูงอายุ

2. ข้อเสนอแนะทางการบริการผู้สูงอายุในชุมชน มีดังนี้

2.1 การส่งเสริมโครงการจัดการดูแลทางด้านจิตวิญญาณและการเตรียมครอบครัว เช่น การเน้นการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว

2.2 การสนับสนุนโครงการสร้างสายใยรักในชุมชน โครงการนี้จะช่วยสร้างความสุขใจให้ผู้สูงอายุในชุมชน ให้เกิดเป็นพลังของผู้สูงอายุในช่วงที่ว่างจากภาระงานประจำทั้งปวง สู่งานการกุศลและคลายเครียด แก้ปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน

2.3 การส่งเสริมนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพของมิติครอบครัวสู่ผู้สูงอายุผ่านสื่อโฆษณาต่างๆ เพื่อกล่อมเกลาเยาวชนในการมีความรู้สึกผูกพันกับผู้สูงอายุในบ้าน ทำให้เกิดความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

2.4 การพัฒนาระบบบริการเชิงรุกในงานชุมชน ให้กลายเป็นชุมชนเข้มแข็ง และสามารถดูแลสุขภาพเบื้องต้นในชุมชน เช่น การสร้างชุมชนต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุที่นำไปสู่สุขภาวะ เป็นต้น

2.5 การจัดทำระบบสารสนเทศทางคลินิก เน้นความสำคัญของทะเบียนผู้ป่วย สร้างระบบทะเบียนผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงสูง (registry) ได้แก่ ข้อมูลทางประชากรและข้อมูลบริการดูแลรักษา ที่สำคัญเป็นฐานข้อมูลทางคลินิกในการวิเคราะห์เชิงวิทยาการระบาด การวางแผนและจัดการเป็นระบบเตือน

3. ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป คือ การศึกษาประสิทธิผลของการนำเหตุปัจจัยต่างๆ ไปประยุกต์ใช้ในงานบริการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต และศึกษานโยบายที่มีผลต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุในอนาคต

บรรณานุกรม

ดาริน จุตรภัทรพร. (2554). *อาการสับสนกระวนกระวายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย.* กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปัณณทัต บนขุนทด. (2554, มกราคม). ผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านทุ่ม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *การประชุมวิชาการ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประจำปี 2554 "การพัฒนาอนาคตชนบทไทย: ฐานรากที่มั่นคงเพื่อการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน".* ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สิริพร สุธัญญา. (2550). *พฤติกรรมการดูแลตนเองกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสวนรมณีนาถ กรุงเทพมหานคร.* (สารนิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล. (2557). สังคมผู้สูงอายุ...กับความท้าทายการจัดการด้านสุขภาพ. *โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ,* 2 (17), น. 1–3.

ศิริวรรณ ศิริบุญ และชเนตตี มิลินทางกูร.(2553). *การพิทักษ์ผู้สูงอายุ* สืบค้นวันที่ 20 พฤษภาคม 2556, จาก www.oppo.opp.go.th/info/Report_299.pdf

วิชัย เสนชุ่ม, พฤฒินันท์ สุฤทธิ์, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, และ ธนัช กนกเทศ. (2554). ปัจจัยพยากรณ์บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลพะวอ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ,5(2), น. 23–33.*

อรนุช คงเหลี่ยม. (2552). *ปัจจัยทางชีวสังคมและความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลชัยนาท จังหวัดชัยนาท.* (สารนิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

Dunning, T. (2010). Chronic disease self-management: what do we measure?. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness, 2*(4), pp. 251-253.

Green, L.W., Kreuter, M.W. (1992). CDC's Planned approach to community health as an application of PRECEDE and an inspiration for PROCEED. *Journal of Health Education,* 23(3), pp. 140-147.

Phillips, J. L., Rolley, J. X., & Davidson, P. M. (2012). Developing targeted health service interventions using the PRECEDE-PROCEED model: Two Australian case studies. *Nursing Research and Practice,* 8.

Tramm, R., McCarthy, A., & Yates, P. (2012). Using the Precede–Proceed model of health program planning in breast cancer nursing research. *Journal of Advanced Nursing,* 68(8), pp. 1870-1880.