



โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 กระทรวงสาธารณสุข

Causal Factors Model of the Promotion of Healthy Aging Amongst Older People in the Health Region 9th Ministry of Public Health

บัว ฤตুবัว¹ และ ฐาวรี ชันสำโรง²

¹ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ปทุมธานี 12150

² บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ปทุมธานี 12150

Bua Ruedoobua¹ and Thawari Khansamrong²

¹ Public Health Program, Graduate School, Western University, Pathum Thani 12150

² Graduate School, Western University, Pathum Thani 12150

*Corresponding author: namhompert@gmail.com

Received: 15 May 2025/ Revised: 5 August 2025/ Accepted: 17 August 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 กระทรวงสาธารณสุข และพัฒนาโมเดลสมการโครงสร้างที่สะท้อนความสัมพันธ์ของปัจจัยเชิงสาเหตุเหล่านี้กับข้อมูลเชิงประจักษ์ ปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง วิธีชีวิตส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการเข้าถึงบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุจำนวน 520 คน โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง ผลการวิจัยพบว่าโมเดลสมการโครงสร้างที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 284.294$, $df = 131$, $\chi^2/df = 2.170$, $p = 0.000$, CFI = 0.984, GFI = 0.957, AGFI = 0.909, TLI = 0.968, NFI = 0.970, RMSEA = 0.047) โดยพบว่าวิธีชีวิตส่งเสริมสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงสูงสุดต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุ (0.96) รองลงมาคือการสนับสนุนทางสังคม (0.81) การเข้าถึงบริการสุขภาพ (0.32) และการเห็นคุณค่าในตนเอง (0.07) ตามลำดับ ปัจจัยทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะได้ร้อยละ 80.9

คำสำคัญ: การเห็นคุณค่าในตนเอง วิธีชีวิตส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพ
การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

Abstract

The objective of this research was to study the causal factors affecting healthy aging among the elderly in Health Region 9, Ministry of Public Health, and to develop a structural equation model reflecting these causal relationships using empirical data. The study also examined the direct influence of these factors on healthy aging. The model included five key variables: self-esteem, health-promoting lifestyle, social support, access to health services, and healthy aging. The sample consisted of 520 elderly individuals. by multi-stage sampling and data were analyzed using Software for Structural Equation Modeling (SEM). The results revealed that the developed structural equation model aligned well with the empirical data ($\chi^2 = 284.294$, $df = 131$, $\chi^2/df = 2.170$, $p = 0.000$, CFI = 0.984, GFI = 0.957, AGFI = 0.909, TLI = 0.968, NFI = 0.970, RMSEA = 0.047). Among the studied factors, a health-promoting lifestyle had the highest direct influence on healthy aging (0.96), followed by social support (0.81), access to health services (0.32), and self-esteem (0.07), respectively. The model explained 80.9% of the variance in healthy aging among the elderly. The results of this research can be used as a model for promoting health for the good health of the elderly.

Keywords: Self-Esteem, Health-Promoting Lifestyle, Social Support, Health Service Access, Healthy Aging

บทนำ

องค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ว่าปี พ.ศ. 2544-2643 เป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ คือ การมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลก [1] ซึ่งประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของประชากรที่สำคัญนี้เช่นกัน จากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 4 ต่อปี คาดการณ์ว่าประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) คือ มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564 และเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) เมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 28 ในปี พ.ศ. 2574 [2] การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรสูงอายุทำให้เกิดผลกระทบในหลาย ๆ ด้านทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ โดยเมื่ออายุมากขึ้นร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความเสื่อมถอยของร่างกาย ปัญหาสุขภาพ โรคเรื้อรัง และโรคประจำตัว จากเหตุผลดังกล่าวจึงมีความจำเป็นที่ผู้สูงอายุไทยจะต้องมีความสามารถในการดำเนินชีวิตและมีศักยภาพในการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น นอกจากจำนวนผู้สูงอายุที่มากขึ้นแล้ว ในวัยสูงอายุยังเป็นช่วงอายุที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ในลักษณะที่มีการเสื่อมถอยลง การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตจนส่งผลกระทบไปถึงสุขภาพกาย และทำให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุมากขึ้นด้วย หากผู้สูงอายุไม่ยอมปรับตัว ย่อมส่งผลกระทบทางด้านจิตสังคม ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต และความรู้สึกลดลงหลายด้าน [3] เกิดความรู้สึกรำคาญ วิตกกังวล และซึมเศร้า สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความทุกข์ใจ รบกวนการดำเนินชีวิต บั่นทอนคุณภาพชีวิต และมีผลกระทบต่อสุขภาพองค์รวมได้แก่ สุขภาพกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ แต่หากผู้สูงอายุมีการปรับตัวและยอมรับก็สามารถดำเนินชีวิตอยู่อย่างมีความสุขด้วยความรู้สึกพึงพอใจ มีความสุข ไม่มีความเครียด และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ย่อมทำให้ผู้สูงอายุมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (Healthy Aging) แม้ว่าผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความยากลำบากในการดำเนินชีวิตใด ๆ ก็ตาม [4]

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ซึ่งเป็นประเด็นที่สำคัญของประชากรสูงอายุ โดยกำหนดเป้าหมายและกลยุทธ์ในการดำเนินงานทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ และให้ความหมายของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ หมายถึง การเป็นผู้สูงวัยที่ปราศจากโรค รวมถึงมีความสามารถในการใช้



ร่างกาย สรีรวิทยา จิตใจ และสังคม ซึ่งได้เปลี่ยนแปลงไปตามกระบวนการชราที่เกิดขึ้น แต่สามารถทำงานได้อย่างเหมาะสม แนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะเกิดขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดียิ่งขึ้น พึ่งพาตัวเองได้ และใช้ชีวิตอย่างมีความสุข การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะเป็นการนำแนวคิดหลายมิติมาเกี่ยวข้องกัน ในการส่งเสริมสุขภาวะทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จากภาวะของการเปลี่ยนแปลงไปตามกระบวนการชราที่เกิดขึ้น ทั้งในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรัง

เขตสุขภาพที่ 9 ประกอบด้วย จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัดสุรินทร์ มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 ปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนทั้งหมด 1,271,928 คน [5] สะท้อนให้เห็นการเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างแท้จริง และแนวโน้มสูงมากขึ้น เขตสุขภาพที่ 9 จึงเป็นเขตสุขภาพที่มีความน่าสนใจในการศึกษาการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ ด้วยการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Model: SEM) ร่วมกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะหรือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง วิธีชีวิตส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม และการเข้าถึงบริการสุขภาพ เพื่อนำปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงช่วยกำหนดนโยบายสร้างผู้สูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ให้คงความสามารถในการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายและจิตใจ ความผาสุก ความเป็นอิสระในการทำหน้าที่ การตัดสินใจด้วยตนเองของผู้สูงอายุ ประสบความสำเร็จในวัยสูงอายุ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการเพิ่มกลยุทธ์พัฒนางานด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 กระทรวงสาธารณสุข ด้วยการสร้างแบบจำลองสมการโครงสร้าง ซึ่งเป็นเทคนิคทางสถิติที่สามารถใช้เพื่อจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่ซับซ้อนระหว่างตัวแปรหลายตัว [6] ปัจจุบันนิยมใช้ศึกษาการทำงานร่วมกันที่ซับซ้อนระหว่างปัจจัยต่าง ๆ และผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ [7] เพื่อให้ผลการศึกษานี้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุสูงวัยอย่างมีสุขภาวะและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย (1) เพื่อศึกษาการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ (2) เพื่อพัฒนาและตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุสู่ผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ (3) เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลทางตรงต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ประชากรเป้าหมาย ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในเขตสุขภาพที่ 9 ประกอบด้วยจังหวัดนครราชสีมา จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัดสุรินทร์ มีผู้สูงอายุทั้ง 4 จังหวัดรวมทั้งสิ้น 1,271,928 คน [5] กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปตามปีปฏิทิน ทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยทุกขั้นตอนย่อยเป็นการสุ่มแบบอาศัยความน่าจะเป็น (Probability) โดยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง คือ ขั้นที่ 1 เลือกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9 (4 จังหวัด) ร้อยละ 50 ด้วยวิธีสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดชัยภูมิ ขั้นที่ 2 โดยในแต่ละจังหวัดเลือกมา 2 อำเภอ โดยจังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ อำเภอเมืองและอำเภอยางชุมน้อย จังหวัดชัยภูมิ ได้แก่ อำเภอจัตุรัสและอำเภอลำทะเมนชัย ขั้นที่ 3 สุ่มเลือกตำบลจากสภากลางอำเภอ ตำบลละ 2 ตำบล คือ ตำบลโพธิ์กลาง ตำบลโคกสูง ตำบลหนองระเวียง และตำบลธารละหลอด (จังหวัดนครราชสีมา) ตำบลละหาน ตำบลหนองบัวบาน ตำบลคอนสวรรค์ และตำบลยางหวาย (จังหวัดชัยภูมิ) รวม 8 ตำบล การสุ่มตัวอย่าง กำหนดตามหลักการและเหตุผลของการใช้สถิติวิเคราะห์สมการโครงสร้าง (Structural Equation Model) ของนางลักษณ์ วิรัชชัย [8] ซึ่งอาศัยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) และการวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis) ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ ยึดตามจำนวนตัวแปรสังเกตอย่างน้อย 1 ตัว ต่อขนาดตัวอย่าง 10 – 30 ตามแบบของ Hair et al. [9] ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้สัดส่วนจำนวนตัวแปรสังเกต 1 ตัว ต่อขนาดตัวอย่าง 20 ตัวอย่าง มีตัวแปรสังเกต



23 ตัว จึงต้องใช้กลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 460 คน เพื่อให้มีความเชื่อมั่นมากขึ้น และป้องกันการสูญเสียของแบบสอบถามที่ได้รับคืนไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้เท่ากับจำนวน 46 คน รวมกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 506 คน ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับเพิ่มจำนวนเป็น 520 คน เพื่อสะดวกต่อการสุ่มตามสัดส่วนพื้นที่ศึกษา 8 พื้นที่ [8, 9]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดและทฤษฎี ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของหน่วยงานสุขภาพและเวลเนสแห่งเมืองอัลเบอร์ตา แนวคิดทฤษฎีการเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิธ แนวคิดทฤษฎีวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ แนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ การเข้าถึงบริการสุขภาพของเพ็นชานสกีและโทมัส ประกอบด้วย 6 ส่วน โดยแบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้ตอบแบบสอบถาม แบบสอบถามเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ แบบสอบถามเกี่ยวกับวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ แบบสอบถามเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ และแบบสอบถามเกี่ยวกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน และการตรวจสอบอำนาจจำแนก (Discrimination power) หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.919

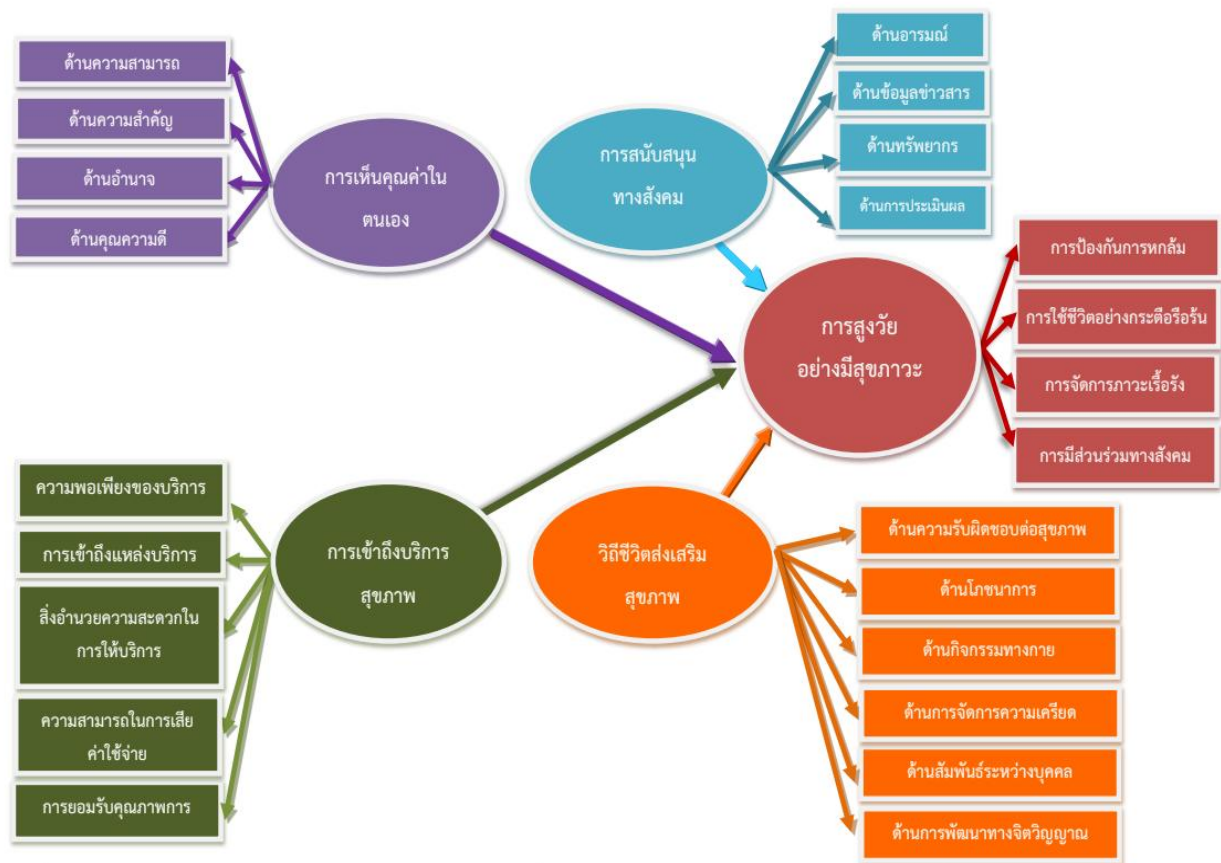
การรับรองจริยธรรมในมนุษย์ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ในการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม เมื่อวันที่ 13 กันยายน พ.ศ. 2567 ตามรหัสโครงการเลขที่ HE-WTU 2567-0094 เอกสารรับรองเลขที่ WTU 2567-0094 วิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์การผันแปร ความเบ้ ความโด่ง ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝง ด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน และวิเคราะห์ความสอดคล้องของโมเดล ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 กระทรวงสาธารณสุข ด้วยการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยร่างโมเดลสมมติฐานความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยดังแสดงในภาพที่ 1

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่าข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 56 และเพศชายร้อยละ 44 มีอายุเฉลี่ย 69.73 ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 54.6 ส่วนมากมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.5 และมีระดับการศึกษาอยู่ในช่วงชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 90 ด้านสุขภาพพบว่าร้อยละ 51 ไม่มีโรคประจำตัว สำหรับผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวพบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 12.5 สิทธิการรักษาหลักคือ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 91.2 อาชีพหลักคือ ค่าขาย ร้อยละ 51.5 และร้อยละ 37.9 ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 2,394.15 บาท โดยส่วนใหญ่มีรายได้เป็นเงินสวัสดิการจากรัฐ ร้อยละ 57.3 ด้านสภาพความเป็นอยู่พบว่าร้อยละ 56.2 อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว 3 - 5 คน บ้านส่วนใหญ่เป็นบ้าน 2 ชั้น ร้อยละ 52.7 และมีความสว่างเพียงพอ ร้อยละ 84.6 ด้านการดูแลผู้สูงอายุพบว่าร้อยละ 70.6 มีผู้ดูแลอยู่ด้วย สำหรับการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีพบว่าร้อยละ 53.5 มีอุปกรณ์แต่ไม่เคยใช้ ผลการวิเคราะห์ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นด้านปัจจัยต่าง ๆ ของปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 9 กระทรวงสาธารณสุขพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง วิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1



ภาพที่ 1 โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 1 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นด้านต่าง ๆ ของปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 กระทรวงสาธารณสุข

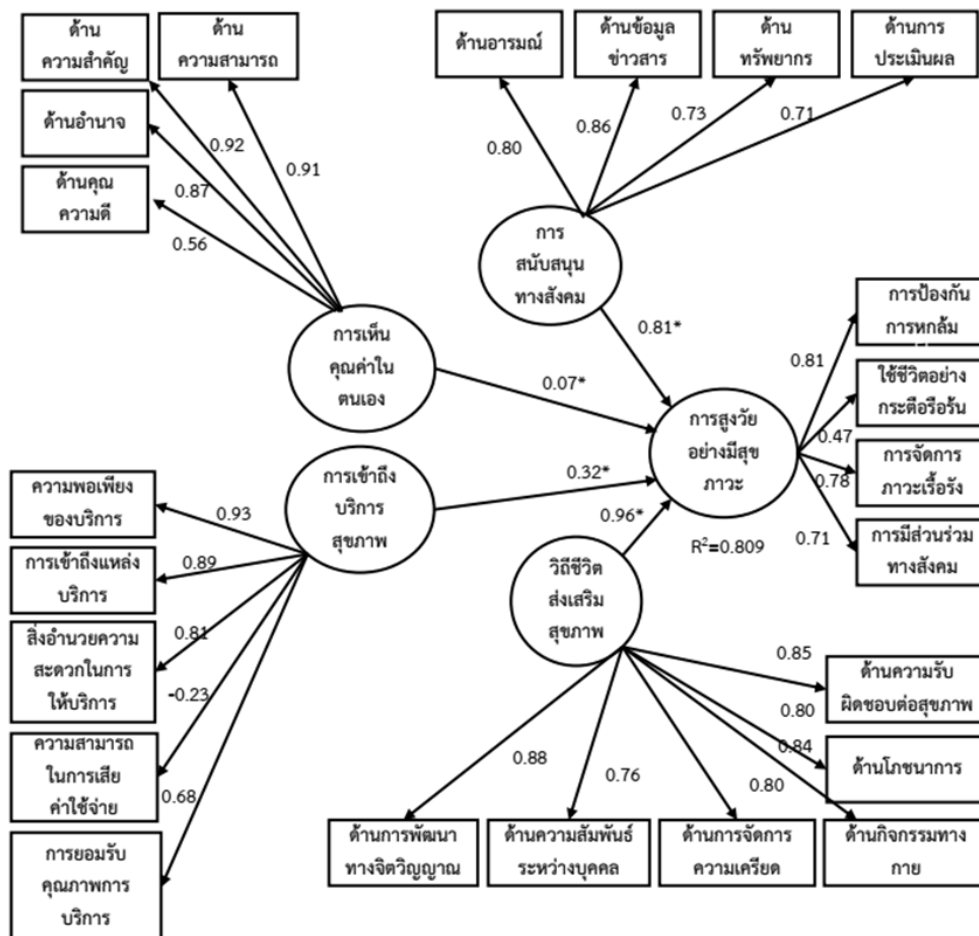
ปัจจัย	ระดับความคิดเห็น						Mean	S.D.
	มาก		ปานกลาง		น้อย			
	n (%)		n (%)		n (%)			
■ การเห็นคุณค่าในตนเอง	359	(69.0)	152	(29.2)	9	(1.7)	4.210	0.642
■ วิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพ	312	(60.0)	188	(36.2)	20	(3.8)	4.149	0.721
■ การสนับสนุนทางสังคม	301	(57.9)	189	(36.3)	30	(5.8)	4.050	0.694
■ การเข้าถึงบริการสุขภาพ	318	(61.2)	183	(35.2)	19	(3.7)	4.082	0.698
■ การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ	139	(26.7)	288	(55.4)	93	(17.9)	3.610	0.631

2. ผลการศึกษาการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 กระทรวงสาธารณสุข ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 55.4 รองลงมาอยู่ในระดับมากร้อยละ 26.7 และระดับน้อยร้อยละ 17.9 ตามลำดับ จากผลการวิเคราะห์พบว่าแปรสังเกต ซึ่งประกอบด้วย 4 ตัวแปร ได้แก่ (1) การป้องกันการหกล้ม (2) การใช้ชีวิตอย่างกระตือรือร้น

(3) การจัดการภาวะเรื้อรัง และ (4) การมีส่วนร่วมทางสังคม มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ สรุปได้ว่าตัวแปรการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะสามารถวัดได้จากตัวแปรสังเกตดังกล่าวได้จริง

3. โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 กระทรวงสาธารณสุข ที่ผู้วิจัยพัฒนา มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลการทดสอบค่าสถิติ Chi-Square (χ^2) = 284.294, df = 131 ค่าดัชนี χ^2/df = 2.170, p = 0.000 ค่าดัชนี CFI = 0.984, ค่าดัชนี GFI = 0.957, ค่าดัชนี AGFI = 0.909, ค่าดัชนี TLI = 0.968, ค่าดัชนี NFI = 0.970 และค่าดัชนี RMSEA = 0.047 โดยดัชนีความสอดคล้องเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด จึงสรุปได้ว่าพฤติกรรม การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง วิธีชีวิตส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 80.9

4. เมื่อพิจารณาเส้นทางอิทธิพลของโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 กระทรวงสาธารณสุข พบว่าวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงสูงสุดต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุ (r^2 = 0.96) รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคม (r^2 = 0.81) การเข้าถึงบริการสุขภาพ (r^2 = 0.32) และการเห็นคุณค่าในตนเอง (r^2 = 0.07) ตามลำดับ และพบว่าตัวแปรในการศึกษามีอิทธิพลทางตรงต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 80.9 ดังแสดงในภาพที่ 2 และตารางที่ 2



ภาพที่ 2 โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 กระทรวงสาธารณสุข



ตารางที่ 2 อิทธิพลเส้นทางโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	อิทธิพลทางตรง
	Direct Effect
■ การเห็นคุณค่าในตนเอง มีอิทธิพลทางตรงต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ	0.07
■ วิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ	0.96
■ การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลทางตรงต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ	0.81
■ การเข้าถึงบริการสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ	0.32

Chi-Square (χ^2) = 284.294, df = 131 ค่าดัชนี χ^2/df = 2.170, p = 0.000 ค่าดัชนี CFI = 0.984, ค่าดัชนี GFI = 0.957, ค่าดัชนี AGFI = 0.909, ค่าดัชนี TLI = 0.968, ค่าดัชนี NFI = 0.970, ค่าดัชนี RMSEA = 0.047

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 55.4 รองลงมาอยู่ในระดับมากร้อยละ 26.7 และระดับน้อยร้อยละ 17.9 ตามลำดับ จำแนกเป็นรายด้านเรียงจากมากไปน้อยได้ดังนี้ 1) การป้องกันการหกล้มร้อยละ 65.4 2) การจัดการภาวะเรื้อรังร้อยละ 52.1 3) การมีส่วนร่วมทางสังคมร้อยละ 52.1 และ 4) การใช้ชีวิตอย่างกระตือรือร้นร้อยละ 14.2 ตามลำดับ สามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการป้องกันการหกล้มมากที่สุด เนื่องจากเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยและส่งผลกระทบรุนแรงต่อคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุ การหกล้มอาจนำไปสู่การบาดเจ็บรุนแรงหรือภาวะทุพพลภาพได้ ดังนั้นการป้องกันการหกล้มจึงเป็นพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญและปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้การจัดการภาวะเรื้อรังและการมีส่วนร่วมทางสังคมก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถจัดการภาวะเรื้อรังได้ดี โดยเฉพาะการเฝ้าระวังอาการและการไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตามการใช้ชีวิตอย่างกระตือรือร้นยังมีคะแนนค่อนข้างต่ำ ซึ่งอาจสะท้อนถึงข้อจำกัดทางสุขภาพหรือสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการมีกิจกรรมทางกายหรือการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างเต็มที่ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายและสังคมอย่างสม่ำเสมอจึงเป็นประเด็นที่ควรได้รับการสนับสนุนมากขึ้น นอกจากนี้การมีส่วนร่วมทางการเมืองและสังคมยังเป็นพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญมากที่สุด ซึ่งสะท้อนถึงบทบาทและความต้องการในการมีส่วนร่วมกิจกรรมของชุมชนและสังคม แม้จะอยู่ในวัยสูงอายุก็น่าสนใจ

การเห็นคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.07 ยอมรับสมมติฐานที่ 1 ซึ่ง Coopersmith [10] ได้อธิบายว่าการเห็นคุณค่าในตนเองคือ การประเมินคุณค่าในสิ่งที่ตนเองมีจนเกิดเป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงการยอมรับหรือไม่ยอมรับตนเอง ซึ่งสะท้อนถึงทัศนคติที่มีต่อตนเองในด้านความสามารถ ความสำเร็จ อำนาจ และคุณค่า โดยบุคคลอื่นสามารถรับรู้ได้จากภาษาและท่าทีที่แสดงออกมา ดังนั้นการเห็นคุณค่าในตนเองจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะมีความมั่นใจในการจัดการชีวิตและสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น การเห็นคุณค่าในตนเองวัดได้จาก 4 ตัวแปร ได้แก่ (1) ด้านความสามารถ (2) ด้านความสำเร็จ (3) ด้านอำนาจ และ (4) ด้านคุณค่า โดยตัวแปรที่มีความสำคัญมากที่สุด ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเองด้านอำนาจ รองลงมาคือ การเห็นคุณค่าในตนเองด้านคุณค่า การเห็นคุณค่าในตนเองด้านความสำเร็จ และการเห็นคุณค่าในตนเองด้านความสามารถ แสดงว่าในการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองของประชาชน ควรเน้นไปที่การเห็นคุณค่าในตนเองด้านอำนาจ และการเห็นคุณค่าในตนเองด้านคุณค่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Sadjapong U. และ Thongtip S. [11] ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความภาคภูมิใจในตนเองและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในชุมชนผู้สูงอายุในชนบทภาคเหนือ

ของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุสามารถปรับปรุงสุขภาพโดยรวมและความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลในช่วงบั้นปลายชีวิตได้

วิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.96 ยอมรับสมมติฐานที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ [12] ที่ได้สรุปรูปแบบของการสร้างเสริมสุขภาพที่บุคคลจะมีพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองไว้ว่า การที่บุคคลปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพนั้นต้องอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (Life style and Health habits) ที่จะช่วยให้บุคคลคงไว้หรือยกระดับภาวะสุขภาพ เพื่อความผาสุก (Well-Being) และมีสุขภาวะที่ดี ในการวิจัยนี้พบว่าตัวแปรที่มีความสำคัญมากที่สุด ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ รองลงมาคือ การพัฒนาทางจิตวิญญาณ การจัดการกับความเครียดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล กิจกรรมทางกาย และโภชนาการ แสดงให้เห็นว่าวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพมีบทบาทสำคัญต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กรธณธัช ปัญญาโส และคณะ [13] ที่พบว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถเพิ่มความสามารถในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพให้บรรลุถึงความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ สังคม ให้เข้ากับสภาพแวดล้อมของสังคมและธรรมชาติได้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นและนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดี และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กุลวดี โรจนไพศาลกิจ และวรากร เกรียงไกรศักดิ์ดา [14] พบว่าการที่ผู้สูงอายุจะมีสุขภาวะที่ดีได้นั้นต้องอาศัยแนวคิดในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่ครอบคลุมมิติทางกาย จิตใจ สังคม จึงควรมีการดำเนินงานภายใต้การสนับสนุนและความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายซึ่งมีแกนนำโดยผู้สูงอายุและผู้สูงอายุจิตอาสาในชุมชนเป็นกลไกทรัพยากรบุคคลที่สำคัญในการขับเคลื่อนการสร้างสุขภาวะให้กับผู้สูงอายุได้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายในการพัฒนา เพื่อส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงเหมาะสมกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีวิถีชีวิตที่สนับสนุนสุขภาพในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะความรับผิดชอบต่อสุขภาพและโภชนาการที่เหมาะสม จะช่วยให้เกิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะและสามารถใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพได้ต่อไป

การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.81 ยอมรับสมมติฐานที่ 3 ซึ่ง Schaefer et al. [15] และ Thoits [16] กล่าวว่า การสนับสนุนทางอารมณ์เป็นการให้ความรัก ความห่วงใย ความอบอุ่นใจ และการยอมรับซึ่งกันและกัน ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ส่วนการสนับสนุนทางเครื่องมือเป็นการให้ความช่วยเหลือในรูปแบบของสิ่งของ เงินทอง หรือบริการต่าง ๆ ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ และ House [17] อธิบายว่าการสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสารเกี่ยวข้องกับการให้คำแนะนำ คำปรึกษา และข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน สำหรับการสนับสนุนด้านการประเมินผลจะเกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลป้อนกลับและการรับรองผลการปฏิบัติ ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพที่ตนเองปฏิบัติ ในการวิจัยนี้ การสนับสนุนทางสังคมวัดได้จาก 4 ตัวแปร โดยตัวแปรที่มีความสำคัญมากที่สุด ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ รองลงมาคือการสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางทรัพยากร และการสนับสนุนด้านการประเมินผล จากการวิจัยในครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 โดยเฉพาะการสนับสนุนทางอารมณ์และข้อมูลข่าวสาร ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า มีความมั่นใจ และสามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น โดย Schaefer et al. [15] และ Thoits [16] ระบุว่า การสนับสนุนทางอารมณ์ช่วยลดความเครียดและเพิ่มความพึงพอใจในชีวิต House [17] กล่าวว่า การให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์เช่น คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรค ช่วยให้ผู้สูงอายุมีทักษะและความรู้ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพในชีวิตประจำวัน สำหรับการสนับสนุนทางเครื่องมือ เช่น การให้ความช่วยเหลือในรูปแบบของสิ่งของ เงินทอง หรือบริการต่าง ๆ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ขาดแคลนทรัพยากรหรือมีข้อจำกัดทางกายภาพ [15, 16] และการสนับสนุนด้านการประเมินผล ได้แก่ การให้



ข้อมูลย้อนกลับและการรับรองผลการปฏิบัติตัว ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพที่ตนเองปฏิบัติ และมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น โดยสรุปในการส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะควรเน้นการสนับสนุนทางอารมณ์มากที่สุด แต่ยังคงให้การสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางเครื่องมือ และการสนับสนุนด้านการประเมินผลแก่ผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ สอดคล้องกับการศึกษาของจิรนนท์ วงศ์สุวรรณ และคณะ [18] ได้ทำการศึกษารื่อง การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชนมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุและการได้รับความรู้จากบุคลากรสาธารณสุข และการศึกษาของ Zanjari et al. [19] ได้ศึกษาเรื่อง อิทธิพลของการให้และการสนับสนุนทางสังคมต่อความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าการให้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ Thoits [16] ยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดความเครียดและเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

การเข้าถึงบริการสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.32 ยอมรับสมมติฐานที่ 4 ซึ่งสอดคล้องกับ Penchamsky & Thomas [20] ได้อธิบายว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพสามารถจำแนกได้เป็น 5 ด้านหลัก ได้แก่ (1) ความพอเพียงของบริการ (2) การเข้าถึงแหล่งบริการ (3) สิ่งอำนวยความสะดวกในการให้บริการ (4) ความสามารถในการเสียค่าใช้จ่าย และ (5) การยอมรับคุณภาพการบริการ จากการวิจัยในครั้งนี้สามารถอภิปรายได้ว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพมีบทบาทสำคัญต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 โดยเฉพาะความพอเพียงของบริการและการเข้าถึงแหล่งบริการ ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกและมีประสิทธิภาพ ความพอเพียงของบริการ หมายถึง การมีบุคลากรและทรัพยากรที่เพียงพอช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการที่รวดเร็วและมีคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Donabedian [21] ที่เน้นความสำคัญของโครงสร้างบริการสุขภาพในการส่งเสริมคุณภาพการดูแล ส่วนการเข้าถึงแหล่งบริการ หมายความว่า การที่สถานบริการตั้งอยู่ในระยะทางที่ไม่ไกลและสะดวกต่อการเดินทาง ช่วยลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการตามที่ Andersen [22] ที่ระบุว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยทางกายภาพและสิ่งแวดล้อม และสิ่งอำนวยความสะดวกในการให้บริการคือ การมีอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกสะดวกสบายและปลอดภัยในการใช้บริการ นอกจากนี้ความสามารถในการเสียค่าใช้จ่าย ช่วยลดอุปสรรคทางเศรษฐกิจในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถใช้บริการได้อย่างทั่วถึง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ WHO [23] ที่ต้องการสร้างความเท่าเทียมทางการเงิน (Fair Financial Contribution) ลดภาระทางการเงินที่ประชาชนต้องจ่ายสำหรับบริการสุขภาพ และการยอมรับคุณภาพการบริการ เป็นความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อประสิทธิภาพความเป็นธรรมของบริการ ช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นความตั้งใจในการใช้บริการอย่างต่อเนื่อง ในการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุควรเน้นไปที่ความพอเพียงของบริการและการเข้าถึงแหล่งบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร งามขำ และคณะ [24] ได้ศึกษาเรื่อง การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับดี โดยพบว่าปัจจัยสำคัญได้แก่ คุณภาพบริการและการมีครอบครัวสนับสนุน นอกจากนี้การศึกษาของอาจริย เชิดชู และคณะ [25] ศึกษาเรื่อง การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมองว่าความพอเพียงของบริการ จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพียงพอต่อการให้บริการและดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถจัดบริการเพื่อตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพได้รวมถึงมีเครื่องมือ วัสดุทางการแพทย์ และยาในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ นอกจากนี้สมชาย นันทวัฒน์ภรณ์ [26] ได้ศึกษาเรื่อง การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ระบบบริการสุขภาพและสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการส่งเสริมการ

เข้าถึงบริการสุขภาพควรเน้นการพัฒนาความพอเพียงของบริการและการเข้าถึงแหล่งบริการ โดยการที่สถานบริการสุขภาพเพิ่มจำนวนบุคลากร จัดระบบขนส่งสำหรับผู้สูงอายุ และปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกในสถานบริการ นอกจากนี้ควรให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพเพื่อลดอุปสรรคทางเศรษฐกิจ

ประโยชน์ของการวิจัย

1) ด้านนโยบาย การวิจัยในครั้งนี้เป็นการนำเสนอโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลจากการศึกษา รวบรวมแนวคิดทฤษฎีของนักวิชาการหลายท่าน จากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยจากแหล่งความรู้ นำมาสู่การสังเคราะห์และพัฒนาเป็นโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ อันเป็นการขยายขอบเขตความรู้ในเชิงวิชาการซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการแก้ปัญหาทางสาธารณสุขต่อไป

2) ด้านการประยุกต์ใช้ ผลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลให้กับระบบสาธารณสุขในการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุอันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ นอกจากนี้ยังสามารถนำไปสู่แนวทางการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุได้อย่างชัดเจน และทำให้การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ และการจัดบริการสุขภาพของประชากรผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุติดสังคมและกลุ่มติดบ้านที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือต้องการความช่วยเหลือบางส่วนให้มีการมีสุขภาวะองค์รวมทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่ดีนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาแนวคิดทฤษฎีอื่นที่เป็นสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มเติมจากการเห็นคุณค่าในตนเอง วิธีชีวิต ส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการเข้าถึงบริการสุขภาพ มาวิจัยในครั้งต่อไปเช่น ปัจจัยด้านชุมชน ความเข้มแข็งของชุมชน นโยบายของประเทศ เป็นต้น

2) ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพหรือการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อพัฒนารูปแบบ (Model) ที่เหมาะสมกับการส่งเสริมพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุโดยเฉพาะการวิจัยและพัฒนา (Research & Development : R&D)

เอกสารอ้างอิง

1. เจาะลึกระบบสุขภาพ. 2544-2643 โลกเข้าสู่ศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ. วารสารเทคโนโลยีวัสดุ [อินเทอร์เน็ต]. 2544 [เข้าถึงเมื่อ 1 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2015/04/9734>.
2. สำนักข่าวสร้างสุข. ปี 65 ไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ สสส.ผนึกภาคี ผลักดันนโยบายเพื่อสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุทั่วประเทศ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 22 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th>.
3. วิไลวรรณ ทองเจริญ. ศาสตร์ และศิลป์ การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
4. Hengudomsab P. Resilience in later life. Thai Pharm Health Sci J 2007;2(1):115-23.
5. กรมกิจการผู้สูงอายุ. คลังความรู้ สถิติผู้สูงอายุ. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 22 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th>
6. Kline RB. Principles and Practice of Structural Equation Modeling. 4th ed. New York: The Guilford Press; 2016.



7. Brown AF, Ma GX, Miranda J, Eng E, Castille D, Brockie T, et al. Structural Interventions to Reduce and Eliminate Health Disparities. *Am J Public Health* 2019;109(S1):72-8.
8. นงลักษณ์ วิรัชชัย. โมเดลลิสเรล: สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์; 2542.
9. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate data analysis. 7th ed. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 2010.
10. Coopersmith S. The antecedents of self-esteem. San Francisco: W.H. Freeman; 1967.
11. Sadjapong U, Thongtip S. Association between self-esteem and health-related quality of life among elderly rural community, Northern Thailand. *Cogent Social Sciences* 2023; 9:2282410.
12. Pender NJ. Health promotion innursing practice. 3rd ed. Stamford: Appleton and Lange; 1996.
13. กรฐณัฐ ปัญญาใส. ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต บนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุ. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา* 2560;12(2):1-10.
14. กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ, วรากร เกรียงไกรศักดิ์. การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารสมาคมนักวิจัย* 2560;22(1):81-97.
15. Schaefer C, Coyne CJ, Lazarus RS. The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine* 1981;4(4):381-409.
16. Thoits PA. Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *JHSB* 1982;23(2):145-59.
17. House JS. Work stress and social support. Massachusetts: Addison-Wesley publishing company; 1981.
18. จิรนนท์ วงศ์สุวรรณ, ศิวพร อึ้งวัฒนา, สุกฤดา สวนแก้ว. การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่. *พยาบาลสาร* 2563;47(3):267-76.
19. Zanjari N, Momtaz YA, Kamal SHM, Basakha M, Ahmadi S. The Influence of Providing and Receiving Social Support on Older Adults' Well-being. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2022;3(18):e174501792112241.
20. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care* 1981;19(2):127-40.
21. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed?. *JAMA* 1988;260(12):1743-8.
22. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?. *JHSB* 1995;36(1):1-10.
23. World Health Organization. The world health report 2000: Health systems: Improving performance. WHO [Internet]. 2000 [cited 2023 October 19]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/>
24. ศิริพร งามขำ, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, มธุรส ทิพยมงคลกุล, จารุวรรณ หมั่นมี. “การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร”. *วารสารพยาบาลเกื้อการุณย์* 2561;25(2):91-104.
25. อาจารย์ เชิดชู, ฉวีวรรณ บุญสุยา, ชรินทร์ เจริญกุล. การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ* 2562;12(2):1-13.
26. สมชาย นันทวัฒนากรณ์. การเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 1 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.chiangmaihealth.go.th/document/231122170062611826.pdf>.