

รูปแบบการพัฒนามาตรฐานและดัชนีชี้วัดความมั่นคงทางสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง

ธัญ กนกเทศ*

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อนำเสนอรูปแบบการพัฒนามาตรฐานและดัชนีชี้วัดความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง โดยการสร้างมาตรฐานและดัชนีชี้วัด ประเมินผลความมั่นคงทางสุขภาพตามมาตรฐานและดัชนีชี้วัด และนำเสนอรูปแบบการพัฒนา จัดเก็บข้อมูลในเทศบาลนครพิษณุโลก ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงพฤษภาคม 2552 ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้ 1) ความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง ประกอบด้วย 10 มาตรฐาน 52 ดัชนีชี้วัด โดยดัชนีชี้วัดที่มีน้ำหนักความสำคัญ ได้แก่ การมีสถานะทางสังคม การมีเครือข่ายทางสังคม การมีสัมพันธภาพที่ดีกับสังคม แรงใจใฝ่สัมฤทธิ์ การประสบความสำเร็จในชีวิต ความพึงพอใจในบทบาทของตน การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ และการเข้าถึงการคุ้มครองทางสังคม 2) ผลการประเมินตามดัชนีชี้วัดพบว่าผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง มีความมั่นคงทางสุขภาพในระดับปานกลาง 3) รูปแบบการพัฒนามาตรฐานและดัชนีชี้วัดความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองที่เหมาะสมควรประกอบด้วย การหาพันธมิตรแบบพหุลักษณะกับผู้แสดงทางสังคมที่เกี่ยวข้องจำนวน 4 กลุ่มคือ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านมาตรฐานและดัชนีชี้วัด กลุ่มผู้บริหารท้องถิ่น กลุ่มนักวิชาการด้านสุขภาพผู้สูงอายุ และเครือข่ายผู้สูงอายุ โดยต้องมีการทดลองใช้เครื่องมือ ประเมินผล และปรับแก้ไขเครื่องมือให้มีความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชนเมือง

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ชุมชนเมือง, ความมั่นคงทางสุขภาพ, สุขภาพ

บทนำ

ความมั่นคงของมนุษย์เป็นประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตของมนุษย์ เป็นเรื่องที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง การมีสิทธิเสรีภาพที่จะเลือกกระทำ¹ โดยความมั่นคงด้านสุขภาพ เป็นประเด็นที่สำคัญประเด็นหนึ่งที่ยังไม่มีกระบวนการศึกษาเพื่อนำไปสู่การพัฒนาเครื่องชี้วัดอย่างเป็นรูปธรรมโดยเฉพาะการศึกษาวิจัยในประเด็นความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัจจุบันสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุประเทศไทย อยู่ที่ร้อยละ 11.47² เนื่องจากประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7 ในปี พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 14 ในปี พ.ศ. 2563 หรือใช้เวลาเพียง 30 ปี เมื่อเทียบกับระยะเวลาในการเพิ่มประชากรสูงอายุของประเทศไทยกับประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ประเทศอังกฤษ ใช้เวลานานถึง 100 ปี (พ.ศ. 2378 - พ.ศ. 2485) ประเทศสวีเดน ใช้เวลานานถึง 85 ปี (พ.ศ. 2429 - พ.ศ. 2514) หรือนานกว่าประเทศไทยถึงสามเท่า นอกจากนี้ประเทศไทยยังเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุที่เร็วมากคือประมาณ 20 ปี เท่านั้น โดยจะเริ่มเข้าสู่สังคมสูงอายุในปี พ.ศ. 2553 และเป็นสังคมสูงอายุเต็มตัวในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งหมายความว่าประเทศไทยไม่เพียงแต่จะเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ยังมีเวลาที่สั้นมากในการเตรียมความพร้อมสำหรับวิกฤติการณ์ทางสังคมของผู้สูงอายุด้วย³⁻⁴ โดยผู้สูงอายุกลุ่มนี้อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมืองถึงร้อยละ 36.12 ขอบเขตและอิทธิพลของชุมชนเมืองนับวันจะขยายออกไปไกลกว่าปริมณฑลของเมืองอย่างยากที่จะกำหนดขอบเขตได้จึงมีอิทธิพลต่อชีวิตของผู้อยู่ทั้งในชุมชนเมืองเองและพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง วิถีชีวิตของเมืองมีการเปลี่ยนแปลง และกำลังก้าวเข้าสู่วิกฤตการณ์ เพราะสุขภาพของชีวิต สังคม กำลังถูกทำลายลงอย่างรวดเร็ว ในขณะที่ตัวชุมชนเมืองมีพลังและการสร้างสรรค์มากพอที่จะจัดการกับปัญหาต่างๆ ในสังคมได้ แต่

กลับมีกลไกไม่มากนักที่จะเปิดช่องทางให้พลังเหล่านี้เข้าไปมีส่วนร่วมในการวางแผนงานระดับนโยบายหรือเข้าไปเพิ่มพูนประสิทธิภาพของวิธีการแก้ไขปัญหาในสังคมที่ได้ผล ชุมชนเมืองขาดกระบวนการปรับตัวที่เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของสังคม จึงกำลังสูญเสียอัตลักษณ์ของตนไป การเปลี่ยนแปลงของชุมชนเมืองปัจจุบันนี้เป็นเพียงการสัจจรเคลื่อนไหวที่ไม่หยุดนิ่ง (Mobilization) ไม่สามารถไปถึงความเป็นอารยธรรม (Civilization) ของตนเองได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในชุมชนเมืองนั้นอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้หากไม่มีกระบวนการหรือเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว⁵⁻⁶

ระบบสุขภาพเป็นระบบสังคม สุขภาวะของคนมีความหมายถึงความรู้สึนึกคิดทั้งในด้านจิตใจและอารมณ์ สุขภาพไม่ได้หมายถึงสภาวะของการเจ็บป่วยเท่านั้น แต่หมายรวมถึง ความอยู่เย็นเป็นสุข ความเป็นระเบียบเรียบร้อย ความเสมอภาค และความมีจิตวิญญาณที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะของความสุข การปฏิบัติ ค่านิยม ความคิด ความเชื่อ ประเพณี เป็นสิ่งที่สังคมสร้างขึ้น (Social construction) โดยจะต้องตั้งอยู่บนความเป็นธรรม (equity) ทางเลือก (choice) และการร่วมมือกัน (partnership) ดังนั้นมิติความมั่นคงทางสุขภาพจึงมีประเด็นสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนอยู่หลายประการ เช่น ปัญหาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุของประชาชนซึ่งส่งผลให้มีประชาชนในกลุ่มพึ่งพิงสูงขึ้น ปัญหาด้านกระบวนการทัศน์ที่เชื่อมโยงประเด็นเรื่องสุขภาพสังคม กับความมั่นคงของรัฐและของโลก ปัญหาสิทธิมนุษยชน ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพและการมีสภาวะชีวิตที่ดี ดังนั้นสุขภาพอนามัย สิ่งแวดล้อม และความมั่นคงในชีวิตของมนุษยชาติจึงมีความสัมพันธ์กันอย่างเหนียวแน่น⁷⁻⁹ การวิจัยเพื่อพัฒนาตัวชี้วัดความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง เพื่อนำไปสู่การสังเคราะห์และปรับให้เข้า

กับสภาพความเป็นจริงจึงมีความสำคัญในสังคมเขตชุมชนเมืองที่มีความเป็นพลวัตอยู่ตลอดเวลา¹⁰

วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยคือ เพื่อนำเสนอรูปแบบการพัฒนามาตรฐานและดัชนีชี้วัดความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง เพื่อตรวจสอบมาตรฐานและดัชนีชี้วัดทางสังคม เพื่อทดลองใช้มาตรฐานและดัชนีชี้วัดทางสังคม และเพื่อประเมินผลการใช้ดัชนีชี้วัดความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง

วิธีการศึกษา

ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed-methodology) ทั้งวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยจำแนกวิธีการศึกษา ออกเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างมาตรฐานและดัชนีชี้วัดทางสังคมในความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองในขั้นตอนนี้เป็นการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในช่วงระยะเวลา 20 ปี ตลอดจนเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องตามประเด็นความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมือง จากนั้นเป็นการจัดเก็บข้อมูลปฐมภูมิโดยดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) จำนวน 4 ชุมชนเมือง รวม 4 ครั้ง พร้อมทั้งจัดทำแผนที่ความคิด (Mind Mapping) โดยกลุ่มผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง และจัดทำเวทีสัมมนาเชิงปฏิบัติการ 2 ครั้ง โดยคัดเลือกจากกลุ่มผู้แสดงทางสังคม (Social Actors) ที่เกี่ยวข้อง เพื่อรวบรวมประเด็นปัญหา ปรัชญาการณที่เกี่ยวกับความมั่นคงด้านสุขภาพ แล้วนำมาสรุปเป็นประเด็นที่สะท้อนถึงดัชนีชี้วัดทางสังคมในความมั่นคงด้านสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การสังเคราะห์เนื้อหา (Content Synthesis) และยกร่างมาตรฐานและดัชนีชี้วัดทางสังคมในความมั่นคงด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง พร้อมกับดำเนินการตรวจสอบในเชิงทฤษฎีโดยเทคนิคการตรวจสอบจากผู้ทรง

คุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน เพื่อให้มีความเหมาะสมและชัดเจนมากยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบมาตรฐานและตัวชี้วัดความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง เป็นการหาฉันทามติแบบพหุลักษณะ (Multi-Attribute Consensus Reaching) โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) กับแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง 4 กลุ่มได้แก่ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านมาตรฐานและตัวชี้วัดทางสังคม จำนวน 5 คน, กลุ่มผู้บริหารซึ่งมีบทบาทในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพกับผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จำนวน 5 คน, กลุ่มนักวิชาการซึ่งมีประสบการณ์ในการทำงานวิจัยด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน และ กลุ่มผู้นำเครือข่ายผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองของเทศบาลนครพิษณุโลก จำนวน 5 คน โดยการวิเคราะห์ค่าความแปรปรวน การวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ การวิเคราะห์ค่าจำแนก และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้มาตรฐานและดัชนีชี้วัดความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง เพื่อหาประสิทธิภาพและผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการทดลองใช้มาตรฐานและดัชนีชี้วัด โดยการหาความตรงเชิงโครงสร้างโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert Opinion) จากกลุ่มผู้นำเครือข่ายผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จำนวน 20 คน และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง (second order confirmatory factor analysis) เพื่อตรวจสอบความตรงของโมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นการวิเคราะห์เพื่อสร้างตัวแปรด้านความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองโดยการนำสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบ (factor score coefficient) ไปใช้ในการสร้างตัวชี้วัด ตรวจสอบความกลมกลืนระหว่างข้อมูลเชิงประจักษ์กับรูปแบบเชิงสมมุติฐาน โดยวิธีวัดระดับความกลมกลืน (Goodness of Fit Measures)

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง เป็นการประเมินผลการใช้มาตรฐานและดัชนีชี้วัด ที่ได้จากการนำไปทดลองใช้กับผู้ทำหน้าที่เป็นผู้ประเมิน จำนวน 65 คน และผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองที่ได้รับการประเมินจำนวน 322 คน รวมผู้ประเมินผลการใช้เครื่องมือเพื่อประเมินความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองครั้งนี้ทั้งสิ้น 387 คน ในด้านความเป็นไปได้ มีความเหมาะสม มีความถูกต้องครอบคลุม และมีประโยชน์ในการนำไปใช้ประเมินความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

โดยสามารถสรุปขั้นตอนการดำเนินงานตามระเบียบวิธีวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1

ผลการศึกษา

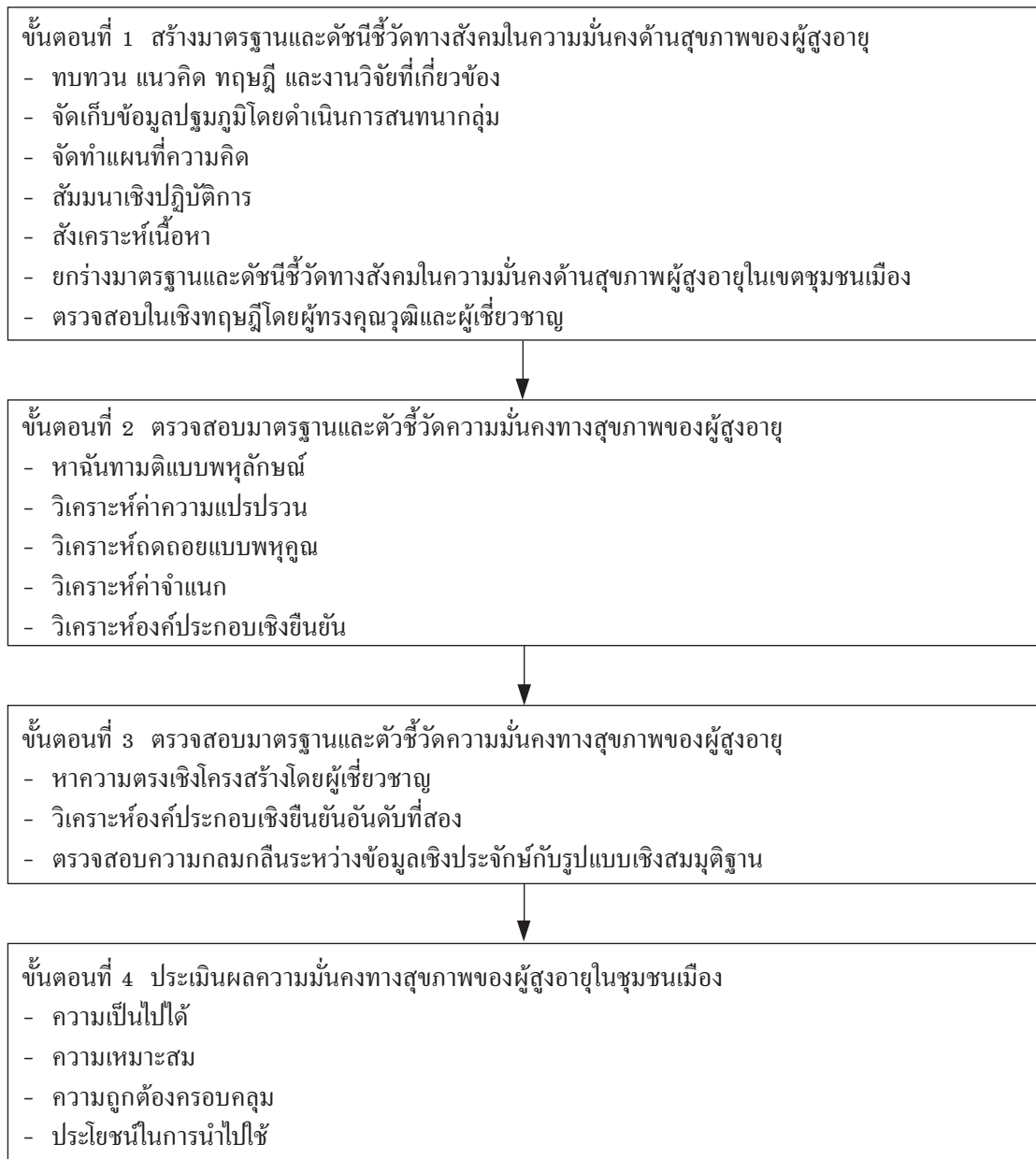
ผลการศึกษาสามารถนำเสนอในประเด็นที่น่าสนใจ โดยสรุปได้ดังนี้

1. ผลการสร้างมาตรฐานและดัชนีชี้วัดความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง ซึ่งเป็นโมเดลสมมุติฐานทางทฤษฎีที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นครั้งแรก พบตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด 62 ตัวแปร ใน 10 มาตรฐาน

2. ผลการตรวจสอบมาตรฐานและดัชนีชี้วัดความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง (second order confirmatory factor analysis) พบลักษณะดังแผนภาพที่ 2

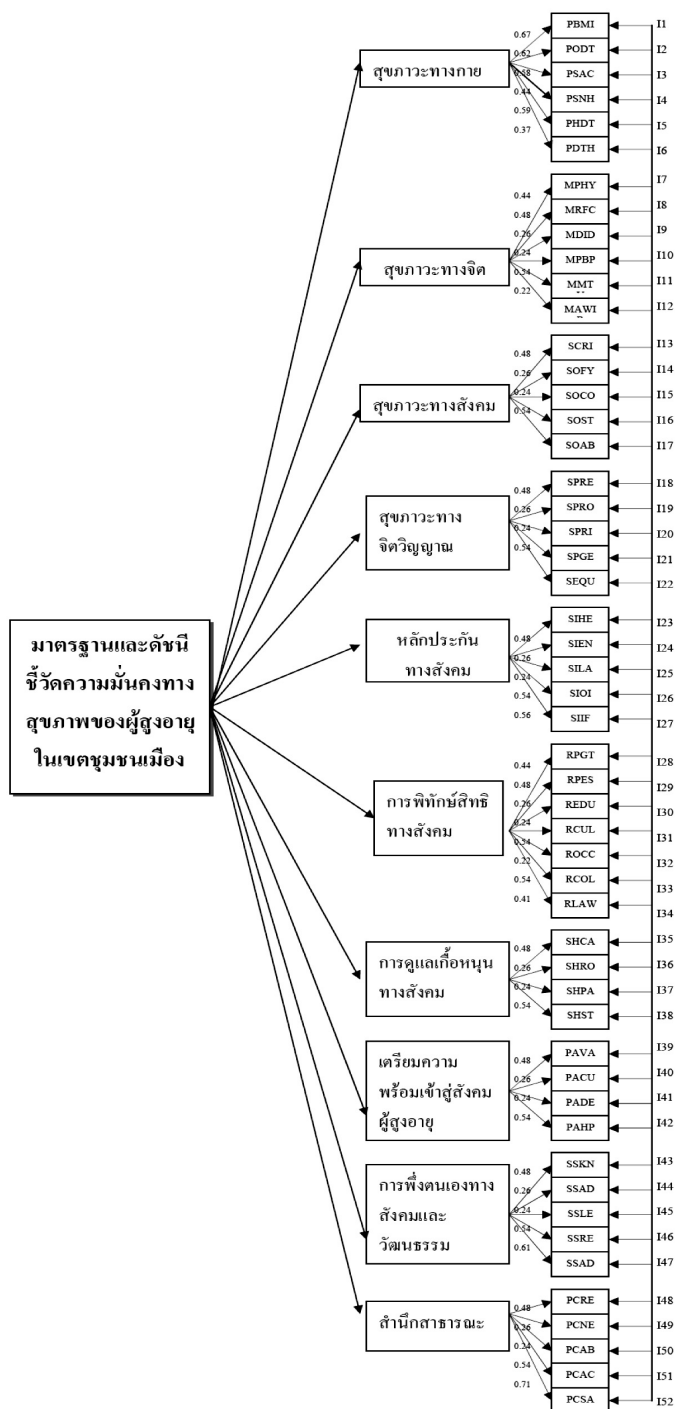
โมเดลตามกรอบแนวคิดของการวิจัยสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 728.25$, $df = 955$, $p = 1.00$, $GFI = 0.97$, $RMR = 0.03$, $AGFI = 0.95$) โดยมีตัวแปรที่เป็นตัวชี้วัดทางสังคมด้านความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < 0.05$ จำนวน 52 ดัชนีชี้วัด โดยตัวแปรทั้งหมดมีค่าน้ำหนักที่เป็นองค์ประกอบเป็นบวกอยู่ระหว่าง 0.21 ถึง 0.83 โดยดัชนีทั้งหมดนั้นสามารถนำมาจัดกลุ่มได้ 10 มาตรฐาน และมาตรฐานที่มีความสำคัญ 5 อันดับแรกได้แก่ การมีสถานะทางสังคม, การมีเครือข่ายทางสังคม, การมีสัมพันธภาพที่ดีกับสังคม, แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์, การประสบความสำเร็จในชีวิต, ความพึงพอใจในบทบาทของตน, การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ และการเข้าถึงการคุ้มครองทางสังคม ตามลำดับ โดยมีรายละเอียดของมาตรฐานและดัชนีชี้วัดทั้งหมดจำแนกตามองค์ประกอบได้ (Table 1)

ขั้นตอนการพัฒนามาตรฐานและดัชนีชี้วัดความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง



แผนภาพที่ 1 แสดงขั้นตอนการวิจัย

ความสัมพันธ์ของมาตรฐานและดัชนีชี้วัดความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง



แผนภาพที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของมาตรฐานและดัชนีชี้วัดความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง

Table 1 Component of Indicators on Health Security on Elderly

Indicators	Weight of component b(SE)	R ²	Coefficient of component	p-value
Standard 1 Physical Health				
1. Body Mass Index	.66*** (.04)	.25	0.05	0.001
2. Ability of Daily Routine	.62*** (.04)	.01	0.06	0.001
3. Ability of Social Activity	.58** (.10)	.17	0.12	0.001
4. Ability of recognize	.44** (.10)	.36	0.16	0.009
5. Save from Physical Disease	.59*** (.10)	.09	0.16	0.001
6. Dental Health	.37*** (.05)	.03	0.11	0.001
Standard 2 Mental Health				
1. Save from Physical Disease	.44*** (.05)	.28	0.09	0.001
2. Relationship with Family and Community	.48*** (.05)	0.12	0.43	0.001
3. Ability of self decide	.26*** (.05)	0.12	0.10	0.001
4. motivation	.24*** (.04)	0.62	0.06	0.001
5. Know one's Standing or merits	.24** (.04)	0.12	0.01	0.014
6. Self confidence	.22** (.04)	0.44	0.17	0.009
Standard 3 Social Health				
1. Social Status	.49*** (.05)	0.66	0.03	0.001
2. Save of Environment and earn a Living	.65*** (.05)	0.25	0.28	0.001
3. Pleasantly Family	.26*** (.04)	0.09	0.21	0.001
4. Social Network	.28*** (.04)	0.64	0.02	0.001
5. Ability of Conflict Management	.24*** (.05)	0.44	0.12	0.001
Standard 4 Spiritual Health				
1. Successful Ageing	.39*** (.05)	.59	0.02	0.001
2. Satisfy on Self Role	.31*** (.05)	.45	0.33	0.001
3. Respect on Social Right	.60*** (.05)	.05	0.11	0.001
4. Social Responsibility	.27*** (.05)	.26	0.48	0.001
5. Gender Role	.52** (.04)	.05	-0.11	0.006
Standard 5 Social Security				
1. Health Insurances	.55*** (.05)	.01	0.14	0.001
2. Social Environment	.76*** (.05)	.17	0.33	0.001
3. Save on Life and Property	.24** (.04)	.36	- 0.12	0.007
4. Suitable on Occupation and Income	.31*** (.05)	.09	0.05	0.001
5. Suitable on Infrastructure	.27*** (.05)	.03	0.11	0.001

Table 1 Component of Indicators on Health Security on Elderly (Cont.)

Indicators	Weight of component b(SE)	R ²	Coefficient of component	<i>p-value</i>
Standard 6 Social Right Protection				
1. Freedom On Thinking	.76*** (.05)	.63	0.14	0.001
2. Right on Political perform and Socio-Economic	.72*** (.04)	.40	0.11	0.001
3. Right on continuously Education	.24** (.04)	.26	- 0.07	0.004
4. Right on culture	.82*** (.05)	.51	0.32	0.001
5. Right on work	.52*** (.04)	.27	0.24	0.001
6. Reach on Law	.83*** (.04)	.17	0.32	0.001
7. Equity on Social Protection	.21*** (.05)	.32	0.10	0.001
Standard 7 Social Related and Support				
1. Care System	.61*** (.04)	.40	0.33	0.001
2. Social Role	.37*** (.05)	.26	0.14	0.001
3. Cost of Living	.72*** (.05)	.51	0.12	0.001
4. Social Status	.82*** (.04)	.27	0.16	0.001
Standard 8 Preparative to ageing Society				
1. Value	.37*** (.05)	.26	0.11	0.001
2. Praise	.52*** (.04)	.27	0.17	0.001
3. Policy	.14* (.04)	.26	- 0.07	0.031
4. Health Promotion	.62*** (.05)	.37	0.33	0.001
Standard 9 Self - reliance of Socio-Cultural				
1. Social Relationship	.61*** (.05)	.65	0.43	0.001
2. Network Administration	.82*** (.05)	.26	0.83	0.001
3. Communication Ability	.52*** (.05)	.37	0.11	0.001
4. Community Participation	.53*** (.04)	.26	0.43	0.001
5. Culcural Participation	.44*** (.05)	.51	0.12	0.001
Standard 10 Public conscious				
1. Covenant	.52*** (.04)	.27	0.16	0.001
2. Knowledge process	.62*** (.05)	.37	0.17	0.001
3. Network Ability	.72*** (.05)	.51	0.12	0.001
4. Benefit Protection	.22* (.04)	.001	- 0.06	0.031
5. Action with Social Actors	.76*** (.05)	.17	0.24	0.001

Table 2 Component of Standard on Health Security on Elderly

Standard	Weight of component b(SE)	R ²	p-value
1. Physical Health	.82***(.09)	.67	0.001
2. Mental Health	.77***(.07)	.60	0.001
3. Social Health	.90***(.12)	.80	0.001
4. Spiritual Health	.92***(.05)	.85	0.001
5. Social Security	.76***(.05)	.61	0.001
6. Social Right Protection	.77***(.07)	.60	0.001
7. Social Related and Support	.92***(.05)	.85	0.001
8. Preparative to ageing Society	.82***(.09)	.67	0.001
9. Self - reliance of Socio-Cultural	.90***(.12)	.80	0.001
10. Public conscious	.76***(.05)	.61	0.001

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$,

3. ผลการทดลองใช้มาตรฐานและดัชนีชี้วัดความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง โดยรวมและแยกแต่ละด้าน สามารถพยากรณ์ค่าความมั่นคงด้านสุขภาพได้ค่อนข้างสูง

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณในการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตชุมชนเมือง โดยใช้สเกลองค์ประกอบความมั่นคงด้านสุขภาพโดยรวมและแยกด้านสรุปได้ว่าตัวแปรที่มีนัยสำคัญและสามารถอธิบายความแปรปรวนขององค์ประกอบเกี่ยวกับสุขภาพทางกาย (Physical Health) สุขภาวะทางจิต (Mental Health) สุขภาวะทางสังคม (Social Health) สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (Spiritual Health) หลักประกันทางสังคม (Social Security) การพิทักษ์สิทธิทางสังคม (Social Right Protection) การดูแลและเกื้อหนุนทางสังคม (Social Related and Support) เตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Preparative to ageing

Society) การพึ่งตนเองทางสังคมและวัฒนธรรม (Self-reliance of Socio-Cultural) สำนักสาธารณะของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง (Public conscious) ได้ทั้งหมด โดยมีค่าอำนาจในการอธิบายได้ร้อยละ 18.2, 10.6, 13.7, 10.5, 12.7, 11.0, 14.2, 12.3, 13.7, 11.0 ตามลำดับ โดยองค์ประกอบรวมทั้งหมดของความมั่นคงทางสุขภาพผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง มีค่าอำนาจในการอธิบายได้ร้อยละ 12.7 โดยดัชนีชี้วัดความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมืองมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 โมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยมีค่าไคสแควร์เท่ากับ 308.05 ที่องศาอิสระ 271 ระดับมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.060 ค่าดัชนีวัดความกลมกลืนเท่ากับ 0.988 และค่าดัชนีวัดความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้วเท่ากับ 0.976

4. ผลการประเมินการใช้มาตรฐานและดัชนีชี้วัดความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า

มาตรฐานและดัชนีชี้วัดทางสังคมด้านความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองมี

ความเป็นประโยชน์, ความเป็นไปได้, มีความเหมาะสม และมีความถูกต้องครอบคลุมในระดับมาก (3.81) และเมื่อพิจารณาในประเด็นย่อยทั้ง 4 ด้าน ก็พบว่า มีผลการประเมินในระดับมากเช่นกัน โดย 1) ด้านความเป็นไปได้ (Feasibility) มีผลการประเมินในระดับมาก (3.73) 2) ด้านความถูกต้อง (Accuracy) มีผลการประเมินในระดับมาก (3.93) 3) ด้านความเหมาะสม (Propriety) มีผลการประเมินในระดับมาก (3.83) 4) ด้านการใช้ประโยชน์ (Utility) มีผลการประเมินในระดับมาก (3.73) เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นที่มีต่อการประเมินผลการใช้มาตรฐานและตัวชี้วัดทางสังคมด้านความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองของกลุ่มผู้ประเมิน และกลุ่มผู้รับการประเมิน ก็พบว่ามีความคิดเห็นต่อเครื่องมือดังกล่าวที่ไม่แตกต่างกันในเชิงสถิติ ไม่ว่าจะเป็นการประเมิน รายประเด็นย่อย รายด้านและภาพรวม แสดงถึงคุณภาพของเครื่องมือประเมินที่สามารถนำไปใช้ได้กับทุกหน่วยงานหรือองค์กรและทุกพื้นที่ ชุมชนเมืองที่ต้องการข้อมูลด้านความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง

ผลการประเมินความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองพบว่าส่วนใหญ่มีผลการประเมินในระดับปานกลาง ดังรายละเอียดใน Table 3

จากผลการสนทนากลุ่มประเมินความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองเพิ่มเติมพบว่ารูปแบบกิจกรรมหลักที่ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ 5 รูปแบบ คือ การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ, การคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ, การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ, การบริหารจัดการในระดับนโยบาย และการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองที่มีความมั่นคงด้านสุขภาพนั้นมีรูปแบบกิจกรรมหลักในการดำเนินงาน 8 ประการ ประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหา, การมีกลยุทธ์ที่ดีในการพัฒนา, การแสวงหาแหล่งทุนเพื่อดำเนินกิจกรรม

เครือข่าย, การมีเครือข่าย, การเรียนรู้ของเครือข่าย, การบริหารเครือข่าย, การสร้างสำนักสาธารณะ และการส่งเสริมกระบวนการจัดการความรู้ในลักษณะชุมชนเชิงปฏิบัติการ (Community of practice) ของเครือข่ายผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ผลจากการศึกษาครั้งนี้ยังชี้ให้เห็นว่า หากสังคมต้องการการสร้างเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพกับผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองนั้น ควรกำหนดเป้าหมายที่สำคัญของการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพควรกำหนดเป็นแนวทางในลักษณะ “พุทธพลัง” หรือผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Ageing) ซึ่งหมายถึงการเป็นผู้ที่ยังคงมีส่วนร่วมและเป็นผู้แสดงทางสังคมที่สำคัญในชุมชนอย่างสร้างสรรค์ เป็นผู้ที่ไม่ได้แต่ตนเองได้ พึ่งตนเองได้ และมีความพึงพอใจในชีวิตตนเอง

อภิปรายผล

รูปแบบการพัฒนามาตรฐานและดัชนีชี้วัดความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองที่เหมาะสม ควรต้องมีรูปแบบในการปรับปรุงให้มีความเหมาะสมในแต่ละบริบทของชุมชนเมือง โดยองค์ประกอบหลักที่สำคัญที่ทุกชุมชนควรใช้เป็นมาตรฐานที่ต้องมีการสำรวจความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นควรประกอบด้วย 10 มาตรฐานคือ มาตรฐานสุขภาพทางกาย (Physical Health) สุขภาวะทางจิต (Mental Health) สุขภาวะทางสังคม (Social Health) สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (Spiritual Health) หลักประกันทางสังคม (Social Security) การพิทักษ์สิทธิทางสังคม (Social Right Protection) การดูแลและเกื้อหนุนทางสังคม (Social Related and Support) เตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Preparative to ageing Society) การพึ่งตนเองทางสังคมและวัฒนธรรม (Self-reliance of Socio-Cultural) และสำนึกสาธารณะของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง (Public conscious)

Table 3 Health Security on Elderly in urban area

Indicators	$\bar{X}$	S.D.	Meaning
Standard 1 Physical Health			
1. Body Mass Index	2.29	0.28	low
2. Ability of Daily Routine	3.06	0.12	medium
3. Ability of Social Activity	3.08	0.12	medium
4. Ability of recognize	2.87	0.62	medium
5. Save from Physical Disease	2.98	0.12	medium
6. Dental Health	2.39	0.44	low
Standard 2 Mental Health			
1. Save from Physical Disease	3.03	0.21	medium
2. Relationship with Family and Community	3.11	0.12	medium
3. Ability of self decide	3.18	0.35	medium
4. Motivation	2.97	0.43	medium
5. Know one's Standing or merits	2.88	0.32	medium
6. Self confidence	2.79	0.47	medium
Standard 3 Social Health			
1. Social Status	3.11	0.12	medium
2. Save of Environment and earn a Living	3.18	0.35	medium
3. Pleasantly Family	2.97	0.43	medium
4. Social Network	2.88	0.32	medium
5. Ability of Conflict Management	2.79	0.47	medium
Standard 4 Spiritual Health			
1. Successful Ageing	3.04	0.12	medium
2. Satisfy on Self Role	3.22	0.45	medium
3. Respect on Social Right	2.93	0.43	medium
4. Social Responsibility	2.88	0.32	medium
5. Gender Role	2.79	0.47	medium
Standard 5 Social Security			
1. Health Insurances	4.21	0.12	high
2. Social Environment	3.27	0.35	medium
3. Save on Life and Property	2.87	0.43	medium
4. Suitable on Occupation and Income	2.38	0.32	low
5. Suitable on Infrastructure	2.79	0.47	medium

Table 3 Health Security on Elderly in urban area (Cont.)

Indicators	$\bar{X}$	S.D.	Meaning
Standard 6 Social Right Protection			
1. Freedom On Thinking	3.27	0.35	medium
2. Right on Political perform and Socio-Economic	2.87	0.43	medium
3. Right on continuously Education	2.88	0.32	medium
4. Right on culture	2.79	0.47	medium
5. Right on work	2.91	0.43	medium
6. Reach on Law	2.88	0.32	medium
7. Equity on Social Protection	2.89	0.47	medium
Standard 7 Social Related and Support			
1. Care System	3.27	0.35	medium
2. Social Role	2.87	0.43	medium
3. Cost of Living	2.88	0.32	medium
4. Social Status	2.79	0.47	medium
Standard 8 Preparative to ageing Society			
1. Value	3.33	0.35	medium
2. Praise	2.98	0.43	medium
3. Policy	2.78	0.32	medium
4. Health Promotion	2.79	0.47	medium
Standard 9 Self - reliance of Socio-Cultural			
1. Social Relationship	3.37	0.35	medium
2. Network Administration	2.91	0.43	medium
3. Communication Ability	2.88	0.32	medium
4. Community Participation	2.89	0.47	medium
5. Culcural Participation	2.88	0.24	medium
Standard 10 Public conscious			
1. Covenant	2.97	0.32	medium
2. Knowledge process	3.27	0.35	medium
3. Network Ability	2.87	0.43	medium
4. Benefit Protection	2.88	0.32	medium
5. Action with Social Actors	2.79	0.47	medium
Total	2.31	0.26	medium

รูปแบบการพัฒนามาตรฐานและดัชนีชี้วัดความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองที่เหมาะสม ควรประกอบด้วย การหาฉันทามติแบบพหุลักษณะกับผู้แสดงทางสังคมที่เกี่ยวข้องจำนวน 4 กลุ่มคือ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านมาตรฐานและดัชนีชี้วัด กลุ่มผู้บริหารท้องถิ่น กลุ่มนักวิชาการด้านสุขภาพผู้สูงอายุ และเครือข่ายผู้สูงอายุ โดยต้องมีการทดลองใช้เครื่องมือ ประเมินผล และปรับแก้ไขเครื่องมือให้มีความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชนเมือง ผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองที่มีความมั่นคงทางสุขภาพควรมีรูปแบบกิจกรรมหลักที่ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ 5 รูปแบบ คือ การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ, การคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ, การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ, การบริหารจัดการในระดับนโยบายและการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองที่มีความมั่นคงด้านสุขภาพนั้นมีรูปแบบกิจกรรมหลักในการดำเนินงาน 8 ประการ ประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหา, การมีกลยุทธ์ที่ดีในการพัฒนา, การแสวงหาแหล่งทุนเพื่อดำเนินกิจกรรมเครือข่าย, การมีเครือข่าย, การเรียนรู้ของเครือข่าย, การบริหารเครือข่าย, การสร้างสำนักสาธารณะ และการส่งเสริมกระบวนการจัดการความรู้ในลักษณะชุมชนเชิงปฏิบัติการ (Community of practice) ของเครือข่ายผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ผลจากการศึกษาครั้งนี้ยังชี้ให้เห็นว่า หากสังคมต้องการการสร้างเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพกับผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองนั้น ควรกำหนดเป้าหมายที่สำคัญของการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพควรกำหนดเป็นแนวทางในลักษณะ “พุทธพลัง” หรือผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Ageing) ซึ่งหมายถึงการเป็นผู้ที่ยังคงมีส่วนร่วมและเป็นผู้แสดงทางสังคมที่สำคัญในชุมชนอย่างสร้างสรรค์ เป็นผู้ที่คุณเองได้ พึ่งตนเองได้ และมีความพึงพอใจในชีวิตตนเอง นอกจากนี้ปรากฏแนวคิดเชิงนโยบายที่ว่า การสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพใน

ระยะยาวควรจะต้องมีความต่อเนื่องและเป็นระบบต้องดำเนินนโยบายให้ครอบคลุมประกอบทั้งในด้านสุขภาพทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม สุขภาวะทางจิตวิญญาณ หลักประกันทางสังคม การคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิทางสังคม การดูแลและเกื้อหนุนทางสังคม การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การพึ่งตนเองทางสังคมและวัฒนธรรม และการสร้างสำนักสาธารณะของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และสำนักงานบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่สนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ นายกเทศมนตรีเทศบาลนครพิษณุโลก ที่ให้ความร่วมมือในกระบวนการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงลงด้วยดี รวมทั้งขอขอบคุณ คณบดี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดร. นายแพทย์ ประวิทย์ เตชะวัฒน์ ที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Global Development Research Center (GDRC). Comparison of human security Definitions, 2006.
2. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สารประชากร, พ.ศ. 2552. นครปฐม: โรงพิมพ์สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552.
3. สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, ชาญชัย คุ่มพงษ์, มนทิรา ทองสารี และคณะ. รายงานการวิจัยในโครงการร่วมระหว่างกรุงเทพมหานครและจุฬาลงกรณ์

- มหาวิทยาลัย เรื่อง การพัฒนาระบบบริการ
ชุมชนแบบบูรณาการ เพื่อตอบสนองต่อภาวะ
ประชากรสูงอายุและการเปลี่ยนแปลงทาง
ระบาดวิทยาของโรค: รูปแบบกรุงเทพ 7.
กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
2547.
4. Melanie AA, Punpuing S, Jirapramukpitak
T. Psychological Wellbeing, Physical
impairments and aging in a developing
country setting. Health and quality of life
outcomes, 2009.
 5. Demography World Urban Areas &
Population Projections: 5th Comprehensive
Edition (Revised April 2009) Demography
World Urban Areas & Population Projections.
 6. Boer L, Koekkoek A. Development and
human security. Third World Quarterly,
1994 (15): 519-22.
 7. United Nations Development Program
(UNDP). 1994. Human Development Report.
New York: Oxford University Press; 1994:
176.
 8. Watson D. On Human Security Current
History 95, 1996: 392-4.
 9. Cobb S. Social support as a moderation
of life stress. Psychometric medicine 1976;
(38): 300-14.
 10. Jacopson DE. Type and timing of Social
support. J Health Soc Behav 1986: 250-64.

Model of Development the Standards and Indicators in Health Security on Elderly in Urban Area

Thanach Kanokthet*

ABSTRACT

The present study is a mixed-method research. The objectives were to establishing Model of Development the standards and indicators in Health Security on Elderly in urban area, to establishing, to implementing such standards and indicators and to Evaluation of standards and indicators. The data were collected in Municipality of Phitsanulok, during march to may, 2009. Main of research findings were 1) proposed model of standards and indicators of health security on elderly were determined by 10 standards 52 indicators and listed in descending order according to their factor loading. They comprised Social Status, Social Network, Social Relationship, Motivation, and Successful Ageing. 2) an evaluation of Health Security on Elderly found that middle level 3) suitably model of Development the standards and indicators in Health Security on Elderly in urban area were to Multi-Attribute Consensus Reaching by 4 group of social actors; academicians in indicator development, administration of local government, academicians in elderly and the leader of elderly. It must be testing, evaluation, solve and resolve to be fit in the other context of urban area.

Key words: elderly, urban area, health, human security

J Public Health 2009; 39(3): 342-356.

Correspondence: Dr. Thanach Kanokthet, Department of Community Health, Faculty of Public Health, Naresuan University Phitsanulok-nakhonsawan Road, Maungphitsanulok District, Phitsanulok, 65000, Thailand.

* Department of Community Health, Faculty of Public Health, Naresuan University