รูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร

ชยภรณ บุญเรืองศักดิ์

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา 2569
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

รูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร

ชยภรณ บุญเรืองศักดิ์

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา 2569
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร”

ของ ชยภรณ บุญเรืองศักดิ์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(ศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสน่ห์ แสงเงิน)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน

(รองศาสตราจารย์ ดร.อาจินต์ สงทับ)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ สุดหนองบัว)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ยังเอี่ยม)

อนุมัติ

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.เภสัชกรประยุทธ ภูวรัตนาวิวิธ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	รูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร
ผู้วิจัย	ชยภรณ บุญเรืองศักดิ์
ประธานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสน่ห์ แสงเงิน
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ด., มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2569
คำสำคัญ	แรงสนับสนุนทางสังคม, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 15 คน ระยะที่ 2 ศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้วยการวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 365 คน และระยะที่ 3 พัฒนารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟายจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 19 คน

ผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุประกอบด้วย 3 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) ลักษณะแรงสนับสนุนทางสังคม 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และ 3) แนวทางการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญสำหรับการพัฒนารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมในระยะต่อไป ผลการวิจัยระยะที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านความสามารถด้านการรับรู้มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมา ได้แก่ ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก และด้านความสำเร็จและความคาดหวัง ขณะที่ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและด้านการเผชิญหน้ากับความตายมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด นอกจากนี้ พบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 8 ตัวแปร ได้แก่ ความเพียงพอของแหล่งรายได้ (Beta = -0.578) แรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งอื่น ๆ เช่น หน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพ เครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น (Beta = 0.204) อายุ (Beta = 0.119) ระดับการศึกษา (Beta = 0.115) สถานภาพสมรส (Beta = -0.106) ลักษณะครอบครัว (Beta = 0.099) แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน (Beta = 0.099) และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านแรงกาย (Beta = -0.098) โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ร้อยละ 65.50 (Adjusted R^2 = 0.655) ผลการวิจัยระยะ

ที่ 3 พบว่า รูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ภายใต้ชื่อ IRIS–DPP Model ได้แก่ 1) การบริหารจัดการแบบบูรณาการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) การจัดการทรัพยากรและบริการดูแลผู้สูงอายุ 3) การบูรณาการองค์ความรู้และระบบข้อมูลผู้สูงอายุ 4) การคุ้มครองทางสังคมผู้สูงอายุ 5) การพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ 6) การเตรียมความพร้อมของประชากรผู้สูงอายุ และ 7) การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยทั้ง 7 องค์ประกอบมีความเชื่อมโยงและเกื้อหนุนกันในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นกรอบการดำเนินงานเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติการในการเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งรองรับการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรสู่สังคมสูงวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

Title	A SOCIAL SUPPORT MODEL FOR DEVELOPMENT OF QUALITY OF LIFE AMONG THE ELDERLY IN KAMPHAENG PHET PROVINCE
Author	Chayaporn Boonruangsak
Advisor	Assistant Professor Sane Saengngoen, Dr.P.H.
Academic Paper	Dr.P.H. Dissertation, Naresuan University, 2026
Keywords	Social Support, Quality of Life, Elderly

ABSTRACT

This mixed-methods study aimed to develop a social support model for improving the quality of life among older adults in Kamphaeng Phet Province. The study was conducted in three phases. Phase I explored social support for improving the quality of life of older adults through qualitative research using in-depth interviews with 15 key informants. Phase II investigated personal characteristics, social support, quality of life, and factors influencing the quality of life of older adults through a cross-sectional quantitative study involving 365 participants. Phase III focused on the development of a social support model using the Delphi technique with 19 experts.

The findings from Phase I revealed three key dimensions of social support for enhancing the quality of life of older adults: 1) characteristics of social support, 2) factors associated with older adults' quality of life, and 3) approaches to strengthening social support for quality-of-life improvement. These findings provided essential foundational information for the development of the social support model in the subsequent phase. The findings from Phase II indicated that the overall quality of life of older adults was at a moderate level. The highest mean score was observed in the sensory ability's domain, followed by autonomy, intimacy, and past, present, and future activities, whereas the lowest mean scores were found in the Social Participation and Death and Dying domains. Multiple regression analysis identified eight significant predictors of quality of life: income sufficiency (Beta = −0.578), social support from formal and community-based sources, including government agencies, local administrative organizations, health service providers, and elderly care networks

(Beta = 0.204), age (Beta = 0.119), educational level (Beta = 0.115), marital status (Beta = -0.106), family characteristics (Beta = 0.099), social support from friends (Beta = 0.099), and instrumental support (Beta = -0.098). These variables collectively explained 65.50% of the variance in quality of life (Adjusted R^2= 0.655). The findings from Phase III resulted in the development of the IRIS–DPP Model, comprising seven systematically interconnected components: 1) Integrated Local Governance, 2) Resource and Care Management, 3) Information and Knowledge Integration, 4) Social Protection Mechanisms, 5) Development of the Gerontological Workforce, 6) Preparedness for an Aging Population, and 7) Promotion of Elderly Quality of Life. These components function synergistically to enhance the quality of life of older adults at the community level. The proposed model can be applied as both a policy and operational framework for strengthening social support systems and promoting the quality of life of older adults in a holistic manner across health, economic, social, and environmental dimensions. Moreover, it provides an effective and sustainable approach to addressing demographic transitions toward an aging society.

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดีจากการช่วยเหลือและสนับสนุนจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญหลายท่าน ข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสน่ห์ แสงเงิน ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความเมตตา ให้คำปรึกษามาโดยตลอด คอยชี้แนะให้คำแนะนำและช่วยตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน และกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน รองศาสตราจารย์ ดร.อาจินต์ สงทับ รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ สุดหนองบัว และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ยังเอี่ยม ที่คอยให้ข้อเสนอแนะและให้ความเมตตาลูกศิษย์มาโดยตลอด จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ที่ให้ความเมตตา ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ประกอบด้วย ดร.ธีระ เก่งเขตกรณ์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ คุณกสิวัฒน์ ไล้ทองคำ รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้ำไหล คุณไม้ป่า นาคเสน ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้ำไหล ขอขอบพระคุณ นายแพทย์จักรพงษ์ เฮงตระกูลเวนิช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองลาน คุณประทีป บดีรัฐ สาธารณสุขอำเภอคลองลาน ที่ให้ข้อเสนอแนะที่ดีและเป็นประโยชน์ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ พื้นที่วิจัย ที่ให้ความอนุเคราะห์พื้นที่ในการวิจัย ขอขอบพระคุณ องค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้ำไหล กองสวัสดิการสังคม โรงพยาบาลคลองลาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบึงหล่ม โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลคลองน้ำไหล ที่ให้ความเมตตาและคอยช่วยเหลือมาโดยตลอด จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์ทุกท่านในคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ อันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาครั้งนี้

ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณ ภาคีเครือข่ายทุกภาคีที่เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร ที่ให้โอกาสเข้าไปเรียนรู้และให้ความร่วมมืออย่างดียิ่ง

สุดท้ายนี้ ผู้ศึกษาขอมอบคุณงามความดีทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากงานวิจัยชิ้นนี้ให้แก่บุพการี ครอบครัว ครูบาอาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน

ชยภรณ บุญเรืองศักดิ์

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... **ค**

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... **จ**

สารบัญ ..... **ซ**

สารบัญตาราง ..... **ญ**

สารบัญภาพ ..... **ฏ**

บทที่ 1 บทนำ **1**

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

คำถามการวิจัย 7

วัตถุประสงค์การวิจัย 7

ขอบเขตของการวิจัย 8

นิยามศัพท์เฉพาะ 9

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง **11**

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 12

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 27

แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม 36

แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ 48

การวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย 63

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 65

กรอบแนวคิดในการวิจัย 82

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 86
ระยะที่ 1 ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร 88
ระยะที่ 2 ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร 92
ระยะที่ 3 สร้างรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร 104
การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล 111
การสร้างความน่าเชื่อถืองานวิจัย 111

บทที่ 4 ผลการวิจัย 112
ผลการวิจัยระยะที่ 1 112
ผลการวิจัยระยะที่ 2 184
ผลการวิจัยระยะที่ 3 207

บทที่ 5 บทสรุป 234
สรุปผลการวิจัย 235
อภิปรายผลการวิจัย 237
จุดแข็ง และข้อจำกัดงานวิจัย 255
ข้อเสนอแนะการวิจัย 256

ภาคผนวก 283
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 284
ภาคผนวก ข ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย 316
ภาคผนวก ค เอกสารรับรองโครงการวิจัย 317
ภาคผนวก ง การให้รหัส และรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูล 320

ประวัติผู้วิจัย 326

สารบัญตาราง

ตาราง **หน้า**

ตาราง 1 แสดงประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายหมู่บ้าน 95
ตาราง 2 แสดงคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน 97
ตาราง 3 แสดงระดับคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม จำแนกรายด้าน 99
ตาราง 4 แสดงระดับคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามแหล่งของแรงสนับสนุน 99
ตาราง 5 แสดงระดับคะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำแนกตามองค์ประกอบ 101
ตาราง 6 แสดงการสกัดรหัสข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (ตัวอย่างบางส่วนจากการวิเคราะห์) 113
ตาราง 7 แสดงการสร้างรหัสข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (ตัวอย่างบางส่วนจากการวิเคราะห์) 120
ตาราง 8 แสดงผลการเปรียบเทียบลักษณะแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพและจากการทบทวนวรรณกรรม 180
ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=365) 186
ตาราง 10 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลด้านสุขภาพและโรคประจำตัว (n=365) 188
ตาราง 11 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประเภทแรงสนับสนุนทางสังคมรายข้อ (n=365) 193
ตาราง 12 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประเภทแรงสนับสนุนทางสังคมรายด้านและภาพรวม (n=365) 195
ตาราง 13 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมรายข้อ (n=365) 196
ตาราง 14 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมรายด้านและภาพรวม (n=365) 197
ตาราง 15 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคม (n=365) 198
ตาราง 16 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุรายข้อ (n=365) 199

ตาราง 17 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต รายด้าน และภาพรวม (n=365)..... 202
ตาราง 18 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต (n=365) .. 203
ตาราง 19 แสดงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (n=365)..... 204
ตาราง 20 แสดงองค์ประกอบของรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร..... 211
ตาราง 21 แสดงค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญขององค์ประกอบด้านการบริหารจัดการแบบบูรณาการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 216
ตาราง 22 แสดงค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญขององค์ประกอบด้านการจัดการทรัพยากรและการบริการดูแลผู้สูงอายุ 217
ตาราง 23 แสดงค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญขององค์ประกอบด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรผู้สูงอายุ..... 219
ตาราง 24 แสดงค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญขององค์ประกอบด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 220
ตาราง 25 แสดงค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญขององค์ประกอบด้านการคุ้มครองทางสังคมผู้สูงอายุ 223
ตาราง 26 แสดงค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญขององค์ประกอบด้านการบูรณาการองค์ความรู้และระบบข้อมูลผู้สูงอายุ 225
ตาราง 27 แสดงค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญขององค์ประกอบด้านการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ..... 226
ตาราง 28 แสดงค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร..... 227
ตาราง 29 แสดงองค์ประกอบของรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร (IRIS-PPP)..... 230
ตาราง 30 แสดงการให้รหัส และรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูลหลักในระยะที่ 1 320
ตาราง 31 แสดงการให้รหัส และรายละเอียดของผู้เชี่ยวชาญในระยะที่ 3 324

สารบัญภาพ

ภาพ **หน้า**

ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัยเชิงปริมาณ ระยะที่ 2 83
ภาพ 2 แสดงกรอบแนวคิดภาพรวมการดำเนินงานวิจัย 85
ภาพ 3 แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 87
ภาพ 4 แสดงขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง 94
ภาพ 5 แสดงแผนผังประเด็นสำคัญขั้นต้น 122
ภาพ 6 แสดงแผนผังประเด็นสำคัญที่ได้รับการพัฒนา 123
ภาพ 7 แสดงแผนผังประเด็นสำคัญขั้นสุดท้าย 124
ภาพ 8 แสดงลักษณะแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ 125
ภาพ 9 แสดงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 147
ภาพ 10 แสดงข้อเสนอแนะการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 171
ภาพ 11 แสดงรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร (IRIS-DPP) 228

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโลกกำลังเผชิญการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรครั้งสำคัญ โดยสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลมาจากความก้าวหน้าด้านการแพทย์ เทคโนโลยีทางสุขภาพ และการสาธารณสุขที่ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและเพิ่มอายุคาดเฉลี่ยของประชากร ส่งผลให้ผู้คนมีอายุยืนยาวมากขึ้น องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ระบุว่า อายุคาดเฉลี่ยของประชากรโลกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอีกในอนาคต โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาที่มีการเปลี่ยนผ่านทางประชากรอย่างรวดเร็ว (World Health Organization, 2024) การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุจึงกลายเป็นประเด็นสำคัญที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และการจัดสวัสดิการในหลายประเทศทั่วโลก

จากรายงานประชากรโลกขององค์การสหประชาชาติ พบว่าจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากประมาณ 1.1 พันล้านคนในปี ค.ศ. 2023 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 1.4 พันล้านคนในปี ค.ศ. 2030 และมากกว่า 2.1 พันล้านคนในปี ค.ศ. 2050 คิดเป็นเกือบ 1 ใน 5 ของประชากรโลกทั้งหมด (United Nations, 2024) ขณะที่ภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกเป็นภูมิภาคที่มีการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็วที่สุดแห่งหนึ่งของโลก สำหรับประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) ในปี พ.ศ. 2567 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า 13 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดว่าจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super-aged Society) ภายในช่วงทศวรรษหน้า ซึ่งจะส่งผลให้ความต้องการด้านสุขภาพ การดูแลระยะยาว และระบบสนับสนุนทางสังคมเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567; กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567)

แนวโน้มและสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุที่มีเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้คณะกรรมาธิการเศรษฐกิจและสังคมแห่งภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก (The Economic and Social Committee of Asia and Pacific: ESCAP) ได้ดำเนินการขับเคลื่อนโดยการจัดประชุมโลกว่าด้วยผู้สูงอายุครั้งแรกในปี พ.ศ. 2525 ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ซึ่งแผนงานระหว่างประเทศว่าด้วยการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุได้เกิดขึ้นเป็นครั้งแรกโดยรัฐบาลทุกประเทศตกลงร่วมกันให้สำรวจประชากรผู้สูงอายุ และระบุไว้ว่าประชากรเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ มิใช่เป็นเพียงปัญหาที่ผู้สูงอายุเผชิญอยู่เท่านั้น แต่ยังเป็นกระบวนการทั้งชีวิตที่จำเป็นต้องมีการเอาใจใส่ และเตรียมการอย่างเร่งด่วนในมิติด้านสังคม

เศรษฐกิจ สุขภาพ และอื่น ๆ อนึ่ง ในปี พ.ศ. 2541 คณะกรรมาธิการ ESCAP ได้จัดประชุมระดับภูมิภาคเกี่ยวกับแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุแห่งภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก ณ เมืองมาเก๊า ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน และในปี พ.ศ. 2543 คณะกรรมาธิการ ESCAP ได้รับรองชุดแนวทางแผนปฏิบัติการดังกล่าว โดยมุ่งเน้นการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุสี่ด้านหลัก คือ 1) ความเข้าใจของประชากรในสภาพและสิ่งที่เกี่ยวข้องของประเทศที่มีประชากรเข้าสู่วัยสูงอายุ 2) การจัดเตรียมประชากรสำหรับขบวนการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุในลักษณะสร้างสรรค์และพร้อมเพรียง 3) การพัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐานของบริการและสภาพแวดล้อม โดยยึดระบบดั้งเดิมและสมัยใหม่ และ 4) การส่งมอบการบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยเน้นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ 7 ประการ ได้แก่ 1) ฐานะทางสังคมของผู้สูงอายุ 2) ผู้สูงอายุและครอบครัว 3) สุขภาพและอาหาร 4) ที่อยู่อาศัย 5) การคมนาคมและสภาพแวดล้อมที่จัดเตรียมสำหรับผู้สูงอายุ 6) ผู้สูงอายุและความมั่นคงทางรายได้ โดยการคงไว้และการจ้างงาน และ 7) บริการสังคมและชุมชน (UN.ESCAP, 1999)

สำหรับประเทศไทย รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยอย่างต่อเนื่อง โดยได้ประกาศใช้แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 พ.ศ. 2566–2580 เป็นกรอบนโยบายหลักในการส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (Healthy Ageing) และการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในทุกมิติ ภายใต้วิสัยทัศน์ที่มุ่งให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคง มีสุขภาพดี มีส่วนร่วมในสังคม และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี โดยเน้นการบูรณาการความร่วมมือระหว่างครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม และหน่วยงานภาครัฐในการดูแลและสนับสนุนผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) นอกจากนี้ แผนดังกล่าวยังให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างระบบสนับสนุนทางสังคม (Social Support System) เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด ลดภาวะพึ่งพิง และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสูงวัยอย่างมีพลัง (Active Ageing) และการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (Healthy Ageing) ขององค์การอนามัยโลกที่มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนตลอดช่วงวัยสูงอายุ (World Health Organization, 2024)

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามกระบวนการสูงวัยส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางกาย การเกิดโรคเรื้อรัง การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม รวมถึงการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งล้วนส่งผลต่อความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันและการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสถานะชีวิตของตนเองภายใต้บริบททางวัฒนธรรม ค่านิยม เป้าหมาย และความคาดหวังที่ตนดำรงอยู่ (World Health Organization, 2024) ดังนั้น การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจึงมิได้มุ่งเน้นเพียงการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง

เท่านั้น แต่ยังรวมถึงการมีสุขภาวะทางจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี การเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็น และการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรีในสังคม

การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา ส่งผลให้รูปแบบครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายไปสู่ครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ขณะเดียวกันการย้ายถิ่นของประชากรวัยแรงงานเข้าสู่เมืองเพื่อการศึกษาและการประกอบอาชีพ ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องอาศัยอยู่ตามลำพัง หรืออาศัยอยู่เฉพาะกับคู่สมรสและหลานในครัวเรือนข้ามรุ่น (Skip-generation Household) ส่งผลให้บทบาทการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับอดีต (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567) สถานการณ์ดังกล่าวอาจนำไปสู่ความรู้สึกโดดเดี่ยว การขาดผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย และข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคม ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจะต้องคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายด้าน อาทิ ปัจจัยด้านประชากร ซึ่งเป็นลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา เนื่องจากเพศเป็นตัวกำหนดบทบาทการดูแลและพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกันซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (Noto, 2023) ส่วนอายุมีผลต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากอายุที่เพิ่มมากขึ้นจะสัมพันธ์กับการเสื่อมถอยสมรรถภาพกาย มีระดับการพึ่งพาสูงขึ้น และคะแนนคุณภาพชีวิตที่ลดลงโดยรวม (Souza et al., 2021) นอกจากนี้ การนับถือศาสนาที่ต่างกันมีผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยเฉพาะด้านสุขภาพอนามัยซึ่งจะมีผลต่อคุณภาพชีวิต (Yoon, 2024) ปัจจัยด้านสังคม รูปแบบการอยู่อาศัยและเครือข่ายครอบครัวมีความสำคัญ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสหรืออยู่ร่วมครอบครัวหลายคนจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังหรืออยู่ในครอบครัวเดี่ยว (Stolarz et al., 2022) และปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การดูแลและส่งเสริมสุขภาพ จะช่วยลดความโดดเดี่ยวและสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ (World Health Organization, 2023) ดังนั้น ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ล้วนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นปัจจัยสำคัญที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่าส่งผลต่อสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยรวมถึงการช่วยเหลือดูแล การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้กำลังใจ และการสนับสนุนด้านทรัพยากรที่บุคคลได้รับจากครอบครัว ญาติ เพื่อน ชุมชน และเครือข่ายทางสังคมรอบตัว ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคมที่เกิดขึ้นตามวัย (Behrendt et al., 2023) แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมอธิบายว่า บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอจะสามารถเผชิญกับความเครียดและปัญหาต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้ที่ขาดการสนับสนุน ส่งผลให้มีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถแบ่งออกเป็นหลายมิติ ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) การสนับสนุน

ด้านทรัพยากรหรือสิ่งของ (Instrumental Support) และการสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal Support) โดยการได้รับกำลังใจ ความรัก ความเอาใจใส่ และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน จะช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล และความรู้สึกโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุ ขณะที่การได้รับข้อมูลด้านสุขภาพและคำแนะนำที่ถูกต้อง จะช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและตัดสินใจด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ส่วนการสนับสนุนด้านทรัพยากรและการช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวัน จะช่วยลดภาระและเพิ่มความมั่นคงในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ (Shah et al., 2023; World Health Organization, 2024)

ผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนน้อย ทั้งในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และการรับรู้คุณค่าในตนเอง นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมยังมีส่วนช่วยส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ การปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน และการคงไว้ซึ่งความสามารถในการพึ่งพาตนเอง อันเป็นองค์ประกอบสำคัญของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (Healthy Ageing) และการสูงวัยอย่างมีพลัง (Active Ageing) (World Health Organization, 2023; Alonso et al., 2022) ดังนั้น การพัฒนาและเสริมสร้างระบบแรงสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน จึงนับเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและลดภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุในสังคมไทยปัจจุบัน

จากข้อมูลสถานการณ์และแนวโน้มสังคมผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556-2573 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2558) พบว่า ระดับสังคมสูงวัยตามค่าดัชนีการสูงวัยของประเทศไทย ในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่าง 9 จังหวัด ได้แก่ อุทัยธานี นครสวรรค์ พิจิตร กำแพงเพชร เพชรบูรณ์ ตาก พิษณุโลก สุโขทัย และอุตรดิตถ์ มีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะจังหวัดกำแพงเพชร ที่มีการเปลี่ยนแปลงระดับสังคมสูงวัย (Aged Society) ในปี พ.ศ. 2558 ไปสู่ระดับสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Completed Aged Society) ในปี พ.ศ. 2563 และมีแนวโน้มที่สัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามทิศทางของประเทศ ขณะที่ประชากรวัยแรงงานลดลง ส่งผลให้ดัชนีการสูงวัย (Aging Index) ของจังหวัดเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 129.64 ในปี พ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 196.33 ในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งสะท้อนถึงภาระการดูแลผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นในระดับครอบครัวและชุมชน (กรมการปกครอง, 2567; กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567) นอกจากนี้ ข้อมูลด้านการพัฒนามนุษย์ของจังหวัดกำแพงเพชร ยังสะท้อนประเด็นความเปราะบางทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โดยรายงานดัชนีความก้าวหน้าของคน (Human Achievement Index: HAI) พบว่า จังหวัดกำแพงเพชรมีความท้าทายในมิติด้านสุขภาพและมิติด้านครอบครัวและชุมชน เมื่อเปรียบเทียบกับหลายจังหวัดของประเทศ ซึ่งอาจส่งผลต่อศักยภาพในการดูแลและสนับสนุนผู้สูงอายุในระยะยาว (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2567)

เมื่อพิจารณาในระดับพื้นที่ จังหวัดกำแพงเพชรเป็นหนึ่งในจังหวัดที่กำลังเผชิญการเปลี่ยนผ่านสู่สังคมสูงวัยเช่นเดียวกับหลายจังหวัดในภาคเหนือตอนล่าง โดยข้อมูลทะเบียนราษฎรของกรมการปกครอง ปี พ.ศ. 2567 ระบุว่าจังหวัดกำแพงเพชร มีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปี จำนวนทั้งสิ้น 152,710 คน คิดเป็นร้อยละ 21.85 ของประชากรทั้งจังหวัด หมายความว่าจังหวัดกำแพงเพชรเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร (2568) ได้จำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับการให้ความดูแลช่วยเหลือ พบว่า มีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (ADL 12-20) ร้อยละ 97.73 กลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11) ร้อยละ 1.64 และกลุ่มติดเตียง (ADL 0-4) ร้อยละ 0.63 ขณะเดียวกันพบว่า จังหวัดกำแพงเพชรมีประชากรผู้ที่มีอายุ 100 ปีขึ้นไป หรือศตวรรษิกชน (Centenarian) ถึง 258 คน คิดเป็นร้อยละ 0.17 ของประชากรผู้สูงอายุ นอกจากนี้ข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุยังเผชิญปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาวะพึ่งพิง และข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและพื้นที่ห่างไกล (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร, 2568) ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว การย้ายถิ่นของประชากรวัยแรงงาน และการเพิ่มขึ้นของครัวเรือนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ล้วนส่งผลให้ความต้องการระบบดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญมากยิ่งขึ้น (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567) ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต การคงความสามารถในการพึ่งพาตนเอง และการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชน (World Health Organization, 2024)

ตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร เป็นพื้นที่พหุวัฒนธรรมที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์และวัฒนธรรมที่เด่นชัด มีการอยู่ร่วมกันของกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ภาษา ศาสนา เชื้อชาติ ส่งผลให้เกิดความหลากหลายทั้งด้านวิถีชีวิต ระบบเครือญาติ และรูปแบบการพึ่งพาอาศัยกันในชุมชน (สำนักงานวัฒนธรรมจังหวัดกำแพงเพชร, 2564; กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ตำบลคลองน้ำไหลมีพื้นที่ทั้งหมด 393 ตารางกิโลเมตร แบ่งเขตการปกครองรวม 28 หมู่บ้าน จำนวนครัวเรือน 6,690 ครัวเรือน มีประชากรจำนวน 19,287 คน และมีผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 2,372 คน คิดเป็นร้อยละ 12.30 ของประชากรทั้งหมด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุจำนวน 381 คน หรือร้อยละ 16.06 มีปัญหาสุขภาพและโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ เบาหวาน 229 ราย, ความดันโลหิต 104 ราย, ปวดข้อ/ข้อเสื่อม 22 ราย, โรคหัวใจ 15 ราย, ไตวาย 9 ราย, โรคมะเร็ง 1 ราย, โรคเก๊าท์ 1 ราย, ภูมิแพ้ 1 ราย และมีผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้จำนวน 19 คน หรือร้อยละ 0.80 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ได้แก่ พิการด้านการเคลื่อนไหว 11 ราย, พิการด้านการมองเห็น 5 ราย และพิการด้านการได้ยิน/การสื่อสาร 3 ราย (องค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้ำไหล, 2564)

ตำบลคลองน้ำไหล เป็นพื้นที่ที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรณรงค์สร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยมุ่งยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนให้มีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระดับชุมชน โดยเฉพาะการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและประชากรวัยกลางคนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ การรับประทานผักและผลไม้ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อลดความเสี่ยงจากโรคเรื้อรังและส่งเสริมการมีสุขภาพที่แข็งแรง ความเข้มแข็งดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของชุมชนในการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง ภายใต้ทุนทางสังคมและวิถีชีวิตท้องถิ่น โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสำคัญในการดำเนินงานด้านสุขภาพเชิงรุก การให้คำแนะนำ การประสานความร่วมมือ และการช่วยเหลือเกื้อกูลกันภายในชุมชน

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าพื้นที่จะมีศักยภาพด้านทุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่จากการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว และภาระโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความต้องการการดูแลและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ทั้งในด้านสุขภาพ การดำรงชีวิตประจำวัน การเข้าถึงบริการ และการมีส่วนร่วมทางสังคม ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาระบบหรือรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และยั่งยืน อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีและการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในชุมชนต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุส่วนใหญ่มุ่งเน้นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร หรือการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวม ทั้งในระดับประเทศ ระดับจังหวัด และกลุ่มผู้สูงอายุเฉพาะโรค อย่างไรก็ตามยังพบข้อจำกัดสำคัญว่า งานวิจัยจำนวนมากมุ่งอธิบายสถานการณ์หรือความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ แต่ยังไม่ได้พัฒนาเป็นรูปแบบหรือกลไกแรงสนับสนุนทางสังคมที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในระดับชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะในพื้นที่พหุวัฒนธรรมที่มีบริบททางสังคม วัฒนธรรม และทรัพยากรแตกต่างจากพื้นที่เมือง นอกจากนี้ แม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในหลายพื้นที่ของประเทศไทย แต่การศึกษาที่มุ่งพัฒนารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมโดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพ และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ ยังมีอยู่ค่อนข้างจำกัด จึงยังคงมีช่องว่างองค์ความรู้ที่ควรได้รับการศึกษาและพัฒนาเพื่อให้ได้รูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริงในระดับชุมชน และนำไปสู่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนต่อไป

ด้วยเหตุผลและความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร โดยเชื่อว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐ และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ จะเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและภาวะพึ่งพิง ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน รวมทั้งเสริมสร้างความมั่นคงทางจิตใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความภาคภูมิใจ และการคงไว้ซึ่งบทบาททางสังคม อันเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ผลการศึกษาครั้งนี้คาดว่าจะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน สามารถใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย การวางแผน และการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ตลอดจนสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีศักดิ์ศรี พึ่งพาตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามแนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (Healthy Ageing) และการสูงวัยอย่างมีพลัง (Active Ageing)

คำถามการวิจัย

1. แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร มีลักษณะเป็นอย่างไร
2. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร อยู่ในระดับใด
3. ปัจจัยใดที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร
4. รูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร
2. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร
4. เพื่อพัฒนารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) โดยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงสำรวจบุกเบิก (Exploratory Sequential Design) ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) แบบกรณีศึกษาพหุกรณี (Multiple Case Study) เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษา จากนั้นนำผลที่ได้ร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไปใช้ในการพัฒนาเครื่องมือและกรอบแนวคิดสำหรับการวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Method) โดยใช้การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษา และนำข้อมูลที่ได้มาศึกษาต่อในระยะที่ 3 การวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) เพื่อพัฒนารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ซึ่งอาศัยข้อมูลจากผลการศึกษาจากระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ร่วมกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยขอบเขตการวิจัย ประกอบด้วย

1. ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา พื้นที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ คือ ตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร เนื่องจากเป็นพื้นที่พหุวัฒนธรรม ที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ สังคม วัฒนธรรม และบริบทการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเป็นตำบลที่มี 28 หมู่บ้าน ประกอบกับมีประชากรผู้สูงอายุกระจายอยู่ในหลายบริบท ทั้งชุมชนเกษตร ชุมชนกึ่งเมือง และชุมชนที่อยู่ใกล้พื้นที่ป่าอนุรักษ์ ตลอดจนมีเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุจากหลายภาคส่วน

2. ขอบเขตด้านกลุ่มเป้าหมาย

การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มเป้าหมาย แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมายแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง และผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี โดยคัดเลือกจากทะเบียนการคัดกรองคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยกองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร

ระยะที่ 2 ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร

ระยะที่ 3 พัฒนารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 6 กลุ่ม ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญที่ด้านสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาในระดับอุดมศึกษา ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ปกครองท้องที่ เจ้าหน้าที่พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และผู้สูงอายุ

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 – เดือนเมษายน 2569

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือของผู้สูงอายุจาก คู่สมรส บุตร บุคคลในครอบครัว และเพื่อนบ้านหรือบุคคลที่ได้มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ในด้านการเงิน ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านสิ่งของ และด้านอารมณ์ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ แรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

1.1 ด้านการเงิน (Financial Support) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ในเรื่องทรัพย์สิน เงินทอง เบี้ยยังชีพ และสวัสดิการ

1.2 ด้านแรงกาย (Instrumental Support) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ในเรื่องวัสดุ อุปกรณ์ สิ่งของเครื่องใช้ และการทำงานแทน เมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานได้ เช่น การเตรียมอาหาร ซักเสื้อผ้า

1.3 ด้านสิ่งของ (Material Support) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ในเรื่องอาหาร ของขวัญ เสื้อผ้า หรือบริการ

1.4 ด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับความรัก ความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ให้กำลังใจ ให้ความเคารพ ได้รับการสนับสนุนให้ทำกิจกรรมต่างๆ ในสังคมจากบุคคลใกล้ชิด และไม่รู้สึกว่าโดดเดี่ยว

2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับสภาพของตนเอง สำหรับการศึกษาครั้งนี้ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้

2.1 ความสามารถด้านการรับรู้ (Sensory Abilities) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับรู้สภาพการสูญเสีย การรับรู้ทางด้านการได้ยิน การมองเห็น การลิ้มรส การดมกลิ่น และการสัมผัส ว่ามีผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมากน้อยเพียงใด

2.2 ความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับรู้เกี่ยวกับการตัดสินใจด้วยตนเอง การกำหนดอนาคตตัวเอง การรับรู้ว่าผู้คนรอบข้างเคารพในเสรีภาพของตนเองหรือไม่ และความสามารถในการทำสิ่งที่อยากทำ

2.3 ความสำเร็จและความคาดหวัง (Past Present) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับรู้เกี่ยวกับความพึงพอใจในการประสบความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา ความรู้ในการได้รับการยกย่องและให้เกียรติในสังคม และได้รับในสิ่งที่สมควรจะได้รับ

2.4 การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Participation) หมายถึง ระดับความรู้สึกของผู้สูงอายุในการทำงานในแต่ละวัน ความพึงพอใจในการจัดสรรเวลา ความพึงพอใจในระดับของการทำกิจกรรม และความพึงพอใจในโอกาสของการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน

2.5 การเผชิญหน้ากับความตาย (Death and Dying) หมายถึง ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุเกี่ยวกับสาเหตุที่จะทำให้ตาย ความกลัวในการที่จะไม่สามารถควบคุมการตายได้ ความกลัวต่อความตายที่จะเข้ามาถึง และความกลัวต่อความเจ็บป่วยก่อนตาย

2.6 การมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก (Intimacy) หมายถึง ความรู้สึกของผู้สูงอายุในการมีเพื่อนคู่ชีวิต การมีประสบการณ์เกี่ยวกับความรัก การได้ให้ความรักแก่คนอื่น และการได้รับความช่วยเหลือจากคนอื่น

3. รูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หมายถึง รูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ประกอบด้วย การบริหารจัดการแบบบูรณาการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Integrated Local Governance) การจัดการทรัพยากรและการบริการดูแลผู้สูงอายุ (Resource and Care Management) การบูรณาการองค์ความรู้และระบบข้อมูลผู้สูงอายุ (Information & Knowledge Integration) และการคุ้มครองทางสังคมผู้สูงอายุ (Social Protection Mechanisms)การพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ (Development of Gerontological Workforce) การเตรียมความพร้อมของประชากรผู้สูงอายุ (Preparedness for Aging Population) และการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (Promotion of Elderly Quality of Life)

4. ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ในตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร

อนึ่ง สำหรับข้อมูลในบทที่ 1 บทนำ ที่ได้กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการทบทวนข้อมูลด้านสถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ทั้งในระดับชาติ ระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับพื้นที่ โดยมีการสืบค้นและสอบทานข้อมูลเพิ่มเติมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งในระดับหน่วยงาน องค์กร รวมถึงบุคคลอ้างอิง ทั้งนี้ ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้เรียบเรียงไว้ในบทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะได้กล่าวในลำดับต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง รูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การวิจัยในครั้งนี้ โดยมีประเด็นดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
   - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
   - 1.2 ความสำคัญของผู้สูงอายุ
   - 1.3 การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ
   - 1.4 การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ
   - 1.5 พัฒนาการของการเข้าสู่วัยสูงอายุและการปรับตัว
   - 1.6 สถานการณ์ผู้สูงอายุในระดับโลกและระดับชาติ
   - 1.7 นโยบายและทิศทางการพัฒนาผู้สูงอายุของประเทศไทย
2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
   - 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
   - 2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
   - 2.3 ความสำคัญของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
3. แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม
   - 3.1 ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคม
   - 3.2 หลักการของแรงสนับสนุนทางสังคม
   - 3.3 แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม
   - 3.4 ระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม
   - 3.5 ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ
   - 3.6 องค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม
4. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ
   - 4.1 ความหมายของรูปแบบ
   - 4.2 ความสำคัญของการพัฒนารูปแบบ
   - 4.3 องค์ประกอบของการพัฒนารูปแบบ

4.4 ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ

4.5 หลักการพัฒนารูปแบบด้านผู้สูงอายุ

4.6 การพัฒนารูปแบบเชิงมีส่วนร่วม

4.7 การประเมินคุณภาพของรูปแบบ

5. การวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย

5.1 แนวคิดและพัฒนาการของการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย

5.2 องค์ประกอบและกระบวนการดำเนินการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย

5.3 หลักเกณฑ์การพิจารณาฉันทามติในการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย

5.4 การประยุกต์ใช้เทคนิคเดลฟายในงานวิจัยด้านผู้สูงอายุและการพัฒนาชุมชน

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ศึกษา

6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

6.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1. ความหมายของผู้สูงอายุ

คำว่าผู้สูงอายุ เริ่มมีการบัญญัติขึ้นเมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2505 โดย พล.ต.ต.อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร เป็นผู้เสนอแทนคำว่าผู้ชราที่ใช้มาแต่เดิม เพราะคำว่าแก่หรือชรา เป็นคำที่ให้ความรู้สึกไม่ดี เหมือนคนหมดประโยชน์ (ภมริน เชาวนจินดา, 2542) และจากการประชุมคณะกรรมาธิการเศรษฐกิจและสังคมแห่งภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก (The Economic and Social Committee of Asia and Pacific: ESCAP) ว่าด้วยผู้สูงอายุโลก ครั้งที่ 1 ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย เมื่อ พ.ศ. 2525 ได้ให้คำจำกัดความของความผู้สูงอายุ (Aging) หมายถึง การพัฒนาเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุมนุษย์ โดยมีการกำหนดเกณฑ์อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิงเป็นบุคคลสูงอายุ (UN.ESCAP, 2002) ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ยึดเป็นหลักสากล เช่นเดียวกับในประเทศไทย พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 กำหนดให้ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย (สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2547)

Havighurst (1972) ได้แบ่งช่วงชีวิตของมนุษย์ออกเป็น 6 ช่วง ซึ่งผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่อยู่ในช่วงชีวิตสุดท้าย คือ วัยผู้ใหญ่ตอนปลายหรือผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางกาย การเกษียณอายุ การเปลี่ยนแปลงของรายได้ การตายของคู่ชีวิต หรือบุคคลที่เป็นที่รัก เรียนรู้ในการจัดระเบียบและใช้ชีวิตหลังเกษียณอย่างมีความสุข และบรรลุ ศิริพานิช

(2542ก) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่าเป็นบุคคลที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปตามปฏิทิน และเป็นการกำหนดอายุที่พ้นจากการทำงาน หรือเป็นวัยเกษียณอายุ ที่จะต้องปลดจากการรับราชการ โดยเป็นวัยที่ร่างกายเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ความเสื่อมถอย

สุชา จันทน์เอม (2536) กล่าวว่า ความแก่หรือความชราไม่อาจสามารถวัดได้อย่างตายตัวบางคนอายุ 50 ปี ทางกายภาพเริ่มมีความชราปรากฏให้เห็น ขณะที่ชาวตะวันตกบางคนอายุ 70 ปี แล้วยังคงกระฉับกระเฉง แข็งแรงอยู่ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Weeks (1984) พบว่าผู้สูงอายุอเมริกันเป็นบุคคลที่อยู่ในช่วงอายุ 50-80 ปี ส่วนไสว พราหมณี (2538) กล่าวว่า ผู้สูงอายุในประเทศตะวันตก หมายถึง ชายหรือหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป และ Whiteford & Whitehouse (2006) พบว่า สหรัฐอเมริกา และประเทศในแถบยุโรปได้กำหนดเกณฑ์เกษียณอายุที่อายุ 65 ปี นอกจากนี้ยังพบว่า ประเทศเดนมาร์กได้ประกาศให้เปลี่ยนแปลงการเกษียณอายุงานจาก 65 ปี เป็น 67 ปี โดยเริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ. 2007 ซึ่งมากกว่าเกณฑ์เกษียณอายุงานของประเทศไทย

วาทินี บุญชะลักษี และยุพิน วรสิริอมร (2540) ได้แบ่งความหมายของผู้สูงอายุไว้ 3 ลักษณะ ดังนี้

1. ความสูงอายุทางร่างกาย (Biological Aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะร่างกาย ที่มีการใช้งานมานาน และยิ่งเห็นชัดขึ้นตามอายุที่มากขึ้น

2. ความสูงอายุทางจิตใจ (Psychological Aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจตามอายุ ที่เกิดจากการรับรู้และความเข้าใจที่เกิดจากประสบการณ์

3. ความสูงอายุทางสังคม (Sociological Aging) ได้แก่ สถานภาพและบทบาททางสังคม

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2544) กำหนดเกณฑ์พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุ ไว้ 4 เกณฑ์ ดังนี้

1. เกณฑ์ระดับอายุ (Chronological Age) เป็นการกำหนดว่าอายุเท่าใดให้เรียกว่าเป็นผู้สูงอายุ เช่น อายุ 60 ปีขึ้นไป หรือ 65 ปีขึ้นไป เป็นต้น

2. เกณฑ์ใช้ความสามารถในการทำหน้าที่ (Function) ของร่างกาย โดยยึดการเปลี่ยนแปลง หรือความเสื่อมของร่างกายที่เกิดขึ้นกับการทำงานของอวัยวะและการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงทางรูปร่างหน้าตา ความสามารถที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ การทำงานของร่างกาย

3. เกณฑ์เวลาในประวัติศาสตร์ (Historical Age) เป็นการใช้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหรือความสามารถในการจดจำเรื่องต่าง ๆ ที่ผ่านมาเป็นตัวกำหนดการสูงอายุ

4. เกณฑ์จากภาวะทางสังคม (Social Age) เกณฑ์นี้ใช้จุดเปลี่ยนแปลงในชีวิต ซึ่งรวมถึงบทบาทในสังคมที่เปลี่ยนแปลง เช่น การเปลี่ยนแปลงบทบาทจากพ่อ แม่ เป็น ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นต้น ซึ่งแต่ละคนจะมีการเปลี่ยนแปลงในอายุที่ไม่เท่ากัน

จากการรวบรวมเอกสาร ผู้วิจัยจึงได้สรุปความหมายของผู้สูงอายุได้ 3 ประการ ดังนี้

1. อายุที่สูงขึ้น ซึ่งองค์การสหประชาชาติได้ตกลงว่าผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เรียกว่าผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการนับตามอายุจริงตามปฏิทินตั้งแต่แรกเกิด

2. สภาวะทางชีววิทยาของร่างกายหรือทางกายภาพ (Biological Aging) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะของร่างกาย รวมทั้งระบบการทำงานที่มีการใช้งานมานานสติปัญญา กระบวนการคิดและความจำ เช่น การเรียนรู้เริ่มถดถอย เป็นต้น นอกจากนี้ยังรวมถึงบุคลิกภาพ

3. สถานภาพทางสังคม (Sociological Aging) ผู้สูงอายุจะมีบทบาททางสังคมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมทั้งด้านหน้าที่การงาน อำนาจ บารมี และการเข้าสังคม ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงาน สถานภาพและบทบาททางสังคมต่าง ๆ ซึ่งเดิมเป็นหัวหน้าครอบครัวหรือเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว ต้องการเป็นผู้พึ่งพาอาศัยบุตรหลานหรือผู้อื่น รวมถึงการเปลี่ยนสถานภาพและบทบาทจากพ่อแม่ไปเป็นปู่ย่าตายาย

2. ความสำคัญของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นผู้มีบทบาทสำคัญต่อสังคมไทยมาอย่างยาวนาน ทั้งในฐานะผู้นำครอบครัว ผู้ให้คำปรึกษา ผู้ถ่ายทอดคุณค่า วัฒนธรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่นจากคนรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่ง สังคมไทยดั้งเดิมให้ความเคารพนับถือผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่มีประสบการณ์ชีวิต มีความรู้ และเป็นศูนย์รวมทางจิตใจของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567; Senkrua, 2024) จะเห็นได้จากประเพณีวัฒนธรรม และเทศกาลต่าง ๆ เช่น ประเพณีสงกรานต์ วันขึ้นปีใหม่ หรือพิธีกรรมสำคัญของชุมชน ที่สมาชิกในครอบครัวและชุมชนมักแสดงความเคารพต่อผู้สูงอายุด้วยการรดน้ำดำหัว กราบไหว้ขอพร และเชิญผู้สูงอายุเป็นประธานในกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งสะท้อนถึงสถานภาพทางสังคมและคุณค่าของผู้สูงอายุในวิถีชีวิตของสังคมไทย (กรมส่งเสริมวัฒนธรรม, 2566)

อย่างไรก็ตาม ภายใต้การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และโครงสร้างครอบครัวในปัจจุบัน บทบาทของผู้สูงอายุในบางมิติเริ่มลดลง โดยเฉพาะในสังคมเมืองและครอบครัวเดี่ยวที่มีขนาดเล็กลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุบางส่วนถูกมองในฐานะผู้พึ่งพิงมากกว่าผู้มีบทบาททางสังคม (World Health Organization, 2023) แม้ว่าผู้สูงอายุจะเผชิญข้อจำกัดด้านสุขภาพหรือสมรรถภาพทางกายตามวัย แต่ผู้สูงอายุยังคงเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่า เนื่องจากเป็นผู้สะสมประสบการณ์ ความรู้ และภูมิปัญญาที่เกิดจากการดำรงชีวิตมายาวนาน สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ ทักษะ และบทเรียนชีวิตให้แก่คนรุ่นหลัง ตลอดจนมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนและสังคมได้อย่างต่อเนื่อง (United

Nations, 2023; กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567) ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงมิใช่เพียงกลุ่มประชากรที่ต้องได้รับการดูแลเท่านั้น แต่ยังเป็นทุนทางสังคม (Social Capital) ที่สำคัญของประเทศ ซึ่งควรได้รับการส่งเสริมศักยภาพ การมีส่วนร่วมทางสังคม และการสนับสนุนให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และมีความสุขในบั้นปลายชีวิต

3. การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีลักษณะที่แตกต่างกันออกไปตามช่วงอายุที่เพิ่มขึ้น การศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุของ UN.ESCAP (2002) ได้ทำการศึกษาผู้สูงอายุ โดยแบ่งช่วงอายุที่ต้องการศึกษาเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี แต่ไม่เกิน 80 ปี และผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป เพราะผู้อายุใน 2 ช่วงอายุนี้มีลักษณะที่แตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัดเจน Atchley (1994) ได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่

1. ช่วงวัยเริ่มสูงอายุ (Young - Old) อายุระหว่าง 65-74 ปี
2. ช่วงกลางของวัยสูงอายุ (Middle - Old) อายุระหว่าง 75-84 ปี
3. ช่วงวัยสูงอายุมาก (Old - Old) อายุ 84 ปีขึ้นไป

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2538) แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 4 ช่วง ได้แก่

1. ช่วงไม่ค่อยแก่ (The Young - Old) อายุระหว่าง 60 - 69 ปี เป็นช่วงที่บุคคลต้องประสบกับความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤติหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การจากไปของมิตรสนิท คู่ครอง รายได้ลดลง การสูญเสียตำแหน่งทางสังคม เป็นต้น โดยทั่วไปในช่วงนี้บุคคลยังเป็นคนที่แข็งแรง แต่อาจต้องพึ่งพาผู้อื่นบ้าง และควรเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม ทั้งภายในครอบครัวและภายนอกครอบครัว

2. ช่วงแก่ปานกลาง (The Middle - Old) อายุระหว่าง 70 - 79 ปี เป็นช่วงที่บุคคลในวัยนี้เริ่มเจ็บป่วย เพื่อนและสมาชิกในครอบครัวที่อายุใกล้กันเริ่มล้มหายตายจากมากขึ้น เข้าร่วมกิจกรรมของสังคมน้อยลง การปรับตัวในระยะนี้มักไม่ค่อยยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัวและสังคมมากนัก

3. ช่วงแก่จริง (The Old - Old) อายุระหว่าง 80 - 89 ปี บุคคลในวัยนี้มีการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมยากขึ้น เพราะสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับบุคคลในวัยนี้ต้องมีความเป็นส่วนตัวมากขึ้น ไม่วุ่นวาย แต่ต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ยังกระตุ้นสมรรถภาพในแง่ต่าง ๆ ตามวัย และบุคคลในวัยนี้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าในวัยที่ผ่านมา เริ่มย้อนนึกถึงอดีตมากขึ้น

4. ช่วงแก่จริง ๆ (The Very Old - Old) อายุระหว่าง 90-99 ปี บุคคลที่มีอายุยืนถึงระดับนี้มีจำนวนค่อยข้างน้อย ความรู้ต่าง ๆ ด้านชีววิทยา สังคม และจิตใจของบุคคลในวัยนี้ยังไม่มีการศึกษามากนัก แต่อาจกล่าวได้ว่า เป็นระยะที่มักมีปัญหาทางสุขภาพผู้สูงอายุในวัยนี้ควรทำกิจกรรมที่ไม่ต้องมีการแข่งขัน ไม่มีการบีบคั้นเรื่องเวลาที่ต้องทำให้เสร็จ ควรทำกิจกรรมอะไรที่พออก

พอใจและอยากทำในชีวิต สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้ผ่านวิกฤติต่าง ๆ ของชีวิตมาแล้วด้วยดี จะเป็นระยะแห่งความสุขสงบในชีวิต

ทิพวรรณ มะเมียเมือง (2542) แบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก โดยจำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้สูงอายุตอนต้น อายุตั้งแต่ 60 – 70 ปี ในวัยนี้ส่วนมากมีภาวะสุขภาพแข็งแรง สามารถช่วยเหลือตนเอง และสามารถนำประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านเข้าร่วมพัฒนาสังคมได้

2. ผู้สูงอายุวัยกลาง อายุตั้งแต่ 71 – 80 ปี บุคคลในวัยนี้ครึ่งหนึ่งสามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่ควรมีผู้อื่นช่วยดูแลบ้างในบางเรื่อง

3. ผู้สูงอายุวัยปลาย อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ในวัยนี้ควรได้รับการเอาใจใส่บุตรหลานและบุคคลรอบข้างทั้งร่างกายและจิตใจ เพราะผู้สูงอายุในวัยนี้เป็นผู้ที่มีความชรามากขึ้นเรื่อย ๆ

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2558) ได้นิยามศัพท์การวิจัยทางประชากรและสังคม โดยมีคำใช้เรียกช่วงอายุของคนทุกรอบสิบปี ดังนี้

1. ช่วงอายุ 10-19 ปี คำเรียกช่วงอายุ คือ เอกวรรษิกชน หรือ Denarian
2. ช่วงอายุ 20-29 ปี คำเรียกช่วงอายุ คือ ทวิวรรษิกชน หรือ Vicenarian
3. ช่วงอายุ 30-39 ปี คำเรียกช่วงอายุ คือ ไตรวรรษิกชน หรือ Tricenarian
4. ช่วงอายุ 40-49 ปี คำเรียกช่วงอายุ คือ จตุรวรรษิกชน หรือ Quadragenarian
5. ช่วงอายุ 50-59 ปี คำเรียกช่วงอายุ คือ ปัญจวรรษิกชน หรือ Quinquagenarian
6. ช่วงอายุ 60-69 ปี คำเรียกช่วงอายุ คือ ฉวรรษิกชน หรือ Sexagenarian
7. ช่วงอายุ 70-79 ปี คำเรียกช่วงอายุ คือ สปตวรรษิกชน หรือ Septuagenarian
8. ช่วงอายุ 80-89 ปี คำเรียกช่วงอายุ คือ อัฏฐวรรษิกชน หรือ Octogenarian
9. ช่วงอายุ 90-99 ปี คำเรียกช่วงอายุ คือ นพวรรษิกชน หรือ Nonagenarian
10. ช่วงอายุ 100 ปีขึ้นไป คำเรียกช่วงอายุ คือ ศตวรรษิกชน หรือ Centenarian
11. ช่วงอายุ 110 ปีขึ้นไป คำเรียกช่วงอายุ คือ อภิศตวรรษิกชน หรือ Supercentenarian

นอกจากนี้ ผู้วิจัยพบงานวิจัยมหภาคหลายเรื่องที่ได้มีการสำรวจและแบ่งกลุ่มอายุของผู้สูงอายุกลุ่มสุดท้าย คือ ผู้สูงอายุผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไป (ศตวรรษิกชน หรือ Centenarian) เช่น การประมาณการประชากรผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติ พบผลว่า ในปี พ.ศ. 2593 (ค.ศ. 2050) ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 100 ปี มีประมาณ 3.2 ล้านคน (UN.ESCAP (2002)

จากการรวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยพบว่า การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่แบ่งตามการกำหนดขององค์การอนามัยโลก ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า เป็นการแบ่งช่วงอายุที่กว้าง ควรมีการแบ่งช่วงอายุให้แคบลงประกอบกับผู้สูงอายุที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป มีจำนวนไม่มากเมื่อเทียบกับ

ประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด จึงสามารถจัดเป็นกลุ่มเดียวกับผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ในการแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุของงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-69 ปี หรือผู้สูงอายุตอนต้น สรีรวิทยายังไม่เริ่มเปลี่ยนแปลงไปมากนัก ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ เป็นวัยเริ่มต้นของการเป็นผู้สูงอายุ หรือพ้นจากการทำงานประจำ ตามเกณฑ์เกษียณอายุของประเทศไทย

2. ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70-79 ปี หรือผู้สูงอายุตอนกลาง สรีรวิทยาส่วนใหญ่เริ่มเปลี่ยนแปลงไปมากแล้ว และเข้าสู่วัยสูงอายุเต็มตัว โดยเฉพาะในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา และประเทศแถบยุโรป และเป็นเกณฑ์เกษียณอายุของบุคคล

3. ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป หรือผู้สูงอายุตอนปลาย สรีรวิทยาเริ่มเปลี่ยนแปลงไปอย่างเห็นได้ชัดเจนบางคนมีความพิการ บางคนช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือบางอย่าง และเป็นช่วงที่บุคคลในวัยนี้เริ่มเจ็บป่วย เพื่อนและสมาชิกในครอบครัวที่อายุใกล้ ๆ กันเริ่มล้มหายตายจากมากขึ้น นอกจากนี้เข้าร่วมกิจกรรมของสังคมน้อยลง การปรับตัวในระยะนี้มักไม่ค่อยยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัวและสังคมมากนัก

4. การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้ (สุรกุล เจนอบรม, 2534; วิริยา สุขวงศ์, 2545)

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (ด้านกายภาพ) เป็นการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ของร่างกายในวัยสูงอายุ ได้แก่

1.1 ผิวหนัง บาง แห้ง เหี่ยวย่น ขาดความมันและความยืดหยุ่น ต่อมเหงื่อน้อยลง ทำให้การปรับอุณหภูมิไม่ดีเท่าวัยอื่น

1.2 ระบบประสาทสัมผัส มีการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ สายตาจะเสื่อมลง อาจเกิดต้อกระจก กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อม ทำให้เวียนศีรษะง่าย หูจะเริ่มตึง ต้องพูดเสียงดังจึงจะได้ยิน ประสาทรับกลิ่นเสื่อมลง ลิ้นรับรู้รสน้อยลง

1.3 ระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ฟันหัก การรับประทานอาหารไม่สะดวก ต่อมน้ำลายขับน้ำลายออกมาน้อย กรดเกลือในกระเพาะอาหารมีน้อย ทำให้อาหารย่อยไม่ดี ท้องอืด ภาวะขาดอาหารจึงเกิดขึ้นได้ง่าย โลหิตจาง ตับและตับอ่อนเสื่อมไป ทำให้เกิดโรคเบาหวานได้ง่าย การขับถ่ายไม่ปกติ ท้องผูกง่าย

1.4 ระบบกระดูกและไขข้อ เนื่องจากมีแคลเซียมน้อยทำให้กระดูกของผู้สูงอายุบางและเปราะง่าย เจ็บกระดูก รูปร่างกระดูกผิดรูปไป ตัวเตี้ยลง ไขข้อเสื่อม ทำให้มีการอับเสบ ปวดตามข้อ

1.5 ระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ การเสื่อมของปอด การยุบและขยายตัวไม่ดี เหนื่อยง่ายกล่องเสียงเสื่อม เสียงแหบแห้ง กล้ามเนื้อทรวงอกเสื่อมจึงทำให้การหายใจไม่ดี

1.6 ระบบหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้ออ่อนกำลัง หลอดเลือดแข็งตัวขาดความยืดหยุ่น ความดันโลหิตจะสูงขึ้น ไขมันเกาะผนังหลอดเลือดหนาขึ้น ทำให้มีโรคเกี่ยวกับหัวใจได้ง่าย

1.7 ระบบขับถ่ายของเสีย ได้แก่ การทำหน้าที่ของไตและกระเพาะปัสสาวะเสื่อม ทำให้ขับถ่ายของเสียได้น้อย แต่ขับปัสสาวะออกมามาก ต้องปัสสาวะบ่อย และกล้ามเนื้อหูรูดของท่อปัสสาวะหย่อนจึงกลั้นปัสสาวะได้ไม่ดี บางคนต่อมลูกหมากโตขึ้นเป็นผลให้ปัสสาวะลำบาก

1.8 ระบบประสาทและสมองเสื่อมลง ความรู้สึกช้า การเคลื่อนไหวช้า ความสัมพันธ์ระหว่างสมอง กล้ามเนื้อและข้อเสียไป การทรงตัวไม่ดี มีอาการสั่นตามร่างกาย บางคนหลงลืมง่าย

1.9 ระบบฮอร์โมนและต่อมไร้ท่อเสื่อมลง ทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์ ผลิตฮอร์โมนน้อยลง มีผลต่อการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของอวัยวะหลายส่วนแปรปรวนไป เช่น ต่อมใต้สมอง โดยเฉพาะสมองส่วนหน้ามีผลต่อความรู้สึกเบื่ออาหาร

2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ได้แก่

2.1 ด้านกระบวนการความรู้สึก มีส่วนสำคัญในร่างกายที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการความรู้สึก คือ ระบบประสาทซึ่งมีความสำคัญในการควบคุมการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานของกล้ามเนื้อ การรับรู้การเก็บข่าวสาร ตลอดจนความรู้สึกอื่น เช่น การมองเห็น การได้ยิน รส กลิ่น สัมผัส ซึ่งเกี่ยวข้องกับโลกภายนอก เป็นต้น ความรู้สึกทางประสาทที่เปลี่ยนแปลงไปนี้มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ของบุคคล การทำกิจกรรมต่าง ๆ การตอบสนองต่อสิ่งเร้า และการรับรู้ต่อสถานการณ์ต่าง ๆ เมื่ออายุมากขึ้นการส่งแรงกระตุ้นทางประสาทเข้าและออกจากสมองจะลดลง อัตราความเร็วในการเคลื่อนไหวต่าง ๆ ลดลง เกิดความเสื่อมถอยและเกิดโรคเกี่ยวกับประสาทสัมผัสทั้งห้า

2.2 ด้านการตอบสนองการเคลื่อนไหวทางจิต คือ การทำงานของระบบประสาทสมองและประสาทความรู้สึกทั้งห้าด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านร่วมกัน การรับข่าวสารแล้วส่งไปยังประสาทส่วนกลางเพื่อแปลและสั่งการพร้อมส่งกลับมาทางสัญญาณความรู้สึก และกล้ามเนื้อผู้สูงอายุจะมีปฏิกิริยาการตอบสนองต่อการเคลื่อนไหวทางจิตช้ากว่าคนหนุ่มสาว

2.3 ด้านสติปัญญา มีรายงานการวิจัยพบผลว่า ภาวะสุขภาพมีผลต่อสติปัญญาหรือการใช้สมองในการคิด ถ้าภาวะสุขภาพเสื่อมการใช้สมองคิดจะกระทำได้ช้าลงหรือน้อยลง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมของระบบประสาทสมอง มักจะมีการคิดได้ช้าหรืออาจจะคิดได้น้อยกว่าที่เคยทำได้ในวัยหนุ่มสาว

2.4 ด้านความจำและการเรียนรู้ ผู้สูงอายุสามารถจำเรื่องราวในอดีตได้ดีกว่าเรื่องในปัจจุบัน และเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นระยะเวลาในการจำจะสั้นลง เป็นเพราะระบบสมองส่วนกลางที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องในด้านความจำและการเรียนรู้ เกิดการเปลี่ยนแปลงจากความสูงอายุ และอาการหลอดเลือดแข็ง

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่

3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสถานภาพและบทบาททางสังคม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางการงาน การสูญเสียบทบาทในการเป็นผู้นำครอบครัว จากบทบาทที่เคยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวกลายเป็นผู้พึ่งพาอาศัย หรือผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุเสียอำนาจ และบทบาททางสังคมเดิม

3.2 การถูกทอดทิ้ง จากการย้ายถิ่นของประชากรวัยหนุ่มสาวในชนบททำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งในถิ่นเดิม ส่วนผู้ที่อยู่ในเมืองก็มีแนวโน้มที่จะอยู่ตามลำพังมากขึ้น เนื่องจากบุตรหลานส่วนใหญ่ต้องทำงานนอกบ้านไม่มีเวลาเอาใจใส่

3.3 การเสื่อมความเคารพ ในสมัยก่อนผู้สูงอายุ ได้รับความเคารพนับถือในฐานะผู้มีประสบการณ์ ผู้แนะนำสั่งสอน แต่ในปัจจุบัน ค่านิยมเหล่านี้ กำลังเปลี่ยนไปตามกระแสสังคมที่ยึดลักษณะตัวใครตัวมัน ตนเองสำคัญกว่าผู้อื่น และคิดว่าผู้สูงอายุไม่ทันต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

สรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ ทางจิตใจ และด้านสังคมวัฒนธรรม เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความเสื่อมที่เป็นไปตามวัยของผู้สูงอายุ จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้เกิดปัญหาแก่ผู้สูงอายุ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และบทบาทหน้าที่ทางสังคม ซึ่งแต่ละกระบวนการมีความเกี่ยวข้องกันและเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงมีลักษณะของบุคคลที่อยู่ในช่วงวัยสูงอายุทั้ งทางกาย จิต สังคม และปัญญา

5. พัฒนาการของการเข้าสู่วัยสูงอายุและการปรับตัว

Danial (1986) และศรีเรือน แก้วกังวาล (2540) มีแนวคิดว่า ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยสูงอายุมีช่วงเปลี่ยนผ่านวัย (Transition) ที่สำคัญอยู่ 3 ช่วง ได้แก่

1. ช่วงวัยเปลี่ยน วัยผู้ใหญ่ตอนต้น
2. ช่วงวัยเปลี่ยน วัยกลางคน
3. ช่วงวัยเปลี่ยน วัยเข้าสู่วัยสูงอายุ

การปรับตัวเป็นสิ่งจำเป็นมากสำหรับผู้สุงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่ทำงานในระบบเกษียณอายุจะต้องทำการเปลี่ยนบทบาทและสถานะทางสังคมตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง เป็นการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุควรค่อย ๆ ลดบทบาทตนเองออกจากสังคม และรู้จักปล่อยวางเพื่อรักษาดุลยภาพของร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ ผู้ที่ไม่สามารถปรับตัวต่อบทบาทและสถานภาพใหม่ได้มักจะมีความรู้สึกว่าตนไม่มีประโยชน์ต่อสังคมหรือคนรอบข้าง ท้อแท้ใน

ชีวิตจำเป็นต้องมีบทบาทใหม่ ๆ หรือหาความสนใจใหม่ ๆ เพื่อรักษาเอกลักษณ์แห่งตนไว้ (ทิพวรรณ มะเมียเมือง, 2542; สุทธินันท์ น้ำเพชร, 2542)

Havighurst (1979) จำแนกการปรับตัวในผู้สูงอายุออกเป็น 7 ลักษณะ ดังนี้

1. ปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงทางกาย
2. ปรับตัวกับการเกษียณอายุและการเปลี่ยนแปลงรายได้
3. จัดระเบียบชีวิตที่มีความสุข
4. เรียนรู้ที่จะอยู่กับคู่ชีวิตหลังเกษียณ
5. ปรับตัวกับการตายจากของคู่ชีวิต และผู้ที่เป็นอันที่รัก
6. สร้างกลุ่มเพื่อนร่วมวัยชรา
7. ปรับตัวกับบทบาททางสังคม

Atchley (1976) และสุทธินันท์ น้ำเพชร (2542) พบว่า ผู้มีปัญหาในการปรับตัวต่อการเกษียณอายุ มักเป็นผู้ที่มีความอดทนต่อการเปลี่ยนแปลงน้อย มีความยืดหยุ่นน้อย เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยก็รู้สึกลำบากใจ ส่วนผู้ที่มีความยืดหยุ่นมาก จะเป็นผู้ที่ปรับตัวได้แม้มีการเปลี่ยนแปลงมากเพียงใดก็ตาม

การปรับตัวเป็นความสามารถของบุคคลในการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง ภายใน เช่น การทำใจ การยอมรับความชรา การยอมรับความพลัดพราก การมีอารมณ์เยือกเย็นขึ้น เป็นต้น และภายนอก เช่น การรักษาสุขภาพ การมีงานอดิเรก การทำกิจกรรมร่วมกับสังคม เป็นต้น แม้การปรับตัวภายนอกง่ายกว่าการปรับตัวภายใน ผู้สูงอายุมีควรการปรับตัวทั้งภายในและภายนอกที่มีความเหมาะสมตามวัย เนื่องจากการปรับตัวเป็นกระบวนการที่จำเป็นและสำคัญต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีสุขในบั้นปลายชีวิต (Roy, 1976; ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2538) เป็นสิ่งที่เน้นให้เห็นการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนเมื่ออายุเพิ่มขึ้น และเป็นสาเหตุทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย เช่น หนังเหี่ยวย่น ผมงอก หลังค่อม สายตายาว ศีรษะเริ่มล้าน เป็นต้น

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี เต็มบริบูรณ์ขึ้นไป อยู่ในภาวะความสูงอายุหรือชราภาพ (Aging) เกี่ยวข้องกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องของชีวิต โดยอายุหรือวัยที่มีผลต่อพฤติกรรมและแรงจูงใจของบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยา จิตใจ และสังคม

6. สถานการณ์ผู้สูงอายุในระดับโลกและระดับชาติ

6.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุระดับโลก

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสู่สังคมสูงวัยเป็นปรากฏการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นทั่วโลกในศตวรรษที่ 21 โดยเป็นผลมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ช่วยให้อายุคาดเฉลี่ยของประชากรยืนยาวขึ้น ประกอบกับอัตราการเกิดที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้จำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในทุกภูมิภาคของโลก องค์การสหประชาชาติรายงานว่า ในปี ค.ศ. 2019 โลกมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า 1 พันล้านคน หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 13 ของประชากรโลกทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 3 ต่อปี (United Nations, 2020) โดยทวีปยุโรปเป็นภูมิภาคที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงที่สุดของโลก คิดเป็นร้อยละ 25 รองลงมา ได้แก่ ทวีปอเมริกา ร้อยละ 22.2 ภูมิภาคมหาสมุทร ร้อยละ 17.2 ทวีปเอเชีย ร้อยละ 12.5 ลาตินอเมริกาและแคริบเบียน ร้อยละ 12.1 และทวีปแอฟริกา ร้อยละ 4.8 ตามลำดับ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) ทั้งนี้ องค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่า ภายในปี ค.ศ. 2045 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรโลกทั้งหมด ซึ่งหมายความว่าโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) ในอนาคตอันใกล้ (United Nations, 2023)

ประเทศพัฒนาแล้วจำนวนมากกำลังเผชิญกับสังคมสูงวัยในระดับสูง โดยประเทศที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงที่สุดของโลก ได้แก่ ญี่ปุ่น ร้อยละ 33.6 อิตาลี ร้อยละ 29.8 เยอรมนี ร้อยละ 28.4 โปรตุเกส ร้อยละ 28.3 และฟินแลนด์ ร้อยละ 28.1 ตามลำดับ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) โดยเฉพาะในทวีปยุโรป ซึ่งมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุอย่างต่อเนื่อง สัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปคาดว่าจะเพิ่มจากร้อยละ 14 ในปี ค.ศ. 2010 เป็นประมาณร้อยละ 25 ในปี ค.ศ. 2050 สะท้อนให้เห็นถึงการมีอายุยืนยาวมากขึ้นของประชากรยุโรป (Kim & Kim, 2017) สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ สังคม และสาธารณสุขของหลายประเทศ ทั้งในด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุ การจัดสวัสดิการ การดูแลระยะยาว และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงวัย ดังนั้น หลายประเทศจึงให้ความสำคัญกับการพัฒนานโยบายและมาตรการส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (Healthy Ageing) และการสร้างระบบแรงสนับสนุนทางสังคมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี มีส่วนร่วมในสังคม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดช่วงวัยสูงอายุ (World Health Organization, 2023)

6.2 สถานการณ์ผู้สูงอายุในกลุ่มประเทศอาเซียน

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสู่สังคมสูงวัยมิได้เกิดขึ้นเฉพาะในประเทศพัฒนาแล้วเท่านั้น แต่ยังเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้หรือกลุ่มประเทศสมาชิกสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Association of Southeast Asian Nations: ASEAN) อันเป็นผลมาจากการลดลงของอัตราการเกิด การพัฒนาระบบสาธารณสุข และความก้าวหน้าทางการแพทย์ที่ส่งผลให้อายุคาดเฉลี่ยของประชากรเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การสหประชาชาติรายงานว่า ในปี ค.ศ. 2018 กลุ่มประเทศอาเซียนมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 67 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 10.2 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งถือเป็นจุดเริ่มต้นของการเข้าสู่สังคมสูงวัยในระดับภูมิภาค (United Nations, 2020) ทั้งนี้ ประเทศสมาชิกที่เข้าสู่สังคมสูงวัยก่อนประเทศอื่น ได้แก่ สิงคโปร์ ไทย เวียดนาม มาเลเซีย เมียนมา และอินโดนีเซีย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มการเปลี่ยนผ่านทางประชากรที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในภูมิภาคอาเซียน

เมื่อพิจารณาสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุในแต่ละประเทศ พบว่า ประเทศสิงคโปร์มีสัดส่วนประชากรสูงอายุสูงที่สุดในอาเซียน คิดเป็นร้อยละ 20.4 รองลงมา ได้แก่ ประเทศไทย ร้อยละ 17.6 ประเทศเวียดนาม ร้อยละ 11.6 ประเทศมาเลเซีย ร้อยละ 10.0 ประเทศเมียนมา ร้อยละ 9.7 และประเทศอินโดนีเซีย ร้อยละ 8.9 ตามลำดับ ขณะที่ประเทศกัมพูชา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว และฟิลิปปินส์ ยังคงมีสัดส่วนผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นในภูมิภาค (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) อย่างไรก็ตาม หลายประเทศในอาเซียนกำลังเผชิญกับความท้าทายคล้ายคลึงกัน ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของภาวะพึ่งพิงในวัยสูงอายุ การเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ การดูแลระยะยาว และการปรับตัวของระบบคุ้มครองทางสังคมให้สอดคล้องกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น (United Nations Population Fund, 2023) ด้วยเหตุนี้ ประเทศสมาชิกอาเซียนจึงให้ความสำคัญกับการพัฒนานโยบายด้านผู้สูงอายุ การส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (Healthy Ageing) การสร้างหลักประกันทางสังคม และการเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อรองรับการเปลี่ยนผ่านสู่สังคมสูงวัยอย่างยั่งยืนในอนาคต

6.3 สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีอัตราการเข้าสู่สังคมสูงวัยรวดเร็วที่สุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวเป็นผลมาจากอัตราการเกิดที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ส่งผลให้อายุคาดเฉลี่ยของประชากรยืนยาวขึ้น ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) แล้ว โดยข้อมูลจากกรมการปกครองและการวิเคราะห์ประชากรของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2568 พบว่า ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 13.6 ล้านคน คิดเป็นมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งเป็นครั้งแรกที่จำนวนประชากรสูงอายุมีมากกว่า

ประชากรวัยเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีอย่างชัดเจน สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนผ่านทางประชากรที่สำคัญของประเทศ และมีแนวโน้มที่จะก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super-aged Society) ภายในระยะเวลาไม่กี่ปีข้างหน้า หากประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567; GISTDA, 2025)

เมื่อพิจารณาการกระจายตัวของประชากรสูงอายุในระดับภูมิภาค พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือยังคงเป็นภูมิภาคที่มีจำนวนผู้สูงอายุสูงที่สุดของประเทศ เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีการย้ายถิ่นของประชากรวัยแรงงานเข้าสู่เมืองใหญ่และภาคอุตสาหกรรม ส่งผลให้สัดส่วนผู้สูงอายุในพื้นที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ยังคงเผชิญกับความท้าทายหลายด้าน ทั้งปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ภาวะพึ่งพิง การขาดความมั่นคงทางรายได้หลังเกษียณ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวจากครอบครัวขยายสู่ครอบครัวเดี่ยว และภาวะการอยู่อาศัยตามลำพังที่เพิ่มมากขึ้น (World Health Organization, 2023; กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567) สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้การพัฒนาระบบดูแลระยะยาว การจัดสวัสดิการทางสังคม การพัฒนาระบบแรงสนับสนุนทางสังคม และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน กลายเป็นประเด็นสำคัญที่ทุกภาคส่วนต้องให้ความสำคัญ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ มีศักดิ์ศรี และมีความมั่นคงในบั้นปลายชีวิต

นอกจากนี้ แนวโน้มการสูงวัยของประเทศไทยยังสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการเปลี่ยนมุมมองต่อผู้สูงอายุจากการเป็น "กลุ่มประชากรพึ่งพิง" ไปสู่การเป็นทรัพยากรทางสังคมที่มีศักยภาพในการมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจและสังคม ภายใต้แนวคิดการสูงวัยอย่างมีพลัง (Active Ageing) และการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (Healthy Ageing) ซึ่งมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมทางสังคม ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตและการพัฒนาสังคมสูงวัยอย่างยั่งยืนในอนาคต (World Health Organization, 2023)

6.4 สถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดกำแพงเพชร

จังหวัดกำแพงเพชรเป็นหนึ่งในจังหวัดภาคเหนือตอนล่างที่กำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวโน้มการเปลี่ยนผ่านทางประชากรของประเทศไทย โดยข้อมูลจากสำนักงานสถิติจังหวัดกำแพงเพชร และฐานข้อมูลสถิติระดับจังหวัด ปี พ.ศ. 2567 พบว่า จังหวัดกำแพงเพชรมีประชากรทั้งหมดประมาณ 698,828 คน โดยเป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 152,710 คน คิดเป็นร้อยละ 21.85 ของประชากรทั้งหมด ขณะที่ประชากรวัยเด็ก (0–14 ปี) มีสัดส่วนร้อยละ 16.99 และประชากรวัยแรงงาน (15–59 ปี) ร้อยละ 65.82 แสดงให้เห็นว่าจังหวัดกำแพงเพชรเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ และมีแนวโน้มที่สัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในอนาคตอันใกล้

นอกจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุแล้ว จังหวัดกำแพงเพชรยังเผชิญกับความท้าทายด้านสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุหลายประการ ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวจากครอบครัวขยายไปสู่ครอบครัวเดี่ยว ส่งผลให้ผู้สูงอายุบางส่วนอาศัยอยู่ลำพังหรือขาดผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ การย้ายถิ่นของประชากรวัยแรงงานออกนอกพื้นที่ยังส่งผลต่อศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวและชุมชน ดังนั้น การพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุที่เชื่อมโยงระหว่างครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยบริการสุขภาพ จึงเป็นประเด็นสำคัญในการรองรับสังคมสูงวัยของจังหวัดกำแพงเพชร และเป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

6.5 สถานการณ์ผู้สูงอายุตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร

ตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร เป็นตำบลขนาดใหญ่ที่มีลักษณะเป็นชุมชนกึ่งชนบท ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รับจ้าง และค้าขาย โดยยังคงมีความสัมพันธ์แบบเครือญาติและการพึ่งพาอาศัยกันภายในชุมชนค่อนข้างเข้มแข็ง จากข้อมูลทะเบียนประชากรขององค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้ำไหล ปี พ.ศ. 2567 พบว่า มีผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 2,372 คน ซึ่งนับเป็นกลุ่มประชากรสำคัญของพื้นที่ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศและจังหวัดกำแพงเพชร โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่เคยประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การประกอบอาชีพภายหลังเกษียณ เงินออม และการสนับสนุนจากบุตรหลาน ขณะที่บางส่วนยังคงมีบทบาททางเศรษฐกิจและสังคมภายในชุมชนตามศักยภาพของตนเอง

อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุในตำบลคลองน้ำไหลยังเผชิญกับปัญหาและความท้าทายหลายด้าน ทั้งปัญหาสุขภาพจากโรคเรื้อรัง การเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางกาย การขาดความมั่นคงทางรายได้ การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ และข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพในบางพื้นที่ที่อยู่ห่างไกล ขณะเดียวกัน พื้นที่ยังมีทุนทางสังคมที่สำคัญ ได้แก่ ครอบครัว ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วัด และองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนและดูแลผู้สูงอายุในมิติต่าง ๆ ทั้งด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และจิตใจ จากบริบทดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลคลองน้ำไหลจำเป็นต้องอาศัยระบบแรงสนับสนุนทางสังคมที่บูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ มีศักดิ์ศรี และมีความสุขในบั้นปลายชีวิต อันเป็นที่มาของการศึกษารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่แห่งนี้

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของโลก ภูมิภาคอาเซียน และประเทศไทย พบว่าจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลายเป็นความท้าทายสำคัญของทุกภาคส่วน ทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และการจัดระบบดูแลระยะยาว (Long-term Care) โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่กำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวจากครอบครัวขยายสู่ครอบครัวเดี่ยว การย้ายถิ่นของประชากรวัยแรงงาน และการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังหรืออยู่กับคู่สมรสสูงอายุด้วยกันเอง สถานการณ์ดังกล่าว ส่งผลให้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เคยพึ่งพาครอบครัวเป็นหลักเริ่มมีข้อจำกัดมากขึ้น ขณะที่ความต้องการด้านสุขภาพ สังคม และการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุมีความซับซ้อนและหลากหลายมากขึ้นตามสภาวะการสูงวัย

7. นโยบายและทิศทางการพัฒนาผู้สูงอายุของประเทศไทย

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ส่งผลให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและการเตรียมความพร้อมรองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรกลายเป็นประเด็นสำคัญระดับชาติ เพื่อให้การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุมีทิศทางที่ชัดเจนและสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป รัฐบาลจึงได้จัดทำแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566–2580) ขึ้นเป็นกรอบการดำเนินงานระยะยาวสำหรับหน่วยงานทุกภาคส่วน โดยมีวิสัยทัศน์ว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดี มีหลักประกันมั่นคง เป็นพลังพัฒนาสังคม มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ สังคม และสภาพแวดล้อม ควบคู่กับการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ และการพัฒนาระบบรองรับสังคมสูงวัยอย่างยั่งยืน (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2565)

แผนปฏิบัติการดังกล่าวมีวัตถุประสงค์สำคัญ ได้แก่ 1) การกำหนดกรอบและแนวทางการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ 2) การส่งเสริมคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ 3) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในทุกมิติอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม และ 4) การเตรียมความพร้อมของประชากรทุกช่วงวัยเพื่อรองรับสังคมสูงวัยเชิงรุกในอนาคต โดยเฉพาะประชากรวัยทำงานอายุ 25–59 ปี ซึ่งจะเป็นผู้สูงอายุในอีก 1–35 ปีข้างหน้า แผนดังกล่าวจึงมิได้มุ่งเน้นเฉพาะผู้สูงอายุในปัจจุบันเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงการเตรียมความพร้อมตลอดช่วงชีวิต (Life Course Approach) เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพและพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566)

สาระสำคัญของแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566–2580)ประกอบด้วยแผนปฏิบัติการย่อย 4 ด้านสำคัญ ได้แก่

1. การเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุ มุ่งส่งเสริมให้ประชาชนทุกช่วงวัย โดยเฉพาะวัยทำงาน มีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุในมิติต่าง ๆ ได้แก่ การวางแผนทางการเงิน การออมเพื่อวัยเกษียณ การส่งเสริมสุขภาพ การเรียนรู้ตลอดชีวิต การพัฒนาทักษะดิจิทัล และการเตรียมสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการดำรงชีวิตในวัยสูงอายุ ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองได้และลดความเสี่ยงต่อการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงในอนาคต

2. การยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทุกมิติอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ สังคม และสภาพแวดล้อม โดยส่งเสริมการเข้าถึงหลักประกันรายได้ ระบบสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การดูแลระยะยาว (Long-term Care) การมีส่วนร่วมทางสังคม การลดความโดดเดี่ยว และการปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

3. การปฏิรูปและบูรณาการระบบบริหารเพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริหารจัดการด้านผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ระดับชาติถึงระดับท้องถิ่น โดยเน้นการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน การพัฒนาระบบข้อมูลผู้สูงอายุ การติดตามและประเมินผล การพัฒนากำลังคนด้านผู้สูงอายุ การคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ และการส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่

4. การเพิ่มศักยภาพการวิจัย เทคโนโลยี และนวัตกรรมรองรับสังคมสูงวัย มุ่งส่งเสริมการสร้างองค์ความรู้ งานวิจัย และนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ รวมถึงการพัฒนาระบบฐานข้อมูลและเทคโนโลยีที่สามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต การดูแลสุขภาพ และการบริหารจัดการผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของสังคมสูงวัยในระยะยาว

สรุปได้ว่า แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566–2580) มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน ภายใต้แนวคิดการเตรียมความพร้อมตลอดช่วงชีวิต การสร้างหลักประกันทางสังคม การส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการรองรับสังคมสูงวัย โดยให้ความสำคัญกับการคงไว้ซึ่งศักยภาพ ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง และการมีคุณค่าในสังคมของผู้สูงอายุ ทั้งในมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ แนวทางดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าเป้าหมายสูงสุดของการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุไม่ได้มุ่งเพียงการยืดอายุขัย แต่เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี ดังนั้น การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ช่วยอธิบายผลลัพธ์ของการพัฒนาและเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของนโยบายและมาตรการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ซึ่งจะได้นำเสนอรายละเอียดในหัวข้อถัดไป

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

1. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คำว่า คุณภาพชีวิต เป็นคำที่มีความหมายกว้างและครอบคลุมถึงความหมายของความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) และความผาสุกในชีวิต (Well - Being) องค์การยูเนสโก (UNESCO, 1993) และสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ได้นิยามคำว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลในสังคม และระดับความพึงพอใจในความต้องการส่วนหนึ่งของมนุษย์ โดย Zhan (1992) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตเพิ่มเติมว่า เป็นความผาสุก (Well - Being) การกินดีอยู่ดีมีความสุขของบุคคลภายใต้สภาพความเป็นอยู่ การดำเนินชีวิต และประสบการณ์ในชีวิตของบุคคล

Haug & Folmar (1986) ให้ความหมายคุณภาพชีวิต ว่าเป็นเครื่องบ่งชี้ให้เห็นถึงความผาสุกโดยทั่วไป ตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตที่ดี คือ สุขภาพ รายได้เพียงพอ การไม่มีภาวะกดดันทางจิตใจ ตลอดจนการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว และเพื่อน ระดับสภาพการดำรงชีวิตตามองค์ประกอบของชีวิต ได้แก่ ร่างกาย อารมณ์ สังคม ความคิดและจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ, 2540; The WHOQOL group, 1994) ที่ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นมโนทัศน์ หลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่ต้อง พึ่งพาด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อส่วนบุคคลภายใต้วัฒนธรรมค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี องค์การสหประชาชาติ เน้นการมีสุขภาพที่ดี และมีความผาสุกในชีวิต

การให้คำนิยามของคำว่า คุณภาพชีวิต อาจจะกล่าวได้ว่า ไม่มีนิยามใดเป็นที่ยอมรับอย่างเป็นเอกฉันท์ เนื่องจากมีรายละเอียดหลายประเด็นรวมกัน เช่น เรื่องที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย จิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับความอยู่ดีกินดี กิจวัตรประจำวันและอื่น ๆ และการมีสภาพชีวิตปกติ รวมทั้งความสามารถในการดำรงตนเองในสังคมอย่างมีความสุข (Zhan, 1992) โดยเมื่อกล่าวถึงคุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึง การอยู่ดีกินดีแล้ว สิ่งที่ดีนั้นเหมือนกันมีเพียงเรื่องทางด้านกายภาพทั้งสิ้น สำหรับเรื่องทางวัฒนธรรมและจิตวิญญาณ แต่ละสังคมมีความคิดเห็นแตกต่างกันไป ซึ่งนำไปสู่ความแตกต่างกันในด้านการให้คำนิยามที่ชัดเจน (Latouche, 1993)

ดังนั้นคำว่าคุณภาพชีวิตจึงยังไม่มีคำจำกัดความหรือความหมายที่แน่นอน นอกจากจะเป็นคำจำกัดความหรือความหมายที่นักวิชาการได้พยายามให้ไว้ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดนิยามสำหรับใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยพบว่า องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2001) ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความพึงพอใจและสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตทางสังคม โดยจะมีความสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของตนเอง

ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยมมาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สวัสดิการและการบริการในด้านต่าง ๆ ตลอดจนลักษณะทางการเมืองการปกครอง และสังคมที่อาศัยอยู่

Andrews & Whitney (1976) ได้นิยามคุณภาพชีวิตไว้สองระดับที่เกี่ยวข้องกัน กล่าวคือ ในระดับชาติ คุณภาพชีวิตเป็นเรื่องของความคิดของมาตรฐานความเป็นอยู่ในลักษณะที่เป็นเกณฑ์วัดระดับความเป็นอยู่ที่ดีของสังคมและความก้าวหน้าเพื่อสังคมที่ดี ในระดับปัจเจกบุคคล คุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับการพิจารณาความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล ซึ่งเป็นเรื่องของการตัดสินใจของแต่ละบุคคล เมื่อรวมเอาทั้งสองระดับที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต สามารถสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การวัดระดับความเป็นอยู่ที่ดีของมนุษย์ในลักษณะมาตรฐานความเป็นอยู่ของสังคมและระดับความเป็นอยู่ที่ดีในการดำเนินชีวิตของบุคคล

Meeberg (1993) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต เป็นความรู้สึกของความพึงพอใจในชีวิตทั่วไป เป็นความสามารถทางอารมณ์ในการประเมินชีวิตตนเองตามความพึงพอใจ สภาพที่ยอมรับได้ของสุขภาพทางกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งมีส่วนที่เป็นจิตวิสัยและวัตถุวิสัย ซึ่งทั้งสองส่วนล้วนมีความจำเป็น

Sheldon (2004) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต คือ การรวมความเพียบพร้อมในเรื่องความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน การมีค่าครองชีพต่ำ มีความพอใจในชีวิต มีความปลอดภัย มีความสุข มีอิสระเสรี และชีวิตมีความมั่นคง

สำหรับนักวิชาการของไทย ได้ให้คำจำกัดความของความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ดังต่อไปนี้

อัจฉรา นวจินดา และขจีรัตน์ ภิรมย์ธรรมศิริ (2534) ได้นิยามคุณภาพชีวิต ว่าเป็นความพึงพอใจของบุคคลที่เกิดจากการได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ต้องการทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสภาพแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจ สังคม อย่างเพียงพอก่อให้เกิดการมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี

ศรีทับทิม พานิชพันธ์ (2543) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล อันน่าจะเทียบเคียงกับภาษาอังกฤษว่า Well-being หรือการอยู่ดีกินดี

มณี ชุติมาวุฒิกุล (2543) คุณภาพชีวิต คือ การมีปัจจัยเพียงพอในการดำรงชีวิต ซึ่งเกิดมาจากปัจจัยทางรายได้หรือทางเศรษฐกิจเป็นส่วนสำคัญประการหนึ่งที่มีส่วนทำให้เกิดการมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาพที่ดี มีความสามารถในการพึ่งตนเองได้ มีศักยภาพในการประกอบอาชีพเมื่อเกิดปัญหาก็สามารถแก้ไขได้ มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวและชุมชน ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาประเทศในด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2545) ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การมีสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีความรู้ มีงานทำที่ทั่วถึง มีรายได้พอเพียงต่อการดำรงชีพ มีครอบครัวอบอุ่นมั่นคง อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี และอยู่ภายใต้การบริหารจัดการที่ดีของรัฐ

คุณภาพชีวิต เป็นสิ่งที่พึงปรารถนาของบุคคล โดยตัวชี้ที่สำคัญจากการศึกษาทางชราภาพวิทยา (Gerontology) คือ ความพึงพอใจในชีวิตซึ่งถือเป็นองค์ประกอบสำคัญอย่างหนึ่งในการดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข เป็นการสะท้อนให้เห็นคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นได้ชัดเจน (Baur & Okun, 1983) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตจะยังไม่มีคำอธิบายอย่างชัดเจน ในการศึกษาครั้งนี้ก็ได้พยายามกำหนดความหมายของคุณภาพชีวิต โดยให้หมายถึง ระดับความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลตามช่วงเวลาหนึ่ง ที่เกิดขึ้นในด้านร่างกาย จิตใจและสังคม

ผู้วิจัยได้อาศัยคำจำกัดความ จากการที่ได้ทบทวนความหมายของผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิต ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หมายถึง ระดับความพึงพอใจของบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เกิดขึ้นในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเป็นหลัก

2. องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

Flanagan (1982) อธิบายว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมีพื้นฐานมาจากความต้องการของมนุษย์ ซึ่งจำแนกออกเป็น 5 องค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

1. มีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ โดยความสุขสบายทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และความสุขสบายทางด้านวัตถุ ได้แก่ การมีบ้านที่น่าอยู่ มีอาหารที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวก

2. มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ได้แก่ ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง และบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตร และการเลี้ยงดูบุตรก็ถือเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย

3. มีกิจกรรมในสังคมและชุมชน ได้มีโอกาสช่วยเหลือสนับสนุนผู้อื่น

4. มีพัฒนาการทางบุคลิกภาพและมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการ เช่น การมีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้สนใจในการเรียน และเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานทำที่น่าสนใจ ได้รับผลตอบแทนที่ดี และการแสดงออกในทางสร้างสรรค์

5. มีกิจกรรมนันทนาการ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬา หรือสิ่งบันเทิงอื่น ๆ และการมีส่วนร่วมในสังคม

Hu et al. (2011) ได้เสนอแนะองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไว้ว่าจะต้องประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ สถานภาพทาง เศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง และการทำกิจกรรม

สุวัฒน์ มหัตนิรันกุล (2545) แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 4 องค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย คือ การมีสุขภาพกายดี ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้ชีวิตดำรงอยู่ได้อย่างมีความสุข และสามารถประกอบกิจการหรือภาระหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ กล่าวคือ การมีสุขภาพดี คือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง ผู้สูงอายุมักมีปัญหาในด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน เนื่องจากเป็นวัยที่ร่างกายเสื่อมถอยลงตามจำนวนอายุที่เพิ่มขึ้น เป็นผลทำให้โรคภัยไข้เจ็บเบียดเบียน จึงมีปัญหาด้านสุขภาพอนามัยทางด้านร่างกาย และส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะด้อยการศึกษาทำให้ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง

2. องค์ประกอบด้านจิตใจ คือ การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทั้งทางด้านร่างกาย สิ่งแวดล้อม และสังคม ทำให้จิตใจของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการปรับปรุงและพัฒนาจิตใจไปในทางที่ดี หรือมีความพึงพอใจในชีวิตมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละบุคคล ระดับการศึกษา ประสบการณ์ และสิ่งแวดล้อมในชีวิตของคน ๆ นั้น การรับรู้สิ่งใหม่ การแสดงออกทางอารมณ์ เช่น หงุดหงิด ไม่พอใจ ไม่สนใจ เป็นผลที่เกิดจากความเครียดที่มีความผิดปกติทางจิตใจ และในวัยสูงอายุถ้าไม่ได้รับความเอาใจใส่และความอบอุ่นจากลูกหลานอย่างเพียงพอจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว้าเหว่ วิตกกังวล เศร้า ถ้าหากผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพดี ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ย่อมส่งผลให้เกิดมโนทัศน์ที่ดีต่อตนเอง ทำให้เกิดความพึงพอใจในสภาพที่เป็นอยู่ ดังนั้น ภาวะสุขภาพที่ผู้สูงอายุเป็นผู้ประเมินเอง จึงเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความพึงพอใจในชีวิตได้ดีเนื่องจากการประเมินสุขภาพตนเองอาจไม่สอดคล้องกับการประเมินทางการแพทย์ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพกายดี อาจมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ ถ้าเขาเชื่อว่าสุขภาพของเขาไม่ดี ในทำนองเดียวกันผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ไม่ดี ถ้าเขาเชื่อว่าเขาสุขภาพดี อาจมีความพึงพอใจในชีวิตสูง

3. องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม คือ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลรอบข้าง นับว่ามีความสำคัญต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง เพราะเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการของสังคม การมีสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น การมีเพื่อนในวัยเดียวกันสามารถปรับทุกข์ซึ่งกันและกันได้ มีความรู้สึกที่ดี สามารถให้การช่วยเหลือ ให้ความอุปการะและให้คำปรึกษาซึ่งกันและกันเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ส่วนผู้ที่มีอายุน้อยกว่า คือ บุตรหลาน คอยดูแลให้ความช่วยเหลือให้ความเคารพยกย่องทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีความหมายและมีคุณค่า และมักจะใช้เวลาว่างทำกิจกรรมให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม เช่น การไปวัด ทำบุญ การเข้าร่วมในชมรมต่าง ๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมอาสาสมัครต่าง ๆ จากทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน (The Activity Theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมสูงสามารถปรับตัวได้ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง

4. องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม คือ สภาพแวดล้อมเป็นสิ่งจำเป็นอย่างหนึ่งของมนุษย์ที่บ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในปัจจุบัน การที่ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการมีบ้านและชุมชนที่อยู่อาศัยในสภาพที่ดี จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าบ้านน่าอยู่ สะดวกสบาย สงบ เป็นส่วนตัว มีเพื่อนบ้านที่ดีปราศจากโจรผู้ร้าย รวมทั้งมีความพอใจในการบริการของชุมชน เช่น การบริการรักษาพยาบาลที่เพียงพอ การคมนาคมสะดวกปลอดภัย มีรายได้เพียงพอกับความต้องการของตนเอง ย่อมทำให้ชีวิตของผู้สูงอายุเป็นสุข จะเห็นว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าตนเองอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีมีความพึงพอใจต่อบ้าน ชุมชนที่อยู่อาศัยสามารถสะท้อนถึงประสบการณ์ที่ดี มีความสุขหรือคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

Frank-Stromborg (1984) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่ามาจากพื้นฐานความต้องการของมนุษย์ ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1. มีความสุขสบายทางร่างกายและวัตถุ ทางด้านวัตถุ เช่น มีบ้านที่น่าอยู่ มีอาหารที่ดีมีเครื่องอำนวยความสะดวกทางด้านร่างกายได้แก่ การมีสุขภาพที่สมบูรณ์ แข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ

2. มีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงและบุคคลอื่น นอกจากนี้ การมีบุตรและการเลี้ยงบุตรก็ถือเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย

3. มีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การได้มีโอกาสช่วยหรือสนับสนุนผู้อื่น

4. มีพัฒนาการทางบุคลิกภาพและมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการ เช่น การมีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้สนใจการเรียนและเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานทำที่น่าสนใจได้รับผลตอบแทนที่ดีและการแสดงออกในทางสร้างสรรค์

5. มีสันทนาการ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬา หรือสิ่งบันเทิงอื่น ๆ และมีส่วนร่วมในสังคม

Berhorn & Schafer (1981) ได้กล่าวถึง องค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไว้ 5 ด้าน คือ สภาพทางเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง และการทำกิจกรรม ดังนี้

1. สภาพทางเศรษฐกิจ เศรษฐกิจนับว่าเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมากในการที่สนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ทั้งในด้านที่อยู่อาศัยที่มีสภาพดี อาหารที่มีคุณค่าการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง การซื้อหาอุปกรณ์ในการอำนวยความสะดวกและความสุขของตนเองตลอดจนการมีกิจกรรมต่าง ๆ กับผู้อื่นเป็นต้น ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจนี้ ถ้าผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองมีรายได้เพียงพอในการใช้จ่าย รู้สึกว่าตนเองมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และมีความเป็นอยู่ที่ดี ย่อมทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจในชีวิต ดั้งนี้ฐานะทางเศรษฐกิจที่ผู้สูงอายุเป็นผู้ประเมินเองจะแสดงให้เห็นถึงความพึงพอในชีวิตได้ค่อนข้างชัดเจน

2. สุขภาพ การที่คนเราจะดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขในโลกนั้น องค์ประกอบที่สำคัญที่สุด อย่างหนึ่งคือ สุขภาพ เพราะการมีสุขภาพที่ดี ย่อมเป็นที่ปรารถนาของมวลมนุษย์ทุกคน คนที่มีสุขภาพดี คือคนที่มีความหวัง และคนที่มีความหวัง คือคนที่มีทุกสิ่งทุกอย่าง ดังนั้นสุขภาพจึงเป็นเสมือนวิถีทาง หรือช่องทางที่จะนำไปสู่ความสุข และความสำเร็จต่าง ๆ ในชีวิต ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าสุขภาพดีคือ คุณภาพชีวิตนั่นเอง ด้วยเหตุผลที่ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่เกิดโรคได้ง่ายกว่าบุคคลในวัยอื่น เนื่องจากสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเสื่อมถอยลงตามจำนวนอายุที่เพิ่มขึ้น ถ้าผู้สูงอายุยอมรับว่าตนเองมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หรือยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจิตใจที่เกิดขึ้น ยอมรับความสามารถที่มีขอบเขตจำกัดของร่างกาย และปรับตัวให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ก็จะส่งผลให้เกิดอัตมโนทัศน์ที่ดีต่อตนเอง และทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุได้ดี เนื่องจากการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยตนเอง อาจไม่สอดคล้องกับการประเมินทางด้านการแพทย์ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่ดีในทางกายภาพ (Objective Perspective) อาจมีความพึงพอใจในชีวิตสูง ถ้าเขาเชื่อว่าสุขภาพของเขาดี และในทำนองเดียวกันผู้สูงอายุทมี่สุขภาพดี อาจมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ ถ้าเขาเชื่อว่าสุขภาพของเขาไม่ดี

3. สภาพแวดล้อม การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลรอบตัว และสภาพแวดล้อมทางกายภาพ นับว่ามีความสำคัญต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง มนุษย์ไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้โดยไม่มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น เขาเชื่อว่าตั้งแต่เกิดจนตายมนุษย์ต้องมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลต่าง ๆ ไม่ทางตรงก็ทางอ้อม นักจิตวิทยาพัฒนาการหลายท่านเชื่อว่าสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในยามสูงวัยทั้งในครอบครัวและนอกครอบครัว เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ เพราะเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการสนองความต้องการทางสังคม การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นของผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีเพื่อนในวัยเดียวกัน ผู้สูงอายุมักเลือกคบเพื่อนที่มีอายุใกล้เคียงกันมากกว่าต่างวัยกันมาก ๆ เพราะสามารถปรับทุกข์สุขแก่กันและกันด้วยความเข้าอกเข้าใจกันมากกว่าต่างวัย ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกที่ดีต่อเพื่อนสามารถให้การช่วยเหลือ ให้ความอุปการะแก่กันและกันมีการร่วมทุกข์ร่วมสุขกัน สามารถให้คำปรึกษาซึ่งกันและกันได้เมื่อมีปัญหาที่แก้ไขไม่ตก ช่วยเหลือ ดูแลกันและกันในยามเจ็บไข้ ความรู้สึกดังกล่าว มีความสำคัญมากต่ออารมณ์ และจิตใจของผู้สูงอายุ ส่วนการมีสัมพันธภาพกับบุคคลที่อายุน้อยกว่านี้ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540) เชื่อว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับลูกหลานเป็นผู้ที่มีขวัญดี ยอมรับความตายความไม่เที่ยงของชีวิตได้ง่าย มีชีวิตชีวา (Zest of Life) และผู้สูงอายุที่บุตรหลานให้ความเคารพนับถือไม่เหยียบย่ำดูหมิ่นดูแคลน จะรู้สึกว่าตนเองมีค่าสามารถดำรงบทบาทในครอบครัวได้อย่างเป็นสุข นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกต่อบ้านและชุมชนที่อยู่อาศัย เช่น รู้สึกมีความปลอดภัยจากโจรผู้ร้าย มีเพื่อนบ้านที่ดี การให้บริการที่ดีในสาธารณูปโภคของชุมชน การมีบ้านที่น่าอยู่คงทนถาวร มีความสะดวกสบาย มีความสงบและเป็นส่วนตัว ย่อมทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจ

และเป็นสุขได้ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าตนเองอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี ทั้งในด้านบุคคล สังคม บ้าน และชุมชนที่อยู่อาศัย สามารถบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

4. การพึ่งพาตนเอง เนื่องจากสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ของ ผู้สูงอายุเสื่อมถอยลง เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายอ่อนแอ มีโรคภัยไข้เจ็บไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง การดำรงชีวิตพึ่งพาตนของผู้สูงอายุจึงกลายเป็นเรื่องที่ยาก ลำบากมากขึ้น ซึ่งการประเมินการพึ่งพาผู้อื่นในผู้สูงอายุสามารถประเมินโดยวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ด้วยตนเอง เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การเข้าห้องน้ำ การลุกเดิน นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมอื่น ๆ เช่น การซักรีดเสื้อผ้า การเตรียมอาหาร การคิดคำนวณเงินหรือค่าใช้จ่าย การทำงานที่มีรายได้ การทำกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน การเดินทางไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น การที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกพึงพอใจ สามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง และรู้สึกว่าตนเองไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวหรือเพื่อนฝูงย่อมก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต ถ้าผู้สูงอายุยังคงรู้สึกว่าตนเองไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวหรือเพื่อนฝูงย่อมก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต แต่ถ้าผู้สูงอายุยังคงรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองหรือทำได้ลดลงน้อยลง จำเป็นต้องพึ่งบุตรหลานหรือบุคคลอื่น อาจทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำได้ ทั้งนี้เนื่องจากการพึ่งพาผู้อื่นเป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทที่น่ากลัวสำหรับผู้สูงอายุ กล่าวคือ เป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากผู้ที่มีอิสระในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามความต้องการของตนเองมาเป็นผู้ที่คอยรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ซึ่งเป็นบทบาทที่ยากจะยอมรับได้ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอับอาย คิดว่าตนเองเป็นตัวปัญหาหรือเป็นภาระแก่ผู้อื่น

5. การทำกิจกรรม ผู้สูงอายุที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ รู้สึกว่าชีวิตยังมีค่า มีประโยชน์ และมีความหมาย ตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่ไม่มีกิจกรรมจะมีความรู้สึกเบื่อหน่าย หมดอาลัย มีชีวิตที่เงียบเหงา จิตใจจะเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว ชนิดของกิจกรรมที่จัดให้ผู้สูงอายุ จะแตกต่างกันออกไปตามความสนใจและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กิจกรรมที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ มี 3 ประเภท ดังนี้

5.1 กิจกรรมที่มีรูปแบบ (Formal Activities) ได้แก่ การทำบุญ การเข้าวัด การมีกิจกรรมในสโมสร

5.2 กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ (Informal Activities) ได้แก่ การมีสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนบ้าน การเดินทาง การซื้อสิ่งของต่างๆ เป็นต้น

5.3 กิจกรรมที่ทำคนเดียว (Solitary Activities) ได้แก่ งานอดิเรก ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ เป็นต้น

จากบทความข้างต้น สรุปได้ว่า องค์ประกอบหลักของคุณภาพชีวิต ได้แก่ สุขภาพกาย สุขภาพจิตใจ และสัมพันธภาพกับคนรอบข้างและสังคม สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษา

คุณภาพชีวิต โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-OLD-THAI) ที่สุภาภรณ์ สุดหนองบัว (2555) ได้แปลและปรับข้อคำถามเพื่อให้เหมาะสมกับสังคมไทย ซึ่งแบ่งงงค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสามารถด้านการรับรู้ (Sensory Abilities) ความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) ความสำเร็จและความคาดหวัง (Past Present) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Participation) การเผชิญหน้ากับความตาย (Death and Dying) และการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก (Intimacy)

3. ความสำคัญของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา โดยเฉพาะบุคคลในวัยสูงอายุที่เป็นวัยสุดท้ายของชีวิต จากการผ่านประสบการณ์ต่าง ๆ มากมายมาตลอดชีวิต ผู้สูงอายุย่อมคาดหวังให้ตนมีความสุขในบั้นปลายชีวิต ซึ่งการมีคุณภาพที่ดีจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ได้ โดยเป็นการได้รับตอบสนองความต้องการตามความจำเป็นขั้นพื้นฐานที่สำคัญต่อชีวิตของมนุษย์ 2 ด้าน คือ ด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานทางกาย ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม และสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงปราศจากโรคภัย หรือเรียกว่าการสร้างความสุขทางกาย และด้านการตอบสนองความต้องการด้านความพึงพอใจของแต่ละบุคคล เช่น ค่านิยมที่กลมกลืนกับสังคมและวัฒนธรรมนั้น ๆ หรือเรียกได้อีกอย่างว่าเป็นการสร้างความสุขทางใจของบุคคล ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ ทำให้เป็นอุปสรรคในการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น ผู้สูงอายุควรได้รับการตอบสนองความต้องการทั้ง 2 ด้านอย่างเพียงพอ เพื่อแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและก่อให้เกิดความสุขในชีวิต

ในการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ ครั้งที่ 2 ณ กรุงมาดริด ประเทศสเปน (United Nations, 2006) ได้มีการตระหนักจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในอนาคตควรมีการเตรียมความพร้อมในเรื่องสุขภาพ (Health) และความผาสุก (Well-being) เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวและดำเนินชีวิตอย่างความสุขในบั้นปลายของชีวิต

สำหรับในประเทศไทย ภาครัฐได้มีความตระหนักในความสำคัญของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเริ่มมีการกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 6 พ.ศ. 2530-2534 (วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ และโยธิน แสวงดี, 2533) และในรัฐธรรมนูญปี 2540 มาตราที่ 80 รัฐต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพและผู้ด้อยโอกาส ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2555) จนถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-พ.ศ. 2564 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2559) มีการมุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรอย่าง

ต่อเนื่อง และสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อเตรียมความพร้อมของคนและระบบให้สามารถปรับตัวพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคตตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

ในปี พ.ศ. 2556 เป็นวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 ทรงเจริญพระชนมายุครบ 84 พรรษา ประกอบกับองค์การสหประชาชาติได้ประกาศให้เป็นปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อให้ประชาชน องค์กร และสถาบันต่าง ๆ ได้ตระหนักถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าของผู้สูงอายุ ซึ่งได้ทำประโยชน์ในฐานะผู้ให้แก่สังคมมาโดยตลอด ควรได้รับผลในฐานะเป็นผู้รับจากสังคมด้วย (บรรลุ ศิริพานิช, 2542ข) จึงได้มีการกำหนดปฏิญญาผู้สูงอายุไทย เพื่อผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิที่ผู้สูงอายุพึงได้รับอย่างเป็นธรรมจากสังคม การได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต อยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี ไม่ถูกทอดทิ้ง ได้รับความเคารพ ความเข้าใจ การสนับสนุนทางสังคม การเอาใจใส่ การยอมรับบทบาท เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีในการอยู่ร่วมกันอย่างเป็นสุขกับครอบครัวและสังคม และมีสาระครอบคลุมถึงสิทธิในการสนับสนุนทางสังคมสุขภาพ การเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่ครบวงจรอย่างเท่าเทียม และการเข้าร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ชุมชนและสังคม เพื่อความเข้าใจอันดีระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันและกับบุคคลทุกวัย นอกจากนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด และส่งเสริมให้ประชาชนองค์กรและสถาบันสังคมต่าง ๆ ปลูกฝังค่านิยมให้ตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุตามวัฒนธรรมไทยที่เน้นความกตัญญูกตเวทิตาและความเอื้ออาทรต่อกัน

ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ควรได้รับการยกย่องเชิดชู และได้รับการสนับสนุนทางสังคมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงชีวิตอย่างมีความสุขจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต จากการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย ในอำเภอหาดใหญ่ จำนวน 268 คน ของสุนุตตรา ตะบูนพงศ์ และคณะ (2544) พบว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาของวันทนี ขำเพ็ง (2540) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชนบท จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 168 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง การที่ผู้สูงอายุจะเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องรอรับความช่วยเหลือเพียงฝ่ายเดียวเท่านั้น ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตนเป็นผู้ที่ดีมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ด้วยตนเองจากการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของตนเองและสังคม ที่เกิดขึ้นตามกระบวนการสูงอายุ และแสดงพฤติกรรมคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เพื่อแสดงให้เห็นว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี และยังคงมีคุณค่าต่อสังคม ไม่ได้เป็นภาระให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือองค์กรใดองค์กรหนึ่ง

แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Concept) เป็นแนวคิดทางสังคมซึ่งว่าด้วยเรื่องของการได้รับการช่วยเหลือจากคนที่อยู่ร่วมกันในสังคมในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นทางด้านสิ่งของหรือทางด้านจิตใจ แนวคิดเรื่องการสนับสนุนทางสังคมถือเป็นแนวคิดที่สำคัญต่อการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Lin et al., 1981) ซึ่งสามารถนำเอาแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ได้เป็นอย่างดี แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมได้มีนักวิชาการหลายคนได้ให้ความเห็นไว้ ซึ่งผู้วิจัยได้นำมารวบรวมพอสังเขปทั้งในด้านของการให้ความหมายและองค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคมดังนี้

Kaplan et al. (1977) กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การประกอบขึ้นด้วยแรงยึดเหนี่ยวระหว่างบุคคลที่สามารถให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทั้งทางด้านอารมณ์และทางด้านทรัพยากรอื่น ๆ ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมาจากหลายแหล่งด้วยกัน ยกตัวอย่าง เช่น ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน ที่ทำงาน หรือเพื่อนสนิท นอกจากนี้ Cobb (1976) ยังได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมโดยพิจารณาข้อมูลข่าวสาร (Information) เพิ่มเติม ซึ่งเป็นการทำให้บุคคลได้รับความรัก และการเอาใจใส่ ได้รับการยกย่องและเห็นคุณค่า สร้างเป็นเครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Network) และมีความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวกัน เช่นเดียวกันกับ Sheafor et al. (2000) ที่ให้ความสำคัญกับข้อมูลข่าวสาร โดยให้เหตุผลว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้นปัจจัยทางด้านข้อมูลข่าวสารที่บุคคลได้รับนั้นมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต

แรงสนับสนุนทางสังคม จำแนกออกได้เป็น 4 ลักษณะดังนี้ (Cronenwett, 1985)

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ซึ่งเป็นเรื่องของความรู้สึก เห็นใจ ดูแลเอาใจใส่ มีความรักความผูกพัน

2. การสนับสนุนทางด้านการช่วยเหลือ เช่น การช่วยเหลือทางการเงินและ สิ่งของ

3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นการให้คำแนะนำต่าง ๆ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาในชีวิตได้

4. การสนับสนุนทางด้านการยกย่อง เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลนั้นเห็นตัวเองมีคุณค่าจากการที่บุคคลอื่นยอมรับนับถือตน

แนวคิดของ Cronenwett (1985) มีความคล้ายคลึงกับแนวคิดของ Cobb (1976) ซึ่งแบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกได้เป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการช่วยเหลือกับบุคคลทำให้เชื่อว่าตนเองได้รับความรัก การสนับสนุนทางสังคมเอาใจใส่ และมีความใกล้ชิดสนิทสนม มีความผูกพันและไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่อง (Esteem Support) เป็นการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และบุคคลอื่นให้การยอมรับนับถือและเห็นคุณค่าของตนเอง

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Support) เป็นการช่วยเหลือที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือสวนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของในสังคมของตน

นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Cohen (1985) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ในด้านการช่วยเหลือทางด้านจิตใจที่มีต่อผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ช่วยให้บุคคลรู้สึกดี เป็นตัวบ่งชี้สุขภาวะของบุคคล ช่วยลดความกลัว ความเครียดในวัยผู้สูงอายุ เมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะมีโอกาสที่จะไม่ดูแลตัวเอง มีผลต่อความรู้สึกต่อตนเองที่แย่ลง การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Berkman (1997) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่แยกตัวออกจากสังคมมีอัตราการตายสูงกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมถึง 2.5 เท่า กล่าวคือ การที่ผู้สูงอายุแยกตัวออกจากสังคม ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ว้าเหว่ รู้สึกตัวเองไม่มีความหมาย ส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิตต่ำลง

จะเห็นได้ว่า การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องนำแนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งว่าด้วยเรื่องของแรงยึดเหนี่ยวระหว่างบุคคลและการสนับสนุนที่ได้รับจากกลุ่มบุคคลต่าง ๆ ทั้งในด้านอารมณ์ การช่วยเหลือด้านการเงินและสิ่งของ การส่งข้อมูลข่าวสารที่มีประโยชน์ และการได้รับการยกย่อง สิ่งเหล่านี้ ล้วนมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าอันเป็นส่วนหนึ่งของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุนั่นเอง

จากการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวข้าวต้น จึงสรุปได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ จะหมายถึง การช่วยเหลือและสนับสนุนจากบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุในครอบครัว (Support from Family) เช่น คู่สมรส บุตร บุคคลในครอบครัว จากเพื่อนหรือบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน (Support from Friends) และจากแหล่งอื่น ๆ (Support from a Significant Other) ในด้านการเงิน สิ่งอำนวยความสะดวก สิ่งของ และอารมณ์

1. ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่เป็นผลมาจากการศึกษาทางด้านสรีระวิทยา ซึ่งพบว่า การตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนนั้น จะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลผู้ซึ่งมีความสำคัญและอำนาจเหนือกว่าตัวเราอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งได้มีผู้ศึกษาวิจัยและให้คำจำกัดความไว้ ดังนี้

Cobb (1976) ให้ความหมายไว้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมนั้น เป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า มีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Kahn (1979) ให้คำจำกัดความของแรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ซึ่งจะทำให้เกิดสิ่งเหล่านี้ขึ้นหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่ง คือ ความผูกพันในแง่ดีจากคนหนึ่งไปคนหนึ่ง การยืนยันรับรองหรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของอีกผู้หนึ่งการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านเงินทอง สิ่งของหรืออื่น ๆ

Thoits (1982) ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคม ว่าเป็นความช่วยเหลือต่อการปรับตัวกับความเครียด หรือการที่บุคคลอื่นที่มีความสำคัญมีส่วนร่วมอย่างจริงจังต่อความพยายามในการจัดการกับความเครียด ในการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ ความหมายและปฏิกิริยาทางอารมณ์

Cohen & Wills (1985) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม ว่าเป็นทรัพยากรที่ได้รับจากผู้อื่นเกี่ยวกับข้อมูล หรือสิ่งของที่ใช้ได้และมีศักยภาพ และมีผลทางด้านบวกและทางลบต่อสุขภาพและความอยู่ดีของบุคคล

Pender et al. (2002) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก และเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นรวมถึงได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร และคำแนะนำ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

Brown et al. (1986) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง

Pilisuk (1982) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ ความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

Maguire & Kroliczak (1983) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความรู้สึกหรือเจตคติที่รับรู้ถึงความสนใจ เมตตากรุณา การช่วยเหลือที่ได้รับจากญาติพี่น้อง เพื่อนผู้ร่วมงาน เมื่อบุคคลเหล่านี้มารวมกันหรือประสานกัน โดยมีจุดประสงค์ในการช่วยเหลือก็จะเกิดเครือข่ายของการสนับสนุนทางสังคม

Hubbard et al. (1984) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติ ซึ่งประกอบด้วยการติดต่อสื่อสารในด้านดี ทำให้มีความรู้สึกผูกพัน เป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน โดยคำนึงถึงแหล่งที่มาของการสนับสนุนด้วย

ธนวรรธน์ อิ่มสมบูรณ์ (2554) แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ผู้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคนและเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดีแรงสนับสนุนทางสังคม

อาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชนเพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่และแกนนำกลุ่มต่าง ๆ ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกันกับผู้รับการสนับสนุน

จุฬาภรณ์ โสตะ (2554) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิกิริยาสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การสนับสนุนและผู้รับการสนับสนุน โดยผู้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์และความรู้สึก แก่ผู้รับการสนับสนุนและผู้รับการสนับสนุนรู้สึกว่าตนเองคุณค่า นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง

Acoba (2024) ได้ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมทั้งทางด้านอารมณ์ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเงิน แรงงาน หรือวัตถุสิ่งของต่าง ๆ ซึ่งบุคคลอื่นในสังคม คือ สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ได้รับแรงสนับสนุนเกิดความรู้สึกผูกพัน เชื่อว่ามีคนรัก มองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดและความเจ็บป่วยได้ ส่งผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการรักษาสุขภาพอนามัยและมีสุขภาพที่ดี

ดังนั้นจาก ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวมาข้างต้น แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลและกลุ่มบุคคลที่ปฏิสัมพันธ์ด้วยทางด้านอารมณ์ สังคม วัตถุ สิ่งของรวมทั้งข้อมูลข่าวสาร ผลของแรงสนับสนุนทำให้บุคคลเกิดความตระหนักและสามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ได้ตามความต้องการ ส่งผลให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ได้สรุปความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ว่าหมายถึง การจัดการองค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ด้านการเงิน สิ่งอำนวยความสะดวก สิ่งของ และอารมณ์ จากบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุในครอบครัว จากเพื่อนหรือบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน และจากแหล่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

2. หลักการของแรงสนับสนุนทางสังคม

หลักการสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม (Langford, 1997) ประกอบด้วย

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์ ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีคนสนใจ เอาใจใส่ มีความรักและความหวังดีในตนอย่างจริงจัง

2.2 ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นข่าวที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับเชื่อว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์แก่สังคม

3. ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือทางด้านจิตใจ

4. ต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่ต้องการ ในที่นี้ คือ การพัฒนาคุณภาพชีวิตและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

3. แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มทางสังคม แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีความสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน และกลุ่มทุติยภูมิ ซึ่งเป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่ามีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (Cohen, 2004)

ความสำคัญของแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้น จากกลุ่มปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง มีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มทุติยภูมิ ถือว่ามีความสำคัญในฐานะเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคคลากรอื่น ๆ เช่น ผู้นำชุมชน หรือแกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ครู พระหรือนักบวช ซึ่งมีความสำคัญรองลงมาในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

House (1981) แหล่งสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สมาชิกในเครือข่ายทางสังคมที่ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่บุคคล แหล่งสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อชนิดและปริมาณการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ เนื่องจากชนิดของการสนับสนุนทางสังคมจะเปลี่ยนแปลงไปตามแหล่งที่มีการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนั้น แหล่งสนับสนุนทางสังคมยังสามารถบอกถึงขนาดและเครือข่าย (Network Size) ทางสังคมที่เป็นแหล่งกำหนดปริมาณการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ ซึ่งมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมไว้มากมาย สรุปได้ดังนี้

1. แหล่งสนับสนุนที่ไม่เป็นทางการ (Informal Source) หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ ได้แก่ คู่สมรส ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน และบุคคลที่คุ้นเคยกัน เป็นต้น

2. แหล่งสนับสนุนที่เป็นทางการ (Formal Source) หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงานหรือวิชาชีพ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพหรือวิชาชีพ และกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น

Cobb (1976) เน้นว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เป็นทางการ เป็นแหล่งที่คนทั่วไปนิยม และเป็นแหล่งที่ช่วยป้องกันบุคคลได้ดีที่สุด ซึ่งถ้าแหล่งดังกล่าวมีประสิทธิภาพ บุคคลจะไม่ต้องการความช่วยเหลือจากแหล่งที่เป็นทางการ ซึ่งแหล่งสนับสนุนที่ไม่เป็นทางการจะมีประสิทธิภาพมาก ในการลดภาวะเครียด ส่งเสริมภาวะสุขภาพ และดูดซับผลกระทบของภาวะเครียดต่อสุขภาพ

สรุปได้ว่า แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้น มีทั้งแหล่งปฐมภูมิและแหล่งทุติยภูมิ โดยแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง มีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางอารมณ์จากคู่สมรส ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิ ถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่น ๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสารและความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

4. ระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม

Gottlieb (1985) แบ่งระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับมหาภาค หรือระดับกว้าง (Macro Level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในชุมชน

2. ระดับกลาง หรือระดับกลุ่ม (Mezzo Level) เป็นความสัมพันธ์ในระดับที่เฉพาะเจาะจงไปถึงกลุ่มบุคคลที่มีการติดต่อกัน เช่น กลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด เป็นต้น

3. ระดับจุลภาค หรือระดับลึก (Micro Level) เป็นระดับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่สุด เพราะเชื่อว่า สิ่งสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมมาจากการให้การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนจะมีเพียงบางส่วนเท่านั้นที่ทำได้ เช่น สามี ภรรยา หรือคนรัก ทั้งนี้ความเชื่อว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสำคัญมากกว่าปริมาณ

Cohen (2004) แบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกว้าง (Macro Level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ และการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมชุมชนที่อาศัยอยู่ เช่น กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มต้านภัยเอดส์ กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo Level) เป็นการมองที่โครงสร้าง และหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติ ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ ความเป็นมิตร แรงสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง เป็นต้น

3. ระดับแคบ หรือระดับลึก (Micro Level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อกันว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์มากในเชิงปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่าย การสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ การสนับสนุนทางจิตใจ และแสดงความรักและห่วงใย (Affective Support)

จากแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยนำแนวคิดนี้ไปใช้ในการวิจัย ได้แก่ การช่วยเหลือและสนับสนุนจากบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ในด้านการเงิน สิ่งอำนวยความสะดวก สิ่งของและอารมณ์ ทั้งจากบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุในครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตร ญาติพี่น้อง จากเพื่อนหรือบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน และจากแหล่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในการพัฒนารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในครั้งนี้

5. ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ สรุปได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ผลต่อสุขภาพกาย ได้แก่

1.1 ผลโดยตรง จากรายงานผลการศึกษาของ Berkman & Syme (1979) ซึ่งติดตามผลในวัยผู้ใหญ่จำนวน 700 คน ที่อาศัยอยู่ในเมืองอามีดา รัฐแคลิฟอร์เนีย เป็นเวลานาน 9 ปี โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ทั่วไปของสุขภาพอนามัย และสถิติชีพที่สำคัญ รวมทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย มีอัตราป่วยและตายมากกว่าผู้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากถึง 2.5 เท่า ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในทุกเพศ ทุกเชื้อชาติ และทุกระดับเศรษฐกิจ การศึกษาของ Cobb (1976) และ Cassel (1961) พบว่า ผู้ป่วยเป็นวัณโรค ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม หรือถูกตัดขาดจากเครือข่ายแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ การศึกษาทางระบาดวิทยาสังคม พบว่า คนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม จะเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะของการติดโรคได้ง่าย เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงระบบต่อมไร้ท่อ และมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดลง

1.2 ผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล (Compliance to Regismens) มีรายงานผลการศึกษาเป็นจำนวนมากที่บ่งบอกถึงผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำของคนไข้ ซึ่ง Cronenwett (1985) พบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีครอบครัวคอยให้การสนับสนุนในการควบคุมพฤติกรรม และผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมากจะเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

1.3 ผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค Cobb (1976) และ Langford (1997) ได้รายงานผลการศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพร่างกายประจำการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

2. ผลต่อสุขภาพจิต ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพจิต มีลักษณะเช่นเดียวกับสุขภาพกาย คือ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคล ช่วยลดความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียดและช่วยลดความเครียด ซึ่งจะมีผลต่อการเพิ่มความต้านทานโรคของบุคคล โดย Kaplan et al. (1977) ได้ทำการศึกษาในผู้ชายว่างงาน จำนวน 110 คน พบว่า ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง มีปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจน้อยกว่าผู้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ และ Caplan (1974) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางอารมณ์ เป็นสิ่งที่ช่วยลดผลของความเครียดที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจในผู้ที่ทำงาน ซึ่งพบว่ามีความเครียดมาก และยังพบอีกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

Pender (1996) กล่าวถึงประโยชน์ของแรงสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

1. ช่วยส่งเสริมการเจริญเติบโตและการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย พัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อเป็นการเพิ่มคุณค่าของตนเอง ทำให้มีอารมณ์มั่นคง และมีความผาสุกในชีวิต

2. ช่วยลดความเครียดของเหตุการณ์เกิดขึ้นในชีวิต เป็นการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ

3. มีการป้อนกลับ ยืนยัน รับรอง หรือการทำให้เกิดความมั่นใจและคาดการณ์การกระทำของบุคคลนั้นว่าเป็นที่ต้องการของสังคม

4. เป็นกันชน หรือเบาะรองรับเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตในชีวิต โดยมีอิทธิพลต่อการแปลเหตุการณ์ และการตอบสนองทางอารมณ์ ของบุคคลทำให้บุคคลมีการปรับตัวได้ดี จึงช่วยลดการเจ็บป่วย ซึ่งจะเป็นการป้องกันโรค

Cobb (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมป้องกันไม่ให้บุคคลเกิดโรค โดยเป็นตัวดูดซับความเครียดบุคคลที่มีความเครียดและมีการสนับสนุนทางสังคมจะมีสุขภาพดีกว่าบุคคลที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม

จากแนวคิดของแรงสนับสนุนทางสังคมจะเห็นได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญอย่างมากต่อการดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ช่วยบรรเทาหรือลดความเครียดที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมและสังคม โดยเปรียบเสมือนปัจจัยที่เป็นแหล่งประโยชน์ช่วยส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม

6. องค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม

Kahn (1979) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. ความผูกพันธ์ทางด้านอารมณ์และความคิด (Affection) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่งที่มีต่อบุคคลหนึ่ง ซึ่งจะแสดงออกในลักษณะของความผูกพัน การยอมรับ การเคารพ หรือด้วยความรัก

2. การยืนยันและรับรองพฤติกรรมของกันและกัน (Affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับปัญหาในความถูกต้องเหมาะสม ทั้งในการกระทำและความคิดของบุคคล

3. การให้ความช่วยเหลือ (Aid) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่น โดยการให้สิ่งของหรือช่วยเหลือโดยตรง การช่วยเหลือเหล่านั้น อาจเป็นเงินทอง ข้อมูล ข่าวสาร หรือเวลา

Israel (1985) แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย การกระตุ้นเตือน เป็นต้น

2. การสนับสนุนในการให้การประเมินผล (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feed back) การเห็นพ้องในการรับรอง (Affirmation) รวมถึงการสนับสนุน อาจเป็นการช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) ตักเตือน ให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสาร (Information) เป็นต้น

4. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

Cobb (1976) กล่าวถึง ลักษณะการสนับสนุนทางสังคมว่าประกอบด้วยการสนับสนุน 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การให้ความรัก และ การสนับสนุนทางสังคมเอาใจใส่

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นข้อมูลที่ย้ำให้บุคคลรู้ว่าตนเป็นคนมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น

3. การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Support or Network) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Thoits (1982) ได้แบ่งลักษณะการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Aid) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง ซึ่งช่วยให้บุคคลที่ได้รับสามารถดำรงบทบาทหรือทำหน้าที่ได้ตามปกติ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Aid) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งคำแนะนำและการป้อนกลับ

3. การสนับสนุนด้านอารมณ์ และสังคม (Socioemotional Aid) หมายถึง การได้รับความรัก การสนับสนุนทางสังคมเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Pender (1996) แบ่งลักษณะการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือสนับสนุน และการมีส่วนร่วมซึ่งอาจเป็นการช่วยในสภาวะซึมเศร้า

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้เกิดความเข้าใจว่า ควรทำอย่างไรจึงจะมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อตนเอง

3. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือในเรื่องงาน เช่น ช่วยเตรียมอาหาร หรือช่วยดูแลบุตร เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีเวลาในการทำกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ

4. การยอมรับ (Affirmation) ช่วยให้บุคคลแต่ละคนเข้าใจภาวะและศักยภาพที่เป็นจริงของตน

Caplan (1979) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. แรงสนับสนุนทางสังคมที่เป็นรูปธรรม (Tangible Support) ซึ่งอาจจะอยู่ในรูปของการช่วยเหลือทางด้านการเงินหรือการช่วยเหลือด้านร่างกาย (Financial or Physical Assistance)

2. แรงสนับสนุนทางสังคมที่เป็นนามธรรม (Intangible Support) ซึ่งอยู่ในรูปของการให้กำลังใจ การให้ข้อมูลข่าวสาร ให้ความรักหรือความอบอุ่นทางอารมณ์

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการแสดงออกถึงการยกย่องเห็นคุณค่า การให้ความรัก ความไว้วางใจ ความห่วงใย การรับฟังปัญหา และมีความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2. การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ (Appraisal Support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตนเอง หรือข้อมูลที่นำไปใช้ประเมินตนเอง การให้ข้อมูลป้อนกลับ และการเปรียบเทียบกับสังคม

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) เป็นการให้คำแนะนำ ให้ข้อเสนอแนะ ชี้แนวทาง และการให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญ

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การให้เงิน แรงงาน เวลา การช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการ

Schaefer et al. (1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง ความผูกพัน ความอบอุ่นใจและความรู้สึกเชื่อมั่นและไว้วางใจ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) เป็นการให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา หรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือในสิ่งของเงินทอง หรือบริการ เป็นต้น

จุฬาภรณ์ โสตะ (2554) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภท คือ

1. Emotional Support คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย

2. Appraisal Support คือ การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติหรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดีที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เป็นต้น

3. Information Support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารแบบต่าง ๆ

4. Instrumental Support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

Cohen (2004) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้แรงสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ

1. แรงสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย

2. แรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติหรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดีที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

3. การให้แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่าง ๆ

4. การให้แรงสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เช่น แรงงานเงิน เวลา เป็นต้น

สุปรียา ตันสกุล (2548) ได้แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 6 ชนิด คือ

1. ความผูกพันและรักใคร่สนิทสนมเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากความใกล้ชิด ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่รัก และได้รับความเอาใจใส่ดูแลเกิดความรู้สึกมั่นคงทาง จิตใจ ซึ่งมักจะได้รับจากบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส ญาติพี่น้อง สมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะรู้สึกเดียวดาย

2. การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีโอกาสเข้าร่วมในกิจกรรมของสังคม ทำให้มีการแบ่งปันแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ทั้งในด้านความคิด กำลังทรัพย์ และกำลังบุคคลตามโอกาสอันสมควร รวมทั้งทำให้เกิดความห่วงใยซึ่งกันและกัน ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าถูกแยกออกจากสังคม รู้สึกโดดเดี่ยว ขาดเพื่อน ขาดที่ปรึกษา เป็นผลทำให้บุคคลขาดกำลังใจ สิ้นหวังและรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการมีชีวิตอยู่

3. การได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้อื่น หมายถึง การที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูหรือช่วยเหลือบุคคลอื่น แล้วทำให้ตัวเองเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และผู้อื่นพึ่งพาได้ ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้ จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกคับข้องใจ และรู้สึกชีวิตนี้ไร้ค่า

4. การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าแห่งตน หมายถึง การที่บุคคลได้รับการยอมรับยกย่อง และชื่นชมจากสถาบันครอบครัวหรือเพื่อนที่บุคคลนั้นสามารถแสดงบทบาททางสังคมซึ่งอาจจะเป็นบทบาทในครอบครัว หรือในอาชีพ ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้ความเชื่อมั่นหรือความรู้สึกในคุณค่าของตนเองลดลง

5. ความเชื่อมั่นในความเป็นมิตรที่ดี แรงสนับสนุนนี้เป็นความช่วยเหลือห่วงใยซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลขาดความมั่นคง และถูกทอดทิ้ง

6. การได้รับการชี้แนะ หมายถึง การได้รับความจริงใจในการช่วยเหลือทางอารมณ์ และชี้แนะข้อมูลข่าวสารจากบุคคลที่ศรัทธาเชื่อมั่นเมื่อเกิดความเครียดหรือภาวะวิกฤตเพื่อผ่อนคลายภาวะตึงเครียดที่กำลังประสบอยู่ ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง

กล่าวโดยสรุป จากองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคมจะเห็นได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมสุขภาวะทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของบุคคล โดยมีองค์ประกอบสำคัญที่ปรากฏสอดคล้องกัน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การให้ความรัก ความห่วงใย และการยอมรับ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ คำปรึกษา และข้อมูลที่เป็นประโยชน์ การสนับสนุนด้านทรัพยากรหรือสิ่งของ เช่น เงิน เวลา แรงงาน

หรือบริการต่าง ๆ ตลอดจนการสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่าและการยอมรับจากสังคม ซึ่งช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและความภาคภูมิใจในตนเอง นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมในเครือข่ายสังคมยังช่วยให้บุคคลรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ไม่โดดเดี่ยว และสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ

1. ความหมายของรูปแบบ

รูปแบบ (Model) เป็นแนวคิดสำคัญที่ถูกนำมาใช้ในศาสตร์หลากหลายสาขา ทั้งด้านการบริหาร การศึกษา สาธารณสุข สังคมศาสตร์ และการพัฒนาชุมชน โดยทั่วไปหมายถึง โครงสร้าง แนวทาง กรอบแนวคิด หรือแบบจำลองที่สร้างขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้อธิบายความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่าง ๆ ภายในปรากฏการณ์หนึ่ง ๆ และใช้เป็นเครื่องมือในการทำความเข้าใจ ทำนาย วางแผน หรือกำหนดแนวทางการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

รูปแบบอาจอยู่ในลักษณะของแผนภาพเชิงแนวคิด (Conceptual Model) แผนผังกระบวนการ (Process Model) แบบจำลองเชิงระบบ (System Model) หรือชุดขั้นตอนการดำเนินงาน (Operational Model) ซึ่งได้รับการพัฒนาจากการสังเคราะห์องค์ความรู้ทางทฤษฎี ข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย และบริบทเฉพาะของพื้นที่หรือกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้ จุดมุ่งหมายสำคัญของรูปแบบ คือ การลดความซับซ้อนของปัญหาหรือสถานการณ์จริง ทำให้ผู้ใช้สามารถเข้าใจองค์ประกอบ ความสัมพันธ์เชิงเหตุผล และแนวทางการดำเนินงานได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น

Good (1973) อธิบายว่า รูปแบบเป็นสิ่งที่ช่วยแสดงโครงสร้างของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหรือองค์ประกอบต่าง ๆ เพื่อให้สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนได้อย่างเป็นระบบและเข้าใจง่ายขึ้น ขณะที่ Keeves (1997) ให้ความเห็นว่า รูปแบบเป็นเครื่องมือสำคัญของการพัฒนาองค์ความรู้ เนื่องจากสามารถใช้เชื่อมโยงทฤษฎีกับการปฏิบัติ ทำให้เกิดแนวทางที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ นักวิชาการด้านการบริหารและการพัฒนาองค์การยังมองว่า รูปแบบเป็นเสมือนภาพย่อส่วนของความเป็นจริงที่ช่วยให้ผู้บริหารหรือผู้วิจัยมองเห็นองค์รวมของระบบ สามารถกำหนดกลยุทธ์ วางแผนการดำเนินงาน และประเมินผลได้อย่างเป็นขั้นตอน โดยเฉพาะในงานพัฒนาสังคมและสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน รูปแบบจึงเป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงหน่วยงาน บุคลากร ทรัพยากร และกระบวนการทำงานให้เกิดเอกภาพ ในบริบทของการวิจัยทางสังคมศาสตร์และสาธารณสุข รูปแบบมิได้หมายถึงเพียงแบบจำลองเชิงทฤษฎีเท่านั้น แต่ยังรวมถึงแนวทางปฏิบัติที่ผ่านการออกแบบ ทดลองใช้ ปรับปรุง และตรวจสอบความเหมาะสมแล้ว จนสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาหรือยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนได้จริง เช่น รูปแบบการดูแล

ผู้สูงอายุในชุมชน รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก หรือรูปแบบการจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่

กล่าวอีกนัยหนึ่ง รูปแบบที่ดีและมีประสิทธิภาพในการนำไปใช้เพื่อการพัฒนาชุมชนหรือการแก้ไขปัญหาสังคมควรมีลักษณะสำคัญหลายประการ โดยจากการสังเคราะห์แนวคิดของ Good (1973), Keeves (1997), Joyce & Weil (2000) รวมถึงแนวทางการประเมินรูปแบบของ Joint Committee on Standards for Educational Evaluation: JCSEE (McNall, 2018) พบว่า รูปแบบที่มีคุณภาพควรมีลักษณะสำคัญ 4 ประการ ได้แก่

1. มีความเป็นระบบ (Systematic Structure) รูปแบบที่ดีควรมีโครงสร้างที่ชัดเจน ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างมีเหตุผล ตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการดำเนินงาน (Process) ผลผลิต (Output) และผลลัพธ์ (Outcome) เพื่อให้สามารถอธิบายได้ว่าแต่ละองค์ประกอบมีบทบาทอย่างไร และส่งผลต่อกันอย่างไร การมีความเป็นระบบจะช่วยให้ผู้ใช้รูปแบบมองเห็นภาพรวมของการดำเนินงาน ลดความสับสน และสามารถนำไปใช้ได้อย่างถูกต้อง ซึ่ง Good (1973) อธิบายว่า รูปแบบเป็นเครื่องมือที่ช่วยแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ ขณะที่ Keeves (1997) เห็นว่า รูปแบบที่ดีต้องสามารถอธิบายโครงสร้างของปรากฏการณ์ได้อย่างชัดเจนและตรวจสอบได้

2. มีความสอดคล้องกับบริบท (Contextual Relevance) รูปแบบที่ดีควรได้รับการออกแบบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ กลุ่มเป้าหมาย วัฒนธรรม ทรัพยากร และปัญหาที่แท้จริงของชุมชนนั้น ๆ เนื่องจากรูปแบบที่ประสบผลสำเร็จในพื้นที่หนึ่ง อาจไม่เหมาะสมกับอีกพื้นที่หนึ่งหากมีความแตกต่างด้านโครงสร้างประชากร เศรษฐกิจ หรือทุนทางสังคม โดย Joyce & Weil (2000) ชี้ว่า การพัฒนารูปแบบจะมีประสิทธิผลเมื่อคำนึงถึงสภาพแวดล้อมและผู้ใช้เป็นสำคัญ ขณะที่ World Health Organization (2007) เสนอว่า การพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (Age-friendly Communities) ชุมชนที่เอื้อต่อผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีระบบขนส่ง บริการสุขภาพ การมีส่วนร่วม และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมโดยยึดบริบทท้องถิ่นเป็นฐาน

3. สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง (Practical Applicability) รูปแบบที่ดีไม่ควรเป็นเพียงกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี แต่ต้องสามารถนำไปใช้ได้จริง มีขั้นตอนดำเนินงานที่ชัดเจน ระบุบทบาทของหน่วยงานหรือผู้รับผิดชอบอย่างเหมาะสม และสามารถดำเนินการภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่จริง โดย Keeves (1997) ระบุว่า รูปแบบที่มีคุณค่า คือ รูปแบบที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาได้จริง ไม่ใช่เพียงใช้เพื่อการอธิบายเท่านั้น ขณะที่ Joint Committee on Standards for Educational Evaluation ให้ความสำคัญกับมิติ Feasibility หรือความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน โดยต้องมีขั้นตอนที่ชัดเจนและเกิดผลได้จริง (McNall, 2018)

4. สามารถประเมินและพัฒนาได้ต่อเนื่อง (Evaluative and Adaptive Capacity) รูปแบบที่ดีควรสามารถติดตาม ประเมินผล และปรับปรุงได้อย่างต่อเนื่องตามการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ เช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ภาวะเศรษฐกิจ เทคโนโลยี หรือความต้องการใหม่ของประชาชน ทั้งนี้เพื่อให้รูปแบบยังคงมีประสิทธิภาพและทันสมัยอยู่เสมอ ซึ่ง Joint Committee on Standards for Educational Evaluation เสนอว่า รูปแบบหรือโครงการที่มีคุณภาพควรมีความถูกต้อง ความเหมาะสม และสามารถใช้ข้อมูลประเมินผลเพื่อพัฒนาต่อได้ ขณะที่แนวคิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Continuous Improvement) เน้นการใช้ผลสะท้อนกลับเพื่อยกระดับคุณภาพงานอย่างสม่ำเสมอ และมีความยืดหยุ่นต่อการปรับปรุงตามสถานการณ์ (McNall, 2018)

กล่าวโดยสรุป รูปแบบที่มีคุณภาพจำเป็นต้องมีทั้งความเป็นระบบ ความสอดคล้องกับบริบท ความสามารถในการนำไปใช้จริง และความสามารถในการประเมินปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง คุณลักษณะทั้ง 4 ประการนี้ เป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้รูปแบบสามารถตอบสนองต่อปัญหาจริงและสร้างผลลัพธ์ที่ยั่งยืน โดยเฉพาะงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระดับชุมชน ซึ่งต้องอาศัยความยืดหยุ่นและการบูรณาการหลายภาคส่วนร่วมกัน ทั้งองค์ความรู้ ทฤษฎี และข้อเท็จจริงจากบริบทจริง เพื่อใช้พัฒนาหรือแก้ไขปัญหาในชุมชนอย่างมีประสิทธิผล และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ ขยายผล หรือพัฒนาต่อยอดได้ในอนาคต

2. ความสำคัญของการพัฒนารูปแบบ

การพัฒนารูปแบบ (Model Development) มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการวิจัย การบริหารจัดการองค์กร และการพัฒนาชุมชน เนื่องจากเป็นกระบวนการที่นำองค์ความรู้จากทฤษฎี แนวคิด งานวิจัยที่ผ่านมา และข้อมูลเชิงประจักษ์จากพื้นที่จริงมาสังเคราะห์อย่างเป็นระบบ เพื่อสร้างแนวทางหรือกลไกใหม่ที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างเหมาะสม รูปแบบจึงมิใช่เพียงเครื่องมือทางวิชาการเท่านั้น แต่เป็นเครื่องมือเชิงปฏิบัติที่ช่วยให้การดำเนินงานมีทิศทาง ชัดเจน และเกิดผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่ง Keeves (1997) อธิบายว่า การพัฒนารูปแบบเป็นกระบวนการสำคัญในการเปลี่ยนองค์ความรู้เชิงทฤษฎีให้เป็นกรอบปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้จริง ขณะที่ Joyce & Weil (2000) เห็นว่า รูปแบบช่วยทำให้การดำเนินงานที่ซับซ้อนกลายเป็นระบบที่เข้าใจง่าย สามารถกำหนดขั้นตอน บทบาท และผลลัพธ์ได้อย่างชัดเจน

ในบริบทของการพัฒนาชุมชน โดยเฉพาะงานด้านผู้สูงอายุ การพัฒนารูปแบบมีความสำคัญมากยิ่งขึ้น เนื่องจากปัญหาผู้สูงอายุเป็นประเด็นเชิงซ้อน (Complex Issues) ที่เกี่ยวข้องกับหลายมิติพร้อมกัน ได้แก่ สุขภาพกาย สุขภาพจิต ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ การเข้าถึงบริการ การพึ่งพิงดูแล ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ดังนั้น การใช้แนวทางทำงานแบบแยกส่วนอาจไม่เพียงพอ จำเป็นต้องมีรูปแบบที่บูรณาการหลายภาคส่วนเข้าด้วยกัน เช่น หน่วยงาน

สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบครัว ชุมชน และภาคประชาสังคม World Health Organization (2002) ได้เสนอกรอบแนวคิด Active Ageing ว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต้องอาศัยการบูรณาการด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคง ขณะที่ World Health Organization (2007) ระบุว่า ชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีระบบบริหารจัดการและบริการที่ออกแบบอย่างเหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบ เป็นกลไกสำคัญในการรองรับสังคมสูงวัยอย่างยั่งยืน

นอกจากนี้ การพัฒนารูปแบบยังช่วยให้นักวิจัยสามารถเชื่อมโยงข้อค้นพบจากภาคสนามเข้าสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติได้อย่างชัดเจน กล่าวคือ จากข้อมูลที่กระจัดกระจายสามารถนำมาสังเคราะห์เป็นโครงสร้างที่นำไปใช้ได้จริง ทำให้ผลงานวิจัยมีคุณค่าทั้งทางวิชาการและเชิงประยุกต์ โดยประโยชน์ของการพัฒนารูปแบบ มีดังนี้

1. ทำให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นระบบ การพัฒนารูปแบบช่วยกำหนดขั้นตอน วิธีดำเนินงาน บทบาทหน้าที่ และเป้าหมายไว้อย่างชัดเจน ส่งผลให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายเข้าใจทิศทางเดียวกัน ลดความคลุมเครือในการทำงาน และสามารถดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะงานที่มีหลายหน่วยงานเกี่ยวข้อง ตัวอย่างเช่น รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนสามารถระบุได้ว่า หน่วยงานใดรับผิดชอบการคัดกรองสุขภาพ ใครดูแลด้านสวัสดิการ และใครติดตามเยี่ยมบ้าน

2. สามารถนำไปทดลองใช้และประเมินผลได้ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบสามารถนำไปทดลองใช้ (Pilot Implementation) ในพื้นที่จริง และประเมินผลลัพธ์ได้ เช่น ระดับคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจ การเข้าถึงบริการ หรือประสิทธิผลของกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่ง Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (McNall, 2018) เสนอว่า รูปแบบที่ดีควรสามารถประเมินได้ทั้งด้านความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ใช้สอย ซึ่งเป็นหลักสำคัญของงานวิจัยเชิงพัฒนา

3. ช่วยลดความซ้ำซ้อนในการดำเนินงาน ในหลายพื้นที่มักพบปัญหาการทำงานซ้ำซ้อนของหน่วยงาน เช่น หน่วยงานหลายแห่งเก็บข้อมูลผู้สูงอายุชุดเดียวกัน หรือจัดกิจกรรมที่มีเป้าหมายใกล้เคียงกันโดยไม่ประสานงาน การพัฒนารูปแบบจะช่วยจัดระบบบทบาทหน้าที่ กระบวนการทำงานและการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ทำให้ลดความซ้ำซ้อน ประหยัดงบประมาณ และเพิ่มประสิทธิภาพสำหรับชุมชนท้องถิ่น การมีรูปแบบที่ชัดเจนยังช่วยให้หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายชุมชนสามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีเอกภาพ

4. สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ การพัฒนารูปแบบที่เริ่มจากการศึกษาปัญหา ความต้องการ และทรัพยากรของพื้นที่ จะทำให้แนวทางที่ได้มีความเหมาะสมกับบริบทจริง ไม่ใช่การนำรูปแบบจากภายนอกมาใช้โดยตรง ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรม วิถีชีวิต หรือศักยภาพของชุมชน World Health Organization (2007) เน้นว่าการพัฒนาชุมชนรองรับผู้สูงอายุต้องอาศัยบริบท

ท้องถิ่นเป็นฐาน (Local Context-based Development) ในกรณีตำบลคลองน้ำไหล การมีทุนทางสังคม เครือข่าย อสม. และบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ถือเป็นศักยภาพสำคัญที่สามารถนำมาพัฒนาเป็นรูปแบบเฉพาะพื้นที่ได้

5. สามารถขยายผลสู่ชุมชนอื่นได้ เมื่อรูปแบบได้รับการพัฒนา ทดลองใช้ และประเมินผลจนมีประสิทธิผลแล้ว สามารถนำองค์ประกอบหลักไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้ ซึ่งช่วยให้เกิดการขยายผลเชิงนโยบายและสร้างผลกระทบในวงกว้าง ตัวอย่างเช่น หากรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมของตำบลคลองน้ำไหลประสบความสำเร็จ ก็อาจนำไปประยุกต์ใช้กับตำบลอื่นในจังหวัดกำแพงเพชร หรือพื้นที่ชนบทที่มีโครงสร้างประชากรคล้ายคลึงกัน

กล่าวโดยสรุป การพัฒนารูปแบบเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยเปลี่ยนองค์ความรู้และข้อมูลจริงให้กลายเป็นแนวทางปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ มีความชัดเจน สามารถทดลองใช้ ประเมินผล ลดความซ้ำซ้อน สอดคล้องกับบริบท และขยายผลได้ในอนาคต โดยเฉพาะงานด้านผู้สูงอายุซึ่งมีความซับซ้อนหลายมิติ การมีรูปแบบที่เหมาะสมจะช่วยให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

3. องค์ประกอบของการพัฒนารูปแบบ

การพัฒนารูปแบบให้มีประสิทธิภาพและสามารถนำไปใช้ได้จริง จำเป็นต้องมีองค์ประกอบที่ชัดเจน ครบถ้วน และมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ เนื่องจากรูปแบบมิใช่เพียงแนวคิดเชิงนามธรรม แต่เป็นโครงสร้างที่ใช้กำหนดทิศทางการดำเนินงาน แก้ไขปัญหา และสร้างผลลัพธ์เชิงประจักษ์ในสถานการณ์จริง ดังนั้น หากองค์ประกอบของรูปแบบไม่ครบถ้วนหรือขาดความเชื่อมโยง อาจส่งผลให้การนำไปใช้ไม่เกิดประสิทธิผล หรือไม่สามารถประเมินผลได้อย่างชัดเจน

Joyce & Weil (2000) เสนอว่า รูปแบบที่มีประสิทธิภาพควรมีองค์ประกอบสำคัญหลายด้านที่สะท้อนทั้งเหตุผล เป้าหมาย กระบวนการ และผลลัพธ์ ขณะที่แนวคิดเชิงระบบของ Von Bertalanffy (1972) อธิบายว่า ทุกระบบที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต และข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้กับการพัฒนารูปแบบทางสังคมและสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ World Health Organization (2007) ยังชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาระบบหรือรูปแบบที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุจำเป็นต้องคำนึงถึงการบูรณาการหลายภาคส่วน การมีส่วนร่วมของชุมชน และผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตอย่างรอบด้าน

จากแนวคิดดังกล่าว สามารถสรุปองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนารูปแบบได้ ดังนี้

1. หลักการและเหตุผล (Principles and Rationale) เป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของการพัฒนารูปแบบ เพราะเป็นส่วนที่อธิบายว่าเหตุใดจึงต้องมีรูปแบบนี้ และรูปแบบนี้พัฒนาขึ้นเพื่อแก้ปัญหาอะไร โดยต้องแสดงให้เห็นสภาพปัญหา ช่องว่างของระบบเดิม ความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนแนวคิดหรือทฤษฎีที่ใช้เป็นฐานในการออกแบบรูปแบบ ดังนั้น การกำหนด

หลักการและเหตุผลที่ชัดเจนจะช่วยให้รูปแบบมีความน่าเชื่อถือ และทำให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจที่มาและความสำคัญของการดำเนินงานร่วมกัน ตัวอย่างในงานผู้สูงอายุ เช่น การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงวัย ภาวะพึ่งพิงที่สูงขึ้น ครอบครัวเดี่ยวที่ดูแลผู้สูงอายุได้น้อยลง และข้อจำกัดของระบบบริการในชุมชน จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อรองรับสถานการณ์ดังกล่าว เป็นต้น

2. วัตถุประสงค์ (Objectives) เป็นการกำหนดเป้าหมายของรูปแบบว่าต้องการให้เกิดผลอะไร ทั้งในระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว โดยควรมีความชัดเจน วัดผลได้ และสอดคล้องกับปัญหาที่ต้องการแก้ไข ซึ่ง Joyce & Weil (2000) เห็นว่า รูปแบบที่ดีต้องมีเป้าหมายชัดเจน เพื่อใช้กำหนดกิจกรรมและการประเมินผลในภายหลัง ตัวอย่างวัตถุประสงค์ในการพัฒนารูปแบบด้านผู้สูงอายุ เช่น เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทุกมิติ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพและสวัสดิการ เพื่อเสริมสร้างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน เพื่อพัฒนาระบบดูแลระยะยาวในชุมชนอย่างยั่งยืน เป็นต้น

3. องค์ประกอบหลักของรูปแบบ (Core Components) หมายถึง ปัจจัย กลไก หรือโครงสร้างสำคัญที่ทำให้รูปแบบสามารถขับเคลื่อนได้จริง เป็นหัวใจของระบบที่เชื่อมโยงทรัพยากร บุคลากร และกระบวนการทำงานเข้าด้วยกัน ตามแนวคิดระบบของ Von Bertalanffy (1972) เห็นว่าระบบที่ดีต้องมีองค์ประกอบย่อยที่สัมพันธ์กันมิใช่ทำงานแยกส่วน สำหรับงานวิจัยด้านผู้สูงอายุ องค์ประกอบหลัก อาจประกอบด้วย ครอบครัวและผู้ดูแล ชุมชนและเครือข่ายอาสาสมัคร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพ ระบบข้อมูลผู้สูงอายุ งบประมาณและกองทุนสุขภาพ และกลไกคุ้มครองทางสังคม

4. กระบวนการดำเนินงาน (Operational Process) เป็นขั้นตอนหรือกิจกรรมที่ทำให้รูปแบบเกิดผลในทางปฏิบัติ เป็นการแปลงแนวคิดไปสู่การลงมือทำอย่างเป็นรูปธรรม โดยควรระบุลำดับขั้นตอน ผู้รับผิดชอบ วิธีดำเนินงาน และระยะเวลาอย่างชัดเจน ทั้งนี้ World Health Organization (2007) ชี้ว่า ระบบดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพต้องมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานและมีบริการต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งกระบวนการดำเนินงานทั่วไปอาจประกอบด้วย การสำรวจปัญหาและความต้องการ การวางแผนร่วมกับภาคีเครือข่าย การจัดกิจกรรมหรือบริการ การติดตามเยี่ยมบ้าน/ให้คำปรึกษา และการประเมินผลและปรับปรุง

5. เงื่อนไขความสำเร็จ (Success Conditions) แม้รูปแบบจะออกแบบไว้อย่างดี แต่หากขาดปัจจัยสนับสนุนที่เหมาะสม อาจไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น เงื่อนไขความสำเร็จจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้รูปแบบบรรลุผล โดย Kotter (1996) ชี้ว่า การเปลี่ยนแปลงองค์กรจะสำเร็จได้ต้องอาศัยผู้นำ วิสัยทัศน์ และการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง โดยมีปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะผู้นำของผู้บริหารท้องถิ่น การมีส่วนร่วมของ

ประชาชนและชุมชน งบประมาณที่เพียงพอ บุคลากรที่มีสมรรถนะ ความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ระบบข้อมูลที่ทันสมัย และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

6. ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected Outcomes) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังการใช้รูปแบบ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของรูปแบบ อาจแบ่งเป็นผลลัพธ์ระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว โดย World Health Organization (2002) ระบุว่า เป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาระบบผู้สูงอายุ คือ การมีสุขภาวะ การมีส่วนร่วม และความมั่นคงในชีวิต โดยตัวอย่างผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) ระยะสั้น ได้แก่ ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการมากขึ้น มีฐานข้อมูลที่ครบถ้วน และชุมชนมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น 2) ระยะกลาง ได้แก่ สุขภาพกายและจิตดีขึ้น ลดภาวะโดดเดี่ยว และครอบครัวดูแลได้ดีขึ้น และ 3) ระยะยาว ได้แก่ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างยั่งยืน ลดภาระระบบสุขภาพ และชุมชนพร้อมรองรับสังคมสูงวัย

กล่าวโดยสรุป องค์ประกอบของการพัฒนารูปแบบเปรียบเสมือนโครงสร้างหลักของระบบ หากมีการกำหนดหลักการ วัตถุประสงค์ องค์ประกอบ กลไกดำเนินงาน ปัจจัยความสำเร็จ และผลลัพธ์ไว้อย่างชัดเจน จะทำให้รูปแบบมีความสมบูรณ์ น่าเชื่อถือ และสามารถนำไปใช้ได้จริง โดยเฉพาะในงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งต้องอาศัยการบูรณาการหลายภาคส่วนและการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

4. ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ

ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ (Model Development Process) เป็นกระบวนการเชิงวิชาการที่มุ่งสร้างแนวทางหรือระบบการดำเนินงานใหม่ให้สามารถใช้แก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทจริง โดยทั่วไปมิใช่เพียงการคิดกรอบแนวคิดขึ้นมาเท่านั้น แต่ต้องผ่านกระบวนการศึกษา วิเคราะห์ ออกแบบ ตรวจสอบ ทดลองใช้ และปรับปรุงอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้รูปแบบที่มีความน่าเชื่อถือ สามารถนำไปใช้จริงและเกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมาย นักวิชาการหลายท่านได้เสนอขั้นตอนการพัฒนารูปแบบในลักษณะใกล้เคียงกันแม้ใช้คำที่แตกต่างกัน เช่น Joyce & Weil (2000) ที่เน้นการออกแบบ ทดลองใช้ และประเมินผลรูปแบบการสอน Borg & Gall (1989) ที่เสนอแนวคิดการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) รวมทั้ง Stufflebeam (2000) ที่เน้นการประเมินแบบ CIPP เพื่อพัฒนาคุณภาพโครงการอย่างต่อเนื่อง

เมื่อสังเคราะห์แนวคิดดังกล่าว สามารถสรุปขั้นตอนการพัฒนารูปแบบโดยทั่วไปได้ 4 ระยะสำคัญ ดังนี้

1. การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ (Needs Assessment) เป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นฐานข้อมูลสำหรับการออกแบบรูปแบบ หากวิเคราะห์ปัญหาไม่ตรงจุด รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอาจไม่สามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มเป้าหมายได้ ขั้นตอนนี้มุ่งรวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่ง ได้แก่ 1) เอกสารวิชาการ ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2) ข้อมูลสถิติประชากร เศรษฐกิจ สุขภาพ และสังคม 3) ข้อมูลภาคสนามจากการสัมภาษณ์ สนทนากลุ่ม หรือแบบสอบถาม และ 4) ข้อคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น ผู้บริหาร ผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงาน และประชาชน Witkin & Altschuld (1995) อธิบายว่า การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ เป็นกระบวนการระบุช่องว่างระหว่างสภาพที่เป็นอยู่กับสภาพที่พึงประสงค์ เพื่อนำไปสู่การวางแผนแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ สำหรับการประเมินสภาพปัญหาและความต้องการในงานด้านผู้สูงอายุควรครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ การดูแลระยะยาว รายได้ ความมั่นคง ความโดดเดี่ยวทางสังคม การเข้าถึงบริการ และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

2. การออกแบบรูปแบบเบื้องต้น (Preliminary Model Design) เมื่อได้ข้อมูลจากการศึกษาปัญหาและความต้องการแล้ว ขั้นตอนต่อมาคือการนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อออกแบบรูปแบบฉบับร่าง (Draft Model) ขั้นตอนนี้ถือเป็นหัวใจของการพัฒนา เพราะเป็นช่วงที่ผู้วิจัยต้องแปลงข้อมูลจำนวนมากให้กลายเป็นระบบที่ชัดเจน ประกอบด้วยองค์ประกอบ กลไก ขั้นตอนดำเนินงาน และผลลัพธ์ที่ต้องการ โดย Borg & Gall (1989) ชี้ว่า การพัฒนานวัตกรรมหรือรูปแบบที่ดีต้องเริ่มจากต้นแบบเบื้องต้น แล้วค่อยนำไปตรวจสอบและปรับปรุงเป็นลำดับ โดยสิ่งที่ควรกำหนดในรูปแบบเบื้องต้น ได้แก่ หลักการและเหตุผลของรูปแบบ วัตถุประสงค์ องค์ประกอบหลักของระบบ ขั้นตอนการดำเนินงาน บทบาทหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และตัวชี้วัดความสำเร็จ

3. การตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบ (Model Validation) หลังจากได้รูปแบบฉบับร่างแล้ว จำเป็นต้องตรวจสอบคุณภาพก่อนนำไปใช้จริง เพื่อให้มั่นใจว่ารูปแบบมีความเหมาะสม มีความเป็นไปได้ และสามารถก่อให้เกิดประโยชน์ในทางปฏิบัติ โดยวิธีการตรวจสอบที่นิยมใช้ในการตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบ ได้แก่ การประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Expert Review)การประชุมกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง (Stakeholder Consultation) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (McNall, 2018) เสนอว่า การประเมินรูปแบบควรพิจารณาอย่างน้อย 4 ด้าน ได้แก่ มีประโยชน์ใช้สอยได้จริง (Utility) สามารถดำเนินการได้จริง (Feasibility) มีความเหมาะสมและถูกต้องตามหลักจริยธรรม (Propriety) และมีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ (Accuracy) ทั้งนี้ การพัฒนารูปแบบในงานด้านผู้สูงอายุ อาจเชิญผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุข ผู้บริหารท้องถิ่น นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชน ร่วมพิจารณารูปแบบเพื่อให้ข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้

4. การทดลองใช้และปรับปรุง (Implementation and Revision) เป็นขั้นตอนสุดท้าย คือ การนำรูปแบบไปใช้จริงในพื้นที่เป้าหมาย เพื่อทดสอบว่ารูปแบบสามารถดำเนินการได้จริงหรือไม่ และก่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวังหรือไม่ โดยขั้นตอนการทดลองใช้และปรับปรุง ประกอบด้วย การ

เตรียมบุคลากรและทรัพยากร การชี้แจงบทบาทผู้เกี่ยวข้อง การดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบ การติดตามผลระหว่างดำเนินงาน การประเมินผลหลังดำเนินการ และการสรุปบทเรียนและปรับปรุงรูปแบบ ซึ่ง Stufflebeam (2000) เสนอว่า การประเมินควรดำเนินควบคู่กับการปฏิบัติ โดยใช้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่รอประเมินเมื่อสิ้นสุดโครงการเท่านั้น และเมื่อได้ผลการประเมินแล้ว ผู้วิจัยสามารถปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับสถานการณ์จริงมากยิ่งขึ้น เช่น ปรับกิจกรรมให้ตรงความต้องการ เพิ่มกลไกประสานงาน หรือพัฒนาระบบข้อมูลให้ทันสมัยขึ้น

กล่าวโดยสรุป การพัฒนารูปแบบเป็นกระบวนการเชิงระบบที่ต้องดำเนินอย่างเป็นขั้นตอน เริ่มจากการศึกษาปัญหาและความต้องการ การออกแบบรูปแบบเบื้องต้น การตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบ และการทดลองใช้พร้อมปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง หากดำเนินการครบทุกระยะ จะทำให้ได้รูปแบบที่มีความน่าเชื่อถือ เหมาะสมกับบริบท และสามารถสร้างผลลัพธ์ได้จริง โดยเฉพาะการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระดับชุมชน ที่จำเป็นต้องเริ่มจากการเข้าใจปัญหาจริง ออกแบบระบบที่เหมาะสม ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ และทดลองใช้ในพื้นที่จริงก่อนขยายผล

5. หลักการพัฒนารูปแบบด้านผู้สูงอายุ

การพัฒนารูปแบบเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นภารกิจสำคัญของทุกประเทศในยุคสังคมสูงวัย เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุส่งผลต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว และการจัดบริการสาธารณะอย่างกว้างขวาง ดังนั้น การพัฒนารูปแบบด้านผู้สูงอายุจึงไม่อาจใช้แนวทางเชิงเดี่ยวหรือมุ่งเพียงการรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่จำเป็นต้องออกแบบระบบที่ครอบคลุมหลายมิติ ทั้งด้านสุขภาพ ความมั่นคง การมีส่วนร่วมทางสังคม สิ่งแวดล้อม และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ World Health Organization (2002) ได้เสนอแนวคิด Active Ageing โดยเน้นการเพิ่มโอกาสด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคง เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ต่อมา World Health Organization (2007) ได้พัฒนาแนวคิด Age-friendly Community ซึ่งชี้ว่าชุมชนควรออกแบบระบบบริการ สิ่งแวดล้อม และโครงสร้างสังคมให้เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุอย่างปลอดภัยและมีศักดิ์ศรี

จากการสังเคราะห์แนวคิด เอกสารงานวิจัย และบริบทของการพัฒนาด้านผู้สูงอายุ สามารถสรุปหลักการสำคัญของการพัฒนารูปแบบด้านผู้สูงอายุได้ ดังนี้

1. ยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง (Elderly-Centered Approach) เป็นหลักการสำคัญประการแรก คือ การมองผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา มิใช่เป็นเพียงผู้รับบริการหรือผู้พึ่งพิง แนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับศักดิ์ศรี สิทธิ ความต้องการ ความสามารถ และความแตกต่างเฉพาะบุคคลของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุแต่ละคนมีความหลากหลายทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ ครอบครัว วัฒนธรรม และประสบการณ์ชีวิต ดังนั้น การออกแบบรูปแบบบริการหรือกิจกรรมจำเป็นต้องตอบสนองต่อความต้องการเป็นรายบุคคลที่อาจไม่ใช้แนวทางเดียวกันทุกคน

World Health Organization (2015) ในกรอบ World Report on Ageing and Health เน้นว่า ระบบดูแลผู้สูงอายุควรมุ่งรักษา Functional Ability หรือความสามารถในการใช้ชีวิตตามที่บุคคลให้คุณค่ามากกว่ามองเพียงโรคหรือข้อจำกัดทางร่างกาย โดยการยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาควรประกอบด้วยแนวทาง ดังนี้ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนตัดสินใจเรื่องตนเอง ออกแบบบริการตามระดับพึ่งพิงและศักยภาพ เคารพศักดิ์ศรีและสิทธิผู้สูงอายุ และส่งเสริมบทบาทผู้สูงอายุในฐานะผู้ให้ ที่ไม่ใช่ฐานะผู้รับเท่านั้น

2. การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) การพัฒนารูปแบบด้านผู้สูงอายุจะยั่งยืนได้ ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชน ครอบครัว อาสาสมัคร ผู้นำชุมชน และองค์กรในพื้นที่ เพราะผู้สูงอายุใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนโดยไม่ได้อยู่ในสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียว โดย Arnstein (1969) เสนอแนวคิดบันไดการมีส่วนร่วม (Ladder of Citizen Participation) ว่าการพัฒนาที่แท้จริงต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และร่วมติดตามประเมินผล

ในบริบทผู้สูงอายุนั้น การมีส่วนร่วมของชุมชนก่อให้เกิดประโยชน์หลายด้าน กล่าวคือ ช่วยค้นหาผู้สูงอายุเปราะบางได้รวดเร็ว เกิดเครือข่ายดูแลใกล้บ้าน การลดความโดดเดี่ยวทางสังคม การช่วยออกแบบกิจกรรมให้ตรงกับวัฒนธรรมท้องถิ่น และการสร้างความเป็นเจ้าของร่วมของชุมชน ซึ่งตัวอย่างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบผู้สูงอายุ เช่น การใช้เครือข่าย อสม. ชมรมผู้สูงอายุ วัด หรือกลุ่มจิตอาสา ร่วมจัดกิจกรรมเยี่ยมบ้าน ฟื้นฟูสุขภาพ หรือดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง

3. การบูรณาการหลายภาคส่วน (Intersectoral Integration) ปัญหาผู้สูงอายุเป็นประเด็นหลายมิติ จึงไม่สามารถให้หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งรับผิดชอบได้ทั้งหมด จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน เช่น หน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบครัว วัด โรงเรียน ภาคธุรกิจ และภาคประชาสังคม ทั้งนี้ World Health Organization (2007) ระบุว่า ชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุต้องอาศัยความร่วมมือข้ามภาคส่วนในการจัดบริการขนส่ง ที่อยู่อาศัย สุขภาพ การมีส่วนร่วมทางสังคม และความปลอดภัย ซึ่งการบูรณาการหลายภาคส่วนช่วยให้เกิดผล ดังนี้ ลดการทำงานซ้ำซ้อนของหน่วยงาน ใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างคุ้มค่า ดูแลผู้สูงอายุได้ครบทุกมิติ เชื่อมโยงบริการจากบ้านสู่ชุมชนและโรงพยาบาล และเพิ่มประสิทธิภาพการจัดสวัสดิการและงบประมาณ

4. การนำใช้ทุนทางสังคมในชุมชน (Utilization of Social Capital) ทุนทางสังคม (Social Capital) หมายถึง ความสัมพันธ์ ความไว้วางใจ เครือข่าย ความร่วมมือ และบรรทัดฐานทางสังคมที่เอื้อต่อการช่วยเหลือกันภายในชุมชน โดย Putnam (2000) อธิบายว่า ชุมชนที่มีทุนทางสังคมสูงจะสามารถร่วมมือกันแก้ปัญหาและสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีได้มากกว่าชุมชนที่ต่างคนต่างอยู่ สำหรับการพัฒนารูปแบบผู้สูงอายุ ทุนทางสังคมมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะช่วยให้เกิดระบบดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal Care) ซึ่งเป็นฐานสำคัญของสังคมไทย เช่น เครือญาติช่วยดูแลกัน วัดเป็น

ศูนย์กลางกิจกรรมผู้สูงอายุ อสม. ติดตามเยี่ยมบ้าน กลุ่มอาชีพหรือชมรมเป็นพื้นที่ทางสังคม และผู้นำชุมชนช่วยประสานทรัพยากร

5. ความยั่งยืนและต่อเนื่อง (Sustainability and Continuity) รูปแบบด้านผู้สูงอายุที่ดีต้องไม่เป็นเพียงโครงการระยะสั้น แต่ต้องสามารถดำเนินต่อเนื่องได้แม้เปลี่ยนผู้บริหาร งบประมาณ หรือสถานการณ์ภายนอก เพราะการดูแลผู้สูงอายุเป็นภารกิจระยะยาวของสังคม ทั้งนี้ United Nations (2015) ระบุในกรอบการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) โดยเน้นการสร้างระบบสังคมที่ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง (Leave No One Behind) ซึ่งหมายรวมถึงผู้สูงอายุ โดยองค์ประกอบของความยั่งยืน ได้แก่ มีงบประมาณต่อเนื่อง มีบุคลากรและคนรุ่นใหม่สืบทอดงาน มีระบบข้อมูลและติดตามผล มีกลไกชุมชนเป็นเจ้าของ และมีนโยบายรองรับระยะยาว

กล่าวโดยสรุป หลักการพัฒนารูปแบบด้านผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง เปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วม บูรณาการหลายภาคส่วน ใช้ทุนทางสังคมที่มีอยู่ และคำนึงถึงความยั่งยืนระยะยาว หลักการเหล่านี้สอดคล้องกับแนวคิดสากลของ World Health Organization และเหมาะสมอย่างยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในบริบทชุมชนไทย

6. การพัฒนารูปแบบเชิงมีส่วนร่วม

การพัฒนารูปแบบเชิงมีส่วนร่วม (Participatory Model Development) เป็นแนวทางสำคัญของการวิจัยและการพัฒนาเชิงพื้นที่ โดยเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต สุขภาวะ และการจัดบริการสาธารณะ เนื่องจากปัญหาทางสังคมส่วนใหญ่มีความซับซ้อน เชื่อมโยงกับบริบทเฉพาะพื้นที่ และเกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่ม การออกแบบรูปแบบจากมุมมองของนักวิชาการหรือหน่วยงานเพียงฝ่ายเดียว อาจไม่สามารถสะท้อนปัญหาจริงหรือความต้องการแท้จริงของประชาชนได้อย่างครบถ้วน ดังนั้น แนวคิดการมีส่วนร่วมจึงมุ่งให้ประชาชน ชุมชน ภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เข้ามามีบทบาทร่วมกันตั้งแต่การค้นหาปัญหา การวิเคราะห์สถานการณ์ การกำหนดแนวทาง การตัดสินใจ การดำเนินงาน การติดตามประเมินผล และการปรับปรุงรูปแบบอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบทจริง ได้รับการยอมรับ และมีโอกาสดำเนินต่อเนื่องได้สูง

Kemmis & McTaggart (1988) อธิบายว่า การมีส่วนร่วมเป็นหัวใจของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพราะช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน (Collective Learning) และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน ขณะที่ Arnstein (1969) เสนอแนวคิดบันไดการมีส่วนร่วมของประชาชน ว่าการมีส่วนร่วมที่แท้จริงต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนมีอำนาจในการตัดสินใจ มิใช่เพียงรับฟังข้อมูลเท่านั้น นอกจากนี้ World Health Organization (2007) ยังระบุว่าการสร้างชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน ผู้สูงอายุ ครอบครัว และองค์กรท้องถิ่น เพื่อให้มาตรการต่าง ๆ สอดคล้องกับความต้องการของคนในพื้นที่

จากการสังเคราะห์แนวคิด และเอกสารงานวิจัย สามารถสรุปหลักการสำคัญของการพัฒนารูปแบบเชิงมีส่วนร่วมได้ ดังนี้

1. ความหมายของการพัฒนารูปแบบเชิงมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการออกแบบและพัฒนาระบบหรือแนวทางดำเนินงาน ที่เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนเข้ามาร่วมเป็นเจ้าของกระบวนการตั้งแต่ต้นจนจบ โดยไม่ใช่เป็นเพียงผู้รับผลของนโยบายหรือโครงการ ซึ่งลักษณะสำคัญของแนวทางนี้สะท้อนหลักประชาชนเป็นเจ้าของการพัฒนา (People-owned Development) ซึ่งได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในงานพัฒนาชุมชนและงานสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ การร่วมค้นหาปัญหา การร่วมวิเคราะห์สาเหตุ การร่วมกำหนดแนวทางแก้ไข การร่วมดำเนินกิจกรรม การร่วมติดตามประเมินผล และการร่วมสรุปบทเรียนและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2. ความสำคัญของการพัฒนารูปแบบเชิงมีส่วนร่วม มีดังนี้

2.1 ทำให้รูปแบบสอดคล้องกับบริบทจริง โดยประชาชนและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เป็นผู้เข้าใจปัญหา ทรัพยากร และข้อจำกัดของชุมชนดีที่สุด การเปิดให้มีส่วนร่วมจึงทำให้รูปแบบสะท้อนความเป็นจริงมากกว่าการออกแบบจากภายนอก ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุในชุมชนชนบทอาจต้องการกิจกรรมที่เข้าถึงง่าย ใกล้บ้าน และสัมพันธ์กับวัฒนธรรมท้องถิ่น มากกว่ากิจกรรมมาตรฐานจากส่วนกลาง

2.2 สร้างการยอมรับและความเป็นเจ้าของร่วม เมื่อชุมชนมีส่วนร่วมในการออกแบบรูปแบบตั้งแต่ต้นจะเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Ownership) ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการขับเคลื่อนและรักษาระบบต่อไปในระยะยาว โดย Pretty (1995) ระบุว่า การมีส่วนร่วมระดับสูงช่วยให้ประชาชนเปลี่ยนบทบาทจากผู้รับบริการเป็นผู้ร่วมสร้างการเปลี่ยนแปลง

2.3 เพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมช่วยให้เกิดการแบ่งบทบาทหน้าที่อย่างเหมาะสม ใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์อย่างคุ้มค่า และลดความซ้ำซ้อนของหน่วยงานต่าง ๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดูแลด้านสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุจัดกิจกรรม และ อสม. เยี่ยมบ้านติดตามภาวะเสี่ยง

2.4 ก่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน กระบวนการมีส่วนร่วมทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างนักวิชาการ หน่วยงานรัฐ และภูมิปัญญาชาวบ้าน ส่งผลให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ที่เหมาะสมกับพื้นที่ โดย Kemmis & McTaggart (1988) ชี้ว่า การเรียนรู้ร่วมกันผ่านการปฏิบัติจริงเป็นกลไกสำคัญของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

3. ขั้นตอนของการพัฒนารูปแบบเชิงมีส่วนร่วม โดยทั่วไปสามารถดำเนินการเป็น 5 ระยะ ดังนี้

3.1 การสร้างความเข้าใจและระดมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เริ่มจากการเชิญหน่วยงานและกลุ่มที่เกี่ยวข้องเข้าร่วม เช่น ผู้สูงอายุ ครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน รพ.สต. อบต. วัด โรงเรียน และภาคประชาชน เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันถึงเป้าหมายของการพัฒนา

3.2 การวิเคราะห์ปัญหาและศักยภาพของชุมชน โดยใช้เวทีประชาคม สนทนากลุ่ม หรือการสัมภาษณ์ เพื่อค้นหาปัญหาผู้สูงอายุ ทรัพยากรที่มีอยู่ และโอกาสในการพัฒนาตัวอย่างประเด็น เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง การเดินทางลำบาก รายได้ไม่เพียงพอ ขาดกิจกรรมทางสังคม หรือยังไม่มีฐานข้อมูลกลาง

3.3 การร่วมออกแบบรูปแบบ โดยนำข้อมูลมาสังเคราะห์ร่วมกัน กำหนดองค์ประกอบของรูปแบบ บทบาทของแต่ละฝ่าย และแผนปฏิบัติการ ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นหัวใจสำคัญ เพราะทำให้รูปแบบไม่ใช่ของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งแต่เป็นของชุมชนร่วมกัน

3.4 การทดลองใช้และติดตามผล เพื่อนำรูปแบบไปใช้จริงในชุมชน เช่น ระบบเยี่ยมบ้าน การจัดกิจกรรมผู้สูงอายุ การใช้ฐานข้อมูล หรือการจัดเครือข่ายดูแลระยะยาว พร้อมติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

3.5 การสะท้อนผลและปรับปรุง หลังจากมีการดำเนินงานแล้ว ควรมีเวทีสะท้อนผล (Reflection) เพื่อให้ทุกฝ่ายได้เสนอข้อดี ข้อจำกัด ปัญหา อุปสรรค และแนวทางปรับปรุง แล้วนำข้อมูลไปพัฒนารูปแบบรอบต่อไป

กล่าวโดยสรุป การพัฒนารูปแบบเชิงมีส่วนร่วมเป็นแนวทางที่เหมาะสมอย่างยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระดับชุมชน เพราะช่วยให้ประชาชนและภาคีเครือข่ายร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินงาน และร่วมรับผลประโยชน์ ทำให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับบริบทจริง ได้รับการยอมรับสูง และมีความยั่งยืนในระยะยาว

7. การประเมินคุณภาพของรูปแบบ

ภายหลังการพัฒนารูปแบบแล้ว ขั้นตอนที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง คือ การประเมินคุณภาพของรูปแบบ (Model Quality Evaluation) เนื่องจากรูปแบบที่ถูกออกแบบขึ้น แม้จะมีพื้นฐานจากทฤษฎีและข้อมูลเชิงประจักษ์ หากไม่ได้ผ่านการประเมินอย่างเป็นระบบ อาจไม่สามารถยืนยันได้ว่ารูปแบบนั้นมีความเหมาะสม นำไปใช้ได้จริง ครอบคลุมประเด็นสำคัญ หรือก่อให้เกิดประโยชน์ต่อกลุ่มเป้าหมายอย่างแท้จริง ดังนั้น การประเมินคุณภาพของรูปแบบจึงเป็นกระบวนการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ความสมบูรณ์ และศักยภาพในการนำไปใช้ เพื่อให้ผู้วิจัย หน่วยงาน หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมั่นใจว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีมาตรฐานทางวิชาการและมีคุณค่าเชิงปฏิบัติ

Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (1994) ซึ่งเป็นองค์กรวิชาการที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล ได้เสนอเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการประเมินโครงการและรูปแบบไว้อย่างกว้างขวาง ประกอบด้วย 4 ด้านหลัก ได้แก่ Propriety, Feasibility, Accuracy

และ Utility (Yarbrough et al., 2011; วาโร เพ็งสวัสดิ์, 2553) ซึ่งได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายในศาสตร์ด้านการศึกษา การบริหาร สังคมศาสตร์ และสามารถประยุกต์ใช้กับการพัฒนารูปแบบด้านผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ความเหมาะสม (Propriety) หมายถึง ระดับที่รูปแบบมีความถูกต้องเหมาะสมในเชิงจริยธรรม สังคม วัฒนธรรม กฎหมาย และความสอดคล้องกับสิทธิของกลุ่มเป้าหมาย กล่าวคือ รูปแบบต้องไม่ก่อให้เกิดผลกระทบเชิงลบ ไม่ละเมิดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และคำนึงถึงความเป็นธรรมต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (1994) ระบุว่า มาตรฐานด้าน Propriety เน้นการปกป้องสิทธิ ความปลอดภัย และสวัสดิภาพของผู้เข้าร่วม รวมถึงการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรมและโปร่งใส

สำหรับงานผู้สูงอายุ ความเหมาะสมมีความสำคัญมาก เพราะผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่อาจมีความเปราะบางทั้งด้านสุขภาพ รายได้ และการเข้าถึงข้อมูล ดังนั้น รูปแบบที่ดีควรคำนึงถึงประเด็นต่อไปนี้ เคารพศักดิ์ศรีและสิทธิผู้สูงอายุ ไม่สร้างภาระเกินความจำเป็นแก่ครอบครัว สอดคล้องกับวัฒนธรรมและวิถีชีวิตชุมชน ไม่เลือกปฏิบัติต่อผู้สูงอายุที่ยากจนหรือพึ่งพิง และมีความโปร่งใสในการใช้ทรัพยากรและงบประมาณ ตัวอย่างเช่น การจัดกิจกรรมผู้สูงอายุควรคำนึงถึงเวลาเดินทาง ความสามารถทางกาย และการเข้าถึงของผู้สูงอายุที่ติดบ้าน โดยไม่ใช่การออกแบบกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่แข็งแรงเพียงกลุ่มเดียว

2. ความเป็นไปได้ (Feasibility) หมายถึง ระดับที่รูปแบบสามารถนำไปดำเนินการได้จริงภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากร งบประมาณ บุคลากร เวลา และบริบทขององค์กรหรือชุมชน รูปแบบบางอย่างอาจดีในเชิงทฤษฎี แต่หากต้องใช้งบประมาณสูงมาก ใช้บุคลากรเฉพาะทางจำนวนมาก หรือซับซ้อนเกินศักยภาพของพื้นที่ ก็อาจไม่สามารถนำไปใช้ได้จริง Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (1994) ให้ความสำคัญกับ Feasibility ว่า การประเมินควรพิจารณาว่าโครงการหรือรูปแบบมีความสมจริง (Realistic) ประหยัด (Prudent) และดำเนินได้ภายใต้ข้อจำกัดที่มีอยู่ สำหรับงานผู้สูงอายุ ตัวชี้วัดความเป็นไปได้ เช่น มีบุคลากรเพียงพอหรือไม่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถสนับสนุนงบประมาณได้หรือไม่ ระบบข้อมูลสามารถจัดทำได้จริงหรือไม่ ภาคีเครือข่ายพร้อมร่วมมือหรือไม่ และขั้นตอนดำเนินงานซับซ้อนเกินไปหรือไม่

3. ความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy) หมายถึง ระดับที่รูปแบบมีความถูกต้องตามหลักวิชาการ มีข้อมูลรองรับ ครอบคลุมประเด็นสำคัญ และสามารถสะท้อนปัญหาหรือความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างแท้จริง มาตรฐานด้าน Accuracy ของ Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (1994) เน้นว่า การประเมินควรใช้ข้อมูลที่เชื่อถือได้ วิธีการที่เหมาะสม และสรุปผลอย่างเที่ยงตรง สำหรับรูปแบบด้านผู้สูงอายุ ความถูกต้องครอบคลุมควรพิจารณาว่า รูปแบบครอบคลุมมิติสำคัญหรือไม่ เช่น สุขภาพกาย สุขภาพจิต ความมั่นคงทาง

เศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต ระบบดูแลระยะยาว และการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่ง World Health Organization (2002; 2015) ระบุว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุควรพิจารณาอย่างรอบด้าน ไม่จำกัดเพียงโรคหรือการรักษาพยาบาลเท่านั้น

4. ประโยชน์ใช้สอย (Utility) หมายถึง ระดับที่รูปแบบสามารถสร้างคุณค่าแก่ผู้ใช้และกลุ่มเป้าหมายจริง สามารถนำไปใช้ตัดสินใจ วางแผน แก้ปัญหา หรือยกระดับคุณภาพชีวิตได้อย่างเป็นรูปธรรม Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (1994) ให้ความสำคัญกับ Utility เป็นอันดับต้น ๆ โดยระบุว่า การประเมินหรือรูปแบบใด ๆ จะมีคุณค่าก็ต่อเมื่อผู้ใช้สามารถนำผลไปใช้ประโยชน์ได้จริง สำหรับงานผู้สูงอายุ ประโยชน์ใช้สอยอาจสะท้อนผ่านผลลัพธ์ เช่น ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการมากขึ้น ลดภาวะโดดเดี่ยวและซึมเศร้า ครอบครัวดูแลได้ดีขึ้น หน่วยงานประสานงานง่ายขึ้น ชุมชนมีระบบรองรับสังคมสูงวัยชัดเจน และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้น

การประเมินคุณภาพของรูปแบบ โดยทั่วไปสามารถใช้วิธีการประเมินคุณภาพรูปแบบหลายวิธีร่วมกัน (Joint Committee on Standards for Educational Evaluation, 1994; Yarbrough et al., 2011; วาโร เพ็งสวัสดิ์, 2553) ได้แก่

1. การประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Expert Validation) ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ สาธารณสุข นโยบายสังคม หรือการบริหารท้องถิ่น ประเมินรูปแบบตามเกณฑ์ทั้ง 4 ด้าน

2. การสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยให้ผู้ปฏิบัติงานจริง เช่น อสม. ผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุ และครอบครัว สะท้อนความคิดเห็นต่อความเหมาะสมและการใช้งานจริง

3. การทดลองใช้ภาคสนาม เพื่อนำรูปแบบไปใช้จริงในพื้นที่ แล้วประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

4. การใช้แบบประเมินเชิงปริมาณ โดยใช้มาตรประมาณค่า (Likert Scale) ประเมินระดับคุณภาพของรูปแบบจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ใช้งานรูปแบบ

กล่าวโดยสรุป การประเมินคุณภาพของรูปแบบเป็นขั้นตอนสำคัญที่ช่วยตรวจสอบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม ดำเนินการได้จริง ถูกต้องครอบคลุม และก่อให้เกิดประโยชน์ต่อกลุ่มเป้าหมายหรือไม่ เกณฑ์ 4 ด้านหลัก ได้แก่ Propriety, Feasibility, Accuracy และ Utility ของ Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (JCSEE) เป็นมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง และสามารถประยุกต์ใช้กับการพัฒนารูปแบบด้านผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย

1. แนวคิดและพัฒนาการของการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย

เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) เป็นวิธีการวิจัยที่ใช้รวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญอย่างเป็นระบบ เพื่อสร้างฉันทามติ (Consensus) ในประเด็นที่ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนหรือมีข้อมูลเชิงประจักษ์จำกัด เทคนิคดังกล่าวได้รับการพัฒนาขึ้นในช่วงปี ค.ศ. 1950 โดย RAND Corporation ประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อใช้ในการพยากรณ์และวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ด้านการทหาร ก่อนจะได้รับการประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายในสาขาสุขภาพ การศึกษา สังคมศาสตร์ และการกำหนดนโยบายสาธารณะ (Niederberger & Spranger, 2020)

แนวคิดสำคัญของเทคนิคเดลฟายตั้งอยู่บนสมมติฐานว่า ความคิดเห็นที่ผ่านการพิจารณาและสังเคราะห์จากผู้เชี่ยวชาญหลายคนจะมีความน่าเชื่อถือมากกว่าการตัดสินใจจากบุคคลเพียงคนเดียว โดยเฉพาะในประเด็นที่มีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับความรู้เฉพาะทาง (Nasa et al., 2021) กระบวนการดังกล่าวมุ่งให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ผ่านการตอบแบบสอบถามหลายรอบ พร้อมทั้งได้รับข้อมูลย้อนกลับจากผลการวิเคราะห์ในรอบก่อนหน้า เพื่อทบทวนและปรับความคิดเห็นของตนจนเกิดความเห็นพ้องร่วมกัน

จากเดิมที่เทคนิคเดลฟายถูกใช้เพื่อการพยากรณ์อนาคต (Forecasting Delphi) ได้มีการพัฒนาเป็นรูปแบบที่หลากหลาย เช่น Classical Delphi, Policy Delphi และ Modified Delphi ซึ่งเป็นรูปแบบที่นิยมใช้ในงานวิจัยด้านสุขภาพและสังคมศาสตร์ในปัจจุบัน เนื่องจากสามารถใช้ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมหรือผลการศึกษาระยะต้นมาสร้างแบบสอบถามได้โดยตรง ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินการวิจัยและลดระยะเวลาการเก็บข้อมูล (Niederberger & Spranger, 2020)

2. องค์ประกอบและกระบวนการดำเนินการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย

เทคนิคเดลฟายมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ 1) ความเป็นนิรนามของผู้เชี่ยวชาญ (Anonymity) 2) การดำเนินการหลายรอบ (Iteration) 3) การให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างเป็นระบบ (Controlled Feedback) และ 4) การสรุปผลด้วยสถิติกลุ่ม (Statistical Group Response) (Nasa et al., 2021) ความเป็นนิรนามช่วยลดอิทธิพลจากสถานภาพทางวิชาชีพ อำนาจหรือความสัมพันธ์ระหว่างผู้เชี่ยวชาญ ทำให้สามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ขณะที่การดำเนินการหลายรอบเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญทบทวนความคิดเห็นของตนเองจากข้อมูลย้อนกลับที่ได้รับ ส่งผลให้ความคิดเห็นมีแนวโน้มเข้าสู่จุดร่วมมากขึ้น

กระบวนการดำเนินการวิจัยแบบเดลฟายโดยทั่วไปประกอบด้วย 3 รอบ ได้แก่ รอบที่ 1 เป็นการรวบรวมความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ อาจใช้คำถามปลายเปิดหรือรายการประเด็นที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม รอบที่ 2 เป็นการประเมินความเหมาะสมหรือความสำคัญ

ของประเด็นที่สังเคราะห์ได้จากรอบแรก และรอบที่ 3 เป็นการยืนยันความคิดเห็นโดยผู้เชี่ยวชาญได้รับทราบผลสรุปทางสถิติจากรอบก่อนหน้าและพิจารณาปรับคำตอบอีกครั้งจนเกิดฉันทามติ (Hsu & Sandford, 2007)

การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญในงานวิจัยเดลฟายมักใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยพิจารณาจากความรู้ ประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับประเด็นศึกษา ทั้งนี้จำนวนผู้เชี่ยวชาญไม่มีข้อกำหนดตายตัว แต่โดยทั่วไปนิยมใช้ระหว่าง 10–30 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายและสามารถบริหารจัดการกระบวนการวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Nasa et al., 2021)

3. หลักเกณฑ์การพิจารณาฉันทามติในการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย

การสร้างฉันทามติเป็นหัวใจสำคัญของการวิจัยแบบเดลฟาย อย่างไรก็ตามพบว่า ยังไม่มีเกณฑ์มาตรฐานสากลเพียงรูปแบบเดียวสำหรับการพิจารณาฉันทามติ เนื่องจากขึ้นอยู่กับลักษณะการวิจัย จำนวนผู้เชี่ยวชาญ และบริบทของการศึกษา (Diamond et al., 2014)

การวิเคราะห์ข้อมูลเดลฟายนิยมใช้ค่ามัธยฐาน (Median: Md) เป็นตัวแทนระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ เนื่องจากเป็นสถิติที่เหมาะสมกับข้อมูลมาตรประมาณค่า และใช้ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range: IQR) เป็นตัวชี้วัดระดับความสอดคล้องของความคิดเห็น โดยค่า IQR ที่ต่ำสะท้อนถึงการกระจุกตัวของความคิดเห็นและระดับฉันทามติที่สูง (Nasa et al., 2021) นอกจากนี้ หลายการศึกษายังใช้ค่าฐานนิยม (Mode: Mo) ร่วมกับค่ามัธยฐาน เพื่อแสดงแนวโน้มของคำตอบที่ผู้เชี่ยวชาญเลือกมากที่สุด และช่วยสนับสนุนการตีความผลการวิเคราะห์ให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น (Niederberger & Spranger, 2020)

สำหรับงานวิจัยด้านสุขภาพ มักกำหนดเกณฑ์ฉันทามติจากค่ามัธยฐาน และค่า IQR ร่วมกัน โดยค่ามัธยฐานที่อยู่ในระดับสูงร่วมกับค่า IQR ที่มีค่าต่ำ แสดงถึงความเห็นพ้องของผู้เชี่ยวชาญในประเด็นนั้น ๆ การใช้เกณฑ์ดังกล่าวช่วยให้การสรุปผลมีความโปร่งใสและสามารถตรวจสอบได้ตามหลักวิชาการ (Diamond et al., 2014)

4. การประยุกต์ใช้เทคนิคเดลฟายในงานวิจัยด้านผู้สูงอายุและการพัฒนาชุมชน

เทคนิคเดลฟายได้รับการประยุกต์ใช้อย่างกว้างขวางในงานวิจัยด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก การกำหนดตัวชี้วัดสุขภาพ การพัฒนาระบบบริการ และการสร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชน (Niederberger & Spranger, 2020)

สำหรับงานวิจัยด้านผู้สูงอายุ เทคนิคเดลฟายถูกนำมาใช้ในการกำหนดองค์ประกอบของการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (Healthy Aging) การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว การสร้างสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพ และการออกแบบระบบสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ทั้งนี้เนื่องจากประเด็นเกี่ยวกับผู้สูงอายุมีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับมิติทางกาย จิตใจ

สังคม และสิ่งแวดล้อม จึงจำเป็นต้องอาศัยความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญหลายสาขาในการกำหนดแนวทางที่เหมาะสม

ในด้านการพัฒนาชุมชน เทคนิคเดลฟายสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างฉันทามติระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น หน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และภาคประชาชน เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนา การจัดบริการ หรือการออกแบบนโยบายที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ (Shang, 2023) จากคุณลักษณะดังกล่าว เทคนิคเดลฟายจึงได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสำหรับการพัฒนารูปแบบ (Model Development) และการสร้างข้อเสนอเชิงนโยบายในงานวิจัยด้านสุขภาพและการพัฒนาสังคม (Nasa et al., 2021)

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร ซึ่งเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับหลายมิติ ทั้งด้านสุขภาพ สังคม ครอบครัว ชุมชน และการบริหารจัดการในระดับท้องถิ่น ดังนั้น การพัฒนารูปแบบดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยองค์ความรู้และประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญหลากหลายสาขา เทคนิคเดลฟายมีความเหมาะสมกับการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากสามารถรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ การสาธารณสุข การพัฒนาชุมชน และการบริหารจัดการท้องถิ่น เพื่อนำมาสังเคราะห์และสร้างฉันทามติร่วมเกี่ยวกับองค์ประกอบ กลไก และแนวทางการดำเนินงานของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น นอกจากนี้ การใช้กระบวนการเดลฟายยังช่วยตรวจสอบความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความสอดคล้องขององค์ประกอบต่าง ๆ ภายในรูปแบบก่อนนำไปทดลองใช้ในพื้นที่จริง ส่งผลให้รูปแบบการสนับสนุนทางสังคมที่พัฒนาขึ้นมีความน่าเชื่อถือ สอดคล้องกับบริบทของชุมชน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ศึกษา

1.1 เพศ เป็นปัจจัยทางประชากรศาสตร์ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากบทบาททางสังคม สถานภาพทางเศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพ และรูปแบบการเข้าถึงทรัพยากรทางสังคมของเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกัน ส่งผลให้การรับรู้และการประเมินคุณภาพชีวิตแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีความซับซ้อนมากขึ้นกว่าการอธิบายด้วยความแตกต่างทางชีวภาพเพียงอย่างเดียว โดยเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมด้วย Nasa et al. (2021) อธิบายว่าปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ โดยเฉพาะเพศ มีผลต่อการเข้าถึงทรัพยากร การมีส่วนร่วมทางสังคม และการรับบริการสุขภาพ ซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

การศึกษาของ Ratmanee & Tongkumchum (2023) ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลผู้สูงอายุจำนวน 15,600 คน พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันระหว่างกลุ่มเพศและช่วงอายุ โดยเพศเป็นหนึ่งในปัจจัยประชากรศาสตร์ที่สัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ความแตกต่างดังกล่าวอาจเกิดจากบทบาททางสังคม ภาระหน้าที่ในครอบครัว และโอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรที่แตกต่างกันของผู้สูงอายุแต่ละเพศนอกจากนี้ Cui et al. (2025) ศึกษาผู้สูงอายุชาวจีนจำนวน 8,657 คน พบว่าเพศมีบทบาทสำคัญต่อคุณภาพชีวิตและความต้องการบริการดูแลในชุมชน โดยผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงได้รับประโยชน์จากบริการชุมชนแตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้สูงอายุเพศชายมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเมื่อได้รับบริการดูแลส่วนบุคคล ขณะที่ผู้สูงอายุเพศหญิงได้รับประโยชน์จากบริการส่งเสริมสุขภาพและการให้ความรู้ด้านสุขภาพมากกว่า ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยด้านเพศมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผ่านกลไกของแรงสนับสนุนทางสังคมและบริการในชุมชน

อย่างไรก็ตามงานวิจัยบางส่วนพบว่า เพศอาจไม่ได้เป็นปัจจัยกำหนดคุณภาพชีวิตโดยตรง แต่ส่งผลผ่านปัจจัยแทรกซ้อนอื่น เช่น สถานภาพสมรส รายได้ การศึกษา สุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม โดย Daely et al. (2021) ศึกษาผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ประเทศอินโดนีเซีย พบว่าเพศไม่มีความแตกต่างต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่อายุและสถานภาพสมรสเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากกว่า จากผลการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า เพศเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แต่อาจขึ้นอยู่กับบริบททางสังคม วัฒนธรรม สถานะทางเศรษฐกิจ และระดับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับ ดังนั้นในการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจึงควรพิจารณาปัจจัยด้านเพศร่วมกับปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ เพื่อให้สามารถอธิบายความแตกต่างของคุณภาพชีวิตได้อย่างครอบคลุม

1.2 อายุ เป็นปัจจัยทางประชากรศาสตร์ที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นตัวบ่งชี้ถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ สังคม และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน เมื่ออายุเพิ่มขึ้น ร่างกายจะเกิดการเสื่อมถอยของระบบต่าง ๆ ส่งผลต่อสมรรถภาพทางกาย การเคลื่อนไหว การรับรู้ และความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจนำไปสู่ข้อจำกัดในการดำรงชีวิตและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2023) ชี้ให้เห็นว่า แม้การสูงวัยจะเป็นกระบวนการตามธรรมชาติของชีวิต แต่การเพิ่มขึ้นของอายุมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง ภาวะพึ่งพิง และการลดลงของความสามารถในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ผลกระทบของอายุที่มีต่อคุณภาพชีวิตอาจแตกต่างกันตามบริบททางสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพ และระดับแรงสนับสนุนทางสังคมที่แต่ละบุคคลได้รับ

การศึกษาของ Ratmanee & Tongkumchum (2023) ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลผู้สูงอายุไทยจากหลายภูมิภาค พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60–69 ปี) มีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (70–79 ปี) และวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ทั้งในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม สะท้อนให้เห็นว่าการเพิ่มขึ้นของอายุมีแนวโน้มสัมพันธ์กับการลดลงของคุณภาพชีวิตในหลายมิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pengpid & Peltzer (2024) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี มีโอกาสคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มอายุ 60–69 ปี อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในมิติสุขภาพกายและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทั้งนี้การเพิ่มขึ้นของอายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเรื้อรัง การสูญเสียสมรรถภาพทางกาย และการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น นอกจากนี้ การศึกษาของ Cui et al. (2025) ในประเทศจีน พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ซึ่งมีข้อจำกัดด้านสุขภาพและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากกว่ากลุ่มอายุน้อย อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังพบว่า การได้รับบริการดูแลจากชุมชนและแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยลดผลกระทบของอายุที่มีต่อคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ

แม้ว่างานวิจัยส่วนใหญ่จะพบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นมีแนวโน้มสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ลดลง แต่บางการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่ได้เกิดขึ้นโดยตรง หากแต่เป็นผลผ่านปัจจัยอื่น เช่น สุขภาพกาย สุขภาพจิต สถานภาพสมรส รายได้ และแรงสนับสนุนทางสังคม (Chang et al., 2020) กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากแต่ยังคงมีสุขภาพดี มีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสม อาจมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่อายุน้อยกว่า จากผลการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยทั่วไปผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นมักเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคมที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง อย่างไรก็ตาม แม้อายุจะเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แต่ผลกระทบของอายุอาจถูกลดทอนหรือเสริมสร้างได้ผ่านปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม สุขภาพ และการเข้าถึงบริการในชุมชน

1.3 สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากการมีคู่สมรสหรือบุคคลใกล้ชิดที่สามารถให้การดูแล ช่วยเหลือ และสนับสนุนทางอารมณ์ มีส่วนสำคัญต่อการดำรงชีวิต ความมั่นคงทางจิตใจ และการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ โดยเฉพาะเมื่อผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพ การสูญเสียบทบาททางสังคม หรือภาวะพึ่งพิงที่เพิ่มขึ้นตามวัย แนวคิดการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (Healthy Aging) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2023) ชี้ให้เห็นว่า ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีบุคคลใกล้ชิดคอยให้การสนับสนุนทางอารมณ์และสังคม มักมีสุขภาวะทางจิตที่ดีกว่า มีความรู้สึกโดด

เดี่ยวน้อยกว่า และสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้ดีกว่าผู้ที่ขาดแคลนเครือข่ายสนับสนุนดังกล่าว

การศึกษาของ Pengpid & Peltzer (2024) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่เป็นหม้าย หย่าร้าง หรืออยู่เพียงลำพัง ทั้งในมิติสุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และความพึงพอใจในชีวิต ทั้งนี้เนื่องจากคู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์และสังคมที่สำคัญในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang & Yi (2023) พบว่าผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสมีระดับความผาสุกทางจิตใจและคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีคู่สมรส โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เนื่องจากการได้รับการดูแล การให้กำลังใจ และการช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตจากคู่สมรสช่วยลดความเครียดและความรู้สึกโดดเดี่ยวได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การศึกษาของ (Chang et al., 2020) พบว่า สถานภาพสมรสมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผ่านกลไกของแรงสนับสนุนทางสังคม กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสหรือมีบุคคลใกล้ชิดคอยดูแลมักได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และการช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง ส่งผลให้มีระดับคุณภาพชีวิตที่สูงกว่า

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยบางส่วนพบว่า การมีคู่สมรสเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิต หากความสัมพันธ์ภายในครอบครัวขาดคุณภาพหรือขาดการสนับสนุนที่เหมาะสม ในทางตรงกันข้าม ผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรสแต่ได้รับการสนับสนุนจากบุตรหลาน ญาติ เพื่อน หรือชุมชนอย่างเพียงพอ ก็สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้เช่นเดียวกัน (Cui et al., 2025) จากผลการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสมักมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรส เนื่องจากได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ สังคม และการดูแลในชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตาม คุณภาพของความสัมพันธ์และระดับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับอาจมีความสำคัญมากกว่าสถานภาพสมรสเพียงอย่างเดียว ดังนั้น การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุควรพิจารณาสถานภาพสมรสร่วมกับปัจจัยด้านครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตได้อย่างครอบคลุม

1.4 สภาพแวดล้อมและความเป็นอยู่ ในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ลักษณะของที่อยู่อาศัย สิ่งอำนวยความสะดวก ความปลอดภัยของบ้านและชุมชน รวมถึงสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมที่อยู่รอบตัวผู้สูงอายุ ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพ ความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างอิสระ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในยุคที่หลายประเทศให้ความสำคัญกับแนวคิดการสูงวัยในถิ่นที่อยู่เดิม (Aging in Place) ซึ่งมุ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในบ้านและชุมชนของตนเองได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2023) ระบุว่า สภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (Age-friendly Environment) เป็นองค์ประกอบสำคัญของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (Healthy Aging) โดยสภาพแวดล้อมที่

ปลอดภัย เอื้อต่อการเคลื่อนไหว การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการมีส่วนร่วมทางสังคม สามารถช่วยลดภาวะพึ่งพิง เพิ่มความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษาของ Sun & Buranaut (2025) พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในที่พักอาศัยที่มีความปลอดภัย มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสม และสามารถเข้าถึงบริการสาธารณะในชุมชนได้สะดวก มีระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการดำรงชีวิต ทั้งนี้สภาพแวดล้อมทางกายภาพมีอิทธิพลต่อทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต และการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Nie et al. (2021) ซึ่งศึกษาผู้สูงอายุในเขตเมืองและชนบทของประเทศจีน พบว่าสภาพที่อยู่อาศัยที่มีความปลอดภัย มีแสงสว่างเพียงพอ พื้นไม่ลื่น ห้องน้ำได้รับการปรับให้เหมาะสมกับวัย และมีพื้นที่สำหรับกิจกรรมทางสังคม ส่งผลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างอิสระของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ การศึกษาของ Chang et al. (2020) พบว่า สภาพแวดล้อมของชุมชนที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย การเดินทาง และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีพื้นที่สาธารณะปลอดภัย มีระบบคมนาคมที่เข้าถึงได้ และมีกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง มีระดับความพึงพอใจในชีวิตและสุขภาวะทางจิตสูงกว่ากลุ่มที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่ขาดสิ่งอำนวยความสะดวกดังกล่าว

ในบริบทประเทศไทย การเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ทำให้การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุมีความสำคัญเพิ่มขึ้น ทั้งในระดับครัวเรือนและชุมชน โดยเฉพาะการปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้มีความปลอดภัย การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ และการสร้างชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตและลดภาวะพึ่งพิงในระยะยาว จากผลการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่าสภาพความเป็นอยู่เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย สะดวก เหมาะสมกับวัย และเอื้อต่อการมีส่วนร่วมทางสังคม จะช่วยส่งเสริมสุขภาพกาย สุขภาพจิต และความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างอิสระของผู้สูงอายุ ในทางตรงกันข้าม สภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การหกล้ม ภาวะพึ่งพิง และการแยกตัวทางสังคม ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว ทั้งนี้อิทธิพลของสภาพความเป็นอยู่ต่อคุณภาพชีวิตอาจเกิดขึ้นผ่านกลไกของแรงสนับสนุนทางสังคมและการเข้าถึงทรัพยากรในชุมชนร่วมด้วย

1.5 การประกอบอาชีพ หรือการมีงานทำ เป็นการประกอบกิจกรรมทางเศรษฐกิจหรือกิจกรรมที่ก่อให้เกิดรายได้ รวมถึงกิจกรรมที่สร้างคุณค่าและความหมายให้แก่ชีวิตของผู้สูงอายุ การมีงานทำไม่เพียงช่วยให้ผู้สูงอายุมีรายได้สำหรับใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน แต่ยังช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความภาคภูมิใจ การมีบทบาททางสังคม และการมีส่วนร่วมในชุมชน ซึ่งล้วนเป็น

องค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุ (Bentley, 2023) แนวคิดการสูงวัยอย่างมีพลัง (Active Ageing) และการสูงวัยอย่างมีผลิตภาพ (Productive Ageing) ขององค์การอนามัยโลก ชี้ให้เห็นว่า การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางเศรษฐกิจ สังคม และชุมชนตามศักยภาพของตน จะช่วยส่งเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตในระยะยาว โดยการมีงานทำหรือมีกิจกรรมที่มีความหมายช่วยลดความรู้สึกไร้คุณค่า ลดภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ

การศึกษาของ Dingemans & Henkens (2019) พบว่า ผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานหลังเกษียณอายุมีระดับความพึงพอใจในชีวิตและคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ทำงาน โดยเฉพาะเมื่อการทำงานเป็นไปด้วยความสมัครใจและสอดคล้องกับความสามารถของตน ทั้งนี้การมีงานทำช่วยให้ผู้สูงอายุยังคงรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีบทบาทในสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhou et al. (2025) ซึ่งพบว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางเศรษฐกิจและกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานหรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อครอบครัวและชุมชน มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ขาดกิจกรรมดังกล่าว ทั้งในด้านสุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และความพึงพอใจในชีวิต นอกจากนี้ การศึกษาของ Nie et al. (2021) พบว่าการมีรายได้จากการทำงานหรือการประกอบอาชีพหลังเกษียณ มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น โดยเฉพาะในมิติความมั่นคงทางเศรษฐกิจและการรับรู้คุณค่าในตนเอง อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังพบว่าลักษณะงาน สภาพการทำงาน และสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสัมพันธ์ดังกล่าว

ในบริบทของประเทศไทยการเข้าสู่สังคมสูงวัยส่งผลให้ผู้สูงอายุจำนวนมากยังคงประกอบอาชีพหรือสร้างรายได้หลังเกษียณ โดยเฉพาะในภาคเกษตรกรรม ภาคบริการ และธุรกิจขนาดเล็ก การมีอาชีพช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจ ลดภาระต่อครอบครัว และยังคงมีบทบาททางสังคมในชุมชน ส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจและความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) จากผลการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า อาชีพหรือการมีงานทำเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการมีงานทำช่วยส่งเสริมความมั่นคงทางเศรษฐกิจ การรับรู้คุณค่าในตนเอง การมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาวะทางจิต อย่างไรก็ตาม ผลกระทบของอาชีพต่อคุณภาพชีวิตอาจแตกต่างกันตามลักษณะงาน รายได้ สุขภาพ และระดับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับ ทั้งนี้การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่มีความหมายต่อชีวิตอาจมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการมีรายได้จากการประกอบอาชีพโดยตรง

1.6 แหล่งรายได้ และความพอเพียงของแหล่งรายได้ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากรายได้เป็นทรัพยากรพื้นฐานที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ การดำรงชีวิต และการมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างเหมาะสม ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอมักสามารถเข้าถึงอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม การรักษาพยาบาล และสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ส่งผลให้มีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2023) ระบุว่า ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ (Economic Security) เป็นหนึ่งในปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอและมีหลักประกันทางเศรษฐกิจจะสามารถรักษาความเป็นอิสระในการดำรงชีวิต ลดภาวะพึ่งพิง และมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพและบริการทางสังคมได้มากกว่ากลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านรายได้

การศึกษาของ Pengpid & Peltzer (2024) ในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่ารายได้และความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่รายงานว่ามีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิตมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ประสบปัญหาทางการเงิน ทั้งในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับการศึกษาของ Chang et al. (2020) ซึ่งพบว่าความมั่นคงทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุผ่านการลดความเครียดทางการเงิน เพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอมีระดับความพึงพอใจในชีวิตและคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอ นอกจากนี้ การศึกษาของ Nie et al. (2021) พบว่า แหล่งรายได้ที่มั่นคง เช่น เงินบำนาญ รายได้จากการทำงานหลังเกษียณ หรือการสนับสนุนทางการเงินจากครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในมิติความมั่นคงทางจิตใจและความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทั้งนี้ความเพียงพอของรายได้มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตมากกว่าปริมาณรายได้เพียงอย่างเดียว

ในบริบทของประเทศไทย รายได้ของผู้สูงอายุมีที่มาหลากหลาย ได้แก่ รายได้จากการประกอบอาชีพ เงินบำนาญ เงินออม เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และการสนับสนุนจากบุตรหลานหรือสมาชิกในครอบครัว อย่างไรก็ตาม รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยระบุว่าผู้สูงอายุจำนวนมากยังคงพึ่งพารายได้จากการทำงานและการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นหลัก ขณะที่ผู้สูงอายุบางส่วนประสบปัญหารายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิต โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและการดูแลระยะยาว (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) การศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2567) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิตและมีหลักประกันทางเศรษฐกิจ มีแนวโน้มรายงานระดับความสุขและคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางการเงินหรือมีภาระค่าใช้จ่ายสูง

ทั้งนี้ความเพียงพอของรายได้ยังมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ การดูแลตนเอง และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน

จากผลการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า แหล่งรายได้และความพอเพียงของรายได้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอและมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจมักมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาด้านรายได้ เนื่องจากสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ดูแลสุขภาพ และดำรงบทบาททางสังคมได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้อิทธิพลของรายได้ต่อคุณภาพชีวิตอาจเกิดขึ้นทั้งทางตรงและผ่านปัจจัยอื่น เช่น สุขภาพ การเข้าถึงบริการ และแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับ

1.7 ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากการศึกษาเป็นพื้นฐานของการพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถในการเรียนรู้ตลอดชีวิต ส่งผลให้บุคคลสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ การศึกษายังมีความสัมพันธ์กับโอกาสทางอาชีพ รายได้ สถานะทางสังคม และการเข้าถึงทรัพยากรต่าง ๆ ตลอดช่วงชีวิต ซึ่งล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2023) ระบุว่าการศึกษาเป็นหนึ่งในปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (Social Determinants of Health) ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของประชากรตลอดช่วงชีวิต โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงมักมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง เข้าถึงบริการสุขภาพ และใช้ประโยชน์จากทรัพยากรทางสังคมได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ

การศึกษาของ Ratmanee & Tongkumchum (2023) ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลผู้สูงอายุ พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือสำเร็จการศึกษาเพียงระดับประถมศึกษา ทั้งในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับการศึกษาของ Pengpid & Peltzer (2024) ในกลุ่มผู้สูงอายุหลายประเทศในเอเชีย ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีแนวโน้มรายงานคุณภาพชีวิตในระดับสูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาต่ำ โดยเฉพาะในด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการ และการมีส่วนร่วมทางสังคม ทั้งนี้การศึกษาช่วยเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ การศึกษาของ Chang et al. (2020) พบว่าระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผ่านกลไกของสถานะทางเศรษฐกิจ สุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงมักมีเครือข่ายทางสังคมที่กว้างขวาง สามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการที่เป็นประโยชน์ รวมถึงมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและกิจกรรมชุมชนมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ

ในบริบทของประเทศไทย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำ เนื่องจากข้อจำกัดด้านโอกาสทางการศึกษาในอดีต อย่างไรก็ตาม การศึกษายังคงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการดูแลสุขภาพ การเรียนรู้ตลอดชีวิต และการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมในวัยสูงอายุ โดยเฉพาะการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ เทคโนโลยีดิจิทัล และบริการสาธารณะต่าง ๆ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) อย่างไรก็ตามพบว่า ระดับการศึกษาอาจไม่ได้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยตรง แต่ส่งผลผ่านปัจจัยอื่น เช่น รายได้ สุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำแต่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพอย่างเพียงพอ ก็สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้เช่นเดียวกัน

จากผลการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงมักมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ เนื่องจากมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล การดูแลสุขภาพ และการใช้ทรัพยากรทางสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การศึกษาไม่ได้เป็นเพียงปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยตรง แต่ยังเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ช่วยเพิ่มศักยภาพในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากแรงสนับสนุนทางสังคม

1.8 ลักษณะครอบครัวและการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ เป็นรูปแบบการอยู่อาศัยและความสัมพันธ์ของบุคคลภายในครอบครัวที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ร่วมกัน เช่น การอยู่กับคู่สมรส การอยู่กับบุตรหลาน การอยู่ในครอบครัวขยาย การอยู่ตามลำพัง หรือการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น โดยลักษณะของครอบครัวถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ใกล้ชิดที่สุด และมีบทบาทในการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ แนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (Healthy Aging) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2023) ระบุว่า ครอบครัวเป็นระบบสนับสนุนหลักของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาและสังคมเอเชียที่ครอบครัวยังคงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ การมีสมาชิกในครอบครัวคอยให้ความช่วยเหลือ ดูแล และสนับสนุนทางอารมณ์ สามารถช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เพิ่มความมั่นคงทางจิตใจ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

การศึกษาของ Pengpid & Peltzer (2024) พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวหรือมีเครือข่ายครอบครัวที่เข้มแข็ง มีระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง โดยเฉพาะในด้านสุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และความพึงพอใจในชีวิต ทั้งนี้การได้รับการดูแลและการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวช่วยลดภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกโดดเดี่ยวในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhou et al. (2025) ซึ่งพบว่า รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรสหรือสมาชิกในครอบครัวมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง อย่างไรก็ตาม ผล

การศึกษายังพบว่าคุณภาพของความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตมากกว่าจำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกัน นอกจากนี้ การศึกษาของ Chang et al. (2020) พบว่า ลักษณะครอบครัวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผ่านกลไกของแรงสนับสนุนทางสังคม กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล เอาใจใส่ และการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวอย่างต่อเนื่อง มีระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่แม้จะอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว แต่ขาดความสัมพันธ์ที่ดีหรือขาดการสนับสนุนทางอารมณ์

ในบริบทของประเทศไทย โครงสร้างครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายไปสู่ครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น อันเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และการย้ายถิ่นฐานเพื่อการทำงาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งต้องอาศัยอยู่ตามลำพังหรืออยู่กับคู่สมรสเพียงสองคน อย่างไรก็ตาม รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยยังพบว่า ครอบครัวยังคงเป็นแหล่งสนับสนุนหลักของผู้สูงอายุไทย ทั้งในด้านการดูแล การช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ และการสนับสนุนทางอารมณ์ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567; มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) จากผลการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า ลักษณะของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพกาย สุขภาพจิต และความมั่นคงทางสังคมของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม อิทธิพลของลักษณะครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตไม่ได้ขึ้นอยู่กับจำนวนสมาชิกในครอบครัวเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับคุณภาพของความสัมพันธ์และระดับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับจากครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมร่วมด้วย

1.9 แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการช่วยเหลือ หรือการที่บุคคลได้รับทรัพยากรจากครอบครัว ญาติ เพื่อน ชุมชน องค์กร หรือหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งช่วยให้สามารถเผชิญกับปัญหา ปรับตัวต่อสถานการณ์ และดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม แรงสนับสนุนทางสังคมถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในช่วงวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2023) ระบุว่าผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาวะที่ดี มีความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างอิสระ และมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ที่ขาดการสนับสนุนดังกล่าว

แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเงิน เป็นการได้รับความช่วยเหลือทางการเงินหรือทรัพยากรทางเศรษฐกิจจากบุคคล ครอบครัว หรือองค์กรต่าง ๆ เช่น การได้รับเงินสนับสนุนจากบุตรหลาน เงินช่วยเหลือจากภาครัฐ หรือการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตและการรักษาพยาบาล การศึกษาของ Pengpid & Peltzer (2024) พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางการเงินอย่างเพียงพอมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ประสบปัญหาด้านรายได้ เนื่องจากสามารถเข้าถึงอาหารที่เหมาะสม การรักษาพยาบาล และสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตได้ดีกว่า นอกจากนี้ ความมั่นคงทางการเงินยังช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาระค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้เกิดสุขภาวะทางจิตที่ดีขึ้น

แรงสนับสนุนทางสังคมด้านแรงกาย เป็นการได้รับความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การช่วยดูแลสุขภาพ การพาไปพบแพทย์ การช่วยเหลือในการเดินทาง การทำกิจวัตรประจำวัน หรือการดูแลเมื่อเจ็บป่วย การศึกษาของ Chang et al. (2020) พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการช่วยเหลือด้านการดูแลร่างกายและการดำเนินชีวิตจากสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ต้องดูแลตนเองเพียงลำพัง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังหรือข้อจำกัดทางร่างกาย ทั้งนี้การได้รับความช่วยเหลืออย่างเหมาะสมช่วยลดภาวะพึ่งพิงและเพิ่มความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างอิสระ

แรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ เป็นการได้รับสิ่งของ เครื่องใช้ อุปกรณ์ หรือทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต เช่น อาหาร เครื่องอุปโภคบริโภค อุปกรณ์ทางการแพทย์ เครื่องช่วยเดิน รถเข็น หรือการปรับปรุงที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การศึกษาของ Nie et al. (2021) พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งของและสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสม มีคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันสูงกว่ากลุ่มที่ขาดแคลนทรัพยากรดังกล่าว เนื่องจากสามารถลดข้อจำกัดทางร่างกาย เพิ่มความปลอดภัย และส่งเสริมความเป็นอิสระในการใช้ชีวิต

แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ เป็นการได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การยอมรับ การให้กำลังใจ การรับฟัง และการแสดงความห่วงใยจากบุคคลรอบข้าง ซึ่งเป็นรูปแบบการสนับสนุนที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ การศึกษาของ Zhou et al. (2025) พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัว เพื่อน และชุมชนอย่างสม่ำเสมอ มีระดับความสุข ความพึงพอใจในชีวิต และคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือขาดความสัมพันธ์ทางสังคม นอกจากนี้ การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเองยังช่วยลดภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความรู้สึกเป็นภาระของผู้อื่นได้อย่างมีนัยสำคัญ

จากผลการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านการเงิน ด้านแรงกาย ด้านสิ่งของ และด้านอารมณ์ ล้วนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยแรงสนับสนุนแต่ละด้านมีบทบาทในการตอบสนองความต้องการที่แตกต่างกัน ทั้งในมิติทางกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ทั้งนี้การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอและเหมาะสมจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี มีความมั่นคงทางจิตใจ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ศึกษาข้างต้นสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัยที่เชื่อมโยงกัน ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ รวมถึงปัจจัยด้านครอบครัวและสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ ซึ่งล้วนส่งผลต่อโอกาสในการเข้าถึงทรัพยากร การดูแลสุขภาพ การมีส่วนร่วมทางสังคม และ

ความสามารถในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่ชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยเหล่านี้ไม่ได้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยตรงเพียงอย่างเดียว แต่มีความสัมพันธ์ผ่านการได้รับการดูแลช่วยเหลือและการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างและชุมชน โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางสังคมถือเป็นปัจจัยสำคัญที่เชื่อมโยงปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว และสภาพแวดล้อมเข้าด้วยกัน โดยการสนับสนุนด้านการเงิน ด้านแรงกาย ด้านสิ่งของ และด้านอารมณ์ สามารถช่วยลดข้อจำกัดจากปัญหาสุขภาพ ภาวะเศรษฐกิจ และความโดดเดี่ยวทางสังคม อันนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุ ดังนั้น การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องพิจารณาทั้งปัจจัยพื้นฐานและบทบาทของแรงสนับสนุนทางสังคมควบคู่กัน ซึ่งในหัวข้อถัดไปจะนำเสนอแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อใช้เป็นกรอบในการศึกษาครั้งนี้ต่อไป

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2.1 ความสามารถด้านการรับรู้ ความสามารถด้านการรับรู้หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการเปลี่ยนแปลงหรือการเสื่อมถอยของประสาทสัมผัส ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การรับรส การดมกลิ่น และการสัมผัส ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการปฏิสัมพันธ์กับสังคม งานวิจัยของ Harithasan et al. (2020) พบว่าผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการมองเห็นหรือการได้ยินมีแนวโน้มรายงานคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ยังคงมีการรับรู้ทางประสาทสัมผัสที่ดี เนื่องจากข้อจำกัดดังกล่าวส่งผลต่อความสามารถในการสื่อสาร การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการดำรงชีวิตอย่างอิสระ นอกจากนี้ Soponnark & Kespichayawattana (2022) พบว่าการสูญเสียการได้ยินมีความสัมพันธ์กับการลดลงของคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมและสุขภาพจิต เนื่องจากผู้สูงอายุมีแนวโน้มหลีกเลี่ยงการสื่อสารและกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น ขณะที่ Mick et al. (2018) พบว่าผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทั้งด้านการมองเห็นและการได้ยินพร้อมกัน (Dual Sensory Impairment) มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ความโดดเดี่ยวทางสังคม และคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่มีความบกพร่องเพียงด้านเดียวอย่างมีนัยสำคัญ

2.2 ความเป็นตัวของตัวเอง ความสามารถของผู้สูงอายุในการตัดสินใจ กำหนดวิถีชีวิต และควบคุมกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง งานวิจัยของ Machado et al. (2026) พบว่าผู้สูงอายุที่ยังสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตประจำวัน การดูแลสุขภาพ และการจัดการทรัพยากรของตนเองได้ มีระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมาก ทั้งนี้ความเป็นอิสระยังมีความสัมพันธ์กับความภาคภูมิใจในตนเองและความพึงพอใจในชีวิต นอกจากนี้ Heide (2022) พบว่าความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างอิสระและการควบคุมสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของตนเอง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ขณะที่ Thasuwanain et al. (2024) พบว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าตนเองยังสามารถกำหนดการดำเนินชีวิตและตัดสินใจเรื่องสำคัญได้ มีระดับความสุขและคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่รู้สึกสูญเสียอำนาจในการควบคุมชีวิต

2.3 ความสำเร็จและความคาดหวังในชีวิต มิตินี้สะท้อนการรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความสำเร็จที่ผ่านมา ความพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน และความคาดหวังต่ออนาคต งานวิจัยของ Pengpid & Peltzer (2024) พบว่าผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าตนเองประสบความสำเร็จในชีวิตและยังคงมีเป้าหมายหรือกิจกรรมที่ต้องการทำในอนาคต มีระดับคุณภาพชีวิตและความสุขในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่รู้สึกหมดคุณค่า หรือไม่มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต โดย AshaRani et al. (2022) พบว่าการมีเป้าหมายในชีวิตและการรับรู้ถึงคุณค่าในบทบาทของตนเองช่วยส่งเสริมสุขภาวะทางจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ Zhong et al. (2023) พบว่าความพึงพอใจต่อความสำเร็จในอดีตและการมองอนาคตในเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับระดับความสุข ความหวัง และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ

2.4 การมีส่วนร่วมทางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในครอบครัว ชุมชน หรือสังคม รวมถึงการมีบทบาทและความสัมพันธ์กับผู้อื่น งานวิจัยจำนวนมากยืนยันว่าการมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดย Pengpid & Peltzer (2022) พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนอย่างสม่ำเสมอมีระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่า มีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า และมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่ากลุ่มที่แยกตัวออกจากสังคม โดย Liang (2024) พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและกิจกรรมอาสาสมัครช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดความโดดเดี่ยว และส่งผลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในทำนองเดียวกัน Levasseur et al. (2010) พบว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนอย่างต่อเนื่องช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต ความสามารถในการปรับตัว และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ

2.5 การเผชิญหน้ากับความตาย ความรู้สึก ความวิตกกังวล และการยอมรับต่อความตายและกระบวนการก่อนเสียชีวิต งานวิจัยของ Gómez-Batiste et al. (2017) พบว่าผู้สูงอายุที่สามารถยอมรับความตายได้และมีการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ มีระดับคุณภาพชีวิตและสุขภาวะทางจิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลต่อความตายสูง ทั้งนี้การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนสามารถช่วยลดความกลัวและเพิ่มการยอมรับต่อความตายได้ โดย Wen et al. (2022) พบว่าผู้สูงอายุที่มีการเตรียมความพร้อมด้านจิตวิญญาณและมีการพูดคุยเกี่ยวกับการดูแลระยะท้ายของชีวิต มีระดับความวิตกกังวลต่อความตายต่ำกว่าและมีคุณภาพชีวิตสูงกว่า นอกจากนี้ Glushich et al. (2025) พบว่าการยอมรับความตายและการมีความหมายในชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความทุกข์ทางจิตใจและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2.6 การมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รักหรือบุคคลใกล้ชิด การได้รับความรัก ความผูกพัน ความเข้าใจ และการสนับสนุนทางอารมณ์จากบุคคลสำคัญในชีวิต งานวิจัยของ Liang (2024) พบว่าผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับคู่สมรส ครอบครัว หรือบุคคลที่ไว้วางใจ มีระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่าและมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า เนื่องจากความสัมพันธ์ที่ดีช่วยเสริมสร้างความมั่นคง

ทางอารมณ์และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดย Antonucci et al. (2014) พบว่าความสัมพันธ์ที่อบอุ่นกับสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนสนิทช่วยส่งเสริมสุขภาวะทางจิต ลดความเหงา และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ขณะที่ Abaei & Martin (2026) พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากคู่สมรสหรือบุคคลใกล้ชิดมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตและคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นในวัยสูงอายุ

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นแนวคิดเชิงพหุมิติที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และอารมณ์ โดยองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านของ WHOQOL-OLD มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ ทั้งนี้งานวิจัยร่วมสมัยชี้ให้เห็นว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายทางสังคม มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความสามารถด้านการรับรู้ ความเป็นอิสระ การมีส่วนร่วมทางสังคม และความมั่นคงทางอารมณ์ อันนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ดังนั้น การพัฒนารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมจึงอาจเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างยั่งยืน

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ

World Health Organization (2007) ได้เสนอกรอบแนวคิดและรูปแบบการพัฒนาชุมชนและเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (Age-friendly Community) โดยระบุว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สังคม และระบบบริการในพื้นที่ เช่น การคมนาคมที่ปลอดภัย ที่อยู่อาศัยเหมาะสม พื้นที่สาธารณะ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน และการเข้าถึงบริการสุขภาพ รายงานชี้ว่า หากชุมชนออกแบบระบบรองรับผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้นานขึ้น ลดภาระครอบครัว และมีสุขภาวะดีขึ้น

World Health Organization (2015) ได้เผยแพร่รายงาน เรื่อง World Report on Ageing and Health ซึ่งถือเป็นเอกสารสำคัญที่เปลี่ยนกรอบคิดด้านผู้สูงอายุจากแนวทางเดิมที่เน้นการไม่มีโรคหรือการชะลอความเสื่อม ไปสู่แนวคิดใหม่ คือ Healthy Ageing หรือการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ โดยให้ความสำคัญกับความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และสามารถทำสิ่งที่บุคคลเห็นว่าสำคัญต่อชีวิตได้อย่างต่อเนื่อง แม้จะมีโรคเรื้อรังหรือข้อจำกัดทางกายก็ตาม ข้อเสนอเหล่านี้สะท้อนว่า การพัฒนารูปแบบการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยการบูรณาการหลายภาคส่วน ทั้งด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และการบริหารท้องถิ่น โดยเฉพาะ “รัฐบาลท้องถิ่น” ซึ่งเป็นหน่วยงานใกล้ชิดประชาชนที่สุด ควรมีบทบาทสำคัญในการวางแผนเชิงรุก การจัดบริการชุมชน การสนับสนุนครอบครัวผู้ดูแล และการสร้างสภาพแวดล้อมเอื้อต่อการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ

OECD (2025) องค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา ได้ทำการวิจัยเรื่อง รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุในหลายประเทศ พบว่า การมีระบบดูแลที่เชื่อมโยงจากบ้าน ชุมชน และสถานพยาบาล สามารถลดการนอนโรงพยาบาลซ้ำ ลดค่าใช้จ่ายระยะยาว และเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ รายงานเสนอว่า ควรมีผู้ประสานการดูแล (Care Coordinator), ฐานข้อมูลร่วม และรูปแบบการทำงานข้ามหน่วยงาน

บุญส่ง หาญพานิช (2546) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความรู้ในสถาบันอุดมศึกษาไทย โดยดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวความคิดเกี่ยวกับธรรมชาติความรู้ องค์ความรู้ และการบริหารจัดการศึกษาของไทย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารจัดการความรู้ กระบวนการจัดการความรู้ โครงสร้างพื้นฐานของการบริหารจัดการความรู้ โดยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์อธิการบดี และการสอบถามผู้บริหารระดับผู้อำนวยการขึ้นไป 2) การจัดทำร่างรูปแบบการบริหารการจัดการความรู้ในสถาบันอุดมศึกษาไทย โดยนำผลสรุปจากการวิเคราะห์ สาระจากการสัมภาษณ์อธิการบดีและจากการวิเคราะห์แบบสอบถาม นำมาสรุปเป็นข้อค้นพบเพื่อใช้เป็นฐานในการสร้างร่างรูปแบบการบริหารจัดการความรู้ในสถาบันอุดมศึกษาไทย และ 3) การตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการบริหารจัดการความรู้ในสถาบันอุดมศึกษาไทยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นจึงปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการบริหารจัดการความรู้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

กฤษณผล จันทร์พรหม (2548) ได้ทำวิจัยเรื่อง การศึกษารูปแบบมหาวิทยาลัยเสมือนจริงที่เหมาะสมสำหรับสถาบันอุดมศึกษาในประเทศไทย โดยดำเนินการวิจัยเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบมหาวิทยาลัยเสมือนจริง โดยศึกษาหลักการ แนวคิด ทฤษฎีจากเอกสาร ตำรา บทความวิจัย ฐานข้อมูลอินเทอร์เน็ตออนไลน์ทั้งในและต่างประเทศ และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับมหาวิทยาลัยเสมือนจริง 2) การสังเคราะห์รูปแบบองค์ประกอบโครงสร้างของรูปแบบมหาวิทยาลัยเสมือนจริง โดยนำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 มาสร้างเป็นรูปแบบมหาวิทยาลัยเสมือนจริง 3) การพัฒนารูปแบบมหาวิทยาลัยเสมือนจริง โดยใช้กระบวนการวิจัยแบบเดลฟายเพื่อรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ 10 คน จำนวน 3 รอบ และ 4) การทดสอบความเหมาะสมของรูปแบบมหาวิทยาลัยเสมือนจริง สำหรับสถาบันอุดมศึกษาในประเทศไทยที่พัฒนาขึ้นในขั้นตอนที่ 3 มาจัดทำเป็นแบบสอบถามเพื่อนำไปสำรวจความคิดเห็นของผู้บริหารสถาบันอุดมศึกษาเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบ หลังจากนั้นจึงกำหนดรูปแบบมหาวิทยาลัยเสมือนจริงที่เหมาะสมสำหรับสถาบันอุดมศึกษาในประเทศไทย

ชนกนารถ ชื่นเชย (2550) ได้ทำการวิจัยเรื่อง รูปแบบการจัดการศึกษาต่อเนื่องในสถาบันอุดมศึกษาเอกชน โดยดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การวิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบการศึกษาต่อเนื่องสำหรับสถาบันอุดมศึกษาเอกชน โดยศึกษาวิเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่

เกี่ยวข้อง 2) การนำข้อมูลจากการศึกษามาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อพัฒนาเป็นกรอบของรูปแบบในการจัดการศึกษาต่อเนื่องของสถาบันอุดมศึกษาเอกชน 3) การศึกษาความเหมาะสมและเป็นไปได้โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาต่อเนื่องในสถาบันอุดมศึกษา จำนวน 19 คน โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย และ 4) การตรวจสอบประสิทธิภาพและความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการศึกษาต่อเนื่องในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนที่พัฒนาขึ้นในขั้นตอนที่ 3 มาจัดทำเป็นแบบสอบถามเพื่อนำไปใช้สำรวจความคิดเห็นของผู้บริหารสถาบันอุดมศึกษาเอกชนเกี่ยวกับความเหมาะสมขององค์ประกอบของรูปแบบการจัดการศึกษาต่อเนื่อง หลังจากนั้นจึงกำหนดรูปแบบการจัดการศึกษาต่อเนื่องจากองค์ประกอบที่พัฒนาขึ้น

วาโร เพ็งสวัสดิ์ (2553) ได้ศึกษาถึงการวิจัยพัฒนารูปแบบ พบว่า รูปแบบ หมายถึง กรอบความคิดทางด้านหลักการ วิธีการดำเนินงาน และเกณฑ์ต่าง ๆ ของระบบ ที่สามารถยึดถือเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้ การแบ่งประเภทของรูปแบบจะขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการอธิบายรูปแบบนั้น ๆ ส่วนการกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบว่า จะประกอบด้วยอะไร จำนวนเท่าใด มีโครงสร้างและความสัมพันธ์กันอย่างไร ขึ้นอยู่กับปรากฏการณ์ ปัจจัยหรือตัวแปรต่าง ๆ ที่กำลังศึกษา ซึ่งจะออกแบบตามแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัย และหลักการพื้นฐานในการกำหนดรูปแบบนั้น ๆ เป็นหลัก จากการศึกษาแนวคิดและกระบวนการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบสามารถสรุปได้ว่าการพัฒนารูปแบบแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างหรือพัฒนารูปแบบ และ 2) การตรวจสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ

รักษ์นรินทร์ แก้วศรีมา และคณะ (2560) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท พบว่า การพัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบโดยใช้กระบวนการพัฒนา 6 ขั้นตอน ซึ่งสามารถนำรูปแบบการจัดบริการแพทย์ฉุกเฉินให้กับประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ โดยมีเทศบาลตำบลเป็นผู้จัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเป็นรูปธรรม ในห่วงเวลาศึกษาทุกขั้นตอนของการพัฒนารูปแบบเกิดผลดีต่อชุมชน คือ เกิดการเรียนรู้การพัฒนางานการแพทย์ฉุกเฉินของท้องถิ่น เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมพัฒนาและประเมินผล ทั้งเรียนรู้สภาพปัญหาและร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ที่จะกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะในการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

นันท์นภัส สุจิมา (2561) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการฐานข้อมูลผู้สูงอายุสำหรับพื้นที่สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท กรณีศึกษาเทศบาลตำบลหนองผึ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า รูปแบบประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ข้อมูลเบี้ยยังชีพ คำนวณเบิกจ่ายเบี้ยยังชีพ และนำเสนอรายงานด้านเบี้ยยังชีพ 2) ข้อมูลสุขภาพ จัดเก็บข้อมูลสุขภาพ และ

นำเสนอรายงานสรุปข้อมูลสุขภาพ และ 3) ข้อมูลการเข้าร่วมกิจกรรม จัดเก็บข้อมูลการเข้าร่วมกิจกรรม และนำเสนอรายงานการเข้าร่วมกิจกรรม จากการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบพบว่ารูปแบบที่สร้างขึ้นสามารถนำเสนอสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ต่อการทำงานด้านข้อมูลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพอันดับสูงสุด (Mean = 4.64, SD. = 0.5) โดยซอฟต์แวร์ฐานข้อมูลเป็นการพัฒนาผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต เนื่องจากตอบสนองการทำงานแบบบูรณาการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถบูรณาการงานทั้งหมดเข้าไว้ด้วยกันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานสำหรับพนักงานระดับปฏิบัติการ และนำเสนอสารสนเทศในรูปแบบรายงาน หรือส่วนเฝ้าระวังสำหรับผู้บริหาร

ดาเรศ เพชรสงค์ (2567) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลนาสาร อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า การส่งเสริมเครือข่ายผู้สูงอายุ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงกับพื้นที่อื่น ๆ ยังมีค่อนข้างน้อย ด้วยข้อแตกต่างของสภาพของแต่ละชุมชนท้องถิ่น การเข้าถึงบริการสุขภาพ การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมให้กับชุมชน ครอบครัวและผู้สูงอายุให้มีความพร้อมและร่วมกันพัฒนางานผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ตลอดจนงบประมาณที่ได้รับจัดสรรเพื่อปรับสภาพแวดล้อมในชุมชนเพื่อให้รองรับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

สุวรรณา อักขระ (2568) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม พบว่า องค์ประกอบของกระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนเกี่ยวข้องกับการประเมินบริบท พื้นที่และสถานการณ์ปัญหาเครือข่ายในชุมชน บทบาทหน้าที่และกลไก กิจกรรมการพัฒนาที่ครอบคลุมแบบองค์รวม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน โดยการให้บริการผู้สูงอายุต้องเป็นการให้บริการแบบองค์รวมที่มีการผสมผสานการบริการ สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของผู้สูงอายุ โดยทุกภาคส่วนแบ่งบทบาทหน้าที่ชัดเจน เพื่อให้การช่วยเหลือได้ครอบคลุมในทุก ๆ ด้าน

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่า การสร้างรูปแบบที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบ เริ่มจากการศึกษาสถานการณ์จริง วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของพื้นที่ การเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมการออกแบบองค์ประกอบของรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบท การตรวจสอบความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญ และการทดลองใช้จริงก่อนนำไปขยายผล ทั้งนี้ รูปแบบที่ประสบความสำเร็จมักมีลักษณะสำคัญ คือ มีความเป็นระบบ มีความยืดหยุ่น ใช้ได้จริง และสามารถประเมินผลได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยเพื่อใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Method) ระยะที่ 2 เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) ได้แก่

1.1 ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สภาพความเป็นอยู่ อาชีพ แหล่งรายได้ ความเพียงพอของแหล่งรายได้ ระดับการศึกษา ภาระรับผิดชอบในครอบครัว ลักษณะครอบครัว ข้อมูลด้านสุขภาพและโรคประจำตัว

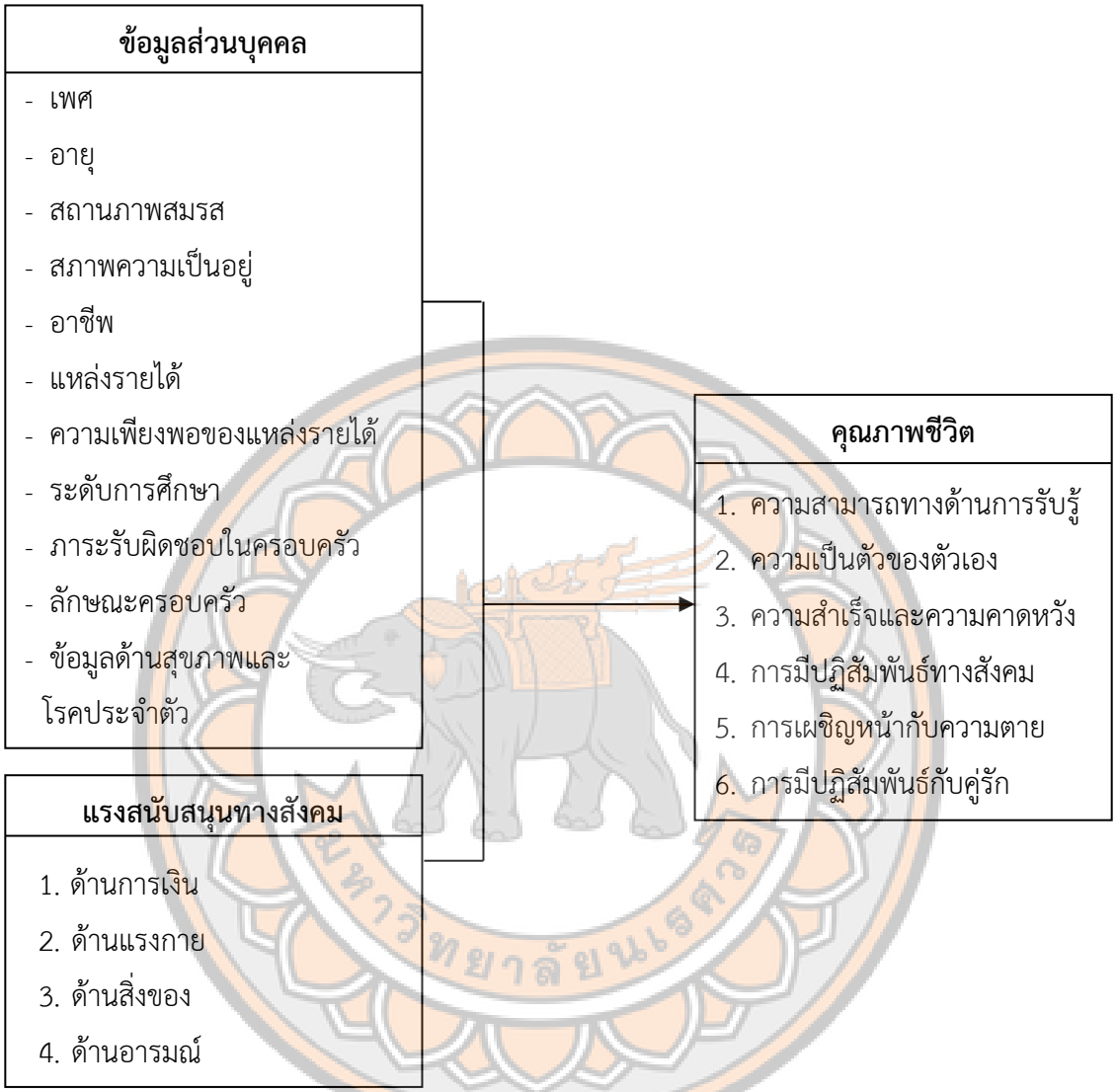
1.2 ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการเงิน ด้านแรงกาย ด้านสิ่งของ และด้านอารมณ์ จำแนกตามแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม 3 กลุ่ม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จากเพื่อน และจากแหล่งอื่น ๆ

2. ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ได้แก่

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถด้านการรับรู้ ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ด้านความสำเร็จและความคาดหวัง ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ด้านการเผชิญหน้ากับความตาย และด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก

โดยมีรายละเอียดดังภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัยเชิงปริมาณ ระยะที่ 2

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัยเชิงปริมาณ ระยะที่ 2

จากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยพบว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นประเด็นที่มีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับหลายมิติ ทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และระบบบริการสาธารณะ อีกทั้งยังได้รับอิทธิพลจากแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ชุมชน หน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ดังนั้น การยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องอาศัยแนวทางการพัฒนาเชิงระบบที่บูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนอย่างเป็นรูปธรรม

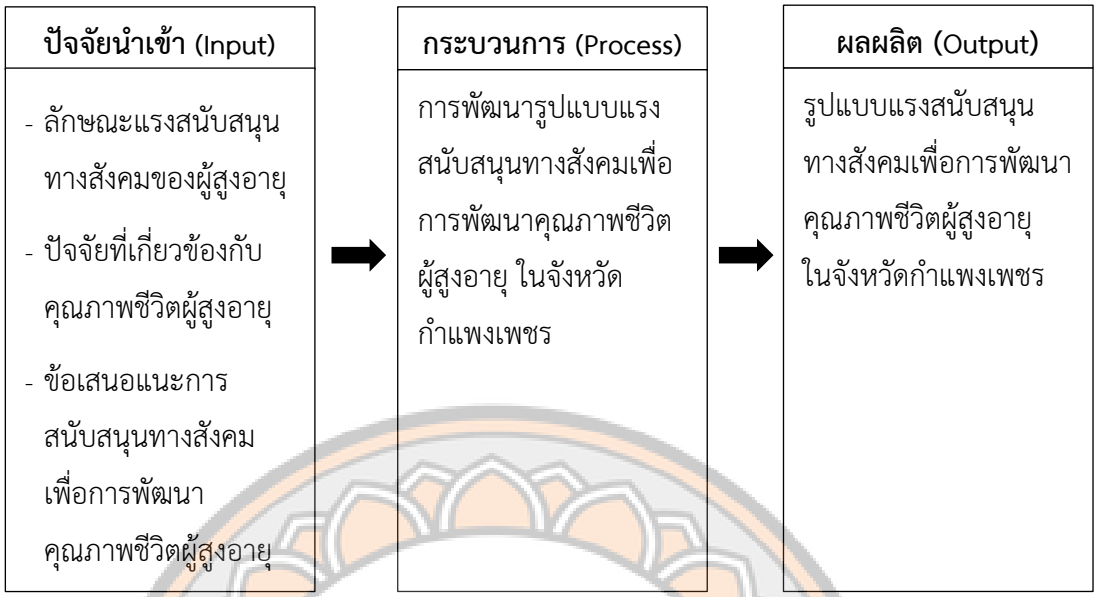
ผู้วิจัยได้ศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม แนวคิดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แนวคิดการพัฒนารูปแบบ การมีส่วนร่วมของชุมชน ตลอดจนงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัย แล้วนำมาสังเคราะห์ร่วมกับบริบทพื้นที่ตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ ทฤษฎีระบบของ Kast & Rosenzweig (1985) เป็นกรอบแนวคิดหลักในการอธิบายปรากฏการณ์และกำหนดทิศทางการวิจัย โดยมองการพัฒนารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมในลักษณะของระบบที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Output) ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ปัจจัยนำเข้า (Input) ประกอบด้วย ลักษณะแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และข้อเสนอแนะการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งถือเป็นข้อมูลตั้งต้นที่สะท้อนสภาพปัญหา ศักยภาพ และความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน

2. กระบวนการ (Process) ได้แก่ การพัฒนารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยอาศัยกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก และการสังเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่จังหวัดกำแพงเพชร

3. ผลผลิต (Output) คือ การได้มาซึ่งรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ที่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ สามารถนำไปใช้ได้จริงและเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระดับชุมชนอย่างยั่งยืน

โดยมีรายละเอียดดังภาพ 2 กรอบแนวคิดภาพรวมการดำเนินงานวิจัย



ภาพ 2 แสดงกรอบแนวคิดภาพรวมการดำเนินงานวิจัย

บทที่ 3

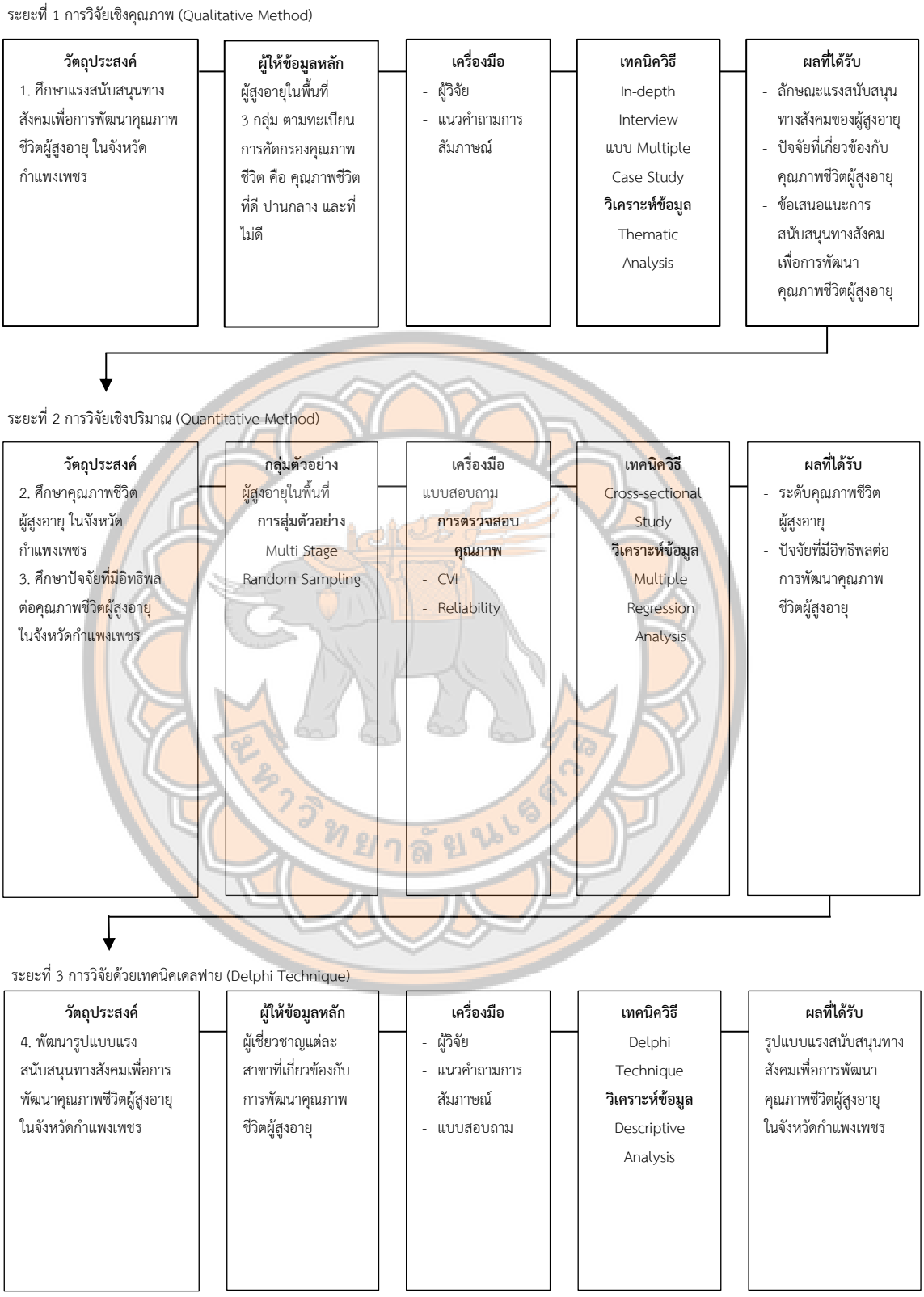
วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methods) แบบแผนเชิงสำรวจบุกเบิก (Exploratory Sequential Design) เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) แบบ Multiple Case Study ในการศึกษาระยะที่ 1 เพื่อศึกษาข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร จากนั้นนำผลที่ได้ร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไปสู่การศึกษาในระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Method) ด้วยวิธีการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร และนำข้อมูลที่ได้มาทำการศึกษาต่อในระยะที่ 3 การวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) เพื่อพัฒนารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร โดยแบ่งกระบวนการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร โดยการศึกษาเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

ระยะที่ 2 ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดกำแพงเพชร โดยการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยวิธีการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) ใช้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะแรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ระยะที่ 3 พัฒนารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดกำแพงเพชร โดยใช้การวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) จากการระดมความเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และแนวทางการสนับสนุนที่ผู้สูงอายุต้องการ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังภาพ 3



ภาพ 3 แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) แบบพหุกรณีศึกษา (Multiple Case Study) โดยได้วางแผนการวิจัยเกี่ยวกับพื้นที่ในการศึกษา ผู้ให้ข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

พื้นที่ศึกษา ตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร

ผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ด้วยเทคนิค Intensive Qualitative Sampling จากข้อมูลตามทะเบียนการคัดกรองคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยกองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 15 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน 5 คน ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง จำนวน 5 คน และผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี จำนวน 5 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึก

1. มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร ไม่น้อยกว่า 5 ปี
2. มีการรับรู้สติสัมปชัญญะดี
3. สามารถสื่อภาษาไทย หรือภาษาท้องถิ่นได้เข้าใจ
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึก

1. ไม่สามารถให้ข้อมูลการวิจัยตลอดการสัมภาษณ์ได้
2. ขอถอนตัวระหว่างการสัมภาษณ์

เทคนิควิธีดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล (Individual Interviews)

วัสดุที่ใช้ในการดำเนินงาน เทปบันทึกเสียง คอมพิวเตอร์และแผ่นบันทึกข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ ในขั้นตอนนี้มีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ตัวผู้วิจัย และแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม และแนวทางปฏิบัติด้านการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่

ส่วนที่ 1 แนวคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

1. สุขภาพของผู้สูงอายุ การมีโรคประจำตัว การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกายและการออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน

1.1 ท่านคิดว่า สุขภาพของท่านเป็นอย่างไร ท่านมีโรคประจำตัวอะไรบ้าง ท่านสามารถอยู่กับโรคเหล่านั้นอย่างเป็นปกติสุขหรือไม่ อย่างไร

1.2 ในแต่ละวันท่านได้ขยับร่างกายหรือออกกำลังกายบ้างหรือไม่ อย่างไร ท่านคิดว่าสภาพการเคลื่อนไหวร่างกายของท่านอยู่ในระดับใด เพราะเหตุใด

2. สภาพความเป็นอยู่ในครอบครัว ค่าใช้จ่ายประจำวันและการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว และลักษณะที่อยู่อาศัย

2.1 ท่านคิดว่า ตัวท่านมีปัญหาอะไรบ้างในครอบครัว

2.2 ท่านคิดว่า สภาพความเป็นอยู่ของตัวท่านเป็นอย่างไร ท่านมีภาระค่าใช้จ่ายพอเพียงหรือไม่ อย่างไร

3. ลักษณะการมีส่วนร่วมและการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุกับครอบครัว และในชุมชน/หมู่บ้าน

3.1 ท่านคิดว่า สถานภาพของผู้สูงอายุในชุมชนของท่านเป็นอย่างไร

3.2 ท่านคิดว่า ในชุมชนของท่านผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมมากน้อยเพียงใด

4. การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความช่วยเหลือ หรือการจัดสวัสดิการต่าง ๆ การอำนวยความสะดวกจากภาครัฐ องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น และองค์กรภาคเอกชนให้แก่ผู้สูงอายุ

4.1 รัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดสวัสดิการช่วยเหลือคุ้มครองอะไรบ้าง และท่านมีความคิดเห็นอย่างไร

4.2 ท่านได้รับข้อมูลข่าวสาร การอำนวยความสะดวก จากภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรภาคเอกชน อะไรบ้าง อย่างไร

5. สภาพสิ่งแวดล้อม หรือสิ่งรบกวนต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน หรือสภาพปัญหาในครอบครัวผู้สูงอายุ

5.1 ท่านคิดว่า ลักษณะที่อยู่อาศัยของท่านมีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร ในครอบครัวและชุมชนของท่าน มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร

5.2 บริเวณบ้านเรือนหรือที่พักอาศัยของท่าน มีสภาพอากาศเป็นอย่างไร เหมาะสมหรือไม่ มีสิ่งรบกวนความเป็นอยู่ของท่านหรือไม่ อย่างไร

5.3 บ้านเรือนหรือที่พักอาศัยของท่าน มีความปลอดภัยจากโจรผู้ร้าย อาชญากรรมหรือไม่ อย่างไร

6. ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน

6.1 ท่านคิดว่า มีปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

6.2 ท่านมีข้อเสนอแนะหรือแนวทางต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนอย่างไรบ้าง

ส่วนที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

1. เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพ หรือมีเรื่องกังวลใจ มีใครเป็นผู้ให้คำแนะนำปรึกษา หรือช่วยเหลือแก่ท่าน

2. ท่านได้รับคำแนะนำเรื่อง การรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม จากใครบ้าง อย่างไร

3. ท่านได้รับความรู้และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จากใครบ้าง อย่างไร

4. ท่านมีความพึงพอใจอย่างไร ต่อการช่วยเหลือดูแลจากรัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

5. ท่านได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมด้านการดูแลสุขภาพจากหน่วยงานใดบ้าง อย่างไร

6. ท่านได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ (เช่น การออกกำลังกาย การคมนาคม การสื่อสาร ฯลฯ) จากหน่วยงานใดบ้าง อย่างไร

7. ท่านผูกมิตรหรือเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนบ้าน ชมรมผู้สูงอายุ และคนอื่น ๆ ในชุมชนหรือไม่ อย่างไร

8. ท่านเข้าร่วมกลุ่มต่าง ๆ เช่น ชมรม กลุ่ม กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ สภากาแฟ หรือสถาบันต่าง ๆ ในชุมชนหรือไม่ อย่างไร

9. ท่านมีความเห็นอย่างไร ต่อการช่วยเหลือดูแลของกลุ่ม/ชมรม/หน่วยงานรัฐ/เอกชน ต่อผู้สูงอายุในชุมชน

10. ท่านเข้าร่วมทำกิจกรรมทางสังคม เช่น การประชาคมหมู่บ้าน ประชุมกองทุนต่าง ๆ ร่วมกับเพื่อนบ้าน ชุมชน หมู่บ้าน และท้องถิ่นหรือไม่ อย่างไร

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในขั้นตอนการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. หลังผ่านการอนุมัติรับรองโครงการวิจัยจากสำนักงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากมหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยได้ประสานองค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร และหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

2. ผู้วิจัยประสานพื้นที่ เพื่อนัดหมายอาสาสมัครในการเก็บข้อมูลด้วยตัวเอง และผ่านทางผู้ประสานงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. ขั้นตอนการลงเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลแก่อาสาสมัครเกี่ยวกับโครงการวิจัยตามเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครในโครงการวิจัย (AF 04-10/2.0) ภายหลังรับทราบได้ให้เซ็นใบยินยอมให้ข้อมูลตามหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (AF 05-10/1.0)

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล (Individual Interviews) และการสังเกตอย่างเหมาะสม โดยก่อนเก็บข้อมูลได้ดำเนินการแนะนำตัวเอง และขออนุญาตบันทึกเทปเสียง และเริ่มสัมภาษณ์จนครบประเด็นโดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

5. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาจำแนกโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประเด็น (Thematic Analysis) เพื่อนำมาใช้ในการแยกแยะข้อมูล การสร้างรหัสข้อมูล จัดกลุ่มข้อมูล โดยเริ่มจากการสร้างความคุ้นเคยกับข้อมูลด้วยการอ่านบันทึกจากการถอดเทปการสัมภาษณ์เชิงลึกอย่างละเอียด คำต่อคำ บรรทัดต่อบรรทัด แล้วจึงทำการสร้างรหัสข้อมูลด้วยการจัดกลุ่มข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ ต่อมาจึงทำการสร้างประเด็นโดยจะทำการวิเคราะห์รหัสข้อมูลและพิจารณารหัสข้อมูลที่เหมือนกันเข้าไว้ด้วยกัน แล้วจึงทำการทบทวนประเด็นด้วยการรวบรวมประเด็นเดียวกันเข้าไว้ด้วยกันและแยกประเด็นที่ต่างกันรวมกลุ่มไว้ เพราะอาจมีบางประเด็นที่ทับซ้อนกัน ขั้นตอนต่อมาเป็นการกำหนดและตั้งชื่อประเด็น ในขั้นตอนนี้จะได้ประเด็นที่ผ่านการกลั่นกรองและจัดหมวดหมู่แล้วซึ่งจะทำให้มองเห็นภาพรวมทั้งหมด และขั้นตอนสุดท้ายเป็นการจัดทำรายงาน (สุภาภรณ์ สุดหนองบัว, 2561)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) (สุภางค์ จันทวานิช, 2553) ได้แก่ การตรวจสอบข้อมูลก่อนการวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ความครบถ้วน และคุณภาพของข้อมูล โดยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ซึ่งมีวิธีการที่นำมาใช้ในการวิจัยนี้ 3 แบบ (Denzin, 1970; สุภาภรณ์ สุดหนองบัว, 2561) ดังนี้

1. ด้านแหล่งข้อมูล (Data Triangulation) คือ การตรวจสอบข้อมูลในลักษณะต่างเวลา ต่างสถานที่ ต่างบุคคล ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลที่ได้รับจะเหมือนเดิมหรือไม่

2. ด้านผู้วิจัย (Investigation Triangulation) คือ การตรวจสอบข้อมูลโดยการใช้ผู้วิจัยที่แตกต่างกันในการเก็บรวบรวมข้อมูล จะได้ข้อมูลต่างกันอย่างไร

3. ด้านทฤษฎี (Theory Triangulation) คือ การตรวจสอบข้อมูลโดยใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม แนวคิดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และทฤษฎีระบบในการตีความข้อมูล

ผลที่ได้รับในระยะที่ 1 คือ ลักษณะแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และข้อเสนอแนะการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร

ระยะที่ 2 ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร

จากผลการศึกษาในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคมและการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สภาพความเป็นอยู่ อาชีพ แหล่งรายได้ ความเพียงพอของแหล่งรายได้ ระดับการศึกษา ภาระรับผิดชอบในครอบครัว ลักษณะครอบครัว ข้อมูลด้านสุขภาพและโรคประจำตัว 2) แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ด้านการเงิน ด้านแรงกาย ด้านสิ่งของ และด้านอารมณ์ และ 3) คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านความสามารถด้านการรับรู้ ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ด้านความสำเร็จและความคาดหวัง ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ด้านการเผชิญหน้ากับความตาย และด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงปริมาณ ด้วยวิธีการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร โดยได้กำหนดพื้นที่ในการศึกษา ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และการวิเคราะห์ข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

พื้นที่ศึกษา ตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร

ประชากรที่ศึกษา ในการศึกษาครั้งนี้มีประชากรที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 2,372 คน

การกำหนดขนาดของตัวอย่าง เนื่องจากทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน ดังนั้นขนาดตัวอย่างสามารถคำนวณได้จากสูตรประมาณค่าเฉลี่ย ทราบขนาดตัวอย่างแบบ Estimating Finite Population Mean ของ Wayne โดยกำหนดระดับค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และระดับค่าความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 5 (Wayne, 1995)

$$n = \frac{N\sigma^2 Z^2_{1-\alpha/2}}{d^2(N-1) + \sigma^2 Z^2_{1-\alpha/2}}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนประชากรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 2,372 คน

σ = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากร มีค่าเท่ากับ 0.50

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้สูงสุด มีค่าเท่ากับ 0.05

z = ค่า z ที่ระดับความเชื่อมั่นหรือระดับนัยสำคัญ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ระดับนัยสำคัญ 0.05 มีค่า z = 1.96

แทนค่าในสูตรดังนี้

$$n = \frac{2{,}372\ (0.50)^2\ (1.96)^2}{0.05^2\ (2{,}372\text{-}1) + (0.50)^2\ (1.96)^2}$$

= 330.73 คน

ใช้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 331 คน จึงจะสามารถประเมินค่าร้อยละ โดยมีความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% เพื่อป้องกันการตกหล่นหรือสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง และเพื่อไม่ให้กลุ่มตัวอย่างส่งผลกระทบโดยตรงในการสรุปผล ผู้วิจัยจึงได้ปรับขนาดตัวอย่างเผื่อสูญเสียหรือมีการถอนตัว (Drop out) ร้อยละ 10 โดยใช้สูตรปรับขนาดตัวอย่าง (ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์, 2556) ดังนี้

สูตร $n_{adj} = \frac{n}{1 - R}$

กำหนดให้

n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณ

n_{adj} = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

R = สัดส่วนการสูญเสียจากการติดตาม ร้อยละ 10

แทนค่าในสูตรดังนี้

$$n_{adj} = \frac{331}{1 - 10}$$

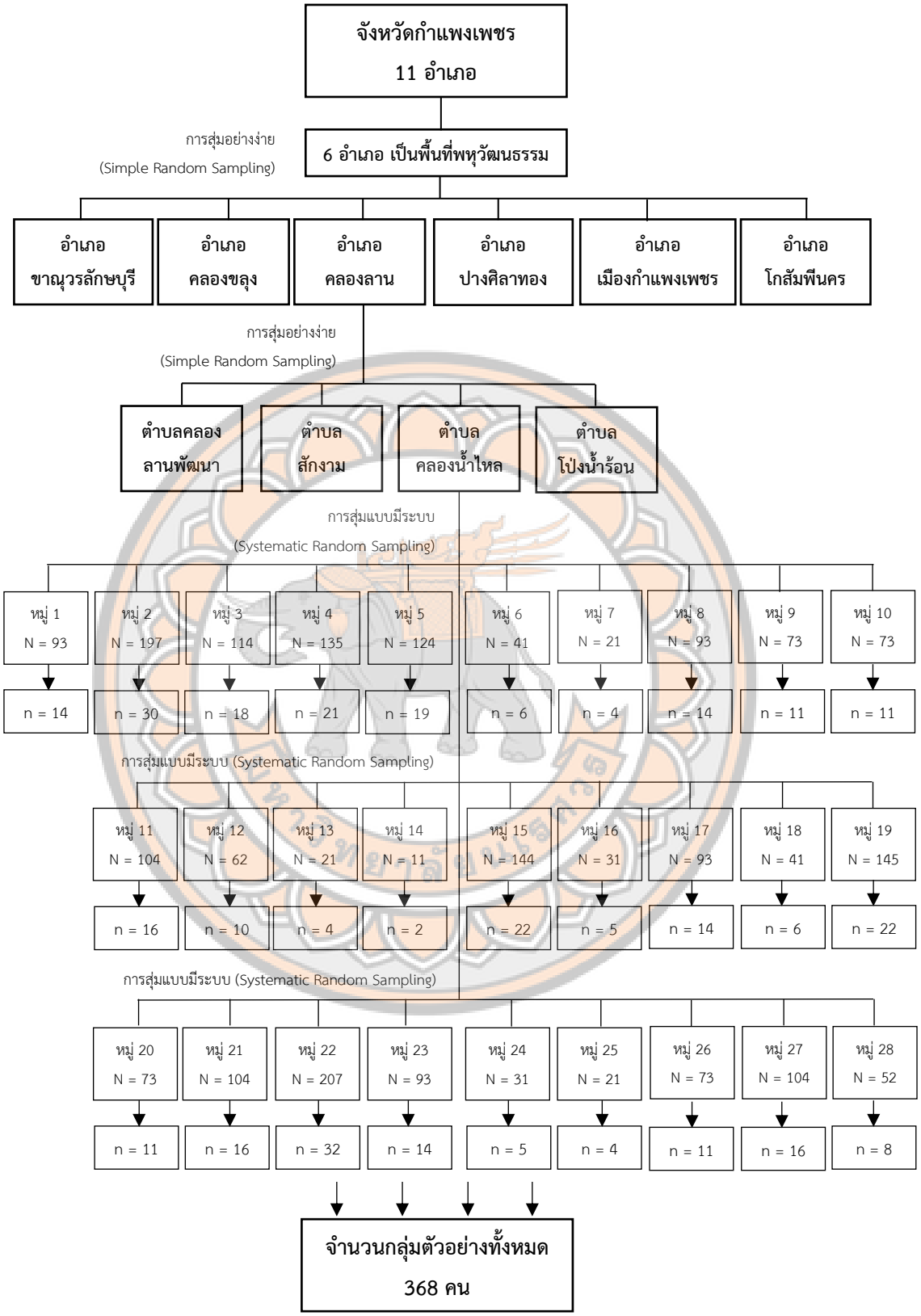
= 36.78 คน

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้ต้องเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 37 ตัวอย่าง รวมเป็น 368 ตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 368 คน โดยได้แบบสอบถามคืนและข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน 365 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับ (Response Rate) ร้อยละ 99.18

การสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. สุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) โดยทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ในพื้นที่พหุวัฒนธรรมที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์และวัฒนธรรม ประกอบด้วย 6 อำเภอ สุ่มมา 1 อำเภอ หลังจากนั้นทำการสุ่มในระดับตำบล 1 ตำบล จากอำเภอที่สุ่มได้ รายละเอียดดังภาพ 4



ภาพ 4 แสดงขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

2. สุ่มอย่างมีระบบ (Systematic Random Sampling) โดยสุ่มจากกรอบตัวอย่าง (Sampling Frame) ตามทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่จริงในแต่ละหมู่บ้าน จำแนกตามสัดส่วนการคำนวณกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 แสดงดังตารางที่ 1

ตาราง 1 แสดงประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายหมู่บ้าน

หมู่ที่	หมู่บ้าน	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
1	บ้านคลองน้ำไหลเหนือ	93	14
2	บ้านคลองน้ำไหล	197	30
3	บ้านแม่สอด	114	18
4	บ้านท่าช้าง	135	21
5	บ้านมอมะปรางทอง	124	19
6	บ้านบึงหล่ม	41	6
7	บ้านคลองใหญ่ใต้	21	4
8	บ้านสุขสำราญ	93	14
9	บ้านคลองพลู	73	11
10	บ้านมอเศรษฐี	73	11
11	บ้านคลองปิ่นโต	104	16
12	บ้านทุ่งหญ้าคา	62	10
13	บ้านคลองหัวแหวน	21	4
14	บ้านใหม่ชัยทอง	11	2
15	บ้านศรีดอนชัย	144	22
16	บ้านสามัคคีธรรม	31	5
17	บ้านรวงผึ้งพัฒนา	93	14
18	บ้านไร่อุดม	41	6
19	บ้านชัยมงคล	145	22
20	บ้านใหม่วงค์เจริญ	73	11
21	บ้านคลองน้ำไหลเหนือพัฒนา	104	16
22	บ้านหนองปลาไหล	207	32
23	บ้านหล่มชัย	93	14
24	บ้านคลองใหญ่ใหม่	31	5
25	บ้านใหม่ศรีสุวรรณ	21	4
26	บ้านบึงทรัพย์เจริญ	73	11
27	บ้านร่มโพธิ์ทอง	104	16
28	บ้านคลองด้วน	52	8
	รวมทั้งสิ้น (คน)	**2,372**	**368**

ขั้นตอนที่ 3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากกรอบตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้าน โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สร้างเลขสุ่ม (Random Number Generator) จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามสัดส่วนที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร ไม่น้อยกว่า 5 ปี
2. สามารถสื่อภาษาไทย หรือภาษาท้องถิ่นได้เข้าใจ
3. มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลตามปกติ
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ขาดการติดต่อขณะดำเนินการวิจัย
2. มีอาการเจ็บป่วยกะทันหันที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้
3. เสียชีวิตก่อนสิ้นสุดการวิจัย
4. ขอถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการค้นคว้าตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหาและผลของการสัมภาษณ์เชิงลึก (ผลจากการวิจัยระยะที่ 1) โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเลือกตอบ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สภาพความเป็นอยู่ อาชีพ แหล่งรายได้ ความเพียงพอของแหล่งรายได้ ระดับการศึกษา ภาระรับผิดชอบในครอบครัว และลักษณะครอบครัว จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพและโรคประจำตัว เป็นการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ สุขภาพกายของผู้สูงอายุ และความสามารถเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. สุขภาพกายของผู้สูงอายุ เป็นแบบเลือกตอบ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและเติมข้อความ

2. ความสามารถเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2555) ร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้ทรงคุณวุฒิได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) จำนวน 10 ข้อ ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

กิจกรรม ADL	Index
1. Feeding การรับประทานอาหาร	0-2
2. Grooming การดูแลหน้าตา	0-1
3. Transfer การลุกจากที่นอน/เตียงไปเก้าอี้	0-3
4. Toilet use การใช้ห้องสุขา	0-2
5. Mobility การเคลื่อนที่ภายในบ้าน	0-3
6. Dressing การสวมเสื้อผ้า	0-2
7. Stairs การขึ้นลงบันได	0-2
8. Bathing การอาบน้ำ	0-1
9. Bowel การกลั้นอุจจาระในสัปดาห์	0-2
10. Bladder การกลั้นปัสสาวะในสัปดาห์	0-2

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยประยุกต์ใช้เครื่องมือวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ที่แปลและปรับคำถามเพื่อให้เหมาะสมกับคนไทย จากแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม (A Social Support Instrument) ของไซเมท และคณะ (Zimet et al., 1988) โดยสุภาภรณ์ สุดหนองบัว (2554) ที่ได้มีการแปลและปรับข้อคำถามเพื่อให้เหมาะสมกับสังคมไทย ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการเงิน ด้านแรงกาย ด้านสิ่งของ และด้านอารมณ์ จำแนกตามแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม 3 กลุ่ม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งอื่น ๆ จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบบ 5 ระดับ โดยแบ่งระดับคะแนน ดังนี้

5 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมากที่สุด

4 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก

3 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง

2 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย

1 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อยที่สุด

การจัดกลุ่มจำแนกระดับ

นำคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมภาพรวมมาจัดกลุ่มจำแนกระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมตามอันตรภาคชั้น แบ่งออกเป็น 3 ระดับ จากคะแนนสูงสุดเท่ากับ 60 คะแนน และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 12 คะแนน ใช้ข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977)

$$\frac{\text{Maximum - Minimum}}{\text{Interval}} = \frac{\text{จำนวนคะแนนสูงสุด – จำนวนคะแนนต่ำสุด}}{\text{อันตรภาคชั้น}}$$

$$= \frac{60 - 12}{3} = 16$$

ด้วยวิธีการดังกล่าวข้างต้น สามารถจัดกลุ่มจำแนกระดับ โดยกำหนดช่วงกลุ่มคะแนนในแต่ละระดับประมาณ 16 คะแนน จึงสามารถแบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคมภาพรวมตามคะแนนที่ได้สามารถแปลความหมายได้ดังนี้

คะแนนระหว่าง 44 – 60 คะแนน หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก

คะแนนระหว่าง 28 – 43 คะแนน หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 12 – 27 คะแนน หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ

แบ่งระดับคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ดังนี้

ตาราง 3 แสดงระดับคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม จำแนกรายด้าน

แรงสนับสนุนทางสังคม	ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม		
	มาก	ปานกลาง	ต่ำ
1. ด้านการเงิน	11-15	7-10	3-6
2. ด้านแรงกาย	11-15	7-10	3-6
3. ด้านสิ่งของ	11-15	7-10	3-6
4. ด้านอารมณ์	11-15	7-10	3-6
แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	**44 – 60**	**28 – 43**	**12 – 27**

ด้านการเงิน ได้แก่ ข้อ 1, 3 และ 6
ด้านแรงกาย ได้แก่ ข้อ 2, 9 และ 11
ด้านสิ่งของ ได้แก่ ข้อ 4, 7 และ 10
ด้านอารมณ์ ได้แก่ ข้อ 5, 8 และ 12

ตาราง 4 แสดงระดับคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามแหล่งของแรงสนับสนุน

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม	ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม		
	มาก	ปานกลาง	ต่ำ
1. จากครอบครัว	16-20	10-15	4-9
2. จากเพื่อน	16-20	10-15	4-9
3. จากแหล่งอื่น ๆ เช่น หน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพ เครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น	16-20	10-15	4-9
แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	**44 – 60**	**28 – 43**	**12 – 27**

จากครอบครัว ได้แก่ ข้อ 3, 4, 8 และ 11
จากเพื่อน ได้แก่ ข้อ 6, 7, 9 และ 12
จากแหล่งอื่น ๆ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5 และ 10

ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-OLD-THAI) ที่สุภาภรณ์ สุดหนองบัว (2555) ได้แปลและปรับข้อคำถามเพื่อให้เหมาะสมกับสังคมไทย ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถด้านการรับรู้ ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ด้านความสำเร็จและความคาดหวัง ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ด้านการเผชิญหน้ากับความตาย และด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก จำนวน 24 ข้อ มีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 17 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 6, 7, 8, 9 และ 10 ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบบ 5 ระดับ โดยแบ่งระดับคะแนน ดังนี้

ข้อคำถามทางบวก	ข้อคำถามทางลบ
ไม่เลย	ให้ 1 คะแนน	ให้ 5 คะแนน
เล็กน้อย	ให้ 2 คะแนน	ให้ 4 คะแนน
ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน	ให้ 3 คะแนน
มาก	ให้ 4 คะแนน	ให้ 2 คะแนน
มากที่สุด	ให้ 5 คะแนน	ให้ 1 คะแนน

การจัดกลุ่มจำแนกระดับ

ผู้วิจัยนำคะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภาพรวมมาจัดกลุ่มจำแนกระดับของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามอันตรภาคชั้น แบ่งออกเป็น 3 ระดับ จากคะแนนสูงสุดเท่ากับ 120 คะแนน และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 24 คะแนน ใช้ข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ Best (1977)

$$\frac{\text{Maximum - Minimum}}{\text{Interval}} = \frac{\text{จำนวนคะแนนสูงสุด – จำนวนคะแนนต่ำสุด}}{\text{อันตรภาคชั้น}}$$

$$= \frac{120 - 24}{3} = 32$$

ด้วยวิธีการดังกล่าวข้างต้น สามารถจัดกลุ่มจำแนกระดับ โดยกำหนดช่วงกลุ่มคะแนนในแต่ละระดับประมาณ 32 คะแนน จึงสามารถแบ่งระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภาพรวมตามคะแนนที่ได้สามารถแปลความหมายได้ดังนี้

คะแนนระหว่าง 90 – 120 คะแนน	หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในระดับที่ดี
คะแนนระหว่าง 57 – 89 คะแนน	หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง
คะแนนระหว่าง 24 – 56 คะแนน	หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในระดับที่ไม่ดี

แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจำแนกตามองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ดังนี้

ตาราง 5 **แสดงระดับคะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำแนกตามองค์ประกอบ**

องค์ประกอบ	ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ		
	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี
1. ด้านความสามารถด้านการรับรู้	16-20	10-15	4-9
2. ด้านความเป็นตัวของตัวเอง	16-20	10-15	4-9
3. ด้านความสำเร็จและความคาดหวัง	16-20	10-15	4-9
4. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	16-20	10-15	4-9
5. ด้านการเผชิญหน้ากับความตาย	16-20	10-15	4-9
6. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก	16-20	10-15	4-9
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวม	**90 – 120**	**57 – 89**	**24 – 56**

ด้านความสามารถด้านการรับรู้ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 10 และ 20

ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ได้แก่ ข้อ 3, 4, 5 และ 11

ด้านความสำเร็จและความคาดหวัง ได้แก่ ข้อ 12, 13, 15 และ 19

ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ได้แก่ ข้อ 14, 16, 17 และ 18

ด้านการเผชิญหน้ากับความตาย ได้แก่ ข้อ 6, 7, 8 และ 9

ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก ได้แก่ ข้อ 21, 22, 23 และ 24

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบและหาคุณภาพเครื่องมือวัดที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 2 ดังนี้

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เพื่อหาความสอดคล้องของข้อคำถามกับแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ เมื่อสร้างแบบสอบถามเสร็จผู้วิจัยได้ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย

1.1 ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จำนวน 1 ท่าน

1.2 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 1 ท่าน

1.3 นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ องค์การบริหารส่วนจังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 1 ท่าน

1.4 ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาและการพัฒนาคุณภาพชีวิต คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จำนวน 1 ท่าน

1.5 นักพัฒนาสังคมชำนาญการ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 1 ท่าน

หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 นำแบบสอบถามพร้อมโครงร่างวิจัย ให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินความสอดคล้องระหว่างคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการของแต่ละข้อคำถาม โดยใช้แบบวัดประเมิน 4 ระดับ ได้แก่

1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเลย

2 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

3 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

ขั้นตอนที่ 2 รวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านมาแจกแจงตามระดับความคิดเห็น 4 ระดับ

ขั้นตอนที่ 3 รวมจำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4

ขั้นตอนที่ 4 หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้สูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

$$= 58/65$$

ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือเท่ากับ 0.89 โดยค่าที่ยอมรับได้ คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 ขึ้นไป (Davis, 1992)

2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุในตำบลจันทิมา อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร เนื่องจากมีบริบทใกล้เคียงกับพื้นที่ศึกษา จำนวน 40 คน โดยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach (Cronbach’s Alpha Coefficients) ได้ค่าเท่ากับ 0.91 ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป (Streiner, 1999)

จากการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

แบบสอบถามประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามด้านคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach (Cronbach's Alpha Coefficients) ได้ค่าเท่ากับ 0.89, 0.92, 0.91 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. หลังจากผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงองค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร เพื่อขออนุญาตทำการวิจัยและเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยประสานงานด้วยตนเองกับองค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร เพื่อแนะนำตัว อธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยเข้าพื้นที่เพื่อเตรียมทีมในพื้นที่และสร้างความคุ้นเคย

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เป้าหมาย จนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด

5. ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

6. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดที่มีข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์มาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและนำมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบขั้นตอน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลที่ได้รับในระยะที่ 2 คือ ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งมีเค้าโครงตามแนวโครงสร้างของแบบสอบถามในด้านข้อมูลส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยจะนำปัจจัยที่ส่งผลจากการวิเคราะห์ทางสถิติ ไปสู่การพัฒนารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร ในระยะที่ 3 ต่อไป

ระยะที่ 3 สร้างรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้มาซึ่งรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi Technique) มีจุดมุ่งหมายเพื่อรับฟังข้อมูลและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และแนวทางการสนับสนุนที่ผู้สูงอายุต้องการ ที่เหมาะสมในการดำเนินงาน โดยได้วางแผนการวิจัยเกี่ยวกับพื้นที่การศึกษา เทคนิควิธีดำเนินการวิจัย ผู้ให้ข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

พื้นที่ศึกษา ตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร

เทคนิควิธีดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi Technique) โดยมีวิธีการดังนี้ คือ

1. กำหนดและเตรียมตัวกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ
2. สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ (รอบที่หนึ่ง) ด้วยตนเอง ณ สถานที่ปฏิบัติงานของผู้เชี่ยวชาญหรือสถานที่ที่ผู้เชี่ยวชาญสะดวก และสำหรับผู้เชี่ยวชาญที่ไม่สะดวกดำเนินการสัมภาษณ์ระบบออนไลน์ ผ่านโปรแกรมสนทนาออนไลน์ที่เป็นภาพเคลื่อนไหว
3. วิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์และสังเคราะห์
4. สร้างรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร
5. ทำเดลฟาย (รอบที่สอง) โดยดำเนินการส่งแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์
6. เขียนรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร
7. ทำเดลฟาย (รอบที่สาม) โดยดำเนินการส่งแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์
8. ตัดสินรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร

ผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยใช้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 19 ท่าน ตามเกณฑ์การกำหนดจำนวนผู้เชี่ยวชาญของ Macmillan (Macmillan, 1971) ที่กล่าวว่าหากผู้เชี่ยวชาญมีจำนวนตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป ค่าความคลาดเคลื่อนจะมีน้อยที่สุด โดยใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละกลุ่มที่กำหนด ได้แก่

1. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 4 ท่าน
2. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เป็นอาจารย์สอนระดับอุดมศึกษา จำนวน 3 ท่าน
3. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 ท่าน
4. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้ปกครองท้องที่ จำนวน 3 ท่าน
5. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เป็นเจ้าหน้าที่พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จำนวน 3 ท่าน
6. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึกดังนี้

1. ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จบการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไปทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ มีประสบการณ์เกี่ยวกับการทำงานด้านผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า 5 ปี ปฏิบัติงานอยู่ในอำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร
2. ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นอาจารย์สอนระดับอุดมศึกษา จบการศึกษาระดับปริญญาเอกขึ้นไปทางวิทยาศาสตร์สุขภาพหรือทางการบริหาร มีประสบการณ์สอนในระดับอุดมศึกษา ไม่น้อยกว่า 5 ปี ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3
3. ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีประสบการณ์ด้านการบริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในอำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร ไม่น้อยกว่า 5 ปี
4. ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้ปกครองท้องที่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีประสบการณ์ในการปกครองท้องที่ ในอำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร ไม่น้อยกว่า 5 ปี
5. ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นเจ้าหน้าที่พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จบการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไปทางด้านสังคมสงเคราะห์ มีประสบการณ์เกี่ยวกับการทำงานด้านสังคมสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า 5 ปี ปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดกำแพงเพชร
6. ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้สูงอายุ ที่อยู่ในตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึกดังนี้

1. ขาดการติดต่อขณะดำเนินการวิจัย เสียชีวิตก่อนสิ้นสุดการวิจัย
2. ขอถอนตัวจากการวิจัย
3. ย้ายสถานที่ปฏิบัติงานออกจากพื้นที่วิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้าง มีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิด

ชุดที่ 2 แบบสอบถามลักษณะมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาระดับความสำคัญ หรือความเป็นไปได้เกี่ยวกับประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา

ชุดที่ 3 แบบสอบถามลักษณะมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ที่มีค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ในแต่ละข้อรายการ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้เปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างระหว่างคำตอบของตนเองและของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญโดยรวม ประกอบการพิจารณาเพื่อตัดสินใจยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบของตนเอง

เทคนิควิธีดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์และการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ ในขั้นตอนนี้มีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่

1. การสร้างเครื่องมือรอบที่ 1

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นความแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 และ 2 นำมากำหนดเป็นกรอบในการสร้างแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างเพื่อนำไปสัมภาษณ์ในรอบที่ 1 ในประเด็นเกี่ยวกับรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ได้แก่

ประเด็นเกี่ยวกับปัจจัยนำเข้า

1. แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร

2. คิดเห็นอย่างไรต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร

3. ทรัพยากรที่จำเป็นต่อการพัฒนารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ควรมีอะไรบ้าง

4. ใครควรจะเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร

ประเด็นเกี่ยวกับกระบวนการ

5. ผู้ที่เกี่ยวข้องดังกล่าวควรมีบทบาทอะไรบ้างในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร

6. ควรบูรณาการแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร อย่างไร

ประเด็นเกี่ยวกับผลลัพธ์

7. ผลของรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร คืออะไรบ้าง

8. ผลสำเร็จของรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร วัดได้จากอะไรบ้างและวัดอย่างไร

ประเด็นเกี่ยวกับรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร

9. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ที่ผ่านมา

10. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร

11. จากข้อมูลการลักษณะแรงสนับสนุนทางสังคม ในระยะที่ 1 และระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระยะที่ 2 ท่านคิดว่าจะสามารถนำมาพัฒนารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ได้อย่างไร

12. ท่านคิดว่ารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ควรเป็นอย่างไร

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในขั้นตอนการพัฒนารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. หลังผ่านการอนุมติรับรองโครงการวิจัยจากสำนักงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากมหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยประสานอาสาสมัครด้วยตนเอง เพื่อนัดหมายเก็บข้อมูล

2. ขั้นตอนการลงเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลแก่อาสาสมัครเกี่ยวกับโครงการวิจัยตามเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครในโครงการวิจัย (AF 04-10/2.0) ภายหลังรับทราบ ได้ให้เซ็นใบยินยอมให้ข้อมูลตามหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (AF 05-10/2.0)

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตอย่างเหมาะสม โดยก่อนเก็บข้อมูลได้ดำเนินการแนะนำตัวเอง และขออนุญาตบันทึกเทปเสียง และเริ่มสัมภาษณ์จนครบประเด็น โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาจำแนกโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อนำมาใช้ในการแยกแยะข้อมูล จัดกลุ่มข้อมูล โดยเริ่มจากการสร้างความคุ้นเคยกับข้อมูลด้วยการอ่านบันทึกจากการถอดเทป การสัมภาษณ์เชิงลึกอย่างละเอียด คำต่อคำ บรรทัดต่อบรรทัด แล้วจึงทำการสร้างรหัสข้อมูลด้วยการจัดกลุ่มข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ ต่อมาจึงทำการสร้างประเด็นโดยจะทำการวิเคราะห์รหัสข้อมูลและพิจารณารหัสข้อมูลที่เหมือนกันเข้าไว้ด้วยกัน แล้วจึงทำการทบทวนประเด็นด้วยการรวบรวมประเด็นเดียวกันเข้าไว้ด้วยกันและแยกประเด็นที่ต่างกันรวมกลุ่มไว้ เพราะอาจมีบางประเด็นที่ทับซ้อนกัน ขั้นตอนต่อมาเป็นการกำหนดและตั้งชื่อประเด็น ในขั้นตอนนี้จะได้ประเด็นที่ผ่านการกลั่นกรองและจัดหมวดหมู่แล้วซึ่งจะทำให้มองเห็นภาพรวมทั้งหมด และขั้นตอนสุดท้ายเป็นการจัดทำรายงาน (สุภาภรณ์ สุดหนองบัว, 2561)

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ในการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) (สุภางค์ จันทวานิช, 2553) ได้แก่ การตรวจสอบข้อมูลก่อนการวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ความครบถ้วน และคุณภาพของข้อมูล โดยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ซึ่งมีวิธีการที่นำมาใช้ในการวิจัยนี้ 2 แบบ (Denzin, 1970; สุภาภรณ์ สุดหนองบัว, 2561) ดังนี้

1. ด้านข้อมูล (Data Triangulation) คือ การตรวจสอบข้อมูลในลักษณะต่างเวลา ต่างสถานที่ ต่างบุคคล ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลที่ได้รับจะเหมือนเดิมหรือไม่
2. ด้านผู้วิจัย (Investigation Triangulation) คือ การตรวจสอบข้อมูลโดยการใช้ผู้วิจัยที่แตกต่างกันในการเก็บรวบรวมข้อมูล จะได้ข้อมูลต่างกันอย่างไร

2. การสร้างเครื่องมือรอบที่ 2

การสร้างแบบสอบถามรอบที่ 2 เรื่อง รูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 19 ท่าน ได้ประมาณว่าแนวโน้มระดับความสำคัญของรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ในแต่ละข้อรายการที่เกิดจากการศึกษาในระยะก่อนหน้านี้ ร่วมกับการสัมภาษณ์ในรอบที่ 1 ในรูปแบบข้อคำถามปลายปิดและมีข้อคำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ข้อเสนอแนะแนวทางและความคิดเห็นเพิ่มเติมอย่างอิสระ โดยมีรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 7 องค์ประกอบ 70 ข้อรายการ ซึ่งได้ผลจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในระยะที่ 3 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

1. การบริหารจัดการแบบบูรณาการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 10 รายการ
2. การจัดการทรัพยากรและการบริการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 9 รายการ

3. การเตรียมความพร้อมของประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 11 รายการ

4. การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 17 รายการ

5. การคุ้มครองทางสังคมผู้สูงอายุ จำนวน 11 รายการ

6. การบูรณาการองค์ความรู้และระบบข้อมูลผู้สูงอายุ จำนวน 6 รายการ

7. การพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ จำนวน 6 รายการ

เกณฑ์การพิจารณาระดับความสำคัญของรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 มีดังนี้

5 หมายถึง เห็นด้วยในระดับมากที่สุด

4 หมายถึง เห็นด้วยในระดับมาก

3 หมายถึง เห็นด้วยในระดับปานกลาง

2 หมายถึง เห็นด้วยในระดับน้อย

1 หมายถึง เห็นด้วยในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบและหาคุณภาพเครื่องมือวัดที่ใช้ในการวิจัยรอบที่ 2 ดังนี้

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.88 เมื่อสร้างแบบสัมภาษณ์เสร็จ ผู้วิจัยได้ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามนั้นผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติไว้ดังต่อไปนี้

1. ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จบการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไปทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ มีประสบการณ์เกี่ยวกับการทำงานด้านผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 1 คน

2. ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นอาจารย์สอนระดับอุดมศึกษา จบการศึกษาระดับปริญญาเอกขึ้นไปทางวิทยาศาสตร์สุขภาพหรือทางการบริหาร มีประสบการณ์สอนในระดับอุดมศึกษา ไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 1 คน

3. ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือเป็นผู้ปกครองท้องที่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีประสบการณ์ด้านการบริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือการปกครองท้องที่ ไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 1 คน

4. ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นเจ้าหน้าที่พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จบการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไปทางด้านสังคมสงเคราะห์ มีประสบการณ์เกี่ยวกับการทำงานด้านสังคมสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 1 คน

5. ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยจัดส่งแบบสอบถามให้อาสาสมัครที่เป็นผู้เชี่ยวชาญทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์

2. รวบรวมแบบสอบถามที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

3. นำแบบสอบถามทั้งหมดที่มีข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์มาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและนำมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่ามัธยฐาน (Median) ฐานนิยม (Mode) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range)

3. การสร้างเครื่องมือรอบที่ 3

การสร้างเครื่องมือรอบที่ 3 เรื่อง รูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร เป็นแบบสอบถามที่ปรับแก้ไขจากแบบสอบถามในรอบที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ เกี่ยวกับแนวโน้มความสำคัญของแต่ละข้อจำแนกตามแต่ละองค์ประกอบ และเพื่อประกอบการพิจารณาตัดสินใจยืนยันรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ตามความคิดเห็นเดิม หรืออาจพิจารณาเปลี่ยนแปลงระดับความคิดเห็นได้ โดยมีขั้นตอนการสร้างแบบสอบถามดังนี้

1. นำคำตอบที่ได้จากการสอบถามผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 มาคำนวณหาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) พร้อมทั้งสรุปข้อเสนอแนะและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

2. สร้างแบบสอบถามจากข้อคำถามเดิม หลังจากพิจารณาข้อเสนอแนะและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ พบว่าไม่มีการปรับปรุงข้อรายการ โดยเพิ่มตำแหน่งของค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) และตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านตอบในรอบที่ 2 ของรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 70 ข้อรายการ

3. ดำเนินการสอบถามผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 3 โดยหากคำตอบของผู้เชี่ยวชาญอยู่ในขอบเขตของค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ แสดงว่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญสอดคล้องกับความคิดเห็นส่วนใหญ่ของผู้เชี่ยวชาญ โดยไม่ต้องให้เหตุผลประกอบ แต่หากไม่ตรงหรืออยู่นอกค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ แสดงว่าความคิดเห็นไม่สอดคล้องกับผู้เชียวชาญส่วนใหญ่ จึงต้องขอให้ผู้เชี่ยวชาญท่านนั้นแสดงเหตุผลประกอบในแต่ละข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในรอบนี้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านจะได้รับรู้ข้อมูลป้อนกลับเชิงสถิติ เป็นของกลุ่มโดยส่วนรวม โดยหาค่าร้อยละ ผนวกด้วยคำตอบเดิมของตนเอง แล้วขอให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนพิจารณาประเด็นรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ที่สอดคล้องกับความคิดเห็นของตนเอง เพื่อที่ผู้วิจัยจะนำมาจัดลำดับต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ยึดหลักการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล โดยการนำเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรม มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อขอความเห็นชอบในการทำวิจัย และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามหมายเลขโครงการ IRB No. 0136/62 และหมายเลขรับรอง COA No. 408/2019 ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยจะแจ้งวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินงานให้ผู้ให้ข้อมูลรับทราบโดยเน้นความสมัครใจในการร่วมโครงการโดยที่ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและผู้เข้าร่วมโครงการสามารถขอหยุดการให้ข้อมูลและสามารถขอถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาตามความต้องการ ซึ่งข้อมูลทั้งหมดนี้จะถูกทำลายภายใน 1 ปีหลังการวิจัยสิ้นสุด

การสร้างความน่าเชื่อถืองานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ได้มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน นอกจากนี้ ยังมีการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการตรวจสอบแบบสามเส้า(Triangulation) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย ประกอบด้วย 1) ด้านแหล่งข้อมูล (Data Triangulation) โดยเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชน 2) ด้านวิธีการเก็บข้อมูล (Method Triangulation) โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกต และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง 3) ด้านผู้วิจัย (Investigator Triangulation) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล และ 4) ด้านทฤษฎี (Theory Triangulation) โดยใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม แนวคิดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และทฤษฎีระบบในการตีความข้อมูล ทั้งนี้ หากข้อมูลจากหลายแหล่งหลายวิธีและหลายมุมมองมีความสอดคล้องกัน จะถือว่าข้อค้นพบมีความน่าเชื่อถือและสะท้อนบริบทจริงของพื้นที่ศึกษา นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยหลาย ๆ แหล่ง เพื่อให้มีความเข้าใจถึงมุมมองของผู้ให้ข้อมูลและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย วิธีการทั้งหมดนี้ถูกดำเนินการภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา (Advisor) ซึ่งในระหว่างกระบวนการทั้งหมดอาจารย์ที่ปรึกษาได้ให้คำแนะนำเพิ่มเติมและสอบถามรายละเอียดอยู่เสมอ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ทั้งระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และระเบียบวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) รูปแบบการวิจัยแบบขั้นตอนเชิงสำรวจ (Exploratory Sequential Design) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการเชื่อมต่อข้อมูลในแต่ละระยะ (Connecting data) ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร

ระยะที่ 2 ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร

ระยะที่ 3 สร้างรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร

โดยผลการวิจัยในแต่ละระยะแสดงดังนี้

ผลการวิจัยระยะที่ 1

ในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบประเด็นใหม่ มี 3 ประเด็น ดังนี้

1. ลักษณะแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
3. ข้อเสนอแนะการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประเด็น (Thematic Analysis) จากการสัมภาษณ์เชิงลึก มีการดำเนินการทั้งสิ้น 6 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. Becoming Familiar with Data (สร้างความคุ้นเคยกับข้อมูล)
2. Generating Initial Codes (สร้างรหัสข้อมูล)
3. Searching for Themes (สร้างประเด็น)
4. Reviewing Themes (ทบทวนประเด็น)
5. Defining and Naming Themes (กำหนดและตั้งชื่อประเด็น)
6. Producing the Report (การรายงาน)

ขั้นตอนที่ 1 Becoming Familiar with Data (สร้างความคุ้นเคยกับข้อมูล)

ขั้นตอนนี้ได้มีการอัดเสียงบันทึกของการสัมภาษณ์เชิงลึก เมื่อมีการอัดเทปแล้วได้มีการถอดเทปบันทึกเสียงและมีการตรวจเช็คตัวสะกดให้ถูกต้อง ทั้งนี้ต้องไม่มีการปรับคำพูดใด ๆ ของการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริงที่สุด

ขั้นตอนที่ 2 Generating Initial Codes (สร้างรหัสข้อมูล)

ตาราง 6 แสดงการสกัดรหัสข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (ตัวอย่างบางส่วนจากการวิเคราะห์)

สกัดข้อมูล (Data Extract)	**กำหนดรหัส (Code for)**
	ความเป็นอยู่ของครอบครัว
... รักกันดีนะ ก็อยู่กัน ตา ยาย ลูกสาว ลูกชาย ลูกสะใภ้ แล้วก็หลาน คุยกันทุกวัน เอ็ดหลานบ้าง พ่อมันบ้าง หลานนี่กำลังน่ารัก ยายมีหลาน 3 คนแล้วน่ะ (เสียงสูง โอ้อวด) ของลูกชาย 3 คนเลย แต่ลูกสาวยายมันพิการน่ะ แขนขาลีบตั้งแต่เล็ก ก็เลี้ยงดูกันไป อาศัยเฝ้าบ้าน เป็นเพื่อเล่นกับหลาน ...	- ดูแล ให้กำลังใจ
... ไม่มีปัญหาอะไร ตั้งแต่พ่อเสียไปได้ 3 ปี ก็ดูแลกันมาเท่านี้แหละ ให้กำลังใจกัน ...	- ดูแล ให้กำลังใจ
... ดี ไม่มีปัญหาอะไรให้หนักใจ ไม่มีหนี้สิน ลูกสาวเป็นพยาบาล ลูกเขยเป็นครู ก็อยู่คลองลานนี่แหละ โชคดี ไม่ต้องไปไกล ...	- ทำงานแทน หาสิ่งของให้
... มีกวาดบ้าน ถูบ้าน ทำความสะอาดบ้านด้วยนะ ทำทุกวัน ลูกก็บอกว่า ทำงานบ้านก็เหมือนได้ออกกำลังกาย แต่ไม่ต้องทำมาก เพราะแม่เดินไม่ค่อยสะดวกเหมือนก่อน ให้ยายทำน้อย ๆ ช่วยกันกับหลานก่อนไปโรงเรียน ให้ไม้กวาดคนละอัน (ยิ้ม) ...	- ทำงานแทน หาสิ่งของให้
... ลูกบอกว่า ทำงานบ้านก็เหมือนได้ออกกำลังกาย แต่ไม่ต้องทำมาก เพราะแม่เดินไม่ค่อยสะดวกเหมือนก่อน ให้ยายทำน้อย ๆ ช่วยกันกับหลานก่อนไปโรงเรียน ให้ไม้กวาดคนละอัน (ยิ้ม) ...	- พูดคุย แนะนำปรึกษา

ตาราง 6 (ต่อ)

สกัดข้อมูล (Data Extract)	กำหนดรหัส (Code for)
... ไม่มีปัญหาอะไร อยู่กับยายสองคนปกติดี ...	- ความสัมพันธ์ในครอบครัว
... รักกันดีนะ อยู่กันสี่คน ตา ยาย พี่สาวตา หลาน ส่วนลูกชายกับลูกสะใภ้ทำงานอยู่กรุงเทพฯ จริง ๆ นะ ที่เค้าโฆษณา ถ้าเราไม่กินเหล้า ก็ประหยัดเงินไปได้เยอะ แถมไม่มีปัญหาทะเลาะวิวาทในครอบครัวด้วย ...	- ความสัมพันธ์ในครอบครัว
... ที่ยังไม่สบาย ก็เพราะ รายรับมันไม่ค่อยพอกับรายจ่ายน่ะสิ ตาต้องสำรองเงินเติมน้ำมันรถรับส่งนักเรียนทุกวัน แต่ค่ารถเก็บเป็นรายเดือน บางคนก็เป็นรายเทอม ...	- รายรับ ภาระค่าใช้จ่าย
... ไม่มีปัญหา ผู้ใหญ่สามคนรับเบี้ยผู้สูงอายุ แล้วก็ช่วยกันทำไร่มันสำปะหลัง ส่วนหลานนี่พ่อมันส่งเงินมาให้ทุกเดือน ส่งมาเผื่อตายายด้วย ก็เก็บเอาไว้ให้หลานนั่นแหละ เดี๋ยวมันโตขึ้นก็ต้องกินต้องใช้ ตอนนี้ยังเล็กไม่ได้ใช้อะไรมาก ...	- รายรับ ภาระค่าใช้จ่าย
... พอนะ รายได้ของยายก็มาจากตา ตาแบ่งไว้ให้ใช้ แล้วก็จากทำนา ส่วนค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าของเครื่องใช้ อาหาร ลูกสาวดูแลให้น่ะ ...	- รายรับ ภาระค่าใช้จ่าย
	มีส่วนร่วมทำกิจกรรม
... อยากให้มีโรงเรียนผู้สูงอายุแบบนี้ต่อไป เพราะช่วยให้คนสูงวัยได้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง จิตใจไม่หดหู่ ไม่เหงา ...	- โรงเรียนผู้สูงอายุ ชมรม
... ดี ทุกคนที่มาดูแลกันเค้ามาด้วยใจ ทุกคนใส่ใจนะ ไม่ใช่ว่าใครชวนมาก็มา ทำให้เสร็จ ๆ มันไม่ใช่ ทุกกลุ่มนั่นแหละ เค้าดูแลผู้สูงอายุดี เค้าเคารพในความอาวุโส นะ เวลาตาไปวัด นะ มีนั่งวิปัสสนาปฏิบัติธรรม ผู้สูงอายุเยอะมาก เหมือนมันเป็นธรรมเนียมไปแล้วว่า ช่วงวันพระใหญ่ ผู้สูงอายุจะมาวัดกัน งานชุมชนที่นี่ไม่ได้ทำเฉพาะจากหน่วยงานอย่างเดียว บ้าน วัด โรงเรียน มาช่วยกันหมด ...	- กิจกรรมชุมชน ครอบครัว

ตาราง 6 (ต่อ)

สกัดข้อมูล (Data Extract)	กำหนดรหัส (Code for)
... เข้าร่วมทุกครั้งเมื่อมีโอกาส ร่วมประชุมกองทุน ประชุมประชาคม ประชุมชมรม แล้วก็ร่วมสนับสนุนงบประมาณในการทำกิจกรรม ทำบุญด้วย ...	- รวมกลุ่ม
... ไปวัดเมื่อก่อนมีแต่คนเฒ่าคนแก่ เดี๋ยวนี้พากันมาทั้งลูกเด็กเล็กแดง งานอะไรก็มีแต่คนรุ่น ๆ ตานะ หรือยุคสมัยมันเปลี่ยนไป คนสูงอายุเพิ่มขึ้น เราก็ต้องอยู่แบบมีประโยชน์ ...	- มีคุณค่า มีศักดิ์ศรี
... ตาเป็น อสม. อยู่แล้ว เราก็จะดูแลตัวเองสม่ำเสมอ ถ้าเราไม่แข็งแรงใครเค้าจะเชื่อเราหล่ะว่าไหม (หัวเราะ) ปกติ อสม. ก็คอยไปเยี่ยมหาลูกบ้านที่บ้าน เราแบ่งกันเป็นคุ้ม อย่างตากับยายนี่ก็ดูแลคนละคุ้ม ก็ตกคนละ 5-8 ครอบครัว คอยไปสอบถามอาการ ไปเยี่ยมบ้าน ไปวัดความดัน เวลาไปทีเราก็ไปบอกข่าวแจ้งข่าว เหมือนเป็นนักข่าวเวลาเราไปประชุม อสม. ร่วมกับหมอที่โรงพยาบาล พอกลับมาที่หมู่บ้าน ประธาน อสม.ก็จะคอยมาแจกแจงงานให้พวกเราช่วยกัน นอกจาก อสม. แล้ว ก็จะมีไลน์กลุ่มของผู้สูงอายุของหมู่บ้าน เราก็แจ้งข่าวแล้วก็อ่านข่าวอื่น ๆ ที่ส่งกันในไลน์กลุ่ม แลกกันไป ...	- มีคุณค่า มีศักดิ์ศรี
... ดีมากนะ ช่วยเหลือกันดี ทำกิจกรรมอะไรก็ให้ความร่วมมือดีกว่าเมื่อก่อนเยอะ เมื่อก่อนจะขออะไรนี่ยากเย็น ทำอะไรแต่ละอย่างเกี่ยงกันก็มี หมู่แกสิ หมู่ฉันสิ แต่เดี๋ยวนี้ไม่ค่อยเป็นนะ ช่วยเหลือกันดี ...	- กิจกรรมชุมชน ครอบครัว
	สภาพแวดล้อม การอยู่อาศัย
... บ้านแม่ปูเสื่อน้ำมัน ถูทุกวัน ไม่ถูไม่ได้หรอก เดินแล้วมันคายเท้า ห้องน้ำมี 2 ห้อง อยู่ทางหลังบ้านห้องนึง ส่วนอีกห้องอยู่นอกบ้าน (ชี้นิ้วให้ดู นู่นน่ะ) ห้องน้ำในบ้านเป็นชักโครก ส่วนข้างนอกเป็นแบบนั่งยองราดน้ำ ...	- สภาพที่พักอาศัย

ตาราง 6 (ต่อ)

สกัดข้อมูล (Data Extract)	กำหนดรหัส (Code for)
... อากาศดีนะ แต่ช่วงนี้มันมีหมอกควัน PM 2.5 วัดค่ากันทุกวัน นี่ใช้แอพนี้เปิดดู (เปิดแอพพลิเคชั่น) ในกลุ่ม อสม.เค้าสอนกันมา รู้ไวจะได้ป้องกันตัวเองได้ หมอกควันมีมากน้อยไม่เท่ากันในแต่ละวัน พอช่วงเที่ยง ๆ ก็หายไป แต่เราก็จะไม่ค่อยคุ้น แรก ๆ ก็คิดว่าหมอกลงหนา แต่ก็คิดนะไม่ใช่ช่วงของมัน พอฟังจากข่าวก็เลยรู้ เข้าใจว่ามันคืออะไร อันตรายยังไง ต้องป้องกันตัวยังไง แล้วก็ยังมีเสียงรถวิ่งไปวิ่งมา มันก็ดังเป็นพัก ๆ น่ะ บางทีทำอะไรเพลิน เร่งเครื่องดัง ๆ มาที มันก็ตกใจนะ (หัวเราะ) ทั้งเด็กทั้งคนแก่พากันตกอกตกใจ ...	- สิ่งแวดล้อม สิ่งรบกวน
... อากาศไม่ค่อยดีน่ะ ควันเยอะ ฝุ่นละอองมีทุกวัน ...	- สิ่งแวดล้อม อากาศ
... ปลอดภัย บ้านยายเป็นบ้านชั้นเดียว มีห้องนอนอยู่ 3 ห้อง ยายนอนห้องนึง ลูกสาวลูกเขยหลานห้องนึง อีกห้องเอาไว้เวลาแขกไปใครมา ห้องครัวอยู่นอกบ้าน เป็นครัวแบบบ้านๆ เนอะ ใช้เตาแก๊สบ้าง เตาถ่านบ้างสลับกันไป ห้องน้ำอยู่ในบ้าน เป็นชักโครก มีฝักบัวกับถังน้ำที่ก่อปูนไว้ ห้องน้ำมี 2 ห้อง ในห้องยายห้องนึง กับข้างหลังบ้านอีกห้อง สะอาด ไม่ลื่น ห้องน้ำมีราวจับนะ ลูกเขยทำไว้ให้ ช่วยได้ทั้งยายและหลาน เด็กกำลังซน มีอะไรไว้ให้เกาะก็น่าจะดี ...	- ความปลอดภัย
... ปลอดภัย หมู่บ้านนี้ไม่มีขโมย ไม่มีมานานแล้วนะ ตั้งแต่จำได้ไม่เคยได้ยินข่าวในหมู่บ้านยายนะ ...	- ความปลอดภัย
	ภาวะสุขภาพ
... สุขภาพไม่ค่อยดี ยายมีโรคประจำตัวหลายโรค พักนี้สามวันดีสี่วันไข้น่ะ ทั้ง ภูมิแพ้ ไขมันในเลือดสูง แล้วก็ความดันสูง น่ะ...	- โรคประจำตัว
... มีความดันสูงอย่างเดียว เบาหวานไม่มี ไขมันไม่มี เป็นความดันมาเกือบสิบปีแล้ว ...	- โรคประจำตัว

ตาราง 6 (ต่อ)

สกัดข้อมูล (Data Extract)	กำหนดรหัส (Code for)
... แข็งแรงดี ไม่เจ็บไม่ไข้ ยังช่วยเหลือตัวเองได้อยู่ ความจำก็ยังดี จำแม่น ...	- การเจ็บป่วย
... เคลื่อนไหวได้ปกติ ก็มีแค่เวลากลางคืน ตามันจะมองไม่ค่อยชัด ก็กลัวจะสะดุดล้ม กลางคืนไม่ค่อยไปไหนแล้วเดี๋ยวนี้ ...	- ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
... ยืดเหยียดร่างกายเฉย ๆ ไม่ค่อยได้วิ่ง ปั่นจักรยานบ้าง เดินบ้าง ช่วงนี้เดินได้นิดหน่อย มันร้อนก็จะเหนื่อยง่าย ...	- การเคลื่อนไหวร่างกาย
	การรับรู้ข่าวสาร
... ส่วนใหญ่ตาได้ข้อมูลมาจาก อสม. เวลาเราประชุม อสม.กันเราก็จะมาบอกข่าวสารแจ้งข่าวสารกันทุกครั้ง เพราะ อสม.ที่นี่เราเป็นจิตอาสา เราเป็นทีมงานของกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นคนช่วยประสานงานให้กับ อบต.ด้วย เราเลยใช้ผู้สื่อข่าวที่เป็นคนแบบ อสม.นี่แหละในการแจ้งข่าวให้คนในชุมชนรู้ ไม่เฉพาะเรื่องสุขภาพนะ ทุกเรื่อง อสม.ที่นี่รู้หมด ...	- ความช่วยเหลือ สวัสดิการ
... จะมีเสียงตามสายของหมู่บ้าน บอกข่าวแจ้งข่าวตลอด แล้วก็จะมีข่าวสารจาก อบต.แจ้งมาเป็นระยะ ทุกวันศุกร์ไปเรียนก็จะมีข่าวสารแจ้งทุกครั้ง ...	- อำนวยความสะดวก
... โรงพยาบาลคลองลาน ดูแลสุขภาพได้ดีนะ เจ็บไข้ได้ป่วยเค้าช่วยเราได้ ช่วยประสานหน่วยงานในจังหวัด เค้าเรียกอะไรหล่ะ กองทุน สปสช.น่ะ เค้าก็ติดต่อให้ เวลาไปที่โรงพยาบาลนะ เค้าอำนวยความสะดวกให้หมด บัตรนัด รับยา จ่ายเงิน บางทีมีรถจากโรงพยาบาลมาส่งให้อีก ...	- อำนวยความสะดวก
	การสนับสนุนอื่น การเข้าถึงบริการ
... มี อสม. มาคอยให้คำปรึกษา แนะนำเรื่องสุขภาพ แล้วก็มีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลคลองลาน คอยดูแลและให้คำแนะนำในการทำกายภาพบำบัด ...	- เยี่ยมบ้าน ดูแลสุขภาพ

ตาราง 6 (ต่อ)

สกัดข้อมูล (Data Extract)	กำหนดรหัส (Code for)
... หมอ บอกตลอด บางทีก็ลืม แต่ที่นี่เดี๋ยวบรรดา อสม.ก็มาหาถึงบ้าน สมาชิกกลองยาวก็เป็น อสม. เวลามาตีกลอง มาต่อเพลง ต่อท่ารำ ก็เอาเครื่องมาวัดความดัน วัดโน่นนี่นั่นกันประจำ นั่นน่ะเห็นมั้ยล่ะ ถือเอาอะไรมาแจกอีกล่ะน่ะ (หันไปมองดู) ...	- การดูแลระยะยาว
... ส่วนการออกกำลังกาย ก็ศึกษาเองจากอินเตอร์เน็ต เข้าไปดูในยูทูปบ้าง ดูจากคลิปที่เพื่อนส่งมาให้บ้าง แล้วก็จากนักกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลแนะนำ ...	- ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค
... ที่ อบต. ที่โรงพยาบาล อาคารสำนักงาน ห้องน้ำ ห้องท่า ก็ดีนะ เค้าทำราวจับให้คนแก่ เดินเหินไปทางไหนก็ไม่กังวลว่าจะล้ม ยายกับตาก็ไปดูเค้ามา แล้วก็มาทำที่บ้าน ค่อย ๆ ทำไปตอนนี้ที่บ้านก็มีราวจับ แต่อย่างว่า บางทีถ้าประมาทมันก็อันตรายเนอะ อ้อ รถโดยสารประจำทาง เค้าก็มีอุปกรณ์ให้คนแก่ดีนะ ขึ้นรถ ลงรถ กระเป๋ารถคอยช่วยยกของ จูงลงจากรถให้ด้วย เบาะที่นั่งก็ดี ได้นั่งทุกที รถมันว่าง หรือเราขึ้นต้นทางก็ไม่รู้ (หัวเราะ) แต่ทุกครั้งที่ขึ้นรถ ก็ได้นั่งประจำนะ ...	- ปรับสภาพแวดล้อม ที่สาธารณะ
... อบต.คลองน้ำไหล เค้าอำนวยความสะดวกให้ทุกเรื่อง นี่ไม่ได้ยกยอนะ ถามทุกคนได้ เค้าช่วยทุกเรื่อง หนี้สิน การทำมาหากิน ไฟฟ้า ประปา ช่วยทุกอย่าง สิ่งอำนวยความสะดวกเห็นชัด ๆ ก็ โรงเรียนผู้สูงอายุนั่นแหละ มันอำนวยจริง ๆ หาหมอมาให้ถึงที่ มีที่ให้คนแก่มาทำกิจกรรม มาออกกำลังกาย มีพาไปทัศนศึกษา มีพาไปปฏิบัติธรรม ถึงมันจะไม่ใช่เงินทอง แต่มันก็เป็นสิ่งที่ทำให้จิตใจไม่เครียด ...	- การเดินทาง ติดต่อสื่อสาร
... โรงพยาบาลคลองลานไง เค้าส่งหมอมาตรวจสุขภาพ ทุกวันศุกร์ที่โรงเรียนผู้สูงอายุ มาทั้งหมอ ทั้งพยาบาล แล้วเค้ายังมีชั่วโมงสอนในชั้นเรียน เรื่องสุขภาพ อีก 1 ชั่วโมง ...	- การเดินทาง ติดต่อสื่อสาร

ตาราง 6 (ต่อ)

สกัดข้อมูล (Data Extract)	**กำหนดรหัส (Code for)**
... ตารับบำนาญตามปกติ ส่วนสวัสดิการอื่น ๆ ตาเป็นสมาชิกกองทุนสวัสดิการชุมชน ของ อบต.น่ะ ถ้าสมาชิกเสียชีวิตกองทุนจ่ายก่อนเลย 5,000 บาท ถ้าป่วยนอนโรงพยาบาลกองทุนจ่ายให้สมาชิกที่ป่วยวันละ 100 บาท คนเฝ้าไข้วันละ 100 บาท โดย 1 ปี จะใช้สิทธิได้ไม่เกิน 3 ครั้ง รวม ๆ ก็ไม่เกิน 600 บาท ...	- สวัสดิการ เบี้ยยังชีพ
	เพื่อน เพื่อนบ้าน
... ผู้สูงอายุที่นี่ส่วนใหญ่ มีลูกหลานดูแล ไม่ค่อยมีใครถูกทิ้งนะ อย่างมากอยู่คนเดียว แต่ก็มีลูกหลานอยู่บ้านข้าง ๆ หรืออยู่คนละหมู่บ้าน แวะเวียนไปมาหาสู่ได้ เป็นธรรมดานะ คนแก่ไม่ชอบไปไหนหรอก ลองได้อยู่บ้านตัวเอง ก็ไม่อยากไปไหนแล้ว ...	- พึ่งพาอาศัย ไปมาหาสู่
... อสม. และกลุ่มสมาชิกจิตอาสา เวลาป่วยเค้ามาเยี่ยมมาหาถึงที่บ้าน ถ้าบ้านไหนไปไม่ไหวเค้าจะมาหาถึงที่บ้าน ให้คำปรึกษาด้วย บางครั้งก็พาไปด้วย ...	- ช่วยเหลือผู้สูงอายุอยู่ลำพัง
... ที่นี่ช่วยเหลือกันดี บางคนไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่มไหนเลย แต่เวลาเดือดร้อนพวกเราก็ช่วยเค้านะ ...	- พูดคุย ให้คำปรึกษา
	แรงกาย สิ่งอำนวยความสะดวก
... อบต.คลองน้ำไหล อำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุทุกเรื่อง เค้าช่วยเหลือดี เจ้าหน้าที่เป็นมิตร เค้ารับไว้ทุกเรื่องที่เราไปบอกเค้า ช่วยได้ไม่ได้ค่อยว่ากันอีกที ...	- วัสดุ อุปกรณ์
... คนนำขับเคลื่อน ที่นี่โชคดีได้ ผอ.กองสวัสดิการดี มีนายก มีรองนายก มีปลัด เจ้าหน้าที่เอาการเอางาน มีหลายที่เลย นะมาขอดูงานที่เราก็มีนะ เวลามาดูเรา เราจะบอกเสมอว่า ต้องไปคิดวางแผน เพราะทำงานกับผู้สูงอายุ ต้องเข้าใจว่าผู้สูงอายุแต่ละคนอารมณ์ไม่เหมือนกัน ความนิ่ง ความอดทนเหมือนเด็กเล็ก ๆ นั่นแหละ ...	- สนับสนุน จัดหา

ตาราง 7 แสดงการสร้างรหัสข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (ตัวอย่างบางส่วนจากการวิเคราะห์)

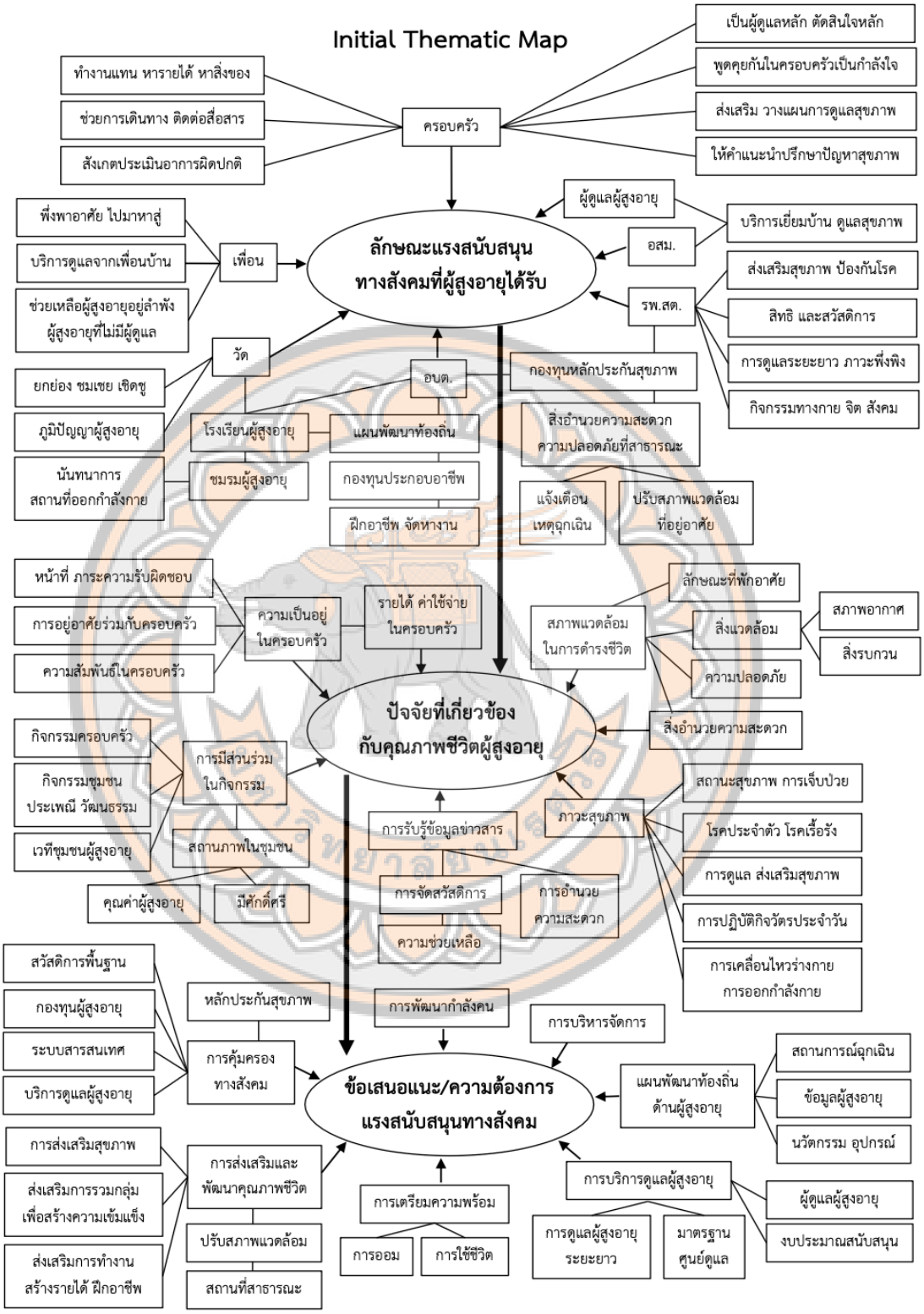
รหัสเริ่มต้น (Initial Codes)
ความเป็นอยู่ของครอบครัว - ดูแล ให้กำลังใจ - ทำงานแทน หาสิ่งของให้ - พูดคุย แนะนำปรึกษา - ความสัมพันธ์ในครอบครัว - รายรับ ภาระค่าใช้จ่าย
มีส่วนร่วมทำกิจกรรม - โรงเรียนผู้สูงอายุ ชมรม - กิจกรรมชุมชน ครอบครัว - รวมกลุ่ม - มีคุณค่า มีศักดิ์ศรี
สภาพแวดล้อม การอยู่อาศัย - สภาพที่พักอาศัย - สิ่งแวดล้อม สิ่งรบกวน อากาศ - ความปลอดภัย
ภาวะสุขภาพ - โรคประจำตัว - การเจ็บป่วย - ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน - การเคลื่อนไหวร่างกาย
การรับรู้ข่าวสาร - ความช่วยเหลือ สวัสดิการ - อำนวยความสะดวก

ตาราง 7 (ต่อ)

รหัสเริ่มต้น (Initial Codes)
การสนับสนุนอื่น การเข้าถึงบริการ - เยี่ยมบ้าน ดูแลสุขภาพ - การดูแลระยะยาว - ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค - ปรับสภาพแวดล้อม ที่สาธารณะ - การเดินทาง ติดต่อสื่อสาร - สวัสดิการ เบี้ยยังชีพ
เพื่อน เพื่อนบ้าน - พึ่งพาอาศัย ไปมาหาสู่ - ช่วยเหลือผู้สูงอายุอยู่ลำพัง - พูดคุย ให้คำปรึกษา
แรงกาย สิ่งอำนวยความสะดวก - วัสดุ อุปกรณ์ - สนับสนุน จัดหา

ขั้นตอนที่ 3 Searching for Themes (สร้างประเด็น) จากการสัมภาษณ์เชิงลึก

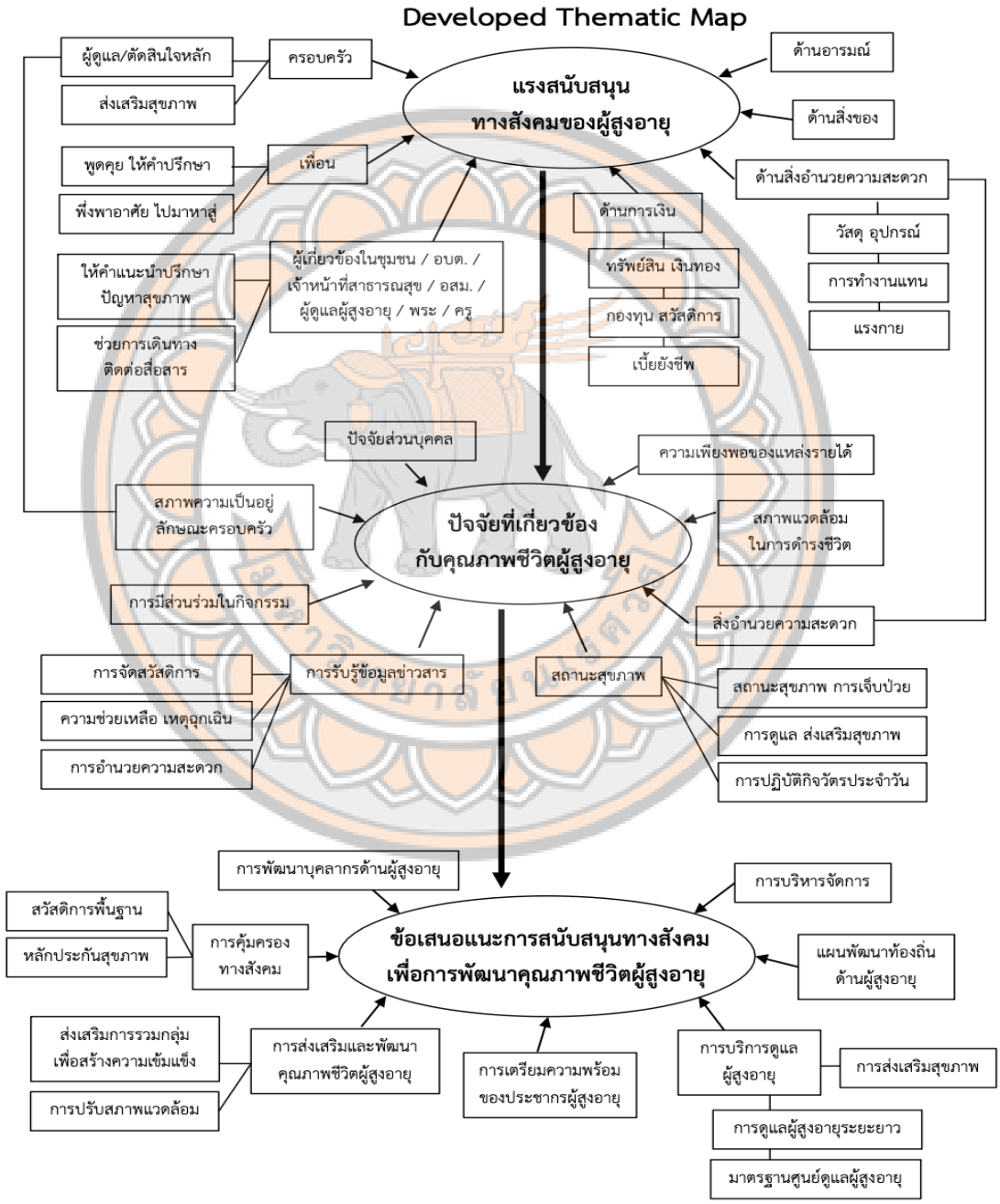
ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนของการเริ่มวิเคราะห์รหัสข้อมูลและพิจารณารหัสที่เหมือนกันไว้ด้วยกัน โดยมีการจัดหมวดหมู่และมีการเชื่อมโยงหมวดหมู่หรือรหัสด้วยลูกศร หมวดหมู่ที่จัดไว้เป็นกลุ่ม คือ ประเด็น ขั้นตอนนี้เป็นการแสดงความสอดคล้องของแต่ละประเด็นโดยการทำ Mind-Maps (แผนภูมิรูปภาพ) ดังภาพ 5



ภาพ 5 แสดงแผนผังประเด็นสำคัญขั้นต้น

ขั้นตอนที่ 4 Reviewing Themes (ทบทวนประเด็น) จะไปสัมภาษณ์เชิงลึกสนทนากลุ่ม

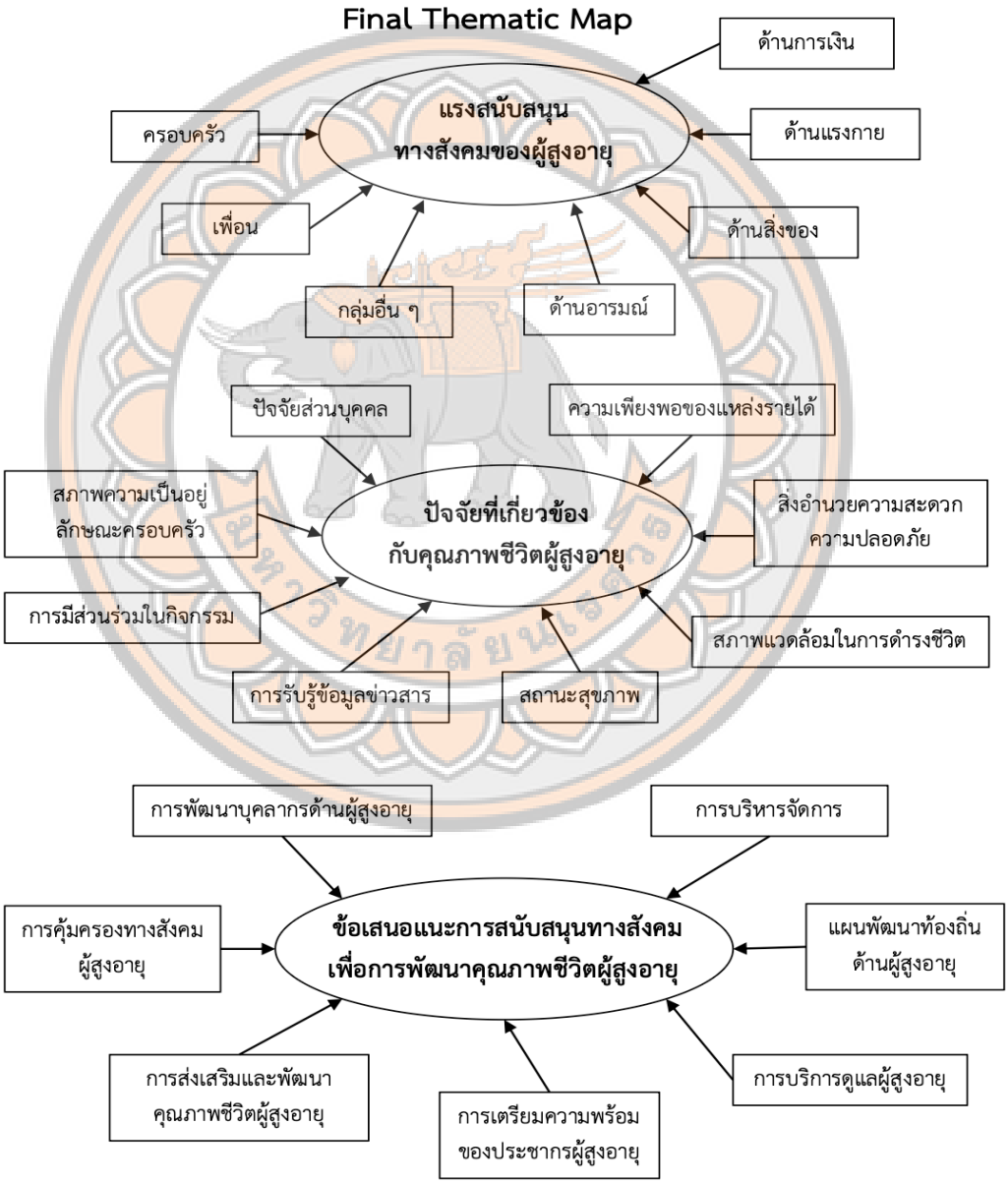
ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนของการกลั่นกรองประเด็น ซึ่งประเด็นต่าง ๆ ที่อยู่ในขั้นตอนนี้อาจไม่ใช่ประเด็นแท้ เพราะมีบางประเด็นที่ซ้อนกันและบางประเด็นยังสามารถแตกออกไปเป็นประเด็นใหม่ได้ โดยการรวมประเด็นเดียวกันไว้ด้วยกัน เป็นที่แตกต่างกันก็จะถูกแยกไปรวมกลุ่มกัน แต่อย่างไรก็ตามประเด็นที่แยกกลุ่มใหม่นี้ต้องแน่ใจว่า อยู่ภายใต้ข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลทั้งหมด



ภาพ 6 แสดงแผนผังประเด็นสำคัญที่ได้รับการพัฒนา

ขั้นตอนที่ 5 Defining and Naming Themes (กำหนดและตั้งชื่อประเด็น)

ขั้นตอนนี้ ประเด็นที่ได้จะเป็นประเด็นที่ผู้วิจัยรู้สึกพอใจแล้ว เพราะประเด็นได้ทุกประเด็นได้รับกลั่นกรองและจัดเป็นหมวดหมู่ รวมถึงมีความเชื่อมโยงของประเด็นอย่างชัดเจน และในแต่ละประเด็นผู้วิจัยต้องคิดเสมอว่า ประเด็นต่าง ๆ ที่เชื่อมโยงกันนั้น ได้บอกเรื่องราวทั้งหมดของข้อมูลและทำให้เห็นภาพรวมทั้งหมด นอกจากนี้ ประเด็นย่อย (Sub-Themes) ยังทำให้เห็นโครงสร้างและความหมายของประเด็นใหญ่ ดังนั้น การกำหนดประเด็นจึงทำให้มองเห็นภาพรวมของข้อมูลได้อย่างสอดคล้องกัน



ภาพ 7 แสดงแผนผังประเด็นสำคัญขั้นสุดท้าย

ขั้นตอนที่ 6 Producing the Report (การรายงาน)

จะเห็นได้ว่า การวิเคราะห์ประเด็นทำให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนมีความเป็นเหตุเป็นผลและไม่มีการซ้ำซ้อนของข้อมูล จากขั้นตอนที่ 5 Defining and Naming Themes จึงสรุปได้ 3 ประเด็น คือ 1) ประเด็นลักษณะแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ 2) ประเด็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และ 3) ประเด็นข้อเสนอแนะการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยแต่ละประเด็นมีรายละเอียด ดังนี้

ประเด็นที่มีความเกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร

ข้อมูลที่นำเสนอจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษา สรุปสาระสำคัญได้เป็น 3 ประเด็น ดังต่อไปนี้

1. ลักษณะแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
3. ข้อเสนอแนะการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ภาพ 8 แสดงลักษณะแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

1. ลักษณะแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

ลักษณะแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นเงินทอง การหารายได้ การช่วยทำงาน แรงกาย การจัดหาสิ่งของ สิ่งอำนวยความสะดวก รวมถึงการให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย โดยความมากน้อยในการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะแตกต่างกันไปตามสภาพความเป็นอยู่ วิถีการดำรงชีวิต และแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ ซึ่งลักษณะแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ จำแนกเป็น 2 ส่วน กล่าวคือ แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม และประเภทแรงสนับสนุนทางสังคม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท เพื่อนบ้าน และกลุ่มอื่น ๆ ที่คอยดูแลช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1.1.1 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ทั้งการทำหน้าที่เป็นกำลังใจ ให้การช่วยเหลือดูแล และปลอบโยน จากการสัมภาษณ์พบว่า คู่สมรส ญาติพี่น้อง บุตรหลาน จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลและร่วมตัดสินใจวางแผนการดูแลสุขภาพ และคอยสังเกตประเมินอาการผิดปกติและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมถึงทำหน้าที่ให้คำแนะนำ ปรึกษาปัญหาสุขภาพ รวมถึงการทำงานแทน ช่วยหารายได้ และจัดหาสิ่งของที่จำเป็นให้กับผู้สูงอายุ

> ...ไม่มีปัญหาอะไร ลูกเต้าโตกันหมดแล้ว ตามีลูก 3 คน เจ้าสองตัวโต ก็ปลูกบ้านอยู่ด้วยกันนี่แหละ หลังนู้นของคนโต นั่นของคนกลาง (ชี้บ้านให้ดู) ส่วนคนเล็กลูกสาว ไปทำงานอยู่กรุงเทพ เหลือคนเดียวยังไม่แต่งงาน ส่วนบ้านหลังนี้ตาอยู่กับยาย แล้วก็มีหลานสาวลูกของเจ้าคนโต มันแอบมานอนอยู่ด้วยทุกคืน ชอบมานอนที่นี่ติดย่ามัน (หัวเราะ)
>
> (รหัส C02, 6 มกราคม 2563)

> ...รักกันดี ไม่มีทะเลาะกันนะ อยู่แบบนี้มาแต่ไหนแต่ไร ตาเค้าเป็นคนไม่ค่อยเถียง แกตามใจยายหมด (ย้อนถามตา ใช่ไหมพ่อ) ในครอบครัวไม่มีอะไรเดือดร้อนไม่วุ่นวาย เราอยู่กับแบบนี้แหละ
>
> (รหัส B05, 12 ธันวาคม 2562)

...ลูกสาวน่ะ ฝากผีฝากไข้มันได้เลย ลูกเรานะเนาะ ยังไงมันก็ไม่ไปไหน ยายมีลูกคนเดียวน่ะ ตอนแรกก็ห่วงมันกลัวมันจะได้กับคนไม่ดี แต่ผัวมันดีนะขยันขันแข็ง เป็นบุญของมัน ดูแลตากับยายได้สบายเลย เวลามีเรื่องทุกข์ใจก็ได้มันทั้งคู่นี่แหละ

(รหัส B02, 6 มกราคม 2563)

...ถ้าเรื่องทุกข์ใจ ก็ตา กับลูก น่ะ คอยปรึกษากัน บางเรื่องยายไม่ค่อยเล่าให้เพื่อนบ้านฟังหรอก ไม่อยากให้เค้ารับรู้ แต่ถ้าทุกข์มาก ๆ ก็คุยระบายทุกข์กับหมาที่บ้าน น่ะ อีแต้ม มันคุยรู้เรื่องนะ (ส่งเสียงเรียกหมา) หรือไม่ ก็เล่นกับหลาน มันน่าเอ็นดู เล่นกับพวกมัน ก็มีกำลังใจ

(รหัส C05, 12 ธันวาคม 2562)

...ข้างบ้าน ก็บ้านน้องสาวยาย บางทีตากับยายไม่อยู่ ก็ฝากยายเล็ก (น้องสาวภรรยา) ดูไอ้สองคนให้ พึ่งพากันได้น่ะ บางทีเจ็บไข้ได้ป่วย ก็ช่วยกันไป

(รหัส B01, 29 มกราคม 2563)

...ลูกสาวไม่ค่อยเท่าไหร่ เช้ามาก็ไปส่งหลานที่ศูนย์เด็ก แล้วก็เข้าไปดูแลไร่มันสำปะหลัง สาย ๆ ตาถึงจะตามเข้าไป ทำกันรวม ๆ แล้วก็ 11 ไร่ ของตากับยาย 5 ไร่ แล้วก็แบ่งให้ลูกสาวกับลูกเขยไป 6 ไร่ ก็ช่วย ๆ กันแหละ แต่แบ่งให้เค้า โอนให้แล้วเค้าจะได้รู้สึกว่าเป็นเจ้าของ ลูกเขยไปทำงานอยู่ในเมือง เค้ารับราชการ วันศุกร์ทีถึงจะกลับมา แต่เค้าก็โทรหาลูก หาเมีย ทุกวันนะ กลับมา มันก็พากัน เข้าไร่ เข้าสวน

(รหัส B02, 6 มกราคม 2563)

...ปรึกษาคนในบ้าน ในครอบครัวนี่แหละ ส่วนใหญ่ ไม่ค่อยเอาเรื่องทุกข์ใจ ไปเล่าให้ใครฟังน่ะ เพื่อนสนิทกันยังไม่เล่าเลยนะ ก็คุยกันสามสี่คนในบ้านนี่แหละ สามีบ้าง พี่สามีบ้าง ลูกบ้าง ก็เท่านั้น

(รหัส A03, 6 มกราคม 2563)

...ลูกสาว เป็นพยาบาล ที่โรงบาลคลองลานน่ะ ยายก็ปรึกษาลูกก่อน เวลาป่วย จะได้ไม่ต้องไปโรงบาล ทำตัวตามที่ลูกแนะนำ ถ้าอาการไม่ดีขึ้น ก็ว่าจะชวนให้พาไปหาหมอ ที่โรงบาลอีกที

(รหัส A05, 18 ธันวาคม 2562)

...แรก ๆ ที่ป่วยก็หมอแนะนำการใช้ชีวิต การกินอาหาร การออกกำลังกาย การกินยา พอตอนนี้คนที่เป็นหลัก ก็คือ ตัวเรา ครอบครัวเรา นี่แหละ เราต้องควบคุมตัวเอง ใครจะช่วยเราได้ ยิ่งดื้อ ยิ่งรั้นนะ ไม่สบายขึ้นมาที อาการหนักขึ้นมา คนรอบข้างลำบาก ป้าไม่อยากเป็นภาระใคร ทุกคน ต้องรักตัวเอง เนอะ

(รหัส B03, 19 ธันวาคม 2562)

...ช่วยลูกใช้หนี้ แรก ๆ แม่ก็ทำใจไม่ได้ ร้องไห้ทุกวันนะ นาน 3 ปี กลัวเค้าจะฆ่าตัวตาย กว่าจะทำใจได้ ปู่ก็ไม่ว่าอะไร (หมายถึงสามีใหม่ เรียกตามหลาน) บอกแต่ว่า ช่วยดูแลกันไป ตอนนี้ก็สบายใจแล้วหล่ะ หนี้ใกล้หมดแล้ว เหลืออีกนิดหน่อย

(รหัส B04, 12 ธันวาคม 2562)

...พอพอ ไม่ได้เดือดร้อนอะไร ลูกๆ เค้าคอยส่งเสียรับผิดชอบค่าใช้จ่าย ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่ากับข้าว เค้าดูแลเราหมด

(รหัส C02, 6 มกราคม 2563)

1.1.2 การได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อน ทั้งเพื่อนสนิท เพื่อนบ้าน เพื่อนต่างวัย การไปมาหาสู่กัน ล้วนเป็นแรงผลักดันต่อการดำเนินชีวิต จากการสัมภาษณ์พบว่า เพื่อนจะเป็นผู้ชักชวนทำกิจกรรม พึ่งพาอาศัยไปมาหาสู่ คอยปลอบใจ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การมีโรงเรียนผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุได้มีเวทีในการทำกิจกรรม เป็นศูนย์รวมของการพบปะพูดคุย ให้คำปรึกษา มีการรวมกลุ่มฝึกอาชีพ การดูแลส่งเสริมสุขภาพ และการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังและผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล

...เคยมีเพื่อนยายคนนึง เค้าป่วย แก ล้มน่ะ พอล้มทีนี้เดินไม่ได้ หยุดยาวไป 2 เดือน ตอนแรกแกก็ว่าจะไม่มาเรียนแล้ว กลัวเป็นภาระลูก ครู เพื่อน รู้ไหมพวกยายน่ะ ก็พากันกระเตงไปรับแกมา พามาเรียน เรียนไม่ไหว ก็ได้มานั่งหัวเราะ มานั่งดูเพื่อน ตอนนี้แกกลับมาเดินได้ แต่ยังต้องใช้ไม้พยุงนะ แกก็บอกว่า ถ้าฉันไม่กลับมาโรงเรียน ฉันคงนอนติดเตียง อยู่บ้านเป็นภาระลูกหลานแน่ ๆ เลย

(รหัส B02, 6 มกราคม 2563)

...ผู้สูงอายุจะมารวมกันที่บ้าน ตรงนี้แหละ เป็นศูนย์รวมของกลุ่มตีกลองยาว ตาเป็นประธานกลุ่ม เป็นคนตีกลองยาว ที่นี่มีแต่ผู้สูงอายุ ตั้งแต่นักดนตรี ยันนางรำ เรามารวมกันหาอะไรทำในเวลาว่าง จะได้ไม่เหงา สมองก็ไม่เสื่อม (ตีกลองยาว พร้อมร้องเพลงให้ฟัง ประมาณ 5 นาที)

(รหัส A02, 29 มกราคม 2563)

...ที่นี่ เพื่อนช่วยเพื่อนจริง ๆ ช่วยกันทุกคน บางทีเหมือนจะไม่รักกันนะ แต่เวลาเดือดร้อน ก็ช่วยกันจริง

(รหัส B05, 12 ธันวาคม 2562)

...ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่นี่ มีลูกหลานคอยดูแล แล้วก็ยังมีเพื่อนบ้าน แล้วก็เพื่อนที่โรงเรียนผู้สูงอายุ มาแวะเวียนหากัน

(รหัส C01, 5 กุมภาพันธ์ 2563)

...คนสูงอายุที่นี่ ทำอะไรต้องมีตัวอย่าง (หัวเราะ) บางคนท้าทายไง จะไปได้สักกี่น้ำ จะมีคนมาหรอ โชคดีที่นายก มีกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เห็นความสำคัญ ว่าจะทำยังไง ให้คนแก่บ้านเรา ไม่ซึมเศร้า ไม่อยากเห็นพ่อแม่ นั่งจมบนที่นอน ก็เลยช่วยกัน แล้วสานต่อมาจนถึงวันนี้ ทุกเดือนมีประชุมประธานชมรมผู้สูงอายุ 28 หมู่บ้าน ก็มานั่งเล่าปัญหา เล่าความสุขที่เกิดขึ้น แลกเปลี่ยนและช่วยเหลือกันทุกเดือน เราตั้งกลุ่มจิตอาสา ช่วยเหลือผู้ยากไร้ในชุมชน สมาชิกจิตอาสา มีทุกเพศ ทุกวัยนะ

(รหัส A02, 29 มกราคม 2563)

...ช่วยเหลือกันดี เราช่วยกันดูแลช่วยเหลือคนในชุมชนทุกกลุ่ม แล้วก็ทุกเรื่อง ทุกเรื่องจริง ๆ นะ เรื่องไหนถ้าทางชมรมช่วยไม่ได้ เราก็จะพากันไปปรึกษาครูที่โรงเรียนผู้สูงอายุ บางอย่างครูช่วยไม่ได้ แต่เพื่อนนักเรียนด้วยกันช่วยได้ นักเรียนบางคนเป็นผู้ใหญ่บ้าน บางคนเป็นข้าราชการเกษียณ พอมีเครือข่ายภายนอก เราก็มาวางแผนกัน

(รหัส A04, 19 ธันวาคม 2562)

...อยากไปโรงเรียน ไปเจอเพื่อน แต่อย่างว่าแหละ คนเรามันไม่เหมือนกันเนาะ บางคนมาเรียนอาทิตย์นึง ก็หายไป เราก็ตาม ถามนะ เป็นเพื่อนในห้องเรา ถามว่าทำไมไม่มาเรียน เป็นอะไรหรือเปล่า

(รหัส B02, 6 มกราคม 2563)

...คนที่นี่ ไม่ทอดทิ้งกัน ผู้สูงอายุคลองน้ำไหลเรามีโครงการ เยี่ยมเยือนเพื่อน เราจะรวมกลุ่มกันทุกเดือน แล้วออกไปเยี่ยมเพื่อนที่ด้อยโอกาส ไม่ใช่เฉพาะคนสูงอายุนะ เราเยี่ยมทุกคนที่ด้อยโอกาส เด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง เรารวมของ รวมเงิน แล้วไปเยี่ยมเค้ากัน เดือนไหนได้มาก ก็ไปมาก เดือนนึงก็ 2-3 คน

(รหัส C05, 12 ธันวาคม 2562)

...ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งที่นี่ไม่ค่อยมีนะ ถ้ากลุ่มจิตอาสาเรารู้ว่า มีใครอยู่ลำพังโดดเดี่ยว หรือถูกทอดทิ้ง เราก็จะไปช่วยเหลือดูแลกัน แต่เท่าที่รู้ตอนนี้ไม่มีใครถูกทอดทิ้งนะ

(รหัส B02, 6 มกราคม 2563)

1.1.3 การได้รับแรงสนับสนุนจากกลุ่มอื่น ๆ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน รวมถึงเจ้าหน้าที่ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พนักงาน อบต. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงสิทธิและบริการพื้นฐานที่จำเป็นได้มากขึ้น มีการตั้งกองทุนเพื่อการประกอบอาชีพสำหรับผู้สูงอายุ การอำนวยความสะดวกในที่สาธารณะ การเดินทาง ติดต่อสื่อสาร การเยี่ยมบ้านดูแลสุขภาพ การดูแลระยะยาว การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค การปรับสภาพแวดล้อม รวมถึงสวัสดิการ เบี้ยยังชีพ และการให้คำแนะนำปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพ

...พอใจนะ จากทุกหน่วยงานนั่นแหละ คลองน้ำไหลโชคดีอย่าง อำเภอก็ตั้งอยู่ในตำบล โรงพยาบาลก็อยู่ในตำบล เกือบทุกหน่วยงานอยู่ที่ตำบลคลองน้ำไหลหมด ความช่วยเหลือ การดูแลเลยค่อนข้างสะดวก และได้รับการปฏิบัติที่ดี

...ได้รับการอำนวยความสะดวกทั่วถึงนะ ไปติดต่ออะไร ที่ไหน เค้าก็ดูแลเราดี จะว่าไป รถราของเอกชน เค้าก็ยังดูแลเรานะ จะขึ้น จะลง รวมถึงค่าโดยสารด้วย

(รหัส C02, 6 มกราคม 2563)

...มี อบต. ทั้งงานสวัสดิการ แล้วก็งานสาธารณสุข ที่คอยช่วยเหลือดูแลสมาชิกในชุมชน มีโรงพยาบาลคลองลานอีก หมอที่นี่ใจดีนะ พยาบาลก็ไม่ดุ ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่เป็นคนคลองน้ำไหล คนคลองลาน รู้จักกัน เห็นกันมาแต่เล็ก แต่น้อย เจ้าหน้าที่ที่ อบต. ด้วย ส่วนใหญ่เป็นคนคลองน้ำไหล ป้าว่าดีนะ คนทำงานเป็นลูกหลานคนในพื้นที่ เค้าจะได้รักและเข้าใจคนในชุมชนจริง ๆ

(รหัส B03, 19 ธันวาคม 2562)

...โรงพยาบาลคลองลาน มาคอยตรวจสุขภาพ ให้คำแนะนำในการดูแลตัวเอง มาทุกวันศุกร์ ที่โรงเรียนผู้สูงอายุ

(รหัส A04, 19 ธันวาคม 2562)

...อสม. คอยแวะมาเยี่ยมบ้าน มาชวนไปออกกำลังกาย พักนี้ไม่ได้ไป ก็แกว่งแขนอยู่บ้านนี่แหละ ใช้เหมือนกัน

(รหัส A05, 18 ธันวาคม 2562)

...อบต. กับ โรงพยาบาล ส่งเสริมเรื่องสุขภาพตลอด แล้วก็มีทีมพวกตา นักรบ อสม. ร่วมเป็นทีมขับเคลื่อน ทั้งการออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพเบื้องต้น อาหารการกิน เค้าคอยส่งเสริมให้เราปลูกผักกินเองนะ ทุกบ้านต้องปลูกผักสวนครัว 5 ชนิด อะไรก็ได้ แล้ว อสม.จะคอยมาตรวจ ถ้าปลูกไม่ครบ ก็จะถูกตัดสิทธิ์บางเรื่องที่ตกลงร่วมกันไว้

(รหัส B01, 29 มกราคม 2563)

...กลุ่ม ชมรม หน่วยงานในชุมชน เค้าช่วยเหลือดี ไม่เลือกนะเค้าช่วยทุกคน จะยากดีมีจน เค้าช่วยกันหมด

(รหัส B02, 6 มกราคม 2563)

...วัดป่า วัดเทพพนาราม วัดรวงผึ้ง จัดกิจกรรมการปฏิบัติธรรม ให้ผู้สูงอายุ

(รหัส B05, 12 ธันวาคม 2562)

...อบต. แจ้งผ่านทางโทรศัพท์ ไวดีนะ มีอะไรที่เป็นประโยชน์กับเราเค้าแจ้งให้รู้ทันที แล้วก็มีไลน์กลุ่มของหมู่บ้าน ไลน์กลุ่มของโรงเรียนผู้สูงอายุ ช่วยกันแจ้งช่วยกันเตือนเรื่องสวัสดิการ เรื่องผลประโยชน์ของผู้สูงอายุตลอดเวลา ส่วนเวลาที่ไปทำบุญที่วัดก็อาศัยคุยกันบอกต่อ ๆ กัน เล่าสู่กันฟังน่ะ

(รหัส A03, 6 มกราคม 2563)

...ยายเป็นสมาชิกกองทุนพวกนี้ เพราะ กองทุนพวกนี้ ช่วยเหลือสมาชิกได้จริง เกิดแก่ เจ็บ ตาย เค้าช่วยเหลือ บางกลุ่มสามารถกู้ยืมได้นะ ดอกเบี้ยถูกด้วย ช่วยให้เราไม่ต้องไปกู้หนี้นอกระบบ

(รหัส A05, 18 ธันวาคม 2562)

...ถ้าเรื่องข่าวสารเกี่ยวกับสวัสดิการ โดยมากก็อ่านตามประกาศที่ อบต. กับยายมาบอก เพราะยายแกอยู่ในไลน์กลุ่มแจ้งข่าวของหมู่บ้าน หรือบางทีเช้า ๆ ก็ฟังจากเสียงตามสายน่ะ เค้าแจ้งอยู่นะ อยู่ที่นี่ข่าวสารทั่วถึงอยู่ ใครเจ็บ ใครตาย ใครมีงานบุญงานอะไร รู้ทั่วกัน

(รหัส C02, 6 มกราคม 2563)

1.2 ประเภทแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม ความช่วยเหลือ และการดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุคคลรอบข้าง สังคม และชุมชน ล้วนมีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีและคุณภาพชีวิตของ

ผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ประเภทแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย ด้านการเงิน ด้านแรงกาย ด้านสิ่งของ และด้านอารมณ์ ดังนี้

1.2.1 ด้านการเงิน แรงสนับสนุนด้านการเงินเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความมั่นคงในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร โดยแรงสนับสนุนดังกล่าวครอบคลุมทั้งรายได้ตามสิทธิขั้นพื้นฐาน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ สวัสดิการจากรัฐและชุมชน กองทุนสวัสดิการและฌาปนกิจชุมชน กองทุนกู้ยืมเพื่อการประกอบอาชีพ นอกจากนี้ พบว่า การรวมกลุ่มอาชีพและการสนับสนุนจากครอบครัว มีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและคุณค่าทางจิตใจของผู้สูงอายุ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ปรากฏเป็นแหล่งรายได้ประจำที่ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดสามารถเข้าถึงได้ตามสิทธิ แม้จำนวนเงินจะไม่เพียงพอสำหรับการดำรงชีวิตทั้งหมด แต่มีบทบาทสำคัญในการสร้างความรู้สึกมั่นคง อุ่นใจ และลดความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายพื้นฐานในชีวิตประจำวัน จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งไม่ได้นำเบี้ยยังชีพมาใช้จ่ายทันที แต่เลือกเก็บออมไว้เป็นเงินสำรองสำหรับกรณีเจ็บป่วยหรือเหตุฉุกเฉิน ซึ่งสะท้อนพฤติกรรมการวางแผนทางการเงินในวัยสูงอายุ

> ...รับเบี้ยผู้สูงอายุทุกเดือน รับแล้วก็ฝากธนาคารเก็บไว้ ไม่ได้ใช้หรอก เพราะลูกมันดูแลค่าใช้จ่ายให้
>
> (รหัส A02, 29 มกราคม 2563)

> ...รับเบี้ยผู้สูงอายุ แล้วก็เบี้ย อสม. ด้วย ตาเป็น อสม.น่ะ เป็นทั้งตาทั้งยายเลย
>
> (รหัส B02, 6 มกราคม 2563)

> ...ก็รับเบี้ยผู้สูงอายุตามสิทธิ รับมาก็เอามาใช้จ่ายในบ้าน ส่วนเงินที่หักแล้วจากการทำสวน ทำนา ก็เก็บฝากเป็นรายปีไป แต่ปีนี้เหลือไม่เยอะค่าปุ๋ย ค่าเมล็ดพันธุ์ ค่าน้ำมันมันสูงขึ้น
>
> (รหัส B03, 19 ธันวาคม 2562)

> ...ตอนนี้ ตากับยายรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุด้วยกันทั้งคู่ เก็บเอาไว้ทุกเดือนไม่ได้ใช้อะไรหรอก ฝากธนาคารไว้ ไม่ได้ร่ำรวยนะ เก็บไว้เวลาลำบาก เราไม่รู้อนาคตว่าเวลาเจ็บป่วยขึ้นมาต้องใช้เงินมากมายขนาดไหน
>
> (รหัส C02, 6 มกราคม 2563)

...หลัก ๆ เลย ก็ได้เบี้ยผู้สูงอายุ เบี้ย อสม. อย่างที่บอกว่า ยายกับตา เป็น อสม. มานาน เราทำกันมาตั้งแต่ยังไม่มีเงินให้ ทำไปเหอะช่วย ๆ กัน เรื่องเงินมันก็สำคัญนะ แต่ช่วยเพื่อนมันก็ได้บุญน่ะ

(รหัส C05, 12 ธันวาคม 2562)

กองทุนสวัสดิการ กองทุนหมู่บ้าน สัจจะออมทรัพย์ และฌาปนกิจในหลายระดับ ปรากฏเป็นกลไกสำคัญในการคุ้มครองความเสี่ยงทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกรณีเจ็บป่วย เสียชีวิต หรือประสบเหตุการณ์สำคัญในชีวิต ลักษณะเด่นของกองทุนเหล่านี้ คือการออมร่วมกันและการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ภายใต้ศักยภาพของทุนทางสังคมและวัฒนธรรมการพึ่งพาอาศัยกันในชุมชน

...กองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุ ฌาปนกิจ ธกส. คลองลาน ฌาปนกิจหมู่บ้าน ชุมชนมีสวัสดิการแบบนี้ดีนะ มันช่วยผู้สูงอายุได้เยอะนะ อายุขนาดนี้ไปกู้ที่ไหนเค้าก็ไม่ให้กู้แล้ว แต่การเป็นสมาชิกกองทุนเรามีการออมด้วยกัน เราได้ช่วยเหลือกัน เหมือนเอาเงินมารวมกันแล้วช่วย ๆ กันไป

(รหัส A01, 18 ธันวาคม 2562)

...สวัสดิการชุมชน ก็มีนะ กองทุนต่าง ๆ เข้าหมด ลูกมันสมัครไว้ให้ มีมานานแล้ว ตอนยายตายนั่นก็ได้กองทุนนี่แหละ มาช่วยเหลือ กองทุนที่นี่ช่วยกันจริง ๆ มันเป็นกองบุญเหมือนอะไรนะ เหมือนสัจจะออมทรัพย์นั่นแหละ เกิดแก่เจ็บตาย ก็มีเงินช่วยเหลือกัน

(รหัส A02, 29 มกราคม 2562)

...ก็เป็นสมาชิกกองทุน มีฌาปนกิจหมู่บ้าน ฌาปนกิจโรงพยาบาลคลองลาน ฌาปนกิจของตำบล

(รหัส A03, 6 มกราคม 2563)

...สวัสดิการอื่น ๆ หรอ มีสิ (นึก) เป็นสมาชิกกองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุ สมาชิกฌาปนกิจหมู่บ้าน ยายเป็น สมาชิก 2 หมู่ คือ หมู่ 3 กับหมู่ 16 แล้วก็เป็นสมาชิกสัจจะออมทรัพย์ของวัดป่า สมาชิกออมทรัพย์ หมู่ 16 กับหมู่ 19 น่าจะหมดแล้วนะ

(รหัส A05, 18 ธันวาคม 2562)

...สวัสดิการชุมชน ก็มีนะ กองทุนต่าง ๆ เข้าหมด ลูกมันสมัครไว้ให้ มีมานานแล้ว ตอนยายตายนั่นก็ได้กองทุนนี่แหละ มาช่วยเหลือ กองทุนที่นี่ช่วยกันจริง ๆ มันเป็นกองบุญเหมือนอะไรนะ เหมือนสัจจะออมทรัพย์นั่นแหละ เกิดแก่เจ็บตาย ก็มีเงินช่วยเหลือกัน

(รหัส B01, 29 มกราคม 2563)

...ป้าเป็นสมาชิกกลุ่มออมทรัพย์ของหมู่บ้าน แล้วก็เข้าเป็นสมาชิกฌาปนกิจ ทั้งของหมู่บ้าน อบต. แล้วก็ของโรงพยาบาล เข้าหมดทุกกองทุน เค้าเก็บเงินไม่มากน่ะ พอมีก็จ่ายไป ไม่มีก็หยุดจ่าย เอาเท่าที่ไหว บ้านป้าแค่ 3 คน ไม่เยอะเท่าไหร่ แต่กองทุนที่นี่เค้าจ่ายจริงนะ แถมสวัสดิการที่ให้เกิด แก่ เจ็บ ตาย ก็มีการประชุมกันทุกปีว่า อันนี้ดีไหม อันนี้พอไหม จะเพิ่มอะไรได้บ้าง นี่ ปีนี้ ก็ได้เพิ่มค่าเผ้าไข้เป็น 3 ครั้งต่อปีนะ เมื่อก่อนรู้สึกจะ 2 ครั้งต่อปี

(รหัส B03, 19 ธันวาคม 2562)

...ตาเป็นสมาชิกกองทุนผู้สูงอายุตำบลคลองน้ำไหล เข้าร่วมกลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ของทุกที่ ทั้งของหมู่บ้าน ของ อบต. ของโรงพยาบาลคลองลาน แต่ของ ธกส. ตาไม่ได้เป็นสมาชิกน่ะ

(รหัส C02, 6 มกราคม 2563)

...ก็มีนะ ยายเป็นสมาชิกกองทุนหมู่บ้าน กองทุนฌาปนกิจหมู่บ้าน ตำบล ของ อบต. ปีละ 600 บาท แล้วก็ของโรงพยาบาลคลองลาน ปีละ 500 บาท กองทุนแบบนี้ดีนะ ช่วยเหลือกันไป เกิด แก่ เจ็บ ตาย ช่วยกันได้หมด

(รหัส C05, 12 ธันวาคม 2562)

รายได้เสริมจากการรวมกลุ่มอาชีพ เป็นแรงสนับสนุนด้านการเงินที่อาจสร้างรายได้ไม่สูงมากนัก แต่มีความหมายในเชิงคุณค่าทางจิตสังคมอย่างมาก รายได้ที่เกิดขึ้นจากการรวมกลุ่มอาชีพของผู้สูงอายุ เช่น กลุ่มงานฝีมือ กลุ่มการแสดงพื้นบ้าน ถูกบริหารจัดการในรูปแบบกองทุนกลุ่ม ที่แสดงให้เห็นถึงความสามัคคีของกลุ่มผู้สูงอายุในการบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกัน

...รายได้จากกลุ่มอาชีพของผู้สูงอายุ มันไม่ได้เยอะจนตั้งตัวได้นะ บางอย่างก็ได้ ยี่สิบ สามสิบ บางอย่างงานฝีมือก็ตกชิ้นละเป็นพันเหมือนกัน แต่เราทำเป็นกลุ่มไง ช่วยกัน พอมีรายได้เราก็เอาเข้ากลุ่ม หักต้นทุน โน่นนี่นั่นแล้ว เราก็เอามาทำเป็นปันผล สิ้นปีเราก็แจกจ่ายปันผล ก็แล้วแต่ว่ามีมากมีน้อย ตาว่า ทำไว้มันก็สุขใจนะ

(รหัส B01, 29 มกราคม 2563)

...ส่งเสริมอาชีพให้ผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุได้มารวมกลุ่มอาชีพ สร้างรายได้หลากหลายกลุ่ม เค้าก็ส่งเสริมนะ จัดหาเครื่องดนตรีให้ หาชุดการแสดง บางทีสมาชิกเราก็มีกองทุนกัน เวลาไปเล่นในงานต่าง ๆ ของชุมชน พอได้สินน้ำใจมา เราก็เอามาเข้ากองทุนของกลุ่มเรา ใครเดือดร้อนก็ช่วยกันไป มากบ้างน้อยบ้างก็ตามที่มี

(รหัส A01, 18 ธันวาคม 2562)

ครอบครัว ยังคงเป็นแหล่งแรงสนับสนุนทางการเงินหลักที่สำคัญของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการดูแลค่าใช้จ่ายพื้นฐาน เช่น ค่าอาหาร ค่าน้ำ ค่าไฟ และเงินส่งรายเดือน การสนับสนุนจากบุตรหลานช่วยลดภาระทางเศรษฐกิจและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุสามารถใช้รายได้จากสวัสดิการเพื่อการออมและการดูแลสุขภาพในระยะยาว

...ก็ช่วยกัน ทำไร่มันสำปะหลัง ส่วนหลานนี่ พ่อมันส่งเงินมาให้ทุกเดือน ส่งมาเผื่อตายายด้วย ก็เก็บเอาไว้ให้หลานนั่นแหละ เดี๋ยวมันโตขึ้นก็ต้องกินต้องใช้ ตอนนี้ยังเล็กไม่ได้ใช้อะไรมาก

(รหัส A03, 6 มกราคม 2563)

...ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าของเครื่องใช้ อาหาร ลูกสาวดูแลให้น่ะ

(รหัส C05, 12 ธันวาคม 2562)

...ก็มีเงินเดือน ของลูกเขย มาช่วยจุนเจือ แต่ก็พอประมาณ เนอะ เพราะเค้าก็ต้องเก็บไว้เลี้ยงดูครอบครัว

(รหัส B02, 6 มกราคม 2563)

...ค่าน้ำ ค่าไฟ น้องกับหลานจัดการให้หมด เราก็เกรงใจ เค้าก็บอกว่า แค่ดูแลตัวเองให้แข็งแรงก็พอแล้ว ถ้าเจ็บไข้ได้ป่วยมานี่แหละ จะวุ่นวายไปกันใหญ่ (หัวเราะ)

(รหัส C04, 18 ธันวาคม 2562)

แม้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พยายามหลีกเลี่ยงการเป็นหนี้ โดยเฉพาะหนี้นอกระบบ แต่ยังพบกรณีที่จำเป็นต้องกู้ยืมเงินเพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของระบบคุ้มครองทางการเงิน และความเปราะบางที่ยังคงดำรงอยู่ในบางครัวเรือน

...ก็ไปกู้ ธกส. พอได้ต่อสภาพคล่อง แต่นี่ก็เพิ่งไปกู้นอกระบบมา ลูกสาวมันจะไปทำงานที่ต่างประเทศ เค้าให้วางเงินประกัน ไม่รู้จะไปเอาที่ไหน ก็เลยกู้นอกระบบ นี่ก็ส่งจะครบแล้ว แต่ไม่กู้ต่อแล้วหล่ะ เพราะดอกมันแพงเหลือเกิน ทำไงได้ก็มัน กู้ง่าย ได้ง่าย ไม่ตรวจสอบอะไรมาก

(รหัส C03, 19 ธันวาคม 2562)

...เมื่อก่อนมีหนี้นะ แต่ก็ช่วยกันเก็บ ช่วยกันหา ตอนนี้หมดหนี้แล้ว สบายมาจะ 5 ปีแล้วหนู ไม่อยากไปสร้างหนี้อีก จะได้มีความสุขตอนแก่ (หัวเราะ)

...ตอนมีหนี้มันเครียดนะ ไม่อยากออกไปไหนเลย ออกจากบ้านแต่ละที มองซ้ายมองขวา จะไปไหนก็กลัวเจอเจ้าหนี้ หนี้หลักหมื่นปลาย ๆ นะ แถมนอกระบบอีก บอกตามตรงช่วงนั้นเครียดจริง แทบไม่อยากไปไหน ตอนนั้นรับจ้างทุกอย่าง หนักเอาเบาสู้ เหนื่อยมาก เคยไปรับจ้างทำก่อสร้างด้วยนะ พอได้ค่าจ้างมาก็รีบเอาไปใช้หนี้ เออยายลืมบอก อีกก้อนนึงได้มาจากการเสี่ยงโชค (หัวเราะ) ตอนนั้นไม่รู้จะไปพึ่งอะไรเนอะ รอลุ้นวันหวยออก ยายถูกลอตเตอรี่รางวัลที่ 5 ได้มา 2 ใบ ตอนนั้นก็หลายหมื่นนะ โล่งเลย (หัวเราะ) เอาเงินมาผสมปนเปกัน หมดหนี้เลยทีนี้

(รหัส B05, 12 ธันวาคม 2562)

กล่าวโดยสรุป แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเงินของผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชรปรากฏให้เห็นถึงการผสานกลไกของรัฐกับกลไกของชุมชนและครอบครัวอย่างเป็นพลวัต โดยข้อค้นพบชี้ให้เห็นว่า เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุทำหน้าที่เป็นหลักประกันรายได้ขั้นต่ำที่สร้างความมั่นคง

เชิงสัญลักษณ์ ขณะที่กองทุนสวัสดิการ กองบุญ และฌาปนกิจชุมชนทำหน้าที่เป็นกลไกรองรับความเสี่ยงในช่วงเหตุการณ์สำคัญของชีวิต การรวมกลุ่มอาชีพและการสนับสนุนจากครอบครัวช่วยเสริมศักยภาพในการจัดการรายจ่ายและคงไว้ซึ่งคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม การดำรงอยู่ของกรณีการกู้ยืมเงินในสถานการณ์ฉุกเฉินสะท้อนข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของระบบคุ้มครองทางการเงินที่ยังไม่สามารถตอบสนองความเปราะบางได้อย่างครอบคลุม แรงสนับสนุนด้านการเงินจึงไม่ได้เป็นเพียงเครื่องมือในการบรรเทาปัญหาเชิงเศรษฐกิจ แต่เป็นกลไกเชิงสังคมที่หล่อหลอมความมั่นคง ความรู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ อันเป็นฐานสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน

1.2.2 ด้านแรงกาย เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีบทบาทโดยตรงต่อความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร จากการสัมภาษณ์พบว่าแรงสนับสนุนด้านแรงกายและสิ่งอำนวยความสะดวก ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองภายใต้สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย เหมาะสม และพร้อมรองรับข้อจำกัดทางร่างกายที่อาจเกิดขึ้นตามวัย ผ่านความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานด้านสุขภาพ สถาบันทางศาสนา ครอบครัว และเครือข่ายชุมชน โดยทำหน้าที่ทั้งในรูปแบบการอำนวยความสะดวก การจัดกิจกรรมส่งเสริมการเคลื่อนไหว การช่วยเหลือในการเดินทางและการติดต่อประสานงาน ตลอดจนการจัดเตรียมโครงสร้างพื้นฐานและอุปกรณ์ที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ ลดภาระทางกายภาพ ลดความเสี่ยงจากอุบัติเหตุ และเพิ่มความต่อเนื่องในการเข้าถึงบริการและกิจกรรมของชุมชน

ครอบครัว เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกิจกรรมที่ต้องใช้พลังร่างกายหรือมีความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การทำงานบ้าน การจัดเตรียมอาหาร การดูแลเมื่อเจ็บป่วย และการพาไปพบแพทย์ ข้อมูลสะท้อนว่าแรงกายจากบุตรหลานและสมาชิกครอบครัวช่วยลดภาระทางกายภาพของผู้สูงอายุ และเอื้อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปลอดภัยมากขึ้น

> ...บ้านนี้ ทีแรก ก็อยู่คนเดียวนะ ลูกมันปลูกบ้านให้ใหม่ มันให้ไปนอน หลังนู้น (ชี้หลังข้าง ๆ ให้ดู) แต่ไม่ไปหรอก ชอบอยู่บ้านนี้มากกว่า เราอยู่มานานน่ะ ไปที่อื่นมันไม่ชิน มันคงขี้เกียจตื่อมาก ทีนี้มันคงห่วง กลัวเราหกล้มตอนกลางคืน ตอนนี้มันยกกันมาทั้งบ้าน มันมาอยู่ที่นี่เลย ยึดเป็นที่ของมันกันเลย ส่วนบ้านนู้นมันให้หมา แมว อยู่แทน (หัวเราะ)
>
> (รหัส A02, 29 มกราคม 2563)

...นี่ก็ต้องคุมอาหาร ลูกสาวเป็นคนทำอาหาร เค้าก็จะจัดการให้

...ปฏิบัติตัวตามที่ลูกแนะนำ เดี๋ยวถ้าอาการไม่ดีขึ้น ก็ว่า จะชวนให้พาไปหาหมอที่โรงพยาบาล อีกที

(รหัส A05, 18 ธันวาคม 2562)

...ตอนนี้ยายก็ช่วยลูก ๆ ทำสวนเล็ก ๆ น้อย ๆ ทำเท่าที่เค้าให้ทำ ลูกยายมันก็ไม่ค่อยให้ไปสวน มันบอกให้อยู่บ้าน ทีนี้ ไอ้เรา คนเคยทำงานน่ะ จะให้อยู่บ้านเฉย ๆ ก็ไม่ได้ ก็หาเรื่อง ออกไปสวนเกือบทุกวัน

(รหัส C01, 5 กุมภาพันธ์ 2563)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนด้านแรงกายแก่ผู้สูงอายุในลักษณะเชิงโครงสร้างผ่านการจัดกิจกรรม การอำนวยความสะดวก การประสานงาน และการช่วยเหลือในภารกิจที่ผู้สูงอายุไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง แรงสนับสนุนในลักษณะนี้ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการและกิจกรรมของชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง

...อบต.คลองน้ำไหล สนับสนุน ตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ ที่มีกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุทั้งเรื่องเรียน กิจกรรมยามว่าง กิจกรรมสร้างอาชีพ ยังมีการออกกำลังกาย มีตรวจสุขภาพให้ด้วย

(รหัส A03, 6 มกราคม 2563)

...พอใจมาก ไม่มีเค้าเราอยู่ได้จริง แต่บางเรื่อง เราก็ต้องพึ่ง อบต. ต้องพึ่งหน่วยงานรัฐ นะ ประชาชนเราทำอะไรเองได้ ในเรื่องที่ควรทำ แต่บางเรื่องเราก็ทำไม่ได้ ป้าว่า การมีคนมาคอยช่วยเหลือดีกว่าไม่มีนะ แต่บางคนเค้าก็ไม่ชอบนะ เค้าคิดว่ามันวุ่นวาย แต่บ้านป้าชอบนะ เวลามีคนมาเที่ยวมาหา มาถามไถ่ สารทุกข์ สุขดิบ น่ะ ดูว่า เรามีคนห่วงใย น่ะ

(รหัส B03, 19 ธันวาคม 2562)

...โรงพยาบาลคลองลาน สนับสนุนอุปกรณ์ยืดเหยียดร่างกาย มียางยืด ถุงมือบีบนวด

(รหัส C03, 19 ธันวาคม 2562)

...กศน. มาสอนมาฝึกอาชีพ พัฒนาชุมชนก็เข้ามาส่งเสริมอาชีพนะ มาฝึกให้ทำนู่นนี่ เพราะเวลาเราประชุมกรรมการผู้สูงอายุ ก็จะเสนอกันว่าอยากทำอะไร แล้วก็ประสานไปที่ อบต. ทาง อบต. เค้าก็หาคน หางบประมาณมาให้

(รหัส A02, 29 มกราคม 2563)

...วัด ก็เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาผู้สูงอายุ ท่านพระครู ท่านช่วยเหลือผู้สูงอายุด้วยดีตลอดมา

(รหัส A04, 19 ธันวาคม 2562)

...มีพระครูที่วัดป่าไพรสณฑ์ อีกนะ ที่วัดจะจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุร่วมกับ อบต. เป็นประจำ ทั้งฟังเทศน์ ทำบุญตักบาตรช่วยเหลือผู้ยากไร้ ปฏิบัติธรรม เดือนเว้นเดือน

(รหัส C05, 12 ธันวาคม 2562)

...ไม่มีนะ ไม่ได้ร้องขอ สิ่งอำนวยความสะดวกอะไร จากที่ไหน ที่บ้านมีเกือบหมดหรือยังไม่ถึงเวลา (หัวเราะ) ไม่ได้ต้องการอะไรนะ รถเข็น ไม้เท้า ก็ยังไม่ต้องใช้ เรื่องอื่น ๆ เค้าก็จัดก็หาไว้บริการอยู่แล้วนะ ทางลาด บันได ห้องน้ำ ทุกที่แหละ ที่คลองน้ำไหล เค้าปรับตัวให้รองรับคนพิการ คนสูงอายุเกือบหมดแล้ว

(รหัส C02, 6 มกราคม 2563)

การส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต เช่น การออกกำลังกายร่วมกันในชุมชน โรงเรียนผู้สูงอายุ และกิจกรรมผ่านหอกระจายข่าว เป็นรูปแบบแรงสนับสนุนที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างเหมาะสม โดยไม่สร้างภาระหรือความเสี่ยงเกินไป กิจกรรมเหล่านี้ช่วยให้การใช้แรงกายกลายเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน

...มีสถานที่ออกกำลังกาย ลานกว้าง ๆ ในหมู่บ้าน ทุกหมู่บ้าน ทาง อบต. อำนวยความสะดวกในการติดต่อเรื่องต่าง ๆ สถานที่ทำกิจกรรม ที่ออกกำลังกาย

(รหัส A01, 18 ธันวาคม 2562)

...มีเครื่องออกกำลังกาย ได้รับการสนับสนุนมาจาก อบต. มีอยู่ที่ลานของหมู่บ้าน แล้วก็มีตั้งไว้ที่ อบต. เวลาไปเรียนทุกวันศุกร์ก็ไปออกกำลังกายกัน

(รหัส B01, 29 มกราคม 2563)

...สถานที่ออกกำลังกาย อย่างที่บอก คลองน้ำไหล เค้ารณรงค์ เรื่องออกกำลังกายกับน้ำหนักตัว นานแล้ว หน้าบ้าน ทุกบ้าน ออกได้หมด เค้าใช้หอกระจายข่าว ก่อนเคารพธงชาตินะ สัก ห้าโมงครึ่งได้ เริ่มเปิดเพลง มีคนพูดชวน เราก็เต้นตามเพลง ยายเต้นไปด้วยทำกับข้าวไปด้วย เรียบร้อยหกโมงเย็น เคารพธงชาติพอดี

(รหัส B02, 6 มกราคม 2563)

...มีสถานที่ให้คนแก่มาทำกิจกรรม มาออกกำลังกาย มีการพาไปทัศนศึกษา มีการพาไปปฏิบัติธรรม ถึงมันจะไม่ใช่เงินทอง แต่มันก็เป็นสิ่งที่ทำให้จิตใจไม่เครียด

(รหัส C05, 12 ธันวาคม 2562)

กล่าวโดยสรุป แรงสนับสนุนทางสังคมด้านแรงกายของผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ปรากฏให้เห็นถึงการบูรณาการบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานด้านสุขภาพ ครอบครัว และเครือข่ายชุมชนเข้าด้วยกัน โดยมีเป้าหมายสำคัญในการคงไว้ซึ่งความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันและความเป็นอิสระของผู้สูงอายุ ข้อค้นพบชี้ให้เห็นว่า การอำนวยความสะดวก การช่วยเหลือเชิงแรงกาย การจัดกิจกรรมส่งเสริมการเคลื่อนไหว และการเตรียมโครงสร้างพื้นฐานเชิงป้องกัน ล้วนทำหน้าที่ร่วมกันในการลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ ชะลอความเสื่อมถอยทางร่างกาย และเพิ่มการเข้าถึงบริการและกิจกรรมของชุมชน แรงสนับสนุนในมิตินี้จึงไม่ได้เป็นเพียงการช่วยเหลือเฉพาะหน้า หากแต่เป็นกลไกที่เสริมสร้างความมั่นคง ความรู้สึกมีคุณค่า และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ สะท้อนศักยภาพของชุมชนในการรองรับสังคมสูงวัยอย่างยั่งยืน

1.2.3 ด้านสิ่งของ การสนับสนุนด้านสิ่งของในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ไม่ได้จำกัดอยู่แค่เพียงการให้สิ่งของเพื่อการยังชีพเท่านั้น แต่เป็นกระบวนการจัดสรรทรัพยากรที่เชื่อมโยงระหว่างภาครัฐ ชุมชน สถาบันทางศาสนา และเครือข่ายต่าง ๆ เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ จากการสัมภาษณ์พบว่า การสนับสนุนด้านสิ่งของครอบคลุมตั้งแต่เครื่องอุปโภคบริโภค อาหาร และถุงยังชีพ ตลอดจนอุปกรณ์และทรัพยากรที่เอื้อต่อการจัดกิจกรรม การดูแลสุขภาพ และการเข้าถึงบริการในชีวิตประจำวัน

การสนับสนุนผ่านกองบุญและกิจกรรมทางศาสนา ในรูปแบบของข้าวสาร อาหารแห้ง และถุงยังชีพ เพื่อการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบางในตำบลคลองน้ำไหล โดยมีวัด พระสงฆ์ และเครือข่ายจิตอาสาเป็นศูนย์กลางในการระดมและกระจายทรัพยากรด้วยความยืดหยุ่น บนฐานความเอื้ออาทรของชุมชน

> ...ท่านพระครู ออกรับบริจาคโครงการสะพานบุญ ช่วยเหลือผู้ยากไร้ในตำบล ไม่เฉพาะผู้สูงอายุนะ โครงการสะพานบุญเราช่วยเหลือทุกคนที่ตกทุกข์ได้ยาก เราออกรับบริจาคสิ่งของ ข้าวสารอาหารแห้ง โดยมีท่านพระครู พระ สามเณร ออกบิณฑบาต เพื่อรวบรวมเสบียงบุญไปช่วยเหลือคนตกทุกข์ได้ยาก
>
> (รหัส A02, 29 มกราคม 2563)

> ...มีสวัสดิการชุมชนจิตอาสาด้วยนะ จะมีการตักบาตรจิตอาสา มีท่านพระครูเดินบิณฑบาตร่วมกับคนในชุมชน เพื่อขอรับบริจาคข้าวสาร อาหารแห้ง แล้วนำมารวมบุญกัน เพื่อจัดเป็นถุงยังชีพบริจาคให้ผู้ที่ขัดสนในตำบล
>
> (รหัส B02, 6 มกราคม 2563)

> ...ท่านพระคุณที่วัด ช่วยเหลือคนยากคนจน คนแก่คนเฒ่า น่ะ ช่วยกันรับบริจาคสิ่งของ จากคนที่เค้ามี มาช่วยคนที่ด้อยโอกาส ตั้งแต่แม่อยู่ที่คลองน้ำไหลมา ก็ทำแบบนี้กันมาเรื่อยนะ
>
> (รหัส B04, 12 ธันวาคม 2562)

...อบต. ดูแลสวัสดิการให้ทั่วถึงนะ เดี๋ยวมาเคาะประตูถามอีกแล้วมีใครเจ็บ ใครป่วย ใครพิการไหม สวัสดิการที่นี่ดีนะ เหมือนเป็นกองบุญ มากกว่ากองทุนน่ะ

(รหัส C02, 6 มกราคม 2563)

...คนที่นี่ ไม่ทอดทิ้งกัน ผู้สูงอายุคลองน้ำไหลเรามีโครงการ เยี่ยมเยือนเพื่อน เราจะรวมกลุ่มกันทุกเดือน แล้วออกไปเยี่ยมเพื่อนที่ด้อยโอกาส ไม่ใช่เฉพาะคนสูงอายุนะ เราเยี่ยมทุกคนที่ด้อยโอกาส เด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง เรารวมของ รวมเงิน แล้วไปเยี่ยมเค้ากัน เดือนไหนได้มาก้ไปมาก เดือนนึงก็ 2-3 คน

(รหัส C05, 12 ธันวาคม 2562)

สิ่งของและอุปกรณ์ที่ใช้สนับสนุนกิจกรรมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น เครื่องออกกำลังกายและสถานที่ทำกิจกรรม เป็นทรัพยากรสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ โดยองค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้ำไหล มีบทบาทหลักในการจัดหาและดูแลทรัพยากรดังกล่าวให้สามารถเข้าถึงได้ในระดับชุมชน

...มี อบต.คลองน้ำไหล มาสนับสนุนโรงเรียนผู้สูงอายุ สนับสนุนอุปกรณ์ออกกำลังกาย มีเครื่องออกกำลัง จัดหาสถานที่รวมกลุ่มผู้สูงอายุให้

(รหัส A02, 29 มกราคม 2563)

...ทุกวันศุกร์ จะไปออกกำลังกายที่โรงเรียนผู้สูงอายุ มันมีเครื่องออกกำลังกาย ของอบต.อยู่

(รหัส A03, 6 มกราคม 2563)

...อบต.คลองน้ำไหล สนับสนุนทุกเรื่อง โดยเฉพาะเรื่องของโรงเรียนผู้สูงอายุ สวัสดิการ กิจกรรมต่าง ๆ สถานที่ออกกำลังกาย ให้ที่ทำกิจกรรม

(รหัส B05, 12 ธันวาคม 2562)

...เดี๋ยวนี้มีลานออกกำลังกาย กับเครื่องออกกำลังกาย ให้ด้วยนะ ทุกหมู่บ้านมีที่ปั่นจักรยานอยู่กับที่ ที่ออกกำลังกายแบบอื่น ก็มี แต่ยายไม่ได้ใช้หรอก ทำไม่เป็น ส่วนมากก็ใช้เครื่องที่ปั่นจักรยาน มันก็ดีนะ ได้ออกกำลังกาย ได้เจอเพื่อน

(รหัส B02, 6 มกราคม 2563)

แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ ยังปรากฏในรูปแบบของการจัดสภาพแวดล้อมและทรัพยากรที่เอื้อต่อการอยู่อาศัยและการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ เช่น การจัดรถรับส่ง การจัดกิจกรรมเคลื่อนที่ และการดูแลถึงที่อยู่อาศัย เป็นต้น ซึ่งช่วยลดข้อจำกัดด้านการเดินทางและการเข้าถึงบริการต่าง ๆ ของผู้สูงอายุในพื้นที่

...ส่วนมากได้รับจาก อบต.คลองน้ำไหล ทั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ เครื่องออกกำลังกาย รถรับส่งเวลาไปงานต่าง ๆ

(รหัส C02, 6 มกราคม 2563)

...จริง ๆ มันมีเยอะนะ เอาเรื่องแรกก่อน อบต. มีกิจกรรมเรื่อย ๆ น่ะ เค้าเคลื่อนที่ไปหาเราถึงที่เลยนะ อะไรที่ชุมชนไปยาก อบต.สัญจรไปทุกที่ มีอะไรเดือดร้อน ลำบาก แค่เราเอ่ยปากนะ เค้าช่วยเหลือเราเต็มที่

(รหัส C05, 12 ธันวาคม 2562)

กล่าวโดยสรุป แรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ ของผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ปรากฏเป็นระบบคุ้มครองทางสังคมแบบผสมผสานที่บูรณาการทรัพยากรจากภาครัฐ ชุมชน ศาสนา และเครือข่ายต่าง ๆ เข้าด้วยกัน โดยมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความมั่นคงในการดำรงชีวิตและการเข้าถึงกิจกรรมของผู้สูงอายุ ข้อค้นพบชี้ให้เห็นว่า สิ่งของและทรัพยากรที่ได้รับการสนับสนุนไม่ได้ทำหน้าที่เพียงตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน เช่น อาหารและเครื่องอุปโภคบริโภค แต่ยังทำหน้าที่เป็นกลไกเชื่อมโยงผู้สูงอายุเข้าสู่กิจกรรมทางสังคม การดูแลสุขภาพ และการเข้าถึงบริการในชีวิตประจำวัน แรงสนับสนุนด้านสิ่งของจึงมีลักษณะเป็นทั้งเครื่องมือเชิงปฏิบัติและสัญลักษณ์ของความเอื้ออาทรในชุมชน ซึ่งช่วยลดความเปราะบาง เพิ่มความรู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง และเสริมสร้างศักยภาพของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีในบริบทพื้นที่

1.2.4 ด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร มีลักษณะเป็นกระบวนการทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างทางวัฒนธรรม ศาสนา และความสัมพันธ์ในชุมชน จากการสัมภาษณ์พบว่า การยกย่อง การให้คุณค่า และการเปิดพื้นที่ให้ผู้สูงอายุมีบทบาทอย่างมากในการช่วยเสริมสร้างความมั่นคงทางจิตใจ ลดความโดดเดี่ยว และกระตุ้นการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบรอบด้าน

การยกย่อง ชมเชย และการแสดงการยอมรับคุณค่าของผู้สูงอายุ ปรากฏเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุ ทั้งนี้การแสดงออกทางอารมณ์ดังกล่าว ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างผิวเผิน แต่ยังคงอยู่ในวัฒนธรรมของชุมชนที่ให้ความสำคัญกับความอาวุโส ความรู้ และประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุ

...ทุกกลุ่มนั่นแหละ เค้าดูแลผู้สูงอายุดี เค้าเคารพในความอาวุโสนะ ตอนนี้คนในชุมชนเห็นคุณค่าของคนสูงอายุ

(รหัส A02, 29 มกราคม 2563)

...ไปเรียนแค่วันเดียวเอง ไปเรียนก็เหมือนไปหาเพื่อน มาให้รื่นเริงใจ ได้เจอเพื่อน ได้เจอครู ได้ฟังเทศน์ จากท่านพระครู

(รหัส B02, 6 มกราคม 2563)

...เป็นนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุด้วย นี่เรียนปีที่ 2 แล้วนะ เทียบเท่าปริญญาโทเลยนะ (หัวเราะ) เรียนจบปีที่ 1 เป็นปริญญาตรี จบปีที่ 2 เป็นปริญญาโท จบปีที่ 3 เป็นปริญญาเอก จบปีที่ 4 ได้เป็นผู้เชี่ยวชาญเลยนะ

(รหัส B03, 19 ธันวาคม 2562)

...อ้อ ยายลืมบอก ยายเป็นประธานชมรมผู้สูงอายุหมู่ 3 ด้วยนะ (ยิ้ม) เค้าเลือกยายนะ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุด้วยกันในหมู่บ้านยาย ชวนไปไหนก็ไปกัน อีกอย่าง อบต.คลองน้ำไหลน่ะ เค้ามีโรงเรียนผู้สูงอายุ มีกิจกรรมบ่อย ๆ แรก ๆ ก็ไม่อยากไป แต่ก็อยากรู้ว่าเค้าทำอะไรกัน พอไปเรียนนะ ทีนี้ ไม่อยากเลิกเรียนเลย ยายเรียน 4 รุ่นแล้วนะ ตอนนี้แต่ละชั้นมีคนมาเรียน เกือบ 80 คนแล้ว

(รหัส C05, 12 ธันวาคม 2562)

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนาและวัฒนธรรม เป็นพื้นที่เยียวยาทางจิตใจและสร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน การเข้าวัด การปฏิบัติธรรม และร่วมกิจกรรมประเพณีท้องถิ่นช่วยหล่อหลอมความสงบทางใจและความหมายของการดำรงชีวิตในวัยสูงอายุ

> ...เวลาตาไปวัดนะ มีนั่งวิปัสสนาปฏิบัติธรรม ผู้สูงอายุเยอะมาก เหมือนมันเป็นธรรมเนียมไปแล้วว่า ช่วงวันพระใหญ่ ผู้สูงอายุจะมาวัดกัน ชมรมต่าง ๆ ก็จะมาร่วมอำนวยความสะดวก มาร่วมทำกิจกรรมที่วัด การดูแลของชุมชนที่นี่ไม่ได้ทำเฉพาะจากหน่วยงานอย่างเดียว บ้าน วัด โรงเรียน มาช่วยกันหมด
>
> (รหัส A02, 29 มกราคม 2563)

> ...เข้าร่วมทุกกิจกรรมของชุมชน ร่วมประเพณีท้องถิ่นด้วย ไปครบทุกหมู่บ้าน ตาชอบงานประเพณี ตามวัฒนธรรมอยู่แล้ว
>
> (รหัส C02, 6 มกราคม 2563)

ภูมิปัญญาผู้สูงอายุและบทบาทการเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ ปรากฏเป็นแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ที่ช่วยเปิดพื้นที่ให้ผู้สูงอายุได้แสดงศักยภาพและถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นด้านศิลปวัฒนธรรม หัตถกรรม หรือบทบาทวิทยากรชุมชน การได้รับโอกาสดังกล่าวช่วยเสริมสร้างความภาคภูมิใจ ความรู้สึกมีคุณค่า และการคงอยู่ของอัตลักษณ์ชุมชน

> ...ไม่เฉพาะในตำบลนะ เป็นตัวแทนร่วมงานนอกพื้นที่ก็ไป ตาตีกลองยาวได้ด้วยนะ แถมตายังเป็นวิทยากรชุมชน ดีใจ เป็นตัวแทนคนคลองน้ำไหล ไปเผยแพร่ประเพณี ของชาวไททรงดำด้วย
>
> (รหัส C02, 6 มกราคม 2563)

> ...เค้าก็มาชวนให้พวกเราไปสอนเด็กในโรงเรียนตีกลองยาว สอนรำ ที่นี่เวลามีงานบุญนะ เราไม่ต้องเสียเงินจ้างราคาแพง ๆ เราอาศัยกลุ่มที่มีนี่แหละ ไปช่วยงานช่วยแรงกัน
>
> (รหัส A02, 29 มกราคม 2563)

> ...ที่เล่าให้ฟังไง สานไหข้าวน่ะ ก็เรียนรู้มาจากที่นี่แหละ มีครูจาก กศน. มาสอน ยายก็จำเอาแล้วไปประยุกต์เอง สบายๆ ขายได้ด้วย ตอนนี้ก็มีรวมกลุ่มอาชีพตำบลเลยนะ เราทำทำดอกไม้จันทน์ พวงหรีด นะ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมมากขึ้น อ้อ มีกลุ่มกลองยาวด้วย เวลามีงานบุญนะ บอกต่อๆ กันมา คนตีกลอง นางรำ ก็ผู้สูงอายุนี่แหละ บางงานไม่มีค่าจ้างเราก็ไป ช่วยกันมันมีความสุขนะ
>
> (รหัส C05, 12 ธันวาคม 2562)

กล่าวโดยสรุป แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชรปรากฏเป็นกลไกทางสังคมที่เชื่อมโยงโครงสร้างความสัมพันธ์ทางวัฒนธรรมและศาสนาของชุมชน โดยข้อค้นพบชี้ให้เห็นว่า การยกย่อง การยอมรับคุณค่า และการเปิดพื้นที่ให้ผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความมั่นคงทางจิตใจ ความภาคภูมิใจในตนเอง และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา วัฒนธรรม และการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นช่วยลดความโดดเดี่ยว หล่อหลอมพลังใจ และสร้างความหมายให้กับการดำรงชีวิตในวัยสูงอายุ แรงสนับสนุนด้านอารมณ์จึงไม่ได้เป็นเพียงการดูแลเชิงจิตใจในระดับปัจเจก แต่เป็นระบบสนับสนุนเชิงวัฒนธรรมที่เสริมสร้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความยั่งยืนของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ภาพ 9 แสดงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการบูรณาการปัจจัยหลายด้านที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน โดยจำแนกเป็น 3 ส่วน กล่าวคือ ปัจจัยส่วนบุคคล สภาพความเป็นอยู่และลักษณะครอบครัว และสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิต โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล สถานะสุขภาพ และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ล้วนมีบทบาทสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร จากการสัมภาษณ์พบว่า การรับรู้และจัดการสุขภาพของตนเอง สถานะสุขภาพ การเจ็บป่วย การปรับตัวต่อโรคประจำตัว การดูแลส่งเสริมสุขภาพ ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายและปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ความช่วยเหลือ สวัสดิการ และการอำนวยความสะดวก จะช่วยเสริมสร้างความมั่นคง ความเป็นอิสระ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

2.1.1 สถานะสุขภาพ การเจ็บป่วย และความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ผู้สูงอายุมีสถานะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ แม้จะมีอาการเจ็บป่วยหรือความเสื่อมถอยตามวัย จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการอยู่ให้เป็นปกติ การปรับตัวทางจิตใจต่อสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะการเจ็บป่วยแบบเรื้อรังและควบคุมได้ และการยอมรับข้อจำกัดของสภาพร่างกายจะช่วยลดความเครียดและเพิ่มความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน

> ...เป็นความดันโลหิตสูง ก็ใช้ชีวิตตามปกติ ทำงานตามปกติ แต่ระวังตัว หมั่นสังเกตอาการมากขึ้น
>
> (รหัส A01, 18 ธันวาคม 2562)

> ...แข็งแรงดี ไม่เจ็บ ไม่ไข้ ยังช่วยเหลือตัวเองได้อยู่ ความจำก็ยังดี จำแม่น
>
> (รหัส A02, 29 มกราคม 2563)

> ...สบายดี แข็งแรงอยู่ ไม่ได้เจ็บป่วยอะไรรุนแรง
>
> (รหัส B03, 19 ธันวาคม 2562)

...แข็งแรง สบายดี ไม่ได้เจ็บป่วยอะไร ช่วยเหลือตัวเองได้

(รหัส C02, 6 มกราคม 2563)

...ไม่เจ็บ ไม่ป่วย สบายดี แต่สายตาจะพล่า ๆ หน่อย เป็นตอนกลางคืน มันจะมัว ๆ ขับรถไม่ค่อยได้ (ขยี้ตา เป็นระยะ ๆ)

(รหัส B01, 29 มกราคม 2563)

...สุขภาพทั่ว ๆ ไปน่ะดี จะมีก็แต่ เจ็บ หัวเข่า น่ะ

(รหัส C04, 18 ธันวาคม 2562)

...แก่ตัวแล้ว ก็มีบ้าง ชอบปวดเข่า (จับเข่า) แต่ก็เป็นพัก ๆ ไม่ได้เป็นตลอดเวลา ยายเป็นเฉพาะเวลาที่นั่งนาน ๆ ไม่ได้เป็นอะไรมาก

(รหัส B05, 12 ธันวาคม 2562)

สุขภาพไม่ค่อยดี ยายมีโรคประจำตัวหลายโรค พักนี้สามวันดี สี่วันไข้น่ะ ก็ยังใช้ชีวิตปกตินะ ภูมิแพ้นี่ยายเป็นมานานแล้ว จะเป็นมากก็ตอนช่วงเปลี่ยนฤดู ส่วนไขมัน กับความดัน นี่ก็ต้องคุมอาหาร ลูกสาวเป็นคนทำอาหารเค้าก็จะจัดการให้

(รหัส A05, 18 ธันวาคม 2562)

...ไม่ค่อยแข็งแรงเท่าไหร่ แต่ก็พอได้นะ ยายน่ะ มีโรคประจำตัวมานาน ตั้งแต่ปี 57 เป็นโรคลำไส้ เหมือนมันจะไม่ดี เดี๋ยวปวด เดี๋ยวอืด แต่ก็ไม่ไปหาหมอ นะ ยายกลัว แต่มากเข้าก็ไม่ไหว ทนไม่ค่อยได้ เลยต้องเข้าออกโรงหมอเป็นว่าเล่น นี่ก็ดันมาป่วยเป็นริดสีดวงอีก เพิ่งผ่าตัดไปเมื่อเดือนที่แล้ว นอนโรงพยาบาลยาวเลย ตอนนี้อาการลำไส้กับริดสีดวง ดีขึ้นนะ แต่ดันมาเป็นโรคความดัน และไขมันสูงอีก นี่ ๆ วันที่ 18 เดือนหน้า หมอนัดไปฟังผลตรวจเบาหวาน ลุ้นอยู่นะว่าจะได้มาเพิ่มไหม

(รหัส C05, 12 ธันวาคม 2562)

การมีโรคประจำตัวและการดูแลส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคระบบกระดูกและข้อต่อ เป็นต้น จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้สูงอายุสามารถรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม การดูแลตนเอง การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการปรับพฤติกรรมสุขภาพโดยหน่วยงานด้านสาธารณสุข และ อสม. เข้ามามีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างต่อเนื่องและมั่นคง

...พอรู้ว่ามีโรคประจำตัว ยายระวังตัวเองมากขึ้น เมื่อก่อนกินเหล้าด้วย พอรู้ว่าเป็นความดัน ก็เลิกเหล้าทันที ปกติกินช่วงเย็น วันละเป็ก สองเป็ก กินแล้วกินข้าวอร่อย กินกับตา กับพี่สาวตา นี่แหละ ตอนนี้เลิกกินหมดแล้ว กลัวตายกัน (หัวเราะ)

(รหัส A03, 6 มกราคม 2563)

...เป็นโรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท ก็ปกติ นะ กินยา ทำกายภาพตามนัด ไม่ยกของหนัก

(รหัส A04, 19 ธันวาคม 2562)

...ไม่มีเลย ตรวจแล้วไม่เจอ ยายตรวจสุขภาพตามนัดประจำนะ เพิ่งไปมา เบาหวาน ความดัน ไขมัน ไม่มี ยายเป็นคนเลือกกินมาแต่ไหนแต่ไร เป็นคนไม่กินข้าวนอกบ้าน ถ้าไม่จำเป็น อาหารทุกมื้อจะทำเอง แล้วก็ไม่กินเหล้า ไม่สูบบุหรี่

(รหัส B02, 6 มกราคม 2563)

...ก็ยังใช้ชีวิตปกตินะ แต่ก็ควบคุมการกินอาหารมากขึ้น งดของหวานจัด เมื่อก่อนชอบมาก ชอบกินขนมหวาน แล้วก็มะม่วงสุกนี่ของโปรดเลย พอรู้ว่าเป็นเบาหวาน ป้าก็ลดปริมาณการกินลงมา ไม่ได้ไม่กินยังกินอยู่แต่กินน้อยลง มะม่วงยังกินอยู่ แต่ขนมหวานนี่ไม่ค่อยกินแล้ว จะกินก็เวลาโหย ๆ เหนื่อย ๆ พอได้กินอะไรหวานนิด ๆ แล้วมันชื่นใจ

(รหัส B03, 19 ธันวาคม 2562)

...ก็ดูแลตัวเอง ปรับการกินอาหาร เปลี่ยนจากกินข้าวเหนียว ก็มากินข้าวจ้าว ส่วนน้ำอัดลม ไม่ได้กินอยู่แล้ว โดยมากจะเป็นกาแฟ ได้หมด ทั้งชงเอง ทั้งกระป๋อง วันนึงก็กิน 2 รอบนะ เช้ารอบ บ่ายรอบ พอรู้ว่าเป็นเบาหวาน แม่ก็ลดน้ำตาลเลยนะ ค่อย ๆ ลด ตอนนี้กินกาแฟดำอย่างเดียว ไม่กิน ไม่ได้ (หัวเราะ) กินกาแฟแล้ว มีแรง

(รหัส B04, 12 ธันวาคม 2562)

...มี มี เป็นความดัน น่ะ ความดันสูง นะ เป็นมาได้สัก 2 ปีแล้วหล่ะ พอรู้ว่าเป็น ก็อยู่ปกติ เป็นสุขดี ไม่ได้มีผลอะไร พอเราเป็น เรา ก็ต้องดูแลตัวเอง ไม่สนใจตัวเอง แล้วใคร จะสนใจเรา เนาะ

(รหัส C01, 5 กุมภาพันธ์ 2563)

...หมอ พยาบาล อสม. แล้วก็ครูที่โรงเรียนผู้สูงอายุ มาบอกข่าวเรื่องสุขภาพ ส่วนโรงพยาบาลคลองลาน คอยมาตรวจ มาเยี่ยมบ้านกับ อสม.

(รหัส A01, 18 ธันวาคม 2562)

...อสม. คอยมาแจ้งน่ะ เค้าแบ่งกันดูแล ที่นี่ไว อย่างบ้านยายอยู่กันหลายครอบครัว แจ้งบ้านน้องยาย เดี๋ยวก็เดินมาบอกกัน ช่วงเย็นทุกวัน ก็มากินข้าวด้วยกันใต้ต้นมะม่วงอยู่ดี มีอะไรก็มาเล่าให้กันฟัง

(รหัส C04, 18 ธันวาคม 2562)

การเคลื่อนไหวร่างกายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นตัวชี้วัดสำคัญของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้สูงอายุมีรูปแบบการเคลื่อนไหวที่หลากหลาย ตั้งแต่การเดินรอบบ้าน การทำงานบ้าน การปั่นจักรยาน ไปจนถึงการออกกำลังกายตามกิจกรรมชุมชน ผู้สูงอายุมีการปรับระดับกิจกรรมให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง

...เดินรอบ ๆ บ้าน เดินทุกวัน แต่ถ้าทุกวันศุกร์ก็จะอออกกำลังกายเยอะหน่อย เพราะมาที่โรงเรียนผู้สูงอายุ

(รหัส A02, 29 มกราคม 2563)

...ขยับแขน ขยับขาไปเรื่อย มีออกกำลังกายบ้าง ออกวันศุกร์ที่ไปโรงเรียนน่ะ รำไม้พองบ้าง ยางยืดบ้าง ทำตามเค้าไป

(รหัส C04, 18 ธันวาคม 2562)

...เคลื่อนไหวได้ ไม่ลำบาก ขับรถยนต์ได้ปกติ ไปไหน มาไหนได้ ไม่ใช้ไม้เท้า แต่ก็จะมีบ้าง ที่เคลื่อนไหวผิดจังหวะ ลุกจากเตียงกะทันหัน ยกของหนักเกินไป ก็จะปวดกระดูกร้าว ไปถึงเอว

(รหัส A04, 19 ธันวาคม 2562)

...มีกวาดบ้าน ถูบ้าน ทำความสะอาดบ้าน นะ ทำทุกวัน ลูกบอกว่า ทำงานบ้าน ก็เหมือนได้ออกกำลังกาย แต่ไม่ต้องทำมาก เพราะแม่เดินไม่ค่อยสะดวกเหมือนก่อน ให้ยายทำน้อย ๆ ช่วยกัน กับหลานก่อนไปโรงเรียน ให้ไม้กวาดคนละอัน (ยิ้ม)

(รหัส A05, 18 ธันวาคม 2562)

...เคลื่อนไหวได้ปกติ ก็มีแค่เวลากลางคืน ตามันจะมองไม่ค่อยชัด ก็กลัวจะสะดุดล้มกลางคืนไม่ค่อยไปไหนแล้วเดี๋ยวนี้

(รหัส B01, 29 มกราคม 2563)

...ออกกำลังกายประจำ ชอบแกว่งแขน ยายทำทุกวันนะ ส่วนมากจะแกว่งตอนเช้า แต่ถ้าวันไหนไม่ว่าง แบบไปวัด ไปประชุมแต่เช้า ก็จะแกว่งตอนเย็น บางทีเหนื่อยมาก ก็ยืดเหยียดกล้ามเนื้อแทน อีกวิธีนึงที่ทำบ่อย คือ รำกลองยาวน่ะ ที่นี่มีชมรมกลองยาวนะ สมาชิกส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ตั้งแต่ครูกลอง ครูฉิ่ง คนร้อง นางรำ ว่าง ๆ ลองมาดูนะ นางรำที่นี่อายุรวม ๆ กัน เกิน 500 ปี (หัวเราะ)

(รหัส B02, 6 มกราคม 2563)

...ยายวิ่งเหยาะ ๆ รอบบ้านทุกเช้ามืด ตื่นตีสี่กว่า ๆ หุงข้าวหุงปลาไว้ให้ตา แล้วก็ไปกวาดรอบบ้าน พอเสร็จสักเกือบตีห้า ก็วิ่งรอบบ้าน (ชี้ให้ดูบริเวณที่วิ่ง) วิ่งได้วันละ 2-3 รอบ แล้วสักหกโมง ก็จะปั่นจักรยานคู่ชีพไปตลาดเช้า ไปหาซื้อของกินบ้าง ไปคุยกับแม่ค้าบ้าง ไปมันทุกวัน บางวันไป ก็ไม่ได้ซื้ออะไร

(รหัส B05, 12 ธันวาคม 2562)

...ออกกำลังทุกเช้า ตื่นนอนมาล้างหน้าล้างตา สักตีห้าถึงหกโมงเช้าก็ออกกำลังกาย แล้วสักหกโมงกว่า ๆ ก็รอใส่บาตรพระที่หน้าบ้านน่ะ

(รหัส C02, 6 มกราคม 2563)

...พูดแล้วจะหาว่าคุย เมื่อก่อนนี้ ทั้งวิ่ง ทั้งเต้นแอโรบิค ยายเป็นคนนำเต้นด้วยนะ แต่พอเข่าเคล็ด กับช่วงที่ผ่าริดสีดวง หยุดเลยทีนี้ (หัวเราะ) แต่ตอนนี้ อาศัยเดินทุกเช้า และปั่นจักรยานไปไหนมาไหน นี่ปั่นมาโรงเรียนผู้สูงอายุ ปั่นไปซื้อของที่ตลาด ทำมา 4 ปี แล้วนะ สบาย ๆ ออกกำลังกายทุกวัน

(รหัส C05, 12 ธันวาคม 2562)

2.1.2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การรับรู้และเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสาร เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงสวัสดิการ บริการสุขภาพ และกิจกรรมของชุมชน จากการสัมภาษณ์พบว่า การสื่อสารมีความหลากหลาย ทั้งเสียงตามสาย หอกระจายข่าว อสม. การบอกต่อแบบปากต่อปาก และสื่อดิจิทัล เช่น ไลน์กลุ่ม ยูทูป เป็นต้น ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงข้อมูลได้อย่างทั่วถึงและรวดเร็ว ถึงแม้ว่าระดับการใช้เทคโนโลยีของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันก็ตาม

...ประสานงานผ่านมาทางเสียงตามสาย ใครตาย ใครเกิดลูก รู้ทั่วกัน (หัวเราะ) ดีนะ รู้ ๆ กัน

(รหัส A04, 19 ธันวาคม 2562)

...ประกาศผ่านเสียงตามสายน่ะ กับเข้าไลน์กลุ่มของหมู่บ้าน ก็แจ้งข่าวกันทุกวัน มันเร็วดีนะสมัยนี้ ถ้าเป็นเมื่อก่อนกว่าจะรู้ข่าว บางทีหมดเวลาไปแล้ว

(รหัส C03, 19 ธันวาคม 2562)

...ผู้ใหญ่บ้าน ประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสาย บ้านยายชัดเจน เสามันอยู่หน้าบ้าน บางทีตีสี่ตีห้า ตื่นแล้ว เปิดเพลงแต่เช้า (หัวเราะ)

(รหัส C04, 18 ธันวาคม 2562)

...ที่คลองน้ำไหล มีหอกระจายข่าวทุกหมู่บ้านนะ แต่อย่างว่าหล่ะ อาจได้ยินบ้างไม่ได้ยินบ้าง บางบ้านสัญญาณไปไม่ถึง แต่ส่วนใหญ่ผู้ใหญ่บ้านจะแจ้งลูกบ้านอยู่แล้ว ถึงไม่ได้แจ้งโดยตรง ก็จะมี อสม.แต่ละหมู่บ้าน คอยช่วยกันส่งข่าว บอกข่าวกัน ที่นี่สะดวกน่ะ อย่างที่บอก โทรศัพท์มีกันทุกคน มีทุกบ้าน โทรกริ้งเดียว รู้กันหมด บางทียายไม่ได้รับโทรศัพท์ข้างบ้านรู้ข่าว ก็มาเกาะรั้วบ้านคุยกัน (หัวเราะ)

(รหัส C05, 12 ธันวาคม 2562)

...อบต. ให้ข้อมูลเวลาไปโรงเรียน ทั้งเรื่อง เบี้ยผู้สูงอายุ เรื่องกองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุ เรื่องโรงเรียนผู้สูงอายุ

(รหัส A05, 18 ธันวาคม 2562)

...อ้อ อีกช่องทางนึง มาจากปากต่อปากนี่แหละ อสม. ที่นี่ทำงานดี เค้าเป็นแก๊งเลย ทำงานกันเป็นทีม ช่วยเหลือผู้ใหญ่บ้าน ช่วย อบต. ดีมาก บางทีนะมีสวัสดิการ มีเรื่องขอความช่วยเหลืออะไร เค้าเดินมาหาที่บ้านเลย แต่ถ้ามาแล้วไม่เจอ อสม. ที่นี่โทรทันที (หัวเราะ)

(รหัส B02, 6 มกราคม 2563)

...ตาจะรู้ข้อมูลก่อนอยู่แล้ว เพราะเราประชุมประธานชมรมผู้สูงอายุพร้อมกัน 28 หมู่บ้านทุกเดือน แต่ถ้ามีเรื่องเร่งด่วน สวัสดิการเพิ่มเติม ผู้ใหญ่บ้านเค้าจะแจ้งผ่านเสียงตามสายของแต่ละหมู่บ้าน ได้ยินกันทั่วถึง แล้วก็จะมีไลน์ทางโทรศัพท์ ตาก็เข้ากลุ่มนะ แต่ไม่ได้เปิดอ่านหรอก (หัวเราะ) เค้าทำให้ โทรศัพท์มีเน็ตนะ โทรได้ ลูกมันซื้อให้ แต่ไม่ได้ใช้อะไร มีไว้โก้โก้ (หยิบโทรศัพท์ให้ดู) บางทีก็ลืมไว้ก็มี แต่เดี๋ยวก็มีคนเก็บมาคืนให้

(รหัส A02, 29 มกราคม 2563)

...แล้วก็ยังมีไลน์กลุ่ม คนสูงอายุที่นี่ไวไฟนะ ไม่ได้ใช้แค่ WIFI อย่างเดียวแต่ไวไฟจริง ๆ ให้ลูกให้หลานนี่แหละมันสอน แล้วก็ค่อย ๆ ชวนเพื่อนสูงอายุเข้ากลุ่ม แรก ๆ ก็เก้ เก้ กัง กัง ตอนนี้ดูสิอยู่เกือบสิบกลุ่ม (หยิบโทรศัพท์มาเปิดแอพพลิเคชั่นไลน์ให้ดู) บ้านนึง อย่างน้อยไม่ผัว ก็เมีย คนนึงหล่ะ ที่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุในหมู่บ้าน หมู่บ้านตาใช้ชื่อไลน์กลุ่มผู้สูงอายุว่า บานไม่รู้โรย 14 มีทุกหมู่บ้านแหละ แล้วแต่ว่าจะใช้ชื่ออะไร กรรมการชมรมผู้สูงอายุแต่ละหมู่ตกลงกันว่า จะต้องมี เพื่อความสะดวกในการสื่อสารกันของผู้สูงอายุ

(รหัส B01, 29 มกราคม 2563)

...เปิดยูทูปดู มีทุกเรื่องที่อยากรู้ นี่แม่ก็ดูเมนู คนเป็นเบาหวานนะ เอามาทำกินด้วย หาในกูเกิ้ลน่ะ ไม่อยาก มีทุกเรื่องที่อยากรู้ ถูกผิดว่ากันอีกที เดี๋ยวนี้เวลาไปเรียน บางทีสงสัยอะไร ก็เก็บเอาไปถามเพื่อน ถามครูที่โรงเรียน

(รหัส B04, 12 ธันวาคม 2562)

...ฟังหมอมาบ้าง ใช้ยูทูปบ้าง แต่ส่วนใหญ่ประธาน อสม.หมู่บ้าน จะเป็นคนคอยแจ้งข่าว บอกกล่าว อัพเดท เรื่องสุขภาพใหม่ ๆ

(รหัส C05, 12 ธันวาคม 2562)

2.2 สภาพความเป็นอยู่และลักษณะครอบครัว

เป็นปัจจัยสำคัญที่หล่อหลอมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร จากการสัมภาษณ์พบว่า ความพอดีในการดำรงชีวิต ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่เกื้อกูลกัน ความสามารถในการจัดการรายได้และรายจ่าย รวมถึงการมีบทบาทในการตัดสินใจหรือมีผู้ดูแลที่ไว้วางใจได้ ล้วนช่วยเสริมสร้างความมั่นคงทางกาย ใจ และสังคม ปัจจัยเหล่านี้เชื่อมโยงกันภายใต้บริบทวัฒนธรรม

ชนบท ที่ให้คุณค่ากับครอบครัว สภาพความเป็นอยู่ ลักษณะครอบครัว ความเพียงพอของแหล่งรายได้ และการพึ่งพาอาศัยกัน อันเป็นฐานสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

2.1.1 สภาพความเป็นอยู่ มีลักษณะสภาพความเป็นอยู่ในฐานะความพอดีมากกว่าความมั่งคั่งทางวัตถุ จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้สูงอายุให้คุณค่ากับการมีที่อยู่อาศัยมั่นคง มีอาหารเพียงพอ ไม่เป็นหนี้ และมีคนรอบข้างอยู่ร่วมกันอย่างสงบ ทั้งนี้การรับรู้ว่าชีวิตตนเองพออยู่ได้ ยอมรับเงื่อนไขชีวิตตามวัย และไม่สร้างภาระให้ลูกหลาน เป็นฐานสำคัญของความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ

...ดีมาก ไม่ใช่ดีเฉย ๆ นะ ทำไมถึงดีมาก ลองคิดดูสิ อยู่มาได้จนอายุเกินแปดสิบแถมไม่ป่วย มีลูกมีหลานห้อมล้อม มีเพื่อนวัยเดียวกัน พูดได้ คุยได้ เดินเหินได้ ไม่เป็นภาระให้ใครต้องดูแล พอเรามีความสุข ลูกหลานเรามันก็มีความสุข ครอบครัวถึงมีความสุขดีไง เงินทองไม่ต้องมีมาก เอาแค่ไม่เป็นหนี้ใคร มีกิน มีใช้ ไม่ต้องอวดรวยก็พอแล้ว แค่นี้ชีวิตครอบครัวมันก็มีความสุขแล้ว

(รหัส A02, 29 มกราคม 2563)

...ดี ไม่มีปัญหา ไม่เหงา มีหลานมาให้เลี้ยง

(รหัส A03, 6 มกราคม 2563)

...ดี ไม่มีปัญหาอะไรให้หนักใจ ไม่มีหนี้สิน ลูกสาวเป็นพยาบาล ส่วนลูกเขยเป็นครู ก็อยู่ที่คลองลานนี่แหละ โชคดี ไม่ต้องไปไกล

(รหัส A05, 18 ธันวาคม 2562)

...ความเป็นอยู่ดี มีกินมีใช้ ไม่ขัดสน ก็น่าจะอยู่สุขสบาย นะ

(รหัส B01, 29 มกราคม 2563)

...ก็พอใจในความเป็นอยู่นะ ถึงจะเดือดร้อนในเรื่องค่าใช้จ่ายอยู่บ้าง แต่ก็ไม่ได้แย่มาก ยังกลาง ๆ อยู่ ที่ว่าเดือดร้อนเรื่องค่าใช้จ่ายก็อย่างที่บอกแหละว่า ยังติดหนี้กองทุนหมู่บ้าน แต่ก็หมุนเวียนไปได้ เราทำสวนทำไร่เนาะ หามาได้ก็ต้องหักกลบลบหนี้ ค่าต้นทุนนี่ดีนะว่าทำกันเองในครอบครัว ไม่ต้องจ้างแรงงานข้างนอก

(รหัส B02, 6 มกราคม 2563)

...พอประมาณนะ (หยุดนิ่ง ไปสักครู่) ห่วงลูกชายคนโต (ถอนหายใจ) เค้ามีหนี้สินเยอะ (นิ่ง น้ำตาเอ่อ) ความรู้ท่วมหัว เอาตัวไม่รอด (เสียงสั่นเครือ) จริง ๆ เค้าจบวิศวกรรม ทำโรงงาน ต้องคุมโรงงาน แล้วขาดทุน ไปต่อไม่ได้

(รหัส B04, 12 ธันวาคม 2562)

...เป็นครอบครัวที่พอดีนะยายว่า ไม่รู้สิ ก็มันพอดิบ พอดี ไปซะทุกอย่าง (หัวเราะ) คือ มันลงตัวน่ะ ตอนตาอยู่ (ยังมีชีวิตอยู่) เราก็ไม่เคยทะเลาะกันเสียงดัง ไม่เคยโวยวายอะไรต่อหน้าลูกนะ มีอะไรค่อยมาคุยกันสองคน เราลำบากมาก่อนน่ะ ก็เลยรู้ว่า ต้องเก็บยังไง อะไรประหยัดได้ก็ต้องประหยัด อายุขนาดนี้แล้ว มีที่กินมีที่อยู่ไม่ต้องเป็นหนี้เป็นสินมันก็มีความสุขดีแล้วนะ ของก็ไม่ต้องไปอยากมีเหมือนคนอื่น เราจะมีชีวิตอยู่อีกกี่วันก็ยังไม่รู้ ของอะไรที่ฟุ่มเฟือยเกินความพอดี ยายก็ไม่มีความอยากได้นะ

(รหัส C01, 5 กุมภาพันธ์ 2563)

...สภาพความเป็นอยู่ดีเลยหล่ะ ก็ตัวคนเดียว ไม่ต้องรับผิดชอบอะไรน่ะ ค่าน้ำ ค่าไฟน้องกับหลานจัดการให้หมด เราก็เกรงใจ เค้าก็บอกว่า แค่ดูแลตัวเองให้แข็งแรงก็พอแล้ว ถ้าเจ็บไข้ได้ป่วยมานี่แหละจะวุ่นวายไปกันใหญ่ (หัวเราะ)

(รหัส C04, 18 ธันวาคม 2562)

ลักษณะครอบครัว ความสัมพันธ์ และบรรยากาศในครัวเรือนของผู้สูงอายุมีความหลากหลาย ทั้งครอบครัวขยาย ครอบครัวเดี่ยว และการอยู่อาศัยลำพัง อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไม่ได้ขึ้นอยู่กับรูปแบบครอบครัว แต่ขึ้นอยู่กับคุณภาพความสัมพันธ์ การสื่อสาร และการอยู่ร่วมกันอย่างเข้าใจ แม้จะมีความขัดแย้งเล็กน้อย แต่หากครอบครัวสามารถพูดคุยและปรับตัวได้ ก็ยังคงความรู้สึกอบอุ่นและมั่นคงทางใจ

...ดี อยู่กันแบบสบาย ๆ ครอบครัวใหญ่นะ ถึงจะแยกกันอยู่บ้านคนละหลัง แต่ตกเย็นก็มากินข้าวด้วยกัน ย่าทำกับข้าวน่ะ ลูกชายกับลูกสะใภ้ทำงานในตัวเมือง เช้าไปเย็นกลับ พวกเด็ก ๆ ก็ไปโรงเรียนที่คลองลานเนี่ยแหละ ไม่ให้ไปเรียนในเมืองสงสารหลาน ต้องตื่นแต่เช้า ให้เรียนที่นี่กันก่อน โตแล้วค่อยว่ากัน ปู่กับย่าก็ทำหน้าที่รับส่งไป มีความสุขดี บ้านไม่มีเหงา บางทีมันรุ่นเดียวกันทะเลาะกันทีก็ดุที

(รหัส C02, 6 มกราคม 2563)

...รักกันดีนะ อยู่กันสี่คน ตา ยาย พี่สาวตา หลาน ส่วนลูกชายกับลูกสะใภ้ทำงานอยู่กรุงเทพ จริง ๆ นะ ที่เค้าโฆษณา ถ้าเราไม่กินเหล้า ก็ประหยัดเงินไปได้เยอะ แถมไม่มีปัญหาทะเลาะวิวาทในครอบครัวด้วย

(รหัส A03, 6 มกราคม 2563)

...ไม่มีปัญหาอะไร กับภรรยาที่หย่าร้างกันก็คุยกันดี ลูก ๆ ก็โตกันหมดแล้ว เค้าก็แวะเวียนมาหามาเยี่ยมที่บ้าน

(รหัส A04, 19 ธันวาคม 2562)

...รักกันดี ก็มีกันอยู่เท่านี้ ตาก็ไปทำงานอยู่ต่างอำเภอ วันศุกร์ถึงจะกลับมา แล้ววันจันทร์ตอนเช้าก็ไปใหม่

(รหัส A05, 18 ธันวาคม 2562)

...รักกันดี ไม่มีปัญหาอะไร เถียงกันน่ะมีบ้าง แต่ไม่ถึงขั้นลงไม้ลงมือนะ ดุว่าก็มีบ้าง ส่วนมากก็จะดุหลาน ดูสิกำลังซนเลย ดุมันไป ดุแล้วมันร้องไห้ ก็ต้องไปโอ๋มันอีก เด็กมันก็คือเด็กวันยังค่ำเนาะ (หัวเราะ แล้วเอามือไปลูบหัวหลาน) พูดอะไรไปมันก็ไม่รู้เรื่องหรอก แต่ก็ต้องคอยสอน นี่ตาเลี้ยงเองนะ ติดแจเลย พ่อกับแม่เค้าไปทำงานต่างจังหวัด เจ้าคนโต (พี่สาว) ไปโรงเรียน ห่างกันได้ 7 ปี นู่น เลี้ยงมาเองทั้ง 2 คน ไอ้เจ้าตัวเล็กนี่แก่นจะ 2 ขวบแล้ว มันฉลาดนะ พูดรู้เรื่อง ชอบอ้อน ชอบซนเนี่ย ตามประสาเด็กผู้ชาย

(รหัส B01, 29 มกราคม 2563)

...บ้านยายปรึกษากันได้ทุกเรื่อง คุยกันได้ ทะเลาะกันบ้าง เดี๋ยวก็ดีกัน แต่ไม่เคยลงไม้ลงมือนะ ที่บ้านมีความสุขดี อย่างที่บอกแหละคุยกันได้ทุกเรื่อง ตาแกเรื่องไม่ค่อยเยอะ ยายน่ะเรื่องเยอะที่สุดในบ้านแล้ว ก็เราเป็นคนเจ้าระเบียบเนอะ แต่ตาแกเป็นคนง่าย ๆ บางทีวางข้าวของระเกะระกะ ยายก็บ่นตามประสาคนเก็บเนาะ

(รหัส B02, 6 มกราคม 2563)

...พอมีกินนะ หารายได้ช่วยกันทุกทาง ปู่แกก็เก็บผัก หาปลา ไปขายที่ตลาด แม่ก็ขายของโชว์ห่วยที่ร้าน

(รหัส B04, 12 ธันวาคม 2562)

...รักกันดี โต ๆ กันหมดแล้ว ตกเย็นกินข้าวกันเสร็จก็เข้าบ้านใครบ้านมัน มีคุยกันบ้าง แต่ส่วนมากก็คุยกันแค่ตอนนั่งกินข้าวน่ะ บ้านนี้เรากินข้าวพร้อมกันนะ ข้าวเช้า ข้าวเย็น ส่วนกลางวันหากินใครกินมันน่ะ เพราะต่างคนต่างเข้าสวนเข้าไร่ แต่ก็ไร่เดียวกันนั่นแหละ (หัวเราะ) หิ้วปิ่นโตไป ก็ยังนั่งกิน ล้อมวงกันอยู่ดี

(รหัส C01, 5 กุมภาพันธ์ 2563)

...บางทีก็มีทะเลาะกันบ้างนะ เวลาที่กินเหล้า ทั้งกับตา แล้วก็ลูกชาย แต่ไม่บ่อยนะ ส่วนมากก็เรื่องทั่ว ๆ ไป เรื่องเงินเรื่องทอง แต่ช่วงนี้ไม่ค่อยทะเลาะกันแล้ว เพราะยายหยุดกินเหล้ามาได้ 4-5 ปี ยายหยุดกินตอนป่วยเป็นลำไส้นั่นแหละ

(รหัส C05, 12 ธันวาคม 2562)

ผู้ดูแลและบทบาทการตัดสินใจในชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งยังคงทำหน้าที่เป็นผู้ตัดสินใจหลักในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะผู้ที่อยู่อาศัยลำพังหรือมีสุขภาพแข็งแรง การได้คิดและตัดสินใจด้วยตนเองช่วยเสริมสร้างความรู้สึกมีอำนาจควบคุมชีวิตและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ขณะที่ผู้สูงอายุบางรายมีลูกหลานเป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งช่วยลดภาระและความกังวลในชีวิตประจำวัน

...ตาอยู่คนเดียว ไม่มีปัญหาทะเลาะกับใคร จะทำอะไร คิดเอง ทำเอง ตัดสินใจได้เลย

(รหัส A04, 19 ธันวาคม 2562)

...ลูกสาวคนเดียวเลย ดูแลทุกอย่าง

(รหัส A05, 18 ธันวาคม 2562)

... ไม่มีเรื่องทุกข์ใจน่ะ ไม่มีอะไรให้กังวล อายุป่านนี้แล้ว ผ่านอะไรมาเยอะ ลูกหลานดูแลให้หมด เราก็เกรงใจ แต่สบายใจ

(รหัส C04, 18 ธันวาคม 2562)

2.1.2 ความเพียงพอของแหล่งรายได้ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความมั่นคงในการดำรงชีวิต โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่อธิบายรายได้ของตนเองในลักษณะพอใช้ มากกว่าการมีเหลือเก็บ รายได้มาจากหลายแหล่ง เช่น เบี้ยยังชีพ การเกษตร การสนับสนุนจากลูกหลาน และการพึ่งพาทรัพยากรในครัวเรือน การรู้จักประหยัด และการพึ่งพาตนเอง

...รายรับ มันไม่ค่อยพอ กับรายจ่าย น่ะสิ ตาต้องสำรองเงิน เติมน้ำมันรถรับส่งนักเรียนทุกวัน แต่ค่ารถ เก็บเป็นรายเดือน บางคนก็เป็นรายเทอม

(รหัส A01, 18 ธันวาคม 2562)

...ผู้ใหญ่สามคนรับเบี้ยผู้สูงอายุ แล้วก็ช่วยกันทำไร่มันสำปะหลัง ส่วนหลานนี่พ่อมันส่งเงินมาให้ทุกเดือน ส่งมาเผื่อตายายด้วย ก็เก็บเอาไว้ให้หลานนั่นแหละ เดี๋ยวมันโตขึ้นก็ต้องกินต้องใช้ ตอนนี้ยังเล็กไม่ได้ใช้อะไรมาก

(รหัส A03, 6 มกราคม 2563)

...พอใช้จ่าย ไม่ลำบาก แต่ไม่ได้เหลือเก็บนะ ใช้เงินบำนาญเดือนต่อเดือน จัดการค่าใช่จ่ายลงตัว ไม่มีหนี้สินอะไร

(รหัส A04, 19 ธันวาคม 2562)

...ไม่พอหรอก รายรับของยายมันเป็นก้อนน่ะ มันไม่ได้ลงตัวทุกเดือน ช่วงลงทุนช่วงปลูก ยังไง มันก็ยังขายไม่ได้ จะได้ก็เงินตอนผลผลิตออก แล้วขายได้ นั่นแหละ รอรอบนึงก็ 5-6 เดือน ระหว่างรอเก็บผลผลิตก็หาผักหาปลาไปขายที่ตลาด ผักก็ปลูกในสวนนั่นแหละ ปลูกพริก กะเพรา มะเขือ ต้นหอม พอเก็บขายได้ แล้วก็เลี้ยงปลานิลในบ่อ เลี้ยงแบบปล่อย ไม่ได้สนใจอะไร แต่มันดันโต (หัวเราะ) ตอนนี้เลยเลี้ยงดูอย่างดี พอวิดบ่อขายได้

(รหัส B02, 6 มกราคม 2563)

...จะว่าพอ มันก็พอ ไม่ได้เดือดร้อนอะไร นี่เพิ่งให้ลูกชายยืมไปเมื่อ 2 วันที่ผ่านมา มาเอาไปหมื่นนึง (หัวเราะ) มันตัดกันไม่ขาดน่ะ บางทีก็คิดนะ โตแล้ว ยังไม่พ้นแม่อีก (ยิ้ม) ปู่ก็ไม่ได้ว่าอะไร บางทีแม่ก็เกรงใจแกนะ แกไม่เคยรังเกียจเลยนะ ว่าเป็นลูกติดแม่น่ะ แกรักทุกคน เลี้ยงดูยันหลานน้อยนู้น

(รหัส B04, 12 ธันวาคม 2562)

...เมื่อก่อนมีหนี้นะ แต่ก็ช่วยกันเก็บ ช่วยกันหา ตอนนี้หมดหนี้แล้ว สบายมาจะ 5 ปีแล้วหนู ไม่อยากไปสร้างหนี้อีก จะได้มีความสุขตอนแก่ (หัวเราะ) ตอนมีหนี้มันเครียดนะ ไม่อยากออกไปไหนเลย ออกจากบ้านแต่ละที มองซ้ายมองขวา จะไปไหนก็กลัวเจอเจ้าหนี้ หนี้หลักหมื่นปลาย ๆ นะ แถมนอกระบบอีก บอกตามตรง ช่วงนั้นเครียดจริง แทบไม่อยากไปไหน

(รหัส B05, 12 ธันวาคม 2562)

...พอซิ ถึงยายไม่ได้ทำงาน มีเงินเดือนเหมือนคนอื่นเค้า ยายเป็นชาวสวน เราก็ต้องรู้จักหารู้จักเก็บ เราเหนื่อยทำงานหนักมาตั้งกะเป็นสาว ๆ ยายเป็นคนหนักเอาเบาสู้นะ พ่อแม่ของยายแกสอนให้เราอดทน ยายมีพี่น้อง 7 คน เราลำบากขนาดกินข้าวจานเดียวกัน ทำไงได้ คนมันไม่มี มันก็ไม่มีจริง ๆ นะ พอช่วงที่เรามี ต้องอย่าเหลิง อย่าลืมตัว เพราะความจน ความไม่มีมันน่ากลัว

(รหัส C01, 5 กุมภาพันธ์ 2563)

...ไม่ค่อยพอหรอก ผลผลิตที่ขายมันขาด ๆ เกิน ๆ ทีแรกก็มองว่า พอขายได้ พอขายไปขายมา หักกลบลบหนี้แล้ว มันไม่เหลืออะไรเลย

(รหัส C03, 19 ธันวาคม 2562)

...มันจะพออะไรล่ะ หาได้เท่านี้ จ่ายเค้าเท่านี้ ดีนะที่ไม่ต้องเช่าที่เค้า ยิ่งปีนี้ทำนาได้รอบเดียว ค่าปุ๋ย ค่าเมล็ดพันธุ์ ก็ปาเข้าไปเท่าไหร่ ดีว่า พอได้ข้าวเก็บไว้กิน ของเราบ้าง ของลูกบ้าง ก็ช่วยเหลือกันไป

(รหัส C05, 12 ธันวาคม 2562)

2.3 สภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิต

เป็นปัจจัยเกื้อหนุนที่เอื้อให้ผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปลอดภัยและมีส่วนร่วม จากการสัมภาษณ์พบว่า ที่พักอาศัยที่เหมาะสม สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการอยู่อาศัย สิ่งอำนวยความสะดวก ความปลอดภัยในชุมชน และโอกาสในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ช่วยเสริมความมั่นคง ความปลอดภัย ลดความโดดเดี่ยว และหล่อหลอมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

2.3.1 สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการอยู่อาศัย ที่พักอาศัยของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบ้านชั้นเดียวหรือบ้านที่มีการปรับพื้นที่ให้เหมาะสมกับการเคลื่อนไหว เช่น พื้นระดับเดียว ห้องน้ำแบบชักโครก มีราวจับ แสงสว่างเพียงพอ และอากาศถ่ายเทได้ดี การปรับสภาพบ้านดังกล่าวช่วยลดความเสี่ยงในการหกล้มและเอื้อต่อการดำรงชีวิตอย่างปลอดภัยและเป็นอิสระ

...บ้านตาเป็นบ้านชั้นเดียว มีพื้นที่ต่างระดับ อากาศถ่ายเทดี แสงสว่างเพียงพอ ประตูบ้านทุกบานเป็นลูกบิดเปิดปิดง่าย

(รหัส A01, 18 ธันวาคม 2562)

...บ้านยายเป็นบ้านชั้นเดียว มี 3 ห้อง ห้องนึงเป็นของยายกับตาแล้วก็หลานน้อย ถัดไปก็ของพี่สาวตาห้องนึง อีกห้องเป็นห้องลูกแต่ไม่มีคนนอนหรอก จะนอนก็เวลาเค้ากลับมาเที่ยวหา ห้องน้ำมี 1 ห้องใช้รวมกันอยู่หลังบ้าน ห้องน้ำมีชักโครก เมื่อก่อนใช้นั่งยองแต่แก่แล้วไม่ไหว ลูกให้ช่างมาเปลี่ยนให้ ตอนนี้ลุกนุ่งขับถ่ายสบาย แต่ที่อาบน้ำมีฟักบัวนะ มีเครื่องทำน้ำอุ่น แต่ไม่มีใครใช้มันไม่ชื่นใจ ตายายตักน้ำในถังอาบเย็นสบาย ฝักบัวกับเครื่องทำน้ำอุ่นลูกมันติดไว้ให้หลาน เวลาอาบน้ำจะได้ไม่ต้องผสมน้ำอุ่น อ้อแต่เวลาหน้าหนาวอากาศเย็น ๆ ก็ใช้นะ อากาศที่นี่เวลาหนาวนี่มันเย็น จับขั้นกระดูก เลยนะ

(รหัส A03, 6 มกราคม 2563)

...บ้านตาเป็นบ้านไม้ 2 ชั้น อยู่มานานแล้ว ปลอดภัยนะ โครงสร้างบ้านแข็งแรง บันไดมีราวจับมีตะพักบันได ตานอนกันชั้นบน ข้างบนเป็นห้องโถงโล่ง ไม่ได้กั้นเป็นห้องนอนรวมกัน 4 คน ตายายแล้วก็หลานอีก 2 คน

(รหัส B01, 29 มกราคม 2563)

...ปลอดภัย ไม่อันตรายนะ บ้านนี้สร้างเสร็จได้ 3 ปีกว่า เมื่อก่อนก็อยู่ที่นี่แหละ แต่เป็นบ้านไม้พอมันเริ่มผุ ก็เลยตัดสินใจทำใหม่ เป็นบ้านสองชั้น ป้ากับลุงนอนข้างล่าง

(รหัส B03, 19 ธันวาคม 2562)

...ปลอดภัยดี บ้านชั้นเดียว ถึงมันจะยกสูง ก็มีราวจับนะ ไม่อันตราย ตอนทำบ้านตั้งใจยกสูง ช่วงกลางวัน ก็มานั่งพัก นอนพักใต้ถุนบ้านได้ นี่ก็ถางหญ้า กวาดลานบ้านทุกวัน เห็นมั้ยล่ะ เตียน โล่งสบาย

(รหัส B05, 12 ธันวาคม 2562)

...ปลอดภัยนะ บ้านชั้นเดียว พื้นระดับเดียวกัน ไม่มีพื้นที่ต่างระดับ มีห้องน้ำในตัวบ้าน ห้องน้ำมีชักโครกนั่งขับถ่ายสบาย มีถังเก็บน้ำแบบตักอาบ ตาไม่ชอบอาบฝักบัวเหมือนรู้สึกว่ามันไม่แรงสู้ใช้ขันตักอาบไม่ได้

(รหัส C02, 6 มกราคม 2563)

...บ้านชั้นเดียว ระดับเดียวกันหมด ไม่มีสูงมีต่ำ ห้องน้ำในตัว ไม่ลื่นนะ เพราะยายอยู่คนเดียว ใช้คนเดียว เรารู้อยู่ว่าตรงไหนเปียกตรงไหนแห้ง ยายขัดทุกวันเวลาอาบน้ำ

(รหัส C04, 18 ธันวาคม 2562)

สภาพแวดล้อมโดยรวมของชุมชน มีลักษณะโปร่ง โล่ง และเอื้อต่อการอยู่อาศัย อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาสิ่งรบกวนเป็นช่วง ๆ เช่น เสียงรถ ควันเผาขยะ ฝุ่นละออง และหมอกควัน PM 2.5 เป็นต้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่แสดงท่าทีของการปรับตัวและยอมรับ โดยเลือกใช้วิธีหลีกเลี่ยงหรือป้องกันตนเองมากกว่าการเผชิญความขัดแย้ง

...เป็นเสียงรถวิ่งไปมา แต่ก็ชินนะ เพราะตาอยู่มานาน แล้วบ้านตาอยู่ติดถนน ถึงมีต้นไม้ปลูกรอบ เสียงก็ยังดังอยู่ดี

(รหัส A01, 18 ธันวาคม 2562)

...จะมีเสียง รถวิ่ง ไปมา ดัง ๆ หน่อยช่วงเย็น

(รหัส A03, 6 มกราคม 2563)

...เสียงดังจากรถรานี่แหละ ก็อย่างว่า บ้านเราอยู่ติดถนนในซอยเนาะ มันก็ต้องมีดังบ้าง ได้ยินเหมือนกันทุกบ้านแหละ มอไซด์ยิ่งดังเลย เดี๋ยวปี๊ดเดี๋ยวป้าด แต่มันเป็นช่วง ๆ ไม่ได้รบกวนอะไรมาก แต่บางทีดังจัด ๆ ก็มีตกใจเหมือนกัน (หัวเราะ)

(รหัส C01, 5 กุมภาพันธ์ 2563)

...อากาศถ่ายเทดี โล่งดี แต่ก็จะมีควันเผาขยะเป็นช่วง ๆ ควันไม่ได้กลิ่นแรงอะไร ก็ควันเผาเศษใบไม้ทั่ว ๆ ไป เค้าไม่ได้เอาไปทิ้งที่ถังขยะ ส่วนมากคนแถวนี้พวกเศษใบไม้ใบหญ้าในบ้านก็เผากันทั้งนั้นแหละ มันไม่เยอะ

(รหัส A02, 29 มกราคม 2563)

...อากาศถ่ายเท เย็นสบายดี จะมีควันเผาขยะบ้าง ช่วงที่มีลมพัดมา ไม่ได้รบกวนอะไร มีมาเป็นช่วงช่วง ไม่ได้มาตลอด นาน ๆ จะได้กลิ่นทีน่ะ

(รหัส B02, 6 มกราคม 2563)

...ก็ทั่วไปนะ แต่จะมีกลิ่นควันไฟ เผายางน่ะ ข้าง ๆ บ้านเค้าชอบใช้ยางจุดไฟ ฝั่งตรงข้ามบ้าน ก็เลี้ยงไก่ เลี้ยงหมู บางวัน ก็มีกลิ่นโชยมาเหมือนกัน

(รหัส B04, 12 ธันวาคม 2562)

...อากาศไม่ค่อยดีน่ะ ควันเยอะ ฝุ่นละอองมีทุกวัน บางวันเปิดหน้าต่างไม่ได้เลย ฝุ่นมันปลิวจับเต็มโต๊ะ เต็มตู้ ก็ต้องคอยเช็ดเอา กับเอาสายยางมาฉีดน้ำราดพื้นตรงหน้าบ้าน (ชี้ให้ดู) ยิ่งเวลาตากผ้า ต้องตากในครัวหลังบ้าน เพราะมีหลังคา ไม่งั้นขี้เขม่าดำ ๆ กับกลิ่นควันมันติดผ้าไปหมด ยิ่งชุดนักเรียนหลานนะ บางทีต้องซักใหม่

(รหัส A05, 18 ธันวาคม 2562)

...ช่วงนี้มันมีหมอกควัน PM 2.5 วัดค่ากันทุกวัน นี่ใช้แอพนี้เปิดดู (เปิดแอพพลิเคชั่น) ในกลุ่ม อสม. เค้าสอนกันมา รู้ไวจะได้ป้องกันตัวเองได้ หมอกควันมีมากน้อยไม่เท่ากันในแต่ละวัน พอช่วงเที่ยง ๆ ก็หายไป

(รหัส B01, 29 มกราคม 2563)

...อากาศดี แต่มีหิมะดำ (หัวเราะ) รู้จักมั้ย ขี้เขม่าสีดำ ๆ น่ะ มันปลิวมาเป็นช่วง ๆ มีแค่บางวัน ปัด ๆ เช็ดถูไป แล้วก็มี PM 2.5 ด้วยนะ ก็ใส่แมสเอา ไม่กระทบอะไรมาก

(รหัส C03, 19 ธันวาคม 2562)

2.3.2 สิ่งอำนวยความสะดวก ความปลอดภัยในชุมชน เช่น ถนน ไฟฟ้า แสงสว่าง ลานออกกำลังกาย อินเทอร์เน็ต เป็นต้น และการอำนวยความสะดวกจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ช่วยให้ผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงบริการและกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง และช่วยลดข้อจำกัดด้านการเดินทางและการเข้าถึงบริการในชีวิตประจำวัน

...ถนนหนทางก็ปลอดภัยนะ ส่วนไฟฟ้าตามทางก็ส่องสว่างดี เครื่องออกกำลังกายก็มีติดกับที่พัก เดินไปนิดนึง

(รหัส A04, 19 ธันวาคม 2562)

...ถนนหนทาง ตอนเช้า เวลาไปตลาด ไปทำบุญที่วัด ก็มี อปพร. มาช่วยคนแก่ ๆ ถือของนะ คอยจูงข้ามถนนด้วย เค้าช่วยกันดี เวลาไปโรงเรียนผู้สูงอายุวันศุกร์นะ ที่ อบต.ดูแลกันดี ทั้งผู้สูงอายุด้วยกัน ทั้งคนใน อบต. ผู้สูงอายุปั่นจักรยานไปเรียนกันเป็นแถว ตามแยกหมู่บ้าน ก็มี อปพร. คอยโบก ดูรถให้ ปลอดภัยดี

(รหัส B05, 12 ธันวาคม 2562)

...มีสถานที่ออกกำลังกาย ลานกว้าง ๆ ในหมู่บ้าน ทุกหมู่บ้าน

(รหัส A05, 18 ธันวาคม 2562)

...สัญญาณอินเตอร์เน็ตตำบล ใช้ได้ดีเลยหล่ะ ตาไปใช้ที่ทำการผู้ใหญ่บ้าน แล้วก็ที่ อบต. ส่วนมากตาใช้อินเตอร์เน็ต ในซิมโทรศัพท์นี่แหละ นอกจากวันที่ไปเรียน กับไปที่ทำการหมู่บ้าน ก็ไปใช้ของฟรีซะหน่อย

(รหัส B01, 29 มกราคม 2563)

...ถ้าไปเรียนที่ อบต. แม่ก็ใช้เน็ต อบต. เร็วอยู่ คนที่นี่ใช้เน็ต อบต. ได้ แต่ต้องไปอยู่ตรงที่ ที่มีสัญญาณนะ

(รหัส B04, 12 ธันวาคม 2562)

...ความเอาใจใส่ของโรงพยาบาลคลองลานน่ะ เวลาไปหาหมอ หมอใหญ่นัดนะ มีบริการข้าวต้ม มีพยาบาลคอยดูแล บางทีบอกไปไม่ได้นะ ลูกไม่อยู่ โรงพยาบาลโทรหา อบต. แปปเดียว มีรถ อบต.มารับ แล้วพาไปส่งถึงที่ แถมรอรับกลับด้วยนะ

(รหัส C05, 12 ธันวาคม 2562)

ความปลอดภัยในชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญที่สร้างความอุ่นใจในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมีทั้งระบบทางการ เช่น ป้อมยามชุมชน กล้องวงจรปิด ตำรวจ และ อปพร. เป็นต้น รวมถึงระบบไม่เป็นทางการ ได้แก่ การช่วยกันเป็นหูเป็นตาของเพื่อนบ้าน และการสื่อสารผ่านไลน์กลุ่มหมู่บ้าน

...ปลอดภัย มีป้อมยามหมู่บ้านด้วย และคนในชุมชนก็ช่วยกันสอดส่อง เวลาเห็นอะไรผิดปกติก็รีบแจ้งกันในไลน์กลุ่มหมู่บ้าน

(รหัส A05, 18 ธันวาคม 2562)

...จริง ๆ ทุกหมู่บ้านที่นี่มีป้อมยามชุมชน อย่างว่าแหละ ถ้าคนมันจะขโมยยังไงมันก็หาช่องทางเนอะ ทุกวันนี้ ในหมู่บ้าน ไม่มีเรื่องงัดแงะบ้านนะ เรื่องทะเลาะเบาะแว้ง ชกต่อยตีกัน ก็ไม่มี

(รหัส B02, 6 มกราคม 2563)

...ที่นี่มีตู้ยาม ทุกหมู่บ้าน ไม่มีโจร ไม่มีผู้ร้ายหรอก ไม่มีมานานแล้วนะ ที่ปลอดภัยอาจเป็นไปได้ว่า คนที่นี่ ก็เป็นคนพื้นที่ทั้งหมด ไม่ค่อยมีคนที่อื่นหรอก ดูสิ คนขายของรถพุ่มพวงน่ะ ก็คนในหมู่บ้าน ตามสี่แยกก็มีกล้องนะ

(รหัส B05, 12 ธันวาคม 2562)

...ปลอดภัยมาก รอบ ๆ บริเวณมีกล้องวงจรปิด น่าจะใช้ได้อยู่นะ (หัวเราะ) หรือตาเป็นตำรวจ แต่ตั้งแต่อยู่มาก็ไม่มีเหตุร้ายนะ

(รหัส A04, 19 ธันวาคม 2562)

...คนในหมู่บ้านเป็นเครือญาติกันทั้งนั้น แล้วบ้านก็ติดๆ กัน ถึงไม่มีคนอยู่ ก็เลี้ยงหมาไว้บ้านละ 2-3 ตัว มีเวรยามน่ะ ช่วยกันสอดส่อง เวลามีเหตุอะไร โทรแจ้งผู้ใหญ่บ้าน แจ้ง อปพร. แปปเดียว เดี๋ยวก็มา

(รหัส C05, 12 ธันวาคม 2562)

...ไม่เคยได้ยินข่าว ขโมย ขโจรนะ มีป้อมยามชุมชน ทุกหมู่บ้าน มีตำรวจ มี อปพร. ตรวจตลอดคืนนะ

(รหัส B03, 19 ธันวาคม 2562)

...ก็ช่วย ๆ กันเป็นหูเป็นตา ลำพังเจ้าหน้าที่ ดูแลไม่ไหวหรอก สมัยนี้ต้องช่วยกัน จะมาบ้านชั้น บ้านเธอ ไม่ได้ ปลอดภัยดี ไม่มีโจร ไม่มีขโมย

(รหัส A01, 18 ธันวาคม 2562)

...ตั้งกะอยู่มาไม่เคยมีโจรมางัดแงะนะ บางทีไม่อยู่บ้านไปเยี่ยมญาติต่างจังหวัดหลายวันก็ไม่มีขโมยขึ้นบ้าน อย่างที่บอกแหละ มีเพื่อนบ้านดี เราก็ปลอดภัย ในหมู่บ้าน

(รหัส B03, 19 ธันวาคม 2562)

...ปลอดภัยดี คนที่นี่มันรู้จักกันหมดน่ะ อยู่ไม่อยู่ก็ฝากกันดู คนแปลกหน้าไม่ค่อยมีหรอก ของไม่เคยหายนะ

(รหัส C01, 5 กุมภาพันธ์ 2563)

...ปลอดภัย ไม่อันตราย ทุกบ้านช่วยกันเป็นหูเป็นตา มีคนแปลกหน้ามาก็ไลน์บอกกัน

(รหัส C03, 19 ธันวาคม 2562)

2.3.3 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน โรงเรียนผู้สูงอายุ และกลุ่มต่าง ๆ เป็นหัวใจสำคัญของการรวมกลุ่มทางสังคม ผู้สูงอายุจำนวนมากเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งช่วยลดความโดดเดี่ยว เสริมสร้างเครือข่ายทางสังคม และสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

...ไปสิ อย่างบ้านยายถึงไปไม่ได้ครบทั้ง 3 คน ก็ขอให้มีอย่างน้อยสักคนเป็นตัวแทนครอบครัวไปร่วมกิจกรรมก็ยังดี แต่โดยมากเค้าก็มากันครบนะ ส่วนใหญ่ถ้าผัวมา ก็เห็นเมียมาด้วยทุกบ้าน

(รหัส A03, 6 มกราคม 2563)

...ผู้สูงอายุที่นี่ มีส่วนร่วมกับกิจกรรมมากทีเดียวนะ อาจเพราะเป็นผู้สูงอายุสมัยใหม่ไหม เมื่อก่อนเราไม่มีโทรศัพท์ สมัยพ่อแม่ยาย เค้าก็เก็บตัวอยู่บ้านอ่านหนังสือพิมพ์ เลี้ยงหลาน แต่เดี๋ยวนี้มันเปลี่ยนไปแล้ว เราต้องเปลี่ยนตามยุคนะ

(รหัส A05, 18 ธันวาคม 2562)

...คนสูงอายุที่นี่สุขภาพจิตดีนะ ไปไหนไปนั่น ยิ่งถ้ารู้ว่ามีงานอะไรแล้วไม่ถูกชวนนะ มีโกรธจริง ๆ มีส่วนร่วมกันทุกคน อย่างที่บอกแหละ

(รหัส B02, 6 มกราคม 2563)

...ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือ กับกิจกรรมของชุมชน ดีนะ แค่เอ่ยปากชวนแหละ ก็พากันมา

(รหัส C01, 5 กุมภาพันธ์ 2563)

...เข้าร่วมทุกกิจกรรมของชุมชน ไม่เคยขาด ยายชอบนะ แล้วอีกอย่าง ก็คิดว่า เราไปช่วยเขา เดี๋ยวงานเราเขาก็มา

(รหัส C04, 18 ธันวาคม 2562)

...เมื่อก่อนมีที่ไหนล่ะ โรงเรียนผู้สูงอายุ แต่สมัยนี้ เออดีเข้าท่า มีโรงเรียนผู้สูงอายุ นี่ยายเพิ่งเข้ามาเรียนเป็นปีแรกนะ ตื่นเต้นเหมือนกัน จบแต่ละรุ่นมีรับปริญญาด้วย เค้าเปิดมาสี่ห้ารุ่นแล้ว นักเรียนเยอะแยะเลย

(รหัส A05, 18 ธันวาคม 2562)

...ป้าอุ่นใจนะที่เป็นคนที่นี่ ยิ่งมีโรงเรียนผู้สูงอายุนะ ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุดูมีคุณค่าขึ้นมา เวลาทำกิจกรรมอะไรก็ตาม เค้าจะให้เกียรติคนเฒ่าคนแก่เสมอ

(รหัส B03, 19 ธันวาคม 2562)

...ตาไปช่วยสอนที่โรงเรียนผู้สูงอายุนะ เรียนมา 4 รุ่นแล้ว แล้วอีกอย่างตาอยากทำประโยชน์ ไหน ๆ ก็ร่ำเรียนมาจนจบปริญญา ไม่อยากอยู่เฉย ๆ

(รหัส A04, 19 ธันวาคม 2562)

...ไปวัดเมื่อก่อน มีแต่คนเฒ่า คนแก่ เดี๋ยวนี้พากันมา ทั้งลูกเด็ก เล็กแดง งานอะไรก็มีแต่คนรุ่น ๆ ตานะ หรือยุคสมัย มันเปลี่ยนไป คนสูงอายุเพิ่มขึ้น เราก็ต้องอยู่แบบมีประโยชน์

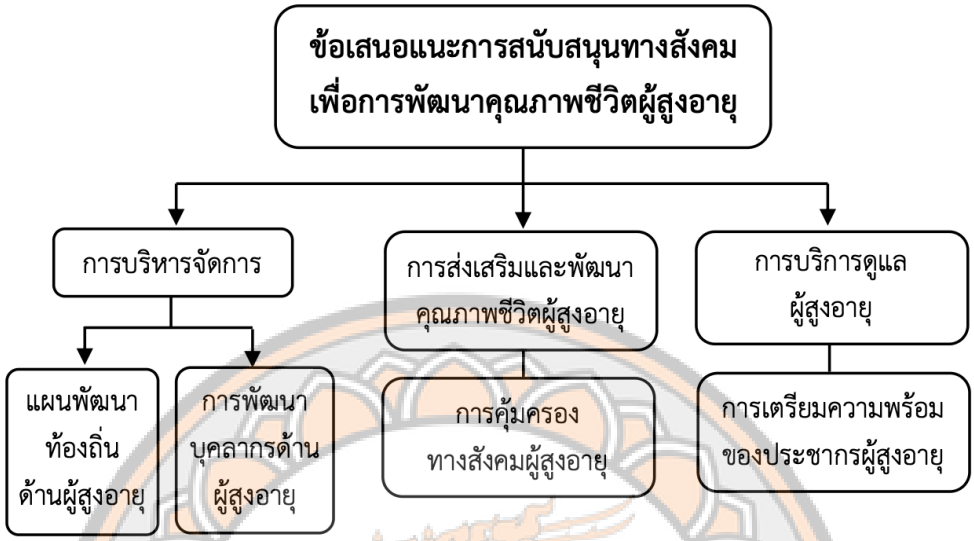
(รหัส B01, 29 มกราคม 2563)

...ร่วมทุกกลุ่มแหละ ทั้งกลุ่ม ชมรมต่าง ๆ ไม่ใช่ว่า ที่นี่ นึกอะไรไม่ออกก็ชวนแต่ผู้สูงอายุนะ ต้องเข้าใจว่า คนส่วนมากที่อยู่ตอนนี้ ก็เป็นผู้สูงอายุเกือบทั้งหมด เวลาทำกิจกรรมต่าง ๆ ทุกเพศ ทุกวัย มีส่วนร่วมหมด

(รหัส C02, 6 มกราคม 2563)

กล่าวโดยสรุป คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร เป็นผลลัพธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกื้อหนุนกันอย่างเป็นระบบ โดยปัจจัยส่วนบุคคลและสถานะสุขภาพกำหนดขอบเขตความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ขณะที่การรับรู้ข้อมูลข่าวสารช่วยเสริมศักยภาพในการตัดสินใจและการปฏิบัติกิจวัตรชีวิตประจำวัน สภาพความเป็นอยู่และลักษณะครอบครัวทำหน้าที่เป็นฐานรองรับทางกายและจิตใจ ผ่านความสัมพันธ์ ความเอื้ออาทร และบทบาทการดูแลร่วมกัน ในขณะเดียวกัน สภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิต ทั้งด้านที่พักอาศัย สิ่งอำนวยความสะดวก ความปลอดภัย และโอกาสในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการเคลื่อนไหว การเข้าสังคม และการดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี เมื่อปัจจัยเหล่านี้ทำงานร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ชุมชน และองค์กรต่าง ๆ ในชุมชนท้องถิ่น จึงก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตในมิติความมั่นคง ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ความผาสุกทางใจ และความรู้สึกมีคุณค่าในฐานะสมาชิกของสังคม

3. ข้อเสนอแนะการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ



ภาพ 10 แสดงข้อเสนอแนะการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษา พบประเด็นข้อเสนอแนะต่อการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ การบริหารจัดการ การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และการบริการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้ การบริหารจัดการมุ่งเน้นการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตมุ่งสร้างกลไกคุ้มครองทางสังคมและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ และการบริการดูแลผู้สูงอายุมุ่งเน้นการให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมและระบบดูแลระยะยาว โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 การบริหารจัดการ

ข้อเสนอแนะด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร สะท้อนความจำเป็นของการทำงานเชิงระบบที่ยึดแผนพัฒนาท้องถิ่นด้านผู้สูงอายุเป็นแกนหลัก ควบคู่กับการเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน การพัฒนาระบบข้อมูล และการเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน องค์ประกอบเหล่านี้ทำงานเกื้อหนุนกัน เพื่อให้การสนับสนุนผู้สูงอายุมีความต่อเนื่อง ไม่ผูกติดกับบุคคล และสามารถตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลายของผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

3.1.1 แผนพัฒนาท้องถิ่นด้านผู้สูงอายุ จากการสัมภาษณ์พบว่า แผนพัฒนาท้องถิ่นด้านผู้สูงอายุเป็นหัวใจสำคัญของการทำงานเชิงระบบ มากกว่าการพึ่งพาบุคคลหรือบทบาทตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่ง การมีแผนที่ชัดเจน ต่อเนื่อง และยึดความต้องการของผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางจะช่วยให้การดำเนินงานสามารถเดินหน้าต่อได้ แม้เกิดการเปลี่ยนแปลงบุคลากรหรือโครงสร้างการบริหาร

...แผนพัฒนาผู้สูงอายุ มันสำคัญนะ ไอ้ตำแหน่งที่มีน่ะ มันไม่สำคัญหรอก มันสำคัญที่ว่า มีใจ มีไฟ มีแผน ที่จะทำต่อไหม อันนี้แหละสำคัญที่สุด

(รหัส A02, 29 มกราคม 2563)

...ผู้สูงอายุที่นี่ ก็ไม่ใช่ว่า ทุกคนจะมีคุณภาพ ทุกที่แหละ มันมีปะปนกันไป แต่เราจะช่วยกันวางแผน หาทางออกยังไง มากกว่า

(รหัส C02, 6 มกราคม 2563)

...ทำได้เท่านี้ก็ดีแล้ว ขอแค่ทำต่อไปเรื่อย ๆ ให้ดีแล้วกัน

(รหัส C04, 18 ธันวาคม 2562)

...อยากสนับสนุน อยากจัดอะไรมาให้ ก็จัดมาเถอะ อย่างน้อย มันก็ต้องมีคนสนใจบ้างแหละ

(รหัส B01, 29 มกราคม 2563)

การเตรียมความพร้อมและการจัดการในสถานการณ์ฉุกเฉิน จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้สูงอายุมีความกังวลเกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่คาดคิด เช่น ปัญหาฝุ่นละออง PM หรือภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นของการบรรจุแผนรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินไว้ในแผนพัฒนาท้องถิ่น เพื่อเพิ่มความมั่นใจและลดความเปราะบางของผู้สูงอายุ

...เจอ PM ไป นี่ก็ลำบากนะ ถ้ามีอะไรเตรียมไว้บ้างก็น่าจะดี แต่อย่างว่า เราก็ไม่รู้ล่วงหน้า ว่าอะไรมันจะเกิด

(รหัส A03, 6 มกราคม 2563)

ระบบข้อมูลผู้สูงอายุและการใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการบริหารจัดการ จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้สูงอายุเสนอให้มีการพัฒนาระบบข้อมูลผู้สูงอายุและการใช้เทคโนโลยีในการจัดการข้อมูล เพื่อให้การวางแผน การติดตาม และการให้บริการผู้สูงอายุมีความแม่นยำและตอบสนองต่อความต้องการที่แตกต่างกันได้ดียิ่งขึ้น

...อยากให้ส่งเสริมและพัฒนาการศึกษาให้กับประชาชน พัฒนาด้านเทคโนโลยีข้อมูลต่าง ๆ

(รหัส A04, 19 ธันวาคม 2562)

3.1.2 การพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ทั้งในระดับเจ้าหน้าที่ ผู้นำชุมชน และผู้ดูแล เป็นข้อเสนอแนะที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญ โดยเฉพาะการมีพี่เลี้ยง หรือผู้ประสานงานที่เข้าใจบริบทของผู้สูงอายุและสามารถดูแลอย่างใกล้ชิด จะช่วยให้ระบบการดูแลมีความต่อเนื่องและลดภาระของครอบครัว

...ถ้ามีพี่เลี้ยงในชุมชน เหมือนกับที่โรงเรียนผู้สูงอายุ คอยช่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพิ่มขึ้น น่าจะดีขึ้นมาก

(รหัส B02, 6 มกราคม 2563)

...ที่ อบต. ทำอยู่ มันดีอยู่แล้วนะ อยากให้เค้าทำต่อไปเรื่อย ๆ ใครย้ายมา ย้ายไปที่นี่เค้าทำต่อกัน ได้หมดนะ

(รหัส C05, 12 ธันวาคม 2562)

3.2 การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร สะท้อนความจำเป็นของการดำเนินงานที่ครอบคลุม ทั้งมิติทางเศรษฐกิจ สังคม และจิตใจ ผ่านการส่งเสริมอาชีพและรายได้ตามกำลัง การรวมกลุ่มสร้างความเข้มแข็ง การจัดสวัสดิการและหลักประกันที่เพียงพอ และการบริการดูแลที่ต่อเนื่อง องค์ประกอบเหล่านี้ทำงานเกื้อหนุนกันเพื่อเสริมสร้างความมั่นคง ความหมาย และศักดิ์ศรีในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ อันเป็นฐานสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

3.2.1 การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ครอบคลุมการส่งเสริมการทำงานสร้างรายได้และการฝึกอาชีพสำหรับผู้สูงอายุ และการรวมกลุ่มและการสร้างความเข้มแข็งทางสังคม จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้สูงอายุต้องการให้มีการส่งเสริมอาชีพและการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างรายได้เสริมตามกำลังและศักยภาพของตนเอง โดยไม่ได้มุ่งหวังรายได้จำนวนมาก แต่ต้องการความรู้สึกพึ่งพาตนเองและมีคุณค่า การฝึกอาชีพที่หลากหลายและยืดหยุ่นช่วยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกกิจกรรมที่สอดคล้องกับความถนัดและข้อจำกัดทางร่างกาย

...อยากให้มีการฝึกอาชีพให้ผู้สูงอายุ เพื่อสร้างอาชีพเสริม เพิ่มรายได้

(รหัส A01, 18 ธันวาคม 2562)

...อยากให้มีวิทยากรมาสอน หลาย ๆ ด้าน ด้านอาชีพ ด้านจักสาน ทำดอกไม้ พอรวมกลุ่มกัน จะได้สร้างอาชีพเสริม สร้างรายได้นิด ๆ หน่อย ๆ ตามกำลัง ให้กับคนสูงวัย

(รหัส A02, 29 มกราคม 2563)

...ยายอยากให้มีการฝึกอาชีพให้ผู้สูงอายุเรื่อย ๆ ยายชอบนะ คนอื่นชอบหรือเปล่าไม่รู้ จริง ๆ เค้าก็มีแล้วนะ แต่ก็อยากให้ส่งเสริมไปเรื่อย ๆ เพราะเรื่องอื่น ๆ สวัสดิการกิจกรรมผู้สูงอายุ มีพร้อมอยู่

(รหัส B05, 12 ธันวาคม 2562)

...อยากให้มีการส่งเสริมอาชีพเสริมให้ผู้สูงอายุ จะได้มีรายได้เพิ่ม ตอนนี้ก็มีกลุ่มอาชีพอยู่นะ แต่ก็อยากได้อาชีพเสริมอื่นอีก น่ะ อย่างทำน้ำยาเอนกประสงค์ พวกน้ำยาล้างจาน น้ำยาซักผ้า การทำแหนม ไข่เค็ม แปรรูปอาหาร

(รหัส C01, 5 กุมภาพันธ์ 2563)

...อาชีพหลักทุกบ้านมีอยู่แล้ว แต่อยากได้อาชีพสำรองไว้ด้วย จะได้อุ่นใจ

(รหัส C02, 6 มกราคม 2563)

การส่งเสริมการรวมกลุ่มและการสร้างความเข้มแข็งทางสังคม การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยสร้างความเข้มแข็งทั้งในมิติรายได้และมิติทางจิตสังคม การทำกิจกรรมร่วมกันช่วยลดความโดดเดี่ยว สร้างพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเสริมสร้างความสัมพันธ์ในชุมชน จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้สูงอายุมีข้อเสนอให้ขยายการรวมกลุ่มในระดับหมู่บ้านควบคู่กับระดับตำบล

...อยากให้รวมกลุ่มทำดอกไม้จันทน์น่ะ กลุ่มของตำบลมีแล้ว อยากให้มีกลุ่มในหมู่บ้านบ้าง

(รหัส B05, 12 ธันวาคม 2562)

...อยากให้มีการรวมกลุ่มอาชีพ ส่งเสริมอาชีพให้ผู้สูงอายุในหมู่บ้านน่ะ ตอนนี้มันก็พอมีกลุ่มเล็ก กลุ่มน้อย แต่ยังไม่ได้มารวมกัน อยากทำ เพราะเป็นการช่วยสร้างรายได้ และคลายเหงาได้นะ อย่างน้อยก็มีเพื่อนคุยน่ะ

(รหัส C05, 12 ธันวาคม 2562)

3.2.2 การคุ้มครองทางสังคมผู้สูงอายุ ครอบคลุมการเสริมสร้างหลักประกันและสวัสดิการพื้นฐานที่เหมาะสม และการจัดบริการดูแลและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะ จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการมีสวัสดิการและหลักประกันที่พอดีและเพียงพอ ครอบคลุมด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ และสังคม ไม่ว่าจะเป็นกองทุนสวัสดิการ ฌาปนกิจสงเคราะห์ โรงเรียนผู้สูงอายุ และการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งจะช่วยลดความเปราะบางและเพิ่มความมั่นคงในการดำรงชีวิต

...อยากให้มีเงินสงเคราะห์ผู้ใหญ่บ้าน (ฝ่ายปกครอง) เงินสงเคราะห์และค่าครองชีพให้สมาชิก อบต.คลองน้ำไหล เพื่อเตรียมความมั่นคง ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

(รหัส A01, 18 ธันวาคม 2562)

...การมีสวัสดิการ ที่พอดี น่ะ ทั้งสวัสดิการออมทรัพย์ ฌาปนกิจสงเคราะห์ มีโรงเรียนผู้สูงอายุ พาไปทัศนศึกษานอกสถานที่ มีตรวจสุขภาพประจำปี

(รหัส A03, 6 มกราคม 2563)

...การสร้างหลักประกันและสวัสดิการ มีกองทุนต่าง ๆ ที่เปิดให้เป็นสมาชิกได้ และมีการสอบถามสวัสดิการที่อยากได้จริง ๆ

(รหัส A05, 18 ธันวาคม 2562)

...อยากให้ อบต. ช่วยดูแลคนที่ด้อยโอกาสกว่าเรา ให้เค้าได้อยู่ดี มีกิน

(รหัส C05, 12 ธันวาคม 2562)

...กองทุนสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุน่ะ ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตได้เยอะเลย ลองคิดดูสิ คนอายุเท่าแม่ หกสิบเจ็ดสิบแล้ว รายได้ก็แทบจะไม่มี จะไปกู้ ไปยืมใคร ที่ไหนได้ เค้าไม่ปล่อยกู้ให้ง่าย ๆ หรอก แต่พอมีกองทุนสวัสดิการ มันช่วยได้เยอะ

การจัดบริการดูแลและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะ เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ กิจกรรมสาธารณะ การดูแลอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานท้องถิ่น เป็นต้น เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสุขภาพกายและจิตใจ ลดความเหงา และสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตประจำวันให้กับผู้สูงอายุ

...อยากให้มีโรงเรียนผู้สูงอายุแบบนี้ต่อไป เพราะช่วยให้คนสูงวัย มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง จิตใจไม่หดหู่ ไม่เหงา

(รหัส A05, 18 ธันวาคม 2562)

...อยากให้หน่วยงานที่นี่ ดูแลคนในชุมชนแบบนี้ไปเรื่อย ๆ เค้าให้โอกาสผู้สูงอายุ นะ เค้าช่วยอะไรเยอะ ไม่เคยบ่นเลยนะ

(รหัส A01, 18 ธันวาคม 2562)

...พอใจมาก ในการดูแลช่วยเหลือกัน เท่าที่มีให้ตอนนี้ ก็เพียงพอแล้ว

(รหัส B03, 19 ธันวาคม 2562)

3.3 การบริการดูแลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะด้านการบริการดูแลผู้สูงอายุ และการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร สะท้อนความจำเป็นของการพัฒนาระบบดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ ผ่านการเตรียมความพร้อมทางการเงิน การดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง การสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากร การส่งเสริมสุขภาพและการเรียนรู้ตลอดชีวิต ตลอดจนการจัดกิจกรรมเสริมพลังใจ ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

3.3.1 บริการดูแลผู้สูงอายุ ครอบคลุมการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังและผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง การสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรเพื่อการดูแลและพัฒนาศักยภาพ และการจัดกิจกรรมทางสังคมและจิตใจเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้สูงอายุมีความห่วงใยต่อผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง ผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง ซึ่งเผชิญความโดดเดี่ยวและข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวัน การดูแลจำเป็นต้องอาศัยเครือข่ายครอบครัว ชุมชน และหน่วยงาน เพื่อให้การช่วยเหลือเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง

...มีผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียว นาน ๆ ลูกจะมาเยี่ยมที ภายนอกเค้าอาจดูไม่เศร้า แต่เค้ากลับบ้านไปอยู่คนเดียว ใครจะรู้เนอะ แล้วก็ยังมีผู้สูงอายุ ที่ไปไหนไม่ได้ ติดเตียง นอนอยู่บ้าน เห็นใจเค้านะ อยากไปไหน ก็ไปไม่ได้ คนดูแลก็ไปไหนยาก แต่ทำยังไงได้ ก็ต้องช่วยกัน ดูแลกันต่อไป

(รหัส A01, 18 ธันวาคม 2562)

...ที่นี่เค้าไม่ได้บังคับนะว่า ต้องร่วมทุกอย่างที่จัดมาให้ ถ้าอันไหนดีก็ทำ

(รหัส B01, 29 มกราคม 2563)

...อยากได้ข้อคิด ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เสนอแนะวิธีการดูแลสุขภาพ แบบเรื่อย ๆ มีอะไรใหม่ ๆ ก็มาบอกให้รู้กัน ใครก็ได้ อบต. หมอ อสม. ก็ได้ ช่วยกัน

(รหัส C02, 6 มกราคม 2563)

การสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรเพื่อการดูแลและพัฒนาศักยภาพ ผู้สูงอายุมีข้อเสนอแนะให้ภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่องเพื่อการฝึกอาชีพ การสร้างสวัสดิการ และการหาตลาดรองรับผลิตภัณฑ์ของผู้สูงอายุ ซึ่งช่วยส่งเสริมด้านการสร้างรายได้และคุณค่าในตนเอง

...อยากให้มีการจัดสรรงบประมาณจากภาครัฐ ในการส่งเสริมการเรียนรู้ทักษะอาชีพอื่น ๆ สนับสนุนงบประมาณ ในการสร้างสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุ แล้วก็คนด้อยโอกาส ในชุมชน

(รหัส A04, 19 ธันวาคม 2562)

...ยายมีรายได้ ได้จากการฝึกอบรมอาชีพด้วยนะ ทำหมวกสาน ทำเสร็จ ทาง อบต. ก็ช่วยหาตลาดให้ แต่ทำได้อาทิตย์นึง ก็ใบ สองใบ เยอะกว่านี้ไม่ไหว นี่ขายได้ 5-6 ใบแล้วนะ ราคาไม่แพง ไม่ต้องไปขายใครไกล (เลื่อนกองอุปกรณ์ มาให้ดู)

(รหัส B05, 12 ธันวาคม 2562)

กิจกรรมทางสังคมและจิตใจเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น การออกกำลังกาย ทัศนศึกษา และปฏิบัติธรรม เป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุในมิติที่ไม่ใช่วัตถุ แต่ช่วยลดความเครียดและเสริมพลังใจ

...มีสถานที่ให้คนสูงอายุ มาทำกิจกรรม มาออกกำลังกาย มีการพาไปทัศนศึกษา ไปปฏิบัติธรรม ถึงมันจะไม่ใช่เงินทอง แต่มันก็ทำให้ จิตใจไม่เครียด

(รหัส C05, 12 ธันวาคม 2562)

3.3.2 การเตรียมความพร้อมของประชากรผู้สูงอายุ ครอบคลุมการเตรียมความพร้อมทางการเงินและการออมเพื่อวัยสูงอายุ และการส่งเสริมสุขภาพและการเรียนรู้ตลอดชีวิต จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของการมีระบบออมและกองทุนชุมชนในฐานะหลักประกันความมั่นคงในวัยสูงอายุ โดยเฉพาะเมื่อการเข้าถึงแหล่งเงินกู้มีข้อจำกัด การออมร่วมกันและสวัสดิการชุมชน ช่วยลดความเสี่ยงทางเศรษฐกิจและเสริมความอุ่นใจในการดำรงชีวิต

> ...ชุมชนมีสวัสดิการแบบนี้ดีนะ มันช่วยผู้สูงอายุได้เยอะนะ อายุขนาดนี้ไปกู้ที่ไหนเค้าก็ไม่ให้กู้แล้ว ถ้าเรามีกองทุน เรามีการออมด้วยกัน ก็ได้ช่วยเหลือกัน เหมือนเอาเงินมารวมกันแล้วช่วย ๆ กันไป
>
> (รหัส A01, 18 ธันวาคม 2562)

การส่งเสริมสุขภาพและการเรียนรู้ตลอดชีวิต ผู้สูงอายุเน้นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกและการเรียนรู้ต่อเนื่อง โดยต้องการองค์ความรู้และเทคนิคใหม่ ๆ ที่ทันสมัยเพื่อดูแลสุขภาพตนเองให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของวัยและโรคภัยไข้เจ็บ

> ...ส่งเสริมการดูแลสุขภาพทั่วไป แบบยังไงล่ะ คือ ที่ทำอยู่น่ะดีแล้ว แต่ก็อยากให้มีเรื่อย ๆ คือ ถ้ามีโรค มีเทคนิคอะไรใหม่ ๆ ก็อยากให้มาบอกมาสอนเรื่อย ๆ แบบว่าให้ทันสมัยน่ะ
>
> (รหัส C01, 5 กุมภาพันธ์ 2563)

> ...อยากให้ อบต. ทำ ให้ต่อเนื่อง น่ะ ไม่อยากให้หยุด มันได้บุญจริง ๆ นะ เค้าทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข อายุยืนยาวขึ้น ไม่ค่อยมีเวลาให้คิดมาก
>
> (รหัส B02, 6 มกราคม 2563)

กล่าวโดยสรุป ข้อเสนอแนะการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ผู้สูงอายุเสนอให้มีการพัฒนาระบบสนับสนุนในลักษณะบูรณาการที่เชื่อมโยงการบริหารจัดการเชิงนโยบาย การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต และการบริการดูแลผู้สูงอายุเข้าด้วยกัน โดยเน้นการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นด้านผู้สูงอายุที่ต่อเนื่อง การพัฒนาบุคลากรและเครือข่ายผู้ดูแล การส่งเสริมอาชีพและการรวมกลุ่ม การจัดสวัสดิการและหลักประกันที่เพียงพอ รวมถึงการเตรียมความพร้อมรองรับภาวะพึ่งพิงและสังคมสูงวัยในระยะยาว ข้อเสนอแนะดังกล่าว

สะท้อนความต้องการของผู้สูงอายุในการมีระบบดูแลที่เข้าถึงได้ ต่อเนื่อง และเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ อันเป็นฐานสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนในระดับชุมชน

ผลจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Thematic Analysis) เพื่อนำมาใช้ในการแยกแยะข้อมูล สร้างรหัสข้อมูล จัดกลุ่มข้อมูล และได้สรุปประเด็นจากข้อเสนอแนะของแต่ละกลุ่ม แล้วนำมากำหนดลักษณะแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ดังตาราง 8

ตาราง 8 แสดงผลการเปรียบเทียบลักษณะแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพและจากการทบทวนวรรณกรรม

ประเด็นที่	ข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพ	ผลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม	เหมือน	แตกต่าง
แหล่งแรงสนับสนุนทางสังคม				
1	ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน อบต. รพ.สต. วัด อสม. และเครือข่ายชุมชน	ครอบครัว เพื่อน ชุมชน หน่วยงานรัฐ เป็นแหล่งสนับสนุนสำคัญของผู้สูงอายุ	✓	
2	บุตรหลาน ช่วยเหลือค่าใช้จ่าย พาไปพบแพทย์ ดูแลกิจวัตรประจำวัน และให้กำลังใจ	ครอบครัวเป็นระบบสนับสนุนหลักของผู้สูงอายุ	✓	
3	โรงเรียนผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมชุมชน การเยี่ยมบ้าน และช่วยเหลือผู้สูงอายุอยู่ลำพัง	ชุมชนเข้มแข็ง ช่วยลดความโดดเดี่ยว และเพิ่มการมีส่วนร่วม	✓	
4	อบต. สนับสนุนกิจกรรม งบประมาณ รถรับส่ง อุปกรณ์ และกองทุนผู้สูงอายุ	ท้องถิ่นควรมีบทบาทในการจัดบริการและสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ	✓	
5	วัด/พระสงฆ์ เป็นกลไกสวัสดิการที่แท้จริงของชุมชน ผ่านกองบุญถุงยังชีพ	-		

ตาราง 8 (ต่อ)

ประเด็นที่	ข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพ	ผลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม	เหมือน	แตกต่าง
ประเภทแรงสนับสนุนทางสังคม				
1	ด้านการเงิน ด้านแรงกาย ด้านสิ่งของ และด้านอารมณ์	ด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร สิ่งของ และการช่วยเหลือเชิงการปฏิบัติ	✓	
2	เบี้ยยังชีพช่วยสร้างความอุ่นใจ แต่ไม่เพียงพอต่อค่าครองชีพ	เบี้ยยังชีพและสวัสดิการรัฐช่วยเพิ่มความมั่นคง	✓	
3	เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ มีคุณค่าทางจิตใจมากกว่ามูลค่าเงิน	-		
4	การช่วยเหลือด้านแรงกายสำคัญมากกว่าการช่วยเงิน	-		
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ				
1	ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับสุขภาพ ความมั่นคงทางรายได้ การไม่เป็นภาระลูกหลาน และการมีคนดูแล	ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม	✓	
2	ผู้สูงอายุไม่อยากเป็นภาระให้กับลูกหลาน มากกว่าต้องการเงิน	-		
3	ความต้องการข้อมูลรายบุคคล กลุ่มเปราะบาง และการติดตามต่อเนื่อง	ให้มีระบบ/ฐานข้อมูลเพื่อบริหารจัดการผู้สูงอายุ		✓
4	หอกระจายข่าวยังเป็นช่องทางสื่อสารสำคัญของผู้สูงอายุ	-		
5	ขาดการวางแผนทางการเงิน ต้องพึ่งพาบุตรหลานหรือกู้ยืมฉุกเฉิน	เน้นการวางแผนการเงิน สุขภาพ และจิตสังคมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ		✓
6	เก็บเบี้ยยังชีพไว้ใช้ยามฉุกเฉิน ไม่ใช้รายเดือน	-		
7	กองทุนชุมชน/ฌาปนกิจ เป็นระบบประกันสังคมในชุมชนแบบไม่เป็นทางการ	-		

ตาราง 8 (ต่อ)

ประเด็นที่	ข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพ	ผลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม	เหมือน	แตกต่าง
8	รถรับส่ง/การเดินทาง เป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิต	การจัดพาหนะรับส่ง อำนวยความสะดวกในการเดินทาง เป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต	✓	
9	โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นศูนย์รวมเพื่อนและสุขภาพใจ มากกว่าเป็นศูนย์การเรียนรู้	โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นศูนย์การเรียนรู้ในชุมชน		✓
10	รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ควรมาจากความพร้อมของภาคีเครือข่าย ได้แก่ อบต. รพ.สต. วัด อสม. ชมรมผู้สูงอายุ ครอบครัว	ใช้กระบวนการมีส่วนร่วม บูรณาการหลายภาคส่วน และเหมาะสมกับบริบท	✓	

หมายเหตุ: การจำแนกผลการเปรียบเทียบในตาราง 8 ใช้หลักการวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic Analysis) โดยพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพกับองค์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม หากพบว่าแนวคิดหลัก สาระสำคัญ หรือทิศทางของข้อค้นพบมีความสอดคล้องกัน จะจัดอยู่ในกลุ่ม “เหมือน” ส่วนข้อค้นพบที่สะท้อนมุมมองใหม่ รายละเอียดเชิงลึก หรือบริบทเฉพาะของพื้นที่ศึกษา ซึ่งไม่ปรากฏหรือปรากฏแตกต่างจากวรรณกรรมที่ทบทวน จะจัดอยู่ในกลุ่ม “แตกต่าง” โดยข้อค้นพบที่จัดอยู่ในกลุ่ม “แตกต่าง” ถือเป็นองค์ความรู้ที่ค้นพบจากบริบทพื้นที่ศึกษา และผู้วิจัยได้นำเสนอพร้อมอภิปรายเพิ่มเติมภายหลังตาราง 8 นี้ เพื่อแสดงการต่อยอดและขยายองค์ความรู้จากวรรณกรรมสู่บริบทจริงของผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร

จากตาราง 8 พบว่า ผลการวิจัยเชิงคุณภาพระยะที่ 1 มีความสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมในหลายประเด็นสำคัญ ได้แก่ บทบาทของครอบครัว ชุมชน หน่วยงานท้องถิ่น และแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่าแนวคิดเชิงทฤษฎีสามารถอธิบายสถานการณ์จริงของพื้นที่ได้ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่ได้ในระยะที่ 1 มีข้อค้นพบใหม่หลายประการที่แตกต่างจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่

1. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีความหมายกับความสัมพันธ์ในครอบครัวและการได้รับการดูแลทางสังคมมากกว่าความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นว่าการมีคนดูแล การได้อยู่ใกล้ชิดลูกหลาน การไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น และการยังคงมีบทบาทในครอบครัว เป็นปัจจัย

สำคัญของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี มากกว่าการมีรายได้หรือทรัพย์สินจำนวนมาก ข้อค้นพบนี้สะท้อนว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีรากฐานจากความสัมพันธ์ทางสังคมและคุณค่าของครอบครัวมากกว่ามิติทางเศรษฐกิจเพียงอย่างเดียว ซึ่งองค์ความรู้ดังกล่าวช่วยขยายความเข้าใจเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจากมิติด้านสุขภาพและเศรษฐกิจไปสู่มิติด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและการได้รับการดูแล

2. แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีประสิทธิผลสูงสุด คือการช่วยเหลือที่เข้าถึงชีวิตประจำวัน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุให้คุณค่ากับการสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับชีวิตจริง เช่น การพาไปพบแพทย์ การช่วยซื้อยา การซ่อมแซมบ้าน การเยี่ยมเยียน การโทรถามสารทุกข์สุกดิบ หรือการช่วยทำธุระมากกว่าการช่วยเหลือเชิงนโยบายที่ห่างไกลตัว ข้อค้นพบนี้สะท้อนว่าแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีประสิทธิผลในชุมชน ควรเป็นระบบช่วยเหลือที่จับต้องได้และตอบสนองต่อชีวิตประจำวัน

3. เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ มีคุณค่าทางจิตสังคมมากกว่ามูลค่าทางเศรษฐกิจ แม้เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจะมีจำนวนจำกัด แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มองว่าเป็นสัญลักษณ์ของความมั่นคง การได้รับการยอมรับจากรัฐ และเป็นเงินที่ตนสามารถใช้ได้อย่างอิสระ จึงก่อให้เกิดความภาคภูมิใจและลดความรู้สึกพึ่งพิงผู้อื่น ข้อค้นพบนี้แสดงให้เห็นว่า สวัสดิการผู้สูงอายุควรประเมินคุณค่าในมิติทางจิตใจและศักดิ์ศรีควบคู่กับมูลค่าทางเศรษฐกิจ

4. วัดและสถาบันศาสนา เป็นกลไกสวัสดิการทางสังคมที่สำคัญของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า วัดในพื้นที่ไม่ได้ทำหน้าที่ด้านศาสนาเพียงอย่างเดียว แต่เป็นศูนย์รวมกิจกรรมของผู้สูงอายุ เป็นพื้นที่พบปะทางสังคม แหล่งให้กำลังใจ และแหล่งระดมทรัพยากรช่วยเหลือกลุ่มเปราะบาง ข้อค้นพบนี้นำไปสู่แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมตามหลักความเชื่อหรือศาสนา

5. โรงเรียนผู้สูงอายุ มีบทบาทเป็นพื้นที่สร้างพลังทางสังคมมากกว่าพื้นที่ให้ความรู้ ผู้สูงอายุจำนวนมากเข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุเพราะต้องการพบปะเพื่อน มีพื้นที่แสดงออก และรู้สึกว่าตนยังมีคุณค่ามากกว่าความต้องการเรียนเนื้อหาวิชาการโดยตรง ดังนั้น โรงเรียนผู้สูงอายุควรถูกออกแบบให้เป็นแพลตฟอร์มในการเสริมสร้างศักยภาพทางสังคม

6. การพึ่งพาตนเองบางส่วนคือปัจจัยสำคัญของศักดิ์ศรีผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่ยังสามารถทำงานเล็กน้อย ปลูกผัก ขายของ หรือช่วยงานบ้าน จะมีความภูมิใจและสุขภาวะทางจิตดีกว่ากลุ่มที่ขาดบทบาทโดยสิ้นเชิง ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมบทบาททางเศรษฐกิจหรือสังคมเล็ก ๆ น้อย ๆ มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก

7. ระบบดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพต้องใช้เครือข่ายใกล้ตัวเป็นฐาน ผู้สูงอายุให้ข้อมูลตรงกันว่าบุคคลที่ช่วยเหลือได้จริงและรวดเร็วที่สุด คือ ครอบครัว เพื่อนบ้าน อสม. และผู้นำชุมชน มากกว่าหน่วยงานส่วนกลาง องค์ความรู้นี้สะท้อนว่า ระบบดูแลผู้สูงอายุควรใช้เครือข่ายใกล้ตัวเป็นฐานหลัก

8. ระบบข้อมูลผู้สูงอายุระดับตำบลเป็นหัวใจของการช่วยเหลือเชิงรุก ผลการศึกษาพบว่า หากชุมชนมีข้อมูลผู้สูงอายุที่ชัดเจน เช่น กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง อยู่ลำพัง รายได้น้อย หรือมีโรคเรื้อรัง จะสามารถช่วยเหลือได้รวดเร็วและตรงกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า การบริหารจัดการผู้สูงอายุในปัจจุบันจำเป็นต้องใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

9. การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุเอง คือกลไกพัฒนาที่สำคัญที่สุด ผู้สูงอายุที่ได้ร่วมคิด ร่วมเสนอปัญหา ร่วมจัดกิจกรรม และร่วมตัดสินใจในเรื่องของตนเอง มีความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีพลังในการดำเนินชีวิตมากกว่าการเป็นผู้รับบริการเพียงฝ่ายเดียว จึงสะท้อนว่ารูปแบบที่ดีต้องเปลี่ยนจากการสงเคราะห์ไปสู่การเสริมพลัง

10. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทไทยควรใช้รูปแบบบูรณาการเชิงระบบจากการสังเคราะห์ข้อค้นพบทั้งหมด ผู้วิจัยพบว่า ไม่มีปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้โดยลำพัง แต่ต้องอาศัยการเชื่อมโยงระหว่างการบริหารท้องถิ่น ทรัพยากรการดูแล ระบบข้อมูล กลไกคุ้มครองทางสังคม การพัฒนาบุคลากร การเตรียมพร้อมก่อนวัยสูงอายุ และการส่งเสริมการมีส่วนร่วม

ผลการศึกษาที่ได้ในระยะที่ 1 นี้ ผู้วิจัยนำปัจจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ข้อค้นพบและองค์ความรู้ใหม่ รวมถึงลักษณะแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มาปรับเป็นข้อคำถามเพื่อสอบถามผู้สูงอายุ และนำไปวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อยืนยันผลในเชิงปริมาณในการศึกษาในระยะที่ 2 ซึ่งได้นำเสนอไว้ในหัวข้อถัดไป

ผลการวิจัยระยะที่ 2

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Method) ด้วยวิธีการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) ในระยะที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ผลการวิจัย มีดังนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณในระยะที่ 2

ในระยะนี้ได้นำข้อค้นพบในการวิจัยระยะที่ 1 ที่พบว่า ลักษณะแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร จำแนกเป็น 2 ด้านหลัก ได้แก่ แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม และประเภทแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล สภาพความเป็นอยู่ลักษณะครอบครัว และสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิต และข้อเสนอแนะการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ การบริหารจัดการ การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และการบริการดูแลผู้สูงอายุ จึงนำมาจัดหมวดหมู่ตัวแปรร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีทั้งลักษณะที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกันจากผลการวิจัยในระยะที่ 1 ซึ่ง

ผู้วิจัยได้ประมวลองค์ความรู้และจัดสร้างแบบสอบถามพบตัวแปรที่ศึกษาดังกรอบแนวคิดการวิจัยในระยะที่ 2 ดังแสดงในภาพ 1

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยนำตัวแปรที่ได้มาพัฒนาแบบสอบถาม โดยปรับตัวแปรตามข้อค้นพบจากระยะที่ 1 คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จากนั้นจึงนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุในตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 368 คน ได้แบบสอบถามคืนและข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน 365 ชุด คิดเป็นอัตราการตอบกลับ (Response Rate) ร้อยละ 99.18 จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยแสดงผลการวิเคราะห์ออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลด้านสุขภาพและโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง (ตาราง 9-10)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ด้านการเงิน ด้านแรงกาย ด้านสิ่งของ และด้านอารมณ์ และแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม 3 กลุ่ม ได้แก่ จากครอบครัว จากเพื่อน และจากแหล่งอื่น ๆ (ตาราง 11-15)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ด้านความสามารถด้านการรับรู้ ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ด้านความสำเร็จและความคาดหวัง ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ด้านการเผชิญหน้ากับความตาย และด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก (ตาราง 16-18)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (ตาราง 19)

1. ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลด้านสุขภาพและโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ในตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 365 คน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส สภาพความเป็นอยู่ อาชีพ แหล่งรายได้ ความเพียงพอของแหล่งรายได้ ระดับการศึกษา ภาระรับผิดชอบในครอบครัว และลักษณะครอบครัว รายละเอียดของข้อมูลส่วนบุคคล ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=365)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
หญิง	186	51.00
ชาย	179	49.00
2. อายุ (ปี)		
60-69 ปี (ผู้สูงอายุตอนต้น)	229	62.74
70-79 ปี (ผู้สูงอายุตอนกลาง)	112	30.68
80 ปีขึ้นไป (ผู้สูงอายุตอนปลาย)	24	6.58
(Min = 60, Max = 90, Mean = 68.23, S.D. = 6.77)		
3. สถานภาพสมรส		
สมรส	212	58.00
หม้าย	116	31.80
หย่า	21	5.80
โสด	9	2.50
แยก	7	1.90
4. สภาพความเป็นอยู่		
บ้านตนเอง/สามี/ภรรยา	257	70.40
บ้านบุตรหลาน	100	27.40
บ้านญาติ	6	1.60
บ้านเพื่อน/คนรู้จัก	1	0.30
บ้านเช่า/หอพัก	1	0.30
5. อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	71	19.50
ทำไร่ ทำนา ทำสวน	121	33.20
รับจ้าง	107	29.20
ค้าขาย	65	17.80
ข้าราชการบำนาญ	1	0.30

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
10. ลักษณะครอบครัว		
พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส	153	42.00
พักอาศัยอยู่กับบุตรหลาน	130	35.60
พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน	34	9.30
พักอาศัยอยู่คนเดียว	25	6.80
พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน หรือญาติ	14	3.80
พักอาศัยอยู่กับญาติ	9	2.50
6. แหล่งรายได้		
รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการ	358	98.10
ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการ	7	1.90
7. ความเพียงพอของแหล่งรายได้		
เพียงพอ	311	85.25
ไม่เพียงพอ	52	14.25
มีเงินเหลือเก็บ	2	0.50
8. ระดับการศึกษา		
ไม่เคยเรียน	82	22.40
ประถมศึกษา	281	77.00
มัธยมศึกษา	1	0.30
อาชีวศึกษา/ประกาศนียบัตร	1	0.30
9. ภาระรับผิดชอบในครอบครัว		
ไม่มี	33	9.00
มี ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	332	91.00
หุงข้าว	226	61.90
ปลูกต้นไม้ ทำสวนครัว	201	55.10
กวาดบ้าน ถูบ้าน	184	50.40
ซักผ้า รีดผ้า	183	50.10
ล้างจาน	183	50.10
เลี้ยงหลาน	142	39.90
เลี้ยงสัตว์	133	36.40

จากตาราง 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.00 และเพศชาย ร้อยละ 49.00 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 62.74 รองลงมา 70-79 ปี ร้อยละ 30.68 และ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 6.58 อายุเฉลี่ย 68.23 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีคู่สมรส ร้อยละ 58.00 สภาพความเป็นอยู่ ส่วนใหญ่ที่พักอาศัยเป็นของตนเอง/สามี/ภรรยา ร้อยละ 70.40 รองลงมา เป็นบ้านของบุตรหลาน ร้อยละ 27.40 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำไร่ ทำนา ทำสวน ร้อยละ 33.20 รองลงมารับจ้าง ร้อยละ 29.20 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 19.50 แหล่งรายได้ส่วนใหญ่ มาจากการรับเบี้ยยังชีพ ร้อยละ 98.10 รายได้เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 85.25 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.00 รองลงมา ไม่เคยเรียน ร้อยละ 22.40 และมัธยมศึกษา/อาชีวะศึกษา/ประกาศนียบัตร ร้อยละ 0.60 ส่วนใหญ่มีภาระรับผิดชอบในครอบครัว ร้อยละ 91.00 เช่น หุงข้าว ร้อยละ 61.90 ปลูกต้นไม้ ทำสวนครัว ร้อยละ 55.1 กวาดบ้าน ถูบ้าน ร้อยละ 50.4 เป็นต้น และไม่มีภาระรับผิดชอบในครอบครัว ร้อยละ 9.00 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่ พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 42.00 รองลงมา อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 35.60

ข้อมูลด้านสุขภาพและโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย สุขภาพกายของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ พฤติกรรมของผู้สูงอายุ และความสามารถเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุ รายละเอียดของข้อมูลด้านสุขภาพและโรคประจำตัวผู้สูงอายุ ดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 10 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลด้านสุขภาพและโรคประจำตัว (n=365)

ข้อมูลด้านสุขภาพและโรคประจำตัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. สุขภาพกายของผู้สูงอายุ		
1.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ		
1.1.1 ดัชนีมวลกาย (BMI)		
น้อยกว่า 18.50 (ผอม)	70	19.18
18.50-24.90 (ปกติ)	164	44.93
25.00-29.90 (อ้วนระดับ 1)	108	29.59
มากกว่า 30.00 (อ้วนระดับ 2)	23	6.30
(Min = 14, Max = 39, Mean = 23.26, S.D. = 4.46)		
1.1.2 ความสามารถในการมองเห็น		
มองเห็นชัดเจน	316	86.57
มองเห็นไม่ชัดเจน มัว	49	13.43

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อมูลด้านสุขภาพและโรคประจำตัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1.1.3 ความสามารถในการได้ยิน		
ได้ยินชัดเจน	324	88.77
ได้ยินไม่ชัดเจน	39	10.68
ไม่ได้ยิน	2	0.55
1.1.4 ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปในปัจจุบัน		
ดี	137	37.53
ปานกลาง	227	62.19
แย่	1	0.28
1.1.5 ภาวะสุขภาพเมื่อเทียบกับบุคคลวัยเดียวกัน		
ดีกว่า	42	11.50
เท่ากัน	301	82.47
ด้อยกว่า	22	6.03
1.1.6 การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์/เครื่องช่วยเหลือ		
ไม่มีการใช้	153	41.92
มีการใช้ ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	212	58.08
แว่นตา	168	46.03
ฟันปลอม	128	35.07
ไม้เท้า	44	12.05
อุปกรณ์ช่วยเดิน	17	4.66
เครื่องช่วยฟัง	4	1.10
รถนั่งเข็น	2	0.55
อื่น ๆ เช่น ที่นอนลม, เตียงปรับระดับ, เครื่องผลิตออกซิเจน, ราวพยุงตัว	9	2.47
1.1.7 การป่วยเป็นโรค หรือมีภาวะเจ็บป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ความดันโลหิตสูง	164	45.10
เบาหวาน	151	41.50
กระเพาะอาหาร กระเพาะอาหารอักเสบ	62	17.00
ข้อเสื่อม เก๊าต์ รูมาตอยด์ ปวดข้อ	55	15.10
หลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งพอง ปอดอักเสบ หอบ	25	6.90
สมองเสื่อม โรคหลงลืม ความจำเสื่อม	17	4.70

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อมูลด้านสุขภาพและโรคประจำตัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่อมลูกหมากโต	16	4.40
โรคไต	11	3.00
ต้อหิน	8	2.20
โรคหัวใจ	5	1.40
ต้อกระจก	4	1.10
มะเร็ง	3	0.80
พาร์กินสัน สั่น	3	0.80
แผลกดทับ	2	0.60
วัณโรคปอด	1	0.30
1.2 ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนที่	67	18.36
มีปัญหาเรื่องการมองเห็น	66	18.08
มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ	62	16.99
มีปัญหาเรื่องการได้ยิน	56	15.34
สูญเสียความจำ (ขี้ลืม ทบทวนความจำได้ยาก)	51	13.97
หกล้ม	45	12.33
ท้องผูก/อุจจาระราด	43	11.78
มีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร	40	10.96
กลั้นปัสสาวะไม่อยู่	32	8.77
มีปัญหาเรื่องการนอนกรน	18	4.93
1.3 พฤติกรรมของผู้สูงอายุ ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา		
1.3.1 ออกกำลังกาย (n=357)		
ไม่เคย	10	2.80
บางครั้ง	277	77.60
สม่ำเสมอ	70	19.60
1.3.2 ทำงานอดิเรก (n=358)		
ไม่เคย	12	3.30
บางครั้ง	257	71.80
สม่ำเสมอ	89	24.90
1.3.3 สูบบุหรี่ (n=358)		

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อมูลด้านสุขภาพและโรคประจำตัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่เคย	193	53.90
บางครั้ง	116	32.40
สม่ำเสมอ	49	13.70
1.3.4 ดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (n=358)		
ไม่เคย	189	52.80
บางครั้ง	121	33.80
สม่ำเสมอ	48	13.40
1.3.5 รับประทานอาหารเพียงพอกับความต้องการใน แต่ละวัน (n=356)		
ไม่เคย	6	1.70
บางครั้ง	223	62.60
สม่ำเสมอ	127	35.70
1.3.6 รับประทานผัก ผลไม้ สม่ำเสมอ (n=358)		
ไม่เคย	5	1.40
บางครั้ง	214	59.80
สม่ำเสมอ	139	38.80
1.3.7 รับประทานอาหารเสริม (n=357)		
ไม่เคย	22	6.10
บางครั้ง	253	70.90
สม่ำเสมอ	82	23.00
1.3.8 ตรวจร่างกายสม่ำเสมอ (n=356)		
ไม่เคย	8	2.20
บางครั้ง	248	69.70
สม่ำเสมอ	100	28.10
1.3.9 ร่วมกิจกรรมของชุมชน (n=354)		
ไม่เคย	6	1.70
บางครั้ง	218	61.60
สม่ำเสมอ	130	36.70

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อมูลด้านสุขภาพและโรคประจำตัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
2. ความสามารถเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุ		
2.1 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน		
คะแนน ADL 0-4 (กลุ่มติดเตียง)	0	0.00
คะแนน ADL 5-11 (กลุ่มติดบ้าน)	7	1.92
คะแนน ADL 12-20 (กลุ่มติดสังคม)	358	98.08
(Min = 8, Max = 20, Mean = 18.64, S.D. = 0.24)		

จากตาราง 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (BMI 18.50-24.90) ร้อยละ 44.93 รองลงมา อยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 1 (BMI 25.00-29.90) ร้อยละ 29.59 และอยู่ในเกณฑ์ผอม (BMI < 18.50) ร้อยละ 19.18 ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.26 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการมองเห็น การได้ยินที่ดี แต่ยังพบการเสื่อมของประสาทสัมผัสบางส่วน เช่น มองเห็นไม่ชัดเจน มัว ร้อยละ 13.43 ได้ยินไม่ชัดเจน ร้อยละ 10.68 การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปในปัจจุบัน ส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 62.19 รองลงมา รับรู้ว่ามีสุขภาพดี ร้อยละ 37.53 และรับรู้ว่ามีสุขภาพแย่ ร้อยละ 0.28 เมื่อเทียบภาวะสุขภาพกับบุคคลวัยเดียวกัน ส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีสุขภาพใกล้เคียงกัน ร้อยละ 82.47 ในขณะที่ร้อยละ 11.50 รับรู้ว่ามีสุขภาพดีกว่า และมีเพียงร้อยละ 6.03 ที่รับรู้ว่ามีสุขภาพด้อยกว่า ส่วนใหญ่มีการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์/เครื่องช่วยเหลือ ร้อยละ 58.08 โดยอุปกรณ์ที่มีการใช้มากที่สุด ได้แก่ แว่นตา ร้อยละ 46.03 รองลงมา ฟันปลอม ร้อยละ 35.07 และยังมีการใช้อุปกรณ์/เครื่องช่วยเหลืออื่นๆ เช่น ไม้เท้า อุปกรณ์ช่วยเดิน รถนั่งเข็น ที่นอนลม เตียงปรับระดับ เครื่องผลิตออกซิเจน ราวพยุงตัว เป็นต้น การป่วยเป็นโรค หรือภาวะเจ็บป่วยส่วนใหญ่ คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 45.10 รองลงมา ได้แก่ เบาหวาน ร้อยละ 41.50 กระเพาะอาหาร กระเพาะอาหารอักเสบ ร้อยละ 17.00 ข้อเสื่อม เก๊าต์ รูมาตอยด์ ปวดข้อ ร้อยละ 15.10 และยังพบการป่วยเป็นวัณโรคปอด ร้อยละ 1.00

ปัญหาสำคัญของกลุ่มตัวอย่างที่พบส่วนใหญ่ ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่า มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนที่ ร้อยละ 18.36 รองลงมา มีปัญหาเรื่องการมองเห็น ร้อยละ 18.08 มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ ร้อยละ 16.99 และน้อยที่สุด มีปัญหาเรื่องการนอนกรน ร้อยละ 4.93 พฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ออกกำลังกายบางครั้ง ร้อยละ 77.60 รองลงมา ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ร้อยละ 19.60 และไม่เคยออกกำลังกายเลย ร้อยละ 2.80 การทำงานอดิเรก ส่วนใหญ่ทำเป็นบางครั้ง ร้อยละ 71.80 มากกว่าร้อยละ 50.00 ไม่เคยสูบบุหรี่ ไม่เคยดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มี

แอลกอฮอล์ ร้อยละ 53.90 และร้อยละ 52.80 ตามลำดับ มากกว่าร้อยละ 90.00 มีพฤติกรรมรับประทานอาหารเป็นบางครั้งและสม่ำเสมอ ในการรับประทานอาหารเพียงพอกับความต้องการในแต่ละวัน ร้อยละ 98.30 รับประทานผัก ผลไม้ สม่ำเสมอ ร้อยละ 98.60 และรับประทานอาหารเสริม รวมถึงสมุนไพร วิตามิน แร่ธาตุ ร้อยละ 93.90 นอกจากนี้ พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการตรวจร่างกายสม่ำเสมอเป็นบางครั้ง ร้อยละ 69.70 รองลงมา ตรวจร่างกายสม่ำเสมอ ร้อยละ 28.10 และเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนเป็นบางครั้ง ร้อยละ 61.60 และมีเพียงส่วนน้อยที่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ร้อยละ 1.70 ความสามารถเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุ พบว่า ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันส่วนใหญ่ มีผลรวมคะแนน ADL 12-20 คะแนน (กลุ่มติดสังคม) ร้อยละ 98.08 และมีผลรวมคะแนน ADL 5-11 คะแนน (กลุ่มติดบ้าน) ร้อยละ 1.92 คะแนนเฉลี่ย 18.64 คะแนน

2. ส่วนที่ 2 ข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ได้ศึกษาประเภทแรงสนับสนุนทางสังคมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการเงิน ด้านแรงกาย ด้านสิ่งของ และด้านอารมณ์ และแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม 3 กลุ่ม ประกอบด้วย จากครอบครัว จากเพื่อน และจากแหล่งอื่น ๆ รายละเอียดของข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตาราง 11-15

ตาราง 11 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประเภทแรงสนับสนุนทางสังคมรายข้อ (n=365)

ประเภทแรงสนับสนุนทางสังคม	ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน (ร้อยละ)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเงิน					
1. มีบุคคลพิเศษอยู่เคียงข้าง เมื่อต้องการความช่วยเหลือทางการเงิน	5 (1.30)	4 (1.10)	222 (60.80)	117 (32.10)	17 (4.70)
2. ครอบครัวพยายามที่จะช่วยเหลือด้านการเงินอย่างจริงจัง	1 (0.30)	5 (1.40)	187 (51.20)	148 (40.50)	24 (6.60)
3. เพื่อนพยายามที่จะช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อใช้จ่ายยามฉุกเฉินจริง ๆ	4 (1.10)	7 (1.90)	199 (54.50)	147 (40.30)	8 (2.20)
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านแรงกาย					
4. ต้องการมีคนพิเศษ ผู้ซึ่งสามารถร่วมทุกข์และร่วมสุขได้	4 (1.10)	9 (2.50)	189 (51.70)	147 (40.30)	16 (4.40)
5. มีเพื่อน ผู้ซึ่งสามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขได้	6 (1.60)	23 (6.30)	200 (54.80)	123 (33.70)	13 (3.60)

ตาราง 11 (ต่อ)

ประเภทแรงสนับสนุนทางสังคม	ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน (ร้อยละ)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
6. ครอบครัว เต็มใจที่จะช่วยเหลือในการตัดสินใจ	3 (0.80)	9 (2.50)	172 (47.10)	156 (42.70)	25 (6.90)
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ					
7. ได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนในสิ่งที่ต้องการจากครอบครัว	1 (0.30)	4 (1.10)	206 (56.40)	133 (36.40)	21 (5.80)
8. สามารถพึ่งพาเพื่อน เมื่อมีบางสิ่งผิดพลาดเกิดขึ้น	7 (1.90)	6 (1.60)	214 (58.70)	127 (34.80)	11 (3.00)
9. มีบุคคลพิเศษในชีวิต ผู้ซึ่งเอาใจใส่ในความรู้สึก	2 (0.50)	24 (6.60)	200 (54.80)	123 (33.70)	16 (4.40)
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์					
10. มีบุคคลพิเศษ ผู้ซึ่งคอยปลอบโยนอย่างแท้จริง	2 (0.50)	4 (1.10)	218 (59.80)	123 (33.70)	18 (4.90)
11. สามารถบอกเล่าปัญหากับครอบครัวอย่างง่ายดายได้	7 (1.90)	19 (5.20)	223 (61.10)	111 (30.40)	5 (1.40)
12. สามารถบอกเล่าปัญหากับเพื่อนได้	8 (2.20)	12 (3.30)	211 (57.80)	120 (32.90)	14 (3.80)

จากตาราง 11 พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแสดงเป็นรายด้านพบว่า ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเงิน อยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ ดังนี้ ข้อ 1 มีบุคคลพิเศษอยู่เคียงข้าง เมื่อต้องการความช่วยเหลือทางการเงิน ร้อยละ 60.80 รองลงมา ข้อ 3 เพื่อนพยายามที่จะช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อใช้จ่ายยามฉุกเฉินจริง ๆ ร้อยละ 54.40 และข้อ 2 ครอบครัวพยายามที่จะช่วยเหลือด้านการเงินอย่างจริงจัง ร้อยละ 51.20

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านแรงกาย อยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ ดังนี้ ข้อ 5 มีเพื่อนผู้ซึ่งสามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขได้ ร้อยละ 54.80 รองลงมา ข้อ 4 ต้องการมีคนพิเศษ ผู้ซึ่งสามารถร่วมทุกข์และร่วมสุขได้ ร้อยละ 51.70 และข้อ 6 ครอบครัว เต็มใจที่จะช่วยเหลือในการตัดสินใจ ร้อยละ 47.00

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ อยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ ดังนี้ ข้อ 8 สามารถพึ่งพาเพื่อน เมื่อมีบางสิ่งผิดพลาดเกิดขึ้น ร้อยละ 58.70 รองลงมา ข้อ 7 ได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนในสิ่งที่ต้องการจากครอบครัว ร้อยละ 56.40 และข้อ 9 มีบุคคลพิเศษในชีวิต ผู้ซึ่งเอาใจใส่ในความรู้สึก ร้อยละ 54.80

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ อยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ ดังนี้ ข้อ 11 สามารถบอกเล่าปัญหากับครอบครัวอย่างง่ายดายได้ ร้อยละ 61.10 รองลงมา ข้อ 10 มีบุคคลพิเศษ ผู้ซึ่งคอยปลอบโยนอย่างแท้จริง ร้อยละ 59.80 และข้อ 12 สามารถบอกเล่าปัญหากับเพื่อนได้ ร้อยละ 57.80

ตาราง 12 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประเภทแรงสนับสนุนทางสังคมรายด้านและภาพรวม (n=365)

ประเภทแรงสนับสนุนทางสังคม	ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน (ร้อยละ)		
	ต่ำ (3-6 คะแนน)	ปานกลาง (7-10 คะแนน)	มาก (11-15 คะแนน)
1. แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเงิน	1 (0.30)	223 (61.10)	141 (38.60)
2. แรงสนับสนุนทางสังคมด้านแรงกาย	4 (1.10)	206 (56.40)	155 (42.50)
3. แรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ	3 (0.80)	227 (62.20)	135 (37.00)
4. แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์	4 (1.10)	244 (66.80)	117 (32.10)
ภาพรวม	**88 (24.10)**	**273 (74.80)**	**4 (1.10)**

จากตาราง 12 พบว่า ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.80 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเงิน ร้อยละ 61.10 แรงสนับสนุนทางสังคมด้านแรงกาย ร้อยละ 56.40 แรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ ร้อยละ 62.20 และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ร้อยละ 66.80

ตาราง 13 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม รายข้อ (n=365)

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม	ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน (ร้อยละ)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว					
1. ครอบครัวพยายามที่จะช่วยเหลือด้านการเงินอย่างจริงจัง	1 (0.30)	5 (1.40)	187 (51.20)	148 (40.50)	24 (6.60)
2. ได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนในสิ่งที่ต้องการจากครอบครัว	1 (0.30)	4 (1.10)	206 (56.40)	133 (36.40)	21 (5.80)
3. สามารถบอกเล่าปัญหากับครอบครัวอย่างง่ายดายได้	7 (1.90)	19 (5.20)	223 (61.10)	111 (30.40)	5 (1.40)
4. ครอบครัว เต็มใจที่จะช่วยเหลือในการตัดสินใจ	3 (0.80)	9 (2.50)	172 (47.10)	156 (42.70)	25 (6.90)
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน					
5. เพื่อนพยายามที่จะช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อใช้จ่ายยามฉุกเฉินจริง ๆ	4 (1.10)	7 (1.90)	199 (54.50)	147 (40.30)	8 (2.20)
6. สามารถพึ่งพาเพื่อน เมื่อมีบางสิ่งผิดพลาดเกิดขึ้น	7 (1.90)	6 (1.60)	214 (58.70)	127 (34.80)	11 (3.00)
7. มีเพื่อน ผู้ซึ่งสามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขได้	6 (1.60)	23 (6.30)	200 (54.80)	123 (33.70)	13 (3.60)
8. สามารถบอกเล่าปัญหากับเพื่อนได้	8 (2.20)	12 (3.30)	211 (57.80)	120 (32.90)	14 (3.80)
แรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งอื่น ๆ					
9. มีบุคคลพิเศษอยู่เคียงข้าง เมื่อต้องการความช่วยเหลือทางการเงิน	5 (1.30)	4 (1.10)	222 (60.80)	117 (32.10)	17 (4.70)
10. ต้องการมีคนพิเศษ ผู้ซึ่งสามารถร่วมทุกข์และร่วมสุขได้	4 (1.10)	9 (2.50)	189 (51.70)	147 (40.30)	16 (4.40)
11. มีบุคคลพิเศษ ผู้ซึ่งคอยปลอบโยนอย่างแท้จริง	2 (0.50)	4 (1.10)	218 (59.80)	123 (33.70)	18 (4.90)
12. มีบุคคลพิเศษในชีวิต ผู้ซึ่งเอาใจใส่ในความรู้สึก	2 (0.50)	24 (6.60)	200 (54.80)	123 (33.70)	16 (4.40)

จากตาราง 13 พบว่า แหล่งที่มาของแรงสนับสนุนทางสังคมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแสดงเป็นรายด้านพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว อยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ ดังนี้ ข้อ 3 สามารถบอกเล่าปัญหากับครอบครัวอย่างง่ายดายได้ ร้อยละ 61.10 รองลงมา ข้อ 2 ได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนในสิ่งที่ต้องการจากครอบครัว ร้อยละ 56.40 ข้อ 1 ครอบครัวพยายามที่จะช่วยเหลือด้านการเงินอย่างจริงจัง ร้อยละ 51.20 และข้อ 4 ครอบครัว เต็มใจที่จะช่วยเหลือในการตัดสินใจ ร้อยละ 47.00

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน อยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ ดังนี้ ข้อ 6 สามารถพึ่งพาเพื่อน เมื่อมีบางสิ่งผิดพลาดเกิดขึ้น ร้อยละ 58.70 รองลงมา ข้อ 8 สามารถบอกเล่าปัญหากับเพื่อนได้ ร้อยละ 57.80 ข้อ 7 มีเพื่อน ผู้ซึ่งสามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขได้ ร้อยละ 54.80 และข้อ 5 เพื่อนพยายามที่จะช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อใช้จ่ายยามฉุกเฉินจริง ๆ ร้อยละ 54.50

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งอื่น ๆ อยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ ดังนี้ ข้อ 9 มีบุคคลพิเศษอยู่เคียงข้าง เมื่อต้องการความช่วยเหลือทางการเงิน ร้อยละ 60.80 รองลงมา ข้อ 11 มีบุคคลพิเศษ ผู้ซึ่งคอยปลอบโยนอย่างแท้จริง ร้อยละ 59.80 ข้อ 12 มีบุคคลพิเศษในชีวิต ผู้ซึ่งเอาใจใส่ในความรู้สึก ร้อยละ 54.80 และข้อ 10 ต้องการมีคนพิเศษ ผู้ซึ่งสามารถร่วมทุกข์และร่วมสุขได้ ร้อยละ 51.70

ตาราง 14 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม รายด้านและภาพรวม (n=365)

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม	ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน (ร้อยละ)		
	ต่ำ (4-9 คะแนน)	ปานกลาง (10-15 คะแนน)	มาก (16-20 คะแนน)
1. แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	4 (1.10)	323 (88.50)	38 (10.40)
2. แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	10 (2.80)	321 (87.90)	34 (9.30)
3. แรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งอื่น ๆ เช่น หน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพ เครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น	3 (0.80)	296 (81.10)	66 (18.10)
ภาพรวม	**88 (24.10)**	**273 (74.80)**	**4 (1.10)**

จากตาราง 14 พบว่า ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.80 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ร้อยละ 88.50 แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ร้อยละ 87.90 และแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งอื่น ๆ ร้อยละ 81.10

ตาราง 15 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคม (n=365)

แรงสนับสนุนทางสังคม	ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน (ร้อยละ)		
	ต่ำ (12-27 คะแนน)	ปานกลาง (28-43 คะแนน)	มาก (44-60 คะแนน)
แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ	4 (1.10)	273 (74.80)	88 (24.10)
(Min = 25, Max = 57, Mean = 40.73, S.D. = 4.23)			

จากตาราง 15 พบว่า ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 74.80 รองลงมา ระดับมาก ร้อยละ 24.10 และระดับต่ำ ร้อยละ 1.10

3. ส่วนที่ 3 ข้อมูลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความสามารถด้านการรับรู้ ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ด้านความสำเร็จและความคาดหวัง ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ด้านการเผชิญหน้ากับความตาย และด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก รายละเอียดระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตาราง 16-18

ตาราง 16 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุรายข้อ (n=365)

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ระดับคุณภาพชีวิต จำนวน (ร้อยละ)				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ด้านความสามารถด้านการรับรู้					
1. การสูญเสียการรับรู้ เช่น การได้ยิน การมองเห็น การลิ้มรส การดมกลิ่น การสัมผัส มีผลกระทบต่อภารกิจประจำวัน	14 (3.80)	57 (15.60)	251 (68.80)	24 (6.60)	19 (5.20)
2. การสูญเสียการได้ยิน การมองเห็น การลิ้มรส การดมกลิ่น หรือการสัมผัส มีผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรม	12 (3.30)	83 (22.70)	230 (63.10)	18 (4.90)	22 (6.00)
3. ปัญหาเกี่ยวกับระบบการรับรู้ เช่น การได้ยิน การมองเห็น การลิ้มรส การดมกลิ่น การสัมผัส มีผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น	11 (3.00)	77 (21.10)	223 (61.10)	33 (9.00)	21 (5.80)
4. มีความรู้สึก เช่น การได้ยิน การมองเห็น การลิ้มรส การดมกลิ่น การสัมผัส	0 (0.00)	3 (0.80)	89 (24.40)	241 (66.00)	32 (8.80)
ด้านความเป็นตัวของตัวเอง					
5. อิสระในการตัดสินใจ	4 (1.10)	4 (1.10)	183 (50.10)	153 (41.90)	21 (5.80)
6. มีความสามารถในการกำหนดอนาคตของตัวเอง	2 (0.50)	5 (1.40)	147 (40.30)	193 (52.90)	18 (4.90)
7. มีความรู้สึกว่าคนรอบข้างเคารพในเสรีภาพของตัวท่าน	2 (0.50)	4 (1.10)	194 (53.20)	140 (38.40)	25 (6.80)
8. สามารถทำในสิ่งที่อยากทำได้	6 (1.60)	26 (7.10)	162 (44.50)	153 (41.90)	18 (4.90)

ตาราง 16 (ต่อ)

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ระดับคุณภาพชีวิต จำนวน (ร้อยละ)				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ด้านความสำเร็จและความคาดหวัง					
9. พอใจในโอกาสที่ประสบความสำเร็จ	3	7	196	135	24
ในชีวิต	(0.80)	(1.90)	(53.70)	(37.00)	(6.60)
10. รู้สึกกับการที่ได้รับในสิ่งที่สมควรจะ	1	6	188	139	31
ได้รับ	(0.30)	(1.60)	(51.50)	(38.10)	8.50)
11. พอใจกับการที่ประสบความสำเร็จใน	0	0	98	203	64
ชีวิต	(0.00)	(0.00)	(26.90)	(55.60)	(17.50)
12. มีความสุขกับสิ่งที่สามารถคาดหวัง	1	1	97	223	43
จะได้รับ	(0.30)	(0.30)	(26.50)	(61.10)	(11.80)
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม					
13. มีความรู้สึกว่าได้ทำงานในแต่ละวัน	2	7	190	139	27
อย่างเพียงพอ	(0.50)	(1.90)	(52.10)	(38.10)	(7.40)
14. พอใจกับการจัดสรรเวลาของตัวเอง	0	0	88	247	30
	(0.00)	(0.00)	(24.10)	(67.70)	(8.20)
15. พอใจกับระดับในการทำกิจกรรม	0	1	105	226	33
ของตัวเอง	(0.00)	(0.30)	(28.80)	(61.90)	(9.00)
16. พอใจกับโอกาสในการเข้าร่วม	1	2	70	238	54
กิจกรรมของชุมชน	(0.30)	(0.50)	(19.20)	(65.20)	(14.80)
ด้านการเผชิญหน้ากับความตาย					
17. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสาเหตุที่จะ	17	113	164	61	10
ทำให้ตัวเองตาย	(4.70)	(31.00)	(44.90)	(16.70)	(2.70)
18. กลัวว่าจะไม่สามารถควบคุมการตาย	17	96	178	63	11
ของตัวเองได้	(4.70)	(26.30)	(48.70)	(17.30)	(3.00)
19. กลัวความตาย	18	38	153	106	50
	(4.90)	(10.40)	(41.90)	(29.10)	(13.70)
20. กลัวจะได้รับความเจ็บปวดก่อนตาย	19	80	135	119	12
	(5.20)	(21.90)	(37.00)	(32.60)	(3.30)

ตาราง 16 (ต่อ)

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ระดับคุณภาพชีวิต จำนวน (ร้อยละ)				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก					
21. มีความรู้สึกว่าการมีเพื่อน มีความสำคัญในชีวิต	2 (0.50)	9 (2.50)	188 (51.50)	143 (39.20)	23 (6.30)
22. มีประสบการณ์เกี่ยวกับความรัก	1 (0.30)	11 (3.00)	198 (54.20)	138 (37.80)	17 (4.70)
23. ได้ให้ความรักแก่คนอื่น	0 (0.00)	4 (1.10)	213 (58.40)	129 (35.30)	19 (5.20)
24. ได้รับความรักจากคนอื่น	0 (0.00)	10 (2.70)	208 (57.10)	122 (33.40)	25 (6.80)

จากตาราง 16 พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง และระดับมาก เมื่อแสดงเป็นรายด้านพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตด้านความสามารถด้านการรับรู้ อยู่ในระดับมาก และระดับปานกลาง ดังนี้ ระดับมาก ได้แก่ ข้อ 4 มีความรู้สึก เช่น การได้ยิน การมองเห็น การลิ้มรส การดมกลิ่น การสัมผัส ร้อยละ 66.00 รองลงมา ระดับปานกลาง ได้แก่ ข้อ 1 การสูญเสียการรับรู้ เช่น การได้ยิน การมองเห็น การลิ้มรส การดมกลิ่น การสัมผัส มีผลกระทบต่อภารกิจประจำวัน ร้อยละ 68.80 ข้อ 2 การสูญเสียการได้ยิน การมองเห็น การลิ้มรส การดมกลิ่น หรือการสัมผัส มีผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรม ร้อยละ 63.10 และข้อ 3 มีปัญหาเกี่ยวกับระบบการรับรู้ เช่น การได้ยิน การมองเห็น การลิ้มรส การดมกลิ่น การสัมผัส มีผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 61.10

ระดับคุณภาพชีวิตด้านความเป็นตัวของตัวเอง อยู่ในระดับมาก และระดับปานกลาง ดังนี้ ระดับมาก ได้แก่ ข้อ 6 มีความสามารถในการกำหนดอนาคตของตัวเอง ร้อยละ 52.90 รองลงมา ระดับปานกลาง ได้แก่ ข้อ 7 มีความรู้สึกว่าคนรอบข้างเคารพในเสรีภาพของตัวท่าน ร้อยละ 53.20 ข้อ 5 มีอิสระในการตัดสินใจ ร้อยละ 50.10 และข้อ 8 สามารถทำในสิ่งที่อยากทำได้ ร้อยละ 44.50

ระดับคุณภาพชีวิตด้านความสำเร็จและความคาดหวัง อยู่ในระดับมาก และระดับปานกลาง ดังนี้ ระดับมาก ได้แก่ ข้อ 12 มีความสุขกับสิ่งที่สามารถคาดหวังจะได้รับ ร้อยละ 61.10 และข้อ 11 พอใจกับการที่ประสบความสำเร็จในชีวิต ร้อยละ 55.60 รองลงมา ระดับปานกลาง ได้แก่ ข้อ 9 พอใจ

ในโอกาสที่ประสบความสำเร็จในชีวิต ร้อยละ 53.70 และข้อ 10 รู้สึกกับการที่ได้รับในสิ่งที่สมควรจะได้รับ ร้อยละ 51.50

ระดับคุณภาพชีวิตด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม อยู่ในระดับมาก และระดับปานกลาง ดังนี้ ระดับมาก ได้แก่ ข้อ 14 พอใจกับการจัดสรรเวลาของตัวเอง ร้อยละ 67.70 ข้อ 16 พอใจกับโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ร้อยละ 65.20 และข้อ 15 พอใจกับระดับในการทำกิจกรรมของตัวเอง ร้อยละ 61.90 และระดับปานกลาง ได้แก่ ข้อ 13 มีความรู้สึกว่าได้ทำงานในแต่ละวันอย่างเพียงพอ ร้อยละ 52.10

ระดับคุณภาพชีวิตด้านการเผชิญหน้ากับความตาย อยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ ดังนี้ ข้อ 18 กลัวว่าจะไม่สามารถควบคุมการตายของตัวเองได้ ร้อยละ 48.70 รองลงมา ข้อ 17 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสาเหตุที่จะทำให้ตัวเองตาย ร้อยละ 44.90 ข้อ 19 กลัวความตาย ร้อยละ 41.90 และข้อ 20 กลัวจะได้รับความเจ็บปวดก่อนตาย ร้อยละ 37.00

ระดับคุณภาพชีวิตด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก อยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ ดังนี้ ข้อ 23 ได้ให้ความรักแก่คนอื่น ร้อยละ 58.40 รองลงมา ข้อ 24 ได้รับความรักจากคนอื่น ร้อยละ 57.10 ข้อ 22 มีประสบการณ์เกี่ยวกับความรัก ร้อยละ 54.20 และข้อ 21 มีความรู้สึกว่าการมีเพื่อน มีความสำคัญในชีวิต ร้อยละ 51.50

ตาราง 17 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต รายด้านและภาพรวม (n=365)

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ระดับคุณภาพชีวิต จำนวน (ร้อยละ)		
	ที่ไม่ดี (4-9 คะแนน)	ปานกลาง (10-15 คะแนน)	ที่ดี (16-20 คะแนน)
1. ด้านความสามารถด้านการรับรู้	15 (4.10)	325 (89.10)	25 (6.80)
2. ด้านความเป็นตัวของตัวเอง	3 (0.80)	287 (78.70)	75 (20.50)
3. ด้านความสำเร็จและความคาดหวัง	0 (0.00)	260 (71.20)	105 (28.80)
4. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	0 (0.00)	252 (69.00)	113 (31.00)

ตาราง 17 (ต่อ)

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ระดับคุณภาพชีวิต จำนวน (ร้อยละ)		
	ที่ไม่ดี (4-9 คะแนน)	ปานกลาง (10-15 คะแนน)	ที่ดี (16-20 คะแนน)
5. ด้านการเผชิญหน้ากับความตาย	51 (14.00)	252 (69.00)	62 (17.00)
6. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก	4 (1.10)	280 (76.70)	81 (22.20)
ภาพรวม	**0 (0.00)**	**304 (83.30)**	**61 (16.70)**

จากตาราง 17 พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.30 เมื่อพิจารณารายด้าน โดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้ ด้านความสามารถด้านการรับรู้ ร้อยละ 89.10 รองลงมา ได้แก่ ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ร้อยละ 78.70 ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก ร้อยละ 76.70 ด้านความสำเร็จและความคาดหวัง ร้อยละ 71.20 และน้อยที่สุดเท่ากัน ได้แก่ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และด้านการเผชิญหน้ากับความตาย ร้อยละ 69.00 ตามลำดับ

ตาราง 18 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต (n=365)

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ระดับคุณภาพชีวิต จำนวน (ร้อยละ)		
	ที่ไม่ดี (24-56 คะแนน)	ปานกลาง (57-89 คะแนน)	ที่ดี (90-120 คะแนน)
คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับใด	0 (0.00)	304 (88.30)	61 (16.70)

(Min = 70, Max = 116, Mean = 82.34, S.D. = 7.89)

จากตาราง 18 พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 88.30 และรองลงมา อยู่ในระดับที่ดี ร้อยละ 16.70

4. ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

การวิจัยนี้ ก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นจำนวน 5 ข้อ พบว่า

1. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

2. ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระจากกัน โดยพิจารณาค่า Dubin-Watson เท่ากับ 1.801 (เกณฑ์ คือ 1.50-2.50)

3. ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ โดยพิจารณาจากตาราง Residuals Statistic พบว่า ค่า Mean เท่ากับ 0 (เกณฑ์ คือ Mean = 0) และค่า S.D. เท่ากับ 0.988 (เกณฑ์ S.D. เข้าใกล้ 1) ซึ่งสอดคล้องกับผลการแปลจากกราฟ Normal Probability Plot

4. ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter Plot ซึ่งพบว่าค่าความคาดเคลื่อนกระจายรอบ ๆ ค่า 0 และมีการกระจายแบบแผนคงที่ (Homoscedasticity)

5. ตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (multi-collinearity) โดยพิจารณาจาก Correlation Matrix ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันแล้ว พบว่า ไม่มีค่าสหสัมพันธ์คู่ใดที่สูงกว่า 0.90 จึงถือว่าไม่มีปัญหา multi-collinearity ร่วมกับการพิจารณาจากค่าปัจจัย ความแปรปรวนที่เพิ่มสูงขึ้น (Variance Inflation Factor) มีค่าตั้งแต่ 1.020 ถึง 1.748 (เกณฑ์ คือ ต้องน้อยกว่า 10) และ Tolerance มีค่าตั้งแต่ 0.572 ถึง 0.980 (เกณฑ์ คือ มีค่าเข้าใกล้ 1 ไม่เกิน 1)

ตาราง 19 แสดงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (n=365)

ตัวแปร	B	Std.Error	Beta	t	P-Value
1. ความเพียงพอของแหล่งรายได้ (0 = รายได้เพียงพอ, 1 = รายได้ไม่เพียงพอ)	-6.016	0.43	-0.578	-14.503	<0.001**
2. แรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งอื่น ๆ เช่น หน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพ เครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น	1.904	0.40	0.204	4.877	<0.001**
3. อายุ	0.071	0.20	0.119	3.558	<0.001**

ตาราง19 (ต่อ)

ตัวแปร	B	Std.Error	Beta	t	P-Value
4. ระดับการศึกษา (0 = ไม่ได้รับการศึกษา, 1 = ได้รับการศึกษา)	0.098	0.31	0.115	3.149	0.002*
5. สถานภาพสมรส (0 = คู่, 1 = หม้าย หย่า โสด แยก)	-0.081	0.28	-0.106	-2.868	0.004*
6. ลักษณะครอบครัว (0 = อยู่ลำพัง, 1 = อยู่กับครอบครัว)	2.093	0.69	0.099	3.111	0.002*
7. แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	1.015	0.38	0.099	2.991	0.003*
8. แรงสนับสนุนทางสังคมด้านแรงกาย	-0.025	0.10	-0.098	-2.680	0.008*
Constant = 3.461, Adjusted R^2= 0.655, F = 81.895, Std. Error of the Estimate = 0.225					

** P-Value < 0.001, * P-Value < 0.05

หมายเหตุ: ตัวแปรความเพียงพอของแหล่งรายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัวถูกแปลงเป็น Dummy Variables ก่อนการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ โดยกำหนดให้กลุ่มอ้างอิง (Reference Group) ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส (คู่) และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพัง ตามลำดับ

จากตาราง 19 พบว่า เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐาน (Beta) ของตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายสูงที่สุด คือ ความเพียงพอของแหล่งรายได้ (Beta = -0.578) รองลงมา ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งอื่น ๆ (Beta = 0.204) อายุ (Beta = 0.119) ระดับการศึกษา (Beta = 0.115) สถานภาพสมรส (Beta = -0.106) ลักษณะครอบครัว (Beta = 0.099) แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน (Beta = 0.099) และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านแรงกาย (Beta = -0.098) ตามลำดับ ปัจจัยความเพียงพอของแหล่งรายได้มีความสำคัญอันดับแรก รองลงมา คือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งอื่น ๆ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านแรงกาย ตามลำดับ

จากการวิเคราะห์นำมาเขียนสมการได้ ดังนี้

$$Y = b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + ... + b_nx_n$$

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ = 3.461 - 6.016 (ความเพียงพอของแหล่งรายได้) + 1.904 (แรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งอื่น ๆ) + 0.071 (อายุ) + 0.098 (ระดับการศึกษา) - 0.081 (สถานภาพสมรส) + 2.093 (ลักษณะครอบครัว) + 1.015 (แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน) - 0.025 (แรงสนับสนุนทางสังคมด้านแรงกาย)

การแปลความจากสัมประสิทธิ์ความถดถอย

ความเพียงพอของแหล่งรายได้ มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในทิศทางเชิงลบ โดยมีอำนาจในการทำนายสูงที่สุด (Beta = -0.578) เมื่อกำหนดให้ผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้เพียงพอเป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ไม่เพียงพอจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้เพียงพอ 6.016 หน่วย (B = -6.016)

แรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งอื่น ๆ เช่น หน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพ และเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในทิศทางเชิงบวก โดยมีอำนาจการทำนายเท่ากับ 0.204 (Beta = 0.204) และมีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยเท่ากับ 1.904 (B = 1.904) เมื่อปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งอื่น ๆ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 1.904 หน่วย

อายุ มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในทิศทางเชิงบวก โดยมีอำนาจการทำนายเท่ากับ 0.119 (Beta = 0.119) และมีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยเท่ากับ 0.071 (B = 0.071) เมื่ออายุของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 1 ปี คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 0.071 หน่วย

ระดับการศึกษา มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในทิศทางเชิงบวก โดยมีอำนาจการทำนายเท่ากับ 0.115 (Beta = 0.115) เมื่อกำหนดให้ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาเป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาจะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา 0.098 หน่วย (B = 0.098)

สถานภาพสมรส มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในทิศทางเชิงลบ โดยมีอำนาจการทำนายเท่ากับ -0.106 (Beta = -0.106) เมื่อกำหนดให้ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส (คู่) เป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้าย หย่า โสด หรือแยก จะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส (คู่) 0.081 หน่วย (B = -0.081)

ลักษณะครอบครัว มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในทิศทางเชิงบวก โดยมีอำนาจการทำนายเท่ากับ 0.099 (Beta = 0.099) เมื่อกำหนดให้ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังเป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัวจะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง 2.093 หน่วย (B = 2.093)

แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในทิศทางเชิงบวก โดยมีอำนาจการทำนายเท่ากับ 0.099 (Beta = 0.099) และมีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยเท่ากับ

1.015 (B = 1.015) เมื่อปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนเพิ่มขึ้น 1 หน่วย คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 1.015 หน่วย

แรงสนับสนุนทางสังคมด้านแรงกาย มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในทิศทางเชิงลบ โดยมีอำนาจการทำนายเท่ากับ -0.098 (Beta = -0.098) และมีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยเท่ากับ -0.025 (B = -0.025) เมื่อปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมด้านแรงกายเพิ่มขึ้น 1 หน่วย คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจะลดลง 0.025 หน่วย

จากผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรอิสระจำนวน 8 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 65.50 (Adjusted R^2 = 0.655) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการประมาณค่าเท่ากับ 0.225 (Std. Error of the Estimate = 0.225) แสดงให้เห็นว่า สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ในระดับสูงและมีความเหมาะสมในการพยากรณ์ ผู้วิจัยจึงได้นำผลการศึกษาดังกล่าวไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi Technique) ในการดำเนินการวิจัยระยะที่ 3 ต่อไป

ผลการวิจัยระยะที่ 3

ในระยะนี้ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาโดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi Technique) แบ่งเป็น 3 รอบ ดังนี้

1. รอบที่ 1 เป็นการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 19 ท่าน โดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 และ 2 มากำหนดเป็นกรอบในการสร้างแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้าง เพื่อสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ได้ผลการศึกษา ดังนี้

> ...จำเป็นต้องมุ่งไปสู่ รูปแบบบูรณาการ มากขึ้น โดย อปท. รพ.สต. พม. อสม. ผู้นำชุมชน และครอบครัว ต้องร่วมทำงานภายใต้แผนเดียวกัน เช่น แผนพัฒนาผู้สูงอายุระดับตำบล เพื่อให้เกิดระบบช่วยเหลือ ที่ครอบคลุมทุกมิติ
>
> (รหัส EX10, 24 เมษายน 2563)

> ... เรามีการจัดสรรงบประมาณร่วมกับ รพ.สต. เพื่อสนับสนุนการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง รวมถึงการจัดหาอุปกรณ์จำเป็น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ รถเข็น อุปกรณ์ช่วยเดิน แต่จำนวนคนทำงาน ยังเป็นข้อจำกัด เพราะ Care Giver ไม่พอ ต้องดูแลหลายพื้นที่
>
> (รหัส EX01, 8 เมษายน 2563)

...การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ในตำบลคลองน้ำไหล ก็ถือว่า มีความต่อเนื่องแล้วก็หลายมิติ นะ แต่ก็เป็นแบบตอบสนองตามสถานการณ์ มากกว่าวางเป็นระบบ จริง ๆ อบต. เค้าก็ทำโครงการพื้นฐาน นะ จ่ายเบี้ยยังชีพ โรงเรียนผู้สูงอายุ มีที่ออกกำลังกายในหมู่บ้าน มีที่พบปะกัน ผู้สูงอายุผูกพันกันมากขึ้น

(รหัส EX14, 7 พฤษภาคม 2563)

...ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมในพื้นที่ ทำให้แรงสนับสนุนทางสังคมเกิดขึ้นได้จริง แต่ต้องบูรณาการเชิงนโยบาย เพื่อเพิ่มประสิทธิผลให้ยั่งยืน ครับ

(รหัส EX05, 4 พฤษภาคม 2563)

...จากประสบการณ์ พบว่า ปัจจัยหลักที่มีผลต่อแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในตำบลคลองน้ำไหล คือ ความพร้อมของงบประมาณ และการบริหารจัดการของ อบต. ถ้าเราจัดสรรงบให้เพียงพอและวางแผนกับหน่วยงานที่อื่นได้ดี การให้บริการต่าง ๆ ศูนย์ผู้สูงอายุ การสนับสนุนด้านสุขภาพ และกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิต ก็น่าจะต่อเนื่อง

(รหัส EX09, 8 เมษายน 2563)

...ในระดับชุมชน คิดว่า ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ คือ ความสัมพันธ์ที่ดีของคนในหมู่บ้าน เรามีวัฒนธรรมช่วยเหลือกัน ช่วยกันดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง ร่วมกันจัดกิจกรรม ประเพณี ที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีบทบาทขึ้น

(รหัส EX11, 23 เมษายน 2563)

...ทรัพยากรที่สำคัญ ที่สุด คือ บุคลากรดูแลผู้สูงอายุ ตอนนี้มีจำกัด ภาระงานสูง การมีบุคลากรเพียงพอและผ่านการอบรมเฉพาะทาง จะช่วยให้ระบบดูแลระยะยาว ทำงานได้ดี นอกจากนี้ ต้องมีงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง มีอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้สูงอายุ เตียงผู้ป่วย รถเข็น ระบบข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน

(รหัส EX03, 24 เมษายน 2563)

...ผลที่เด่นชัด คือ การทำให้ผู้สูงอายุ เข้าถึงสิทธิ สวัสดิการได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุติดเตียง ผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแล นอกจากนี้ โครงสร้างความร่วมมือของหน่วยงานในพื้นที่ เริ่มชัดเจนขึ้น ทำให้เกิดระบบ ติดตามเยี่ยมบ้าน เชื่อมโยงข้อมูล และช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว

(รหัส EX16, 7 พฤษภาคม 2563)

...สิ่งที่จำเป็น คือ คนในชุมชนที่ร่วมมือกัน และอาสาสมัคร ที่คอยดูแลผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว แล้วก็ มีกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุไม่เหงา เช่น ออกกำลังกายตอนเช้า พากันไปวัด การสนับสนุนอาชีพและรายได้ เพื่อให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น

(รหัส EX12, 23 เมษายน 2563)

...เราควรประเมินจาก ตัวชี้วัดสุขภาพและการเข้าถึงบริการ เช่น ความถี่ของการเยี่ยมบ้าน การตรวจสุขภาพประจำปี และระดับการควบคุมโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ ควรใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL แบบประเมินภาวะซึมเศร้า เพื่อวัดผลในมิติจิตใจ รวมถึงข้อมูลเชิงพฤติกรรม เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุค่ะ

(รหัส EX02, 8 เมษายน 2563)

...ผู้ที่ควรมีบทบาทร่วม คือ อบต. รพ.สต. พม. โรงเรียนผู้สูงอายุ อสม. โรงเรียน วัด ชุมชน รวมถึงเครือข่ายเอกชนในพื้นที่ การพัฒนารูปแบบต้องอาศัยการทำงาน ทุกภาคส่วนร่วมกัน ไม่ใช่หน่วยงานใด หน่วยงานหนึ่ง ที่รับผิดชอบเท่านั้น

(รหัส EX08, 8 เมษายน 2563)

...สถาบันการศึกษา มีบทบาทด้านการจัดทำองค์ความรู้ การวิจัย การสนับสนุนทางวิชาการ เพื่อให้พื้นที่สามารถนำข้อมูลไปพัฒนานโยบายเชิงพื้นที่ได้ ส่วนหน่วยงานท้องถิ่นต้องทำหน้าที่ กำหนดทิศทางและขับเคลื่อนแผน ขณะที่หน่วยงานภาคสังคม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ อสม. และชุมชน ควรทำหน้าที่ หนุนเสริมกิจกรรมระดับครัวเรือน ระดับชุมชน เพื่อให้มาตรการต่าง ๆ เกิดขึ้นจริง

(รหัส EX06, 7 พฤษภาคม 2563)

...ผู้สูงอายุเองก็มีบทบาท ค่ะ เช่น การเข้าร่วมกิจกรรม การแบ่งปันประสบการณ์ และการช่วยเหลือกันในชมรม เพราะทำให้เรา รู้สึกว่า ไม่โดดเดี่ยว และมีส่วนร่วมในสังคม

(รหัส EX18, 17 เมษายน 2563)

...ผลที่เห็นทันที คือ ผู้สูงอายุ รู้สึกว่า มีคนดูแล ไม่ว่าจะเป็น อสม. เพื่อนบ้าน หรือ อบต. ช่วยกันดูแล ทำให้ผู้สูงอายุหลายคน มีความมั่นใจมากขึ้น มีความอบอุ่นในชุมชน และลดปัญหาการถูกทอดทิ้ง

(รหัส EX13, 23 เมษายน 2563)

...การสร้างรายได้สำหรับผู้สูงอายุ ยังมีน้อย ส่วนใหญ่คนสูงอายุที่ยังพอทำงานได้ ก็หางานเอง เช่น ทำสวน เลี้ยงไก่ หรือทำงานรับจ้างเล็ก ๆ น้อย ๆ ซึ่งถ้าในอนาคตมีการสนับสนุนด้านอาชีพเพิ่มเติม ก็น่าจะช่วยได้มากครับ

(รหัส EX19, 17 เมษายน 2563)

...ข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคม กับระดับคุณภาพชีวิต จะช่วยให้สามารถจัดลำดับความจำเป็นในการช่วยเหลือได้ง่ายขึ้น เช่น ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงหลายด้าน ต้องได้รับการช่วยเหลือ ในรูปแบบที่ครอบคลุมมากกว่า การพัฒนารูปแบบ ควรยึดหลักการดูแลตามระดับความเปราะบาง ค่ะ

(รหัส EX15, 7 พฤษภาคม 2563)

...จากข้อมูลคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุหลายคนยังขาดรายได้ และขาดเพื่อน มีความเหงา ถ้ารวมข้อมูลกับเรื่องการช่วยเหลือที่ผ่านมา ก็จะรู้ว่า ควรเพิ่มกิจกรรม เช่น อาชีพ หรือกิจกรรมชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และพึ่งพาตัวเองได้มากขึ้น

(รหัส EX17, 17 เมษายน 2563)

...ผลของรูปแบบนี้ เห็นได้ชัดเจนในด้านสุขภาพครับ โดยเฉพาะการลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดัน เพราะผู้สูงอายุ ได้รับการติดตามสม่ำเสมอ ผ่านระบบเยี่ยมบ้าน และการคัดกรองเป็นประจำ

...รูปแบบนี้ ช่วยให้เกิดการดูแลแบบผสมผสาน ระหว่าง รพ.สต. อสม. ครอบครัว และชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลครบ ทั้งมิติร่างกาย จิตใจ สังคม การที่ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น ทำให้ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกโดดเดี่ยวลดลง ครับ

(รหัส EX04, 24 เมษายน 2563)

...ผลลัพธ์ควรวัดจาก คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจ และความเข้มแข็งของเครือข่ายชุมชน ผ่านการสำรวจเชิงปริมาณและการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรม และความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ

(รหัส EX07, 4 พฤษภาคม 2563)

จากข้อมูลที่ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อนำมาใช้ในการแยกแยะข้อมูล จัดกลุ่มข้อมูล และได้สรุปประเด็นจากข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่าน ร่วมกับข้อค้นพบจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาในระยะที่ 1, 2 และ 3 แล้วนำมากำหนดองค์ประกอบของรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ตามองค์ประกอบ 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการแบบบูรณาการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านการจัดการทรัพยากรและการบริการดูแลผู้สูงอายุ ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรผู้สูงอายุ ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้านการคุ้มครองทางสังคมผู้สูงอายุ ด้านการบูรณาการองค์ความรู้และระบบข้อมูลผู้สูงอายุ และด้านการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ว่าในแต่ละด้านควรมีประเด็นใดบ้าง อย่างไร แสดงดังตาราง 20

ตาราง 20 แสดงองค์ประกอบของรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร

จากการทบทวนวรรณกรรม ผลจากระยะที่ 1, 2 และ 3	จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ
1. ด้านการบริหารจัดการแบบบูรณาการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	1. มีการจัดทำแผนพัฒนาผู้สูงอายุที่ผ่านการวิเคราะห์ SWOT อย่างครบถ้วน 2. มีการวิเคราะห์แนวโน้มและสถานการณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง 3. มีการจัดทำแผนพัฒนาผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

ตาราง 20 (ต่อ)

จากการทบทวนวรรณกรรม ผลจากระยะที่ 1, 2 และ 3	จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ
	4. มีการประเมินความเสี่ยงในการดำเนินงานผู้สูงอายุ ด้านกลยุทธ์ ด้านปฏิบัติการ ด้านบริหารจัดการทางการเงิน และด้านการปฏิบัติตามกฎระเบียบ 5. มีแผนการดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น ภัยพิบัติ โรคระบาด 6. มีแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเพื่อรองรับเหตุฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ 7. มีผู้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุที่ชัดเจนในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 8. มีการวางแผนกำลังคนด้านผู้สูงอายุให้เพียงพอต่อการดำเนินงาน 9. มีการกำหนดนโยบายด้านผู้สูงอายุที่ชัดเจนและปฏิบัติได้จริง 10. มีการพัฒนาและใช้นวัตกรรมในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ
2. ด้านการจัดการทรัพยากรและการบริการดูแลผู้สูงอายุ	1. มีสัดส่วนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ตามเกณฑ์ 1:5 2. มีสัดส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ต่อผู้สูงอายุติดเตียงตามเกณฑ์ 1:5 3. มีพยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) อย่างน้อย 1 คน 4. มีการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อปท. ในระดับดีอย่างต่อเนื่อง 5. มีการจัดทำแผนงบประมาณสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 6. มีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหรือศูนย์ฟื้นฟูผู้สูงอายุในชุมชนอย่างน้อย 1 แห่ง 7. มีการจัดหาและสนับสนุนอุปกรณ์ดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุติดเตียงตามเกณฑ์ สปสช. 8. มีระบบประกันคุณภาพการดำเนินงานศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตามมาตรฐานที่กำหนด 9. มีการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการจัดการศูนย์ให้เป็นไปตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

ตาราง 20 (ต่อ)

จากการทบทวนวรรณกรรม ผลจากระยะที่ 1, 2 และ 3	จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ
3. ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรผู้สูงอายุ	1. มีการส่งเสริมการออมในครัวเรือนทุกช่วงวัยเพื่อเตรียมพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุ 2. มีการส่งเสริมให้ประชาชนวัยทำงานเข้าร่วมกองทุนการออมเพื่อความมั่นคงในยามชรา 3. มีการจัดตั้งกองทุนออมเพื่อเป็นหลักประกันรายได้ในวัยชราภาพ 4. ส่งเสริมวินัยการออมของครัวเรือนทุกช่วงวัย 5. จัดกิจกรรมให้ความรู้และการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ 6. มีกิจกรรมรณรงค์ให้สังคมและชุมชนตระหนักถึงความจำเป็นของการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุ 7. จัดกิจกรรมช่วยผู้สูงอายุปรับตัวต่อการสูญเสียคู่สมรสหรือการอยู่ลำพัง 8. ส่งเสริมกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ระหว่างวัย เช่น การศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี กีฬา 9. จัดกิจกรรมยกย่องเชิดชูผู้สูงอายุให้รู้สึกมีคุณค่าและศักดิ์ศรี 10. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ 11. ปลุกจิตสำนึกชุมชนให้เห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ
4. ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	1. มีสถานที่ออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ 2. มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่หลากหลายและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ 3. มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยและการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุ 4. มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ เพื่อเป็นศูนย์กลางข่าวสารและเป็นแหล่งพบปะสังสรรค์ของผู้สูงอายุ 5. มีการจัดกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุในวันสำคัญ หรือการจัดทัศนศึกษานอกสถานที่ 6. มีการจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุหรือสโมสรผู้สูงอายุ เป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่าง ๆ 7. มีการส่งเสริมการฝึกอาชีพและจัดหางานให้เหมาะสมกับความต้องการและความสามารถของผู้สูงอายุ

ตาราง 20 (ต่อ)

จากการทบทวนวรรณกรรม ผลจากระยะที่ 1, 2 และ 3	จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ
	8. มีการประสานแหล่งเงินทุนเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถมีเงินทุนไปประกอบอาชีพตามความถนัด 9. มีการจัดหาแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่ผลิตโดยผู้สูงอายุ 10. มีการรวมกลุ่มเพื่อฝึกอาชีพตามความถนัดของผู้สูงอายุ 11. มีการจัดทำฐานข้อมูลปราชญ์ชาวบ้านผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ 12. มีการยกย่อง เชิดชู หรือประกาศเกียรติคุณผู้สูงอายุที่เป็นแบบอย่าง 13. มีการเผยแพร่ภูมิปัญญาผู้สูงอายุ 14. มีเวทีให้ผู้สูงอายุได้แสดงออกและถ่ายทอดความสามารถ 15. มีการสนับสนุนการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุให้เหมาะสมและปลอดภัย 16. มีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยในพื้นที่สาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ทางเดิน ทางเท้า ทางลาด ห้องน้ำ ยานพาหนะหรือบริการสาธารณะอื่น ๆ เป็นต้น 17. มีระบบบริการแจ้งเตือนเหตุฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ
5. ด้านการคุ้มครองทางสังคมผู้สูงอายุ	1. มีการประชาสัมพันธ์สิทธิและสวัสดิการพื้นฐานให้ผู้สูงอายุรับทราบอย่างทั่วถึง 2. มีสวัสดิการรายได้พื้นฐานที่รัฐจัดให้ เช่น เงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 3. มีการส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ 4. มีระบบบริการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และไม่มีผู้ดูแล 5. มีการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุ 6. มีการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 7. มีสิทธิประโยชน์ระบบการดูแลระยะยาว (LTC) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 8. มีบริการเยี่ยมบ้าน และดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Services) 9. มีบริการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนบ้าน (Neighborhood Care) 10. มีอาสาสมัคร (Voluntary Services) ช่วยงานบริการในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ 11. มีบริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวัน (Day Care)

ตาราง 20 (ต่อ)

จากการทบทวนวรรณกรรม ผลจากระยะที่ 1, 2 และ 3	จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ
6. ด้านการบูรณาการองค์ความรู้และระบบข้อมูลผู้สูงอายุ	1. มีการสนับสนุนทุนวิจัยให้แก่บุคลากรทั้งในและนอกองค์กรที่มาดำเนินการในพื้นที่ 2. มีการประชุมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุภายในหน่วยงาน 3. มีการสร้างความร่วมมือทางวิชาการกับสถาบันการศึกษา หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนานวัตกรรมสำหรับผู้สูงอายุ 4. มีระบบฐานข้อมูลด้านผู้สูงอายุที่เป็นปัจจุบัน 5. มีระบบสารสนเทศและฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่บูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ 6. มีเครือข่ายข้อมูลสารสนเทศด้านผู้สูงอายุ เช่น ข้อมูลปัญหาผู้สูงอายุ ข้อมูลองค์ความรู้เพื่อการพัฒนาผู้สูงอายุ
7. ด้านการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ	1. มีการบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ในการพัฒนางานผู้สูงอายุ 2. มีการอบรมผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุให้เข้าใจสิทธิประโยชน์และบริการที่ผู้สูงอายุพึงได้รับ 3. มีการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่นและระดับจังหวัด 4. มีการส่งบุคลากรเข้าฝึกอบรมด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 5. สนับสนุนงบประมาณให้บุคลากรด้านการแพทย์และการสาธารณสุขไปศึกษาต่อเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ (Gerontology) 6. สนับสนุนการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ให้เพียงพอและได้มาตรฐาน

2. รอบที่ 2 เป็นการสอบถามผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 19 ท่าน ได้ประมาณว่าแนวโน้มระดับความสำคัญของรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ในแต่ละข้อรายการที่เกิดจากการศึกษาในระยะก่อนหน้านี้ ร่วมกับการสัมภาษณ์ในรอบที่ 1 ในรูปแบบข้อคำถามปลายปิด และมีข้อคำถามปลายเปิดเพื่อให้

ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ข้อเสนอแนะแนวทางและความคิดเห็นเพิ่มเติมอย่างอิสระ โดยมีรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 7 องค์ประกอบ 70 ข้อรายการ ได้ผลการศึกษาดังนี้

ตาราง 21 แสดงค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญขององค์ประกอบด้านการบริหารจัดการแบบบูรณาการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การบริหารจัดการแบบบูรณาการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	Md	Mo	Q1	Q3	IQR	ระดับ
การจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นด้านผู้สูงอายุ						
1. มีการจัดทำแผนพัฒนาผู้สูงอายุที่ผ่านการวิเคราะห์ SWOT อย่างครบถ้วน	5.00	5.00	4.00	5.00	1.00	มากที่สุด
2. มีการวิเคราะห์แนวโน้มและสถานการณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
3. มีการจัดทำแผนพัฒนาผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
การจัดทำแผนฉุกเฉินและการประเมินความเสี่ยง						
4. มีการประเมินความเสี่ยงในการดำเนินงานผู้สูงอายุ ด้านกลยุทธ์ ด้านปฏิบัติการ ด้านบริหารจัดการทางการเงิน และด้านการปฏิบัติตามกฎระเบียบ	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
5. มีแผนการดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น ภัยพิบัติ โรคระบาด	5.00	5.00	4.00	5.00	1.00	มากที่สุด
6. มีแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเพื่อรองรับเหตุฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
การจัดโครงสร้างองค์กรผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ						
7. มีผู้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุที่ชัดเจนในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
8. มีการวางแผนกำลังคนด้านผู้สูงอายุให้เพียงพอต่อการดำเนินงาน	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
9. มีการกำหนดนโยบายด้านผู้สูงอายุที่ชัดเจนและปฏิบัติได้จริง	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
10. มีการพัฒนาและใช้นวัตกรรมในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ	5.00	5.00	4.00	5.00	1.00	มากที่สุด

จากตาราง 21 พบว่า ด้านการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นด้านผู้สูงอายุ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดและมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน 2 รายการ (Md = 5.00, IQR = 0.00) ได้แก่ ข้อ 2 มีการวิเคราะห์แนวโน้มและสถานการณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง และข้อ 3 มีการจัดทำแผนพัฒนาผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ รองลงมา 1 รายการ (Md = 5.00, IQR = 1.00) ได้แก่ ข้อ 1 มีการจัดทำแผนพัฒนาผู้สูงอายุที่ผ่านการวิเคราะห์ SWOT อย่างครบถ้วน

ด้านการจัดทำแผนฉุกเฉินและการประเมินความเสี่ยง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดและมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน 2 รายการ (Md = 5.00, IQR = 0.00) ได้แก่ ข้อ 4 มีการประเมินความเสี่ยงในการดำเนินงานผู้สูงอายุ ด้านกลยุทธ์ ด้านปฏิบัติการ ด้านบริหารจัดการทางการเงิน และด้านการปฏิบัติตามกฎระเบียบ และข้อ 6 มีแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเพื่อรองรับเหตุฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ รองลงมา 1 รายการ (Md = 5.00, IQR = 1.00) ได้แก่ ข้อ 5 มีแผนการดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น ภัยพิบัติ โรคระบาด

ด้านการจัดโครงสร้างองค์กรผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดและมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน 3 รายการ (Md = 5.00, IQR = 0.00) ได้แก่ ข้อ 7 มีผู้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุที่ชัดเจนในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ข้อ 8 มีการวางแผนกำลังคนด้านผู้สูงอายุให้เพียงพอต่อการดำเนินงาน และข้อ 9 มีการกำหนดนโยบายด้านผู้สูงอายุที่ชัดเจนและปฏิบัติได้จริง รองลงมา 1 รายการ (Md = 5.00, IQR = 1.00) ได้แก่ ข้อ 10 การพัฒนาและใช้นวัตกรรมในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

ตาราง 22 แสดงค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญขององค์ประกอบด้านการจัดการทรัพยากรและการบริการดูแลผู้สูงอายุ

การจัดการทรัพยากรและการบริการดูแลผู้สูงอายุ	Md	Mo	Q1	Q3	IQR	ระดับ
การจัดการ Care Manager-Care Giver และบริหารกองทุนสุขภาพ						
1. มีสัดส่วนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ตามเกณฑ์ 1:5	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
2. มีสัดส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ต่อผู้สูงอายุติดเตียงตามเกณฑ์ 1:5	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
3. มีพยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) อย่างน้อย 1 คน	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
4. มีการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อปท. ในระดับดีอย่างต่อเนื่อง	5.00	5.00	4.00	5.00	1.00	มากที่สุด

ตาราง 22 (ต่อ)

การจัดการทรัพยากรและการบริการดูแลผู้สูงอายุ	Md	Mo	Q1	Q3	IQR	ระดับ
5. มีการจัดทำแผนงบประมาณสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
การพัฒนาศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและการประกันคุณภาพบริการ						
6. มีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หรือศูนย์ฟื้นฟูผู้สูงอายุในชุมชนอย่างน้อย 1 แห่ง	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
7. มีการจัดหาและสนับสนุนอุปกรณ์ดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุติดเตียงตามเกณฑ์ สปสช.	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
8. มีระบบประกันคุณภาพการดำเนินงานศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตามมาตรฐานที่กำหนด	5.00	5.00	4.00	5.00	1.00	มากที่สุด
9. มีการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการจัดการศูนย์ให้เป็นไปตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด

จากตาราง 22 พบว่า ด้านการจัดการ Care Manager-Care Giver และบริหารกองทุนสุขภาพ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดและมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน 4 รายการ (Md = 5.00, IQR = 0.00) ได้แก่ ข้อ 1 มีสัดส่วนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ตามเกณฑ์ 1: 5 ข้อ 2 มีสัดส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ต่อผู้สูงอายุติดเตียงตามเกณฑ์ 1:5 ข้อ 3 มีพยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) อย่างน้อย 1 คน และข้อ 5 มีการจัดทำแผนงบประมาณสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รองลงมา 1 รายการ (Md = 5.00, IQR = 1.00) ได้แก่ ข้อ 4 มีการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อปท. ในระดับดีอย่างต่อเนื่อง

ด้านการพัฒนาศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและการประกันคุณภาพบริการ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดและมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน 2 รายการ (Md = 5.00, IQR = 0.00) ได้แก่ ข้อ 6 มีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หรือศูนย์ฟื้นฟูผู้สูงอายุในชุมชนอย่างน้อย 1 แห่ง ข้อ 7 มีการจัดหาและสนับสนุนอุปกรณ์ดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุติดเตียงตามเกณฑ์ สปสช. และข้อ 9 มีการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการจัดการศูนย์ให้เป็นไปตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง รองลงมา 1 รายการ (Md = 5.00, IQR = 1.00) ได้แก่ ข้อ 8 มีระบบประกันคุณภาพการดำเนินงานศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตามมาตรฐานที่กำหนด

ตาราง 23 แสดงค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญขององค์ประกอบด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรผู้สูงอายุ

การเตรียมความพร้อมของประชากรผู้สูงอายุ	Md	Mo	Q1	Q3	IQR	ระดับ
การส่งเสริมการออมและหลักประกันรายได้						
1. มีการส่งเสริมการออมในครัวเรือนทุกช่วงวัยเพื่อเตรียมพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุ	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
2. มีการส่งเสริมให้ประชาชนวัยทำงานเข้าร่วมกองทุนการออมเพื่อความมั่นคงในยามชรา	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
3. มีการจัดตั้งกองทุนออมเพื่อเป็นหลักประกันรายได้ในวัยชราภาพ	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
4. ส่งเสริมวินัยการออมของครัวเรือนทุกช่วงวัย	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
การเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ						
5. จัดกิจกรรมให้ความรู้และการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
6. มีกิจกรรมรณรงค์ให้สังคมและชุมชนตระหนักถึงความจำเป็นของการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุ	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
7. จัดกิจกรรมช่วยผู้สูงอายุปรับตัวต่อการสูญเสียคู่สมรสหรือการอยู่ลำพัง	4.00	4.00	4.00	4.00	0.00	มาก
การส่งเสริมคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ						
8. มีกิจกรรมเสริมสร้างสัมพันธ์ระหว่างวัย เช่น การศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี กีฬา	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
9. จัดกิจกรรมยกย่องเชิดชูผู้สูงอายุให้รู้สึกมีคุณค่าและศักดิ์ศรี	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
10. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
11. ปลุกจิตสำนึกชุมชนให้เห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด

จากตาราง 23 พบว่า ด้านการส่งเสริมการออมและหลักประกันรายได้ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดและมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้ง 4 รายการ (Md = 5.00, IQR = 0.00) ได้แก่ ข้อ 1 มีการส่งเสริมการออมในครัวเรือนทุกช่วงวัยเพื่อเตรียมพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุ ข้อ 2 มีการส่งเสริมให้ประชาชนวัยทำงานเข้าร่วมกองทุนการออมเพื่อความมั่นคงในยามชรา ข้อ 3 มีการจัดตั้งกองทุนออมเพื่อเป็นหลักประกันรายได้ในวัยชราภาพ และข้อ 4 ส่งเสริมวินัยการออมของครัวเรือนทุกช่วงวัย

ด้านการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดและมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน 2 รายการ (Md = 5.00, IQR = 0.00) ได้แก่ ข้อ 5 จัดกิจกรรมให้ความรู้และการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ และข้อ 6 มีกิจกรรมรณรงค์ให้สังคมและชุมชนตระหนักถึงความจำเป็นของการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากและมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน 1 รายการ (Md = 4.00, IQR = 0.00) ได้แก่ ข้อ 7 จัดกิจกรรมช่วยผู้สูงอายุปรับตัวต่อการสูญเสียคู่สมรสหรือการอยู่ลำพัง

ด้านการส่งเสริมคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดและมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้ง 4 รายการ (Md = 5.00, IQR = 0.00) ได้แก่ ข้อ 8 มีกิจกรรมเสริมสร้างสัมพันธ์ระหว่างวัย เช่น การศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี กีฬา ข้อ 9 จัดกิจกรรมยกย่องเชิดชูผู้สูงอายุให้รู้สึกมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ข้อ 10 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ และข้อ 11 ปลุกจิตสำนึกชุมชนให้เห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

ตาราง 24 แสดงค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญขององค์ประกอบด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	Md	Mo	Q1	Q3	IQR	ระดับ
การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ						
1. มีสถานที่ออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
2. มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่หลากหลายและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
3. มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยและการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุ	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด

ตาราง 24 (ต่อ)

การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	Md	Mo	Q1	Q3	IQR	ระดับ
การส่งเสริมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ						
4. มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ หรือโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อเป็นศูนย์กลางข่าวสารและเป็นแหล่งพบปะสังสรรค์ของผู้สูงอายุ	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
5. มีการจัดกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุในวันสำคัญ หรือการจัดทัศนศึกษานอกสถานที่	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
6. มีการจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุ หรือองค์กรของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่าง ๆ	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
การส่งเสริมการทำงานและสร้างรายได้แก่ผู้สูงอายุ						
7. มีการส่งเสริมการฝึกอาชีพและจัดหางานให้เหมาะสมกับความต้องการและความสามารถของผู้สูงอายุ	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
8. มีการประสานแหล่งเงินทุนเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถมีเงินทุนไปประกอบอาชีพตามความถนัด	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
9. มีการจัดหาแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่ผลิตโดยผู้สูงอายุ	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
10. มีการรวมกลุ่มเพื่อฝึกอาชีพตามความถนัดของผู้สูงอายุ	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
การสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ						
11. มีการจัดทำฐานข้อมูลปราชญ์ชาวบ้านผู้สูงอายุในเขตพื้นที่	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
12. มีการยกย่อง เชิดชู หรือประกาศเกียรติคุณผู้สูงอายุที่เป็นแบบอย่าง	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
13. มีการเผยแพร่ภูมิปัญญาผู้สูงอายุ	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด

ตาราง 24 (ต่อ)

การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	Md	Mo	Q1	Q3	IQR	ระดับ
14. มีเวทีให้ผู้สูงอายุได้แสดงออกและถ่ายทอดความสามารถ	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
การส่งเสริมที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ						
15. มีการสนับสนุนการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุให้เหมาะสมและปลอดภัย	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
16. มีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยในพื้นที่สาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ทางเดิน ทางเท้า ทางลาด ห้องน้ำ ยานพาหนะ หรือบริการสาธารณะอื่น ๆ เป็นต้น	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
17. มีระบบบริการแจ้งเตือนเหตุฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด

จากตาราง 24 พบว่า ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดและมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้ง 3 รายการ (Md = 5.00, IQR = 0.00) ได้แก่ ข้อ 1 มีสถานที่ออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ข้อ 2 มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่หลากหลายและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ และข้อ 3 มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยและการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุ

ด้านการส่งเสริมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดและมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้ง 3 รายการ (Md = 5.00, IQR = 0.00) ได้แก่ ข้อ 4 มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ หรือโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อเป็นศูนย์กลางข่าวสารและเป็นแหล่งพบปะสังสรรค์ของผู้สูงอายุ ข้อ 5 มีการจัดกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุในวันสำคัญ หรือการจัดทัศนศึกษานอกสถานที่ และข้อ 6 มีการจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุ หรือองค์กรของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

ด้านการส่งเสริมการทำงานและสร้างรายได้แก่ผู้สูงอายุ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดและมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้ง 4 รายการ (Md = 5.00, IQR = 0.00) ได้แก่ ข้อ 7 มีการส่งเสริมการฝึกอาชีพและจัดหางานให้เหมาะสมกับความต้องการและความสามารถของผู้สูงอายุ

ข้อ 8 มีการประสานแหล่งเงินทุนเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถมีเงินทุนไปประกอบอาชีพตามความถนัด ข้อ 9 มีการจัดหาแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่ผลิตโดยผู้สูงอายุ และข้อ 10 มีการรวมกลุ่มเพื่อฝึกอาชีพตามความถนัดของผู้สูงอายุ

ด้านการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดและมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้ง 4 รายการ (Md = 5.00, IQR = 0.00) ได้แก่ ข้อ 11 มีการจัดทำฐานข้อมูลปราชญ์ชาวบ้านผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ ข้อ 12 มีการยกย่อง เชิดชู หรือประกาศเกียรติคุณผู้สูงอายุที่เป็นแบบอย่าง ข้อ 13 มีการเผยแพร่ภูมิปัญญาผู้สูงอายุ และข้อ 14 มีเวทีให้ผู้สูงอายุได้แสดงออกและถ่ายทอดความสามารถ

ด้านการส่งเสริมที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดและมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้ง 3 รายการ (Md = 5.00, IQR = 0.00) ได้แก่ ข้อ 15 มีการสนับสนุนการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุให้เหมาะสมและปลอดภัย ข้อ 16 มีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยในพื้นที่สาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ทางเดิน ทางเท้า ทางลาด ห้องน้ำ ยานพาหนะ หรือบริการสาธารณะอื่น ๆ เป็นต้น และข้อ 17 มีระบบบริการแจ้งเตือนเหตุฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ

ตาราง 25 แสดงค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญขององค์ประกอบด้านการคุ้มครองทางสังคมผู้สูงอายุ

การคุ้มครองทางสังคมผู้สูงอายุ	Md	Mo	Q1	Q3	IQR	ระดับ
การจัดสวัสดิการพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุ						
1. มีการประชาสัมพันธ์สิทธิและสวัสดิการพื้นฐานให้ผู้สูงอายุรับทราบอย่างทั่วถึง	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
2. มีสวัสดิการรายได้พื้นฐานที่รัฐจัดให้ เช่น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
3. มีการส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
4. มีระบบบริการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และไม่มีผู้ดูแล	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด

ตาราง 25 (ต่อ)

การคุ้มครองทางสังคมผู้สูงอายุ	Md	Mo	Q1	Q3	IQR	ระดับ
สิทธิประโยชน์และหลักประกันสุขภาพผู้สูงอายุ						
5. มีการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุ	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
6. มีการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
7. มีสิทธิประโยชน์ระบบการดูแลระยะยาว (LTC) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
ระบบช่วยเหลือและเครือข่ายเกื้อหนุนผู้สูงอายุ						
8. มีบริการเยี่ยมบ้าน และดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Services)	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
9. มีบริการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนบ้าน (Neighborhood Care)	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
10. มีอาสาสมัคร (Voluntary Services) ช่วยงานบริการในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
11. มีบริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวัน (Day Care)	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด

จากตาราง 25 พบว่า ด้านการจัดสวัสดิการพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดและมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้ง 4 รายการ (Md = 5.00, IQR = 0.00) ได้แก่ ข้อ 1 มีการประชาสัมพันธ์สิทธิและสวัสดิการพื้นฐานให้ผู้สูงอายุรับทราบอย่างทั่วถึง ข้อ 2 มีสวัสดิการรายได้พื้นฐานที่รัฐจัดให้ เช่น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ข้อ 3 มีการส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ และข้อ 4 มีระบบบริการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และไม่มีผู้ดูแล

ด้านสิทธิประโยชน์และหลักประกันสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดและมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้ง 3 รายการ (Md = 5.00, IQR = 0.00) ได้แก่ ข้อ 5 มีการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุ ข้อ 6 มีการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และข้อ 7 มีสิทธิประโยชน์ระบบการดูแลระยะยาว (LTC) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ด้านระบบช่วยเหลือและเครือข่ายเกื้อหนุนผู้สูงอายุ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดและมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้ง 4 รายการ (Md = 5.00, IQR = 0.00) ได้แก่ ข้อ 8 มีบริการเยี่ยมบ้าน และดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Services) ข้อ 9 มีบริการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนบ้าน (Neighborhood Care) ข้อ 10 มีอาสาสมัคร (Voluntary Services) ช่วยงานบริการในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ และข้อ 11 มีบริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวัน (Day Care)

ตาราง 26 แสดงค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญขององค์ประกอบด้านการบูรณาการองค์ความรู้และระบบข้อมูลผู้สูงอายุ

การบูรณาการองค์ความรู้และระบบข้อมูลผู้สูงอายุ	Md	Mo	Q1	Q3	IQR	ระดับ
การส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ						
1. มีการสนับสนุนทุนวิจัยให้แก่บุคลากรทั้งในและนอกองค์กรที่มาดำเนินการในพื้นที่	4.00	4.00	4.00	4.00	0.00	มาก
2. มีการประชุมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุภายในหน่วยงาน	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
3. มีการสร้างความร่วมมือทางวิชาการกับสถาบันการศึกษา หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนานวัตกรรมสำหรับผู้สูงอายุ	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
การบูรณาการข้อมูลผู้สูงอายุ						
4. มีระบบฐานข้อมูลด้านผู้สูงอายุที่เป็นปัจจุบัน	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
5. มีระบบสารสนเทศและฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่บูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
6. มีเครือข่ายข้อมูลสารสนเทศด้านผู้สูงอายุ เช่น ข้อมูลปัญหาผู้สูงอายุ ข้อมูลองค์ความรู้เพื่อการพัฒนาผู้สูงอายุ	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด

จากตาราง 26 พบว่า ด้านการส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดและมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน 2 รายการ (Md = 5.00, IQR = 0.00) ได้แก่ ข้อ 2 มีการประชุมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุภายในหน่วยงาน และข้อ

3 มีการสร้างความร่วมมือทางวิชาการกับสถาบันการศึกษา หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนานวัตกรรมสำหรับผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากและมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน 1 รายการ (Md = 4.00, IQR = 0.00) ได้แก่ ข้อ 1 มีการสนับสนุนทุนวิจัยให้แก่บุคลากรทั้งในและนอกองค์กรที่มาดำเนินการในพื้นที่

ด้านการบูรณาการข้อมูลผู้สูงอายุ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดและมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้ง 3 รายการ (Md = 5.00, IQR = 0.00) ได้แก่ ข้อ 4 มีระบบฐานข้อมูลด้านผู้สูงอายุที่เป็นปัจจุบัน ข้อ 5 มีระบบสารสนเทศและฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่บูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ และข้อ 6 มีเครือข่ายข้อมูลสารสนเทศด้านผู้สูงอายุ เช่น ข้อมูลปัญหาผู้สูงอายุ ข้อมูลองค์ความรู้เพื่อการพัฒนาผู้สูงอายุ

ตาราง 27 แสดงค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญขององค์ประกอบด้านการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

การพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ	Md	Mo	Q1	Q3	IQR	ระดับ
การพัฒนางานและสร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานผู้สูงอายุ						
1. มีการบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ในการพัฒนางานผู้สูงอายุ	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
2. มีการอบรมผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุให้เข้าใจสิทธิประโยชน์และบริการที่ผู้สูงอายุพึงได้รับ	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
3. มีการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่นและระดับจังหวัด	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
การส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ						
4. มีการส่งบุคลากรเข้าฝึกอบรมด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
5. สนับสนุนงบประมาณให้บุคลากรด้านการแพทย์และการสาธารณสุขไปศึกษาต่อเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ (Gerontology)	5.00	5.00	4.00	5.00	1.00	มากที่สุด
6. สนับสนุนการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ให้เพียงพอและได้มาตรฐาน	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด

จากตาราง 27 พบว่า ด้านการพัฒนางานและสร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานผู้สูงอายุ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดและมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้ง 3 รายการ (Md = 5.00, IQR = 0.00) ได้แก่ ข้อ 1 มีการบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ในการพัฒนางานผู้สูงอายุ ข้อ 2 มีการอบรมผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุให้เข้าใจสิทธิประโยชน์และบริการที่ผู้สูงอายุพึงได้รับ และข้อ 3 มีการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่นและระดับจังหวัด

ด้านการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดและมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน 2 รายการ (Md = 5.00, IQR = 0.00) ได้แก่ ข้อ 4 มีการส่งบุคลากรเข้าฝึกอบรมด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และข้อ 6 สนับสนุนการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ให้เพียงพอและได้มาตรฐาน รองลงมา 1 รายการ (Md = 5.00, IQR = 1.00) ได้แก่ ข้อ 5 สนับสนุนงบประมาณให้บุคลากรด้านการแพทย์และการสาธารณสุขไปศึกษาต่อเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ (Gerontology)

ตาราง 28 แสดงค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร

องค์ประกอบ	Md	Mo	Q1	Q3	IQR	ระดับ
1. การบริหารจัดการแบบบูรณาการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	5.00	5.00	4.70	5.00	0.30	มากที่สุด
2. การจัดการทรัพยากรและการบริการดูแลผู้สูงอายุ	5.00	5.00	4.78	5.00	0.22	มากที่สุด
3. การเตรียมความพร้อมของประชากรผู้สูงอายุ	4.91	4.91	4.91	4.91	0.00	มากที่สุด
4. การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
5. การคุ้มครองทางสังคมผู้สูงอายุ	5.00	5.00	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
6. การบูรณาการองค์ความรู้และระบบข้อมูลผู้สูงอายุ	4.83	4.83	4.83	4.83	0.00	มากที่สุด
7. การพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ	5.00	5.00	4.83	5.00	0.17	มากที่สุด

จากตาราง 28 พบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดและมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน 2 รายการ (Md = 5.00, IQR = 0.00) ได้แก่ ข้อ 4 การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และข้อ 5 การคุ้มครองทางสังคมผู้สูงอายุ รองลงมา ได้แก่ ข้อ 7 การพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ (Md = 5.00, IQR = 0.17) ข้อ 2 การจัดการทรัพยากรและการบริการดูแลผู้สูงอายุ (Md =

5.00, IQR = 0.22) และข้อ 1 การบริหารจัดการแบบบูรณาการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Md = 5.00, IQR = 0.30) ตามลำดับ

3. รอบที่ 3 เป็นการสอบถามผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 19 ท่าน ได้ยืนยันรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ในแต่ละองค์ประกอบและแต่ละข้อรายการ ที่เกิดจากการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 แต่เพิ่มตำแหน่งของค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านตอบในรอบที่ 2 ตามรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ทั้งหมด 7 องค์ประกอบ จำนวน 70 ข้อรายการ ผลการสอบถามเชี่ยวชาญมีความเห็นตรงกับการให้ข้อมูลในการสอบถามรอบที่ 2 และไม่มีความเห็นเพิ่มเติม

ผู้วิจัยจึงได้สรุปอนาคตภาพของรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ที่เป็นไปได้ ดังนี้

ภาพ 11 แสดงรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร (IRIS-DPP)

รูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร (IRIS-DPP) สะท้อนมิติสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ โดยรูปแบบดังกล่าวประกอบด้วย 2 ส่วนสำคัญ ได้แก่

IRIS ซึ่งทำหน้าที่เป็นยุทธศาสตร์หลัก (Core Strategies) ประกอบด้วย การบริหารจัดการแบบบูรณาการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (I: Integrated Local Governance) การจัดการทรัพยากรและการบริการดูแลผู้สูงอายุ (R: Resource and Care Management) การบูรณาการองค์ความรู้และระบบข้อมูลผู้สูงอายุ (I: Information & Knowledge Integration) และการคุ้มครองทางสังคมผู้สูงอายุ (S: Social Protection Mechanisms)

ส่วน DPP ทำหน้าที่เป็นกลไกเสริมพลัง (Empowerment Mechanisms) ประกอบด้วย การพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ (D: Development of Gerontological Workforce) การเตรียมความพร้อมของประชากรผู้สูงอายุ (P: Preparedness for Aging Population) และการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (P: Promotion of Elderly Quality of Life)

องค์ประกอบทั้งสองส่วนของ IRIS-DPP มีความเชื่อมโยงและสนับสนุนซึ่งกันและกันในการขับเคลื่อนแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม และสามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ด้านการบริหารจัดการแบบบูรณาการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (I: Integrated Local Governance) พบว่ามีบทบาทสำคัญในการกำหนดทิศทางและกลไกการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ โดยมุ่งเน้นการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุ การจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นด้านผู้สูงอายุ การกำหนดนโยบายและกลไกการบริหารจัดการ รวมถึงการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งถือเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาระบบสนับสนุนผู้สูงอายุในชุมชน

ด้านการจัดการทรัพยากรและการบริการดูแลผู้สูงอายุ (Resource and Care Management) พบว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน การบริหารจัดการทรัพยากรด้านสุขภาพ และการพัฒนาศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของบุคลากรด้านสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายชุมชน

ด้านการบูรณาการองค์ความรู้และระบบข้อมูลผู้สูงอายุ (I: Information & Knowledge Integration) ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญกับการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน และการใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการวางแผนและการตัดสินใจ ซึ่งจะช่วยให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านการคุ้มครองทางสังคมผู้สูงอายุ (S: Social Protection Mechanisms) พบว่าการจัดสวัสดิการพื้นฐาน การให้บริการด้านสุขภาพ การจัดระบบช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการพัฒนาเครือข่ายการช่วยเหลือในระดับชุมชน เป็นกลไกสำคัญในการสร้างความมั่นคงทางสังคมและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ด้านการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ (D: Development of Gerontological Workforce) พบว่าเป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนรูปแบบดังกล่าว โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุข บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้สามารถให้บริการและดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพและมีมาตรฐาน

ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรผู้สูงอายุ (P: Preparedness for Aging Population) ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการออม การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ การเรียนรู้ตลอดชีวิต และการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสังคมสูงวัย ซึ่งจะช่วยให้ประชาชนสามารถปรับตัวและเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างเหมาะสม

ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (P: Promotion of Elderly Quality of Life) มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในมิติด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ผ่านการส่งเสริมกิจกรรมทางสังคม การสนับสนุนการประกอบอาชีพ การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ และการส่งเสริมบทบาทของผู้สูงอายุในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน

รายละเอียดกิจกรรม และผู้รับผิดชอบในแต่ละองค์ประกอบ แสดงดังตาราง 29

ตาราง 29 แสดงองค์ประกอบของรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร (IRIS-PPP)

องค์ประกอบ	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
1. การบริหารจัดการแบบบูรณาการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Integrated Local Governance)	1. จัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นด้านผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ 2. วิเคราะห์สถานการณ์ แนวโน้ม และความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่ 3. จัดตั้งคณะกรรมการบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับตำบล 4. กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น 5. จัดทำแผนบริหารความเสี่ยงและแผนรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ	- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) - กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน - สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) - คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ตาราง 29 (ต่อ)

องค์ประกอบ	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
2. การจัดการทรัพยากรและการบริการดูแลผู้สูงอายุ (Resource and Care Management)	1. พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-Term Care: LTC) 2. จัดสรรงบประมาณและบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น 3. พัฒนาศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน 4. สนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์และการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน 5. จัดระบบ Care Manager และ Care Giver ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) - สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) - อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
3. การบูรณาการองค์ความรู้และระบบข้อมูลผู้สูงอายุ (Information and Knowledge Integration)	1. จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุในระดับตำบล (Elderly Big Data) 2. บูรณาการข้อมูลผู้สูงอายุระหว่างหน่วยงานภาครัฐและท้องถิ่น 3. จัดเวทีแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ 4. ส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเพื่อผู้สูงอายุ 5. พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการวางแผนและการตัดสินใจ	- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) - มหาวิทยาลัย/สถาบันการศึกษา - สำนักงานสถิติจังหวัด
4. การคุ้มครองทางสังคมผู้สูงอายุ (Social Protection Mechanisms)	1. จัดระบบสวัสดิการพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุ เช่น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 2. จัดบริการเยี่ยมบ้านและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3. พัฒนาเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและครอบครัว 4. จัดบริการ Day Care สำหรับผู้สูงอายุ 5. พัฒนาระบบอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ	- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) - สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) - ผู้นำชุมชน
5. การพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ (Development of Gerontological Workforce)	1. อบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) 2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขด้านการดูแลผู้สูงอายุ 3. สนับสนุนการศึกษาต่อและการฝึกอบรมเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ	- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

ตาราง 29 (ต่อ)

องค์ประกอบ	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
	4. สร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุในระดับตำบลและอำเภอ 5. พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ	- มหาวิทยาลัย/สถาบันการศึกษา
6. การเตรียมความพร้อมของประชากรผู้สูงอายุ (Preparedness for Aging Population)	1. ส่งเสริมการออมและการวางแผนทางการเงินเพื่อวัยสูงอายุ 2. ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ 3. จัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ 4. ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ 5. รณรงค์สร้างความตระหนักถึงการเข้าสู่สังคมสูงวัย	- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) - สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) - กองทุนชุมชน - สถาบันการศึกษา
7. การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (Promotion of Elderly Quality of Life)	1. ส่งเสริมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการออกกำลังกายผู้สูงอายุ 2. สนับสนุนการรวมกลุ่ม กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุ 3. ส่งเสริมการประกอบอาชีพและการสร้างรายได้สำหรับผู้สูงอายุ 4. พัฒนาสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ 5. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกิจกรรมชุมชน	- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) - ชมรมผู้สูงอายุ - โรงเรียนผู้สูงอายุ - สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) - ผู้นำชุมชน - ผู้สูงอายุในชุมชน - ครอบครัวผู้สูงอายุ

รูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร เน้นการบูรณาการความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคชุมชน และเครือข่ายผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้เกิดระบบการสนับสนุนทางสังคมที่ครอบคลุมทั้งด้านการบริหารจัดการ การดูแลสุขภาพ การคุ้มครองทางสังคม การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน อันจะนำไปสู่การสร้างชุมชนที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคมสูงวัยอย่างยั่งยืนในระดับพื้นที่

บทที่ 5

บทสรุป

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methods) แบบแผนเชิงสำรวจบุกเบิก (Exploratory Sequential Design) โดยทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เพื่อศึกษาข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร จากนั้นนำผลที่ได้ร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไปสู่การศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Method) ด้วยวิธีการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) โดยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะแรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร และนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิจัยอนาคต (Future Research) โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi Technique) เพื่อสร้างรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยแบ่งกระบวนการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร
2. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร
4. เพื่อสร้างรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 (ระยะที่ 1) เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร โดยการศึกษาเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) แบบพหุกรณีศึกษา (Multiple Case Study) โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากข้อมูลตามทะเบียนการคัดกรองคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยกองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 15 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน 5 คน ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง จำนวน 5 คน และผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี จำนวน 5 คน ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์และสังเกตด้วยตนเองทุกราย ภายหลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยดำเนินการถอดเทปและบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นราย ๆ จนข้อมูลอิ่มตัว จากนั้นนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic Analysis)

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 และข้อที่ 3 (ระยะที่ 2) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร โดยการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยวิธีการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) ได้มีการเชื่อมโยงผลการศึกษาในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 368 คน ได้แบบสอบถามคืนและข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน 365 ชุด คิดเป็นอัตราการตอบกลับ (Response Rate) ร้อยละ 99.18 นำข้อมูลที่ได้มาศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ข้อที่ 4 (ระยะที่ 3) เพื่อสร้างรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร และยืนยันรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi Technique) เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในเขตสุขภาพที่ 3 ที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและการสนับสนุนที่ผู้สูงอายุต้องการ จำนวน 19 คน เก็บข้อมูลโดยการรวบรวมความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 รอบ โดยการสัมภาษณ์รอบที่ 1 การตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 เพื่อพิจารณารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร และแบบสอบถามรอบที่ 3 เพื่อยืนยันรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร

สรุปผลการวิจัย

ในการวิจัยสามารถสรุปผลเป็นแต่ละระยะได้ดังนี้

ระยะที่ 1 ผลการวิจัย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึก พบประเด็นใหม่ดังนี้ 1) ลักษณะแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม ที่ได้รับจากครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท เพื่อนบ้าน และกลุ่มอื่น ๆ ที่คอยดูแลช่วยเหลือ และประเภทแรงสนับสนุนทางสังคม ที่ได้รับด้านการเงิน ด้านแรงกาย ด้านสิ่งของ และด้านอารมณ์ 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการบูรณาการปัจจัยหลายด้านที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล สภาพความเป็นอยู่และลักษณะครอบครัว และสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิต และ 3) ข้อเสนอแนะการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบประเด็นข้อเสนอแนะได้แก่ การบริหารจัดการ การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และการบริการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้ การบริหารจัดการมุ่งเน้นการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตมุ่งสร้างกลไกคุ้มครองทางสังคมและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ และการบริการดูแลผู้สูงอายุมุ่งเน้น

การให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมและระบบดูแลระยะยาว ผู้วิจัยนำผลการศึกษาที่ได้ไปสร้างแบบสอบถามเพื่อนำไปศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน โดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้ ด้านความสามารถด้านการรับรู้ ร้อยละ 89.10 รองลงมา ได้แก่ ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ร้อยละ 78.70 ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก ร้อยละ 76.70 ด้านความสำเร็จและความคาดหวัง ร้อยละ 71.20 และน้อยที่สุดเท่ากัน ได้แก่ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และด้านการเผชิญหน้ากับความตาย ร้อยละ 69.00 ตามลำดับ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า ตัวแปรอิสระจำนวน 8 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างได้ โดยพบว่าตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายสูงที่สุด คือ ความเพียงพอของแหล่งรายได้ (Beta = -0.578) รองลงมา ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งอื่น ๆ (Beta = 0.204) อายุ (Beta = 0.119) ระดับการศึกษา (Beta = 0.115) สถานภาพสมรส (Beta = -0.106) ลักษณะครอบครัว (Beta = 0.099) แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน (Beta = 0.099) และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านแรงกาย (Beta = -0.098) ตามลำดับ ปัจจัยความเพียงพอของแหล่งรายได้มีความสำคัญอันดับแรก รองลงมา คือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งอื่น ๆ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านแรงกาย ตามลำดับ ซึ่งสามารถร่วมกันอธิบายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง ได้ร้อยละ 65.50 (Adjusted R^2= 0.655) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ระยะที่ 3 ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ 70 ข้อรายการ โดยผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดทุกด้าน และมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ดังนี้

1. การบริหารจัดการแบบบูรณาการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย 10 ข้อรายการ โดยในภาพรวมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด และสอดคล้องกัน

2. การจัดการทรัพยากรและการบริการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 9 ข้อรายการ โดยในภาพรวมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด และสอดคล้องกัน

3. การเตรียมความพร้อมของประชากรผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 11 ข้อรายการ โดยในภาพรวมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด และสอดคล้องกัน

4. การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 17 ข้อรายการ โดยในภาพรวมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด และสอดคล้องกัน

5. การคุ้มครองทางสังคมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 11 ข้อรายการ โดยในภาพรวมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด และสอดคล้องกัน

6. การบูรณาการองค์ความรู้และระบบข้อมูลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 ข้อรายการ โดยในภาพรวมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด และสอดคล้องกัน

7. การพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 ข้อรายการ โดยในภาพรวมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด และสอดคล้องกัน

จากรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และการนำรูปแบบไปยืนยันกับผู้เชี่ยวชาญอีกครั้งทำให้ได้รูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร โดยเรียกว่า “IRIS-DPP Model”

ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่มีความซับซ้อนและได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายมิติ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว เครือข่ายทางสังคม และกลไกการสนับสนุนจากชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยแรงสนับสนุนทางสังคมไม่ได้เป็นเพียงปัจจัยเกื้อหนุนในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ยังเป็นกลไกสำคัญที่เชื่อมโยงทรัพยากร ความสัมพันธ์ทางสังคม และโอกาสในการเข้าถึงบริการต่าง ๆ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยตรง ข้อค้นพบดังกล่าวนำไปสู่การพัฒนารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (IRIS–DPP Model) ที่มุ่งเน้นการบูรณาการการทำงานของทุกภาคส่วนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำผลการวิจัยในระยะที่ 1-3 ดังกล่าว มาอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยเชื่อมโยงกับแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่ออธิบายความหมายของข้อค้นพบ ตลอดจนสะท้อนนัยสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในบริบทของสังคมไทยที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ได้ดังนี้

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการอภิปรายผล 4 ประเด็น สอดคล้องตามวัตถุประสงค์โดยเรียงลำดับ ดังนี้

1. แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร

จากการศึกษาในระยะที่ 1 พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษา มีลักษณะเป็นเครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคมที่ประกอบด้วย ครอบครัว เพื่อน และเครือข่ายในชุมชน รวมถึงหน่วยงานภาครัฐและองค์กรในพื้นที่ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน รวมถึงเจ้าหน้าที่ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พนักงาน อบต. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยแรงสนับสนุนดังกล่าวปรากฏในหลายรูปแบบ ได้แก่ การสนับสนุนด้านการเงิน ด้านแรงกาย ด้านสิ่งของ และด้านอารมณ์ ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการดำรงชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในชุมชนโดยแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุมีลักษณะเป็นเครือข่ายการดูแลแบบบูรณาการระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยงาน

ท้องถิ่น ที่มีบทบาทร่วมกันในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ และจิตใจ สามารถอธิบายได้โดยทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ซึ่งการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลหรือเครือข่ายทางสังคมสามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการปรับตัว ลดความเครียด และเสริมสร้างความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล โดยเฉพาะในช่วงวัยสูงอายุ (Cohen & Wills, 1985; Thoits, 2011)

การดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย Changprachak (2023) พบว่ามีลักษณะเป็นเครือข่ายความร่วมมือระหว่างครอบครัว ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า องค์กรในพื้นที่ เช่น อบต. และ รพ.สต. มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ในบางบริบทของประเทศตะวันตก Czaja et al. (2021) พบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากเผชิญภาวะโดดเดี่ยวทางสังคม เนื่องจากโครงสร้างครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงและการอยู่อาศัยตามลำพังเพิ่มขึ้น ซึ่งแตกต่างจากบริบทของชุมชนชนบทในประเทศไทยที่ยังคงมีเครือข่ายครอบครัวและความสัมพันธ์ทางสังคมที่เข้มแข็ง กรณีของตำบลคลองน้ำไหล พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่ายการดูแลแบบพหุภาคี (Multi-source Support Network) ซึ่งครอบคลุมทั้งการดูแลในครอบครัวและการสนับสนุนจากองค์กรในชุมชน โดยครอบครัวยังคงทำหน้าที่เป็นแหล่งสนับสนุนหลักในการดูแลชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ขณะที่องค์กรในชุมชนมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนทรัพยากรและบริการต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Huang et al. (2022) ที่พบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสุขภาวะของผู้สูงอายุในประเทศจีน รวมถึง Choi et al. (2023) ที่พบว่าเครือข่ายทางสังคมช่วยลดความโดดเดี่ยว ลดความเสี่ยงต่ออาการซึมเศร้า และเพิ่มความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ Lu et al. (2023) พบว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน เช่น ศูนย์ผู้สูงอายุหรือกิจกรรมอาสาสมัคร ช่วยสร้างเครือข่ายทางสังคมและเพิ่มความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งมีลักษณะสอดคล้องกับบริบทของตำบลคลองน้ำไหลที่มีโรงเรียนผู้สูงอายุและกิจกรรมชุมชนเป็นพื้นที่สำคัญในการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ ข้อค้นพบของการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในชุมชนไม่ได้มีเพียงบทบาทในการช่วยเหลือผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ยังทำหน้าที่เป็นทุนทางสังคมของชุมชน (Social Capital) ที่ช่วยสร้างความเข้มแข็งของระบบการดูแลผู้สูงอายุในระดับพื้นที่

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษา เกิดจากการบูรณาการปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล สภาพความเป็นอยู่และลักษณะครอบครัว และสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิต ซึ่งมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับแนวคิด Active Aging ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2002) ที่เสนอว่าการมีสุขภาพดี การมีส่วนร่วมทางสังคม และความมั่นคงในชีวิตเป็นองค์ประกอบสำคัญของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวัยสูงอายุ ในด้านสุขภาพและความสามารถในการพึ่งพาตนเอง รวมถึง Barrenetxea et al. (2022) พบว่าผู้สูงอายุ

ที่มีสุขภาพดีและสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองจะมีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่า และการมีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดผลกระทบจากปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ

สภาพความเป็นอยู่และลักษณะครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญที่หล่อหลอมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลคลองน้ำไหล จากการสัมภาษณ์พบว่า ความพอดีในการดำรงชีวิต ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่เกื้อกูลกัน ความสามารถในการจัดการรายได้และรายจ่าย รวมถึงการมีบทบาทในการตัดสินใจหรือมีผู้ดูแลที่ไว้วางใจได้ ล้วนช่วยเสริมสร้างความมั่นคงทางกาย ใจ และสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Marzo et al. (2023) พบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ขณะที่สุนิสา ค้าขึ้น และคณะ (2563) พบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ สุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน แต่อย่างไรก็ตามความเพียงพอของแหล่งรายได้ ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความมั่นคงในการดำรงชีวิตเช่นกัน Sum et al. (2023) ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจและระบบสวัสดิการมีบทบาทสำคัญต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในหลายประเทศ ซึ่งแตกต่างจากบริบทของตำบลคลองน้ำไหลที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับความพอดีของการดำรงชีวิตและความสัมพันธ์ทางสังคมมากกว่าความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจ โดยผู้สูงอายุในในพื้นที่ศึกษาส่วนใหญ่อธิบายรายได้ของตนเองในลักษณะพอใช้มากกว่าการมีเหลือเก็บ ดังนั้นผลการวิจัยครั้งนี้จึงช่วยขยายความเข้าใจว่า ในบริบทชนบทของประเทศไทย ทุนทางสังคมและความสัมพันธ์ในชุมชนมีบทบาทสำคัญต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไม่น้อยไปกว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจ

ข้อเสนอแนะการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบประเด็นข้อเสนอแนะต่อการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ การบริหารจัดการ การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และการบริการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้ การบริหารจัดการมุ่งเน้นการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตมุ่งสร้างกลไกคุ้มครองทางสังคมและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ และการบริการดูแลผู้สูงอายุมุ่งเน้นการให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมและระบบดูแลระยะยาวสอดคล้องกับ Zhang & Sun (2024) ที่พบว่าการพัฒนานโยบายระดับท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างระบบสนับสนุนผู้สูงอายุที่ยั่งยืน นอกจากนี้ Sum et al. (2023) ยังพบว่าระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการบูรณาการระหว่างภาครัฐและชุมชนสามารถลดความเปราะบางและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษา สะท้อนความจำเป็นของการพัฒนาระบบดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ สอดคล้องกับชิดชนก พวงเพ็ชร (2568) พบว่าการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายอาสาสมัคร และครอบครัว ขณะที่ณิชาภัทร มณีพันธ์ และคณะ (2568) พบว่าการพัฒนาศักยภาพ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุและการจัดกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุช่วยเสริมสร้างสุขภาวะและความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน ดังนั้นข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษานี้ จึงสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นของการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมที่มีลักษณะเป็นระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในระดับชุมชน (Community-based Integrated Care) ซึ่งเชื่อมโยงบทบาทของครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานรัฐเข้าด้วยกัน เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน โดยจะกล่าวถึงในการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยในหัวข้อถัดไป

2. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 88.30 และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 16.70 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมภายใต้บริบทของชุมชน แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพหรือข้อจำกัดบางประการตามวัยก็ตาม โดยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจำแนกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถด้านการรับรู้ ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ด้านความสำเร็จและความคาดหวัง ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ด้านการเผชิญหน้ากับความตาย และด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านสามารถอภิปรายได้ดังนี้

2.1 ด้านความสามารถด้านการรับรู้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังสามารถรับรู้ผ่านประสาทสัมผัส เช่น การมองเห็น การได้ยิน การลิ้มรส การดมกลิ่น และการสัมผัส ได้ในระดับที่สามารถดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ แม้ว่าจะมีการเสื่อมถอยตามวัยก็ตาม ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุในชุมชนยังคงมีสมรรถภาพทางกายและการรับรู้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการมีวิถีชีวิตแบบชนบทที่ยังคงมีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการได้รับการดูแลจากครอบครัวและชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่ระบุว่าความสามารถในการคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางร่างกายและการรับรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุ (World Health Organization, 2006)

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของการดูแลสุขภาพและการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุในชุมชน เช่น การใช้แว่นตา ฟันปลอม หรืออุปกรณ์ช่วยเหลืออื่น ๆ ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างใกล้เคียงกับภาวะปกติ แม้จะมีข้อจำกัดทางร่างกายบางประการ ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Barrenetxea et al. (2022) ที่พบว่า สถานะสุขภาพและความสามารถทางกายภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต โดยผู้สูงอายุที่ยังสามารถใช้ประสาทสัมผัสและทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ จะมีระดับความพึงพอใจในชีวิตและสุขภาวะโดยรวมสูงกว่า ในทำนองเดียวกันการศึกษาของ Zhang & Sun (2024) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่ยังสามารถควบคุมกิจกรรมในชีวิตประจำวันและมีความสามารถในการ

รับรู้ที่ดี จะมีระดับคุณภาพชีวิตที่สูงกว่า เนื่องจากสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังพบว่าผู้สูงอายุบางส่วนมีปัญหาการเสื่อมของประสาทสัมผัส ซึ่งส่งผลต่อการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในระดับหนึ่ง สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการส่งเสริมระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยเฉพาะการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ การให้บริการด้านสายตาและการได้ยิน รวมถึงการสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและลดข้อจำกัดที่เกิดจากการเสื่อมถอยของระบบประสาทสัมผัส

2.2 ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงมีอิสระในการดำเนินชีวิตและการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของตนเอง ซึ่งสะท้อนถึงลักษณะของสังคมชนบทที่ยังคงให้ความสำคัญกับบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน ผู้สูงอายุจำนวนมากยังคงมีส่วนร่วมในการตัดสินใจภายในครอบครัว รวมถึงมีบทบาทในการดูแลสมาชิกในครอบครัว เช่น การช่วยดูแลหลานหรือทำกิจกรรมในครัวเรือน ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุยังคงรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีบทบาทในสังคมสอดคล้องกับการศึกษาของ Gillsjö et al. (2021) ที่พบว่า ความสามารถในการควบคุมชีวิตของตนเองและการมีอิสระในการตัดสินใจเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่สามารถกำหนดวิถีชีวิตของตนเองได้จะมีระดับความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่า นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิด Active Ageing ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเน้นว่าการมีอิสระในการดำเนินชีวิตเป็นหนึ่งในองค์ประกอบสำคัญของการมีชีวิตที่มีคุณภาพในวัยสูงอายุ (World Health Organization, 2002)

อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุบางส่วนยังมีข้อจำกัดในการตัดสินใจบางประการ ซึ่งอาจเกิดจากข้อจำกัดด้านสุขภาพ รายได้ หรือบทบาทในครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้น การส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตอย่างอิสระจึงเป็นสิ่งสำคัญ เช่น การสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนาทักษะชีวิต และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ

2.3 ด้านความสำเร็จและความคาดหวัง ผู้สูงอายุในชุมชนมีความพึงพอใจต่อชีวิตที่ผ่านมาและยังคงมีความหวังต่อการดำเนินชีวิตในอนาคต ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของสุขภาวะทางจิตใจในวัยสูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกว่าชีวิตของตนเองประสบความสำเร็จหรือมีความหมาย มักจะมีระดับความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Marzo et al. (2023) ซึ่งพบว่า ความพึงพอใจต่อชีวิตที่ผ่านมาและการมีเป้าหมายในชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่ยังคงมีบทบาทในสังคมหรือมีเป้าหมายในชีวิตจะมีระดับความสุขในชีวิตสูงกว่า

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุในชุมชนชนบทมักมีวิถีชีวิตที่เรียบง่าย และให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจต่อชีวิตของตนเอง แม้ว่าจะมีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจหรือสุขภาพก็ตาม

2.4 ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนและการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันร่วมกับผู้อื่น เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา หรือการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Choi et al. (2023) ที่พบว่า การมีเครือข่ายทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดีจะมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าและมีความสุขในชีวิตสูงกว่า นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมยังช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุ และช่วยส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสนับสนุนซึ่งกันและกันในชุมชน

2.5 ด้านการเผชิญหน้ากับความตาย ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย เช่น ความกลัวต่อการเจ็บปวดก่อนเสียชีวิต หรือความกังวลเกี่ยวกับการสูญเสียการควบคุมชีวิตของตนเอง ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า ความกังวลเกี่ยวกับความตายเป็นประเด็นที่พบได้ทั่วไปในผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีโอกาสเผชิญกับการเจ็บป่วย การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด หรือการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายมากขึ้น อย่างไรก็ตามความวิตกกังวลดังกล่าวถือเป็นเรื่องปกติในวัยสูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีประสบการณ์เกี่ยวกับการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดหรือเผชิญกับปัญหาสุขภาพมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของ Cheng & Chen (2023) พบว่าการมีความเชื่อทางศาสนา การได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัว และการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบข้าง สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุยอมรับความตายได้ดีขึ้น และช่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายได้

2.6 ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก ผู้สูงอายุยังคงให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ทางอารมณ์ เช่น การได้รับความรักจากผู้อื่น การให้ความรักแก่บุคคลรอบข้าง และการมีเพื่อนหรือบุคคลที่สามารถพูดคุยหรือให้กำลังใจได้ ความสัมพันธ์ทางอารมณ์เป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เนื่องจากช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและช่วยเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Barrenetxea et al. (2022) ที่พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลใกล้ชิด มีความสัมพันธ์กับระดับความสุขและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษามีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนถึงความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ จิตใจ และสังคมในวัยสูงอายุ ภายใต้บริบทของชุมชนชนบทที่ยังคงมีเครือข่ายครอบครัวและชุมชนที่เข้มแข็ง ปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ สุขภาพกายและสมรรถภาพทางร่างกาย การมีอิสระในการตัดสินใจ

ความพึงพอใจต่อชีวิตที่ผ่านมา การมีความสัมพันธ์ทางอารมณ์กับบุคคลรอบข้าง และการมีส่วนร่วมทางสังคม ดังนั้น คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจึงมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และชุมชน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุและดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและมีความสุข ทั้งนี้ประเด็นดังกล่าวนำไปสู่การพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งจะกล่าวถึงในการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยในหัวข้อถัดไป

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร

จากผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเงิน ด้านแรงกาย ด้านสิ่งของและอารมณ์ ที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง เช่น ครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลในชุมชน มีบทบาทสำคัญต่อการดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะแรงสนับสนุนในรูปแบบของทรัพยากรที่สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างสะดวกและปลอดภัย เช่น การสนับสนุนด้านการเงิน การช่วยเหลือด้านแรงกาย และการสนับสนุนด้านสิ่งของหรือทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต

ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ซึ่งเสนอว่าเครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการช่วยลดผลกระทบของความเครียด และช่วยส่งเสริมสุขภาวะทางกายและจิตใจของบุคคล โดย Cohen & Wills (1985) ได้เสนอแนวคิด Buffering Hypothesis ที่อธิบายว่าแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยลดผลกระทบของความเครียดหรือความยากลำบากในชีวิต และช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Barrenetxea et al. (2022) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และชุมชน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงมักมีระดับความพึงพอใจในชีวิตและสุขภาวะทางจิตใจที่ดีกว่า นอกจากนี้ การศึกษาของ Zhang & Sun (2024) ยังพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและช่วยเสริมสร้างความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการสนับสนุนจากครอบครัวและเครือข่ายชุมชน

ผลการศึกษายังสะท้อนให้เห็นว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านใดด้านหนึ่งเพียงลำพัง แต่เป็นผลจากการผสมผสานของปัจจัยทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ และลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Active Ageing ขององค์การอนามัยโลกที่ระบุว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมในสังคม และความมั่นคงในการดำรงชีวิต (World Health Organization, 2002) โดยพบประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

3.1 ความเพียงพอของแหล่งรายได้ เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมากที่สุด โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอมักเผชิญกับข้อจำกัดด้านความมั่นคงในการดำรงชีวิต การ

เข้าถึงบริการสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตลดลงในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทั้งนี้ รายได้ถือเป็นทรัพยากรพื้นฐานที่มีผลโดยตรงต่อความสามารถในการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย การรักษาพยาบาล และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Nagao-Sato et al. (2024) ที่อธิบายว่าสถานะทางเศรษฐกิจเป็นหนึ่งในปัจจัยกำหนดสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่สำคัญ โดยผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่าจะมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และมีสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิตที่ดีกว่า นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Marzo et al. (2023) ที่พบว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ และระดับความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ

ในบริบทของพื้นที่ศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า ความเพียงพอของรายได้อาจไม่ได้เป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิตเพียงปัจจัยเดียว เนื่องจากผู้สูงอายุยังสามารถพึ่งพาทุนทางสังคม (Social Capital) เช่น การช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชน ซึ่งสามารถชดเชยข้อจำกัดทางเศรษฐกิจได้ในระดับหนึ่งตามบริบทของสังคมไทยที่ยังคงมีความสัมพันธ์แบบพึ่งพาอาศัยกัน ดังนั้น ข้อค้นพบนี้จึงมีนัยสำคัญเชิงนโยบาย โดยควรมีการส่งเสริมความมั่นคงทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุควบคู่กับการพัฒนาเครือข่ายทางสังคม เช่น การเพิ่มโอกาสในการมีรายได้ การสนับสนุนสวัสดิการผู้สูงอายุ และการพัฒนาเศรษฐกิจฐานชุมชน รวมถึงการเสริมสร้างระบบการช่วยเหลือในชุมชน ซึ่งจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืนทั้งในมิติทางเศรษฐกิจและสังคม

3.2 แรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งอื่น ๆ เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมากที่สุด ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของเครือข่ายทางสังคมนอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน รวมถึงเจ้าหน้าที่ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พนักงาน อบต. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือกลุ่มกิจกรรมในชุมชน โดยเครือข่ายเหล่านี้มีบทบาทในการสนับสนุนทรัพยากร การให้บริการ และการดูแลผู้สูงอายุในมิติต่าง ๆ เช่น สุขภาพ สวัสดิการ และกิจกรรมทางสังคม ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมั่นคงและมีคุณภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Lloyd-Sherlock et al. (2020) ที่พบว่า ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชน โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุผ่านการบูรณาการบริการด้านสุขภาพและสังคมในระดับพื้นที่ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Barrenetxea et al. (2022) ที่พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมหลากหลายแหล่ง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

3.3 อายุ มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มเผชิญกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ สมรรถภาพทางร่างกาย และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันมากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตลดลงในบางมิติ โดยเฉพาะด้านความสามารถในการเคลื่อนไหว การพึ่งพาตนเอง และการมีส่วนร่วมทางสังคม อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุบางส่วนสามารถปรับตัวและยอมรับการเปลี่ยนแปลงตามวัยได้ดี สะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างเชิงปัจเจกในกระบวนการสูงวัย สอดคล้องกับแนวคิด Active Ageing ขององค์การอนามัยโลกที่ชี้ว่า แม้อายุที่เพิ่มขึ้นจะสัมพันธ์กับการเสื่อมถอยทางกายภาพ แต่คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไม่ได้ขึ้นอยู่กับอายุเพียงอย่างเดียว หากขึ้นอยู่กับความสามารถในการคงศักยภาพ (Functional Ability) และการมีส่วนร่วมในสังคม (World Health Organization, 2002)

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า การมีแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการลดผลกระทบเชิงลบของอายุที่เพิ่มขึ้น โดยผู้สูงอายุที่มีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็งมักสามารถปรับตัวต่อข้อจำกัดทางร่างกายและจิตใจได้ดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี Social Support Theory ที่ระบุว่าแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยลดความเครียดและส่งเสริมสุขภาวะของบุคคล (Cohen & Wills, 1985) ดังนั้น ข้อค้นพบนี้จึงมีนัยสำคัญเชิงนโยบายและการพัฒนา กล่าวคือ การยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไม่ควรมุ่งเน้นที่การจัดบริการตามช่วงอายุ (Age-based Approach) เพียงอย่างเดียว แต่ควรเน้นการเสริมสร้างศักยภาพในการดำรงชีวิต (Functional Ability) การส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก และการพัฒนาเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ แม้ในช่วงวัยที่มีข้อจำกัดเพิ่มขึ้น

3.4 ระดับการศึกษา มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมักมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การดูแลสุขภาพ และการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้ดีกว่า ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Marzo et al. (2023) ที่พบว่า การศึกษาเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ โดยช่วยเสริมสร้างความสามารถในการมีส่วนร่วมในสังคมและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และ Stewart et al. (2023) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีกว่า เนื่องจากสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และสามารถปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ดี

ในบริบทของพื้นที่ศึกษา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือบางส่วนไม่เคยได้รับการศึกษาอย่างเป็นทางการ อาจทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร โดยเฉพาะข้อมูลด้านสุขภาพ เทคโนโลยี หรือสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองและการใช้ทรัพยากรในชุมชนมีข้อจำกัดตามไปด้วย อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุในชุมชนอาจได้รับการชดเชยข้อจำกัดดังกล่าวผ่านเครือข่ายทางสังคม เช่น ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข หรือ

หน่วยงานในพื้นที่ ซึ่งช่วยทำหน้าที่เป็นตัวกลางของความรู้ (Knowledge Mediator) ดังนั้น ผลการศึกษานี้จึงชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Lifelong Learning) และการพัฒนาทักษะด้านสุขภาพ (Health Literacy) สำหรับผู้สูงอายุ เพื่อช่วยเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเอง การเข้าถึงบริการ และการมีส่วนร่วมในสังคม ซึ่งจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว

3.5 สถานภาพสมรส เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรส ได้แก่ หม้าย หย่า โสด หรือแยกกันอยู่ มีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีคู่สมรส ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า คู่สมรสเป็นแหล่งแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในวัยสูงอายุ ทั้งในด้านอารมณ์ การดูแลช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน การให้คำปรึกษา และการเผชิญปัญหาร่วมกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสมีความมั่นคงทางจิตใจ รู้สึกมีคุณค่า และสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในช่วงวัยสูงอายุได้ดีกว่าผู้ที่ไม่มีคู่สมรส ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด Social Support Theory ของ Cohen & Wills (1985) ที่อธิบายว่า เครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคมที่ใกล้ชิดสามารถทำหน้าที่เป็นกลไกป้องกันผลกระทบจากความเครียด (buffering effect) และส่งเสริมสุขภาวะทางกายและจิตใจของบุคคล โดยเฉพาะในวัยสูงอายุซึ่งเป็นช่วงชีวิตที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ สังคม และบทบาททางสังคม

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Haghighi et al. (2024) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสมีระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีคู่สมรส เนื่องจากได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์และมีความมั่นคงทางจิตใจมากกว่า รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mahmoud et al. (2024) ที่พบว่า แม้ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสอาจต้องเผชิญภาระการดูแลซึ่งกันและกันในบางช่วงของชีวิต แต่ความสัมพันธ์ในฐานะคู่ชีวิตยังคงเป็นแหล่งพลังสนับสนุนที่สำคัญ ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและส่งเสริมความผาสุกในชีวิตโดยรวม

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นความซับซ้อนของความสัมพันธ์ในวัยสูงอายุ กล่าวคือ สถานภาพสมรสไม่ได้เป็นเพียงตัวแปรเชิงโครงสร้าง แต่ขึ้นอยู่กับคุณภาพของความสัมพันธ์ และภาวะสุขภาพของคู่สมรส หากทั้งสองฝ่ายมีสุขภาพดี ความสัมพันธ์อาจเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ แต่หากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีภาวะพึ่งพิงสูง อาจนำไปสู่ภาระที่ส่งผลเชิงลบต่ออีกฝ่าย ดังนั้น นัยสำคัญเชิงนโยบายคือ ควรมีการพัฒนาระบบสนับสนุนสำหรับผู้ดูแลในวัยสูงอายุ (Elderly Caregivers) เช่น การให้บริการดูแลระยะยาว (Long-term Care) การให้คำปรึกษาทางจิตใจ การจัดบริการพักดูแลชั่วคราว (Respite Care) และการสนับสนุนจากเครือข่ายชุมชน ซึ่งจะช่วยลดภาระของผู้ดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งสองฝ่ายได้อย่างยั่งยืน

3.6 ลักษณะครอบครัว เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัวหรือมีสมาชิกในครอบครัวคอยดูแล จะมีความมั่นคงทางอารมณ์และ

ได้รับการสนับสนุนในชีวิตประจำวันมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ทั้งในด้านการดูแลสุขภาพ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน และการให้กำลังใจทางจิตใจ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าครอบครัวทำหน้าที่เป็นระบบสนับสนุนขั้นปฐมภูมิ (Primary Support System) ที่มีบทบาทสำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Social Support Theory ที่ระบุว่า เครือข่ายความสัมพันธ์ใกล้ชิดโดยเฉพาะครอบครัว มีบทบาทสำคัญในการลดความเครียดและส่งเสริมสุขภาวะของบุคคล (Cohen & Wills, 1985) รวมถึงสอดคล้องกับแนวคิดของ Thoits (2011) ที่อธิบายว่าความสัมพันธ์ทางสังคมที่มีความใกล้ชิดและต่อเนื่องจะช่วยเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-Worth) และลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า แม้ว่าครอบครัวจะยังคงเป็นกลไกหลักในการดูแลผู้สูงอายุในบริบทสังคมไทย แต่โครงสร้างครอบครัวกำลังเปลี่ยนแปลงไป เช่น การย้ายถิ่นของแรงงาน การลดลงของครอบครัวขยาย และการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง ซึ่งอาจทำให้บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุลดลงในอนาคต ดังนั้น ข้อค้นพบนี้จึงมีนัยสำคัญเชิงนโยบาย โดยควรมีการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมในระดับชุมชน เพื่อทำหน้าที่เสริมและทดแทนบทบาทของครอบครัว เช่น การพัฒนาศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน การส่งเสริมบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข และการสร้างเครือข่ายการดูแลแบบมีส่วนร่วม ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ แม้ในบริบทที่โครงสร้างครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป

3.7 แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยเพื่อนมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการสร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งช่วยลดความโดดเดี่ยวและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ทั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าเครือข่ายทางสังคมในระดับเพื่อน (Peer Group) มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตในวัยสูงอายุ โดยเฉพาะในมิติด้านจิตใจและสังคม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิด Social Support Theory ที่ระบุว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้าง ช่วยลดความเครียดและเสริมสร้างสุขภาวะของบุคคล (Cohen & Wills, 1985) รวมถึงสอดคล้องกับแนวคิดของ Thoits (2011) ที่ชี้ว่าเครือข่ายทางสังคมช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาจเผชิญกับภาวะสูญเสียบทบาททางสังคม

แรงสนับสนุนจากเพื่อนมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากครอบครัว กล่าวคือ เป็นความสัมพันธ์ในแนวนอน (Horizontal Relationship) ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความสมัครใจ ความเข้าใจ และประสบการณ์ร่วมในช่วงวัยเดียวกัน ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถสื่อสาร แลกเปลี่ยน และระบายความรู้สึกได้อย่างเปิดเผยมากขึ้น จึงมีบทบาทสำคัญในการลดความรู้สึกโดดเดี่ยว (Loneliness) และเสริมสร้างความผูกพันทางสังคม (Social Connectedness) อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดด้านสุขภาพ การเคลื่อนไหว และโอกาสในการพบปะกัน อาจทำให้ผู้สูงอายุบางส่วนมี

เครือข่ายเพื่อนที่จำกัดได้เช่นกัน ดังนั้น ข้อค้นพบนี้จึงมีนัยสำคัญเชิงการพัฒนา โดยควรส่งเสริมการสร้างพื้นที่ทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์กิจกรรม หรือกิจกรรมกลุ่มในชุมชน เพื่อเพิ่มโอกาสในการสร้างและรักษาความสัมพันธ์กับเพื่อน ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น และสอดคล้องกับแนวคิด Active Ageing ที่เน้นการมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง

3.8 แรงสนับสนุนทางสังคมด้านแรงกาย แม้จะมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในทิศทางเชิงลบ ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาความช่วยเหลือด้านแรงกายจากผู้อื่น เช่น การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน หรือการดูแลสุขภาพ มักมีข้อจำกัดด้านสมรรถภาพทางร่างกายหรือภาวะสุขภาพที่ลดลง ส่งผลให้รับรู้คุณภาพชีวิตของตนเองในระดับต่ำลง โดยสอดคล้องกับแนวคิดของ Functional Ability ในกรอบ Active Ageing ที่ระบุว่าความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างอิสระเป็นตัวกำหนดสำคัญของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (World Health Organization, 2002) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Thoits (2011) ที่ชี้ว่า แม้แรงสนับสนุนทางสังคมจะมีบทบาทเชิงบวก แต่ในบางกรณีอาจสะท้อนภาวะเปราะบางของบุคคล ซึ่งสัมพันธ์กับสุขภาวะที่ลดลง

ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ว่า แรงสนับสนุนด้านแรงกายไม่ได้เป็นเพียงการช่วยเหลือในเชิงบวกเท่านั้น แต่ยังสะท้อนถึงระดับการพึ่งพิง (Dependency Level) ของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ยิ่งผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นมากเท่าใด ยิ่งบ่งชี้ถึงข้อจำกัดด้านสุขภาพและความสามารถในการดำรงชีวิต ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้น นัยสำคัญเชิงนโยบายและการพัฒนาคือ ควรปรับแนวทางการดูแลผู้สูงอายุจากการดูแลแบบพึ่งพิงไปสู่การส่งเสริมศักยภาพ เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การออกแบบสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตอย่างอิสระ และการพัฒนาทักษะการดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถลดการพึ่งพาผู้อื่น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลจากการทำงานร่วมกันของเครือข่ายทางสังคม ครอบครัว เพื่อน ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งอื่น ๆ ซึ่งมีบทบาทสำคัญสูงสุดในการอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ข้อค้นพบดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจำเป็นต้องอาศัยระบบสนับสนุนทางสังคมแบบบูรณาการมากกว่าการช่วยเหลือแบบแยกส่วนหรือเฉพาะด้าน

ในขณะเดียวกัน ผลการศึกษายังชี้ให้เห็นว่า แรงสนับสนุนทางสังคมบางประเภทส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในลักษณะที่แตกต่างกัน ทั้งในเชิงส่งเสริมและในเชิงสะท้อนภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุ เช่น แรงสนับสนุนด้านแรงกายที่มีทิศทางเชิงลบ หรือบทบาทของครอบครัวและสถานภาพ

สมรสที่มีความซับซ้อนตามบริบทชีวิตจริงของผู้สูงอายุ ดังนั้น การพัฒนารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงมิติของการบริหารจัดการ มิติของความสัมพันธ์ทางสังคม และมิติของการเสริมพลังผู้สูงอายุควบคู่กันไป ซึ่งจะกล่าวถึงในการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยในหัวข้อถัดไป

4. รูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร

จากผลการวิจัยพบว่า รูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร มีทั้งหมด 7 องค์ประกอบ ตั้งชื่อรูปแบบนี้ว่า “IRIS-DPP Model” โดยได้ให้ความหมายของตัวอักษรของรูปแบบและแทนคำ ดังนี้

IRIS ทำหน้าที่เป็นยุทธศาสตร์หลัก (Core Strategies) ประกอบด้วย

I : Integrated Local Governance

R: Resource and Care Management

I : Information & Knowledge Integration

S: Social Protection Mechanisms

DPP ทำหน้าที่เป็นกลไกเสริมพลัง (Empowerment Mechanisms) ประกอบด้วย

D: Development of Gerontological Workforce

P: Preparedness for Aging Population

P: Promotion of Elderly Quality of Life)

องค์ประกอบทั้งสองส่วนของ IRIS-DPP มีความเชื่อมโยงและสนับสนุนซึ่งกันและกันในการขับเคลื่อนแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม และสามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถเชื่อมโยงแต่ละองค์ประกอบได้ดังภาพ 11 ที่กล่าวไว้ก่อนหน้านี้ โดยแต่ละองค์ประกอบสามารถอภิปรายได้ดังนี้

4.1 ด้านการบริหารจัดการแบบบูรณาการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (I: Integrated Local Governance) ผลการศึกษาพบว่า การบริหารจัดการแบบบูรณาการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนระบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยมีบทบาทสำคัญในด้านการกำหนดนโยบาย การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ การบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน และการเชื่อมโยงทรัพยากรในระดับพื้นที่ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า การจัดการเชิงระบบในระดับพื้นที่ เป็นปัจจัยกำหนดความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างแท้จริง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Siriwan (2024) ที่พบว่า การพัฒนานโยบายผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่นจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการเชิงบูรณาการตั้งแต่การกำหนด

นโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ และการประเมินผล เนื่องจากปัญหาสำคัญของระบบท้องถิ่นไทย คือการดำเนินงานแบบ แยกส่วน และขาดการเชื่อมโยงเชิงระบบ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Wangpitipanit et al. (2024) ที่พบว่า ระบบดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการบูรณาการภาคีเครือข่าย เช่น อปท. หน่วยบริการสุขภาพ และชุมชน จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิด Integrated Community Care โดย Li et al. (2024) ที่ระบุว่า การบูรณาการบริการด้านสุขภาพและสังคมในระดับชุมชน โดยมีหน่วยงานท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสนับสนุนแนวคิด Aging in Place รวมถึงการศึกษาของ Liu (2023) ที่พบว่า ศักยภาพด้านการบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่กำหนดประสิทธิผลของระบบบริการผู้สูงอายุ โดยเฉพาะความสามารถในการประสานงานและบูรณาการทรัพยากร และยังสอดคล้องกับงานของ Chen et al. (2022) ที่ชี้ว่าระบบการดูแลแบบบูรณาการสามารถเพิ่มผลลัพธ์ด้านสุขภาพและลดความซ้ำซ้อนของบริการในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า แม้พื้นที่จะมีโครงสร้างการบริหารจัดการและหน่วยงานรองรับค่อนข้างครบถ้วน แต่ลักษณะการดำเนินงานยังคงเป็นแบบตอบสนองตามสถานการณ์มากกว่าการวางแผนเชิงระบบระยะยาว ซึ่งสะท้อนช่องว่างสำคัญระหว่างการมีนโยบาย กับการขับเคลื่อนเชิงปฏิบัติ (Policy–practice Gap) โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Siriwan (2024) ที่พบว่า ความล้มเหลวของระบบดูแลผู้สูงอายุมักไม่ได้เกิดจากการขาดนโยบาย แต่เกิดจากข้อจำกัดด้านการบูรณาการและศักยภาพการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ ดังนั้น นัยสำคัญเชิงการพัฒนาคือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรยกระดับจากผู้ดำเนินโครงการไปสู่ผู้ออกแบบระบบ (System Integrator) โดยมุ่งเน้นการสร้างระบบบริหารจัดการแบบบูรณาการที่เชื่อมโยงนโยบาย ข้อมูล และเครือข่ายความร่วมมือเข้าด้วยกัน ประกอบด้วย 1) การเชื่อมโยงแผนงานระหว่างหน่วยงาน 2) การจัดสรรงบประมาณร่วม 3) การใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ และ 4) การมีระบบติดตามประเมินผลแบบองค์รวม ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการกำหนดความสำเร็จของระบบดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

4.2 ด้านการจัดการทรัพยากรและการบริการดูแลผู้สูงอายุ (R: Resource and Care Management) เป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน (Long-Term Care: LTC) การจัดสรรบุคลากร เช่น Care Manager และ Care Giver การบริหารจัดการทรัพยากรด้านสุขภาพ การพัฒนาศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของบุคลากรด้านสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

และเครือข่ายชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Wangpitipanit et al. (2024) ที่พบว่า ระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน โดยเฉพาะระบบ LTC สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และลดภาระของครอบครัวผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Changprachak (2023) ที่ชี้ให้เห็นว่าการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นและการจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ระบบดูแลผู้สูงอายุมีความต่อเนื่องและเข้าถึงได้

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า แม้พื้นที่จะมีโครงสร้างระบบการดูแลที่ค่อนข้างชัดเจน แต่ยังคงมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร โดยเฉพาะจำนวนบุคลากรผู้ดูแลที่ไม่เพียงพอ และภาระงานในความรับผิดชอบที่สูง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Liu (2023) ที่ระบุว่า ช่องว่างด้านทรัพยากร (Resource Gap) เป็นอุปสรรคสำคัญของระบบ LTC ในหลายประเทศ โดยเฉพาะในระดับชุมชน ซึ่งความเพียงพอของทรัพยากรและบุคลากรในระดับท้องถิ่น เป็นตัวแปรสำคัญที่กำหนดประสิทธิผลของระบบบริการผู้สูงอายุ ดังนั้น นัยสำคัญเชิงการพัฒนา จึงควรยกระดับการให้บริการไปสู่การจัดการระบบบริการอย่างมีคุณภาพ โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร และการสร้างระบบดูแลแบบต่อเนื่องในชุมชน ประกอบด้วย 1) การจัดสรรบุคลากรให้เพียงพอและเหมาะสม 2) การบริหารงบประมาณอย่างยั่งยืน 3) การพัฒนาศักยภาพ Care Giver อย่างต่อเนื่อง และ 4) การเชื่อมโยงบริการระหว่างภาคส่วน ทั้งนี้ การมีระบบบริหารจัดการที่ดีจะช่วยทำให้ระบบดูแลผู้สูงอายุสามารถตอบสนองต่อความต้องการที่เพิ่มขึ้นได้

4.3 ด้านการบูรณาการองค์ความรู้และระบบข้อมูลผู้สูงอายุ (I: Information & Knowledge Integration) เป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่เป็นปัจจุบัน การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน และการนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนและตัดสินใจเชิงนโยบาย ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระดับพื้นที่จำเป็นต้องอาศัยระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ เป็นฐานสำคัญในการบริหารจัดการ สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทยของ Wantong et al. (2025) ที่พบว่า การพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่นจำเป็นต้องอาศัยฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพ และหน่วยงานสวัสดิการ เพื่อให้สามารถติดตามและประเมินสถานการณ์ผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ กรมกิจการผู้สูงอายุ (2567) ยังชี้ให้เห็นว่าการมีข้อมูลเชิงพื้นที่ที่ถูกต้องและทันสมัยเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดนโยบายด้านผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า แม้พื้นที่จะมีการจัดเก็บข้อมูลผู้สูงอายุในระดับหนึ่ง แต่ยังคงมีข้อจำกัดด้านการเชื่อมโยงและการใช้ประโยชน์จากข้อมูล กล่าวคือ ข้อมูลยังคงกระจายอยู่ในหลายหน่วยงาน และไม่ได้ถูกนำมาใช้ในการวิเคราะห์เชิงระบบหรือการตัดสินใจเชิง

นโยบายอย่างเต็มศักยภาพ ซึ่งสะท้อนช่องว่างสำคัญระหว่างการมีข้อมูลกับการใช้ข้อมูล (Data Utilization Gap) โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Liu (2023) ที่พบว่า ระบบข้อมูลที่ไม่มีการบูรณาการจะลดประสิทธิภาพของการให้บริการผู้สูงอายุ นอกจากนี้ Peng et al. (2022) ยังพบว่าการบูรณาการข้อมูลระหว่างระบบสุขภาพและสังคมสามารถช่วยลดความซ้ำซ้อนของบริการ จะเพิ่มความแม่นยำในการดูแล และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ

อย่างไรก็ตาม องค์ประกอบสำคัญของการบูรณาการองค์ความรู้และระบบข้อมูลผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับศักยภาพในการจัดการและใช้ข้อมูล ดังนั้น นัยสำคัญเชิงการพัฒนา จึงควรยกระดับการจัดเก็บข้อมูลไปสู่ระบบบริหารจัดการข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ (Data-driven Governance) โดยการพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างภาคส่วนและการใช้ข้อมูลในการกำหนดนโยบายและบริการอย่างมีหลักฐานรองรับ ประกอบด้วย 1) การพัฒนาระบบฐานข้อมูลกลาง (Integrated Database) 2) การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน (Data Interoperability) 3) การพัฒนาทักษะการใช้ข้อมูลของบุคลากร และ 4) การนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนและประเมินผลเชิงนโยบาย

4.4 ด้านการคุ้มครองทางสังคมผู้สูงอายุ (S: Social Protection Mechanisms) เป็นองค์ประกอบสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยเฉพาะมาตรการด้านสวัสดิการ ได้แก่ การจัดสวัสดิการพื้นฐาน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การให้บริการด้านสุขภาพ ระบบการดูแลระยะยาว (LTC) การจัดระบบช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการสนับสนุนทางสังคมในระดับชุมชน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการลดความเปราะบางทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ และช่วยให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี สอดคล้องกับการศึกษาของ Wantong et al. (2025) ที่พบว่า ระบบเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและกองทุนสุขภาพในระดับท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการสร้างความมั่นคงทางรายได้และเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพ นอกจากนี้ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2565) ยังชี้ให้เห็นว่า การขยายความครอบคลุมของระบบสวัสดิการผู้สูงอายุเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระยะยาว

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า แม้ระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทยจะมีความครอบคลุมในระดับหนึ่ง แต่ยังคงมีข้อจำกัดด้านความเพียงพอและการเข้าถึง กล่าวคือ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอาจยังไม่เพียงพอต่อค่าครองชีพ และผู้สูงอายุบางกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางหรืออยู่ในพื้นที่ห่างไกล อาจยังเข้าไม่ถึงบริการอย่างเท่าเทียม ซึ่งสอดคล้องกับ Ghenţa (2022) ที่ระบุว่าระบบการคุ้มครองทางสังคมเป็นกลไกหลักในการลดความยากจนและความเปราะบางของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา แต่ระบบการคุ้มครองทางสังคมดังกล่าว ยังคงมีข้อจำกัดและไม่มีประสิทธิผลเพียงพอเสมอไป รวมถึงการศึกษาของ Lloyd-Sherlock et al. (2020) ที่พบว่าเงินบำนาญและสวัสดิการสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ World Health Organization (2017) ยังเน้นว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพและสวัสดิการพื้นฐานเป็นองค์ประกอบสำคัญของ Healthy Ageing

อย่างไรก็ตาม การคุ้มครองทางสังคมผู้สูงอายุ หากขาดการเชื่อมโยงกัน อาจทำให้ระบบสวัสดิการไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างครบถ้วน ดังนั้น นัยสำคัญเชิงการพัฒนาคือ ควรยกระดับระบบการคุ้มครองทางสังคมจากการให้สวัสดิการพื้นฐาน ไปสู่ระบบความมั่นคงทางสังคมแบบบูรณาการ ประกอบด้วย 1) การกำหนดระดับสวัสดิการให้เพียงพอต่อการดำรงชีวิต (Adequacy) 2) การเข้าถึงอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม (Equity) และ 3) การบูรณาการระหว่างสวัสดิการด้านรายได้ สุขภาพ และสังคม

4.5 ด้านการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ (D: Development of Gerontological Workforce) พบว่าเป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญต่อรูปแบบดังกล่าว โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุข บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้สามารถให้บริการและดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพและมีมาตรฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Khongboon & Pongpanich (2018) ที่พบว่า บุคลากรด้านการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะในระบบ LTC เป็นปัจจัยกำหนดความสำเร็จของการดำเนินงานในระดับพื้นที่ รวมถึงการศึกษาของ Aung et al. (2021) ที่ชี้ให้เห็นว่า ผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชนมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทยที่กำลังเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า แม้จะมีการพัฒนาบุคลากรในระดับหนึ่ง แต่ยังคงมีข้อจำกัดด้านจำนวนและศักยภาพ โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีจำนวนไม่เพียงพอ และภาระงานที่สูง รวมถึงการพัฒนาทักษะที่ยังอยู่ในลักษณะของการอบรมระยะสั้น มากกว่าการพัฒนาเป็นระบบวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับกับรายงานของ World Health Organization (2020) ที่ระบุว่าการขาดแคลนบุคลากรด้านผู้สูงอายุเป็นความท้าทายสำคัญของระบบสุขภาพทั่วโลก และจำเป็นต้องมีการพัฒนากำลังคนอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ Reinschmidt et al. (2025) ยังเน้นว่าการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุควรครอบคลุมทั้งความรู้ ทักษะ และทัศนคติ เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมได้อย่างมีคุณภาพ ขณะเดียวกัน Liu (2023) พบว่าศักยภาพของบุคลากรในระดับท้องถิ่นมีผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพของระบบบริการผู้สูงอายุ

อย่างไรก็ตาม การพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุไม่ได้อยู่ที่การมีบุคลากร แต่เป็นคุณภาพและความยั่งยืนของกำลังคน ดังนั้น นัยสำคัญเชิงการพัฒนาคือ ควรยกระดับจากการอบรมบุคลากร ไปสู่การพัฒนาระบบกำลังคนด้านผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ โดยการสร้างมาตรฐานวิชาชีพ การพัฒนาหลักสูตรเฉพาะทาง และการสนับสนุนการทำงานของบุคลากรในระดับพื้นที่ ประกอบด้วย 1) การพัฒนาทักษะเฉพาะด้านผู้สูงอายุ (Gerontological Competencies) 2) การสร้างแรงจูงใจ

และความมั่นคงในอาชีพ 3) การพัฒนาเส้นทางความก้าวหน้าในวิชาชีพ และ 4) การสนับสนุนระบบการทำงานแบบสหวิชาชีพ (Interdisciplinary Team)

4.6 ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรผู้สูงอายุ (P: Preparedness for Aging Population) เป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคม โดยครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และจิตใจ เช่น การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ การส่งเสริมการออม การเรียนรู้ตลอดชีวิต และการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสังคมสูงวัย ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า คุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะในช่วงปลายชีวิต แต่เป็นผลสะสมจากการเตรียมความพร้อมตลอดช่วงชีวิต (Life-course Perspective) สอดคล้องกับแนวคิด Active Ageing ของ World Health Organization (2002) ที่เน้นว่าการส่งเสริมสุขภาพ ความมั่นคง และการมีส่วนร่วมของประชากรตั้งแต่วัยทำงาน เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีในวัยสูงอายุ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานของ Marzo et al. (2023) ที่พบว่าการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ การเงิน และสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในหลายประเทศ รวมถึงการศึกษาของ Damkhong et al. (2025) ในบริบทประเทศไทย ที่ชี้ว่าการเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจและสุขภาพล่วงหน้ามีผลต่อความมั่นคงและความเป็นอยู่ที่ดีในวัยสูงอายุ

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า การเตรียมความพร้อมมีลักษณะเป็นปัจจัยเชิงป้องกัน (Preventive Factor) ที่ช่วยลดความเสี่ยงของปัญหาในวัยสูงอายุ เช่น ภาวะพึ่งพิง ความยากจน และปัญหาสุขภาพเรื้อรัง โดยเฉพาะการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและการวางแผนทางการเงินล่วงหน้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Motegi et al. (2020) ที่พบว่าการเตรียมความพร้อมด้านการเงินและสุขภาพตั้งแต่วัยทำงานมีผลต่อความมั่นคงและคุณภาพชีวิตในระยะยาว อย่างไรก็ตาม ในบริบทของสังคมไทยการเตรียมความพร้อมยังคงมีข้อจำกัด โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีรายได้น้อยหรือมีระดับการศึกษาต่ำ ซึ่งอาจขาดโอกาสในการออม การเข้าถึงข้อมูล และการวางแผนชีวิต นอกจากนี้ ระบบนโยบายยังคงเน้นการดูแลผู้สูงอายุในระยะปลาย (Care-based Approach) มากกว่าการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะต้น (Prevention-based Approach) ดังนั้น นัยสำคัญเชิงการพัฒนาคือ ควรปรับแนวทางจากการดูแลผู้สูงอายุ ไปสู่การเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัย โดยเน้นการส่งเสริมการออม การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) การเรียนรู้ตลอดชีวิต และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ ซึ่งจะเป็นกลไกสำคัญในการลดภาระของระบบในระยะยาว

4.7 ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (P: Promotion of Elderly Quality of Life) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่สะท้อนผลลัพธ์ปลายทางของแรงสนับสนุนทางสังคม โดยครอบคลุมกิจกรรมและมาตรการต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การจัดกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ การสร้างโอกาสในการมีรายได้ และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในชุมชน ซึ่งมี

บทบาทสำคัญในการเสริมสร้างสุขภาวะทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Marzo et al. (2023) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมทางสังคมและกิจกรรมในชุมชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในหลายประเทศ นอกจากนี้ Holt-Lunstad (2022) ยังชี้ให้เห็นว่าความสัมพันธ์ทางสังคมและการมีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็งมีผลต่อสุขภาพและการมีชีวิตยืนยาวของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการจัดกิจกรรม แต่เกี่ยวข้องกับการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (Age-friendly Environment) ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี มีอิสระ และมีส่วนร่วมในสังคมอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในมิติของการมีส่วนร่วมทางสังคม (Social Participation) และการมีบทบาทในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Miankerd (2023) ที่ชี้ว่าการมีส่วนร่วมทางสังคมและกิจกรรมในชุมชนมีผลต่อความเป็นอยู่ที่ดีและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทย

อย่างไรก็ตาม กิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ยังคงมีลักษณะเป็น กิจกรรมครั้งคราว (Event-based) มากกว่าการพัฒนาเป็นระบบอย่างต่อเนื่อง (System-based) ซึ่งอาจทำให้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นไม่ยั่งยืน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุบางกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านสุขภาพหรืออยู่ในพื้นที่ห่างไกล อาจยังเข้าไม่ถึงกิจกรรมหรือบริการดังกล่าวอย่างเท่าเทียม ดังนั้น นัยสำคัญเชิงการพัฒนาคือ ควรยกระดับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจากการจัดกิจกรรม ไปสู่การสร้างระบบส่งเสริมคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน ประกอบด้วย 1) การสร้างโอกาสในการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง 2) การออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับศักยภาพของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม 3) การส่งเสริมการมีรายได้และความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และ 4) การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ

จุดแข็ง และข้อจำกัดงานวิจัย

1. จุดแข็ง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทำให้ได้ลักษณะแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และข้อเสนอแนะการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ครอบคลุมในหลายมิติ โดยสามารถจัดกลุ่มเป็นองค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคมได้อย่างเป็นระบบ ส่งผลให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ทั้งในเชิงเนื้อหาและเชิงโครงสร้าง จากนั้นมีการพัฒนารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยอาศัยข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคชุมชน และเครือข่ายผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในบริบทจริงของพื้นที่ นำไปสู่การพัฒนารูปแบบที่มีความสอดคล้องกับ

สภาพปัญหาและศักยภาพของชุมชน และยืนยันรูปแบบดังกล่าวโดยผู้เชี่ยวชาญผ่านกระบวนการวิจัยอนาคตแบบเดลฟาย ทำให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสม ครอบคลุม และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในระดับพื้นที่ โดยสอดคล้องกับบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของชุมชน

2. ข้อจำกัดงานวิจัย

การดำเนินการวิจัยระยะที่ 1 และ 2 ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลคุณภาพชีวิตและแรงสนับสนุนทางสังคม การวิจัยครั้งนี้ศึกษาคุณภาพชีวิตและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโดยอาศัยการรับรู้และประสบการณ์ของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ซึ่งแม้จะช่วยสะท้อนมุมมองและความรู้สึกของผู้สูงอายุได้อย่างลึกซึ้ง แต่อาจยังไม่ครอบคลุมข้อเท็จจริงเชิงโครงสร้างหรือเงื่อนไขภายนอกทั้งหมด เช่น ความพร้อมของบริการสุขภาพ ทรัพยากรทางสังคม หรือสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิต จึงอาจเกิดช่องว่างระหว่างการรับรู้ของผู้สูงอายุ (Perceived Condition) กับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นจริง (Objective Condition)

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในพื้นที่ศึกษา ซึ่งมีบริบทเฉพาะด้านสังคม วัฒนธรรม และระบบสนับสนุนทางสังคม จึงควรใช้ความระมัดระวังในการนำผลการศึกษาไปอ้างอิงกับพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน แม้ว่าจะสามารถพัฒนาและยืนยันรูปแบบ IRIS–DPP Model ผ่านกระบวนการวิจัยอนาคตด้วยเทคนิคเดลฟายได้สำเร็จ แต่การศึกษาครั้งนี้ยังไม่ได้มีการนำรูปแบบไปทดลองใช้และประเมินผลในสถานการณ์จริง จึงยังไม่สามารถยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบได้อย่างสมบูรณ์ นอกจากนี้ การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการสังเคราะห์ผลการวิจัยดำเนินการโดยผู้วิจัยเพียงคนเดียว ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในด้านการสอบทานข้อมูลและการตีความผลการศึกษาในบางประเด็น แม้ว่าผู้วิจัยจะได้ใช้การตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งและการยืนยันผลโดยผู้เชี่ยวชาญเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยแล้วก็ตาม

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1.1 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยบริการสุขภาพ ควรกำหนดนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่นให้เป็นระบบบูรณาการ และบรรจุในแผนพัฒนาท้องถิ่นอย่างเป็นรูปธรรม โดยใช้ IRIS–DPP Model เป็นกรอบขับเคลื่อน เพื่อเชื่อมโยงบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพ และชุมชน ให้ทำงานร่วมกันอย่างเป็นเอกภาพและมีประสิทธิภาพ

1.1.2 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ควร

ขับเคลื่อนการจัดตั้งกลไกความร่วมมือเชิงนโยบาย ระหว่างหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคชุมชน เพื่อบูรณาการแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่าง ๆ เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

1.1.3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรผลักดันนโยบายพัฒนาระบบดูแลระยะยาว (Long-term Care) และระบบฟื้นฟูสมรรถภาพ ควบคู่กับการเสริมสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ เช่น การเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงรายได้และบริการสุขภาพ เพื่อลดการพึ่งพิงและความเปราะบางในระยะยาว

1.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1.2.1 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ควรนำ IRIS–DPP Model ไปใช้เป็นกรอบหลักในการออกแบบบริการและกิจกรรมผู้สูงอายุ โดยบูรณาการบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพ และเครือข่ายแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และชุมชน ให้ทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม

1.2.2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ ควรร่วมกันพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ Care Manager, Care Giver, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่กองสวัสดิการสังคม ให้มีสมรรถนะด้านการดูแลผู้สูงอายุ การจัดการรายกรณี และการเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่อง

1.2.3 ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) ชมรมผู้สูงอายุ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายในชุมชน ควรร่วมกันออกแบบกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้มีความต่อเนื่องและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุและกิจกรรมชุมชน โดยยึดการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนเป็นแกนหลัก เพื่อเสริมสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ลดความโดดเดี่ยว และยกระดับสุขภาวะทางจิตใจอย่างยั่งยืน

1.2.4 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรร่วมกันพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ และเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้ในการติดตาม ประเมินผล และปรับปรุงการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1.3.1 สถาบันอุดมศึกษา นักวิจัย และหน่วยงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ควรต่อยอดการวิจัยโดยนำ IRIS–DPP Model ไปทดลองใช้ในพื้นที่จริง และประเมินผลเชิงประจักษ์ เพื่อยืนยันประสิทธิผลและความยั่งยืนของรูปแบบ

1.3.2 สถาบันการศึกษา หน่วยงานวิจัย และเครือข่ายวิชาการด้านผู้สูงอายุ ควรศึกษาวิจัยเชิงเปรียบเทียบในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่น พื้นที่เมืองและชนบท เพื่อทดสอบความเหมาะสมและความยืดหยุ่นของรูปแบบในบริบทที่หลากหลาย

1.3.3 นักวิจัยด้านผู้สูงอายุ สถาบันการศึกษา และหน่วยงานด้านสุขภาพ ควรพัฒนากรอบการวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โดยผสานตัวชี้วัดเชิงอัตวิสัยและเชิงวัตถุวิสัย เพื่อสะท้อนสภาพชีวิตได้อย่างรอบด้าน ลดข้อจำกัดของการวัดเพียงมิติเดียว และเพิ่มความแม่นยำเชิงวิชาการในการอธิบายผลลัพธ์

1.3.4 นักวิจัย และสถาบันอุดมศึกษาที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ควรขยายขอบเขตการศึกษาไปยังปัจจัยเชิงลึก เช่น พลวัตครอบครัว ทุนทางสังคม และบทบาทของเครือข่ายชุมชน เพื่ออธิบายกลไกที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ

2. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 สถาบันอุดมศึกษา นักวิจัย และหน่วยงานวิจัยด้านผู้สูงอายุ ควรยกระดับสู่การวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง (Experimental หรือ Quasi-experimental) โดยนำ IRIS–DPP Model ไปทดลองใช้ในพื้นที่จริง เพื่อประเมินผลลัพธ์เชิงสาเหตุ (Causal Effects) ต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และขับเคลื่อนรูปแบบจากเชิงแนวคิดสู่เชิงประจักษ์

2.2 นักวิจัย สถาบันการศึกษา และหน่วยงานพัฒนาชุมชน ควรพัฒนาแนวทางวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Research) โดยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและชุมชนร่วมออกแบบและขับเคลื่อนรูปแบบ เพื่อยกระดับจากการมีส่วนร่วมสู่การกำหนดทิศทางโดยชุมชน (Citizen Control) อย่างแท้จริง

2.3 นักวิจัยด้านผู้สูงอายุ สถาบันการศึกษา และหน่วยงานด้านสุขภาพ ควรพัฒนากรอบการวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โดยผสานตัวชี้วัดเชิงอัตวิสัยและเชิงวัตถุวิสัย เพื่อลดช่องว่างระหว่าง Perceived Condition และ Objective Condition และเพิ่มความแม่นยำในการอธิบายผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

2.4 สถาบันอุดมศึกษา หน่วยงานวิจัย และเครือข่ายวิชาการด้านผู้สูงอายุ ควรขยายการศึกษาไปยังพื้นที่ที่มีบริบทหลากหลาย เช่น พื้นที่เมือง พื้นที่ชายขอบ หรือพื้นที่ที่มีโครงสร้างครอบครัวเปลี่ยนแปลง เพื่อทดสอบความยืดหยุ่น (Transferability) และเงื่อนไขความสำเร็จของ IRIS–DPP Model

2.5 นักวิจัยด้านสังคมศาสตร์ บุคลากรด้านสุขภาพ และผู้สูงอายุ ควรศึกษาบทบาทของตัวแปรแทรกซ้อน (Moderators) และตัวแปรส่งผ่าน (Mediators) เช่น ทุนทางสังคม ความเข้มแข็งของครอบครัว และความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ เพื่ออธิบายกลไกเชิงลึกของความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กรมการปกครอง. (2567). *สถิติประชากรทางการทะเบียน พ.ศ. 2567.* https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/displayData

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2558). *สถานการณ์และแนวโน้มสังคมผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556-2573.* https://www.dop.go.th/th/know/1/47

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุแห่งชาติ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580).* https://www.dop.go.th/th/laws/1/28/843

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2567.* กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

กรมส่งเสริมวัฒนธรรม. (2566). *แผนปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566*. กรมส่งเสริมวัฒนธรรม กระทรวงวัฒนธรรม.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2555). แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL index). *การประชุมชี้แจงแผนการตรวจราชการและนิเทศงาน ระดับกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2555* [Symposium]. โรงแรมรามาการ์เดน กรุงเทพฯ.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง: ประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ รายอำเภอ ในจังหวัดกำแพงเพชร.* https://hhdclampang.anamai.moph.go.th:8080/hhdcdashboard/ethnics/default/ampur?cw=62

กฤษณผล จันทร์พรหม. (2548). *การศึกษารูปแบบมหาวิทยาลัยเสมือนจริงที่เหมาะสมสำหรับสถาบันอุดมศึกษาในประเทศไทย* [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย. (2563). *สรุปภาพรวมรายงานการพัฒนามนุษย์ ประจำปี พ.ศ. 2563 สู่พรมแดนใหม่ การพัฒนามนุษย์ในยุคแอนโทรโพซีน.* https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/th/UNDP_TH_GHDR_thaiversion.pdf.

จุฬาภรณ์ โสตะ. (2554). *แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ*. ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ชนกนารถ ชื่นเชย. (2550). *รูปแบบการจัดการศึกษาต่อเนื่องในสถาบันอุดมศึกษาเอกชน*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ชิดชนก พวงเพ็ชร. (2568). *บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงวัย: กรณีศึกษาเทศบาลตำบลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. https://digital.car.chula.ac.th/cgi/viewcontent.cgi?article=11932&context=chulaetd

ณิชาภัทร มณีพันธ์, ศรินรัตน์ จันทพิมพ์, และณรงค์กร ชัยวงศ์. (2568). การพัฒนาศักยภาพผู้สูงวัยแบบมีส่วนร่วมภายใต้โรงเรียนสร้างสุข: กรณีศึกษาเทศบาลเมืองชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, *17*(2), 284–296. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/269110

ดาเรศ เพชรสงค์. (2567). *การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลนาสาร อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี.

ทิพวรรณ มะเมียเมือง. (2542). *การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตบางซื่อ สังกัดกรุงเทพมหานคร* [สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. https://www.thailis.or.th/tdc/dccheck.php?Int_code=96&RecId=13985&obj_id=20641

ธนวรรธน์ อิ่มสมบูรณ์. (2554). *สุขศึกษาและการประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข หน่วยที่ 1-8*. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

นันท์นภัส สุจิมา. (2561). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการฐานข้อมูลผู้สูงอายุสำหรับพื้นที่สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยฟาร์อีสเทอร์น, 12*(1), 266-282. https://so01.tci-thaijo.org/index.php/FEU/article/view/103617/90106

บรรลุ ศิริพานิช. (2542ก). *คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์*. หมอชาวบ้าน.

บรรลุ ศิริพานิช. (2542ข). *ผู้สูงอายุไทย: ผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรของสังคม*. หมอชาวบ้าน.

บุญส่ง หาญพานิช. (2546). *การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความรู้ในสถาบันอุดมศึกษาไทย* [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์. (2556). การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงพรรณนาในงานสาธารณสุข. *วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ*, *16*(2), 9-18.

ภมริน เชาวนจินดา. (2542). *ลักษณะทางพุทธศาสนาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

มณี ชุติมาวุฒิกุล. (2543) *ผลที่เกิดขึ้นจากการนำสินเชื่อการเกษตรไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต: ศึกษาเฉพาะกรณี ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) เกษตรกรในเขตภาคกลาง*. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2561). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561*. พริ้นเทอรี่.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2565). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

รักษ์นรินทร์ แก้วศรีมา, ธรรมพร หาญผจญศึก, นันท์นภัส สุจิมา, วธุสิริ ฝั้นคำอ้าย, สุปราณี ใจตา, ปัณณพัฒน์ คำตุ้ย, เปรมวิทย์ เสนาฤทธิ์, และนิตยา บุญมูล. (2560). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท*. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.

วันทนี ขำเพ็ง. (2540). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชนบท จังหวัดนครราชสีมา* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยมหิดล.

วาทินี บุญชะลักษี, และยุพิน วรสิริอมร. (2540). *การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

วาโร เพ็งสวัสดิ์. (2553). การวิจัยพัฒนารูปแบบ. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร. 2*(4), 1-16. https://ph01.tci-thaijo.org/index.php/snru_journal/article/view/10014

วิริยา สุขวงศ์. (2545). *รายงานการวิจัย เรื่อง ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ*. ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทร วิโรฒ.

วีระสิทธิ์ สิทธิ์ไตร, และโยธิน แสวงดี. (2533). *ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและการมีโครงการพัฒนาที่มีต่อวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในหมู่บ้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศรีทับทิม พานิชพันธ์. (2543). *บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในการทำงานสหวิชาชีพ: ทัศนะของนักสังคมสงเคราะห์และสหวิชาชีพ*. ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2538). *ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ: รู้เขารู้เรา* (พิมพ์ครั้งที่ 4). หมอชาวบ้าน.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2540). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย* (พิมพ์ครั้งที่ 7). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2558). *ศัพทานุกรมวิจัยการวิจัยทางประชากรและสังคม ฉบับปี 2558*. https://www.theprachakorn.com/newsDetail.php?id=423

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2544). *การอบรมระยะสั้นสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติ/เวชศาสตร์ครอบครัว: โครงการศึกษาต่อเนื่อง ครั้งที่ 28 สถาบันร่วมผลิตแพทย์ กรมการแพทย์ - มหาวิทยาลัยรังสิต.*สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2545). *สรุปสาระสำคัญแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ 2545-2549*. สำนักนายกรัฐมนตรี.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2559). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบสอง พ.ศ 2560-2564*. สำนักนายกรัฐมนตรี.

สำนักงานวัฒนธรรมจังหวัดกำแพงเพชร. (2564). *ชาติพันธุ์ในจังหวัดกำแพงเพชร*. https://fliphtml5.com/bookcase/zwner?fbclid=IwY2xjawSo59tleHRuA2FlbQIxMABicmlkETFOZm9mQmpEc2xDZUtlYmJUc3J0YwZhcHBfaWQQMjIyMDM5MTc4ODIwMDg5MgABHnzsfGMlOflMQ2NYoj_xUXoNMN87eVRdPgpKC1HD-mO5dVpbgtQ3b6A1cpv-_aem_3icEwd-Q6GmqygBD-qCQvQ

สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. (2547). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546: พร้อมทั้งประวัติ ความเป็นมา กระบวนการ และขั้นตอนในการตราพระราชบัญญัติดังกล่าวของรัฐสภา*. https://www.senate.go.th/assets/portals/93/fileups/257/files/rk/47_62/2547/9.pdf

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567*. https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2567). *ดัชนีความก้าวหน้าของคน (Human Achievement Index: HAI).* https://www.nesdc.go.th/wordpress/wp-content/uploads/2025/12/HAI_Databook_2567-1.pdf

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. (2568). *ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร เขตสุขภาพที่ 3*. https://hdc.moph.go.th/kpt/public/standard-report-detail/bbcb40adb960e0564efba686c316c009

สำนักนายกรัฐมนตรี. (2565). *คณะรัฐมนตรีเห็นชอบแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566–2580).* https://www.prd.go.th/th/content/category/detail/id/33/iid/95201

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2555). *คู่มือสิทธิผู้สูงอายุ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546* (พิมพ์ครั้งที่ 13). เทพเพ็ญวานิสย์.

สุชา จันทร์เอม. (2536). *จิตวิทยาพัฒนาการ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ไทยวัฒนาพาณิช.

สุทธินันท์ น้ำเพชร. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการปรับตัวของผู้สูงอายุภายหลังเกษียณอายุราชการในจังหวัดเพชรบุรี* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุนิสา ค้าขึ้น, หฤทัย กงมหา, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, และวิจิตร แผ่นทอง. (2563). ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, *30*(2), 104-120.

สุนุตตรา ตะบูนพงศ์, วันดี สุทธรังสี, และพัชรียา ไชยลังกา. (2544). การประเมินคุณสมบัติแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลกในกลุ่มผู้สูงอายุไทย. *วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2*(2), 6-12.

สุปรียา ตันสกุล. (2548). *ทฤษฎีและโมเดลการประยุกต์ใช้ในงานสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์*. ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุภางค์ จันทวานิช. (2553). *ทฤษฎีสังคมวิทยา* (พิมพ์ครั้งที่ 3). สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุภาภรณ์ สุดหนองบัว. (2554). การพัฒนาแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุไทย. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, *29*(3), 53-62.

สุภาภรณ์ สุดหนองบัว. (2555). การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุไทย. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, *30*(2), 41-50.

สุภาภรณ์ สุดหนองบัว. (2561). *การวิเคราะห์เชิงประเด็น.เอกสารประกอบการสอนเรื่องเทคนิคการวิเคราะห์เชิงประเด็น*. มหาวิทยาลัยนเรศวร.

สุรกุล เจนอบรม. (2534). *วิทยาการผู้สูงอายุ*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวรรณา อักขระ. (2568). การพัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 10*(3), 75-83. https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/288435

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, และราณี พรมานะจิรังกุล. (2540). *เปรียบเทียบตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของ WHO 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด*.โรงพยาบาลสวนปรุง.

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล. (2545). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ปี พ.ศ. 2545*. https://www.dmh.go.th/test/whoqol/

ไสว พราหมณี. (2538). นโยบายรัฐบาลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. ใน ไสว พราหมณี (บ.ก.), *การสัมมนาโครงการศึกษาวิจัยครบวงจร.* (น. 13-17). มหาวิทยาลัยมหิดล.

องค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้ำไหล. (2564). *ทบทวนแผนพัฒนาท้องถิ่น (พ.ศ. 2561-2565) เปลี่ยนแปลงครั้งที่ 11 พ.ศ. 2564 ขององค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร*. https://www.khlongnamlai.go.th/project-detail?hd=7&id=14138

อัจฉรา นวจินดา และขจีรัตน์ ภิรมย์ธรรมศิริ. (2534). ความพึงพอใจ: ตัวแปรกลางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. ใน เอกสารประกอบการสัมมนา *การประชุมวิชาการ ประชากรศาสตร์แห่งชาติ*. สมาคมนักประชากร.

Abaei, E., & Martin, P. (2026). The Association Between Close Relationships and Happiness Among Older Adults. *International journal of aging & human development*, *102*(2), 150–178. https://doi.org/10.1177/00914150251352197

Acoba, E. F. (2024). Social support and mental health: The mediating role of perceived stress. *Frontiers in Psychology, 15*, 1330720. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1330720

Alonso, M. A. M., Barajas, M. E. S., Ordóñez, J. A. G., Ávila Alpirez, H., Fhon, J. R. S., & Duran-Badillo, T. (2022). Quality of life related to functional dependence, family functioning and social support in older adults. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 56*, e20210482. https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0482en

Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1976). *Social indicators of well-being*. Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-2253-5

Antonucci, T. C., Ajrouch, K. J., & Birditt, K. S. (2014). The convoy model: explaining social relations from a multidisciplinary perspective. *The Gerontologist*, *54*(1), 82–92. https://doi.org/10.1093/geront/gnt118

Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners, 35*(4), 216–224. https://doi.org/10.1080/01944366908977225

AshaRani, P. V., Lai, D., Koh, J., & Subramaniam, M. (2022). Purpose in Life in Older Adults: A Systematic Review on Conceptualization, Measures, and Determinants. *International journal of environmental research and public health*, *19*(10), 5860. https://doi.org/10.3390/ijerph19105860

Atchley, R. C. (1976). Selected social and psychological differences between men and women in later life. *Journal of Gerontology, 31*(2), 204–211. https://doi.org/10.1093/geronj/31.2.204

Atchley, R. C. (1994). *Social forces and aging: An introduction to social gerontology*. Wadsworth.

Aung, T. N. N., Aung, M. N., Moolphate, S., Koyanagi, Y., Ichikawa, M., Supakankunti, S., & Yuasa, M. (2021). Estimating service demand for intermediary care at a community integrated intermediary care center among family caregivers of older adults residing in Chiang Mai, Northern Thailand. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(11), 6087. https://doi.org/10.3390/ijerph18116087

Barrenetxea, J., Yang, Y., Markides, K. S., Pan, A., Koh, W. P., & Feng, Q. (2022). Social support and health among older adults – the Singapore Chinese Health Study. *Ageing and Society, 42*(8), 1921–1937. https://doi.org/10.1017/S0144686X20001944

Baur, P. A., & Okun, M. A. (1983). Stability of life satisfaction in late life. *The Gerontologist, 23*(3), 261–265. https://doi.org/10.1093/geront/23.3.261

Behrendt, D., Spieker, S., Sumngern, C., & Wendschuh, V. (2023). Integrating social support into interventions among the elderly in nursing homes: a scoping review. *BMJ open*, *13*(4), e071962. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-071962

Bentley, T., Onnis, L. A., Vassiley, A., Farr-Wharton, B., Caponecchia, C., Andrew, C., O'Neill, S., De Almeida Neto, A., Huron, V., & Green, N. (2023). A systematic review of literature on occupational health and safety interventions for older workers. *Ergonomics, 66*(12), 1968–1983. https://doi.org/10.1080/00140139.2023.2176550

Berghorn, F. J., & Schafer, D. E. (1981). *The dynamics of aging: Original essays on the process and experience of growing old*. Westview Press.

Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American journal of epidemiology*, *109*(2), 186–204. https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112674

Berkman, L. F. (1997). Looking beyond age and race: The structure of networks, functions of support, and chronic stress. *Epidemiology, 8*(5), 469–470.

Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice Hall.

Borg, W. R., & Gall, M. D. (1989). *Educational research: An introduction* (5th ed.). Longman.

Brown, G. W., Andrews, B., Harris, T., Adler, Z., & Bridge, L. (1986). Social support, self-esteem and depression. *Psychological Medicine, 16*(4), 813–831. https://doi.org/10.1017/s0033291700011831

Caplan, G. (1974). *Support system and community mental health: Theoretical explorations*. Behavioral Publications.

Caplan, N. (1979). The two-communities theory and knowledge utilization. *American Behavioral Scientist, 22*(3), 459–470.

Cassel, J., & Tyroler, H. A. (1961). Epidemiological studies of culture change. I. Health status and recency of industrialization. *Archives of Environmental Health, 3*, 25–33. https://doi.org/10.1080/00039896.1961.10662969

Chang, H. K., Gil, C. R., Kim, H. J., & Bea, H. J. (2020). Factors Affecting Quality of Life Among the Elderly in Long-Term Care Hospitals. *The journal of nursing research: JNR*, *29*(1), e134. https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000413

Changprachak, S. (2023). Long-term care the elderly in Thailand: A policy perspective. *Journal of MCU Nakhondhat, 10*(5), 233–243. https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JMND/article/view/269193

Chen, T. L., Feng, Y. H., Kao, S. L., Lu, J. W., & Loh, C. H. (2022). Impact of integrated health care on elderly population: A systematic review of Taiwan's experience. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 102*, 104746. https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104746

Cheng, G., & Chen, C. (2023). End-of-life needs of dying patients and their families in mainland China: A systematic review. *Omega, 86*(3), 1019–1045. https://doi.org/10.1177/0030222821997340

Choi, E., Han, K. M., Chang, J., Lee, Y. J., Choi, K. W., Han, C., & Ham, B. J. (2021). Social participation and depressive symptoms in community-dwelling older adults: Emotional social support as a mediator. *Journal of Psychiatric Research, 137*, 589–596. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.10.043

Cobb, S. (1976). Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*(5), 300–314. https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003

Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *The American Psychologist, 59*(8), 676–684. https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310–357. https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310

Cronenwett, L. R. (1985). Network structure, social support, and psychological outcomes of pregnancy. *Nursing Research, 34*(2), 93–99.

Cui, Y., Kim, S., Woo, S., & Choi, M. (2025). Gender differences in the association between community care and quality of life among older adults in China. *Scientific reports*, *15*(1), 24588. https://doi.org/10.1038/s41598-025-06040-7

Czaja, S. J., Moxley, J. H., & Rogers, W. A. (2021). Social support, isolation, loneliness, and health among older adults in the PRISM randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology, 12*, 728658. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.728658

Daely, S., Nuraini, T., Gayatri, D., & Pujasari, H. (2021). Impacts of age and marital status on the elderly's quality of life in an elderly social institution. *Journal of public health research*, *11*(2), 2731. https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2731

Damkhong, S., Akkarasuwannakul, A., Raksanam, B., Tubthieng, W., & Raham, P. (2025). Community readiness for an aging society in semi-rural and rural communities of Trang province, Southern Thailand: A mixed-methods approach. *Journal of Cultural Analysis and Social Change, 10*(3), 303–315. https://doi.org/10.64753/jcasc.v10i3.2413

Davis, L. L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research, 5*(4), 194–197.

Denzin, N. (1970). *The research art in sociology*. Butterworth.

Diamond, I. R., Grant, R. C., Feldman, B. M., Pencharz, P. B., Ling, S. C., Moore, A. M., & Wales, P. W. (2014). Defining consensus: a systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *Journal of clinical epidemiology*, *67*(4), 401–409. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.12.002

Dingemans, E., & Henkens, K. (2019). Working After Retirement and Life Satisfaction: Cross-National Comparative Research in Europe. *Research on aging*, *41*(7), 648–669. https://doi.org/10.1177/0164027519830610

Flanagan, J. C. (1982). Measurement of quality of life: Current state of the art. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 63*(2), 56–59.

Frank-Stromborg, M. (1984). Selecting an instrument to measure quality of life. *Oncology Nursing Forum, 11*(5), 88–91.

Ghenţa, M., Matei, A., Mladen-Macovei, L., & Stănescu, S. (2022). Quality of life of older persons: The role and challenges of social services providers. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(14), 8573. https://doi.org/10.3390/ijerph19148573

Gillsjö, C., Nyström, M., Palmér, L., Carlsson, G., Dalheim-Englund, A. C., & Eriksson, I. (2021). Balance in life as a prerequisite for community-dwelling older adults' sense of health and well-being after retirement: An interview-based study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 16*(1), 1984376. https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1984376

GISTDA. (2025). *Thailand is quickly becoming an ultra-aged society: Study*. https://www.straitstimes.com/asia/se-asia/thailands-elderly-population-surges-past-children-study-reveals?utm_source=chatgpt.com

Glushich, A., Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., DeMaranville, J., & Wedding, D. (2025). Positive death attitudes and psychological well-being: examining the influence of the four immeasurables. *Frontiers in public health*, *13*, 1622813. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1622813

Gómez-Batiste, X., Murray, S. A., Thomas, K., Blay, C., Boyd, K., Moine, S., Gignon, M., Van den Eynden, B., Leysen, B., Wens, J., Engels, Y., Dees, M., & Costantini, M. (2017). Comprehensive and Integrated Palliative Care for People with Advanced Chronic Conditions: An Update From Several European Initiatives and Recommendations for Policy. *Journal of pain and symptom management*, *53*(3), 509–517. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.10.361

Good, G. V. (1973). *Dictionary of education* (3rd ed.). McGraw-Hill.

Gottlieb, B. H. (1985). Social networks and social support: An overview of research, practice, and policy implications. *Health Education Quarterly, 12*(1), 5–22. https://doi.org/10.1177/109019818501200102

Haghighi, P., Littler, E. A. L., Mauer-Vakil, D., Miller, M., & Oremus, M. (2024). Exploring the relationship between marital quality and cognitive function: A systematic review. *Social Science & Medicine, 355*, 117120. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117120

Harithasan, D., Mukari, S. Z. S., Ishak, W. S., Shahar, S., & Yeong, W. L. (2020). The impact of sensory impairment on cognitive performance, quality of life, depression, and loneliness in older adults. *International journal of geriatric psychiatry*, *35*(4), 358–364. https://doi.org/10.1002/gps.5237

Haug, M. R., & Folmar, S. J. (1986). Longevity, gender, and life quality. *Journal of Health and Social Behavior, 27*(4), 332–345. https://doi.org/10.2307/2136948

Havighurst, R. J. (1972). *Developmental tasks and education*. David McKay.

Heide, S. K. (2022). Autonomy, identity and health: defining quality of life in older age. *Journal of medical ethics*, *48*(5), 353–356. https://doi.org/10.1136/medethics-2020-107185

Holt-Lunstad, J. (2022). Social connection as a public health issue: The evidence and a systemic framework for prioritizing the "social" in social determinants of health. *Annual Review of Public Health, 43*, 193–213. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-052020-110732

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.

Hsu, C., & Sandford, B. A. (2007). The Delphi Technique: Making Sense of Consensus. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*, *12*, 1-8. https://doi.org/10.7275/pdz9-th90

Hu, X., Summers, J. A., Turnbull, A., & Zuna, N. (2011). The quantitative measurement of family quality of life: A review of available instruments. *Journal of Intellectual Disability Research, 55*(12), 1098–1114. https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2011.01463.x

Huang, W. Y., Huang, H., & Wu, C. E. (2022). Physical activity and social support to promote a health-promoting lifestyle in older adults: An intervention study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(21), 14382. https://doi.org/10.3390/ijerph192114382

Hubbard, P., Muhlenkamp, A. F., & Brown, N. (1984). The relationship between social support and self-care practices. *Nursing Research, 33*(5), 266–270. https://doi.org/10.1097/00006199-198409000-00004

Israel, B. A. (1985). Social networks and social support: Implications for natural helper and community level interventions. *Health Education Quarterly, 12*(1), 65–80. https://doi.org/10.1177/109019818501200106

Joint Committee on Standards for Educational Evaluation. (1994). *The program evaluation standards: How to assess evaluations of educational programs*. Sage.

Joyce, B. R., & Weil, M. (2000). *Models of teaching* (6th ed.). Allyn & Bacon.

Kahn, R. L. (1979). Aging and social support. In M. W. Riley (Ed.), *Aging from birth to death: Interdisciplinary perspective*. Westview.

Kaplan, B. H., Cassel, J. C., & Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical Care, 15*(5 Suppl), 47–58. https://doi.org/10.1097/00005650-197705001-00006

Kast, F. E., & Rosenzweig, J. E. (1985). *Organization and management: A systems and contingency analysis* (4th ed.). McGraw-Hill.

Keeves, J. P. (1997). *Educational research methodology and measurement: An international handbook* (2nd ed.). Pergamon.

Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Deakin University.

Khongboon, P., & Pongpanich, S. (2018). Estimating long-term care costs among Thai elderly: A Phichit province case study. *Journal of Aging Research, 2018*, 4180565. https://doi.org/10.1155/2018/4180565

Kim, J. I., & Kim, G. (2017). Socio-ecological perspective of older age life expectancy: Income, gender inequality, and financial crisis in Europe. *Globalization and health*, *13*(1), 58. https://doi.org/10.1186/s12992-017-0279-8

Kotter, J. P. (1996). *Leading change*. Harvard Business School Press.

Langford, C. P., Bowsher, J., Maloney, J. P., & Lillis, P. P. (1997). Social support: A conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing, 25*(1), 95–100. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025095.x

Latouche, S. (1993). *In the wake of the affluent society: An exploration of post-development*. Zed Books.

Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & Raymond, E. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities. *Social science & medicine (1982)*, *71*(12), 2141–2149. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.041

Li, Y., Luo, L., & Dong, H. (2024). Delivering integrated community care for the elderly: A qualitative case study in Southern China. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 21*(6), 680. https://doi.org/10.3390/ijerph21060680

Liang, L. Y. (2024). The impact of social participation on the quality of life among older adults in China: a chain mediation analysis of loneliness, depression, and anxiety. *Frontiers in public health*, *12*, 1473657. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1473657

Lin, N., Dean, A., & Ensel, W. M. (1981). Social support scales: A methodological note. *Schizophrenia Bulletin, 7*(1), 73–89. https://doi.org/10.1093/schbul/7.1.73

Liu, S. (2023). Analysis of the factors influencing the effectiveness of local government's purchase of older adults care services - a grounded theory study based on typical cases. *Frontiers in Public Health, 11*, 1202472. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1202472

Lloyd-Sherlock, P., Billings, J., Aredes, J. S., Freire Neto, J. B., Camarano, A. A., Macedo Coelho Filho, J., Firmo, J. O. A., Kalache, A., Macinko, J., Sempé, L., & Giacomin, K. C. (2020). Meeting the complex challenge of health and social care provision for rapidly-ageing populations: Introducing the concept of "avoidable displacement from home". *Cadernos de Saude Publica, 36*(3), e00162819. https://doi.org/10.1590/0102-311X00162819

Lu, J., Xiong, J., Tang, S., Bishwajit, G., & Guo, S. (2023). Social support and psychosocial well-being among older adults in Europe during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *BMJ Open, 13*(7), e071533. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071533

Machado, A., Forte, P., & Rodrigues, F. (2026). Comparison of Frailty and Autonomy Levels in Older Adults According to Place of Residence. *Healthcare, 14*(6), 721. https://doi.org/10.3390/healthcare14060721

Macmillan, T. T. (1971). *The Delphi technique*. Paper presented at the annual meeting of the California Junior Colleges Associations Committee on Research and Development Monterey.

Maguire, M. A., & Kroliczak, A. (1983). Attitudes of Japanese and American workers: Convergence or diversity. *The Sociological Quarterly, 24*(1), 107–122. https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1983.tb02231.x

Mahmoud, K., Carr, D., & Onge, J. S. (2024). Marital status and quality of end-of-life experiences among older US adults. *Innovation in Aging, 8*(Suppl 1), 619. https://doi.org/10.1093/geroni/igae098.2027

Marzo, R. R., Khanal, P., Shrestha, S., Mohan, D., Myint, P. K., & Su, T. T. (2023). Determinants of active aging and quality of life among older adults: Systematic review. *Frontiers in Public Health, 11*, 1193789. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1193789

McNall, M. (2018). Joint committee on standards for educational evaluation. In *The SAGE encyclopedia of educational research, measurement, and evaluation* (Vol. 4). SAGE Publications. https://doi.org/10.4135/9781506326139.n365

Meeberg, G. A. (1993). Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 18*(1), 32–38. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18010032.x

Miankerd, W. (2023). Justice of care for the elderly for family caregivers in Thai society. *Social Science Asia, 9*(4), 35–47. https://socialscienceasia.nrct.go.th/index.php/SSAsia/article/view/369

Mick, P., Parfyonov, M., Wittich, W., Phillips, N., Guthrie, D., & Kathleen Pichora-Fuller, M. (2018). Associations between sensory loss and social networks, participation, support, and loneliness: Analysis of the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, *64*(1), e33–e41.

Motegi, H., Nishimura, Y., & Oikawa, M. (2020). Retirement and health investment behaviors: An international comparison. *The Journal of the Economics of Ageing, 11*, 100267. https://doi.org/10.1016/j.jeoa.2020.100267

Nagao-Sato, S., Akamatsu, R., Karasawa, M., Tamaura, Y., Fujiwara, K., Nishimura, K., & Sakai, M. (2023). Associations between patterns of participation in community activities and social support, self-efficacy, self-rated health among community-dwelling older adults. *Journal of Psychiatric Research, 157*, 82–87. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.11.023

Nasa, P., Jain, R., & Juneja, D. (2021). Delphi methodology in healthcare research: How to decide its appropriateness. *World journal of methodology*, *11*(4), 116–129. https://doi.org/10.5662/wjm.v11.i4.116

Nie, P., Li, Y., Ding, L., & Sousa-Poza, A. (2021). Housing Poverty and Healthy Aging in China: Evidence from the China Health and Retirement Longitudinal Study. *International journal of environmental research and public health*, *18*(18), 9911. https://doi.org/10.3390/ijerph18189911

Niederberger, M., & Spranger, J. (2020). Delphi Technique in Health Sciences: A Map. *Frontiers in public health*, *8*, 457. https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00457

Noto, S. (2023). Perspectives on aging and quality of life. *Healthcare (Basel), 11*(15), 2131. https://doi.org/10.3390/healthcare11152131

OECD. (2025). *Health at a glance 2025: OECD indicators*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en

Papi, S., & Cheraghi, M. (2021). Multiple factors associated with life satisfaction in older adults. *Przeglad menopauzalny = Menopause review*, *20*(2), 65–71. https://doi.org/10.5114/pm.2021.107025

Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Appleton and Lange.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2002). *Health promotion in nursing practice* (4th ed.). Prentice Hall.

Peng, Y., Wu, T., Chen, Z., & Deng, Z. (2022). Value Cocreation in Health Care: Systematic Review. *Journal of medical Internet research*, *24*(3), e33061. https://doi.org/10.2196/33061

Pengpid, S., & Peltzer, K. (2024). Prevalence and Associated Factors of Depressive Symptoms among Older Adults in the Philippines. *Actas espanolas de psiquiatria*, *52*(5), 705–715. https://doi.org/10.62641/aep.v52i5.1686

Pilisuk, M. (1982). Delivery of social support: The social inoculation. *American Journal of Orthopsychiatry, 52*(1), 20–31. https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb02661.x

Pretty, J. N. (1995). Participatory learning for sustainable agriculture. *World Development, 23*(8), 1247–1263. https://doi.org/10.1016/0305-750X(95)00046-F

Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Simon and Schuster.

Ratmanee, Y., & Tongkumchum , P. (2023). Demographic related quality of life of the aging population in Thailand. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, *11*(1), 87–95. https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20234112

Reinschmidt, K. M., Alhay, Z. A., Kleszynski, K. L., & Jennings, L. A. (2025). Geriatric-focused education for community health workers: A dementia training that effectively provides knowledge and skills to address dementia within the scope of practice of this public health workforce. *Frontiers in Public Health, 13*, 1601388. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1601388

Roy, C. (1976). *Introduction to nursing: An adaptation model*. Prentice Hall.

Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine, 4*(4), 381–406. https://doi.org/10.1007/BF00846149

Senkrua, A. (2024). The Intergenerational Co-residence and Happiness of Elders in Thailand. *Journal of Business, Innovation and Sustainability*, 19(4). https://so02.tci-thaijo.org/index.php/BECJournal/article/view/270313

Shang, Z. (2023). Use of Delphi in health sciences research: A narrative review. *Medicine*, *102*(7), e32829. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000032829

Sheafor, B. W., Horejsi, C. R., & Horejsi, G. A. (2000). *Techniques and guidelines for social work practice* (5th ed.). Allyn and Bacon.

Sheldon, K. M. (2004). *Optimal human being: An integrated multi-level perspective*. Erlbaum.

Siriwan, L. (2024). A guideline for local elderly policy development in Thailand. *Asia Social Issues, 17*(6), e264840. https://doi.org/10.48048/asi.2024.264840

Soponnark, A., & Kespichayawattana, J. (2022). Lived Experiences of Being Hearing Impaired Older People. *Nursing Research and Innovation Journal*, *28*(3). https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/253660

Souza, E. V., Cruz, D. P., Silva, C. D. S., Rosa, R. S., Santos, G. D. S., & Sawada, N. O. (2021). Association between sexuality and quality of life in older adults. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 55*, e20210066. https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0066

Stewart, C. C., Yu, L., Glover, C., Mottola, G., Valdes, O., Wilson, R. S., Bennett, D. A., & Boyle, P. A. (2023). Well-being and aging-related decline in financial and health literacy in advanced age. *The Journals of Gerontology: Series B, 78*(9), 1526–1532. https://doi.org/10.1093/geronb/gbad059

Stolarz, I., Baszak, E. M., Zawadka, M., & Majcher, P. (2022). Functional status, quality of life, and physical activity of senior club members—A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(3), 1900. https://doi.org/10.3390/ijerph19031900

Streiner, D. L., & Norman, G. R. (1999). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use*. Oxford University Press.

Stufflebeam, D. L. (2000). The CIPP model for evaluation. In D. L. Stufflebeam, G. F. Madaus, & T. Kellaghan (Eds.), *Evaluation models: Viewpoints on educational and human services evaluation* (2nd ed., pp. 280–317). Kluwer Academic.

Sum, G., Lau, L. K., Jabbar, K. A., Lun, P., George, P. P., Munro, Y. L., & Ding, Y. Y. (2023). The World Health Organization (WHO) Integrated Care for Older People (ICOPE) framework: A narrative review on its adoption worldwide and lessons learnt. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(1), 154. https://doi.org/10.3390/ijerph20010154

Sun, Y., & Buranaut, I. (2025). Age-friendly Rural Communities: A Multi-Case Study on Public Space Innovations for Active Aging. *Journal of Community Development Research (Humanities and Social Sciences)*, *18*(2), 11–30. https://doi.org/10.69650/jcdrhs.2025.906

Thasuwanain, T., Supasri, S., Phanwong, W., & Manerut, V. (2024). Quality of Life and Self-Esteem among Older Adults in Chiang Khong District, Chiang Rai Province. *Journal of Nursing and Public Health Research*, *4*(3), e266085. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr/article/view/266085

The WHOQOL Group. (1994). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In J. Orley & W. Kuyken (Eds.), *Quality of life assessment: International perspectives*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-79123-9_4

Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior, 23*(2), 145–159. https://doi.org/10.2307/2136511

Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior, 52*(2), 145–161. https://doi.org/10.1177/0022146510395592

UN ESCAP. (1999). *Macau plan of action on ageing for Asia and the Pacific*. https://hdl.handle.net/20.500.12870/6344

UN ESCAP. (2002). *Economic and social survey of Asia and the Pacific 2002: Economic prospects: Preparing for recovery*. https://hdl.handle.net/20.500.12870/1629

UNESCO. (1993). *Quality of life improvement programmes*. UNESCO Regional Office.

United Nations Department of Economic and Social Affairs. (2020). *World Population Ageing 2020 Highlights: living arrangements of older persons*. https://digitallibrary.un.org/record/3898412?v=pdf

United Nations Department of Economic and Social Affairs. (2022). *World population prospects 2022: Summary of results*. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf

United Nations General Assembly. (2007). *Convention on the rights of persons with disabilities and optional protocol*. UN.

United Nations Population Fund. (2023). *Ageing*. https://asiapacific.unfpa.org/en/topics/ageing

United Nations. (2006). *Guidelines for review and appraisal of the Madrid International Plan of Action on Ageing*. https://unece.org/DAM/pau/_images/MIPAA_Review_guidelines_global.pdf

United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*. United Nations.

United Nations. (2020). *World Population Ageing 2020 Highlights*. https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210051934/read

United Nations. (2023). *World Social Report 2023: Leaving No One Behind in an Ageing World*. https://desapublications.un.org/publications/world-social-report-2023-leaving-no-one-behind-ageing-world

United Nations. (2024). *World Social Report*. https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789211065183/read

Von Bertalanffy, L. (1972). The history and status of general systems theory. *The Academy of Management Journal, 15*(4), 407–426. https://doi.org/10.2307/255139

Wang, L., & Yi, Z. (2023). Marital status and all-cause mortality rate in older adults: a population-based prospective cohort study. *BMC geriatrics*, *23*(1), 214. https://doi.org/10.1186/s12877-023-03880-8

Wangpitipanit, S., Piyatrakul, S., & Tongvichean, T. (2024). Integrated community-based care for dependent older people community participation in preparation for recurrent outbreaks of COVID-19. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, 17*, 4519–4530. https://doi.org/10.2147/JMDH.S441501

Wantong, C., Chodnock, K., Kitthanarut, V., Salukkham, E., Piwpong, R., Marangsee, S., & Sangsakda, P. (2025). The development of spatial database management system for elderly case study: Khaen Dong sub-district, Khaen Dong district, Buriram province. *Phranakhon Rajabhat Research Journal: Humanities and Social Sciences, 20*(1), 142–157. https://so05.tci-thaijo.org/index.php/PNRU_JHSS/article/view/275304

Wayne, W. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences* (6th ed.). John Wiley & Sons.

Weeks, J. R. (1984). *Aging: Concepts and social issues*. Wadsworth.

Wen, F. H., Chou, W. C., Chen, J. S., Chang, W. C., Hsu, M. H., & Tang, S. T. (2022). Sufficient Death Preparedness Correlates to Better Mental Health, Quality of Life, and EOL Care. Journal of pain and symptom management, 63(6), 988–996. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.02.014

Whiteford, P., & Whitehouse, E. (2006). Pension challenges and pension reforms in OECD countries. *Oxford Review of Economic Policy, 22*(1), 78–94. https://doi.org/10.1093/oxrep/grj006

Witkin, B. R., & Altschuld, J. W. (1995). *Planning and conducting needs assessment: A practical guide*. Sage.

World Health Organization South-East Asia Regional Office. (2023). *Thailand's leadership and innovations towards healthy ageing*. https://www.who.int/southeastasia/news/feature-stories/detail/thailands-leadership-and-innovation-towards-healthy-ageing

World Health Organization. (2001). *The world health report 2001: Mental health: New understanding, new hope*.

World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. World Health Organization.

World Health Organization. (2006). *WHOQOL-OLD manual*. World Health Organization.

World Health Organization. (2007). *Global age-friendly cities: A guide*. World Health Organization.

World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042

World Health Organization. (2017). *Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. World Health Organization.

World Health Organization. (2020). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. World Health Organization.

World Health Organization. (2023). National programmes for age-friendly cities and communities: a guide. https://www.who.int/publications/i/item/9789240068698

World Health Organization. (2023). *Progress report on the United Nations decade of healthy ageing, 2021-2023: executive summary*. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/4a27952d-22b1-4817-883b-da45467f56fc/content

World Health Organization. (2024). *Ageing and health*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

Yarbrough, D. B., Shulha, L. M., Hopson, R. K., & Caruthers, F. A. (2011). *The program evaluation standards: A guide for evaluators and evaluation users* (3rd ed.). Sage.

Yoon, S. (2024). Elder abuse victimization, mental health, and protective factors. *Aging & Mental Health, 28*(10), 1334–1342. https://doi.org/10.1080/13607863.2024.2326992

Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing, 17*(7), 795–800. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb02000.x

Zhang, Y., & Sun, L. (2024). The health status, social support, and subjective well-being of older individuals: Evidence from the Chinese General Social Survey. *Frontiers in Public Health, 12*, 1312841. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1312841

Zhong, Q., Chen, C., & Chen, S. (2023). Effectiveness on Quality of Life and Life Satisfaction for Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Life Review and Reminiscence *Therapy across Settings. Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, *13*(10), 830. https://doi.org/10.3390/bs13100830

Zhou, J., Wang, Y., & Yang, L. (2025). Living arrangements and associations with well-being among older adults in China: a national population-based study. *BMC geriatrics*, *25*(1), 1071. https://doi.org/10.1186/s12877-025-06787-8

Zhou, J., Yang, Y., Li, S., Mao, N., Chen, X., Wang, D., Zhang, Y., Shi, X., Li, J., Gao, X., Tao, S., Pu, X., Lu, J., & Hu, X. (2025). Patterns of social participation among older adults and their association with self-rated health: the mediating role of activities of daily living. *Aging clinical and experimental research*, *37*(1), 221. https://doi.org/10.1007/s40520-025-03131-3

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment, 52*(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกระยะที่ 1

เรื่อง รูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์เชิงลึกนี้ ออกแบบเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในประเด็นที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

2.1 สุขภาพของผู้สูงอายุ การมีโรคประจำตัว การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกายและการออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน

2.2 สภาพความเป็นอยู่ในครอบครัว ค่าใช้จ่ายประจำวันและการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว และลักษณะที่อยู่อาศัย

2.3 ลักษณะการมีส่วนร่วมและการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุกับครอบครัว และในชุมชน/หมู่บ้าน

2.4 การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความช่วยเหลือ หรือการจัดสวัสดิการต่าง ๆ การอำนวยความสะดวกจากภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรภาคเอกชนให้แก่ผู้สูงอายุ

2.5 สภาพสิ่งแวดล้อม หรือสิ่งรบกวนต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน หรือสภาพปัญหาในครอบครัวผู้สูงอายุ

2.6 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

1. เพศ

( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง ( )

2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี ( )( )

3. สถานภาพสมรส

( ) 1. โสด ( ) 2. สมรส ( )

( ) 3. หม้าย ( ) 4. หย่า

( ) 5. แยก

4. ท่านจบการศึกษาสูงสุดระดับใด ( )

( ) 1. ไม่เคยเรียน ( ) 2. ประถมศึกษา

( ) 3. มัธยมศึกษา ( ) 4. อาชีวศึกษา/ประกาศนียบัตร

( ) 5. ระดับปริญญา ( ) 6. อื่น ๆ ระบุ.....

5. ปัจจุบันอาชีพหลักของท่าน คือ ( )

( ) 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ เพราะ.....

รายได้+ค่าใช้จ่าย ได้มาจากแหล่งใด.....

( ) 2. รับจ้าง ( ) 3. ค้าขาย

( ) 4. ข้าราชการบำนาญ ( ) 5. ทำไร่ ทำนา ทำสวน

( ) 6. อื่น ๆ ระบุ.....

6. ท่านได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการหรือไม่ ( )

( ) 1. ไม่ได้รับ ( ) 2. ได้รับ

7. รายได้ของท่านเพียงพอกับรายจ่ายต่อเดือนหรือไม่ ( )

( ) 1. ไม่เพียงพอ ระบุวิธีแก้ปัญหา.....

( ) 2. เพียงพอ ( ) 3. มีเงินเหลือเก็บ

8. ปัจจุบันท่านพักอาศัยอยู่กับใคร ( )

( ) 1. อยู่คนเดียว ( ) 2. อยู่กับคู่สมรส

( ) 3. อยู่กับบุตรหลาน ( ) 4. อยู่กับญาติ

( ) 5. อยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน ( ) 6. อยู่กับบุตรหลาน ญาติ

( ) 7. อยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน หรือญาติ

9. ปัจจุบันบ้านที่ท่านพักอาศัยเป็นของใคร มีสมาชิกเท่าไหร่ ( )

( ) 1. บ้านของตนเอง/สามี/ภรรยา มีสมาชิก.....คน ( ) ( )

( ) 2. บ้านบุตรหลาน มีสมาชิก.....คน ( ) ( )

( ) 3. บ้านญาติ มีสมาชิก.....คน ( ) ( )

( ) 4. บ้านเพื่อน, คนรู้จัก มีสมาชิก.....คน ( ) ( )

( ) 5. บ้านเช่า หอพัก มีสมาชิก.....คน ( ) ( )

( ) 6. อื่น ๆ ระบุ..... มีสมาชิก.....คน ( ) ( )

10. ท่านมีภาระที่ต้องรับผิดชอบในครอบครัวหรือไม่

( ) 1. ไม่มี ( )

( ) 2. มี โปรดระบุภาระที่ต้องรับผิดชอบ ( )

( ) 1. หุงข้าว ( ) 2. ปลูกต้นไม้ ทำสวนครัว

( ) 3. ซักผ้า รีดผ้า ( ) 4. กวาดบ้าน ถูบ้าน

( ) 5. ล้างจาน ( ) 6. เลี้ยงสัตว์

( ) 7. เลี้ยงหลาน ( ) 8. อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

2.1 สุขภาพของผู้สูงอายุ การมีโรคประจำตัว การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกายและการออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน

2.1.1 ท่านคิดว่า สุขภาพของท่านเป็นอย่างไร

.....

.....

ท่านมีโรคประจำตัวอะไรบ้าง

.....

.....

ท่านสามารถอยู่กับโรคเหล่านั้นอย่างเป็นปกติสุขหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

2.1.2 ในแต่ละวันท่านได้ขยับร่างกายหรือออกกำลังกายบ้างหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

ท่านคิดว่า สภาพการเคลื่อนไหวร่างกายของท่านอยู่ในระดับใด เพราะเหตุใด

.....

.....

2.2 สภาพความเป็นอยู่ในครอบครัว ค่าใช้จ่ายประจำวันและการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว และลักษณะที่อยู่อาศัย

2.2.1 ท่านคิดว่า ตัวท่านมีปัญหาอะไรบ้างในครอบครัว

.....

.....

2.2.2 ท่านคิดว่า สภาพความเป็นอยู่ของตัวท่านเป็นอย่างไร

.....

.....

ท่านคิดว่า ท่านมีภาระค่าใช้จ่ายพอเพียงหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

2.3 ลักษณะการมีส่วนร่วมและการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุกับครอบครัว และในชุมชน/หมู่บ้าน

2.3.1 ท่านคิดว่า สถานภาพของผู้สูงอายุในชุมชนของท่านเป็นอย่างไร

.....

.....

2.3.2 ท่านคิดว่า ในชุมชนของท่านผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมมากน้อยเพียงใด

.....

.....

2.4 การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความช่วยเหลือ หรือการจัดสวัสดิการต่าง ๆ การอำนวยความสะดวกจากภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรภาคเอกชนให้แก่ผู้สูงอายุ

2.4.1 รัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดสวัสดิการช่วยเหลือคุ้มครองอะไรบ้าง และท่านมีความคิดเห็นอย่างไร

.....

.....

2.4.2 ท่านได้รับข้อมูลข่าวสาร การอำนวยความสะดวก จากภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรภาคเอกชน อะไรบ้าง อย่างไร

.....

.....

2.5 สภาพสิ่งแวดล้อม หรือสิ่งรบกวนต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน หรือสภาพปัญหาในครอบครัวผู้สูงอายุ

2.5.1 ท่านคิดว่า ลักษณะที่อยู่อาศัยของท่านมีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

ในครอบครัว และชุมชนของท่าน มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

2.5.2 บริเวณบ้านเรือนหรือที่พักอาศัยของท่าน มีสภาพอากาศเป็นอย่างไร เหมาะสมหรือไม่

.....

.....

มีสิ่งรบกวนความเป็นอยู่ของท่านหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

2.5.3 บ้านเรือนหรือที่พักอาศัยของท่าน มีความปลอดภัยจากโจรผู้ร้าย อาชญากรรมหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

2.6 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน

2.6.1 ท่านคิดว่า มีปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

.....

.....

.....

.....

2.6.2 ท่านมีข้อเสนอแนะหรือแนวทางต่อการพัฒนาพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

1. เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพ หรือมีเรื่องกังวลใจ มีใครเป็นผู้ให้คำแนะนำปรึกษา หรือช่วยเหลือแก่ท่าน

.....

.....

.....

2. ท่านได้รับคำแนะนำเรื่อง การรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม จากใครบ้าง อย่างไร

.....

.....

.....

3. ท่านได้รับความรู้และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จากใครบ้าง อย่างไร

.....

.....

.....

4. ท่านมีความพึงพอใจอย่างไร ต่อการช่วยเหลือดูแลจากรัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

.....

.....

.....

5. ท่านได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมด้านการดูแลสุขภาพจากหน่วยงานใดบ้าง อย่างไร

.....

.....

.....

6. ท่านได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ (เช่น การออกกำลังกาย การคมนาคม การสื่อสาร ฯลฯ) จากหน่วยงานใดบ้าง อย่างไร

.....

.....

.....

.....

7. ท่านผูกมิตรหรือเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนบ้าน ชมรมผู้สูงอายุ และคนอื่น ๆ ในชุมชน หรือไม่อย่างไร

.....

.....

.....

.....

8. ท่านเข้าร่วมกลุ่มต่างๆ เช่น ชมรม กลุ่ม กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ สภากาแฟ หรือสถาบันต่าง ๆ ในชุมชนหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

.....

9. ท่านมีความเห็นอย่างไร ต่อการช่วยเหลือดูแลของกลุ่ม/ชมรม/หน่วยงานรัฐ/เอกชน ต่อผู้สูงอายุในชุมชน

.....

.....

.....

.....

10. ท่านเข้าร่วมทำกิจกรรมทางสังคม เช่น การประชาคมหมู่บ้าน ประชุมกองทุนต่าง ๆ ร่วมกับเพื่อนบ้าน ชุมชน หมู่บ้านและท้องถิ่นหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

.....

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถาม ระยะที่ 2

เรื่อง รูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดกำแพงเพชร

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ ใช้เพื่อสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ในประเด็นที่เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคม และการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

2.1 สุขภาพกายของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ, โรคและการเจ็บป่วย, ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ

2.2 ความสามารถเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activity of Daily Living Index : ADL) จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 24 ข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

1. เพศ

( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง ( )

2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี ( ) ( )

3. สถานภาพสมรส

( ) 1. โสด ( ) 2. สมรส ( )

( ) 3. หม้าย ( ) 4. หย่า

( ) 5. แยก

4. ท่านจบการศึกษาสูงสุดระดับใด ( )

( ) 1. ไม่เคยเรียน ( ) 2. ประถมศึกษา

( ) 3. มัธยมศึกษา ( ) 4. อาชีวศึกษา/ประกาศนียบัตร

( ) 5. ระดับปริญญา ( ) 6. อื่น ๆ ระบุ.....

5. ปัจจุบันอาชีพหลักของท่านคือ ( )

( ) 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ เพราะ.....

รายได้+ค่าใช้จ่าย ได้มาจากแหล่งใด.....

( ) 2. รับจ้าง ( ) 3. ค้าขาย

( ) 4. ข้าราชการบำนาญ ( ) 5. ทำไร่ ทำนา ทำสวน

( ) 6. อื่น ๆ ระบุ.....

6. ท่านได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการหรือไม่ ( )

( ) 1. ไม่ได้รับ ( ) 2. ได้รับ

7. รายได้ของท่านเพียงพอกับรายจ่ายต่อเดือน ( )
หรือไม่

( ) 1. ไม่เพียงพอ ระบุวิธีแก้ปัญหา.....

( ) 2. เพียงพอ ( ) 3. มีเงินเหลือเก็บ

8. ปัจจุบันท่านพักอาศัยอยู่กับใคร ( )

( ) 1. อยู่คนเดียว ( ) 2. อยู่กับคู่สมรส

( ) 3. อยู่กับบุตรหลาน ( ) 4. อยู่กับญาติ

( ) 5. อยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน ( ) 6. อยู่กับบุตรหลาน ญาติ

( ) 7. อยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน หรือญาติ

9. ปัจจุบันบ้านที่ท่านพักอาศัยเป็นของใคร มีสมาชิกเท่าไหร่ ( )

( ) 1. บ้านของตนเอง/สามี/ภรรยา มีสมาชิก.....คน ( ) ( )

( ) 2. บ้านบุตรหลาน มีสมาชิก.....คน

( ) 3. บ้านญาติ มีสมาชิก.....คน

( ) 4. บ้านเพื่อน, คนรู้จัก มีสมาชิก.....คน

( ) 5. บ้านเช่า หอพัก มีสมาชิก.....คน

( ) 6. อื่น ๆ ระบุ..... มีสมาชิก.....คน

10. ท่านมีภาระที่ต้องรับผิดชอบในครอบครัวหรือไม่

( ) 1. ไม่มี ( )

( ) 2. มี โปรดระบุภาระที่ต้องรับผิดชอบ ( )

( ) 1. หุงข้าว ( ) 2. ปลูกต้นไม้ ทำสวนครัว

( ) 3. ซักผ้า รีดผ้า ( ) 4. กวาดบ้าน ถูบ้าน

( ) 5. ล้างจาน ( ) 6. เลี้ยงสัตว์

( ) 7. เลี้ยงหลาน ( ) 8. อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.1 สุขภาพกายของผู้สูงอายุ

1. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (BMI) = ...กก./ตร.ม.
2. ความสามารถในการมองเห็น ( ) 1. เห็นชัดเจน ( ) 2. เห็นไม่ชัดมัว ( ) 3. ไม่เห็น
3. ความสามารถในการได้ยิน ( ) 1. ได้ยินชัดเจน ( ) 2. ได้ยินไม่ชัดเจน ( ) 3. ไม่ได้ยิน

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

4. สุขภาพโดยทั่วไปในปัจจุบัน เป็นอย่างไร

( ) 1. ดีมาก ( ) 2. ดี ( ) 3. ปานกลาง ( ) 4. แย่ ( ) 5. แย่มาก

5. เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่มีอายุเท่ากัน สุขภาพเป็นอย่างไร

( ) 1. ดีกว่า ( ) 2. เท่ากัน ( ) 3. ด้อยกว่า ระบุ.....

6. อุปกรณ์ทางการแพทย์/เครื่องช่วยเหลือที่ใช้

( ) 1. ไม่มี

( ) 2. มี โปรดระบุอุปกรณ์ทางการแพทย์/เครื่องช่วยเหลือที่ใช้

( ) 1. ฟันปลอม ( ) 2. ไม้เท้า ( ) 3. อุปกรณ์ช่วยเดิน

( ) 4. รถนั่งเข็น ( ) 5. เครื่องช่วยฟัง ( ) 6. แว่นตา

( ) 7. อื่น ๆ ระบุ.....

7. การป่วยเป็นโรค หรือมีภาวะเจ็บป่วย

โรค หรือภาวะเจ็บป่วย	มี/เป็น	ไม่มี/ไม่เป็น	ไม่ทราบ
1. ความดันโลหิตสูง			
2. เบาหวาน			
3. โรคหัวใจ			
4. หลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งพอง หอบหืด ปอดอักเสบ			
5. วัณโรคปอด			
6. ต้อหิน			
7. ต้อกระจก			
8. มะเร็ง			
9. ต่อมลูกหมากโต			
10. กระเพาะอาหาร กระเพาะอาหารอักเสบ			
11. ข้อเสื่อม เก๊าต์ รูมาตอยด์ ปวดข้อ			
12. โรคพาร์กินสัน โรคสั่น			
13. โรคไต			
14. สมองเสื่อม โรคหลงลืม ความจำเสื่อม			
15. แผลกดทับ			
16. อื่น ๆ ระบุ.....			

ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ

8. ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา

ท่านเคยมีปัญหาเหล่านี้ หรือไม่	มี/เป็น	ไม่มี/ไม่เป็น	ไม่ทราบ
1. หกล้ม			
2. กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (มีปัสสาวะเล็ด-ราด ปัสสาวะลำบาก ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ขณะไอ/หัวเราะ/หรือเคลื่อนไหว ไม่สามารถควบคุมการขับปัสสาวะได้)			
3. ท้องผูก/อุจจาระราด (ไม่สามารถกลั้นอุจจาระได้)			
4. มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ (ตื่นกลางคืน นอนหลับกลางวันมาก)			
5. สูญเสียความจำ (ขี้ลืม ทบทวนความจำได้ยาก)			
6. มีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร (เคี้ยวและกลืนลำบาก ไม่อยากรับประทานอาหาร มีอาการเจ็บปวดในช่องปาก)			
7. มีปัญหาเรื่องการได้ยิน (ได้ยินไม่ชัดเจน ใช้เครื่องช่วยฟัง)			
8. มีปัญหาเรื่องการมองเห็น (สายตายาว เห็นไม่ชัดเจน)			
9. มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนที่ (เดินลำบาก ใช้อุปกรณ์ช่วย)			
10. มีปัญหาเรื่องการนอนกรน			
11. ปัญหาอื่น ๆ ระบุ.....			

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

9. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา

พฤติกรรมสุขภาพ	ไม่เคย	บางครั้ง	สม่ำเสมอ
1. ออกกำลังกาย			
2. ทำงานอดิเรก (ทำสวน เย็บปักถักร้อย จักสาน เลี้ยงสัตว์ ฯลฯ)			
3. สูบบุหรี่			
4. ดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์			
5. รับประทานอาหารเพียงพอกับความต้องการในแต่ละวัน ทั้งเนื้อสัตว์ แป้ง และไขมัน			
6. รับประทานผัก ผลไม้ สม่ำเสมอ			
7. รับประทานอาหารเสริม (รวมทั้งสมุนไพร วิตามิน แร่ธาตุ)			
8. ตรวจร่างกายสม่ำเสมอ (ตรวจร่างกายโดยไม่ได้รักษาโรค)			
9. ร่วมกิจกรรมของชุมชน (การพัฒนาชุมชน การประชุมหมู่บ้าน การประชาคม)			

2.2 ความสามารถเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุ

1. ผู้ให้ข้อมูล : ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน

   ( ) 1. ผู้สูงอายุ ( ) 2. ผู้ดูแล ระบุ.....

   ( ) 3. ผู้สัมภาษณ์ ( ) 4. อื่นๆ ระบุ.....

2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activity of Daily Living (ADL) Index)

ข้อความ	คะแนน
1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า) 0 ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนช่วยป้อนให้ 1 ตักอาหารเองได้ แต่งต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า 2 ตักอาหารและช่วยตนเองได้เป็นปกติ	
2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา) 0 ความต้องการความช่วยเหลือ 1 ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) 0 ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้สองคนช่วยกันยกขึ้น 1 ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คน พยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ 2 ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม ช่วยพยุงเล็กน้อย ต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย 3 ทำได้เอง	
4. Toilet use (ใช้ห้องสุขา) 0 ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ 1 ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตนเองได้หลังธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง 2 ช่วยเหลือตนเองได้ดี (ขึ้นนั่งหรือลงจากชักโครกได้เอง ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) 0 เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ 1 ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ 2 เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง บอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย 3 เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	
6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) 0 ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยเหลือตนเองแทบไม่ได้ หรือน้อย 1 ช่วยเหลือตนเองได้ราว ร้อยละ 50 2 ช่วยเหลือตนเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	
7. Stair (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) 0 ไม่สามารถทำได้ 1 ต้องการคนช่วย 2 ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)	

ข้อความ	คะแนน
8. Bathing (การอาบน้ำ) 0 ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ 1 อาบน้ำเองได้	
9. Bowel (การกลั้น การถ่ายอุจจาระ ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) 0 กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอย่างสม่ำเสมอ 1 กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์) 2 กลั้นได้ปกติ	
10. Bladder (การกลั้นปัสสาวะ ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) 0 กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ 1 กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1ครั้ง) 2 กลั้นได้เป็นปกติ	
รวม	.....

หมายเหตุ

1. เป็นการวัดว่าผู้ป่วยทำอะไรได้บ้าง (ทำอยู่ได้จริง) ไม่ใช่เป็นการทดสอบว่า/หรือถามว่าสามารถทำได้หรือไม่
2. โดยทั่วเป็นการสอบถามถึงกิจที่ปฏิบัติในระยะ 24-48 ชั่วโมง
3. จุดประสงค์เป็นการวัดระดับ Independence ดังนั้น ถ้าหากมีคนคอยดูแลหรือเฝ้าระวังเวลาปฏิบัติกิจให้ถือว่าได้คะแนนไม่เต็ม
4. ถ้าหมดสติให้คะแนน 0 ทั้งหมด
5. เกณฑ์การประเมิน
   * ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป
   * ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน
   * ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการช่วยเหลือและสนับสนุนจากบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ เช่น คู่สมรส บุตร บุคคลในครอบครัว และเพื่อนบ้านหรือบุคคลที่ได้มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ในด้าน (1) การเงิน (2) แรงกาย (3) สิ่งของ และ (4) อารมณ์ โดยแบ่งกลุ่มในการวิเคราะห์ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) แรงสนับสนุนจากครอบครัว (2) แรงสนับสนุนจากเพื่อน และ (3) แรงสนับสนุนจากแหล่งอื่น ๆ

1. ท่านมีบุคคลพิเศษอยู่เคียงข้าง เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือมากน้อยเพียงใด SSQ1 ( )

1	2	3	4	5
น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

2. ท่านต้องการมีคนพิเศษ ผู้ซึ่งท่านสามารถร่วมทุกข์และร่วมสุขได้มากน้อยเพียงใด SSQ2 ( )

1	2	3	4	5
น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

3. ครอบครัวของท่านพยายามที่จะช่วยเหลือท่านอย่างจริงจัง มากน้อยแค่ไหน SSQ3 ( )

1	2	3	4	5
น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

4. ท่านได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนในสิ่งที่ท่านต้องการ จากครอบครัวของท่านมากน้อยเพียงใด SSQ4 ( )

1	2	3	4	5
น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

5. ท่านมีบุคคลพิเศษผู้ซึ่งคอยปลอบโยนท่านอย่างแท้จริง มากน้อยเท่าไร SSQ5 ( )

1	2	3	4	5
น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

6. เพื่อนของท่านพยายามที่จะช่วยเหลือท่านจริงๆ มากน้อยแค่ไหน SSQ6 ( )

1	2	3	4	5
น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

7. ท่านสามารถพึ่งพาเพื่อนของท่านได้มากน้อยแค่ไหน เมื่อมีบางสิ่งผิดพลาดเกิดขึ้น SSQ7 ( )

1	2	3	4	5
น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

8. ท่านสามารถบอกเล่าปัญหากับครอบครัวอย่างง่ายดาย ได้มากน้อยแค่ไหน SSQ8 ( )

1	2	3	4	5
น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

9. ท่านมีเพื่อนผู้ซึ่งท่านสามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขได้ มากเท่าไร SSQ9 ( )

1	2	3	4	5
น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

10. ท่านมีบุคคลพิเศษในชีวิตของท่านผู้ซึ่งเอาใจใส่ในความรู้สึกของท่าน มากเท่าไร SSQ10 ( )

1	2	3	4	5
น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

11. ครอบครัวของท่านเต็มใจที่จะช่วยเหลือท่านในการตัดสินใจ มากน้อยแค่ไหน SSQ11 ( )

1	2	3	4	5
น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

12. ท่านสามารถบอกเล่าปัญหากับเพื่อนของท่านได้ มากน้อยแค่ไหน SSQ12 ( )

1	2	3	4	5
น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับ ความมากน้อยในประสบการณ์ที่ท่านมี **ในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา** เช่น ความเป็นอิสระ และความรู้สึกต่อการกำหนดชีวิตของตัวท่านเอง ถ้าท่านมีประสบการณ์เกี่ยวกับสิ่งต่างๆ เหล่านี้ มากที่สุด โปรดตอบ **“มากที่สุด”** และถ้าท่านไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับสิ่งต่างๆ เหล่านี้ โปรดตอบ **“ไม่เลย”**

1. การที่ท่านสูญเสียการรับรู้ (เช่น การได้ยิน, การมองเห็น, การลิ้มรส, การดมกลิ่น, การสัมผัส) มีผลกระทบต่อภารกิจประจำวันมากน้อยเพียงใด ? OLD1 ( )

1	2	3	4	5
ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

2. ท่านมีการสูญเสียการได้ยิน, การมองเห็น, การลิ้มรส, การดมกลิ่น หรือการสัมผัส มีผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรม มากน้อยเพียงใด ? OLD2 ( )

1	2	3	4	5
ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

3. ท่านมีอิสระในการตัดสินใจ มากน้อยเพียงใด? OLD3 ( )

1	2	3	4	5
ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

4. ท่านมีความสามารถในการกำหนดอนาคตของท่านเองมากน้อยเพียงใด ? OLD4 ( )

1	2	3	4	5
ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

5. ท่านมีความรู้สึกว่าคนรอบข้างท่านเคารพในเสรีภาพของท่านมากน้อยเพียงใด ? OLD5 ( )

1	2	3	4	5
ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

6. ท่านมีความวิตกกังวลมากน้อยเพียงใด เกี่ยวกับสาเหตุที่จะทำให้ท่านตาย ? OLD6 ( )

1	2	3	4	5
ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

7. ท่านกลัวว่าท่านจะไม่สามารถควบคุมการตายของท่านได้ มากน้อยเพียงใด ? OLD7 ( )

1	2	3	4	5
ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

8. ท่านกลัวความตายมากน้อยเพียงใด ? OLD8 ( )

1	2	3	4	5
ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

9. ท่านกลัวจะได้รับความเจ็บปวดก่อนตายมากน้อยเพียงใด ? OLD9 ( )

1	2	3	4	5
ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

คำถามต่อไปนี้ จะถามเกี่ยวกับสิ่งที่ท่านได้รับประสบ หรือ สามารถจะทำบางสิ่งบางอย่างได้สมบูรณ์ครบถ้วนอย่างไร <u>ในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา</u>

10. ปัญหาที่เกี่ยวกับระบบการรับรู้ของท่าน (เช่น การได้ยิน, การมองเห็น, การลิ้มรส, การดมกลิ่น, การสัมผัส) มีผลกะทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นมากน้อยเพียงใด ? OLD10 ( )

1	2	3	4	5
ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ส่วนใหญ่	ได้สมบูรณ์

11. ท่านสามารถทำในสิ่งที่ท่านอยากทำ มากน้อยเพียงใด ? OLD11 ( )

1	2	3	4	5
ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ส่วนใหญ่	ได้สมบูรณ์

12. ท่านพอใจในโอกาสที่ท่านประสบความสำเร็จในชีวิต มากน้อยเพียงใด ? OLD12 ( )

1	2	3	4	5
ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ส่วนใหญ่	ได้สมบูรณ์

13. ท่านรู้สึกมากน้อยเพียงไร กับการที่ท่านได้รับในสิ่งที่สมควรจะได้รับ ? OLD13 ( )

1	2	3	4	5
ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ส่วนใหญ่	ได้สมบูรณ์

14. ท่านมีความรู้สึกมากน้อยแค่ไหนว่า ท่านได้ทำงานในแต่ละวัน อย่างเพียงพอแล้ว? OLD14 ( )

1	2	3	4	5
ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ส่วนใหญ่	ได้สมบูรณ์

คำถามต่อไปนี้ จะถามท่านเกี่ยวกับ ความพึงพอใจ ความสุขหรือความดี ที่ท่านมีความรู้สึกเกี่ยวกับแง่มุมต่าง ๆ ในชีวิตของท่าน เช่น การเข้าไปมีส่วนร่วมกับชุมชน หรือการประสบความสำเร็จในชีวิตของท่าน กรุณาตอบความรู้สึกของท่าน<u>ในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา</u>

15. ท่านพอใจกับการที่ท่านประสบความสำเร็จในชีวิต เพียงไร ? OLD15 ( )

1	2	3	4	5
ไม่พอใจมาก	ไม่พอใจ	เฉยๆ	พอใจ	พอใจมาก

16. ท่านพอใจกับการจัดสรรเวลาของท่าน มากน้อยเพียงใด ? OLD16 ( )

1	2	3	4	5
ไม่พอใจมาก	ไม่พอใจ	เฉยๆ	พอใจ	พอใจมาก

17. ท่านพอใจกับระดับในการทำกิจกรรมของท่าน เพียงใด ? OLD17 ( )

1	2	3	4	5
ไม่พอใจมาก	ไม่พอใจ	เฉยๆ	พอใจ	พอใจมาก

18. ท่านพอใจกับโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน มากน้อยเพียงใด ? OLD18 ( )

1	2	3	4	5
ไม่พอใจมาก	ไม่พอใจ	เฉยๆ	พอใจ	พอใจมาก

19. ท่านมีความสุขกับสิ่งที่ท่านสามารถคาดหวังจะได้รับ มากน้อยเพียงใด ? OLD19 ( )

1	2	3	4	5
ไม่พอใจมาก	ไม่พอใจ	เฉยๆ	พอใจ	พอใจมาก

20. ท่านมีความรู้สึก (เช่น การได้ยิน, การมองเห็น, การลิ้มรส, การดมกลิ่น, การสัมผัส) ดีมากน้อยเพียงใด ? OLD20 ( )

1	2	3	4	5
ไม่พอใจมาก	ไม่พอใจ	เฉยๆ	พอใจ	พอใจมาก

คำถามต่อไปนี้ กรุณาตอบคำถามที่กล่าวถึง ความสัมพันธ์ส่วนตัว ที่ท่านมี กรุณาพิจารณาคำถามเหล่านี้ ที่อาจกล่าวถึงคู่ชีวิต หรือบุคคลที่คุณใกล้ชิดที่ท่านสามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขมากกว่าคนอื่นทั้งหมดในชีวิตของท่าน

21. ท่านมีความรู้สึกว่าการมีเพื่อน มีความสำคัญในชีวิตมากน้อยแค่ไหน ? OLD21 ( )

1	2	3	4	5
ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

22. ในชีวิตของท่าน ท่านมีประสบการณ์เกี่ยวกับความรัก มากน้อยเพียงใด ? OLD22 ( )

1	2	3	4	5
ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

23. ในชีวิตของท่าน ท่านได้ให้ความรักแก่คนอื่นมากน้อยเพียงใด ? OLD23 ( )

1	2	3	4	5
ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

24. ในชีวิตของท่าน ท่านได้รับความรักจากคนอื่นมากน้อยเพียงใด ? OLD24 ( )

1	2	3	4	5
ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

แนวคำถามในการสัมภาษณ์ ระยะที่ 3
เรื่อง รูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร

คำชี้แจง

การระดมความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญในครั้งนี้ เป็นการสอบถามความเห็นผู้เชี่ยวชาญต่อประเด็นที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม การพัฒนาคุณภาพชีวิต และแนวทางการสนับสนุนที่ผู้สูงอายุต้องการ ว่ามีความสอดคล้องเหมาะสมเพียงใด ผู้วิจัยจะนำเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เพื่อหารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ให้มีความเหมาะสมต่อไป

แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ

โครงสร้างคำถามประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบได้แก่ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ โดยประยุกต์จากทฤษฎีระบบ (System Theory)

ประเด็นเกี่ยวกับปัจจัยนำเข้า

1. แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร

.....

.....

2. คิดเห็นอย่างไรต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร

.....

.....

3. ทรัพยากรที่จำเป็นต่อการพัฒนารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ควรมีอะไรบ้าง

.....

.....

4. ใครควรจะเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร

.....

.....

ประเด็นเกี่ยวกับกระบวนการ

5. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องดังกล่าว ควรมีบทบาทอะไรบ้างในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร

.....

.....

6. ควรบูรณาการแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร อย่างไร

.....

.....

ประเด็นเกี่ยวกับผลลัพธ์

7. ผลของรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร คืออะไรบ้าง

.....

.....

8. ผลสำเร็จของรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตในจังหวัดกำแพงเพชร วัดได้จากอะไรบ้าง และวัดอย่างไร

.....

.....

ประเด็นเกี่ยวกับรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร

9. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ที่ผ่านมา

.....

.....

10. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร

.....

.....

11. จากข้อมูลการลักษณะแรงสนับสนุนทางสังคม ในระยะที่ 1 และระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระยะที่ 2 ท่านคิดว่าจะสามารถนำมาพัฒนารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ได้อย่างไร

.....

.....

12. ท่านคิดว่ารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ควรเป็นอย่างไร

.....

.....

มหาวิทยาลัยนเรศวร

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถาม ระยะที่ 3

เรื่อง รูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร

คำชี้แจง

แบบสอบถามรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นต่อรูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามและการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด จะใช้เป็นข้อเสนอเพื่อพัฒนารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร ต่อไป

กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ท่านคิดว่าตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ความหมายของคำตอบ

5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก

3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง

2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่าน้อย

1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อยที่สุด

รูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	**ระดับความสำคัญ**					**ข้อเสนอแนะ**
	5	4	3	2	1	
1. การบริหารจัดการแบบบูรณาการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น						
การจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นด้านผู้สูงอายุ						
มีการจัดทำแผนพัฒนาผู้สูงอายุที่ผ่านการวิเคราะห์ SWOT อย่างครบถ้วน						
มีการวิเคราะห์แนวโน้มและสถานการณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง						
มีการจัดทำแผนพัฒนาผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ						

รูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ระดับความสำคัญ					ข้อเสนอแนะ
	5	4	3	2	1	
การจัดทำแผนฉุกเฉินและการประเมินความเสี่ยง						
มีการประเมินความเสี่ยงในการดำเนินงานผู้สูงอายุ ด้านกลยุทธ์ ด้านปฏิบัติการ ด้านบริหารจัดการทางการเงิน และด้านการปฏิบัติตามกฎระเบียบ						
มีแผนการดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น ภัยพิบัติ โรคระบาด						
มีแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเพื่อรองรับเหตุฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ						
การจัดโครงสร้างองค์กรผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ						
มีผู้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุที่ชัดเจนในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น						
มีการวางแผนกำลังคนด้านผู้สูงอายุให้เพียงพอต่อการดำเนินงาน						
มีการกำหนดนโยบายด้านผู้สูงอายุที่ชัดเจนและปฏิบัติได้จริง						
มีการพัฒนาและใช้นวัตกรรมในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ						
2. การจัดการทรัพยากรและการบริการดูแลผู้สูงอายุ						
การจัดการ Care Manager-Care Giver และบริหารกองทุนสุขภาพ						
มีสัดส่วนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ตามเกณฑ์ 1:5						
มีสัดส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ต่อผู้สูงอายุติดเตียงตามเกณฑ์ 1:5						
มีพยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) อย่างน้อย 1 คน						
มีการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อปท. ในระดับดีอย่างต่อเนื่อง						

รูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ระดับความสำคัญ					ข้อเสนอแนะ
	5	4	3	2	1	
มีการจัดทำแผนงบประมาณสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น						
การพัฒนาศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและการประกันคุณภาพบริการ						
มีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หรือศูนย์ฟื้นฟูผู้สูงอายุในชุมชนอย่างน้อย 1 แห่ง						
มีการจัดหาและสนับสนุนอุปกรณ์ดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุติดเตียงตามเกณฑ์ สปสช.						
มีระบบประกันคุณภาพการดำเนินงานศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตามมาตรฐานที่กำหนด						
มีการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการจัดการศูนย์ให้เป็นไปตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง						
3. การเตรียมความพร้อมของประชากรผู้สูงอายุ						
การส่งเสริมการออมและหลักประกันรายได้						
มีการส่งเสริมการออมในครัวเรือนทุกช่วงวัยเพื่อเตรียมพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุ						
มีการส่งเสริมให้ประชาชนวัยทำงานเข้าร่วมกองทุนการออมเพื่อความมั่นคงในยามชรา						
มีการจัดตั้งกองทุนออมเพื่อเป็นหลักประกันรายได้ในวัยชราภาพ						
ส่งเสริมวินัยการออมของครัวเรือนทุกช่วงวัย						
การเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ						
จัดกิจกรรมให้ความรู้และการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ						
มีกิจกรรมรณรงค์ให้สังคมและชุมชนตระหนักถึงความจำเป็นของการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุ						
จัดกิจกรรมช่วยผู้สูงอายุปรับตัวต่อการสูญเสียคู่สมรสหรือการอยู่ลำพัง						

รูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ระดับความสำคัญ					ข้อเสนอแนะ
	5	4	3	2	1	
การส่งเสริมคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ						
มีกิจกรรมเสริมสร้างสัมพันธ์ระหว่างวัย เช่น การศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี กีฬา						
จัดกิจกรรมยกย่องเชิดชูผู้สูงอายุให้รู้สึกมีคุณค่าและศักดิ์ศรี						
ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ						
ปลุกจิตสำนึกชุมชนให้เห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ						
4. การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ						
การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ						
มีสถานที่ออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ						
มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่หลากหลายและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ						
มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยและการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุ						
การส่งเสริมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ						
มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ หรือโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อเป็นศูนย์กลางข่าวสารและเป็นแหล่งพบปะสังสรรค์ของผู้สูงอายุ						
มีการจัดกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุในวันสำคัญ หรือการจัดทัศนศึกษานอกสถานที่						
มีการจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุ หรือองค์กรของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่าง ๆ						

รูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ระดับความสำคัญ					ข้อเสนอแนะ
	5	4	3	2	1	
การส่งเสริมการทำงานและสร้างรายได้แก่ผู้สูงอายุ						
มีการส่งเสริมการฝึกอาชีพและจัดหางานให้เหมาะสมกับความต้องการและความสามารถของผู้สูงอายุ						
มีการประสานแหล่งเงินทุนเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถมีเงินทุนไปประกอบอาชีพตามความถนัด						
มีการจัดหาแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่ผลิตโดยผู้สูงอายุ						
มีการรวมกลุ่มเพื่อฝึกอาชีพตามความถนัดของผู้สูงอายุ						
การสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ						
มีการจัดทำฐานข้อมูลปราชญ์ชาวบ้านผู้สูงอายุในเขตพื้นที่						
มีการยกย่อง เชิดชู หรือประกาศเกียรติคุณผู้สูงอายุที่เป็นแบบอย่าง						
มีการเผยแพร่ภูมิปัญญาผู้สูงอายุ						
มีเวทีให้ผู้สูงอายุได้แสดงออกและถ่ายทอดความสามารถ						
การส่งเสริมที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ						
มีการสนับสนุนการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุให้เหมาะสมและปลอดภัย						
มีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยในพื้นที่สาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ทางเดิน ทางเท้า ทางลาด ห้องน้ำ ยานพาหนะ หรือบริการสาธารณะอื่น ๆ เป็นต้น						
มีระบบบริการแจ้งเตือนเหตุฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ						

รูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ระดับความสำคัญ					ข้อเสนอแนะ
	5	4	3	2	1	
5. การคุ้มครองทางสังคมผู้สูงอายุ						
การจัดสวัสดิการพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุ						
มีการประชาสัมพันธ์สิทธิและสวัสดิการพื้นฐานให้ผู้สูงอายุรับทราบอย่างทั่วถึง						
มีสวัสดิการรายได้พื้นฐานที่รัฐจัดให้ เช่น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ						
มีการส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ						
มีระบบบริการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และไม่มีผู้ดูแล						
สิทธิประโยชน์และหลักประกันสุขภาพผู้สูงอายุ						
มีการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุ						
มีการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง						
มีสิทธิประโยชน์ระบบการดูแลระยะยาว (LTC) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง						
ระบบช่วยเหลือและเครือข่ายเกื้อหนุนผู้สูงอายุ						
มีบริการเยี่ยมบ้าน และดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Services)						
มีบริการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนบ้าน (Neighborhood Care)						
มีอาสาสมัคร (Voluntary Services) ช่วยงานบริการในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ						
มีบริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวัน (Day Care)						

รูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ระดับความสำคัญ					ข้อเสนอแนะ
	5	4	3	2	1	
6. การบูรณาการองค์ความรู้และระบบข้อมูลผู้สูงอายุ						
การส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ						
มีการสนับสนุนทุนวิจัยให้แก่บุคลากรทั้งในและนอกองค์กรที่มาดำเนินการในพื้นที่						
มีการประชุมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุภายในหน่วยงาน						
มีการสร้างความร่วมมือทางวิชาการกับสถาบันการศึกษา หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนานวัตกรรมสำหรับผู้สูงอายุ						
การบูรณาการข้อมูลผู้สูงอายุ						
มีระบบฐานข้อมูลด้านผู้สูงอายุที่เป็นปัจจุบัน						
มีระบบสารสนเทศและฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่บูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ						
มีเครือข่ายข้อมูลสารสนเทศด้านผู้สูงอายุ เช่น ข้อมูลปัญหาผู้สูงอายุ ข้อมูลองค์ความรู้เพื่อการพัฒนาผู้สูงอายุ						
7. การพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ						
การพัฒนางานและสร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานผู้สูงอายุ						
มีการบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ในการพัฒนางานผู้สูงอายุ						
มีการอบรมผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุให้เข้าใจสิทธิประโยชน์และบริการที่ผู้สูงอายุพึงได้รับ						
มีการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่นและระดับจังหวัด						

รูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	**ระดับความสำคัญ**					**ข้อเสนอแนะ**
	5	4	3	2	1	
การส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ						
มีการส่งบุคลากรเข้าฝึกอบรมด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ						
สนับสนุนงบประมาณให้บุคลากรด้านการแพทย์และการสาธารณสุขไปศึกษาต่อเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ (Gerontology)						
สนับสนุนการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ให้เพียงพอและได้มาตรฐาน						

มหาวิทยาลัยนเรศวร

ภาคผนวก ข ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ระยะที่ 2

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์
   คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. นายอนิรุท บำรุงศรี
   นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองลาน
   จังหวัดกำแพงเพชร
3. นางสาวพจณีย์ เปียบุญมี
   นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ องค์การบริหารส่วนจังหวัดกำแพงเพชร
4. รองศาสตราจารย์ ดร.วิรินทร บุญยิ่ง
   คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
5. นายพนมศักย์ บริภัทรจิรากร
   นักพัฒนาสังคมชำนาญการ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
   จังหวัดกำแพงเพชร

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ระยะที่ 3

1. ดร.ธีระ เก่งเขตรกรณ์
   รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายทิตย์ ยะฟู่
   คณะครุศาสตร์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์
3. นายสมเกียรติ คงทิม
   นายกองค์การบริหารส่วนตำบลพรหมนิมิต อำเภอตาคลี จังหวัดนครสวรรค์
4. นายชินวุฒิ อาศน์วิเชียร
   ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลท่างาม
   อำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี
5. นายอุบล วงค์ตารินทร์
   ประธานกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.)
   อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร

ภาคผนวก ค เอกสารรับรองโครงการวิจัย

COA No. 408/2019
IRB No. 0136/62

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยนเรศวร
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 8642

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ	: รูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร
Study Title	: A SOCIAL SUPPORT MODEL FOR DEVELOPMENT OF QUALITY OF LIFE AMONG THE ELDERLY AT KHLONG NAM LAI SUBDISTRICT, KHLONG LAN DISTRICT, KAMPHAENG PHET PROVINCE.
ผู้วิจัยหลัก	: นางชยภรณ บุญเรืองศักดิ์
สังกัดหน่วยงาน	: คณะสาธารณสุขศาสตร์
วิธีทบทวน	: แบบเร่งรัด (Expedited Review)
รายงานความก้าวหน้า	: ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชั่น 1.0 วันที่ 12 มีนาคม 2562
2. AF 02-10 เวอร์ชั่น 1.0 วันที่ 12 มีนาคม 2562
3. AF 03-10 เวอร์ชั่น 1.0 วันที่ 12 มีนาคม 2562
4. AF 04-10 (สำหรับอาสาสมัครในขั้นตอนการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ) เวอร์ชั่น 1.0 วันที่ 05 มีนาคม 2562
5. AF 04-10 การศึกษาระยะที่ 1 เวอร์ชั่น 2.0 วันที่ 22 กรกฎาคม 2562
6. AF 04-10 สำหรับกลุ่มทดสอบเครื่องมือ เวอร์ชั่น 1.0 วันที่ 22 กรกฎาคม 2562
7. AF 04-10 (การศึกษาระยะที่ 2/ การศึกษาระยะที่ 3) เวอร์ชั่น 2.0 วันที่ 22 มีนาคม 2562
8. AF 05-10 (สำหรับผู้เชี่ยวชาญ) เวอร์ชั่น 2.0 วันที่ 15 พฤษภาคม 2562
9. AF 05-10 (สำหรับผู้สูงอายุ) เวอร์ชั่น 1.0 วันที่ 22 กรกฎาคม 2562
10. สรุปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชั่น 3.0 วันที่ 22 กรกฎาคม 2562
11. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชั่น 3.0 วันที่ 22 กรกฎาคม 2562
12. ประวัติโดยสังเขป เวอร์ชั่น 1.0 วันที่ 12 มีนาคม 2562

2-/เอกสารรับรอง

เอกสารรับรอง

13. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (ระยะที่ 1) เวอร์ชั่น 2.0 วันที่ 22 กรกฎาคม 2562
14. ประเด็นการระดมความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ เวอร์ชั่น 1.0 วันที่ 12 มีนาคม 2562
15. (ร่าง) แบบสอบถาม เวอร์ชั่น 2.0 วันที่ 16 พฤษภาคม 2562
16. ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการวิจัย เวอร์ชั่น 1.0 วันที่ 05 มีนาคม 2562

ลงนาม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนาวัลย์ ดาตี้)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับรอง	: 15 สิงหาคม 2562
Date of Approval	: August 15, 2019
วันหมดอายุ	: 15 สิงหาคม 2563
Approval Expire Date	: August 15, 2020

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือแบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวรเท่านั้น
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ภายในระยะเวลาที่กำหนดในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs)
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
6. หากผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าหลังใบรับรองหมดอายุ และยังไม่ได้ใบรับรองฉบับใหม่ ผู้วิจัยจะต้องหยุดดำเนินการวิจัยส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับอาสาสมัครใหม่ นับตั้งแต่หลังวันใบรับรองหมดอายุจนกว่าจะได้รับใบรับรองฉบับใหม่
7. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่เข้าร่วมประชุม ณ วันที่พิจารณารับรองโครงการวิจัย (หากร้องขอล่วงหน้า)

ภาคผนวก ง การให้รหัส และรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูล

ตาราง 30 แสดงการให้รหัส และรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูลหลักในระยะที่ 1

รหัสผู้ให้ข้อมูลหลัก	รายละเอียดของผู้ให้ข้อมูลหลัก
A01	เพศชาย อายุ 65 ปี สถานภาพสมรส จบการศึกษาสูงสุดระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (มัธยมศึกษาปีที่ 6) ปัจจุบันประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว ขับรถรับส่งนักเรียน ได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการ แต่รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายในแต่ละเดือน แก้ปัญหาโดยการหาอาชีพเสริม คือ รับเหมาก่อสร้าง และรับจ้างทั่วไป ปัจจุบันพักอาศัยที่บ้านของตนเองร่วมกับภรรยา โดยมีภาระที่ต้องรับผิดชอบในครอบครัว คือ หุงข้าว ปลูกต้นไม้ ทำสวนครัว ซักรีดผ้า กวาดบ้าน ถูบ้าน ล้างจาน เลี้ยงสัตว์ (ปลา) และเลี้ยงหลาน
A02	เพศชาย อายุ 83 ปี สถานภาพโสด (ภรรยาเสียชีวิต) จบการศึกษาสูงสุดระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้มาจากบุตร ได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการ ปัจจุบันพักอาศัยที่บ้านของบุตรร่วมกับ บุตร และหลาน รวม 5 คน ไม่มีภาระที่ต้องรับผิดชอบในครอบครัว ลูกหลานเป็นคนรับผิดชอบทั้งหมด
A03	เพศหญิง อายุ 66 ปี สถานภาพสมรส จบการศึกษาสูงสุดระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ปัจจุบันประกอบอาชีพเกษตรกรรม โดยการทำไร่ ทำนา และทำสวน ได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการ รายได้เพียงพอกับรายจ่ายในแต่ละเดือน ปัจจุบันพักอาศัยที่บ้านของตนเองร่วมกับสามี บุตร หลาน และญาติ (พี่สาวของสามี) รวม 4 คน โดยมีภาระที่ต้องรับผิดชอบในครอบครัว คือ หุงข้าว
A04	เพศชาย อายุ 63 ปี สถานภาพหย่าร้าง จบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ปัจจุบันเป็นข้าราชการบำนาญ (ตำรวจ) รับเงินบำนาญ รายได้เพียงพอกับรายจ่าย ปัจจุบันพักอาศัยที่บ้านเช่า ลำพังคนเดียว ไม่มีภาระที่ต้องรับผิดชอบ

ตาราง 30 (ต่อ)

รหัสผู้ให้ข้อมูลหลัก	รายละเอียดของผู้ให้ข้อมูลหลัก
A05	เพศหญิง อายุ 60 ปี สถานภาพสมรส จบการศึกษาสูงสุดระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ปัจจุบันประกอบอาชีพเกษตรกรรม โดยการทำนา ได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการ รายได้เพียงพอกับรายจ่าย ปัจจุบันพักอาศัยที่บ้านของตนเองร่วมกับ บุตรและหลาน รวม 4 คน โดยมีภาระที่ต้องรับผิดชอบในครอบครัว คือ หุงข้าว ปลูกต้นไม้ ทำสวนครัว ซักรีดผ้า กวาดบ้าน ถูบ้าน เลี้ยงสัตว์ และเลี้ยงหลาน
B01	เพศชาย อายุ 63 ปี สถานภาพสมรส จบการศึกษาสูงสุดระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ปัจจุบันประกอบอาชีพเกษตรกรรม โดยการทำไร่ ทำนา และทำสวน ได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการ รายได้เพียงพอกับรายจ่ายในแต่ละเดือน ปัจจุบันพักอาศัยที่บ้านของตนเองร่วมกับ ภรรยา และบุตรหลาน รวม 4 คน โดยมีภาระที่ต้องรับผิดชอบในครอบครัว คือ ซักรีดผ้า เลี้ยงสัตว์ (สุนัข, แมว) และเลี้ยงหลาน
B02	เพศหญิง อายุ 65 ปี สถานภาพสมรส จบการศึกษาสูงสุดระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ปัจจุบันประกอบอาชีพเกษตรกรรม โดยการทำไร่มันสำปะหลัง ได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการ แต่รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายในแต่ละเดือน เพราะยังมีภาระหนี้ที่ต้องชำระจากการกู้ยืมเงินกองทุนหมู่บ้าน ปัจจุบันพักอาศัยที่บ้านของญาติ ร่วมกับ สามี บุตรสาว และหลาน รวม 4 คน โดยมีภาระที่ต้องรับผิดชอบในครอบครัว คือ หุงข้าว ปลูกต้นไม้ ทำสวนครัว ซักรีดผ้า กวาดบ้าน ถูบ้าน ล้างจาน เลี้ยงสัตว์ (แมว) และเลี้ยงหลาน
B03	เพศหญิง อายุ 63 ปี สถานภาพสมรส จบการศึกษาสูงสุดระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ปัจจุบันประกอบอาชีพเกษตรกรรม โดยการทำไร่ ทำนา และทำสวน ได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการ รายได้เพียงพอกับรายจ่ายในแต่ละเดือน ปัจจุบันพักอาศัยที่บ้านของตนเองร่วมกับสามี และบุตรหลาน รวม 3 คน โดยมีภาระที่ต้องรับผิดชอบในครอบครัว คือ หุงข้าว ปลูกต้นไม้ ทำสวนครัว ซักรีดผ้า กวาดบ้าน ถูบ้าน ล้างจาน เลี้ยงสัตว์ และเลี้ยงหลาน

ตาราง 30 (ต่อ)

รหัสผู้ให้ข้อมูลหลัก	รายละเอียดของผู้ให้ข้อมูลหลัก
B04	เพศหญิง อายุ 62 ปี สถานภาพสมรส (เดิมเป็นหม้าย เพราะสามีถึงแก่กรรม เมื่อปี พ.ศ. 2550) จบการศึกษาสูงสุดระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ปัจจุบันประกอบอาชีพค้าขาย (เริ่มค้าขายเมื่อปี พ.ศ. 2538) ได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการ รายได้เพียงพอกับรายจ่าย ปัจจุบันพักอาศัยที่บ้านของตนเองร่วมกับสามี มีสมาชิกที่พักอาศัยร่วมกัน 2 คน โดยมีภาระที่ต้องรับผิดชอบในครอบครัว คือ หุงข้าว ปลูกต้นไม้ ทำสวนครัว ซักรีดผ้า กวาดบ้าน ถูบ้าน ล้างจาน และเลี้ยงสัตว์ (เลี้ยงแมว)
B05	เพศหญิง อายุ 64 ปี สถานภาพสมรส จบการศึกษาสูงสุดระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ปัจจุบันประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำไร่ ทำนา และทำสวน ได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการ รายได้เพียงพอกับรายจ่ายในแต่ละเดือน ปัจจุบันพักอาศัยที่บ้านของตนเองร่วมกับ สามี รวม 2 คน โดยมีภาระที่ต้องรับผิดชอบในครอบครัว คือ หุงข้าว ปลูกต้นไม้ ทำสวนครัว ซักรีดผ้า กวาดบ้าน ถูบ้าน ล้างจาน และเลี้ยงสัตว์ (ไก่)
C01	เพศหญิง อายุ 79 ปี สถานภาพหม้าย จบการศึกษาสูงสุดระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ โดยมีบุตรเป็นผู้เลี้ยงดู ได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการ รายได้เพียงพอกับรายจ่ายในแต่ละเดือน ปัจจุบันพักอาศัยลำพัง ที่บ้านของตนเอง โดยมีภาระที่ต้องรับผิดชอบในครอบครัว คือ หุงข้าว ปลูกต้นไม้ ทำสวนครัว ซักรีดผ้า กวาดบ้าน ถูบ้าน ล้างจาน และเลี้ยงสัตว์
C02	เพศชาย อายุ 66 ปี สถานภาพสมรส จบการศึกษาสูงสุดระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ปัจจุบันประกอบอาชีพเกษตรกรรม โดยการปลูกผัก เลี้ยงปู เลี้ยงหอยขม ได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการ รายได้เพียงพอกับรายจ่าย ปัจจุบันพักอาศัยที่บ้านของตนเองร่วมกับภรรยา และหลาน รวม 3 คน โดยมีภาระที่ต้องรับผิดชอบในครอบครัว คือ หุงข้าว ปลูกต้นไม้ ทำสวนครัว ซักรีดผ้า กวาดบ้าน ถูบ้าน ล้างจาน และเลี้ยงสัตว์ (ปู, หอยขม)

ตาราง 30 (ต่อ)

รหัสผู้ให้ข้อมูลหลัก	รายละเอียดของผู้ให้ข้อมูลหลัก
C03	เพศหญิง อายุ 65 ปี สถานภาพหม้าย สามีถึงแก่กรรม จบการศึกษาสูงสุดระดับชั้นประถมศึกษา ปัจจุบันประกอบอาชีพเกษตรกรรม โดยการทำไร่ ทำนา และทำสวน ได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการ แต่รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายในแต่ละเดือน แก้ไขปัญหาโดยการกู้ ธกส. และกู้นอกระบบ กู้ให้ลูกสาวเพื่อเป็นหลักประกันในการเดินทางไปทำงานที่ต่างประเทศ ปัจจุบันพักอาศัยที่บ้านของตนเองร่วมกับบุตรและหลาน รวม 4 คน โดยมีภาระที่ต้องรับผิดชอบในครอบครัว คือ หุงข้าว ปลูกต้นไม้ ทำสวนครัว ซักรีดผ้า กวาดบ้าน ถูบ้าน ล้างจาน เลี้ยงสัตว์ และเลี้ยงหลาน
C04	เพศหญิง อายุ 73 ปี สถานภาพโสด จบการศึกษาสูงสุดระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ปัจจุบันประกอบอาชีพรับจ้าง ได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการ รายได้เพียงพอกับรายจ่ายในแต่ละเดือน ปัจจุบันพักอาศัยอยู่คนเดียว ที่บ้านของตนเอง โดยมีภาระที่ต้องรับผิดชอบคือ หุงข้าว ซักรีดผ้า กวาดบ้าน ถูบ้าน ล้างจาน และเลี้ยงหลาน
C05	เพศหญิง อายุ 63 ปี สถานภาพสมรส จบการศึกษาสูงสุดระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ปัจจุบันประกอบอาชีพเกษตรกรรม โดยการทำไร่ ทำนา และทำสวน ได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการ รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายในแต่ละเดือน มีภาระดูแลบุตรสาวพิการแต่กำเนิด และต้องเลี้ยงดูหลานอีก 3 คน ปัจจุบันพักอาศัยที่บ้านของตนเองร่วมกับ สามี บุตร และหลาน รวม 7 คน โดยมีภาระที่ต้องรับผิดชอบในครอบครัว คือ หุงข้าว ปลูกต้นไม้ ทำสวนครัว ซักรีดผ้า กวาดบ้าน ถูบ้าน ล้างจาน เลี้ยงสัตว์ (สุนัข, ไก่) และเลี้ยงหลาน

ตาราง 31 แสดงการให้รหัส และรายละเอียดของผู้เชี่ยวชาญในระยะที่ 3

รหัสผู้เชี่ยวชาญ	รายละเอียดของผู้เชี่ยวชาญ
EX01	เพศหญิง อายุ 43 ปี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
EX02	เพศหญิง อายุ 45 ปี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
EX03	เพศหญิง อายุ 44 ปี ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
EX04	เพศชาย อายุ 40 ปี ตำแหน่ง แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
EX05	เพศชาย อายุ 52 ปี ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นอาจารย์สอนระดับอุดมศึกษา
EX06	เพศชาย อายุ 54 ปี ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นอาจารย์สอนระดับอุดมศึกษา
EX07	เพศชาย อายุ 48 ปี ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นอาจารย์สอนระดับอุดมศึกษา
EX08	เพศชาย อายุ 51 ปี ตำแหน่ง ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
EX09	เพศชาย อายุ 50 ปี ตำแหน่ง รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
EX10	เพศชาย อายุ 47 ปี ตำแหน่ง หัวหน้าสำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
EX11	เพศชาย อายุ 54 ปี ตำแหน่ง ผู้ใหญ่บ้าน ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้ปกครองท้องที่
EX12	เพศหญิง อายุ 57 ปี ตำแหน่ง ผู้ใหญ่บ้าน ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้ปกครองท้องที่

ตาราง 31 (ต่อ)

รหัสผู้เชี่ยวชาญ	รายละเอียดของผู้เชี่ยวชาญ
EX13	เพศชาย อายุ 58 ปี ตำแหน่ง กำนัน ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้ปกครองท้องที่
EX14	เพศหญิง อายุ 48 ปี ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่ฝ่ายสวัสดิการสังคม ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นเจ้าหน้าที่พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
EX15	เพศหญิง อายุ 46 ปี ตำแหน่ง นักพัฒนาสังคมชำนาญการ ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นเจ้าหน้าที่พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
EX16	หญิง อายุ 47 ปี ตำแหน่ง นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นเจ้าหน้าที่พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
EX17	เพศชาย อายุ 72 ปี ตำแหน่ง ประธานโรงเรียนผู้สูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้สูงอายุ
EX18	เพศหญิง ผู้สูงอายุ อายุ 67 ปี ตำแหน่ง สมาชิกโรงเรียนผู้สูงอาย ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้สูงอายุ
EX19	เพศชาย ผู้สูงอายุ อายุ 70 ปี ตำแหน่ง สมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้สูงอายุ