



แนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคม  
ผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจ่ารุง จังหวัดระยอง  
DEVELOPING TRENDS TOWARDS ELDERLY QUALITY OF LIFE  
FOR ACCOMMODATING TO AGEING SOCIETY :  
BAN JUMRUNG COMMUNITY RAYONG PROVINCE.

โปรดปราน เพชรสด  
PRODPRAN PEDSOD

วิทยานิพนธ์เสนอต่อมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร  
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต  
ปีการศึกษา 2558



แนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคม  
ผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจ่ารุง จังหวัดระยอง  
DEVELOPING TRENDS TOWARDS ELDERLY QUALITY OF LIFE  
FOR ACCOMMODATING TO AGEING SOCIETY :  
BAN JUMRUNG COMMUNITY RAYONG PROVINCE.

โปรดปราน เพชรสด  
PRODPRAN PEDSOD

วิทยานิพนธ์เสนอต่อมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร  
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต  
ปีการศึกษา 2558  
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร

**ชื่อวิทยานิพนธ์**      แนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ  
ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง

**ชื่อ นามสกุล**      นางสาวโปรดปราน เพชรสด

**ชื่อปริญญา**      บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต

**สาขาวิชา**      การจัดการ

**คณะ**      บริหารธุรกิจ

**อาจารย์ที่ปรึกษา**      ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชยุต ภาวนันท์กุล

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้ให้ความเห็นชอบวิทยานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว

..... ประธานกรรมการ

(ศาสตราจารย์ ดร.วัลลภ รัฐฉัตรานนท์)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชยุต ภาวนันท์กุล)

..... กรรมการ

(ดร.อมร ฤงสูรธรรม)

คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร อนุมัติให้นับ  
วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการจัดการ (บัณฑิตศึกษา) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร

..... คณบดีคณะบริหารธุรกิจ

(ดร.ปริญญา มากลิ่น)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

**ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์** แนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ  
ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง

**ชื่อ นามสกุล** นางสาวโปรดปราน เพชรสด

**ชื่อปริญญา** บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต

**กลุ่มวิชาและคณะ** การจัดการ คณะบริหารธุรกิจ

**ปีการศึกษา** 2558

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาแนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ วิเคราะห์มุมมองของผู้นำชุมชนที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และกำหนด ตรวจสอบ แนวโน้มที่เป็นไปได้ในอนาคต ในพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ชุมชน บ้านจำรุง จังหวัดระยอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ได้แก่ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ และกลุ่มผู้นำ ชุมชนที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งสิ้น 9 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ดำเนินการวิจัยตามเกณฑ์เทคนิคเดลฟายของ Tomas T. Macmillan. ระดับมาตรฐานความคลาดเคลื่อนที่ 0.04 เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นจำนวน 3 รอบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้นำชุมชนที่เกี่ยวข้อง มีความคิดเห็น สอดคล้องเป็นอันหนึ่งทามติ ( $IR \leq 1.50$  และ  $IOC \geq 0.50$ ) ผลที่ได้จะนำไปใช้ในการออกแบบแนวทางใน การพัฒนารูปแบบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ครั้งนี้ใช้สำหรับการจัดการ ฝึกอบรมในชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยองได้ และสามารถนำการจัดการฝึกอบรมนี้ไปประยุกต์ใช้กับ ชุมชนอื่นๆ และเป็นแนวทางการวางแผนยุทธศาสตร์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระดับชาติต่อไปได้ใน อนาคตอันใกล้

<b>Thesis Title</b>	Developing Trends Towards Elderly Quality of Life for Accommodating to Ageing society : Ban Jumrung Community Rayong Province
<b>Author</b>	MissProdpranPedsod
<b>Degree</b>	Master of Business Administration (M.B.A)
<b>Field of study</b>	Management, Faculty of Business Administration
<b>Academic Year</b>	2015

## ABSTRACT

The research objectives were aimed to explore the tendency of life quality improvement for the senior people, analyze the community leader's perspectives towards life quality improvement for the senior people, and set up as well as observe developing trends towards elderly quality of life for accommodating to ageing society : Ban Jumrung Community Rayong Province. The samples were nine persons purposively selected from relevant experts and skillful people in the community. Tomas T. Macmillan's Delphi Technique was applied at the standard error of 0.04. The data were collected three times repeatedly and analyzed by Descriptive statistics.

The study results revealed that relevant experts and skillful people in the community accordingly agreed ( $IR \leq 1.50$  และ  $IOC \geq 0.50$ ). The study results would be applied to design plans to construct training patterns to improve life quality for the senior people in Ban Jumrung Community, Rayong Province. In addition, obtained the training pattern could also be used with other neighboring communities as strategic plans for the near future of national life quality improvement for aging society.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี โดยได้รับความอนุเคราะห์ ความกรุณาอย่างยิ่ง จาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชยุต ภวภานันท์กุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ท่านให้คำแนะนำ ปรึกษาให้ความรู้ แนวคิด ทฤษฎี ตลอดจนระเบียบวิธีการดำเนินงานวิจัย ซึ่งส่งผลต่อความสำเร็จ ในการศึกษาในระดับมหาบัณฑิต ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.วัลลภ รัฐฉัตรานนท์ ประธานคณะกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.อมร ฤงสูรวรรณ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร.ธนัธส์ ทัทมงคล ที่กรุณาสละเวลามาเป็นอาจารย์สอบวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ตลอดจน ผู้บริหารเทศบาลตำบลเนินซ้อ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลบ้าน จำรุง ผู้นำชุมชนบ้านจำรุง และผู้เชี่ยวชาญทุกๆ ท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการให้ข้อมูล และให้ คำแนะนำในการทำงานเป็นอย่างดี

ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

โปรดปราน เพชรสด



# สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ซ
1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์	6
1.3 ขอบเขตการวิจัย	6
1.4 กรอบแนวความคิดในการวิจัย	9
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
1.6 นิยามศัพท์	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
2.1 ความสำคัญและความหมายของผู้สูงอายุ	12
2.2 ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับแผนผู้สูงอายุ	26
2.3 การจัดระบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในการเข้าสู่สังคมสูงวัยในประเทศไทย	30
2.4 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต	38
2.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	47
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	48

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย	61
3.1 การวิจัยอนาคต : เทคนิคเดลฟาย	61
3.2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย	66
3.3 การตรวจสอบแนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง	78
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	81
4.1 นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามรอบที่ 1 ในรูปแบบของตารางแสดงความคิดเห็นที่ครอบคลุมประเด็นปัญหาของการวิจัย	82
4.2 นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ในรูปแบบของตารางแสดงค่าเฉลี่ย (Mean)	96
4.3 นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ในรูปแบบของตารางแสดงค่ามัธยฐาน(Median) ค่าฐานนิยม (Mode) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range : IR) ค่าสัมบูรณ์ของผลต่างระหว่างฐานนิยมและมัธยฐาน (Mode-Median) ระดับความเป็นไปได้และความสอดคล้อง	105
4.4 นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 ในรูปแบบของตารางแสดงค่าดัชนีความสอดคล้อง(Index of Congruence : IOC)	110
5. สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	115
5.1 สรุปผลการวิจัย	115
5.2 อภิปราย	119
5.3 ข้อเสนอแนะ	124
เอกสารอ้างอิง	127



## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก	137
ภาคผนวก ก สูตรคำนวณทางสถิติที่ใช้ในการวิจัย	138
ภาคผนวก ข แบบสอบถามรอบที่ 1	143
ภาคผนวก ค แบบสอบถามรอบที่ 2	150
ภาคผนวก ง แบบสอบถามรอบที่ 3	159
ประวัติการศึกษาและการทำงาน	167



## สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า	
2.1	สรุปผลการศึกษา ของ Lee, Yu and Kwong.	52
3.1	จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย	68
3.2	การวิเคราะห์ประเด็นปัญหาเพื่อสร้างกรอบคำถามในแบบสอบถามรอบที่ 1	71
4.1	ประเด็นคำตอบที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญ	83
4.2	การสังเคราะห์คำตอบจากผู้เชี่ยวชาญ	89
4.3	ค่าเฉลี่ย (Mean) : ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	98
4.4	ค่าเฉลี่ย (Mean) : ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนในปัจจุบัน	99
4.5	ค่าเฉลี่ย (Mean) : ผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่มีผลต่อสังคมผู้สูงอายุในอนาคต	100
4.6	ค่าเฉลี่ย (Mean) : วิสัยทัศน์ที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568	102
4.7	ค่าเฉลี่ย (Mean) : รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568	104
4.8	ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) : ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	106
4.9	ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) : ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนในปัจจุบัน	107
4.10	ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) : ผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่มีผลต่อสังคมผู้สูงอายุในอนาคต	107
4.11	ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) : วิสัยทัศน์ที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568	109
4.12	ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) : วิสัยทัศน์ที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568	110
4.13	ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence : IOC) ของคำตอบที่ได้รับจากการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3	111
4.14	เหตุผลประกอบการยืนยันคำตอบ	113

## สารบัญภาพ

ภาพ		หน้า
1.1	การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสู่สังคมสูงวัย	2
1.2	แผนที่บ้านจ่ารุง หมู่ที่ 7 ตำบลเนินฆ้อ อำเภอแกลง จังหวัดระยอง	5
1.3	กรอบแนวคิดในการวิจัย	8
2.1	รูปแบบการแก้ปัญหาของ 3 ส่วนประกอบความทรงจำ	46
3.1	วิธีการดำเนินการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique)	78



# บทที่ 1

## บทนำ

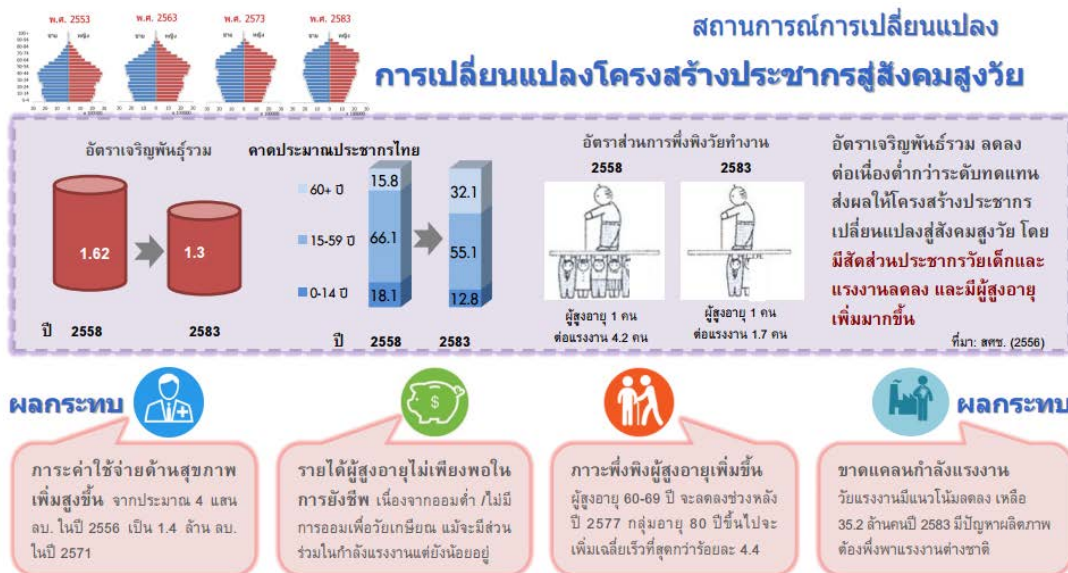
### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและเห็นได้ชัด โดยปี 2537 มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ จนต้องมีการสำรวจถึง 5 ครั้งจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยครั้งแรกดำเนินการสำรวจในปี 2537 ครั้งที่ 2 ในปี 2545 2550 2554 และ 2557 ตามลำดับ โดยพบว่าปี 2545 และ 2550 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.4 และ 10.7 ตามลำดับ ปี 2554 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.2 และในปี 2557 พบว่า ประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีจำนวน 10,014,705 คน เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งเป็นผลจากการที่ประเทศไทยประสบผลสำเร็จในนโยบายด้านประชากรและการวางแผนครอบครัว ทำให้อัตราเกิดลดลงอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งความก้าวหน้าทางการแพทย์ สาธารณสุข และเทคโนโลยี ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ส่งผลให้โครงสร้างประชากรของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไป เป็นโครงสร้างแบบผู้สูงอายุ หรืออาจกล่าวได้ว่าประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งในอาเซียนที่เข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (Aging Society) การเป็นสังคมสูงวัย คือ การที่มีจำนวนผู้สูงอายุหรือประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มสูงขึ้นจนมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดในขณะที่วัยเด็กและแรงงานลดน้อยลงเรื่อยๆ จึงส่งผลกระทบต่อสภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ ทำให้ต้องมีการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งเรื่องการจัดสรรทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่อย่างจำกัด การจัดสรรสวัสดิการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุรวมทั้งการบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นในระยะยาว (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2557 : 1)

ในส่วนที่เกี่ยวกับการลดน้อยลงของวัยเด็กและแรงงานดังกล่าวข้างต้นเห็นได้ว่าตั้งแต่ปี 2553-2557 ประชากรวัยเด็ก (อายุ 0 – 14 ปี) และวัยทำงาน (อายุ 15 – 59 ปี) ในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง สำหรับประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี เมื่อพิจารณาโครงสร้างของกำลังแรงงานสูงอายุ พบว่า เป็นผู้มีงานทำ ประมาณร้อยละ 99.6 – 99.8 ของกำลังแรงงานสูงอายุทั้งหมด แต่ยังมีสัดส่วนน้อยกว่าผู้ที่ไม่อยู่ในกำลังแรงงาน โดยประชากรสูงอายุที่อยู่ในกำลังแรงงาน ประมาณร้อยละ 38.0 – 39.5 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ในขณะที่ประชากรสูงอายุที่ไม่อยู่ในกำลังแรงงานมีประมาณร้อยละ 60.5 – 62.0 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สำหรับ

ลูกจ้างสูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 60-64 ปี สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา และต่ำกว่าประถมศึกษา ทำงานอยู่ในภาคกลางและอยู่นอกภาคเกษตรกรรม ลูกจ้างสูงอายุ ได้รับค่าจ้างเฉลี่ยต่อเดือนสูงสุดในปี 2555 คือ 21,551 บาท ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2553 – ปี 2554 และปรับลดลงในปี 2556 และปี 2557 เป็น 17,511 บาท และ 17,594 บาท ตามลำดับ เมื่อพิจารณาจากชั่วโมงทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ของลูกจ้างสูงอายุแล้ว พบว่า มีชั่วโมงทำงานเฉลี่ยไม่เกิน 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งเป็นไปตามบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 ที่กำหนดไว้ (กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน. 2558 : 2) จากที่กล่าวมาทั้งหมดเพื่อเพิ่มความเข้าใจยิ่งขึ้นขอนำภาพ 1.1 มาแสดงประกอบ

ภาพ 1.1 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ



**ที่มา :** คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2558.

ด้วยเหตุผลข้างต้นนโยบายรัฐบาลด้านผู้สูงอายุของประเทศไทยทิศทางและกรอบยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) จึงได้ให้ความสำคัญในการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีการทำงานที่เหมาะสมตามศักยภาพและประสบการณ์ มีรายได้เพียงพอในการดำรงชีวิต มีการสร้างเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อป้องกันหรือชะลอความ

ทุพพลภาพและโรคเรื้อรังต่างๆ การวางแผนการออมเพื่อวัยเกษียณ การปรับปรุงสภาพแวดล้อม และความจำเป็นทางกายภาพให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบที่หลากหลายทั้งในด้านการจัดบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมอย่างบูรณาการ และการพัฒนาชุมชนที่มีศักยภาพและความพร้อมให้เป็นต้นแบบของการดูแลผู้สูงอายุเพื่อขยายผลไปสู่ชุมชนอื่น ตลอดจนการพัฒนานวัตกรรมในการใช้ชีวิตประจำวันสำหรับผู้สูงอายุโดยให้มีการผสมผสานกับภูมิปัญญาท้องถิ่น และการสร้างความเสมอภาคเพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ

ดังนั้นในส่วนที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ยิ่งไปกว่านั้นสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ได้เสนอ 10 ยุทธศาสตร์ การพัฒนาของแผนพัฒนาฯ ต่อคณะรัฐมนตรี โดยข้อหนึ่งคือยุทธศาสตร์การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ให้ความสำคัญกับการยกระดับคุณภาพชีวิต ด้วยการพัฒนาและดูแลในการสร้างงานที่เหมาะสม พื้นฟูและดูแลสุขภาพเพื่อชะลอการทุพพลภาพ และโรคเรื้อรัง ตลอดจนการสร้างสภาพแวดล้อมและนวัตกรรมที่เอื้อต่อสังคมผู้สูงอายุ (คนธรส เหล่าประติษฐ์, 2559; หน้า 9-10) โดยทั่วไปแล้วจะเกี่ยวข้องในเรื่องการมีสุขภาพที่สมบูรณ์ประกอบของบุคคลไปด้วย 3 ส่วน คือ 1) สุขภาพทางกาย (Physical Health) คือ มีสภาพร่างกายที่ดี ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และการพัฒนาที่เหมาะสมกับวัย พิจารณาได้จากการที่บุคคลนั้นมีความสมบูรณ์แข็งแรง ระบบและอวัยวะทุกส่วนทำงานได้ดีมีประสิทธิภาพ 2) สุขภาพทางจิต (Mental Health) คือ มีจิตที่ดี สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ และควบคุมอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม 3) สุขภาพทางสังคม (Social Health) คือ การใช้ชีวิตประจำวันในสังคมได้อย่างปกติและมีความสุข ไม่ทำให้อื่นหรือสังคมเดือดร้อน สามารถเข้ากับบุคคลและชุมชนได้ทุกสถานะอาชีพ ไม่เป็นคนถือตัว ไม่เป็นคนเอาัดเอาเปรียบบุคคลอื่น เป็นที่เคารพรักและเป็นที่ยอมรับของคนทั่วไป ส่วนคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย ได้แก่ โครงสร้างทางร่างกายและสุขภาพร่างกาย รวมถึงด้านบุคลิกภาพด้วย 2) ด้านจิตใจ ได้แก่ สภาพจิตใจและสุขภาพจิต รวมถึงด้านคุณธรรม และจริยธรรมด้วย 3) ด้านสังคม ได้แก่ สถานะทางสังคม ยศ ตำแหน่ง เกียรติยศชื่อเสียง การยอมรับนับถือ รวมถึงการมีมนุษยสัมพันธ์กับผู้อื่นด้วย 4) ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ สถานะทางเศรษฐกิจการเงินและรายได้ที่มั่นคง จากองค์ประกอบของชีวิตเหล่านี้ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามลักษณะภาวะของธรรมชาติ คือ มีการเกิด มีแก่ มีเจ็บ และมีการตายจากไป ทำให้มนุษย์เกิดความต้องการด้านต่างๆ ที่จะเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อมุ่งความสำเร็จให้แก่ตนเองสืบต่อไป เมื่อนำเรื่องสุขภาพมาพิจารณาประกอบกับเรื่ององค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

แล้วจะพบว่า องค์ประกอบของการมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การพัฒนาตนเองเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงควรพัฒนาสุขภาพในด้านร่างกาย ได้แก่ การให้ความสำคัญกับสุขภาพ การบริโภคอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ การพักผ่อนให้เพียงพอ การออกกำลังกายเป็นประจำ เพื่อสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ การพัฒนาทางด้านอารมณ์ ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดี รู้จักควบคุมอารมณ์ การทำงานอดิเรกที่ชื่นชอบ การเข้าร่วมกิจกรรมสันทนาการ การฝึกสมาธิ การพัฒนาทางด้านสังคม อันได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนๆ หรือจากหน่วยงานต่างๆ ที่จัดขึ้น การใช้เวลาว่างบำเพ็ญประโยชน์เพื่อชุมชน การปฏิบัติตนโดยยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม และการพัฒนาทางด้านสติปัญญา ได้แก่ การเพิ่มทักษะทางด้านความรู้ให้กับตนเอง การเข้ารับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในด้านต่างๆ การศึกษาข้อมูลด้วยตนเองจากสื่อสารสนเทศ รวมไปถึงการหัดสังเกตและติดตามการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม (อาจารย์อรพรรณ น้อยวัฒน์, 2555.)

ประเทศไทยแม้จะให้ความสำคัญต่อการเข้าสู่สังคมสูงวัย โดยมีนโยบายยุทธศาสตร์และมาตรการในเรื่องนี้ ทั้งที่ระบุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติและการมีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติรองรับ โดยเน้นการฝึกอบรมอาชีพ การจัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุเพื่อสนับสนุนทุนประกอบอาชีพทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม การดำเนินการจัดหางานให้กับผู้สูงอายุอย่างไรก็ตามยังขาดการแปลงไปสู่การปฏิบัติที่ชัดเจน

นอกจากนี้ จากการประเมินผลแผนผู้สูงอายุฉบับที่ 2 พบว่า การสร้างหลักประกันความมั่นคงด้านรายได้ของผู้สูงอายุมีความก้าวหน้าในเรื่องการขยายหลักประกันให้ครอบคลุม ขณะที่การส่งเสริมการทำงานของผู้สูงอายุยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ทั้งด้านการฝึกอบรมอาชีพต่างๆ ที่ยังไม่ตรงกับความต้องการ การขาดการกำหนดทิศทางร่วมกันและการประสานเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานทำให้การทำงานไม่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลเท่าที่ควร (Econ News, 2558 หน้า 12-22)

บ้านจำรุง หมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงต้นแบบ “อยู่เย็นเป็นสุข” หมู่ที่ 7 ตำบลเนินส้อ อำเภอแกลง จังหวัดระยอง ดังภาพ 2.2 ในปีงบประมาณ 2558 มีประชากรในพื้นที่ จำนวน 524 คน และมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 21.95% ของจำนวนประชากรทั้งหมด (ฝ่ายการศึกษา ตำบลเนินส้อ, สิงหาคม 2558) มีสถานที่ศึกษาดูงาน 2 แห่ง คือ 1. มหาลัยบ้านนอก ซึ่งเป็นของเอกชนเขาทำธุรกิจส่วนตัว และ 2. ศูนย์การเรียนรู้ของชุมชนและผู้สูงอายุบ้านจำรุง เป็นศูนย์รวมกิจกรรมของหมู่บ้านมากกว่า 20





ประสิทธิภาพในชุมชนและสังคมต่อไปที่เป็นแนวทางให้ชุมชนที่มีลักษณะใกล้เคียงกันนำไปใช้ประโยชน์

## 1.2 วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ของการศึกษาแนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับการสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1.2.1 เพื่อศึกษาแนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับการสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง

1.2.2 เพื่อวิเคราะห์มุมมองของผู้นำชุมชนที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง

1.2.3 เพื่อกำหนดและตรวจสอบแนวโน้มที่เป็นไปได้ในอนาคต ในพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับการสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง

## 1.3 ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัยแนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับการสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง ในครั้งนี้ ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ดังนี้

### 1.3.1 ขอบเขตเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับการสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง ทั้งในระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติการ ซึ่งประกอบด้วย หน่วยงานรัฐ องค์กรประชาชน

เครื่องมือผู้วิจัยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิจัยอนาคต (Future Research) หรืออนาคต ศาสตร์ (Futurism) โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) ใช้แบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการศึกษาวิจัยแนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง โดยทำการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาของการวิจัยโดยละเอียด ด้วยการทบทวนแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องนำมาพิจารณาร่วมกับความคิดเห็นและฉันทามติ ซึ่งเป็นประโยชน์ที่ได้รับจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมา

วิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อสร้างข้อคำถาม และนำเสนอให้คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ พิจารณาตรวจสอบก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง โดยผู้วิจัยจำแนกแบบสอบถาม ออกเป็น 3 รอบ โดยรอบแรกเป็นการใช้แบบสัมภาษณ์

### 1.3.2 ขอบเขตด้านสถานที่

- มหาวิทยาลัยบ้านนอก ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง
- ศูนย์การเรียนรู้ของชุมชนและผู้สูงอายุบ้านจำรุง
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจำรุง
- เทศบาลตำบลเนินฆ้อ อำเภอแกลง จังหวัดระยอง
- มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล พระนคร

### 1.3.3 ขอบเขตประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ โดยพิจารณาคัดเลือกผู้ที่มีประสบการณ์ และมีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวข้องกับเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 9 ท่าน โดยจำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง จำนวน 2 ท่าน ตลอดจนกลุ่มผู้นำชุมชนที่เกี่ยวข้อง จำนวน 7 ท่าน

### 1.3.4 ขอบเขตระยะเวลา

ระยะเวลาการดำเนินงานวิจัย เดือนสิงหาคม 2558 – เมษายน 2559

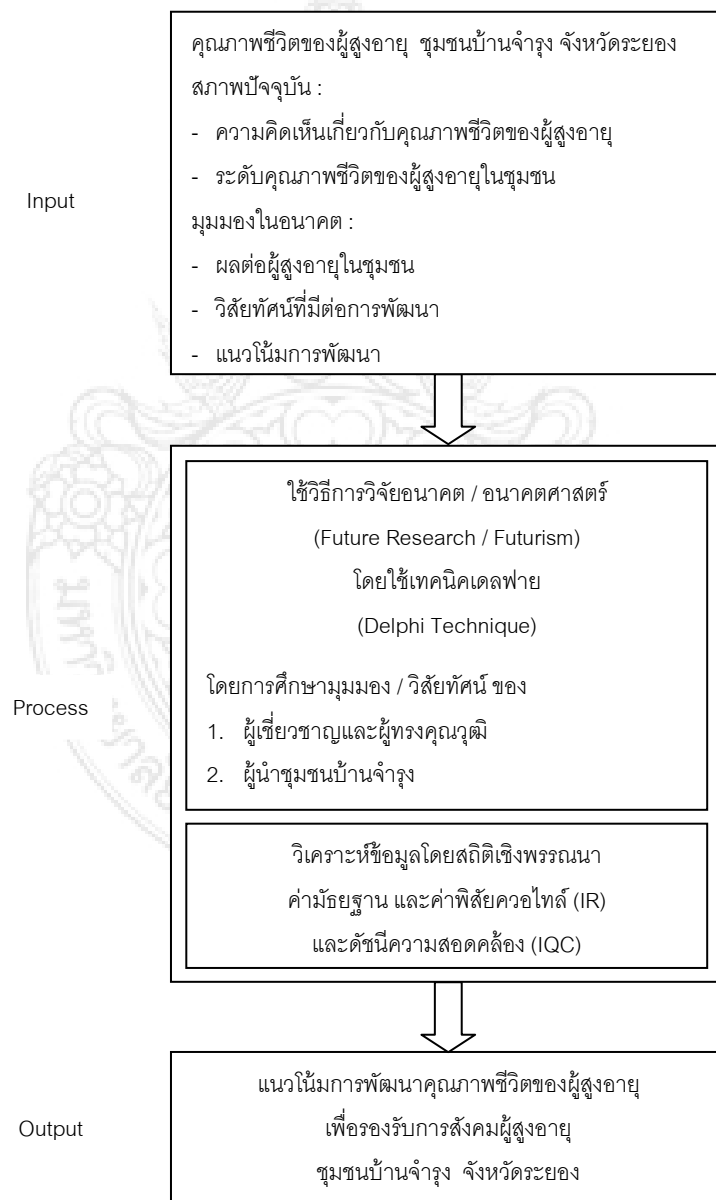
## วิธีการดำเนินงาน

การดำเนินการ	พ.ศ.2558					พ.ศ.2559			
	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.
1. กำหนดประเด็นปัญหาของการวิจัย									
2. คัดเลือกผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ									
3. สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย									
4. เก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 : Open Ended									
5. เก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 : Rating Scale									
6. เก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 : Rating Scale									
7. การวิเคราะห์ข้อมูล									
8. จัดวิทยานิพนธ์									

## 1.4 กรอบแนวความคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดกรอบแนวความคิดในการวิจัยแนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับการสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง ด้วยวิธีการวิจัยอนาคต (Future Research) หรืออนาคตศาสตร์ (Futurism) โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังแสดงในภาพ 1.3

ภาพ 1.3 กรอบแนวความคิดในการวิจัย



## 1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.5.1 ทำให้ทราบมุมมองของผู้นำชุมชนที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับการสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง

1.5.2 สามารถกำหนดแนวโน้มที่เป็นไปได้ในอนาคต ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับการสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง

## 1.6 นิยามศัพท์

**ผู้สูงอายุ** หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

**คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ** หมายถึง การตอบสนองความจำเป็นในการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อให้มีระดับมาตรฐานความมีชีวิตที่ดีในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม รวมทั้งด้านเศรษฐกิจ โดยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข

**ด้านร่างกาย** คือ การรับรู้สภาพร่างกาย การไม่มีโรค การเคลื่อนไหวของร่างกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการรับรู้ในความสามารถทำงานของตนเอง

**ด้านจิตใจ** คือ การรับรู้สภาพจิตใจและสุขภาพจิต รวมถึงด้านคุณธรรมและจริยธรรม

**ด้านสังคม** คือ สถานะทางสังคม ยศ ตำแหน่ง เกียรติยศชื่อเสียง การยอมรับนับถือ รวมถึงการมีมนุษยสัมพันธ์กับผู้อื่นด้วย

**ด้านเศรษฐกิจ** คือ การรับรู้สิ่งแวดล้อมที่มีผลกับการดำเนินชีวิต เช่น รับรู้ว่าตนเองมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง หน่วงเหนี่ยว มีความปลอดภัย มีความมั่นคงในชีวิต มีการรับรู้ว่าได้อยู่ในสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษ มีการจราจรที่สะดวก มีแหล่งประโยชน์ทางด้าน การเงิน ด้านสถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ มีการรับรู้ในการได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝน ทักษะต่างๆ การรับรู้ที่ตนเองได้ร่วมกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง

**การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ** หมายถึง การกำหนดแนวทางหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความพอใจในชีวิต มีความเป็นอยู่ที่ดี มีสุขภาพกายและใจที่ดี เศรษฐกิจพอเพียง

หมายถึง การแสดงออกของพฤติกรรมที่สะท้อนให้เห็นถึงความ มีเหตุผล ความพอประมาณ และความมีภูมิคุ้มกันที่ดี ตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

**ผู้นำชุมชน** หมายถึง บุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งหรือการเลือกตั้งหรือการยกย่องจากชุมชนให้ทำหน้าที่ของตำแหน่งผู้นำ เช่น การชี้แนะ สั่งการ และช่วยเหลือให้ชุมชน สามารถปฏิบัติงานได้สำเร็จตามจุดประสงค์ที่ตั้งไว้



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาและหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง ได้ทำการศึกษาค้นคว้าทั้งโครงการใกล้เคียงและที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร ตำรา รวมทั้งแหล่งข้อมูลต่างๆ ทั้งจากหน่วยงาน และห้องสมุดโดยดำเนินงานไปตามลำดับขั้นตอน ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับทฤษฎี หลักการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 2.1 ความสำคัญและความหมายของผู้สูงอายุ
- 2.2 ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับแผนผู้สูงอายุ
- 2.3 การจัดระบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในการเข้าสู่สังคมสูงวัยในประเทศไทย
- 2.4 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
- 2.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
- 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 2.1 ความสำคัญและความหมายของผู้สูงอายุ

ในชีวิตของทุกคนจะต้องมาถึงวัยสูงอายุเมื่อมีอายุมากขึ้น หลังทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัวและสังคมมามากมายแล้ว ความเป็นผู้สูงวัยหรือสูงอายุนั้นจะมาพร้อมกับความเสื่อมถอยของร่างกายและจิตใจ จากการศึกษาวิจัยของ Aller and Coeling (1995) ทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวจำนวน 8 คน แม้จะเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ดูจะเล็ก แต่เป็นตัวแทนในการประยุกต์ใช้ในวิจัยเรื่องนี้ได้อย่างดีในเรื่องคุณภาพชีวิต เช่นเดียวกับ Lee, Yu, Kwong, 2015. pp. 116-125. ที่พบว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ต่อสิ่งแวดล้อมของชีวิต การดูแลรักษาตัวเองและความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพและจิตใจ ดังนั้นจากแนวคิด Lee, Yu, Kwong ข้างต้นนำมาศึกษาต่อยอดทบทวนวรรณกรรม โดยพิจารณากับการศึกษาระดับโลกของคณะกรรมการยุโรปร่วมที่ศึกษาโครงการ

สุขภาพผู้สูงอายุ (The Healthy Ageing Projects by The European Commission) จะพบว่าการศึกษารื่องผู้สูงอายุที่จะเข้าใจในความหมายของผู้สูงอายุต่อไปนั้นจะต้องพิจารณาทางปัจจัยด้านความเสื่อมถอยต่างๆ ที่มีต่อผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

2.1.1 การสูงอายุตามธรรมชาติหรือตามวัย (Mental Health) หมายถึง การสูงอายุเมื่อมีอายุมากขึ้นตามปีที่เกิดนับจากปีเกิดเป็นต้นไป

2.1.2 การสูงอายุตามการทำงาน (Retirement) คือ การเกษียณงานตามที่กำหนดไว้ของเกณฑ์การทำงาน ซึ่งจะสัมพันธ์กับการสูงอายุตามธรรมชาติหรือตามวัย โดยทั่วไปก็จะถือเกณฑ์อายุ 60 ปี

2.1.3 การสูงอายุ ช่องว่างในการคาดหวัง (The Gap in Life Expectancy) จากการสูงอายุตามลักษณะข้างต้นส่งผลต่อปัจจัยทางความเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตใจหรือการศึกษาของกลุ่มคณะกรรมการสมาร่วมยุโรป พบว่า เป็นช่องว่างในการคาดหวังการมีชีวิตเมื่อเป็นผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องทางด้านเศรษฐกิจที่รายได้ลดลงและปัจจัยการดูแลสุขภาพรวมถึงโรคภัยไข้เจ็บที่สะสมมาก่อนหน้าวัยผู้สูงอายุและมาแสดงผลในวัยนี้ ซึ่งต้องเสมือนเพิ่มค่าใช้จ่ายที่ไม่ได้คาดหวังไว้มากขึ้น ซึ่งการค้นพบนี้มีความสอดคล้องกับ อุบลรัตน์ เฟิงสถิตย์ ที่ได้ศึกษาไว้ตั้งแต่ปี 2542 ดังนี้ (อุบลรัตน์ เฟิงสถิตย์, 2542)

2.1.3.1 การเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ

ลักษณะการเสื่อมถอยของร่างกายจะมี 2 ลักษณะ คือ

1. การเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตใจเป็นสภาวะที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติที่บอกให้ทราบถึงกระบวนการก้าวไปสู่ความชรา เรียกว่า Senescence การก้าวไปสู่ความชราลักษณะนี้จะไม่มีการใช้เจ็บใดๆ เข้ามาเบียดเบียน แต่มีพัฒนาการเข้าสู่ชราอย่างมีลำดับขั้น โดยกระบวนการก้าวไปสู่ความชรา เป็นศาสตร์ที่มีชื่อว่า ชราภาพวิทยา หรือชราภาพวิทยา (Gerontology) ซึ่งเป็นศาสตร์สาขาหนึ่งที่ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความชราโดยศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

2. การเสื่อมถอยทางร่างกายส่งผลต่อจิตใจที่ไม่ได้เกิดตามกระบวนการไปสู่ความชราแต่เกิดจากความผิดปกติทางร่างกาย รวมทั้งความบกพร่องของการทำงานของสมองอีกด้วย ทำให้เกิดความชราภาพที่เรียกว่า ซีนายลิตี (Senility) กระบวนการก้าวไปสู่ความชราแบบนี้เป็นศาสตร์แขนงหนึ่งที่มีชื่อ เรียกว่า ชราภาพวิทยา (Geriatrics) เป็นศาสตร์สาขาวิชาแขนงหนึ่งที่ศึกษาเกี่ยวกับการรักษาของแพทย์ ศึกษาอาการโรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับสุขภาพทางร่างกายของผู้สูงอายุ ส่งผลต่อความเสื่อมถอยทางด้านร่างกายและจิตใจตลอดจนการ



แสดงพฤติกรรมของผู้สูงอายุด้วยลักษณะประกอบด้วย โรคหัวใจ เส้นโลหิตตีบตัน ไขข้ออักเสบ โรคประสาท โรคความจำเสื่อม และโรคนอนไม่หลับ

2.1.3.2 จากโรคภัยไข้เจ็บที่สะสมมาก่อนในวัยหนุ่มสาวในความเสื่อมถอยทางสิ่งแวดล้อมทางสังคม จนเกิดโรคยอดนิยมของผู้สูงอายุและบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปทางสังคมของผู้สูงอายุ ที่สืบสาเหตุจาก

ก. สภาพการณ์ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะเมื่อหัวหน้าครอบครัวต้องก้าวสู่วัยผู้สูงอายุมีผลกระทบต่อความมั่นคงทางครอบครัวตามมา

ข. ลักษณะการประกอบอาชีพเปลี่ยนไป ซึ่งผู้สูงอายุต้องยอมรับสภาพการณ์ไม่มีงานทำเหมือนที่ผ่านมา

ค. ต้องถูกออกจากงาน ตามการเกษียณอายุงาน แต่ชีวิตและครอบครัวยังต้องดำเนินต่อไปจึงต้องหางานใหม่ เพื่อการมีรายได้ ให้เพียงพอยังชีพตัวเองและหรือครอบครัว

ง. การยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลง ที่ต้องยอมรับให้ได้ กล่าวคือ มีผู้สูงอายุหลายคนเคยมีเกียรติ อำนาจ แต่พอเกษียณอายุงานก็จะหมดไป

2.1.3.3 ดังนั้นผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องการปรับตัวเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข และไม่กดดัน เพื่อให้การดำรงชีวิตอยู่ในแต่ละวันสามารถอยู่อย่างไม่กดดันและมีสุขลักษณะที่ดี จากการเป็นผู้ที่มีการวางแผนชีวิตเพื่อร่างกายและจิตใจให้มากขึ้นกว่าวัยหนุ่มสาว ตั้งแต่ การกิน การนอน การออกกำลังกาย วิธีการตรวจรักษาสุขภาพทางด้านร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุต้องรู้จักวิธีการเตรียมตัวเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพอีกด้วย

#### 2.1.4 ความหมายของผู้สูงอายุ

โดยทั่วไป คำว่า ผู้สูงอายุ ตรงกับภาษาอังกฤษว่า Elderly person (ประยุกต์จาก Peuler 2004; Ilmarinen 2005; Lethbridge 2001). (อ้างอิงดิกชันนารี) แต่ก็มีหลายงานศึกษาใช้คำว่า Older people (ไม่มี article the หรือ a an นำหน้าเด็ดขาด) หมายถึง ผู้คนที่เริ่มแก่ขึ้น (Lee Yu and Kwong, 2008 and 2009; Butler, 1963 and 1974. Webster, Bohlmeijer, & Webster, 2010. pp. 527-553, and Smith, 2000.) อย่างไรก็ตามแม้จะใช้คำที่ต่างกันไปแต่ก็ให้ความหมายเกี่ยวข้องกันไปในทางเดียวกัน คือ กระบวนการเปลี่ยนแปลงตามวัยของบุคคลอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีความเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตใจ มีการสะสมความเจ็บป่วยหรือความพิการ เกิดร่วมด้วยแตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคล วัยสูงอายุเป็นระยะสุดท้ายของชีวิตอาจยาวนาน 10-20 ปี หรือมากกว่านั้น ซึ่งส่งผลจากการเตรียมตัวเตรียมใจ ก่อนเข้าสู่วัยนี้มาตั้งแต่วัยกลางคน และ

สามารถปรับตัวรับมือกับท้าวสูงอายุได้ ให้สมแก่ฐานะ อารมณ์ ความรู้สึก สภาพจิตใจ และร่างกาย สำหรับเกณฑ์การตัดลินความชรา (cut – off point) โดยทั่วไปดังกล่าวข้างต้นอยู่ที่ 60 ปี แต่ถ้ามีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป คือ เป็นคนชรา หรือ ผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเกณฑ์ที่จัดไว้ โดยเฉพาะกลุ่มประเทศโลกที่สาม โดยถือสาเหตุการณ์ยากจน (poverty) เป็นหลัก

สำหรับประเทศไทยได้กำหนดว่าผู้สูงอายุ คือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปตามเกณฑ์ปลดเกษียณหรือเกษียณงาน และจากแนวคิดของที่ประชุมโลกว่าด้วยแผนปฏิบัติการนานาชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ แนวคิด 2002 (Madrid International Plan of Action on Ageing 2002. (MIPAA) และการประชุมกลุ่มย่อยที่ในการประชุมประจำปี 2558 ของ สศช. ทิศทางแผนพัฒนาฉบับที่ 12 วันจันทร์ที่ 13 กันยายน 2558 ณ ศูนย์แสดงสินค้าและการประชุม อิมแพคเมืองทองธานี (ชุตินาฏ วงศ์สุบรรณ, 2558)

### ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

นักทฤษฎีการสูงอายุได้พิจารณากระบวนการแก่ของบุคคลว่า เป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กันทั้งแนวตั้งและแนวนอน ในแนวตั้งให้พิจารณาว่าร่างกายของบุคคลมีหลายระดับ นับตั้งแต่โมเลกุล เซลล์ บุคคล กลุ่มคน และสังคม ส่วนแนวนอนให้พิจารณาว่าบุคคลมีคุณลักษณะ 3 ประการ คือ เป็นอยู่ (Being) พฤติกรรม (Behaving) และการกลายมาเป็น (Becoming) (ประยูรศักดิ์จาก National Council for the Elderly, 1994. และ สุวดี เบญจวงศ์, 2541: 54-60)

สำหรับปรากฏการณ์ของความสูงอายุหรือกระบวนการแก่เกิดจากปัจจัยหลายประการที่ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่ง ทฤษฎีที่อธิบายถึงการสูงอายุนั้น จึงอาจแบ่งได้เป็น 3 ทฤษฎี ที่ยอมรับกันทั่วไป ดังต่อไปนี้

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Theory of Biology) รวมอธิบายถึงกระบวนการทางสรีรวิทยาและการเปลี่ยนแปลง ทางโครงสร้างของอวัยวะต่างๆ รวมทั้งการสูญเสียความสามารถในการต้านทานโรค โดยพบว่า ในทุกระดับของชีววิทยาตั้งแต่เซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะ ระบบอวัยวะ จะต้องมีการเสื่อมและการตายเกิดขึ้นในที่สุด

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Theory of Psychology) เป็นทฤษฎีที่เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรม ของผู้สูงอายุนั้น เป็นการพัฒนาและปรับตัวเกี่ยวกับสติปัญญา ความนึกคิด ความจำและการรับรู้ แรงจูงใจ รวมทั้งสังคมที่อยู่อาศัย และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคลจะผลักดันให้มีบุคลิก แตกต่างกันไป และมนุษย์จะมีช่วงการเปลี่ยนแปลง คือ ช่วงต่อของชีวิต ซึ่งล้วนแต่เป็นภาวะวิกฤตทั้งสิ้น ดังนั้นการที่บุคคลสามารถผ่านช่วงวิกฤตใน

ชีวิตแต่ละระยะได้ดีเพียงใด ย่อมส่งผลถึงการพัฒนาบุคลิกภาพในอนาคต คือ การเป็นผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน

3. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Theory of Sociology) เป็นทฤษฎีอธิบายสาเหตุที่ทำให้ให้ผู้สูงอายุมีสถานะทางสังคมที่เปลี่ยนไป เพราะมนุษย์จะต้องมีการพัฒนาในแต่ละบุคคล และสิ่งแวดล้อมจะมีผลต่อการปรับตัว ทฤษฎีนี้จึงเชื่อว่าถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจะทำให้สถานะของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตามทฤษฎีทางสังคมสำหรับแบ่งแยกแยะออกได้อีก 3 ทฤษฎีย่อย คือ

3.1 ทฤษฎีไร้ภาระผูกพัน (Theory without obligation) อธิบายว่าการละบทบาททางสังคม จะส่งผลดีต่อทั้งในวัยหนุ่มสาวและการก้าวสู่ความเป็นผู้สูงอายุ คือ ในวัยหนุ่มสาวผู้ที่มีความรู้ความสามารถย่อมจะเตรียมตัวการเข้าสู่ความเป็นผู้สูงอายุเองได้ พร้อมเตรียมตัวรับกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และยอมรับว่าการเปลี่ยนผ่านวัยเป็นกระบวนการต่อเนื่องและหลีกเลี่ยงไม่ได้ ความแตกต่างในบุคลิกภาพของแต่ละคนจึงไม่ใช่สิ่งที่สำคัญ

3.2 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory) กล่าวถึง การมีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างบุคคล ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ การมีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคม และความพึงพอใจในชีวิต จะลดลงเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น สถานะทางสังคมจะลดบทบาทเก่าที่เคยมีในวัยหนุ่มสาวให้น้อยลงและหมดไป ดังนั้นผู้สูงอายุควรมีกิจกรรมต่อเนื่อง จากวัยที่ผ่านมา ควรพอใจในการร่วมกิจกรรม สนใจและร่วมเป็นสมาชิกในกิจกรรมต่างๆ จึงควรไม่ลดลงตามอายุวัย กิจกรรมจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุในการทำให้มีสุขภาพดีทั้งใจและกาย ตลอดจนความพึงพอใจ ในวัยผู้สูงอายุด้วย

3.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) เป็นผลจากการนำทฤษฎีไร้ภาระผูกพันและทฤษฎีกิจกรรม มาวิเคราะห์ร่วมกันเพื่อหาข้อสรุปใหม่เป็นทฤษฎีความต่อเนื่องที่สามารถอธิบายชีวิตที่แท้จริงของผู้สูงอายุได้ คือการที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขในบั้นปลายชีวิตได้นั้นขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ และรูปแบบการดำเนินชีวิตเดิมของผู้สูงอายุ เช่นผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในสังคมจะมีความสุขเมื่อได้ร่วมกิจกรรม เหมือนในวัยหนุ่มสาว และผู้สูงอายุที่ไม่ชอบการเข้าร่วมสังคมมาก่อนก็มีความสุขในการแยกตัวเอง ในวัยสูงอายุได้เช่นกัน

## การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

จากทฤษฎีการสูงอายุที่กล่าวข้างต้น ได้อธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงดังต่อไปนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างและหน้าที่ของทุกระบบในร่างกายตามธรรมชาติ คือเปลี่ยนไปจากวัยมิใช่จากการเป็นโรค การเปลี่ยนแปลงเหล่านั้นได้แก่ การเปลี่ยนแปลงระบบผิวหนัง ระบบประสาท ระบบกระดูกและ กล้ามเนื้อ ระบบการไหลเวียนของโลหิต ระบบการหายใจและระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น

2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ มักจะมีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคม ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ พฤติกรรมของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนแปลงไป ทำให้หลงลืม สับสนได้ง่าย ในวัยนี้หากต้องพบกับการสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ในช่วงชีวิต ผู้สูงอายุจะท้อแท้ มักมีอาการฉุนเฉียว โกรธง่าย สิ้นหวัง จนเป็นเหตุให้การทำงานของระบบต่างๆ อ่อนแอลงอีกได้อีกด้วย

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม จากการเปลี่ยนแปลงทั้งหลายที่เกิดขึ้นนี้ ทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงอุปนิสัยและอารมณ์ออกมาคล้ายคลึงกัน ดังนี้

1. สนใจตนเองมากเป็นพิเศษ
2. แสวงงอน ใจน้อย ทิฐิ มีความรู้สึกไวต่อคำพูด และเหตุการณ์ต่างๆ แต่จะแสดงออกโดยการไม่พูด เงียบเฉย
3. สนใจกับบุคคลในทางที่จะต้องเอาใจตน
4. จำลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตและชอบเปรียบเทียบเสมอ
5. มีความวิตกกังวล ทุกข์ร้อน ห่วงใยบุตรหลานและครอบครัวมาก
6. กลัวถูกทอดทิ้ง ว่าเหว่

จากทฤษฎีผู้สูงอายุข้างต้น ทั้งทฤษฎีทางชีววิทยา จิตวิทยา และสังคมวิทยาได้อธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลง 3 ด้านด้วยกัน คือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม โดยการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจะมีลักษณะไปในทางเสื่อมมากกว่าการเสริมสร้าง ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจจะเกี่ยวข้องกับอารมณ์และการปรับตัว และมักจะมีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคมด้วย ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมจะเป็นลักษณะที่ ผู้สูงอายุไม่สามารถแสดงบทบาทต่างๆ ได้มีผลทำให้รู้สึกขาดคุณค่า ขาดความภาคภูมิใจในตัวเอง

**ด้านสวัสดิการสังคมกับผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 5 ประเภท คือ** (ส่วนอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

1. ผู้สูงอายุที่สามารถทำงานเลี้ยงตนเองได้ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น
2. ผู้สูงอายุที่เกษียณอายุแล้ว เลี้ยงตนเองด้วยเงินบำเหน็จที่เก็บได้
3. ผู้สูงอายุที่เกษียณอายุแล้ว เลี้ยงตนเองด้วยเงินบำนาญ
4. ผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัวบุตรหรือญาติ ต้องพึ่งพาเขาเพียงบางส่วนหรือโดยสิ้นเชิง
5. ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งบริการของรัฐหรือเอกชน ถ้าปราศจากบริการนี้แล้ว จะทำให้มีชีวิตที่ลำบาก

ลำบาก

จากข้างต้นประยุกต์ Disit nad Kautam, 2014 นำทฤษฎีของ ยอร์จ เบร์นาร์ด ชอว์ (George Bernard Shaw) ที่ให้แนวคิดของผู้สูงอายุไว้น่าสนใจถึงคุณค่าของผู้สูงอายุสรุปได้ดังนี้ ทฤษฎีชีวิตของการเกษียณ ทำให้คนชราเกิดความขุ่นเคืองคือปล่อยตัวเองให้ว่างมากเกินไป ยาแก้ความขุ่นเคืองคือการต้องทำงานโดยไม่สิ้นสุดหลังวัยเกษียณ ตัวอย่างที่สนับสนุนแนวคิดของเบร์นาร์ดได้อย่างดีนั้น เห็นจากผู้สร้างคุณูปการทางนวัตกรรมแก่โลกใหม่ๆ ดังเช่น เมื่ออายุ 80 ปี เซอร์อเล็กซานเดอร์ เฟลมมิง ศาสตราจารย์แพทย์ชาวอังกฤษ ค้นพบยาเพนิซิลลินเมื่ออายุ 70 ปี และ อัลเบิร์ต ไชท์เซอร์ ได้รับรางวัลโนเบล เมื่ออายุ 80 ปี เป็นต้น

**ดังนั้นสืบเนื่องจากทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่กล่าวมาทั้งหมด เพื่อใช้ประโยชน์กับการวิจัยนี้ จะมีทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่กล่าวถึง บทบาททางสังคม และกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุมาอธิบายเสริม ดังต่อไปนี้**

**ทฤษฎีบทบาททางสังคม (Role Theory)** ให้แนวคิดทางอายุถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่ง ในการจะกำหนดบทบาทของแต่ละบุคคล เหตุนี้เป็นผู้สูงอายุแต่ละคนจะปรับตัวได้ดีเพียงใด ย่อมอยู่กับการยอมรับบทบาทของตนเอง ในแต่ละช่วงอายุ บทบาทดังกล่าว จะส่งผลไปถึงการยอมรับบทบาททางสังคม ที่จะเปลี่ยนแปลงไปในอนาคตด้วย นอกจากนี้ สังคม และการมองเห็นคุณค่าของตนเองเป็นสำคัญ สามารถสร้างบทบาททางสังคมของตนขึ้นมาใหม่ เพื่อทดแทนบทบาทหน้าที่ที่สูญเสียไปได้ สถาบันครอบครัวก็มีส่วนส่งเสริมผู้สูงอายุ ในบทบาทอื่นๆ เช่น การเป็นบิดา มารดา ปู่ย่า ตายาย เพื่อเป็นป็นุชนียบุคคลให้ลูกหลาน ซึ่งทำให้ลูกหลานเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ ทางด้านสังคมนั้นสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุได้มาก จากการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นในทุกหมู่บ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุวัยเดียวกันได้พบปะสังสรรค์กัน ปกษาหารือในการที่จะช่วยเหลือสังคมได้ด้วย สิ่งกล่าวมาทั้งหมดเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างมีความสุข อยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี และเหมาะสม ยังรักษาบทบาทเป็นทั้งผู้ใหญ่ และผู้รับประโยชน์จากสังคมเสมอ

เหมือนสมาชิกอื่นๆ ในสังคม ดังนั้นการแสดงความสามารถของผู้สูงอายุแต่ละคนจึงแตกต่างกันไป ส่งผลต่อการเลือกทำงานอาสาสมัครได้ตามความถนัด และความสนใจของแต่ละคน ทำให้บทบาททางสังคมของผู้สูงอายุมีความต่อเนื่อง (ประยุกต์เนื้อหาเพื่อใช้กับงานวิจัยนี้จาก Hindin, 2007. Cited in Ritzerced, 2007)

**ทฤษฎีกิจกรรมทางสังคม (Social Activity Theory and Social Attribute Theory)** กรณีกาการใช้คำกิจกรรมทางสังคมนั้น ที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุจะใช้คำว่า attribute แทน activity เพราะพิจารณาว่าเป็นคุณสมบัติการแสดงออกของบุคคล ดังนั้น Social Activity Theory หรือทฤษฎีกิจกรรมทางสังคมจึงต้องใช้การวิเคราะห์ฟิงฟิงทฤษฎี Social Attribute Theory มาวิเคราะห์ในเชิงจิตวิทยาสังคม Manusov and Spitzberg. ให้แนวคิดว่าเป็นการอธิบายการกระทำหรือกิจกรรมทางสังคมนั้น การสื่อสารเพื่อแสดงพฤติกรรมผ่านการกระทำหรือกิจกรรมทางสังคมด้วย หากนำทฤษฎีนี้มาประยุกต์จึงควรจะให้ต่อพิมพ์เข้าคำว่ามีกิจกรรมเพื่อการแสดงออกทางสังคมให้มากขึ้นได้ สรุปความที่น่าสนใจได้ว่าการมีกิจกรรมต่อไปของผู้สูงอายุ แนวคิดนี้จะเห็นว่าการกิจกรรมเป็นสิ่งสำคัญ จะทำให้สามารถปรับตัวได้มากขึ้นเท่านั้น และมีความพึงพอใจในชีวิตสูง และยังส่งผลให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติเกี่ยวกับตนเอง ในทางบวกทำให้เกิดความสุขในการดำเนินชีวิตและมองโลกในแง่ดี เกิดความกระตือรือร้นในการร่วมกิจกรรม และบทบาทใหม่ๆ กิจกรรมเหล่านี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาในส่วนต่างๆ ของร่างกายให้สมวัย ซึ่งกิจกรรมดังกล่าว ได้แก่ งานอดิเรกต่างๆ งานอาสาสมัคร เป็นที่ปรึกษาให้กับหน่วยงานต่างๆ และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (ประยุกต์เนื้อหาเพื่อใช้กับงานวิจัยนี้จาก Hindin, 2007. Cited in Ritzerc (ed), 2007)

นอกจากนี้เมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ และหรือเกษียณอายุงานแล้วทำให้มีเวลาว่างหาได้ง่าย และยังมีมาก กิจกรรมยามว่างดังกล่าวเพื่อนันทนาการ และหรือการเรียนรู้สิ่งใหม่ ตลอดจนการให้บริการผู้อื่น จึงเป็นเรื่องสำคัญ ซึ่งความพึงพอใจก่อให้เกิดมีชีวิตรื่นรมย์ และมีความหมาย ในกรณีของชีวิตหลังเกษียณอายุและหรือผู้สูงอายุที่เกษียณอายุงานอย่างไม่วางจุดหมายของตนเองจะนำไปสู่ความเบื่อหน่าย และแยกตัวออกจากสังคม โดยขาดการรู้อย่างถ่องแท้ว่าความจริงนั้นกายและจิตใจเจริญงอกงามขึ้นตามแรงกระตุ้นของกิจกรรมต่างๆ จะถือเป็นการดี ควรจะต้องมีกิจกรรมมากระตุ้นชีวิตของผู้เกษียณอายุงานและหรือผู้สูงอายุให้เจริญงอกงาม

อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่การแสดงออกและการทำกิจกรรมทางสังคมต่างๆ มักมีปัญหาสำหรับผู้ไม่วางจุดหมายว่าจะเลือกกิจกรรมอะไรดี จึงขอแนะนำเป็นการสะดวกถ้าจะพิจารณากิจกรรมในยามว่างดังกล่าวมาแล้วข้างต้นออกเป็นหลักใหญ่ๆ 3 ประการคือ นันทนาการ การเรียนรู้ และการบริการผู้อื่น

1. **กิจกรรมนันทนาการ** สามารถทำได้ทุกช่วงอายุ เพื่อให้ร่างกายสดชื่น (ที่ใช้เพื่อ งานวิจัยนี้ประยุกต์จาก Yukic, 1970. P.15-17 and Daniels, 1995.pxl) เป็นกิจกรรมทำยามว่าง และเกิดความสนุกเพลิดเพลิน ให้มีการกระตุ้นเตือนเปลี่ยนแนวคิดจากการได้ปฏิสังสรรค์กับคนอื่น รวมทั้งทำให้จิตใจตื่นตัวอยู่เสมอ และมีชีวิตชีวา คือ เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับจิตวิทยาและชีววิทยาทาง ความเป็นมนุษย์ (Human Biology) ผู้สูงอายุจึงควรทำในสิ่งที่ตนเองชอบ และตนเองมีทักษะ หรือ ความถนัดเป็นพิเศษ ทักษะในงานวิชาชีพ โดยนำมาใช้ในกิจกรรมนันทนาการได้และ ควรเลือก หลายๆ กิจกรรม รวมทั้งต้องมีเวลามากพอด้วย และเส้นทางของจุดมุ่งหมายการทำกิจกรรม นันทนาการ คือ ความบันเทิง (amusement) ความพอใจ ยินดี (pleasure) และทุกอย่างต้อง สนุกสนาน (fun) ก็โปรดพิจารณากิจกรรมนันทนาการที่ผู้สูงอายุจะสามารถทำได้ ดังต่อไปนี้

**งานอดิเรก** ได้แก่ วาดรูป ทำอาหาร การจัดสวน งานช่างไม้ ทอผ้า ทำหุ่น

**เกม** ได้แก่ บริดจ์ หมากรุก หมากล้อม ปริศนาอักษรไขว้

**กีฬา** ได้แก่ เดิน ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน กอล์ฟ เทนนิส แบดมินตัน เต้นรำ

**ดนตรี** ได้แก่ เล่นเครื่องดนตรี แต่งเพลง การขับร้องเพลง หรือคาราโอเกะ การฟัง เพลงตามช่วงอายุ เช่น Retro music

**ชมรม** ได้แก่ การเข้าชมรมต่างๆ เช่น ชมรมกีฬา ศาสนา การเมือง ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมสถาบันการศึกษาและหรืออาชีพ

**การท่องเที่ยวผู้สูงอายุ** โดยความหมายการท่องเที่ยวของผู้สูงอายุนั้นเป็นแนวคิดที่ สัมพันธ์กับส่วนแบ่งการตลาดที่สำคัญมาก พลเมืองระดับอาวุโส (Senior citizen) ตามวัยอายุ เชื่อมต่อกระบวนการสร้างคามเติบโตทางเศรษฐกิจ สุขภาพ และเงื่อนไขความต้องการของกลุ่ม การมองผู้สูงอายุเป็น

โดยทั่วไปการท่องเที่ยวของผู้สูงอายุจะเรียกว่า ผู้สูงอายุนักท่องเที่ยว (Elderly tourists) แต่จะเรียกการท่องเที่ยวของผู้สูงอายุว่า Senior Tourism Allen, Domínguez and Losada. เห็นว่าเป็นโอกาสใหม่ทางการตลาด สาเหตุจากผู้สูงอายุนับวันมีแต่จะเพิ่มจำนวนขึ้น การจัดกิจกรรมให้หลากหลายก็จะสนองตอบความต้องการของผู้สูงอายุที่มีมากหลายและหลากหลาย ความต้องการได้ ดังเช่นที่องค์การการท่องเที่ยวของสหประชาชาติได้ศึกษาไว้ (The World Tourism Organization : WTO) จึงต้องให้มีกิจกรรมทั้งด้านมาเป็นหมู่คณะที่ต้องจัดการอำนวยความสะดวกตามกลุ่มที่มาท่องเที่ยว (Type of accommodation) การท่องเที่ยวสุขภาพบำบัด (Health Therapy Tourism) เช่น การอาบน้ำแร่ วารีบำบัด การฮันนีมูน การผจญภัยย้อนวัย วันวานหรือย้อนอดีต (Yesterday or Retro Adventure) เช่น การล่องเรือ ชมนกชมไม้ ชมทิวทัศน์

2. **กิจกรรมการเรียนรู้** (Learning attribute) ในกิจกรรมนี้ต้องมีความสืบเนื่องจากกิจกรรมนันทนาการ เพราะผู้สูงอายุจากสภาพความเสื่อมถอยทางกายสัมพันธ์กับจิตใจ จึงต้องให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดโลกทัศน์ มีความเข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลงไปของโลกและสังคมที่ตัวเองอยู่ Kelly Roper และ Plantillas Gratuitas Cree Cualiqueter, plantilla Compartir Con Los Amigos Descargar gratis 2016. ให้แนวคิดว่าการเรียนรู้ของผู้สูงอายุไม่ควรมุ่งไปที่การเรียนรู้ที่เป็นทางการเกินไป ควรให้เป็นไปตามธรรมชาติ และให้ทุกกิจกรรมนันทนาการเป็นการเรียนรู้พร้อมกันไปด้วย โดยแบ่งการเรียนรู้ ดังนี้

### 2.1 การเรียนรู้ผ่านกิจกรรมภายนอกบ้าน อาทิ

2.1.1 ปิกนิก (Picnics)

2.1.2 การตกปลา (Fishing)

2.1.3 การค้นหาวัตถุโบราณ หรือล่าขุมทรัพย์ (Treasure hunts)

2.1.4 การทำสวน (Gardening)

2.1.5 สวนสาธารณะ (Parks)

### 2.2 ศิลปะและงานช่างฝีมือ

2.2.1 การลงสีหรือจิตรกรรม (Painting)

2.2.2 การวาดภาพ (Drawing)

2.2.3 การเย็บ (Sewing)

2.2.4 การปักถักร้อย (Knitting)

2.2.5 การปักโครเช่ (Crocheting)

2.2.6 การถ่ายภาพ (Photography)

2.2.7 การทำการ์ดอวยพร (Marking greeting cards)

2.2.8 โครงการงานไม้ เช่น ทำบ้านให้สุนัขอยู่ บ้านบนต้นไม้ให้เด็ก ๆ

(Woodworking projects)

2.2.9 การจัดเปลี่ยนดอกไม้ (Flower arranging)

### 2.3 การใช้เกมส์กับภาพต่อ ให้เล่นกับครอบครัวและเพื่อน (Games and Puzzles)

3. **กิจกรรมจิตสำนึกแห่งสังคม** มีความใกล้เคียงกับการทำกิจกรรมเพื่อสังคม (Corporate Social Responsibility) ต้องตระหนักว่าการเสียสละ และทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ให้แก่สังคม ไม่มุ่งแต่ตนเองอย่างเดียว เป็นแนวคิดที่ผู้สูงอายุควรมี เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและกายพร้อมกัน โดยผ่านงานอาสาสมัคร ด้วยการทำประโยชน์ให้สังคม ซึ่งจะเชื่อมต่อกับเข้าร่วมกิจกรรม



กับผู้อื่นตามความเหมาะสมกับตนเองที่สุด ในรูปขององค์กรและหรือชมรม กลุ่มผู้ทำ  
 สาธารณประโยชน์ให้แก่สังคมและหรือชุมชน ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวมีหลากหลาย เช่น

**บริการทางสุขภาพอนามัย** โรงพยาบาลโดยทั่วไปมีการจัดตั้งองค์กร เพื่อช่วยเหลือ  
 กิจกรรมของโรงพยาบาล หรือสถานบริการอนามัย เช่น หาทุนเยี่ยมผู้ป่วย และช่วยผู้ป่วยในการทำ  
 กิจกรรมบางประการสังคมสงเคราะห์ หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ ซึ่งออกช่วยเหลือสังคมหรือ  
 ประชาชนที่ทุกข์ร้อนด้วยเหตุต่างๆ เช่น น้ำท่วม ไฟไหม้ แผ่นดินไหว เป็นต้น

**องค์กรการกุศล** หรือองค์กรทางศาสนา องค์กรเหล่านี้ ต้องการอาสาสมัครทำงาน  
 หลายด้าน เช่น งานหาทุน งานประสานงาน คนติดต่อ งานบริการที่ไม่ต้องอาศัยวิชาการขั้นสูง

กรณีองค์กรลักษณะนี้ ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมชมรมหรือสมาคมได้ในหลายสถานะ  
 อาทิ เป็นผู้จัดการหรือประธาน ผู้สอน ผู้บริการหรือสมาชิก ในบรรดาสมาคม ชมรมหรือองค์กรต่างๆ  
 ที่ดีที่สุดคือ **สมาคมหรือองค์กรที่ทำงานเกี่ยวกับเด็กและวัยรุ่น** เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุได้  
 สัมผัสกับคนหนุ่มสาว ทำให้ช่องว่างระหว่างวัยหายไปมีความรู้สึกเสมือนกลับคืนสู่วัยวรา

**กลุ่มการเมือง** เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่สนใจในทางการเมือง

**กลุ่มเฉพาะทาง** เช่น กลุ่มอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม กลุ่มผู้บริโภค กลุ่มสิทธิมนุษยชน ฯลฯ

**บทบาทตามวิชาชีพ** เช่น เคยเป็นตำรวจ อาจเข้าร่วมเป็นหน่วยรักษาความปลอดภัย  
 ของหมู่บ้าน เคยเป็นครู อาจสอน หรือบรรยายพิเศษ และเคยเป็นช่าง อาจเปิดอบรมความรู้ด้าน  
 แก่เครื่องยนต์ เครื่องมือเครื่องใช้ รวมถึงคอมพิวเตอร์ได้

**สำหรับประโยชน์ที่ได้จากกิจกรรมบริการผู้อื่นนั้น จะมีดังนี้**

1. การได้เสียสละ เช่น ทำประโยชน์ให้แก่ผู้อื่นเป็นการแสดงว่าผู้อื่นยังต้องการท่าน  
 อาศัยท่าน ทำให้รู้สึกตนเองมีคุณค่าและมีความสำคัญ
2. การช่วยเหลือผู้อื่นในการแก้ปัญหาของเขาจะทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้เกษียณอายุงาน  
 และผู้สูงอายุน้อยลงโดยอัตโนมัติ
3. การได้ติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นโดยเฉพาะกรณีมีสภาพเลวร้ายกว่าในบางเรื่อง เช่น  
 สุขภาพอนามัยจะช่วยให้เกิดความพึงพอใจในตนเองขึ้นแก่ผู้เกษียณอายุงานและผู้สูงอายุได้อีก  
 ด้วย
4. การเสียสละต่อสังคม จะทำให้ภาพพจน์ของตนเองน่าพึงพอใจทั้งต่อตนเองและผู้อื่น
5. การเสียสละหรือบริการผู้อื่น จะทำให้มีสุขภาพจิตดีขึ้น และพลอยทำให้สุขภาพกายดี  
 ด้วย

แนวคิดปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุจะมีความสำคัญและสัมพันธ์ต่อการพิจารณาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ถือได้ว่ามีความสำคัญอย่างมากด้วยในการประยุกต์ใช้กับงานวิจัยนี้

จากการศึกษาวิจัยของ Chen (2001) นอกจากทฤษฎีดังกล่าวมาทั้งหมด ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยปัจจัย 3 ด้าน ดังนี้

### 1. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย

1.1 **ระดับการศึกษา** ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความสามารถในการดูแลตนเอง และมีโอกาสเลือกทำกิจกรรมได้ดี และมากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาต่ำ

1.2 **งานอดิเรก** หมายถึง การใช้เวลาทำกิจกรรมด้านต่างๆ ที่ไม่ใช่งานประจำ หรือเป็นกิจกรรมที่ทำในเวลาว่างด้วยความสมัครใจ หรือก่อให้เกิดความเพลิดเพลิน นอกจากนี้กิจกรรมที่ถูกผลักดันให้เลิกกระทำ กิจกรรมใหม่ที่จะมาทดแทนก็คือ กิจกรรมงานอดิเรกนั่นเอง

1.3 **สุขภาพ** ผู้สูงอายุมักประสบปัญหาสุขภาพที่ทรุดโทรมลง ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการต้องพึ่งพิงผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกด้อย ในสายตาของบุคคลทั่วไป และมีผลต่อความพึงพอใจของการมีชีวิตอยู่ในวัยผู้สูงอายุด้วย

2. **ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ** ปัญหาเศรษฐกิจเป็นปัญหาหลักที่สำคัญของผู้สูงอายุ การที่มีรายได้ลดน้อยลง ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ทางด้านสุขภาพ และส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมาก

3. **ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม** เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ทำให้ต้องเสียบทบาทในการทำงาน ผู้สูงอายุหรือผู้เกษียณวัยทำงานจึงต้องหาสังคมใหม่ทดแทนสังคมที่ทำงานซึ่งหายไป ดังนั้น จึงต้องมุ่งความสนใจไปที่ครอบครัว เป็นต้น เพราะเป็นสังคมใกล้ตัวมากที่สุด และทดแทนง่าย โดยมีบทบาทใหม่ เช่น การเป็นผู้ให้คำปรึกษา แนะนำช่วยเหลือลูกหลานภายในบ้าน ซึ่งหากความสัมพันธ์ในครอบครัวดี จะส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ สำหรับด้านความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลภายนอก หรือสังคมอื่นนอกจากครอบครัวนั้น ในปี 1986 เบอร์กแมน (Bergmann) ได้ทำการศึกษาผู้สูงอายุจำนวน 7,200 คน เป็นเวลา 10 ปี พบว่าผู้สูงอายุที่แยกตัวออกจากสังคม มีอัตราการตายสูงกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ถึง 2.5 เท่า

จากปัจจัย 3 ด้านที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในส่วนของงานอดิเรกและการมีสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว รวมทั้งสังคมเมื่อพิจารณาทางทฤษฎีแล้วพบว่ามี ความสอดคล้องกันกับทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น ในเรื่องของกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งมีความจำเป็นต่อบทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุ ที่ควรมี

ต่อสังคม ครอบครัว และชุมชน เพื่อการมีคุณค่าในชีวิต และเพิ่มความพึงพอใจตนเองของผู้สูงอายุ แล้วในเรื่องที่ยังแบ่งได้เป็น 3 ประเภท ได้อีก คือ

1. **กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ** (Informal activity) เช่น การช่วยเหลืองานของสมาชิกในครอบครัว และการพบปะสังสรรค์กับเพื่อน ญาติ เป็นต้น
2. **กิจกรรมที่มีรูปแบบ** (Formal activity) เช่น เข้าร่วมในสมาคมต่าง ๆ การเข้ากลุ่มทางศาสนา การเป็นอาสาสมัครเพื่อสังคม ซึ่งเป็นกิจกรรมภายนอกครอบครัว เป็นต้น
3. **กิจกรรมที่ทำคนเดียว** (Solitary activity) เช่น การทำงานในยามว่าง กิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจส่วนตัว และกิจกรรมภายในบ้าน เป็นต้น

#### **แนวคิดการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ**

องค์การอนามัยโลก ( WHO ) ให้แนวคิดการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไว้ด้วยการระบุถึง จากงานวิจัยและเอกสารนโยบายในแนวคิดดั้งเดิมที่ขอบวดีคำว่า “สุขภาพผู้สูงอายุ” “ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ” อายุการใช้งาน คือ กระบวนการของการเพิ่มประสิทธิภาพโอกาสในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยในการยกระดับคุณภาพชีวิตตามอายุคน

ทำนองเดียวกับ (ประยุกต์จาก National service framework for older people, 2001. The operating framework for the NHS in England, 2010/11.) ผลการศึกษาของคณะกรรมการการยุโรปต่อรัฐสภาโลกเป็นครั้งที่สองที่สัมพันธ์กับแนวคิดองค์การอนามัยโลกในเรื่องอายุการใช้งาน คือ หมายถึงงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ตลอดจนการต่ออายุการใช้งานทั้งก่อนเกษียณงานและหลังเกษียณงาน โดยเฉพาะวัยผู้สูงอายุคือหลังเกษียณงาน แนวทางปฏิบัติเรื่องดังกล่าวต้องมีจุดมุ่งหมายเพื่อยกระดับคุณภาพเฉลี่ยของแต่ละชีวิต และในเวลาเดียวกันในระดับสังคมยังสนับสนุนการเติบโตทางรายได้หรือตำแหน่งหน้าที่ขึ้น เพื่อลดภาระพึ่งพิง และประหยัดค่าใช้จ่ายอย่างมากในการใช้เงินบำนาญและค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ //

ด้วยเหตุนี้โครงการผู้สูงอายุสุขภาพดี หรือ Heathy Ageing Projec จึงเกิดขึ้นโดยจะเกี่ยวกับการนำแนวความคิดขององค์การอนามัยโลก WHO, 2002. มาปรับใช้ คือ การพิจารณาทางความสามารถของผู้คนทุกวัยที่จะใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพดี มีความปลอดภัย และมีสุขภาพกายและใจพร้อมมีความรู้ความเข้าใจ และยอมรับบทบาทใหม่ทางสังคมได้ ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุได้

ดังนั้นความหมายของโครงการสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี คือ เป็นกระบวนการของการเพิ่มประสิทธิภาพ โอกาสทางกายภาพ สังคม และสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่จะใช้เวลาส่วนร่วมในสังคมโดยไม่เลือกปฏิบัติ และเพลิดเพลินกับการเป็นอิสระ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### กรอบโครงการผู้สูงอายุสุขภาพดี (Framework for The Healthy Ageing Project)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและสามารถมีอิทธิพลมากมายต่อผู้สูงอายุ โดยกรอบแนวคิดของโครงการผู้สูงอายุสุขภาพดี จุดเริ่มต้นนั้น

ประการแรกมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดในครอบครัว เช่น ความสัมพันธ์ที่พัฒนาจากการอยู่ในครอบครัวจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ก้าวสู่วัยชราเป็นผู้สูงอายุ เครือข่ายทางสังคมและการสัมพันธ์หรือได้รับสนับสนุนจากเพื่อนและเพื่อนบ้าน และชุมชน

ประการต่อมา คือ ปัจจัยวิถีชีวิต อาทิ นิสัยการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย นิสัยการนอน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่

นอกจากนี้ยังมีความเกี่ยวข้องกับเงื่อนไขทางสังคมในบริบทของการอาศัยอยู่ของผู้คนและการทำงาน สิ่งเหล่านี้จะถูกกำหนดขึ้น โดยเป็นที่อยู่อาศัย การศึกษา การบริการทางสังคม, การจราจร สภาพแวดล้อมการทำงาน การดูแลสุขภาพและเรื่องอื่นๆ

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเชิงโครงสร้างที่สำคัญรวมทั้งกลยุทธ์ด้านสิ่งแวดล้อม สังคมและเศรษฐกิจที่ล้วนเป็นปัจจัยหลักในการกำหนดสุขภาพผู้คนและรวมทั้งผู้สูงอายุด้วย

ดังนั้นโครงการผู้สูงอายุสุขภาพดี มุ่งเน้นไปที่ที่แตกต่างกันในระดับของปัจจัยสุขภาพ : ตัวกำหนดโดยสังคมนโยบายทางการเมืองจึงถูกกำหนดมาเพื่อดูแลคุณภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งคือเป็นประเด็นที่สำคัญมากสำหรับผู้สูงอายุในทุกพื้นที่ทั้งในตัวเมืองและผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบท ซึ่งประเด็นสำคัญดังกล่าวกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ การเงินส่วนบุคคล การใช้เทคโนโลยีและการดูแลสุขภาพ การเข้าถึงอินเทอร์เน็ต การเพิ่มพูนรายได้ การตอบสนองของการดูแลสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์ทางเพศกับคู่ครอง กิจกรรมทางวัฒนธรรมและสุขภาพในช่องปาก

อย่างไรก็ตามโครงการผู้สูงอายุสุขภาพดีที่ยอมรับกันทั่วไป คือ ของคณะกรรมการสุขภาพร่วมยุโรปได้คัดเลือกไว้ 10 ประเด็นหลักสำคัญเพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุสุขภาพดีที่มีทั้งความกว้างและรวมถึงการป้องกันการบาดเจ็บรวมถึงการใช้ความรุนแรงด้วย

#### สำหรับการเลือกหัวข้อหลักตามโครงการผู้สูงอายุสุขภาพดีที่กล่าวมา ได้แก่

- การเกษียณงานและเกษียณก่อนเวลาเกษียณ (Retirement and pre-retirement)
- ทูทางสังคม (Social Capital)
- สุขภาพจิต (Mental health)
- สภาพแวดล้อม (Environment)
- โภชนาการ (Nutrition)
- กิจกรรมทางกายภาพ (Physical activity)

- ป้องกันการบาดเจ็บ (Injury prevention)
- การใช้สารเคมี/ ใช้สารเคมีในทางที่ผิด (ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) (Substance use/ misuse) (Tobacco and Alcohol)
- ใ้ยา และการเชื่อมโยงปัญหา (Use of medication and associated Problems)
- บริการป้องกันสุขภาพ (Preventive health service)

นอกจากแนวคิดของคณะกรรมการสิทธิการสภาร่วมยุโรปแล้วปัจจัยหลักที่สำคัญควรต้องนำมาพิจารณาร่วมด้วย ซึ่งมีผลอย่างมากต่อสุขภาพจิตและกิจกรรมทางกายภาพคือซึ่งสามารถนำมาพิจารณาร่วมกับการเลือกหัวข้อหลักเพื่อโครงการผู้สูงอายุสุขภาพดี

## 2.2 ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับแผนผู้สูงอายุ

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 -2564) ฉบับปรับปรุง แบ่งเป็น 5 ยุทธศาสตร์ ดังรายละเอียดในแต่ละยุทธศาสตร์ดังนี้ (แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2, 2553)

1. ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ คือ
  - 1.1 ด้านหลักประกันรายได้เพื่อวัยสูงอายุ
    - 1.1.1 ขยายหลักประกันผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั่วถึง
    - 1.1.2 ส่งเสริม และสร้างวินัยการออมในทุกวัย
  - 1.2 ด้านให้การศึกษาเรียนรู้ตลอดชีวิต
    - 1.2.1 ส่งเสริม พัฒนาการจัดบริการการศึกษา การเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิต ทั้งการศึกษาในระบบ นอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย เพื่อความเข้าใจชีวิต พัฒนาการในแต่ละช่วงวัย และเพื่อเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุที่เหมาะสม
    - 1.2.2 รณรงค์ให้สังคมตระหนักถึงความจำเป็นของการเตรียมการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุ
  - 1.3 ด้านปลูกจิตสำนึกให้ตระหนักในคุณค่าและศักดิ์ศรีของ ผู้สูงอายุ
    - 1.3.1 ส่งเสริมให้ทุกวัย เรียนรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลรับผิดชอบผู้สูงอายุ ในครอบครัวและชุมชน
    - 1.3.2 ส่งเสริมให้มีกิจกรรมสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับคนทุกช่วงวัย
    - 1.3.3 ส่งเสริมให้สังคมมีตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

## 2. ยุทธศาสตร์การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ คือ

2.1 ส่งเสริมความรู้ทางการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพหลากหลายรูปแบบให้เหมาะกับผู้สูงอายุ

2.2 ส่งเสริมการอยู่ร่วมกันเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับผู้สูงอายุ จัดตั้ง และดำเนินการสนับสนุนกิจกรรมขององค์กรเครือข่ายผู้สูงอายุ

2.3 ส่งเสริมการมีงานทำและการหารายได้ของผู้สูงอายุ ฝึกอาชีพ จัดหางาน ส่งเสริมการรวมกลุ่มในชุมชน ให้เหมาะสมกับความสามารถของผู้สูงอายุ

2.4 สนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ประกาศเกียรติคุณ รวบรวมภูมิปัญญา เผยแพร่ภูมิปัญญา ของผู้สูงอายุ ให้เป็นตัวอย่างที่ดีแก่สังคม

2.5 สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อทุกประเภท ให้มีรายการ การผลิต การเผยแพร่รายการเกี่ยวกับผู้สูงอายุต่างๆ อย่างต่อเนื่อง

2.6 ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีที่อยู่อาศัยพร้อมสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ

## 3. ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย

3.1 มาตรการด้านรายได้ ให้ผู้สูงอายุได้รับสวัสดิการขั้นพื้นฐานของรัฐ

3.2 มาตรการด้านสุขภาพ พัฒนา ส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ รัฐต้องให้อุปกรณ์ช่วยในการดำรงชีวิตประจำวันตามความจำเป็น

3.3 ด้านการคุ้มครอง ผู้ดูแล และครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับครอบครัว ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลและครอบครัวเกี่ยวกับบริการต่างๆ ที่เป็นประโยชน์

3.4 ด้านระบบการให้บริการและเครือข่าย ปรับปรุงบริการสาธารณสุขทุกระบบ จัดตั้งและพัฒนาบริการสุขภาพและสังคม ส่งเสริมให้โรงพยาบาลรัฐและเอกชนมีบริการแพทย์ทางเลือก จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป

4. ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการ เพื่อการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุ พัฒนาส่งเสริมและสนับสนุนและบุคลากรด้านผู้สูงอายุระดับชาติ

4.1 เพื่อการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุ ให้สามารถผลักดันนโยบายและภารกิจที่สำคัญด้านผู้สูงอายุ พัฒนาศักยภาพของเครือข่ายในระดับจังหวัด ท้องถิ่น และระดับชาติ

4.2 การพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ในระดับวิชาชีพอย่างมีมาตรฐานและมีมากพอ

5. ยุทธศาสตร์พัฒนา เผยแพร่องค์ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ และติดตามประเมินผล การดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติประกอบด้วย

5.1 ส่งเสริม พร้อมสนับสนุนงานวิจัยที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ ในการพัฒนาองค์ความรู้ การบริการตลอดจนดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

5.2 ดำเนินการติดตามและประเมินผลต่อเนื่องอย่างมีมาตรฐาน

5.3 มาตรการพัฒนาระบบข้อมูลให้มีความทันสมัย เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการบริหารจัดการผู้สูงอายุ

นอกจากแผนยุทธศาสตร์ผู้สูงอายุของประเทศไทยแล้วองค์การสหประชาชาติยังได้ กำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในแต่ละด้านไว้อีก ซึ่งหลาย รายละเอียดมีความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของประเทศไทยด้วย (โปรดพิจารณาประกอบ) ดังต่อไปนี้ (Dupuis, Kousaie, Wittich and Spadafora, 2007: 273-292)

ด้านความมีอิสระภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

1. ผู้สูงอายุควรได้รับการสนับสนุนจากการได้รายได้ ครอบคร้ว การช่วยเหลือ สนับสนุน ทางสังคม และการช่วยเหลือตนเองเพื่อสามารถเข้าถึงปัจจัย 4 (น้ำ อาหาร ที่พักอาศัย เครื่องนุ่งห่ม) รวมถึงการดูแลรักษาสุขภาพ

2. ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการทำงานหาเลี้ยงชีพ หรือเบียดเบียนต่างๆ

3. ผู้สูงอายุควรสามารถตัดสินใจในการเลือกที่จะเกษียณอายุงานได้ด้วยตนเอง

4. ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการเข้าร่วมการให้การศึกษาเพิ่มเติม และการฝึกอบรม เพื่อพัฒนาตนเอง

5. ผู้สูงอายุควรอยู่ในสถานที่ที่ปลอดภัย และเหมาะสมต่อสภาวะทางร่างกายของ ตนเอง

6. ผู้สูงอายุควรได้รับสิทธิเสรีภาพในการเลือกพำนักอาศัยในที่อยู่อาศัยได้ตามความต้องการของตนเอง

ด้านการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย

1. ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในสังคม รวมถึงมีส่วนร่วมในการพัฒนา และดำเนินการทาง นโยบายซึ่งมีผลโดยตรงต่อความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ รวมถึงนโยบายเกี่ยวกับการแบ่งปัน และ ถ่ายทอดทักษะ และประสบการณ์กับเยาวชนรุ่นใหม่

2. ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการเข้าร่วมการให้บริการแก่สังคมส่วนรวม หรือการ เข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร ที่เหมาะสมกับความสามารถ และความสนใจของตนเอง

3. ผู้สูงอายุควรมีโอกาสในการสร้างเครือข่าย หรือสมาคมสำหรับผู้สูงอายุด้วยกัน
  4. ผู้สูงอายุควรได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว และชุมชนของตนเองตามคุณค่า ทางวัฒนธรรมในสังคม
  5. ผู้สูงอายุควรได้รับการช่วยเหลือส่งเสริมทางด้านการดูแลและรักษาสุขภาพทั้งทางร่างกาย และจิตใจ รวมถึงความเป็นอยู่ที่ดีทางอารมณ์ ตลอดจน การช่วยเหลือเพื่อหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย ต่างๆ ที่เหมาะสม และครบถ้วน
  6. ผู้สูงอายุควรได้รับการช่วยเหลือทางด้านการบริการทางสังคม และกฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อยกระดับความมีอิสรภาพ การคุ้มครอง และการดูแลเอาใจใส่
  7. ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการได้รับประโยชน์จากสถาบันที่ให้การดูแลและ คุ้มครองทางทรัพย์สิน และทางสังคม รวมถึงสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ
  8. ผู้สูงอายุควรได้รับการช่วยเหลือทางด้านสิทธิมนุษยชน และสิทธิเบื้องต้นในการพำนักอาศัย การเข้าร่วมการดูแลรักษาต่างๆ รวมถึงผู้สูงอายุควรได้รับการเคารพที่สมเกียรติ และได้รับการยอมรับในเรื่องความเชื่อ ความต้องการ และความเป็นส่วนตัว และผู้สูงอายุควรมีสติเสรีภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลเอาใจใส่ และคุณภาพชีวิตของตนเอง
- ด้านการบรรลุในสิ่งที่ต้องการ ประกอบด้วย
1. ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการพัฒนาศักยภาพของตนเอง
  2. ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการเข้าถึงแหล่งทางการศึกษา วัฒนธรรม ศาสนา และการพักผ่อนหย่อนใจ
  3. ผู้สูงอายุควรที่จะสามารถดำรงชีวิตได้อย่างสมเกียรติ และปลอดภัยจากการ คุกคามต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ
  4. ผู้สูงอายุควรได้รับความยุติธรรมไม่ว่าจะเป็นความยุติธรรมทางด้าน เพศ เชื้อชาติ ชนชาติ สภาพทางร่างกาย เช่น พิการ และสถานะภาพต่างๆ

### 2.3 การจัดระบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในการเข้าสู่สังคมสูงวัยในประเทศไทย

ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมสูงวัยตั้งแต่ปี 2548 ผลการคาดประมาณประชากรในช่วงปี 2553-2583 พบว่า อัตราเจริญพันธุ์รวมที่มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้ประชากรไทยเพิ่มขึ้นจากปี 2553 ไปจนถึงระดับสูงสุดที่ 66.38 ล้านคน ในปี 2569 ก่อนที่จะลดลงจนเหลือ 63.86 ล้านคนในปี 2583 โดยสัดส่วนประชากรวัยเด็ก (0-14 ปี) และวัยทำงาน (15-59 ปี) จะ



ลดลงเหลือร้อยละ 12.8 และ 55.1 ตามลำดับ ขณะที่สัดส่วนวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 13.2 ปี 2553 เป็นร้อยละ 32.1 ปี 2583 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2558)

ทั้งนี้ ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์หรือมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี ถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ในปี 2568 โดยจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุเป็นอันดับสองในอาเซียน รองจากประเทศสิงคโปร์ และเมื่อพิจารณาจากกลุ่มผู้สูงอายุโดยใช้เกณฑ์ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและข้อจำกัดด้านร่างกายที่สัมพันธ์กับกลุ่มอายุสามารถแบ่งได้ 3 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มที่มีศักยภาพ (ดีดสังคม) ช่วงอายุ 60-69 ปี
2. กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (ดีดบ้าน) ช่วงอายุ 70-79 ปี
3. กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (ดีดเตียง) ช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป

โดยคาดประมาณว่า ระหว่างปี 2553-2583 กลุ่มอายุ 60-69 ปี จะเพิ่มขึ้นในช่วงแรกก่อนลดลงในช่วงหลังปี 2577 ขณะที่กลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป และ 70-79 ปีจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการพึ่งพิงของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นในอนาคต ซึ่งผู้สูงอายุนับว่าเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางในสังคม เนื่องจากศักยภาพการทำงานที่ลดลงและสภาพร่างกายที่เสื่อมลงตามวัย จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ดูแลและพัฒนาศักยภาพ เพื่อให้ “ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคมและสมควรส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด แต่ในกรณีที่ตกอยู่ในสถานะต้องพึ่งพิงผู้อื่น ครอบครัวและชุมชนจะต้องเป็นด่านแรกในการเกื้อกูลเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ โดยมีสวัสดิการจากรัฐเป็นระบบเสริม เพื่อให้เกิดหลักประกันในวัยสูงอายุและความมั่นคงของสังคม”

#### **บริบทที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน**

**การมีงานทำ** ผู้สูงอายุโดยรวมมีแนวโน้มการมีงานทำเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 35.7 ในปี 2550 เป็นร้อยละ 38.3 ในปี 2554 โดยการทำงานในกลุ่ม 60-69 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ขณะที่กลุ่ม 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มคงที่และลดลงตามลำดับ แต่กลุ่ม 60-69 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพยังคงว่างงานอีกกว่าร้อยละ 48

**การออม** กลุ่มผู้สูงอายุที่มีศักยภาพเป็นกลุ่มที่มีอัตราการออมมากที่สุด แต่ส่วนใหญ่เป็นมูลค่าการออมต่ำ โดยที่มีสัดส่วนของผู้ไม่มีการออมกว่าร้อยละ 63.6 แสดงถึงความเสี่ยงต่อความมั่นคงทางรายได้เมื่อมีอายุมากขึ้น ซึ่งอาจต้องมีค่าใช้จ่ายในการดูแลตนเองมากขึ้นในอนาคต

**สภาพแวดล้อม** มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 2 ที่อาศัยในบ้านที่มีสภาพแวดล้อมเหมาะสมและปลอดภัย และส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพมหานคร นอกจากนี้ การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุในที่สาธารณะ อาทิ ทางลาด รวบันได ห้องน้ำ พบว่าภาพรวมยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน อีกทั้งมีเพียงผู้สูงอายุร้อยละ 7.2 ที่พึงพอใจการได้รับบริการสาธารณะทุกระบบสะท้อนถึงความไม่เหมาะสมของสภาพแวดล้อม บริการคมนาคมขนส่ง และสถานที่สาธารณะในปัจจุบันที่ไม่เอื้อต่อการอำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านร่างกาย

**การดูแลผู้สูงอายุ** ร้อยละ 13.8 ของผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ดูแลตัวเองได้บางส่วน ซึ่งภาครัฐได้ส่งเสริมการตรวจเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ รพ.สต. และอาสาสมัครผู้สูงอายุ (อสผ.) อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 56.7 ได้รับการเยี่ยมบ้านเพียง 1-5 ครั้งต่อปี และการดูแลที่บ้านยังขาดคุณภาพ โดยมีเพียงร้อยละ 8 เท่านั้นที่ผ่านการประเมินรวมทั้งปัจจุบันไม่มีหลักเกณฑ์การเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน และขาดการวางแผนการดูแลที่เชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบระหว่างทีมสหวิชาชีพ หน่วยบริการ และชุมชน ตลอดจนบุคลากรและ อสผ. มีไม่เพียงพอ เนื่องจากไม่ได้รับคำตอบที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ขณะที่สถานบริการเอกชนมีจำนวนธุรกิจบริการผู้สูงอายุระยะยาวและสถานพยาบาลมากกว่า 400 แห่ง ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล มีค่าใช้จ่ายสูงตั้งแต่ 15,000-52,500 บาท แต่มีเพียงบางส่วนเท่านั้นที่ขึ้นทะเบียนกับภาครัฐ สะท้อนปัญหาของการขาดกฎระเบียบและเกณฑ์กำกับดูแลควบคุม ทั้งด้านคุณภาพ ราคา และมาตรฐานบุคลากร ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการของผู้มีรายได้น้อย และความปลอดภัยของผู้สูงอายุ (สำนักส่งเสริมและพัฒนาธุรกิจ มส.ผส, 2553)

**สุขภาพ** มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 5 ที่มีสุขภาพสมบูรณ์ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ข้อเสื่อม พิกัด ซึมเศร้า และเป็นผู้ป่วยนอนติดเตียง ตามลำดับ โดยมีจำนวนมากที่ไม่รู้ตัวว่าป่วยเป็นโรคเรื้อรังในระยะต้น ซึ่งอาจนำไปสู่โรคแทรกซ้อนที่รุนแรงและภาวะทุพพลภาพ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ขณะที่ผู้สูงอายุติดเตียงต้องได้รับการดูแลจากผู้ที่มีทักษะการพยาบาล 23-27 ชั่วโมง/สัปดาห์ ทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุอื่นๆ ทั้งค่าอุปกรณ์และค่าจ้างบุคลากรทักษะส่งผลต่อการเข้าถึงบริการ ภาวะของผู้ดูแลในครอบครัว และค่าใช้จ่ายของครัวเรือน

## แนวคิดในการดูแลผู้สูงอายุ

ภาวะของผู้สูงอายุที่ยังคงมีปัญหาทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม จึงจำเป็นต้องมีแนวทางในการดูแลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายใต้สังคมสูงวัย โดยต้องสามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวในชุมชนได้อย่างมีความสุข ได้รับการเกื้อหนุนให้สามารถเข้าถึงระบบบริการต่างๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม โดยมีแนวคิดที่สำคัญ ดังนี้

1. การดูแลให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในที่เดิม (Ageing in Place) จากแนวโน้มของผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นและประสบกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยส่วนใหญ่จะเข้ารับการดูแลระยะยาว แต่กลับพบว่าเมื่ออัตราตายเพิ่มสูงขึ้นเมื่อเทียบกับการดูแลที่บ้าน ในหลายประเทศจึงมีแนวคิดในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ที่บ้านเดิมของตนเอง โดยไม่ต้องมีการย้ายไปรับบริการดูแลที่สถานบริการ ทั้งนี้ ต้องมีการปรับปรุงสภาพแวดล้อม/ที่พักอาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตัวเอง พร้อมทั้งมีระบบให้ความช่วยเหลือดูแลทั้งในด้านบริการสุขภาพและบริการสังคม ซึ่งประเทศไทยมีการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในการให้บริการที่บ้าน ในลักษณะที่มีสหวิชาชีพ (Multidisciplinary) จากโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลประจำจังหวัด ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และนักศึกษาศึกษา ที่ให้การเยี่ยมเยียนและดูแลผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งมีทีมหมอครอบครัวสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ การอบรม care manager และ care giver ในชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

2. การดูแลที่มีชุมชนเป็นฐาน (Community based care) โดยจัดบริการที่มีชุมชนและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการให้บริการ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ง่าย เป็นบริการที่ตอบสนองความต้องการในพื้นที่ภายใต้การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน มีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ

- 2.1 การดูแลตนเอง (self-care)
- 2.2 การดูแลด้านการป้องกัน (preventive care)
- 2.3 การดูแลในบริบทของชุมชน (care within the context of community)
- 2.4 การดูแลต่อเนื่อง (continuity of care)
- 2.5 การประสานความร่วมมือในการดูแล (collaborative care)

ทั้งนี้ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ได้มีบทบาทสำคัญในการประสานงานกับหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อให้เกิดเป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การดำเนินงานโครงการ

พัฒนาพื้นที่ต้นแบบ จัดระบบปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วยกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ 7 แห่ง ของจังหวัดสิงห์บุรี และ 2 แห่งของจังหวัดปทุมธานี พบว่าความสำเร็จของกิจกรรมเกิดจากการบูรณาการการทำงานร่วมกันของหน่วยงานต่างๆ ทั้ง อปท. หน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ ภาคประชาชน ภาคเครือข่าย และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ โดยกิจกรรมครอบคลุมทั้งในด้านการเรียนรู้การมีส่วนร่วมในชุมชน และการฝึกอาชีพในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังสามารถพึ่งพาตนเองได้ การจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ นอกจากนี้ หน่วยงานภาครัฐ 7 กระทรวง ได้แก่ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงแรงงาน และกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ได้ร่วมกับภาคีเครือข่ายด้านการดูแลผู้สูงอายุ จัดทำโครงการ “รัฐ-ราษฎร์ร่วมใจห่วงใยดูแลผู้สูงอายุ” ซึ่งมีพื้นที่เป้าหมาย 155 ตำบล ในช่วงปีแรกของการดำเนินงาน และขยายพื้นที่การทำงานให้ครอบคลุมทั่วประเทศในระยะต่อไป โดยจัดกิจกรรมครอบคลุมใน 3 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม เพื่อให้เกิดการบูรณาการงานด้านผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ ลดความซ้ำซ้อน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และมีทิศทางการทำงานร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

3. เมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly City) ผู้สูงอายุมีความต้องการสภาพแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก และการให้บริการพิเศษที่สามารถตอบสนองการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสังคมตามอายุที่มากขึ้น การพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีศักยภาพ สามารถพึ่งพาตนเองได้ และมีส่วนร่วมเชิงเศรษฐกิจ ซึ่งจะก่อให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนา องค์ประกอบของการเป็นเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุมี 8 ประการ กล่าวคือ องค์ประกอบด้านกายภาพ ที่มีผลต่อการใช้ชีวิตนอกบ้าน ความปลอดภัย และการมีส่วนร่วมในสังคม ได้แก่ พื้นที่ภายนอกอาคารและตัวอาคาร การคมนาคมขนส่ง และที่อยู่อาศัย องค์ประกอบด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม ที่สะท้อนถึงภาวะทางจิตใจและอารมณ์ที่ดี ได้แก่ การมีส่วนร่วมเชิงสังคม การให้ความสำคัญ และการยอมรับทางสังคม และการมีส่วนร่วมในประชาคมและการจ้างงานในฐานะพลเมืองกลุ่มหนึ่งของเมือง องค์ประกอบด้านสุขภาพอนามัยและการให้บริการทางสังคม ได้แก่ การสื่อสารและการให้ข้อมูล และการสนับสนุนจากชุมชนและบริการสาธารณสุข

ทั้งนี้ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ริเริ่ม “โครงการเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ : Age-Friendly City” ขึ้นในปี 2557 พร้อมทำบันทึกความเข้าใจ (Memorandum of

Understanding : MOU) กับเมืองพัทยาและนครนนทบุรี เพื่อนำร่องในการสร้างต้นแบบของเมืองที่เป็นมิตรกับสังคมสูงวัยในประเทศไทย โดยที่ผ่านมาเมืองพัทยา ได้จัดตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานโครงการเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และดำเนินการปรับปรุงอาคารสถานที่และบริเวณภายนอก การจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การอบรมปฏิบัติธรรมสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น ขณะที่เทศบาลนครนนทบุรี ได้จัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เทศบาลนครนนทบุรี เพื่อเป็นสถานที่จัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ เป็นศูนย์กลางการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และพัฒนาศักยภาพ ตลอดจนให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

4. การมีนวัตกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การสร้างเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน แต่สำหรับผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่สำคัญนั้น จำเป็นต้องมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มของผู้สูงอายุ อาทิ กลุ่มติดสังคม เน้นกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เช่น รำมวยจีน โยคะ ฝึกจักรยาน เป็นต้น กลุ่มติดบ้าน การออกกำลังกายจะเป็นเรื่องที่สำคัญ เพราะจะทำให้การไหลเวียนของเลือดสะดวก ข้อไม่ติด กล้ามเนื้อมีแรง เช่น สูดลมหายใจเข้า-ออก ท่ากายบริหารเฉพาะส่วน (ข้อมือ ข้อศอก ไหล่ ข้อเท้า น่อง ต้นขา) กลุ่มติดเตียง เน้นการฟื้นฟูกายภาพบำบัด เนื่องจากผู้ป่วยจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยช่วยให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหว เพื่อไม่ให้ข้อติด เช่น การบริหารแขน ข้อต่างๆ เป็นต้น ดังนั้น นวัตกรรมในการพัฒนาเครื่องมือ/อุปกรณ์ต่างๆ จึงต้องมีฟังก์ชันที่ตรงกับความต้องการในแต่ละกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจุบันมีการพัฒนาให้เข้ากับบริบททางวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นในแต่ละที่ เช่น กะลามะพร้าวขนาดเท่า รอกชักมือ จักรยานนั่งปั่น เป็นต้น

#### **บทเรียนการดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศ : ประเทศญี่ปุ่น**

##### **ระบบประกันการดูแลระยะยาว (Long-Term Care Insurance)**

เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2000 มีกลไกสำคัญ คือ รัฐบาลท้องถิ่นที่จะทำหน้าที่เป็นผู้จัดเก็บเบี้ยประกัน บริหารกองทุนและจัดสรรงบประมาณให้แก่ผู้ให้บริการที่อาจเป็นทั้งหน่วยงานภาครัฐและบริษัทเอกชน แหล่งงบประมาณมาจาก 3 ส่วน ได้แก่ การเก็บเบี้ยประกันจากผู้ประกันตน เงินอุดหนุนจากรัฐบาลส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และท้องถิ่น และการร่วมจ่ายของผู้เข้ารับบริการ ทั้งนี้ ประเภทของการให้บริการจะแบ่งตามระดับความต้องการการดูแล ซึ่งพิจารณาจากความสามารถทางด้านร่างกาย แบ่งออกเป็น 7 ระดับ โดยที่หน่วยงานรัฐบาลท้องถิ่นจะเป็นผู้ให้การรับรองว่า ผู้เข้ารับบริการมีระดับความต้องการการดูแลระดับใดและใช้บริการประเภทใด

ความท้าทายของระบบในปัจจุบัน คือ การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเสื่อม (Dementia) และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง รวมทั้งต้นทุนของระบบที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนั้นแนวทางที่รัฐบาลญี่ปุ่นกำลังให้ความสำคัญ คือ การทำให้ท้องถิ่น/ชุมชนสามารถมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดสภาวะที่ต้องการการดูแลระยะยาว (Long-Term Care Prevention) เช่น สร้างสถานที่ให้ผู้สูงอายุสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม/ชุมชน โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างรัฐบาลท้องถิ่น ผู้อยู่อาศัย และองค์กรทางสังคมภายในชุมชน

### **ศูนย์สวัสดิการสังคม Camellia เขตโกโต เมืองโตเกียว**

บริหารจัดการโดยภาคเอกชน ให้บริการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การดูแลพิเศษสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ การดูแลระยะสั้นเพื่อให้ผู้ดูแลหลักได้พักการดูแลเป็นกลุ่มแก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม เป็นต้น นอกจากนี้ ยังจัดให้มีพื้นที่สำหรับทำกิจกรรมให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับคนในสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยวและยังรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เช่น การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนความรู้กับสถาบันการศึกษา การเปิดสอนดนตรีให้กับเด็ก เป็นต้น

แหล่งเงินที่ใช้ก่อสร้างเป็นความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน โดยภาครัฐสนับสนุนงบประมาณในการก่อสร้างประมาณร้อยละ 40 ขณะที่เหลือเป็นของภาคเอกชน ขณะที่เหลือเป็นของภาคเอกชน ขณะที่การให้บริการจะได้รับค่าบริการจากระบบประกันการดูแลระยะยาว ร้อยละ 90 และผู้เข้ารับบริการต้องร่วมจ่ายอีกร้อยละ 10

### **การจัดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Ageing Friendly City)**

เมืองโทยามะ กำหนดเป้าหมายพัฒนาเมืองให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตหลังเกษียณอย่างมีความสุขและไม่เป็นภาระต่อครอบครัวหรือชุมชน ส่งผลให้มีการออกแบบและจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ กล่าวคือ การจัดระบบขนส่งมวลชนในรูปแบบรถไฟฟ้าวางเบา (Light Rail Transit : LTR) ที่มีพื้นที่ในระดับต่ำ การใช้อุปกรณ์ช่วยเดินแบบรถเข็นสี่ล้อที่ออกแบบมาเป็นพิเศษ เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุออกมาใช้ชีวิตนอกบ้านมากขึ้น ซึ่งจะมีการจัดกิจกรรมทัวร์ชมย่านต่างๆ ให้แก่ผู้สูงอายุ โดยอาสาสมัคร การจัดตั้งศูนย์สุขภาพเชิงป้องกันสำหรับผู้สูงอายุ เน้นการดูแลสุขภาพด้วยการแช่น้ำพุร้อนโดยให้บริการนวดบำบัดด้วยแรงดันน้ำ/สปาน้ำพุร้อน/การออกกำลังกายในน้ำ การให้บริการธุรกิจที่เจาะตลาดผู้สูงอายุ เช่น ระบบเซนเซอร์ตรวจจับความเคลื่อนไหวที่ผิดปกติของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว และรถยนต์สำหรับผู้สูงอายุที่นั่งรถเข็น และการจ้างงานผู้สูงอายุในท้องถิ่น เพื่อทำการเกษตรกรรมเพาะปลูก/แปรรูป/จัดจำหน่ายใบงาช้างม่อน (Egome) แบบครบวงจร

### ทิศทางการดูแลผู้สูงอายุเพื่อสังคมสูงวัยที่มีคุณภาพ

แม้ว่าภาครัฐได้มีการดำเนินการในการดูแลผู้สูงอายุในหลายๆ ด้าน ทั้งในระดับส่วนกลาง และส่วนท้องถิ่น เพื่อพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่น

1. การถ่ายโอนภารกิจการดูแลผู้สูงอายุในเรื่องการสังคมสงเคราะห์ ภายใต้ พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542
2. การสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจยามชราภาพ ทั้งเบี้ยยังชีพ ระบบบำนาญ กองทุนประกันสังคมกรณีชราภาพ กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ กองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ
3. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว โดยการจัดทำโครงการนำร่องบริการระยะยาวดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งพิง เป็นต้น

แต่ยังคงมีส่วนที่ควรต้องเร่งดำเนินการ ดังนี้

1. เร่งขยายผลการบูรณาการระบบการดูแลระยะยาว โดยหาแนวทางในการพัฒนารูปแบบและบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุทั้งในชุมชนเมืองและชนบทที่มีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจนระหว่างภาครัฐและครอบครัวในการจัดรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับสภาพสังคมและวัฒนธรรมของประเทศไทยที่มีครอบครัวเป็นสถาบันหลักในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การใช้บ้านหรือชุมชนเป็นฐาน โดยมีสถานพยาบาลและ อปท. เป็นส่วนสนับสนุนด้านบริการสุขภาพและสังคม ขณะเดียวกันเพื่อรองรับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในอนาคต โดยเฉพาะในเขตพื้นที่เมื่อนั้น รัฐอาจจัดบริการเชิงสถาบัน และสนับสนุนให้มีบริการภาคเอกชนที่ได้มาตรฐาน เพื่อรองรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีครอบครัวดูแลควบคู่ไปด้วย
2. วางแผนด้านบุคลากรเพื่อรองรับสังคมสูงวัย โดยพัฒนาหลักสูตรอบรมผู้ดูแลและผู้ประสานงานด้านการจัดการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพ/มาตรฐาน และเพียงพอต่อผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ รวมทั้งการวางแผนผลิตบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์/พยาบาลเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก เป็นต้น
3. พัฒนาระบบการเงินการคลังสำหรับการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยศึกษาความเหมาะสมของการขยายสิทธิประโยชน์/ การจัดสวัสดิการดูแลผู้สูงอายุในระบบหลักประกันคุณภาพ รวมทั้งการมีระบบประกันการดูแลระยะยาว (Long-Term Care Insurance) การจัดตั้งกองทุนเพื่อดูแลผู้สูงอายุด้วยการใช้นวัตกรรมด้านภาษี การกำหนดค่าตอบแทนผู้ดูแลที่เหมาะสม โดยมีแหล่งเงินที่หลากหลายการแสวงหาแนวทางการร่วมลงทุนระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในการจัดบริการการดูแล เป็นต้น

4. ปรับปรุงกฎหมายท้องถิ่นให้รองรับการดูแลผู้สูงอายุ โดยปรับปรุงแนวทางการกระจายอำนาจและงบประมาณให้ อปท. เข้ามามีส่วนร่วมในการวางระบบการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยพิจารณาปรับแก้ในกฎหมายใหญ่ เช่น พ.ร.บ. กระจายอำนาจฯ และกฎหมายอื่นที่กำหนดอำนาจหน้าที่ให้ท้องถิ่นสามารถดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง

5. เร่งกำหนดมาตรฐานรับรองและกำกับการค้าบริการสถานดูแลผู้สูงอายุ กำหนดมาตรฐานสถานประกอบการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ/ มาตรฐานผู้ดูแลโดยให้ครอบคลุมสถานดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีบริการรักษาพยาบาลการส่งผู้ดูแลไปที่บ้าน ตลอดจนจัดประเภทธุรกิจด้านการดูแลผู้สูงอายุให้แยกออกจากการประกอบธุรกิจประเภทบริการ

6. ปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานและบริการสาธารณะให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น การขนส่งสาธารณะ อาคาร สถานที่ และห้องน้ำ เพื่อเพิ่มโอกาสและอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของสังคม

7. สร้างเสริมนวัตกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีที่ทันสมัย เช่น เครื่องมือสื่อสาร และอุปกรณ์ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตประจำวันให้แก่ผู้สูงอายุ เป็นต้น รวมทั้งพัฒนาอุปกรณ์ช่วยในการดูแลผู้สูงอายุทั้งในการออกกำลังกาย การทดสอบสมรรถภาพ การฟื้นฟูที่เหมาะสมในแต่ละกลุ่มผู้สูงอายุ

## 2.4 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

### 2.4.1 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

ความหมายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

องค์การอนามัยโลก The World Health Organization (WHO) (1989. P.7) ได้ทำการประเมินคุณภาพชีวิต โดยให้ความหมายคุณภาพชีวิตเชิงลักษณะการรับรู้ด้านการใช้ชีวิตของแต่ละบุคคลที่อยู่บนพื้นฐานการให้ค่านิยมของแต่ละบุคคลตามความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวังและมาตรฐานตามความต้องการที่วางไว้ (The World Health Organization Quality of Life Assessment: WHOQOL: 1995 cited in Butler and Ciarrochi, 2007: 607) โดยเฉพาะในส่วนสัมพันธ์กับเป้าหมายความคาดหวังและมาตรฐานตามความต้องการข้างต้นนั้นมีความสอดคล้องกับ ฟาร์กูฮาร์ Farquhar (1995, p.1440) และแนวคิดของแอริสโตเติล (Aristotle) อ่านตามหลักภาษากรีกโบราณที่ถูกต้องไม่อ่านตามความเข้าใจของนักวิชาการไทยในอดีตรายละเอียดการอ่านโปรดดูใน ชวนะ ภวภานันท์ 2552 หน่วยที่ 1 ว่าด้วยปรัชญาสื่อสารทาง



การเมือง ที่มองว่าต้องเข้าใจในการให้คุณค่าชีวิตที่ดี (good life) จากค่านิยมส่วนตัวของแต่ละบุคคลที่วางไว้

อย่างไรก็ตามการพิจารณาคุณภาพชีวิต Smith, 2000; สภาเพื่อการพัฒนาสังคมของนครออนตาริโอ แคนาดา (The Ontario Social Development Council, Canada.) มิชลาออสและซัมโบ (Michalos and Zumbo. 1999-2000) และกลุ่มที่เรียกตัวเองว่ากลุ่มนักวิจัยและนักปฏิบัติที่ทบทวนความทรงจำของชีวิต (Reminiscence reserch and practice group) ที่ประกอบไปด้วยผู้เชี่ยวชาญจากนักประยุกต์ใช้ความทรงจำให้สัมพันธ์กับช่วงอายุที่นำมาอธิบายประยุกต์กับผู้สูงอายุได้อย่างดี ซึ่งเริ่มต้นจาก Butler (1963) ด้วยแนวคิดของการทบทวนชีวิต (life review) จนกลุ่มศึกษาช่วงอายุที่ขยายจนชีวิตเริ่มต้นจนเข้าสู่วัยชรา (life span) ซึ่งได้แก่ Webster and Cappeliez, 1953; Coleman, 1974, 1986, 2005; Romaniuk and Romaniuk, 1981; Molinari and Reichlin, 1985; Thornton and Brotchie, 1987; Kovach,1990; Haight,1991; Webster, 1995, 1997, 1998, 1999, 2001, 2002, 2003; Bluck and Levine, 1998; Bohlmeijer Smit and Cuijpers, 2003; Haber, 2006; Bohlmeijer E, Kramer J, Smit F, Onrust S and van Marwijk H, 2009. และสุดท้ายทุกแนวคิด ก็มาสู่ความคิดเริ่มต้นของการมีคุณภาพชีวิตของแอริสทาเทิล (384-322 BC) ในแนวคิด 'ชีวิตที่ดี (The good life)' และ 'ความเป็นอยู่ที่ดี (Living well)' จริยธรรมทางสังคมและหลักนิยม (Doctrines) สังคมที่สมบูรณ์แบบสำรวจทั้งตัวบุคคลและแนวคิดทางสังคมคุณภาพชีวิต และธรรมชาติของชีวิตที่ต้องการมากที่สุดสำหรับแต่ละบุคคล (แนวคิด แอริสทาเทิลใช้ฉบับแปลเป็นภาษาอังกฤษจาก Ellwood)

แนวคิดและคำว่า "คุณภาพชีวิต" การพัฒนาในช่วงครึ่งหลังของศตวรรษที่ยี่สิบ นั้นถูกผูกขาดโดยแนวคิดนักเศรษฐศาสตร์และนักวิทยาศาสตร์ทางการเมือง เช่น นักรัฐศาสตร์ นักสังคมวิทยาทางการเมือง พยายามแสดงถึงความมั่งคั่งทางวัตถุของประชาชนเช่นจำนวนของทีวีและรถต่อครัวเรือน และสำคัญสุดสถานพยาบาลที่แสดงถึงคุณภาพของชีวิตยังคงใช้ตัวชี้วัดจากการเกิดโรคและผลการรักษาจน ในปี 1990 ความไม่พอใจกับรูปแบบทางการแพทย์ของโรคและการเจ็บป่วยตลอดจนการรักษา เริ่มมีการถกเถียงกันและสิ่งที่ปรากฏออกมาจึงเป็นความปรารถนาที่จะใช้วิธีการแบบองค์รวมที่มีคุณภาพมากขึ้นในการทำความเข้าใจของชีวิต "และคุณภาพชีวิตซึ่งในการแพทย์และวิทยาศาสตร์พยาบาลแล้วคุณภาพชีวิตกับการอยู่รอดชดเชยเป็นจุดมุ่งหมายการรับรู้ว่าคุณชีวิตที่ยาวนานนั้นก็ไม่ต้องมีชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น" ได้แต่สำคัญว่าจะมีอายุยืนนานได้แค่ไหน ซึ่งขึ้นกับความเกี่ยวข้องทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์พยาบาล (ประยุกต์จาก farquhar, 1995, p.1440; Mendola and Pellegrini, 1979)

จึงเห็นได้ว่าการวิจัยทางการแพทย์ได้ครอบคลุมแนวคิดจนถึงหนังสือและตำราเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตจนแทบจะผูกขาดเรื่องคุณภาพชีวิตเป็นตัวแปรสำคัญอย่างน้อยในการวัดผลลัพธ์ของการเกิดโรค / ประเภทการเจ็บป่วยตลอดจนการรักษาทางการแพทย์ (ประยุกต์เพื่อใช้กับงานวิจัยนี้ จาก Rapp et al, 1999; Raimer 2000; and Henderson 2000; Greendale, et al, 2000) อย่างไรก็ตามได้มีการเรียกร้องให้มีการชี้แจงของคำนี้และแนวคิดเชิงผูกขาดในบริบททางการแพทย์ที่มีคุณภาพมากขึ้นโดยเฉพาะความเกี่ยวข้องกับชีวิต (Farquhar, 1995; Bowling, 1995b, 1997) จนปัจจุบันเกิดการยอมรับว่ามีคุณภาพชีวิตควรที่จะขยายออกไปเกินกว่าแนวคิดและการใช้วาทกรรมทางการแพทย์ที่เข้มงวดออกไปสู่พื้นที่อื่น อาทิ สังคมวิทยา จิตวิทยา การศึกษาด้าน สิ่งแวดล้อมในการทำงานทางสังคม และนโยบายทางสังคมด้วย

### การกำหนดคุณภาพชีวิต

ดังนั้นจากความหมายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ว่าห้าสิบปีที่ผ่านมาความหมายของคุณภาพชีวิตได้เกิดขึ้น กรอบแนวคิดทางการแพทย์และวาทกรรมทางการแพทย์ขยายสู่สาขาวิชา สังคมศาสตร์ก็มีการตั้งข้อสังเกตให้เห็นถึงปัญหา แนวคิดที่มีปัญหาแตกต่างกันที่มาจากแต่ละบุคคลที่เห็นคุณค่าของสิ่งที่ตนเองให้คุณค่าแก่ชีวิตที่แตกต่างกัน" ในทำนองเดียวกันในความเข้าใจของการนำแนวคิด แอริสโตเติล (Aristotle) ของชีวิตที่ดีมาใช้จะอธิบายได้ว่าแต่ละบุคคลหรือแม้กระทั่งบุคคลคนเดียวกันคุณค่าของชีวิตที่แตกต่างกันตามบางช่วงเวลาในชีวิตของพวกเขา นั้น บางครั้งก็ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ของพวกเขาเอง ตัวอย่างเช่นผู้ป่วยอาจต้องการมีสุขภาพที่ดีเพื่อชีวิตที่ดี เพราะในการเห็นคุณค่าชีวิต คือ การมีชีวิตอยู่รอดและไม่แบกรับภาระค่าใช้จ่าย

ดังนั้นจากคำนิยามหรือการให้ความหมายการกำหนดคุณภาพชีวิตจึงต้องมีตัวชี้วัดหลายๆ ตัวหรือแนวคิดที่มุ่งเน้นตัวชี้วัดที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น หากนำแนวคิดในแคนาดาของสภาเพื่อการพัฒนาสังคมของนครออนตาริโอได้กำหนดคุณภาพของชีวิตเสมือนเป็น " ผลิตภัณฑ์ของความสัมพันธ์ระหว่างสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการพัฒนามนุษย์และสังคม " ( [http : //www.qilont.org/indexe.html](http://www.qilont.org/indexe.html)) อื่นๆ มุ่งเน้นไปที่การมีชีวิตที่ดี ความเป็นอยู่ที่ดีด้วยตัวชี้วัด คือ เป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิต ดังต่อไปนี้

- สุขภาพและการทำงานทางกายภาพ (Health and Physical Function) อ้างอิงจากแนวคิด Mendola and Pelligrini, 1979; Patterson, 1975);
- ความพึงพอใจในชีวิต (life Satisfaction) อ้างอิงแนวคิดจาก (Michalos and Zumbo 1999, 2000; Zumbo and Michalos, 2000; George and Bearon, 1980) และการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) อ้างอิงแนวคิดจาก (George and Bearon, 1980) ;

- ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม (Socio-economic factors) อ้างอิงแนวคิดจาก (George and Bearon, 1980, Sherwood et al., 1996, Haug and Folmar, 1986) ;
- การสนับสนุนทางสังคม (Social support) อ้างอิงแนวคิดจาก (Sherwood et al 1996; Haug and Folmar, 1986);
- มิติสิ่งแวดล้อม (Emironmental dimensions) อ้างอิงแนวคิดจาก (Lawton 1991, 1997);
- พลังตลาดเศรษฐกิจศาสตร์ (Market force economics) อ้างอิงแนวคิดจาก (Welle, 1999)

เมื่อนำแนวคิดข้างต้นมาเทียบเคียงองค์การอนามัยโลก (WHO) แล้วความหมายลึกลงไปของสุขภาพคือ "สภาพสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมที่อยู่ดีที่มีความเป็นอยู่ที่ดี ไม่ใช่เพียงการปราศจากโรค" โดยต้องเป็นผลรวมของตัวแปรการอยู่ดีกินดีคือความเป็นอยู่ที่ดี ตัวชี้วัดทางความรู้สึกมั่นคงเป็นความรู้สึกที่วัดของสุขภาพส่งผลกระทบต่อของการดูแลสุขภาพและการวัดคุณภาพชีวิต

จากที่กล่าวมาข้างต้นหากพิจารณาการกำหนดคุณภาพชีวิตที่น่าจะครอบคลุมอย่างดี ขอ นำแนวคิดของ ลอว์ตัน (Lawton, 1991) และ ฟลานเนแกน (Flanagan, 1978) มาพิจารณา

### รูปแบบของคุณภาพชีวิต

ลอว์ตัน (Lawton, 1991) กำหนดคุณภาพของชีวิตเป็นรูปแบบเชิงมิติทั้งวัตถุประสงค์และมาตรการที่มีปฏิสัมพันธ์กัน "คือจากภายในส่วนบุคคลและเงื่อนไขทางเศรษฐกิจและสังคมรวมสภาพแวดล้อมของแต่ละบุคคล"(Lawton, 1991, p.6) โดยสอดคล้องกับความหมายที่นิยมในปัจจุบันทางคุณภาพชีวิตทั้งวัตถุประสงค์ (เช่นรายได้สถานภาพสมรส) และมาตรการ (เช่นความสุขความพึงพอใจในชีวิต)(Flanagan 1978; George and Bearon, 1980; Lawton, 1991, 1997; Centre for Health Promotion, 2000)ตัวอย่างบางส่วน of มาตรการเหล่านี้รวมมิติคุณภาพชีวิตที่จะนำเสนอต่อไปนี้ Lawton ก็ได้มีแนวคิดไปในทางเดียวกันของฟลานเนแกน (Flanagan)

ฟลานเนแกน Flanagan, Figure Domain of Quality of life (1978) สร้างรูปแบบที่ครอบคลุมขอบเขตแนวคิดคุณภาพชีวิต 15 ส่วนประกอบ 5 ขอบเขตแนวคิด (รูปแบบที่ 1)

### รูปแบบ 1: ขอบเขตแนวคิดคุณภาพชีวิต

#### ทางกายภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (Physical and Material well-being)

- ความเป็นอยู่ที่ดีทางร่างกายที่ดีและความมั่นคงทางการเงิน (Material well-being and financial security)

- สุขภาพและความปลอดภัยส่วนบุคคล (Health and personal safety)

#### **ความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Relations with other people)**

- ความสัมพันธ์ทางครอบครัว (Relations with family)
- ความสัมพันธ์กับคู่สมรส (Relations with spouse)
- การมีและการเลี้ยงดูเด็ก (Having and raising children)
- ความสัมพันธ์กับพ่อแม่ พี่น้อง หรือญาติคนอื่นๆ (Relations with parents, sibling other relatives)

- ความสัมพันธ์กับเพื่อน (Relations with friends)

#### **สังคม ชุมชนและกิจกรรมพลเมือง (Social Community and Activities)**

- กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้ความช่วยเหลือหรือส่งเสริมให้คนอื่นๆ (Activities related to helping or encouraging other people)
- กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับรัฐบาลท้องถิ่นและระดับชาติ (Activities relating to local and national governments)

#### **พัฒนาบุคลากร และการปฏิบัติตามพันธกรณี (Personal Development and Fulfillment)**

- การพัฒนาทางปัญญา (Intellectual development)
- ความเข้าใจส่วนบุคคลและการวางแผน (Personal understanding and planning)
- บทบาทอาชีพ (Occupational role)
- ความคิดสร้างสรรค์และการแสดงออกส่วนบุคคล (Creativity and personal expression)

#### **นันทนาการ (recreation)**

- การรวมกันทางสังคม (Socializing)
- ความเฉื่อยชาและสังเกตกิจกรรมนันทนาการ (Passive and observational recreational activities)
- การกระฉับกระเฉงอยู่และการมีส่วนร่วมกิจกรรมนันทนาการ (Active and participatory recreational activities)

นอกจากฟลานาแกน (1978) .ให้ความหมายอย่างเป็นทางการโดยใช้ขอบเขตแนวคิดข้างต้นแล้ว ยังมีแนวคิดการกำหนดคุณภาพชีวิตอื่นที่ครอบคลุมมุมมองปรัชญาของคุณภาพชีวิต (Ruta and Garratt 1994; Hodge 1990; Gerson 1976; Veenhoven 1999; คุณภาพชีวิต ศูนย์วิจัยปี 2000) และศูนย์วิจัยคุณภาพชีวิตศูนย์วิจัยในประเทศเดนมาร์กต่างเห็นพ้องกันใน

มุมมององค์ประกอบวัตถุประสงค์และองค์ประกอบมาตรการที่มีจากความสำเร็จในเรื่องดำรงอยู่ของความหมายในชีวิตนั้น ควรประสบการณ์ที่สามารถพบได้ทั้งที่พบได้ทั้งวัตถุประสงค์และมาตรการที่จะเห็นแหล่งที่มาของคุณภาพชีวิต ซึ่งทำให้มีการบูรณาการทฤษฎีอย่างต่อเนื่องที่เรียกว่าบูรณาการคุณภาพชีวิต จนเป็นอภิทฤษฎี (meta theory) (ดังแสดงในรูปแบบที่2)

## รูปแบบ 2: บูรณาการระดับอภิทฤษฎีทางคุณภาพชีวิต (Integrative Quality of Life Meta theory)

มาตรการวัตถุประสงค์

1. ประสบการณ์ด้วยตนเองที่เป็นอยู่ (Immediate self-experienced well-being)
2. ความพึงพอใจ (Satisfaction)
3. ความสุข (Happiness)
4. ปฏิบัติตามความต้องการ (Fulfillment of Needs)
5. ประสบการณ์ของขอบเขตแนวคิดวัตถุประสงค์ (Experience of objective temporal domains)
6. ประสบการณ์ของขอบเขตแนวคิดวัตถุประสงค์เชิงระยะ (Experience of objective spatial domains)
7. การแสดงออกของชีวิตที่อาจเกิดขึ้น (Expression of Life's potential)
8. ปัจจัยวัตถุประสงค์ (Objective factors)

ที่มา : Quality of Life Research Center (<http://home2.inet.tele.dk/fclik/mql2htm>)

### 2.4.2 ทฤษฎีคุณภาพชีวิต

ฮอดจส์ (Hodge, 1990) p.45 จากแนวคิดที่กล่าวมาทั้งหมดใน 2.5.1 นำมาซึ่งการค้นหาทฤษฎีหลังจากเกิดอภิทฤษฎีขึ้นแล้ว ได้นำมาพิจารณาคูณภาพชีวิตจากมุมมองที่เป็นประโยชน์และการดำรงอยู่หรือประโยชน์นิยม (utilitarians) โดยแนวคิดฮอดจส์ได้นำทฤษฎีนี้มาจากทางเศรษฐศาสตร์ที่มีแนวคิดทาง "โครงสร้างพื้นฐานที่เรียกว่าธรรมชาติของมนุษย์นั้นมีความคล้ายคลึงกันของแต่ละบุคคล ฮอดจส์พยายามที่จะสันนิษฐานโดยแนวคิดธรรมชาติความคิดสากลทางคุณภาพ

Ruta and Garratt (1994) ได้นำแนวคิดความล้มเหลวของคุณภาพชีวิตมาทำการสำรวจปัญหาทางทฤษฎีหรือปรัชญา แล้วพบว่า การพยายามที่จะประสบความสำเร็จในความหมายที่เป็นประโยชน์คุณภาพชีวิตนักวิจัยน้อยมากที่ได้รับการชื่นชมความจำเป็นที่จะแยกแยะความแตกต่างปัจจัยที่จำเป็นในการดำรงชีวิตที่เพิ่มขึ้นหรือทำให้ความสุขของการใช้ชีวิตจากสิ่งทีแต่ละบุคคลดำรงอยู่ การมีปรัชญาของชีวิตมนุษย์ที่ชัดเจนและกรอบทฤษฎีในการใช้คุณภาพชีวิต

สามารถช่วยนักวิจัยพร้อมผู้ต้องการศึกษาคุณภาพชีวิตในความเข้าใจ จะคิดแนวคิดใหม่ให้กรอบทฤษฎีทางคุณภาพของชีวิต

ดังนั้นทฤษฎีทางคุณภาพชีวิตไม่เพียง แต่ทำหน้าที่เป็นแม่แบบที่สื่อความหมายเพื่อช่วยอธิบายผลการวิจัยที่ค้นพบแต่ยังทำหน้าที่ในการสร้างความเป็นรูปเป็นร่างของผลประโยชน์ให้เห็นถึงมุมมองชีวิตด้วย

ในแนวคิดมุมมองของชีวิต จากมุมมองช่วงอายุที่ขยายจากชีวิต เริ่มต้นจนเข้าสู่วัยชรา ที่เรียกว่า “Life Span” (Baltes 1987) ที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยการวางแนวคิดผ่านทางที่จะดูพฤติกรรมความทรงจำสั้นๆ อาทิ "ข้อเสนอของครอบครัว" มีสาระว่าด้วยการพัฒนาการทบทวนความทรงจำตลอดชีวิต (การเจริญเติบโตสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดช่วงชีวิต); (2) เป็นการวาง (เงื่อนไข หลายสาเหตุ ทั้งทางสังคมและกายภาพรวมถึงจิตวิทยา biopsychosocial) ที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนา); (3) เป็นพฤติกรรมแสดงออกหลายทิศทาง (สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมไปได้ทั้งทิศทางแสดงพฤติกรรม แสดงออกด้วยพฤติกรรมในเชิงอัตราและความถี่การแสดงพฤติกรรม); (4) เป็นที่เข้าใจกันดีที่สุดในรูปแบบทฤษฎีนิยมเชิงสหสาขาวิชาชีพ; (5) ที่เกี่ยวข้องกับนามธรรม (แนวคิดของความสามารถสำรองหรือในความหมายเชิงพิเศษ); (6) เกี่ยวข้องกับกำไรและขาดทุนในสัดส่วนที่แตกต่างกันในช่วงวัย; อาทิ ผู้ใหญ่กับวัยชราและ (7) ถูกฝังตัวอยู่ในลำดับขั้นบริบทที่สามารถโต้ตอบร่วมกัน (บุคคล ประวัติศาสตร์ วัฒนธรรม)

ข้อเสนอเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับความทรงจำที่นำมาเป็นบทเรียนของชีวิต แนวคิดที่ Baltes นำมาสร้างเป็นทฤษฎี เว็บสเตอร์ (Webster, 1999) แย้งว่าความทรงจำนั้นสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดช่วงชีวิตและเป็นหลากหลายสาเหตุ(แรงจูงใจทางจิตวิทยาที่แท้จริงได้ตอบกับได้ชัดเจนให้สังคม) ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอที่ 1 และ 2 ของ Baltes และเป็นความจริงที่พฤติกรรมจากความทรงจำสามารถเปลี่ยนแปลงได้ทั้งในเชิงความถี่และระยะเวลาขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่สอดคล้องกับข้อเสนอ 3. ข้อเสนอที่ 4 ของ Baltes ซึ่งที่กล่าวมาได้รับการสนับสนุนอย่างมากจากหลายสาขาวิชาที่ลงทุนทรัพยากรในการวิจัยความทรงจำ และหลักฐานทางคลินิกเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมที่สอดคล้องกับข้อเสนอที่ 5 และ 6 แสดงให้เห็นว่าแม้ในช่วงระยะปลายของความทรงจำตามช่วงอายุโรคนี้เริ่มชัดเจนขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น สุดท้ายกระบวนการความทรงจำและผลอาจมีลักษณะที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริบททางวัฒนธรรมและประวัติศาสตร์ที่สอดคล้องกับข้อเสนอ 7 มากกว่า

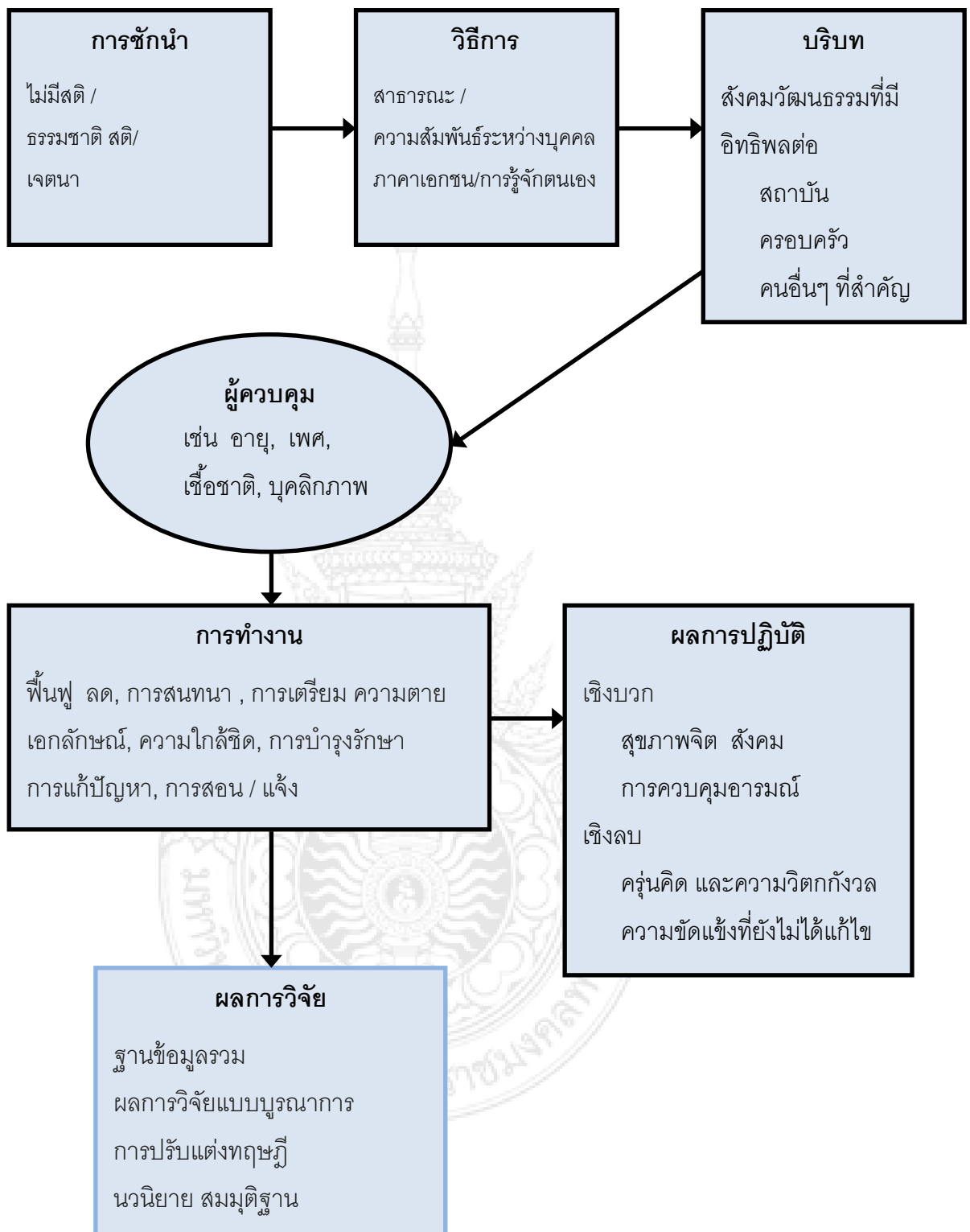
ดังนั้นในการศึกษาวิจัยที่มีความสอดคล้องกับข้อเสนอดังกล่าวของ Baltes ซึ่งเกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไขบริบทและเวลาเป็นความทรงจำส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้น? จากบางส่วนของพัฒนาการในการใช้ความทรงจำในช่วงอายุการใช้งานตามวัยชีวิต ประกอบกับในกระบวนการที่

พบบ่อยที่สุด จึงทำให้ตัวแปรในการศึกษาคุณภาพชีวิตจึงมีกันความแตกต่างตามแต่ละบุคคล เช่น เพศ บุคลิกภาพและวัฒนธรรมเป็นต้น ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกของผลลัพธ์จากความทรงจำนั้นควรเกี่ยวข้องกับประวัติความเป็นมาและผลการศึกษา รวมทั้งการตีความความซับซ้อนของพฤติกรรมที่มีต่อความทรงจำ นักวิจัยหรือผู้ต้องการศึกษาทางคุณภาพชีวิต ควรให้ความสนใจในการตีความการที่เกิดขึ้นของพวกเขาด้วยทฤษฎีช่วงชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับมุมมองในจิตใจซึ่งจะนำรูปแบบการแก้ปัญหาของความทรงจำและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งนำมาประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุได้ต่อไป

### รูปแบบการแก้ปัญหาของความทรงจำ

มนุษย์มีความสามารถและความต้องการ ซึ่งมีหลายผู้เชี่ยวชาญเห็นพ้องด้วย (เช่น บลินเดอร์ Blinder 2007 บรูเนอร์ Brumer ปี 2002 ฟรีแมน Freeman 1993. เคนยอน Kenyon et al, 2001) และ (Bluck 2003) มีแนวคิดสรุปได้ว่าปัจจัยเริ่มต้นตามกระบวนการเกี่ยวข้องรูปแบบการแก้ปัญหาของความทรงจำ 3 ส่วนประกอบ คือ ที่ส่วนประกอบดังกล่าวเรียกว่าการล้นไกแก้ปัญหาทริกเกอร์ (Trigger) ประยุกต์แนวคิดจาก Proust (1934) ที่มีความทรงจำ ซึ่งกระทบต่อความทรงจำ คือ ภาพลักษณ์ (images) อารมณ์ (emotions) การรู้คิดที่ถูกลำดับขั้นตอนหรือตามลำดับความทรงจำ (cognition subsequent potential) แสดงศักยภาพความทรงจำ โดยความทรงจำที่ถูกจัดเตรียมไว้ทำงานกับตัวบุคคลในระดับส่วนตัวหรือสาธารณะ 2 ส่วนประกอบ ความแตกต่างจะเรียกว่าแบบนิยาม (modes) ประยุกต์แนวคิดจาก Shaw and Westwood, 2002 and Pasupathi 2006,2007 ที่ให้เห็น ส่งผลการใช้ประสบการณ์ ภาพลักษณ์ที่สัมพันธ์กับการล้นไก แก้ไขปัญหาหรือ Trigger โหมดความทรงจำจึงไม่ได้เกิดขึ้นในสุญญากาศ แต่อยู่ในบริบททางสังคมต่างๆ ประเภทที่สามคือ บริบท (Context) ในรูปแบบความทรงจำที่สร้างเอกลักษณ์ให้บุคคลที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม มุมมองทางบวกและลบของบุคคลและการสะสมความทรงจำเชิงกลุ่ม ประยุกต์แนวคิดจาก Halbertand Koren 2006; Mark 2007; Lev-Aladgem 2006 and Keller 2007)

จากที่กล่าวมาทั้งหมดเพื่อเพิ่มความเข้าใจยิ่งขึ้นขอนำภาพ 2.1 มาแสดงประกอบ



ภาพ 2.1 รูปแบบการแก้ปัญหาของ 3 ส่วนประกอบความทรงจำ

ที่มา : Mapping the Future of Reminiscence : A Conceptual Guide for Research and Practice. Pp.527-564



## 2.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมทางคุณภาพชีวิต นำมาเป็นแนวทางทบทวนวรรณกรรมเชิงประจักษ์ เพื่อให้เห็นปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ ซึ่งงานวิจัยมาพิจารณามากกว่าแนวคิดและทฤษฎีที่กล่าวไว้ละเอียดพอควรแล้ว

สุขภาพที่ดีที่ตามแนวคิด Healthy Ageing Project ดังกล่าวแล้วข้างต้นของบทนี้ การประจักษ์นำมาใช้อธิบายปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอ้างอิงงานวิจัยเกี่ยวกับความผิดปกติทางด้านจิตใจกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักวิจัยเช่น Ryff (1995) ที่พบว่าคุณสมบัติสำคัญของการทำงานจิตวิทยาเชิงบวก และแนววิจัยแบบมนุษย์วิจัยควบคู่ไปกับการเน้นคุณภาพของชีวิตที่จะได้ผลต้องส่งเสริมการพัฒนาสอดคล้องกับ Haug and Folmar (1986) ที่ศึกษาไว้ก่อนหน้าที่พบว่า "คุณภาพชีวิตเป็นคำที่ใช้กันอย่างหลวมๆ เพื่อแสดงให้เห็นความเป็นอยู่ที่ดี" คล้ายกับคุณภาพของงานวิจัยชีวิตความเป็นอยู่ได้รับการวัดข้ามสาขาที่แตกต่างกันจำนวนมากและมีความหลากหลายของตัวแปรที่ต้องใช้จิตวิทยามาวัดคุณภาพชีวิตในความสัมพันธ์กับการยอมรับตนเองกับจุดมุ่งหมายในชีวิตการเรียนรู้ สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมความเป็นอยู่ในเชิงบวกที่ต้องให้มีการเจริญเติบโตส่วนบุคคลหรือมีการพัฒนาเกิดขึ้นทางสุขภาพที่ดี ซึ่งประจักษ์ใช้กับผู้สูงอายุได้อย่างดี ได้แก่ (Ryff 1995, 1996) ลักษณะบุคลิกภาพ (Reis et al. 2000) ความสุข (Hermon and Hazler 1999) และการใช้ชีวิต ความพึงพอใจ (Lu 1999) และความเหงา (De Jong-Gierveld and Kamphuis 1985 De Jong-Gierveld 1987) ตลอดจนงานวิจัยของนักเศรษฐศาสตร์ได้ศึกษาในด้านรายได้ (Ahuvia and Friedman 1998) การว่างงาน (Wadsworth et al. 1999) รวมถึงนักวิจัยทางการแพทย์ได้ใช้ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของโรค กับสภาวะจิตใจแล้ว ความเป็นอยู่ที่ดี (Somlai and Heckman 2000 ; Noll et al, 1999). องค์การอนามัยโลกตามกฎบัตรยุโรปทางสิ่งแวดล้อมและสุขภาพศึกษาพบและรายงานที่ "สุขภาพที่ดีและความเป็นอยู่ที่ดีต้องมีความสะอาดและความกลมกลืนกับสภาพแวดล้อมทางร่างกายและจิตใจคือเป็นปัจจัยทางสังคมและความสุนทรีย์ภาพที่ต้องให้ความสำคัญ" (WHO 1989: 7)

## 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตที่สามารถส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยได้คัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาดังนี้

บัตเลอร์ (Butler, 1963, 1974, pp.520-531) เป็นผู้ริเริ่มที่เน้นความสำคัญของการทบทวนความทรงจำและการใช้ชีวิตที่ประสบความสำเร็จในการปรับตัวของผู้สูงอายุ บัตเลอร์ให้แนวคิดที่ผู้สูงอายุชอบจะทำการทบทวนความทรงจำแบบรำลึกอดีตที่ผ่านมา โดย บัตเลอร์เรียกกระบวนการดังกล่าวว่า คือ " ลักษณะกลับแบบก้าวหน้าทางสติของประสบการณ์ที่ผ่านมาและโดยตั้งสมมติฐานว่าเกิดจากการ "การรับรู้ของสิ่งที่ผู้สูงอายุเห็นว่าใกล้ตัวและการคำนึงถึงความตาย โดยพิจารณาความตายใกล้เข้ามาและไม่สามารถที่จะรักษาความคงกระพันของแต่ละบุคคลได้หรือกล่าวโดยง่ายไม่มีใครหนีพ้นความตาย บัตเลอร์ให้แนวคิดต่อไปว่าการยอมรับเรื่องการทบทวนความทรงจำประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาทุกเพศทุกวัยและว่าวิกฤตใดๆ ที่อาจจะบัตเลอร์จึงเห็นว่าชีวิตคือการตรวจสอบอย่างเข้มข้นมากขึ้นและสังเกตเห็นบ่อยในวัยชราช่วงต้นอายุ และแนวคิดของการทบทวนชีวิตเป็นแนวทางที่อาจแทรกแซงการพัฒนาผู้สูงอายุได้ที่ควรได้รับคำแนะนำ และประวัติอย่างละเอียดมาใช้ในการพัฒนาผู้สูงอายุ "เพื่อความชัดเจนและให้เกิดการเรียนรู้และการปรับตัวของผู้สูงอายุเอง"

จากการริเริ่มโดยบัตเลอร์ (Butler, 1963) ด้วยแนวคิดของการทบทวนชีวิตความทรงจำอย่างคุ้มค่าจน กลายเป็นเป้าหมายของการวิจัยทางวิทยาศาสตร์และมีการเริ่มศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง และมาตรการของการปรับตัวของผู้สูงอายุได้รับการสำรวจเพิ่มเติมต่อมาจากหลายผู้เชี่ยวชาญ อาทิ การปรับตัว (Boylin Gordon และ Nehrke 1976; Coleman 1974; Havighurst และ Glasser 1972; Lewis ลูอิส 1971; Lowenthal, Thurnher และ Chiriboga 1975; Mahon and Rhudick 1964) นอกจากนี้การทบทวนชีวิตที่ถูกนำมาใช้เป็นแนวทางที่มาใช้ในแทรกแซงการรักษาและลดผลกระทบต่อภาวะผู้สูงอายุ, ความนับถือตนเองและความพึงพอใจในชีวิต (เช่น Lappe 1987; Perrotta และ Meacham 1981) มักจะมีผลรวม

นอกจากนี้ยังมีงานศึกษาอีกเป็นความคิดเห็นจำนวนมากของการวิจัยความทรงจำและการปฏิบัติที่น่าสนใจอีก คืองานศึกษาของ (Bluck และ Levine 1998; Bohlmeijer, Smit and Cuijpers 2003 Coleman 1986; Haber 2006 Haight 1991; Kovach 1990; Molinari and Reichlin 1985; Romaniuk and Romaniuk 1981; Thornton and Brotchie 1987; Webster 2001 Webster and Cappeliez 1993) และทำให้เริ่มการพิจารณาชีวภาพแห่งความตาย

(Intrapsychic) ที่สนับสนุนการพัฒนาผู้สูงอายุ จากการพิจารณาการทบทวนความทรงจำและการใช้ชีวิต

สมิธ (Smith, 2000; Bowling, 2000. Pp.10-12) เริ่มแนวคิดการวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า

1. วิธีการที่ผู้สูงอายุรู้สึกเปรียบเทียบกับความคาดหวังของตนเอง มักจะใช้ประสบการณ์ในอดีตและความรู้สึกที่สัมพันธ์กับผู้อื่น

2. ศูนย์วิจัยในโคเปนเฮเกนศึกษาวิจัยวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามเกณฑ์ 7 ด้าน คือ 1) ใต้นิยามคุณภาพชีวิต 2) ปรัชญาการฝังตัวของชีวิตมนุษย์ 3) ทฤษฎีการปฏิบัติการของชีวิตเชิงปรัชญา 4) การตอบสนองทางเลือก 5) การตรวจสอบทางเทคนิค 6) การตรวจสอบผ่านคุณค่า และ 7) การมองความเป็นสุนทรีย์ของชีวิตโดยใช้ของแบบสอบถาม พบว่าทั้ง 7 ด้านข้างต้นเป็นวิธีการที่ครอบคลุมอย่างมากกับคุณภาพของความเข้าใจชีวิตและไม่เพียงแต่อธิบายได้ด้วยทฤษฎีและระเบียบวิธีการสร้างคุณภาพของชีวิต และให้คำแนะนำที่มีคุณค่าเพื่อการวัดผลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

3. โอ'บอย (O'Boyle) และคณะ (1992) ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนากำหนดการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้วยแบบสัมภาษณ์ปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้างที่มีสามขั้นตอน ในขั้นแรกผู้เข้าร่วมจะถูกขอให้แสดงรายการหารายการที่เห็นว่าเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดสำหรับการมีคุณภาพชีวิตของ และจะถูกถามเพื่อเลือก ในขั้นตอนที่สองผู้เข้าร่วมจะถูกถามเพื่อประเมินในระดับคะแนนตัวเลือกตามภาพที่นำเสนอในรูปแบบที่แสดงไว้

อาจจะดีที่สุด \_\_\_\_\_ อาจจะไม่ดี

จากขั้นตอนดังกล่าวใช้การวิเคราะห์การถดถอย พหุคูณแล้วให้ค่าที่เป็นไปได้ที่จะได้รับน้ำหนักสัมพัทธ์ ให้แต่ละพื้นที่ : "เพื่อแสดงคุณภาพโดยรวมของคะแนนชีวิตของแต่ละผู้สูงอายุจากการคำนวณโดยการคูณแต่ละพื้นที่ ที่ได้มาจากการเสนอชื่อโดยที่น้ำหนักที่สอดคล้องกันและข้อสรุปในห้าพื้นที่ ในการผลิตคะแนนดัชนีระหว่างศูนย์และ 100 "(Ruta และ Garratt, 1994: p.143) ปัญหาด้วยวิธีนี้คือขอบเขตที่นักวิจัยสามารถหรือควรจะเข้าร่วมพร้อมรับค่า'จนพบว่าการวิเคราะห์ต้องมีระดับหนึ่งของความซับซ้อนทางสถิติที่อาจยับยั้งนักวิจัยรุ่นก่อนจากการใช้มาตรการแค่เพียงตรวจสอบพื้นที่ แล้วมากำหนดการวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ถือว่ายังไม่สมบูรณ์นัก

ซึ่งผลการวิจัยและศึกษาข้างต้นนำมาประยุกต์อธิบายปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตงานวิจัยนี้ได้เป็นอย่างดี นอกจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากต่างประเทศข้างต้นแล้วที่นำมา ที่ถือว่าสำคัญ ซึ่งงานวิจัยอื่นๆ ก็ได้นำมาไว้ในส่วนบททบทวนวรรณกรรมแล้ว เพื่อให้ครอบคลุมพอสมควรก็จะนำสิ่งที่เกี่ยวข้องมาพิจารณางานวิจัยของไทยประกอบเพิ่มเติมอีก ดังนี้

กฤษฎณา พุทธวงศ์ (2554) ได้นำโปรแกรมการจัดการอาการแนวทางแพทย์แผนปัจจุบัน มาศึกษาร่วมกับการทำสมาธิปฏิบัติแนวพุทธ เพื่อพิจารณาผลวิจัยการทดลองที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยจุดมุ่งหมายการวิจัยในเชิงทดลอง ด้วยการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตทั้งก่อนและหลังการวิจัยของผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมและไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวข้างต้นสำหรับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนั้น ได้แก่ ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นชายและหญิง ซึ่งผ่านการวินิจฉัยทางการแพทย์ที่เข้ารับการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย และให้เป็นตัวแทนของการวิจัยได้ของกลุ่มตัวอย่างด้วยการพิจารณาในเรื่องของเพศและอายุ รวมถึงระดับความรุนแรงของโรคที่ได้กำหนดไว้ตามเกณฑ์การวิจัย เป็นจำนวนทั้งสิ้น 36 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ใช้วิธีการทดลอง เป็นจำนวน 18 คน และกลุ่มที่ใช้วิธีการควบคุม เป็นจำนวนอีก 18 คนเท่ากัน จากนั้นได้ใช้กิจกรรมสำหรับกลุ่มทดลองที่มีใช้กับบุคคลและกลุ่มเป็นจำนวน 6 ครั้ง สำหรับกลุ่มที่ใช้การควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลแบบรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างธรรมดาทั่วไป เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการนำโปรแกรมด้านการจัดการอาการร่วมกับการฝึกสมาธิปฏิบัติ ตามเกณฑ์ 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

โดยเริ่มขั้นตอนแรกจากผลการประเมินประสิทธิผลการรับรู้อาการป่วยของโรค

ขั้นตอนที่สองพิจารณาการให้ความรู้ด้านการจัดการอาการป่วยของโรค

เพื่อนำสู่ขั้นตอนที่ 3 คือ พิจารณาทักษะการฝึกเพื่อจัดการอาการป่วยของโรค

ที่จะสรุปผลสุดท้ายได้จากผลการประเมินการจัดการอาการป่วยของโรค

ส่วนเครื่องมือกำกับการทดลอง ใช้วิธีการแบบวัดการรับรู้การหายใจลำบาก และแบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิที่บ้าน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ที่ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน มาแล้วในขั้น P-test ซึ่งค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาได้ค่า .90 และค่าความเชื่อมั่น ได้ค่า .85 และทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวมถึงสถิติทดสอบ T-test และได้ผลสรุปการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

1. หลังได้รับโปรแกรมจากการวิจัยกลุ่มทดลองจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมจากการวิจัยโดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมจากการวิจัยจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลแบบธรรมดาทั่วไป โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

วนัสนันท์ แสคำ (2553) ใช้วิจัยแบบกระบวนการกลุ่มมาศึกษาบทบาทของครอบครัวด้านการมีส่วนร่วม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามและการมีส่วนร่วมเชิงสังเกตการณ์ โดยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยใช้ตัวแทนจากครอบครัวผู้สูงอายุเป็นจำนวนทั้งสิ้น 30 คน ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชนเทศบาลตำบลหนองผึ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ด้วยเหตุนี้จึงพบผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า

1. การมีส่วนร่วมในกิจการกลุ่ม จะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจของครอบครัวที่จะมีทัศนคติและสร้างคามตระหนักในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ต้องครอบคลุม ทั้งร่างกายและจิตใจ ตลอดจนความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม

2. ครอบครัว ต้องแสดงบทบาทในการมีส่วนร่วมทั้งการร่วมคิด ร่วมกิจกรรม และร่วมวิเคราะห์ปัญหาทางด้านการอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุ ตลอดจนความบกพร่องในการดูแลผู้สูงอายุ

3. หลังจากการเข้ามีส่วนร่วมในกระบวนการกลุ่ม พบว่า ครอบครัวควรมีบทบาทในการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงในทางคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมากขึ้นกว่าเดิมจากระดับปานกลางเป็นระดับมากในทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ด้านความสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อม

สำหรับงานวิจัยปัจจุบันที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีความครอบคลุมในการนำมาทบทวนวรรณกรรมได้อย่างดี ซึ่งขอนำมาปิดท้ายในส่วนเนื้อหา 2.6 นี้ ขออ้างอิงจาก Lee, Yu and Kwong. (2009) pp.119-121 ที่ทำการทบทวนวรรณกรรมและสรุปจากตามวิธีการวิจัยผสมผสานด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ตามวิธีการวิจัยผสมผสานด้วย การศึกษาทบทวนวรรณกรรมจากประเทศสวีเดน อิตาลี แคนาดา ตุรกี เนเธอร์แลนด์เบลเยียม สหราชอาณาจักร สหรัฐอเมริกา ไอร์แลนด์และไต้หวัน ดังแสดง ตาราง 2.1 ดังการให้รายการสรุปของแต่ละการศึกษารวมทั้งวิธีการศึกษาลักษณะตัวอย่างเป้าหมายและผลการวิจัยหลัก

ตาราง 2.1 สรุปผลการศึกษา ของ Lee, Yu and Kwong.

ผู้เขียน (ปี) และประเทศ	วิธี		ตัวอย่าง / ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	จุดมุ่งหมาย	ผลการวิจัย
	เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ	วิธีการวิจัย			
แอลเลอร์ (Aller) และ โคลลิง (Coeling) (1995) สหรัฐอเมริกา	คุณภาพ	การสำรวจ	ใช้กลุ่มตัวอย่างผู้ที่อาศัยอยู่ในสถานที่หนึ่งในการดูแลระยะยาว	เพื่อระบุสิ่งที่มีส่วนทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในการดูแลที่อยู่อาศัย	ผู้สูงอายุที่ดูแลที่อยู่อาศัยความสามารถในการสื่อสารกับคนอื่น ๆ ในการดูแลตนเองและช่วยกำหนดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
บอลเลต (Ball al.) (2000) สหรัฐอเมริกา	คุณภาพ	ทฤษฎีฐานราก แนวคิด (Grounded Theory)	ใช้กลุ่มตัวอย่างที่อยู่อาศัยที่แตกต่างกันในการอำนวยความสะดวกแก่ชีวิต	ในการสำรวจมุมมองของผู้สูงอายุ RCH ของคุณภาพชีวิต	ขอบเขตแนวคิดที่มีนัยสำคัญในการสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ความเป็นอิสระของผู้สูงอายุในการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นๆ สิ่งอำนวยความสะดวกและการให้บริการ ตลอดจนมีกิจกรรมที่มีความหมายที่จะทำให้ผู้สูงอายุคลายกังวลต่อทัศนคติของผู้ดูแลและผู้ดูแลผู้ป่วยที่ควรต้องมีการบริการการดูแลผู้ป่วยและเคารพผู้สูงอายุ
ไฮโกเยตะ (Hikoyeda) และ วอลเลซ (Wallace) (2001)	คุณภาพ	ทฤษฎีฐานรากแนวคิด	กลุ่มตัวอย่างใช้ผู้หญิงของญี่ปุ่นและที่ไม่ใช่ชาวญี่ปุ่น มีการดูแลที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ	เพื่อตรวจสอบว่าคุณสมบัติตรงตามเชื้อชาติความต้องการและอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยการเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุชาวอเมริกันที่	ผู้หญิงญี่ปุ่นและที่ไม่ใช่ชาวญี่ปุ่นแตกต่างกันในลักษณะโครงสร้างเป็นจำนวนมากเช่นรูปแบบทางกายภาพทางภาษาพฤติกรรมและการเลือกอาหารผู้สูงอายุจากวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ส่วนการดูแลที่พักอาศัย พบว่าไม่มีความแตกต่างในการรับรู้ของคุณภาพชีวิต

ตาราง 2.1 (ต่อ)

ผู้เขียน (ปี) และประเทศ	วิธี		ตัวอย่าง / ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	จุดมุ่งหมาย	ผลการวิจัย
	เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ	วิธีการวิจัย			
(ต่อ)				อาศัยอยู่ในญี่ปุ่น และที่ไม่ใช่ชาวญี่ปุ่น	
เหลียง (Leung et al.) (2004) ได้หวัน	คุณภาพ	สำรวจ	ใช้กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในบ้านที่อาศัยอยู่และในชุมชน	เพื่อให้เข้าใจถึงส่วนประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าคนจีนที่อาศัยอยู่ในที่พักหรือที่บ้าน	เกี่ยวกับส่วนประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เน้นตอบสนองความต้องการส่วนบุคคลของแต่ละบุคคล เห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้านมีความต้องการความเป็นสมาชิกในครอบครัวมากกว่าความต้องการส่วนตน
ฮัจลาดอตเตอร์ (Hjaltadottir) และ กุสตาฟโดทเตอร์ (Gustafsdottir) (2007) ไอซ์แลนด์	คุณภาพ	การตีความอรรถปริวรรต (hermeneutic) เชิงปรัชญา	ใช้กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในสองสถานพยาบาลและร่างกายอ่อนแออย่างชัดเจน	เปิดเผยลักษณะของคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ทางร่างกายที่อ่อนแอของผู้สูงอายุอย่างมีความชัดเจน	ด้านที่สำคัญการสร้างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มุ่งเน้นไปที่ความแตกต่างของกันผู้สูงอายุและการรักษาความปลอดภัย ในขณะที่ผู้สูงอายุ ตระหนักว่าความรู้สึกปลอดภัยขึ้นอยู่กับร่างกายที่พวกเขากังวลและการได้รับความเคารพนับถือในฐานะที่เป็นผู้สูงอายุที่ควรได้รับการดูแลและเป็นสมาชิกของครอบครัว

ตาราง 2.1 (ต่อ)

ผู้เขียน (ปี) และประเทศ	วิธี		ตัวอย่าง / ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	จุดมุ่งหมาย	ผลการวิจัย
	เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ	วิธีการวิจัย			
โอลสัน (Oleson et al.) (1994) สหราชอาณาจักร	เชิงปริมาณ	สำรวจ	ใช้กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในสถานประกอบการที่พักระยะยาว	เพื่อสำรวจและเปรียบเทียบการรับรู้ของผู้สูงอายุและพยาบาลในสถานประกอบการพักระยะยาวเกี่ยวกับสิ่งที่สิ่งที่มีความสำคัญให้กับคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้สูงอายุอาศัยและสิ่งที่ยาบาลและไม่สามารถทำการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้	ผู้สูงอายุวางบุคลิกลักษณะว่ามีตนเองค่าสูงสุดที่เชื่อถือคุณภาพชีวิตทางร่างกายและจิตใจของพวกเขา ผู้สูงอายุชอบกล่าวถึงปัญหาต่างๆ นานาของความแตกต่างดังกล่าวในฐานะที่เป็นอิสระมีอิสรภาพทางการเงินมีพื้นที่ส่วนตัวและทรัพย์สินส่วนบุคคลและการต้องการคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต้องการได้รับการเลื่อนตำแหน่งจากที่ทำงานควรให้สถานที่ทำงานรับฟังความต้องการของตนเองและได้รับการรักษาและเห็นว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ยังสร้างประโยชน์ให้ได้
แม็คเร (MacRae et al.) (1996) สหรัฐอเมริกา	เชิงปริมาณ	วิจัยด้วยการทดลองแบบสุ่มที่ไม่ได้มีการแทรกแซงกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ยังทำงานอยู่สองแห่ง ที่ได้รับการระบุว่ามิระดับการออกกำลังกายในระดับต่ำและความสามารถความอดทนด้วยการเดินต่ำ	(1) การตรวจสอบผลกระทบของโปรแกรมการเดิน 12 สัปดาห์กับความสามารถความอดทน การออกกำลังกาย การเคลื่อนไหวและ	แม้ว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมในโปรแกรมการเดินเพิ่มขึ้นความอดทนและระยะทางเดินของกลุ่มตัวอย่างหลังจากโปรแกรม 12 สัปดาห์กลุ่มที่ไม่มีมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในคุณภาพชีวิตและเพื่อให้ได้กลุ่มควบคุมที่ได้รับการเข้าฝึกอบรมเป็นรายสัปดาห์ กับโปรแกรมการเดินยาวไป 22 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่าไม่มีมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญกับมาตรการการเดิน



ตาราง 2.1 (ต่อ)

ผู้เขียน (ปี) และประเทศ	วิธี		ตัวอย่าง / ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	จุดมุ่งหมาย	ผลการวิจัย
	เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ	วิธีการวิจัย			
(ต่อ)				คุณภาพชีวิตที่อาศัยอยู่ ประกอบด้วย (2) การตรวจสอบผลกระทบของ 12 กับ 22 สัปดาห์ของการฝึกอบรม ด้วยการพิจารณาการเดินทางบนความอดทนและระดับการออกกำลังกาย การเคลื่อนไหว และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	และคุณภาพชีวิต
รอนน์เบิร์ก (Rönnerberg) (1998) สวีเดน	เชิงปริมาณ	ใช้การควบคุมและแบบสุ่ม	ใช้กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในบ้านสถานพยาบาลและมีการมีปัญหาสภาวะทางจิตตก	ตรวจสอบผลของการกระตุ้นทางจิตด้วย (ภาพและเสียงและการเล่าเรื่อง) บนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมโทรทัศน์ที่ให้แนวคิดสมัยใหม่กับกลุ่มทดลองที่ได้รับการกระตุ้นทางจิตได้ พบว่าคุณภาพชีวิตของทั้งสองกลุ่มเพิ่มขึ้นหลังจากหกสัปดาห์แล้ว

ตาราง 2.1 (ต่อ)

ผู้เขียน (ปี) และประเทศ	วิธี		ตัวอย่าง / ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	จุดมุ่งหมาย	ผลการวิจัย
	เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ	วิธีการวิจัย			
เออร์ชุยออย (Urciuoli et al.) (1998) อิตาลี	เชิงปริมาณ	การสำรวจภาคตัดขวาง	ใช้กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราหรือที่บ้าน	เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในหมู่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราและที่บ้านที่มีมุมมองในการวิเคราะห์ความแตกต่างใด ๆ ในการรับรู้ของคุณภาพชีวิต	ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างสองกลุ่มของผู้สูงอายุในการรับรู้คุณภาพชีวิตได้
ดันแคน (Dunean) Myers และ Huebner (2000) สหรัฐอเมริกา	เชิงปริมาณ	แบบสอบถาม	ใช้กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในสถานที่พักในการดูแลระยะยาว	เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุของคุณภาพชีวิตและการให้คะแนนตนเองเขาจากความถี่ของตัวเลือกที่ใช้สำหรับการดูแลตนเองและงานพักผ่อน	ความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างรายงานจำนวนตัวเลือกคุณภาพชีวิตของที่แสดงให้เห็นที่ผู้สูงอายุว่ามีทางเลือกมากขึ้น และผู้สูงอายุรับรู้ในกิจกรรมของพวกตนเองได้พร้อมตระหนักในคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเขามีความสัมพันธ์กับงานประจำวันร่วมกัน

ตาราง 2.1 (ต่อ)

ผู้เขียน (ปี) และประเทศ	วิธี		ตัวอย่าง / ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	จุดมุ่งหมาย	ผลการวิจัย
	เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ	วิธีการวิจัย			
Tseng (เซียง) และ Wong (วัง) (2001) ไต้หวัน	เชิงปริมาณ	การสำรวจภาคตัดขวาง	ใช้กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา	การสำรวจการรับรู้คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้อยู่อาศัย	ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุกับ กิจกรรมในชีวิตประจำวันควรได้รับการสนับสนุนจากสังคมจากชุมชน และเพิ่มสถานะทางเศรษฐกิจ สังคมและการทำงานทางกายภาพจะเป็นตัวทำนายที่สำคัญของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
นูแควค (Burack et al.) (2002) สหรัฐอเมริกา	เชิงปริมาณ	การทดลองก่อนเรียนและหลังเรียน	ใช้กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราและไม่มีปัญหาทางการได้ยิน	เพื่อศึกษาผลของการให้บริการผู้สูงอายุกับเพลงในเวลา 30 นาทีให้เป็นทางเลือก เพื่อสร้างความพึงพอใจทันทีและคุณภาพชีวิตที่ได้มาตรฐานสากล	ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในระดับมาตรฐานสากลอย่างมีนัยสำคัญในคุณภาพชีวิตที่พบหลังจากที่ผู้สูงอายุ ได้ฟังเพลงซึ่งเกิ้ล 30 เป็นรายบุคคล
ออสแคน (Ozcan et al.) (2005) ตุรกี	เชิงปริมาณ	ตัดขวาง	ใช้กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในบ้านและสถานพยาบาลไม่ต้องมีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกและไม่มี	เพื่อสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเสี่ยง	พบว่าปัจจัยเสี่ยงต้องมีความสมดุลและความคล่องตัวในการทำงาน ความรู้สึกร่วมกันของตำแหน่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความยืดหยุ่นทางร่างกายและความกลัวของการ

ตาราง 2.1 (ต่อ)

ผู้เขียน (ปี) และประเทศ	วิธี		ตัวอย่าง / ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	จุดมุ่งหมาย	ผลการวิจัย
	เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ	วิธีการวิจัย			
(ต่อ)			ประวัติการหาล้มในปีที่ผ่านมา		ล้ม ทั้งหมดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
ทู (Tu et al.) (2006) ไต้หวัน	เชิงปริมาณ	สำรวจข้ามส่วน	ใช้กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา	เพื่อสำรวจว่าลักษณะทางประชากร, การดูแลเพื่อเพิ่มขีดความสามารถ การรับรู้และสถานะการทำงานส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของการรับรู้	นักวิจัยได้ใช้คำว่า "ดูแลเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุอธิบายการควบคุมตนเองของชีวิตและการดูแลตัวเองผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขีดความสามารถการรับรู้ เป็นปัจจัยบ่งชี้ที่สำคัญที่สุดของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
นิจส์ (Nijs et al.) (2006) เนเธอร์แลนด์	เชิงปริมาณ	คลัสเตอร์	ใช้กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา	เพื่อประเมินผลกระทบของการรับประทานอาหารตามลักษณะครอบครัว คุณภาพชีวิตของประสิทธิภาพทางร่างกายและน้ำหนักตัวของผู้สูงอายุ	แม้ว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการรับประทานอาหารตามลักษณะครอบครัวไม่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นเล็กน้อยให้เห็นได้ชัดในคุณภาพชีวิต, กลุ่มควบคุมที่ได้รับการรับประทานอาหารตามปกติก็พบว่ามีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญในคุณภาพชีวิต

ตาราง 2.1 (ต่อ)

ผู้เขียน (ปี) และประเทศ	วิธี		ตัวอย่าง / ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	จุดมุ่งหมาย	ผลการวิจัย
	เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ	วิธีการวิจัย			
เคน (Kane et al.) (2007) สหรัฐอเมริกา	เชิงปริมาณ	กึ่งทดลอง	ใช้กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในสถานพยาบาลที่แตกต่างกันในการดูแลแบบดั้งเดิมกับแบบสมัยใหม่	การตรวจสอบผลของการพยาบาลขนาดเล็ก รูปแบบบ้านสีเขียว ถูกสิ่งแวดล้อมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ รายงานคุณภาพชีวิตและคุณภาพของการดูแลเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุจากสถานพยาบาลแบบดั้งเดิมและแบบสมัยใหม่	ผลการวิจัยพบว่าบ้านสีเขียวที่เน้นชุมชนและที่อยู่อาศัยถูกต้องตามสภาพแวดล้อมทางกายภาพของบ้านพักคนชรา ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านสีเขียวจะมีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานพยาบาลแบบดั้งเดิม ผู้สูงอายุที่บ้านสีเขียวมีความพึงพอใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่สูงขึ้น และพบว่าคุณภาพชีวิตของความเป็นส่วนตัวศักดิ์ศรี ความเป็นอิสระและความเพลิดเพลินรวมถึงอาหาร เป็นสิ่งที่มีผู้สูงอายุต้องการในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต
ลูเลซี (Luleci et al.) (2008) ตุรกี	เชิงปริมาณ	แบบสอบถาม	ใช้กลุ่มตัวอย่างผู้ที่อยู่อาศัยในสถานพยาบาลแบบเชิงบ้าน	เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและปัจจัยตลอดจนลักษณะทางสังคมและประชากรจนถึงพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้อยู่อาศัย	ความพึงพอใจของผู้สูงอายุจากสถานพยาบาลที่อยู่อาศัยและมีส่วนร่วมในการออกกำลังกาย พบว่ามีความพึงพอใจในการมีชีวิตรในสถานพยาบาลเชิงบ้านหรือดูแลเหมือนอยู่บ้านตนเองที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพได้สะดวกอย่างมีนัยสำคัญต่อการนำมาพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ตาราง 2.1 (ต่อ)

ผู้เขียน (ปี) และประเทศ	วิธี		ตัวอย่าง / ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	จุดมุ่งหมาย	ผลการวิจัย
	เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ	วิธีการวิจัย			
(ต่อ)				และระดับความพึงการจากการทำงานของผู้สูงอายุ	
กูซ (Guse) และ มาเซซาร์ (Masesar) (1999) แคนาดา	เชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ	แบบสอบถาม	ใช้กลุ่มตัวอย่างผู้อยู่อาศัยสถานที่พักดูแลระยะยาว	เพื่อสำรวจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและประสบความสำเร็จในการดูแลระยะยาวจากมุมมองของผู้สูงอายุ	คุณภาพชีวิตที่มีอิทธิพลต่อผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีการจรรยาภายในสถานที่อยู่อาศัยที่ดี มีห้องส่วนตัว มีการบริการอาหารที่ดี และมีเวลาให้แก่ครอบครัว ตลอดจนได้รับความเคารพนับถืออย่างเพียงพอและมีการให้การช่วยเหลือผู้อื่นได้

ที่มา : Lee, Yu and Kwong. pp.119-121.

## บทที่ 3

### วิธีการดำเนินการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยแนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยอนาคต (Future Research) หรืออนาคตศาสตร์ (Futurism) โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) ดังนี้

#### 3.1 การวิจัยอนาคต : เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique)

วิธีการวิจัยอนาคต (Future Research) หรืออนาคตศาสตร์ (Futurism) เป็นระเบียบวิธีการศึกษาวิจัยในเชิงลึกเพื่อค้นคว้าหาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอนาคตด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ (Scientific Approach) โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อการพยากรณ์ภาพในอนาคตที่คาดว่าจะเป็นการแสวงหาทางเลือกที่จะดำเนินการในอนาคต และการกระตุ้นเตือนให้ตระหนักถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต อันจะนำไปสู่การจัดเตรียม การควบคุม การแก้ไข และการบริหารจัดการในอนาคต โดยวิธีการที่ใช้ในการพยากรณ์ภาพในอนาคตที่สำคัญมี 3 วิธี ได้แก่ 1) การคาดการณ์แนวโน้ม (Trend Projection) 2) การเขียนภาพอนาคต (Scenario Writing) และ 3) การปรึกษาผู้อื่น (Consulting Others) ซึ่งวิธีการปรึกษาผู้อื่น ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้องนั้น จัดเป็นวิธีการวิจัยอนาคตที่ได้รับความนิยมมาก เนื่องจากเป็นการสรุปมติจากผู้เชี่ยวชาญหลายๆ ท่านที่ให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับอนาคตของศาสตร์ที่ต้องการศึกษา ทำให้ได้ข้อมูลของภาพในอนาคตที่น่าเชื่อถือ และสามารถนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจได้ดี วิธีการวิจัยนี้เรียกว่า เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique)

วิธีการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) จัดเป็นวิธีการวิจัยแบบไม่ทดลอง (Non-experimental Research) เป็นวิธีการวิจัยทางวิทยาศาสตร์เชิงบรรยายประเภทหนึ่งที่ใช้ในการพยากรณ์ภาพในอนาคตหรือการคาดการณ์ผลลัพธ์ในอนาคต โดยการรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง เป็นเทคนิคที่มีขั้นตอนและระเบียบแบบแผนที่ชัดเจน เพื่อสรุปมติจากข้อค้นพบที่ได้ให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและมีความถูกต้อง โดยที่ผู้วิจัยไม่ต้องนัดหมายกลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้มาประชุมกัน แต่ให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นโดยการตอบแบบสอบถามจำนวนสองรอบหรือมากกว่านั้น ซึ่งวิธีการนี้ทำให้สามารถระดมความคิดเห็นจาก

ผู้เชี่ยวชาญที่อยู่ในสถานที่และเวลาที่แตกต่างกันได้โดยไม่มีข้อจำกัด ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่และอิสระ สามารถถกเถียงความคิดเห็นของตนได้อย่างรอบคอบ ปราศจากการชี้นำจากกลุ่มและไม่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลทางความคิดของผู้อื่น ทำให้ได้รับข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้ (Row, G. & Wright, G., 1999: 353-375; มนต์ชัย เทียนทอง, 2548: 165-180) สอดคล้องกับแนวคิดของ สุวิมล ว่องวานิช (2548) ซึ่งได้กล่าวถึงข้อตกลงเบื้องต้นของเทคนิคเดลฟายไว้ว่า 1) การตัดสินใจโดยใช้กลุ่มบุคคลจะมีความตรงมากกว่าการตัดสินใจโดยบุคคลคนเดียว และการตัดสินใจจะมีความตรงมากขึ้น หากผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มประกอบด้วยผู้ที่มีความรู้ความชำนาญในประเด็นนั้นๆ และ 2) การตัดสินใจโดยกลุ่มบุคคลจะมีความเที่ยงมากขึ้น และหากไม่มีการเผชิญหน้าระหว่างสมาชิกในกลุ่มจะสามารถลดผลกระทบจากอิทธิพลของอคติและความคิดของกลุ่มได้

นอกจากนี้ สุชาติ ประสิทธิ์ และกรรณิการ์ สุขเกษม (2551) ก็ได้กล่าวไว้ว่าเทคนิคเดลฟายตั้งอยู่บนพื้นฐานว่าความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเป็นปัจจัยนำเข้า (Input) ที่ถูกต้องในการพยากรณ์ที่สำคัญ คือ เทคนิคดังกล่าวนี้หลีกเลี่ยงอคติของแต่ละผู้เชี่ยวชาญ ปัญหาการประชุมกลุ่มที่มีแนวโน้มตามผู้นำ (Follow-the-Leader Tendency) และการไม่ยอมละทิ้งความคิดเห็น เทคนิคเดลฟายแก้ไขข้อบกพร่องเหล่านี้โดยให้ผู้เชี่ยวชาญบรรลุความคิดเห็นเป็นเอกฉันท์ (Consensus) ได้โดยไม่ต้องพบปะกัน จึงมีประโยชน์ในการได้มาซึ่งการตอบปัญหาในเรื่องเดียวกัน เทคนิคเดลฟายเป็นกระบวนการสื่อสารกลุ่ม (Group Communication) ระหว่างผู้เชี่ยวชาญที่อยู่ห่างไกลกัน แต่มีความสนใจร่วมกันและมีความเห็นต่างกัน

เทคนิคเดลฟายเป็นระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพที่ใช้ศึกษาปัญหาร่วมสมัย และปัญหาอนาคตที่อาศัยการตัดสินใจของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ โดยที่ผู้เชี่ยวชาญไม่ต้องมาประชุมร่วมกัน ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน เริ่มต้นด้วยการออกแบบสอบถามจัดส่งให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนเมื่อได้รับคำตอบคืน ผู้ประสานงานทำการประมวลผลส่งกลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญได้รับทราบสถานการณ์ด้านความคิดเห็น โดยอาจพ่วงข้อความหรือคำร้องขอให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม เมื่อได้รับคำตอบจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้ประสานงานจะทำการประเมินอีกครั้งหนึ่งว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงหรือยืนยันในความคิดเห็นเดิม ทำเช่นนี้อีกรอบหรือสองรอบสุดแต่แต่ว่ามีหรือไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากหากไม่มีการเปลี่ยนแปลงมาก ถือได้ว่าได้รับความเห็นเป็นเอกฉันท์จากผู้เชี่ยวชาญระดับที่ใช้ได้แล้ว วัตถุประสงค์ของเทคนิคเดลฟาย คือ การได้มาซึ่งข้อมูลข้อสนเทศ และการตัดสินใจของผู้เชี่ยวชาญที่ให้ความร่วมมือในเรื่องที่ผู้วิจัยสนใจ เช่น การแก้ปัญหา การวางแผน และการตัดสินใจ โดยที่ผู้เชี่ยวชาญที่ให้ความร่วมมือไม่ต้องมาปรากฏตัว



ประชุมร่วมกัน เทคนิคดังกล่าวนี้ออกแบบขึ้นมาเพื่อให้ประโยชน์ข้อได้เปรียบของความคิดสร้างสรรค์ของผู้เชี่ยวชาญ และอำนวยความสะดวกของการใช้กลุ่มและปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกของกลุ่ม โครงสร้างของกระบวนการเดลฟายใช้ประโยชน์สูงสุดจากข้อดีและลดข้อเสียของการใช้กลุ่ม (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และคนอื่นๆ, 2551)

ลักษณะเด่นของเทคนิคเดลฟาย คือ การทำให้ผู้เชี่ยวชาญเป็นคุณนิรนาม (Anonymous) โดยปกปิดชื่อผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมการวิจัย ดังนั้น ต่างคนจึงไม่ทราบว่ามีใครเข้าร่วมบ้างและทัศนคติไหนเป็นของผู้ใด ด้วยการทำแบบนี้ ผู้เชี่ยวชาญทุกคนจะแสดงทัศนะของตนได้เต็มที่ นอกจากนี้ ผู้เชี่ยวชาญทุกคนยังต้องตอบรายการปัญหาหรือแบบสอบถาม (Questionnaire) หลายรอบ โดยในแต่ละรอบจะลงลึกขึ้น เพื่อให้ได้คำตอบที่ชัดเจนเป็นหนึ่งเดียวกัน (อรนุช อภาภิรม, 2553)

การวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย มีประโยชน์ต่อการตัดสินใจอย่างมาก สามารถช่วยกำหนดกรอบหรือสมมติฐาน (Assumption) ในการตัดสินใจเพื่อการวางแผนในอนาคต แม้ว่าจะเป็นเพียงความเป็นไปได้หรือความน่าจะเป็นมากกว่าความถูกต้องแน่นอน แต่ก็ยังเป็นหลักเกณฑ์ที่ช่วยในการกำหนดกรอบนโยบายต่างๆ โดยวิเคราะห์ถึงผลกระทบที่เป็นไปได้ในอนาคตด้วย ทั้งนี้ ผู้วิจัยสรุปรวบรวมแนวคิดและความคิดเห็นจากนักวิชาการหลายท่าน ซึ่งได้อธิบายถึงลักษณะของการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย ปัจจัยสำคัญของเทคนิคเดลฟาย ตลอดจนข้อดีและข้อจำกัดของการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย (มนต์ชัย เทียนทอง, 2548 ; สุวิมล ว่องวานิช, 2548 ; สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และคนอื่นๆ, 2551 ; อรุณ อภาภิรม, 2553) ดังนี้

### 3.1.1 ลักษณะของการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย (Type of Delphi Technique)

1. เป็นภาพในอนาคตที่ต้องการศึกษาความเป็นไปได้หรือศึกษาแนวโน้มที่คาดว่าจะเกิดขึ้น โดยเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ธุรกิจ สังคม เศรษฐกิจ และการศึกษา ซึ่งผู้วิจัยต้องการพยากรณ์การเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดในอนาคต เพื่อใช้ในการเตรียมการวางแผนการบริหารการจัดการ และการตัดสินใจ
2. เป็นปัญหาที่ไม่มีคำตอบถูกต้องแน่นอน แต่สามารถทำวิจัยเพื่อศึกษาปัญหาได้ โดยการรวบรวมข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาดังกล่าว เพื่อหาข้อสรุปและแนวโน้มของความเป็นไปได้
3. เป็นปัญหาที่ต้องการศึกษาจากความคิดเห็นหลายๆ ด้าน จากความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิประจำสาขานั้นๆ

4. ผู้วิจัยไม่ต้องการให้ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่าน มีผลกระทบต่อการศึกษาตัดสินปัญหาโดยรวม

5. ประสบปัญหาในการพบปะแบบเผชิญหน้าโดยตรงในการระดมสมองหรือการประชุม อันเนื่องมาจากปัญหาด้านเวลา การเดินทาง สภาพภูมิอากาศ หรืองบประมาณ เป็นต้น

### 3.1.2 ปัจจัยสำคัญของเทคนิคเดลฟาย (Key Features of Delphi Technique)

1. การไม่เปิดเผยตน (Anonymity) เป็นวิธีการรวบรวมข้อมูลจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยใช้แบบสอบถาม โดยไม่ต้องการให้ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่าน มีอิทธิพลต่อกันและเป็นอิสระที่สุด จึงไม่มีการเผชิญหน้ากันและไม่ทราบว่าผู้ใดมีความคิดเห็นอย่างไร

2. การทำซ้ำ (Iteration) เพื่อให้ได้ความคิดเห็นที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ จึงต้องมีการทำซ้ำ โดยการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามหลายรอบ โดยทั่วไปรอบแรกมักเป็นแบบสอบถามปลายเปิด รอบต่อไปจะเป็นแบบสอบถามปลายปิด และรอบสุดท้ายเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า

3. การป้อนกลับโดยมีการควบคุม (Controlled Feedback) เพื่อให้ได้คำตอบอย่างละเอียดรอบคอบและเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันมากขึ้น จะมีการกลั่นกรองและป้อนกลับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดที่สอดคล้องกันในข้อคำถามแต่ละข้อจากรอบที่ผ่านมาด้วยการนำเสนอค่าสถิติให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านทราบในการส่งแบบสอบถามรอบต่อไป สำหรับพิจารณาถึงความเห็นเพื่อหาฉันทามติของกลุ่ม

4. การนำเสนอด้วยสถิติ (Statistical Aggregation of Group Response) ในการป้อนกลับข้อมูลในแต่ละรอบ จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลักสถิติเบื้องต้น ได้แก่ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน ฐานนิยม และพิจารณาความสอดคล้องของข้อมูลด้วยการคำนวณหาค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ หรือ Interquartile Range (IR) รวมทั้งค่าสัมบูรณ์ของผลต่างระหว่างฐานนิยมและมัธยฐาน

### 3.1.3 ข้อดีของการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย (Advantage of Delphi Technique)

1. มีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ เนื่องจาก 1) เป็นคำตอบที่ได้จากความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความชำนาญพิเศษในสาขานั้นๆ อย่างแท้จริง 2) ผลการวิจัยได้ผ่านกระบวนการพิจารณาจากการถามย้ำหลายรอบ จึงเป็นคำตอบ

ที่กลั่นกรองอย่างรอบคอบ มีความน่าเชื่อถือได้ 3) ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่านสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ไม่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของกลุ่ม

2. ใช้เวลาในกระบวนการวิจัยไม่มาก เนื่องจากกระบวนการเก็บข้อมูลในแต่ละรอบจะใช้เวลาประมาณ 2 สัปดาห์ ดังนั้น จึงใช้เวลาทั้งกระบวนการประมาณ 2-3 เดือน ซึ่งเป็นวิธีการวิจัยที่ใช้เวลาสั้นๆ แต่ได้ผลที่น่าเชื่อถือและสามารถนำไปประโยชน์ได้

3. ใช้งบประมาณในการทำวิจัยไม่มาก เนื่องจากไม่ต้องมีการพบปะโดยตรงของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิ แต่เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยไม่ต้องจัดการประชุม จึงทำให้ลดข้อจำกัดในการเดินทาง ประหยัดเวลา และประหยัดค่าใช้จ่าย

4. ทำการวิจัยได้ทุกสถานการณ์ สามารถเก็บข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิ ที่อยู่ในสถานที่แตกต่างกันได้ทั้งทางด้านภูมิศาสตร์และเวลา มีความยืดหยุ่นสามารถนำมาใช้ในสถานการณ์ต่างๆ ได้มาก และแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนได้ดี

5. เป็นกระบวนการกลุ่มมีการปฏิสัมพันธ์ทางความคิด ซึ่งทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แม้ไม่มีการเผชิญหน้า

6. วิเคราะห์ข้อมูลง่าย เนื่องจากใช้สถิติเบื้องต้นในการวิจัย ได้แก่ ค่าเฉลี่ยมัธยฐาน ฐานนิยม และการพิจารณาความสอดคล้องของข้อมูลด้วยการคำนวณหาค่าพิสัยระหว่าง ควอไทล์ หรือ Interquartile Range (IR) รวมทั้งค่าสัมบูรณ์ของผลต่างระหว่างฐานนิยมและมัธยฐาน ทำให้สามารถกำหนดระดับความสอดคล้องทางความคิดของกลุ่มซึ่งสามารถอธิบายได้โดยสถิติ

3.1.4 ข้อจำกัดของการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย (Disadvantage of Delphi Technique)

1. การคัดเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิ หากไม่ได้เป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ อย่างแท้จริง จะทำให้ผลการวิจัยเกิดความคลาดเคลื่อนไปจากภาพในอนาคตที่จะเป็นจริงได้

2. ปัญหาเกี่ยวกับตัวผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิ หากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิไม่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยตลอด หรือเกิดความเบื่อหน่ายในการตอบแบบสอบถามหลายรอบ อันเนื่องมาจากสาเหตุต่างๆ เช่น เป็นเรื่องที่ไม่น่าสนใจ มีภารกิจมาก หรือปัญหาอื่นใด ซึ่งส่งผลให้กระบวนการวิจัยล่าช้าได้

3. ขาดการวางแผนกลยุทธ์หรือวิธีในการติดตามแบบสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิ หรือเกิดการสูญหาย ทำให้ได้รับคำตอบกลับคืนมาไม่ครบหรือได้คำตอบกลับคืน

มาด้วยความยากลำบาก นอกจากนี้ ยังพบอยู่เสมอว่าผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งปกติจะมีภารกิจมาก มักจะเดินทางไปต่างประเทศบ่อยครั้ง ทำให้ระยะเวลาการวิจัยล่าช้าไปจากกำหนดการ

4. ผู้วิจัยขาดความรอบคอบ หรือมีอคติในการวิเคราะห์คำตอบที่ได้รับในแต่ละรอบ ทำให้ผลการวิจัยคลาดเคลื่อนและขาดความน่าเชื่อถือ

5. มีความเป็นไปได้ที่ความคิดเห็นที่แตกต่างแบบสุดขั้ว จะไม่ได้รับความสนใจ หรือถูกบีบให้ตอบตามค่ากลางของทัศนคติ เพื่อให้เกิดฉันทามติ

6. ขาดการศึกษาข้อมูลประกอบการทำวิจัยอย่างเพียงพอ ถึงแม้ว่าการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟายจะสรุปผลจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเป็นหลักก็ตาม แต่ผู้วิจัยจะต้องศึกษาข้อมูลในประเด็นที่จะทำการวิจัยเช่นกัน โดยเฉพาะรอบแรกซึ่งเป็นแบบสอบถามแบบปลายเปิด ประเด็นต่างๆ ที่ถูกกำหนดขึ้นเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญออกความคิดเห็น จะต้องครอบคลุมประเด็นปัญหาของการวิจัยทั้งหมด ซึ่งผู้วิจัยจะต้องพิจารณาอย่างรอบคอบและมีข้อมูลสนับสนุนที่เพียงพอ

### 3.2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย (Procedure of Delphi Technique)

ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาวิจัยแนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

#### 3.2.1 การกำหนดประเด็นปัญหาของการวิจัย (Identification of Problem Statement)

ผู้วิจัยกำหนดประเด็นปัญหาในการศึกษาวิจัยรูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางวัฒนธรรมเพื่อสร้างภาวะผู้นำขององค์กรธุรกิจชั้นนำของประเทศไทย โดยมองภาพในอนาคตที่ต้องการศึกษาความเป็นไปได้หรือศึกษาแนวโน้มที่คาดว่าจะเกิดขึ้น เพื่อใช้ในการเตรียมการวางแผนการบริหารการจัดการและการตัดสินใจ ซึ่งเป็นปัญหาที่ไม่มีคำตอบถูกต้องแน่นอน แต่สามารถทำวิจัยเพื่อศึกษาปัญหาได้ โดยการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาดังกล่าว เพื่อหาข้อสรุปและแนวโน้มของความเป็นไปได้

#### 3.2.2 การคัดเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ (Selection of Research Panelist)

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ โดยพิจารณาคัดเลือกผู้ที่มีประสบการณ์ และมีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวข้องกับเรื่องที่น่าสนใจศึกษา ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 9 ท่าน โดยจำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง จำนวน 2 ท่าน ตลอดจนกลุ่มผู้นำชุมชนที่เกี่ยวข้อง จำนวน 7 ท่าน ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ จะต้องเป็นผู้ทำหน้าที่บรรยายทางวิชาการด้านผู้สูงอายุและด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้นำชุมชน จะต้องเป็นผู้ทำหน้าที่ให้บริการที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในชุมชน

โดยในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 กลุ่มข้างต้นดังกล่าว ผู้วิจัยพิจารณาคัดเลือก โดยวิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) และคัดเลือกเฉพาะผู้ที่ยินดีเสียสละเวลา สามารถตอบแบบสอบถามได้จนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย และสามารถติดต่อได้สะดวกเท่านั้น

ทั้งนี้ หลักการในการคัดเลือกจำนวนผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ใช้ในการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย หากมีจำนวนผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป อัตราการลดลงของความคลาดเคลื่อนจะน้อยมาก ดังนั้น การวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) จึงนิยมใช้ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 17 คนเป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตามสามารถคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนน้อยกว่า 17 คนได้ แต่อัตราการลดลงของความคลาดเคลื่อนจะเพิ่มสูงขึ้น (มนต์ชัย เทียนทอง, 2548 : 165-180) ดังที่แสดงในตาราง 3.1

ตาราง 3.1 จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย

จำนวนผู้เชี่ยวชาญ	ช่วงของความคลาดเคลื่อน	ความคลาดเคลื่อนลดลง
1 – 5	1.02 – 0.70	0.50
5 – 9	0.70 – 0.58	0.12
9 – 13	0.58 – 0.54	0.04
13 – 17	0.54 – 0.50	0.04
17 – 21	0.50 – 0.48	0.02
21 – 25	0.48 – 0.46	0.02
25 – 28	0.46 – 0.44	0.02

ที่มา : Thomas T.Macmillan, 1971; p.17.

โดยผู้วิจัยทำการพิจารณาคัดเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ทำหน้าที่บรรยายทางวิชาการด้านผู้สูงอายุและด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 2 ท่าน

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้พิจารณาคัดเลือกกลุ่มผู้นำชุมชน ผู้ทำหน้าที่ให้บริการที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 7 ท่าน รวมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 9 ท่าน ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ กล่าวคือ อยู่ในเกณฑ์ที่มีอัตราการลดลงของความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.04 หรือมีความคลาดเคลื่อนต่ำตามหลักเกณฑ์ข้างต้น

### 3.2.2 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Creation of Study Instrument)

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการศึกษาวิจัยแนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง โดยทำการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาของการวิจัยโดยละเอียด ผนวกกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนความคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ที่ได้รับจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิมาวิเคราะห์สังเคราะห์ เพื่อสร้างข้อคำถาม และนำเสนอให้คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาตรวจสอบก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง โดยผู้วิจัยจำแนกแบบสอบถามออกเป็น 3 รอบ ดังนี้

แบบสอบถามรอบที่ 1: แบบสอบถามปลายเปิด (Opened End) เป็นการถามคำถามอย่างกว้างๆ ให้ครอบคลุมประเด็นปัญหาของการวิจัย เพื่อเก็บรวบรวมความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิตามที่คัดเลือกไว้ ซึ่งผู้วิจัยสร้างกรอบคำถามในแบบสอบถามรอบที่ 1 โดยการนำกรอบแนวคิดในการวิจัยที่กำหนดไว้มาวิเคราะห์ประเด็นปัญหาต่างๆ ที่ต้องการศึกษา เพื่อให้การตอบคำถามบรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัย อันประกอบด้วย 1) เพื่อวิเคราะห์มุมมองของผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้นำชุมชนที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง และ 2) เพื่อกำหนดและตรวจสอบรูปแบบที่เป็นไปได้ในอนาคต ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ดังนี้

ข้อคำถามที่ 1 : ในมุมมองของท่าน ท่านคิดว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุคืออะไร และมีความสำคัญอย่างไร

เพื่อให้การตอบคำถามบรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจำเป็นต้องศึกษาสภาพปัจจุบันว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ มีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใด

ข้อคำถามที่ 2 : ปัจจุบัน ท่านคิดว่าผู้สูงอายุในชุมชนมีคุณภาพชีวิตมากน้อยเพียงใด เพราะสาเหตุใด

เพื่อให้การตอบคำถามบรรลุดัตุประสงค์ของการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจำเป็นต้องศึกษาสภาพปัจจุบันว่ากลุ่มผู้เฒ่าวัยและผู้ทรงคุณวุฒิ มีมุมมองเกี่ยวกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของบุคลากรในองค์การในปัจจุบันมากน้อยเพียงใด เพราะสาเหตุใด

ข้อคำถามที่ 3 : ท่านคิดว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ส่งผลต่อการรองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคตหรือไม่ อย่างไร

เพื่อให้การตอบคำถามบรรลุดัตุประสงค์ของการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจำเป็นต้องศึกษามุมมองในอนาคตของกลุ่มผู้เฒ่าวัยและผู้ทรงคุณวุฒิ เกี่ยวกับผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้มีการรองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคตว่าจะส่งผลกระทบต่อกันหรือไม่ อย่างไร

ข้อคำถามที่ 4 : ท่านมีวิสัยทัศน์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคตอย่างไร เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่กำลังจะมาถึง

เพื่อให้การตอบคำถามบรรลุดัตุประสงค์ของการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจำเป็นต้องศึกษามุมมองในอนาคตของกลุ่มผู้เฒ่าวัยและผู้ทรงคุณวุฒิ เกี่ยวกับวิสัยทัศน์ที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคตว่าควรมีแนวทางอย่างไร เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่กำลังจะมาถึง

ข้อคำถามที่ 5 : ท่านคิดว่ารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคต ควรจะมีรูปแบบวิธีการอย่างไร เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่กำลังจะมาถึง

เพื่อให้การตอบคำถามบรรลุดัตุประสงค์ของการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจำเป็นต้องศึกษามุมมองในอนาคตของกลุ่มผู้เฒ่าวัยและผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อวิเคราะห์รูปแบบที่เป็นไปได้ในอนาคต ในการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง และเพื่อกำหนดแผนการพัฒนาในอนาคต โดยใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง

ทั้งนี้ ผู้วิจัยสามารถสรุปการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาต่างๆ เพื่อให้การตอบคำถามในแบบสอบถามรอบที่ 1 ของกลุ่มผู้เฒ่าวัยและผู้ทรงคุณวุฒิบรรลุดัตุประสงค์ของการวิจัยดังกล่าว ซึ่งข้อคำถามในแบบสอบถามรอบที่ 1 ดังที่แสดงในภาคผนวก ข จะเป็นการถามคำถามอย่างกว้างๆ ให้ครอบคลุมประเด็นปัญหาของการวิจัย โดยจำแนกข้อคำถามออกเป็นระดับบุคคลและระดับกลยุทธ์ ดังที่แสดงในตาราง 3.2

ตาราง 3.2 การวิเคราะห์ประเด็นปัญหาเพื่อสร้างกรอบคำถามในแบบสอบถามรอบที่ 1

วิเคราะห์ประเด็นปัญหาตามวัตถุประสงค์	กรอบคำถามในแบบสอบถามรอบที่ 1
<p><u>ระดับบุคคล</u></p> <p>ศึกษาสภาพปัจจุบัน เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจและการตระหนักถึงความสำคัญของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ</p>	<p>1. ในมุมมองของท่าน ท่านคิดว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุคืออะไร และมีความสำคัญอย่างไร</p>
<p><u>ระดับบุคคล</u></p> <p>ศึกษาสภาพปัจจุบัน เกี่ยวกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน</p>	<p>2. ปัจจุบัน ท่านคิดว่าผู้สูงอายุในชุมชนมีสุขภาพชีวิตมากน้อยเพียงใด เพราะสาเหตุใด</p>
<p><u>ระดับกลยุทธ์</u></p> <p>ศึกษามุมมองในอนาคต เกี่ยวกับผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ส่งผลต่อการรองรับสังคมผู้สูงอายุ</p>	<p>3. ท่านคิดว่าการพัฒนาผู้สูงอายุ ให้มีสุขภาพชีวิต ส่งผลต่อการรองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคตหรือไม่ อย่างไร</p>
<p><u>ระดับกลยุทธ์</u></p> <p>ศึกษามุมมองในอนาคต เกี่ยวกับสัณฐานที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคต</p>	<p>4. ท่านมีวิสัยทัศน์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่รองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคตอย่างไร เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่กำลังจะมาถึง</p>
<p><u>ระดับกลยุทธ์</u></p> <p>ศึกษารูปแบบที่เป็นไปได้ในอนาคต ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่รองรับสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จ.ระยอง</p>	<p>5. ท่านคิดว่ารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่รองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคต ควรจะมีรูปแบบ วิธีการอย่างไร เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่กำลังจะมาถึง</p>



แบบสอบถามรอบที่ 2 : แบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) เป็นการนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากการตอบคำถามในแบบสอบถามในรอบที่ 1 ผสมกับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาสังเคราะห์เพื่อสร้างข้อคำถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า และส่งกลับไปยังกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิกลุ่มเดิมอีกครั้งหนึ่ง เพื่อให้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิตอบคำถามในลักษณะของการจัดลำดับความสำคัญในข้อคำถามแต่ละข้อ โดยผู้วิจัยทำการจำแนกข้อคำถามในแบบสอบถามรอบที่ 2 ออกเป็นชุดคำถามจำนวน 5 ส่วน ให้มีความสอดคล้องกับข้อคำถามปลายเปิดในแบบสอบถามรอบที่ 1 ดังนี้

การศึกษาสภาพปัจจุบัน (ระดับบุคคล)

ส่วนที่ 1 : ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 : ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนในปัจจุบัน

การศึกษามุมมองในอนาคต (ระดับกลยุทธ์)

ส่วนที่ 3 : ผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีต่อการรองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคต

ส่วนที่ 4 : วิสัยทัศน์ที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อชุมชนก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่กำลังจะมาถึง

ส่วนที่ 5 : รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อชุมชนก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่กำลังจะมาถึง

ทั้งนี้ในแต่ละส่วนของชุดคำถามในแบบสอบถามรอบที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ส่วน รวมทั้งสิ้น 24 ข้อคำถาม ดังที่แสดงในภาคผนวก ค

แบบสอบถามรอบที่ 3 : แบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale)

เป็นการพัฒนาขึ้นจากแบบสอบถามรอบที่ 2 โดยนำข้อคำถามชุดเดิมมาระบุตำแหน่งของค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ หรือ Interquartile Range (IR) และแสดงตำแหน่งที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิได้ตอบคำถามในแบบสอบถามรอบที่ 2 เพื่อเป็นข้อมูลให้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิใช้ประกอบการตัดสินใจในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3

แบบสอบถามรอบที่ 3 ประกอบด้วยชุดคำถามชุดเดิม ซึ่งจำแนกออกเป็นชุดคำถาม จำนวน 5 ส่วน ในแต่ละส่วนประกอบด้วยข้อคำถาม รวมทั้งสิ้น 24 ข้อคำถาม โดยส่วนที่ 1-2 เป็นการศึกษาสภาพปัจจุบัน (ระดับบุคคล) และส่วนที่ 3-5 เป็นการศึกษามุมมองในอนาคต (ระดับกลยุทธ์) ดังที่แสดงในภาคผนวก ง

ทั้งนี้การเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 3 ถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นการพิจารณาถึงความเห็นเพื่อหาฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ โดยเป็นการยืนยันคำตอบในประเด็นคำถามเดิมว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่านมีความประสงค์ยืนยันคำตอบเดิมหรือมีความประสงค์เปลี่ยนแปลงคำตอบหรือไม่

### 3.2.4 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

1. ผู้วิจัยติดต่อขอรับหนังสือจากคณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามรอบที่ 1 ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 กำหนดเวลาในการส่งแบบสอบถามกลับคืนภายในเวลา 2 สัปดาห์ เพื่อทำการวิเคราะห์คำตอบโดยละเอียดและนำมาสังเคราะห์เป็นประเด็นต่างๆ เพื่อกำหนดกรอบของคำถามในรอบที่ 2

3. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามรอบที่ 2 ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2558 โดยกำหนดเวลาในการส่งแบบสอบถามกลับคืนภายในเวลา 1-2 สัปดาห์ เพื่อนำมาทำการวิเคราะห์หาค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เพื่อพัฒนาเป็นข้อคำถามในรอบที่ 3

4. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามรอบที่ 3 ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2558 โดยกำหนดเวลาในการส่งแบบสอบถามกลับคืนภายในเวลา 1-2 สัปดาห์ เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผล

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบที่ได้รับจากแบบสอบถามในแต่ละรอบอย่างละเอียด ก่อนดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ เพื่อสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

โดยการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งสิ้นในระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2558 ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างไว้จำนวน 12 ท่าน แต่ในระหว่างดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 3 รอบ พบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิบางท่านติดภารกิจสำคัญ ทำให้ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้จนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย จึงคงเหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 9 ท่าน ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ กล่าวคือ อยู่ในเกณฑ์ที่มีอัตราการลดลงของความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.04 หรือมีความคลาดเคลื่อนต่ำ ตามหลักเกณฑ์ในการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) (มนต์ชัย เทียนทอง, 2548)

### 3.2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล (Analysis and Interpretation of Delphi Results)

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถามในแต่ละรอบ ดังนี้

แบบสอบถามรอบที่ 1 : ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากแบบสอบถามในรอบที่ 1 ซึ่งเป็นข้อคำถามปลายเปิดมาประมวลผลวิเคราะห์คำตอบโดยละเอียด ตัดข้อความที่ซ้ำซ้อนกัน ออก รวบรวมความคิดเห็นในลักษณะเดียวกันเข้าด้วยกัน โดยให้คงความหมายเดิมไว้ ผนวกกับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง มาสังเคราะห์เพื่อสร้างแบบสอบถามรอบที่ 2 ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า เพื่อให้ตอบคำถามในลักษณะของการจัดลำดับความสำคัญในข้อคำถามแต่ละข้อต่อไป โดยผู้วิจัยกำหนดค่าของระดับความเป็นไปได้ของแนวโน้มไว้ 5 ระดับ ดังต่อไปนี้

- |   |         |                                      |
|---|---------|--------------------------------------|
| 5 | หมายถึง | แนวโน้มนั้นมีความเป็นไปได้มากที่สุด  |
| 4 | หมายถึง | แนวโน้มนั้นมีความเป็นไปได้มาก        |
| 3 | หมายถึง | แนวโน้มนั้นมีความเป็นไปได้ปานกลาง    |
| 2 | หมายถึง | แนวโน้มนั้นมีความเป็นไปได้น้อย       |
| 1 | หมายถึง | แนวโน้มนั้นมีความเป็นไปได้น้อยที่สุด |

แบบสอบถามรอบที่ 2 : ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากแบบสอบถามในรอบที่ 2 มาทำการวิเคราะห์ทางสถิติ และทำการพัฒนาเป็นแบบสอบถามรอบที่ 3 โดยนำข้อมูลข้อคำถามชุดเดิมมาระบุตำแหน่งของค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ หรือ Interquartile Range (IR) และแสดงตำแหน่งที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิได้ตอบคำถามในแบบสอบถามรอบที่ 2 เพื่อเป็นข้อมูลให้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิใช้ประกอบการตัดสินใจในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 ต่อไป โดยผู้วิจัยนำข้อมูลคำตอบจากแบบสอบถามในรอบที่ 2 มาจำแนกตามค่ามัธยฐาน (Median) ออกเป็น 5 ช่วงคะแนน ดังนี้

ช่วงที่ 1	ค่าคะแนน	4.50 – 5.00
ช่วงที่ 2	ค่าคะแนน	3.50 – 4.49
ช่วงที่ 3	ค่าคะแนน	2.50 – 3.49
ช่วงที่ 4	ค่าคะแนน	1.50 – 2.49
ช่วงที่ 5	ค่าคะแนน	1.00 – 1.49

แบบสอบถามรอบที่ 3 : ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากแบบสอบถามในรอบที่ 3 ซึ่งเป็นการพิจารณาลงความเห็นเพื่อหาฉันทามติของกลุ่ม เป็นการยืนยันคำตอบของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิในประเด็นคำถามเดิมว่า มีความประสงค์ยืนยันคำตอบเดิมหรือมีความประสงค์เปลี่ยนแปลงคำตอบหรือไม่ มาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of congruence : IOC) เพื่อสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

ทั้งนี้ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) มัธยฐาน (Median) ฐานนิยม (Mode) และพิจารณาความสอดคล้องของข้อมูลด้วยการคำนวณหาค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ หรือ Interquartile Range (IR) รวมทั้งค่าสัมบูรณ์ของผลต่างระหว่างฐานนิยม (Mode) และมัธยฐาน (Median) ตลอดจนค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of congruence : IOC) โดยมีหลักเกณฑ์ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

#### 1. ค่าเฉลี่ย (Mean)

ผู้วิจัยคำนวณหาค่าเฉลี่ยของข้อมูล ซึ่งเป็นค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นทั้งหมดของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อจัดลำดับความสำคัญของคำตอบที่ได้รับเป็นรายชื่อในชุดคำถามแต่ละส่วน

#### 2. ค่ามัธยฐาน (Median)

ผู้วิจัยคำนวณหาค่ากลางของข้อมูล โดยพิจารณาดำแหน่งของข้อมูลที่อยู่กึ่งกลางของข้อมูลทั้งหมด ซึ่งข้อมูลจะต้องทำการเรียงลำดับตามปริมาณ โดยในการคำนวณหาค่ามัธยฐานสำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงความถี่จะใช้สูตรคำนวณทางสถิติ ดังที่แสดงในภาคผนวก ก ทั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้

ค่ามัธยฐานระหว่าง 4.50 – 5.00 หมายถึง มีระดับความเป็นไปได้มากที่สุด

ค่ามัธยฐานระหว่าง 3.50 – 4.49 หมายถึง มีระดับความเป็นไปได้มาก

ค่ามัธยฐานระหว่าง 2.50 – 3.49 หมายถึง มีระดับความเป็นไปได้ปานกลาง

ค่ามัธยฐานระหว่าง 1.50 – 2.49 หมายถึง มีระดับความเป็นไปได้น้อย

ค่ามัธยฐานระหว่าง 1.00 – 1.49 หมายถึง มีระดับความเป็นไปได้น้อยที่สุด

#### 3. ค่าฐานนิยม (Mode)

ผู้วิจัยคำนวณหาค่าที่มีความถี่สูงสุดในจำนวนชุดของข้อมูลทั้งหมด โดยในการคำนวณหาฐานนิยมสำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงความถี่จะใช้สูตรคำนวณทางสถิติ ดังที่แสดงในภาคผนวก ก

#### 4. ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range : IR)

ผู้วิจัยคำนวณหาค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ด้วยการคำนวณหาค่าความแตกต่างระหว่างควอไทล์บนหรือควอไทล์ที่ 3 ( $Q_3$ ) และควอไทล์ล่างหรือควอไทล์ที่ 1 ( $Q_1$ ) โดยในการคำนวณหาค่าพิสัยระหว่างควอไทล์สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงความถี่จะใช้สูตรคำนวณทางสถิติดังที่แสดงในภาคผนวก ก ทั้งนี้ หากค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.50 ถือว่ามีความสอดคล้องกัน (Consensus)

### 5. ค่าสัมบูรณ์ของผลต่างระหว่างฐานนิยมและมัธยฐาน (Mode - Median)

ผู้วิจัยคำนวณหาค่าสัมบูรณ์ของผลต่างระหว่างฐานนิยมและมัธยฐาน เพื่อเป็นการสนับสนุนความสอดคล้องของความคิดเห็นที่ได้รับจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ โดยหากค่าสัมบูรณ์ของผลต่างระหว่างฐานนิยมและมัธยฐาน มีค่าไม่เกิน 1 ถือว่ามีความสอดคล้องกัน (Consensus)

### 6. การพิจารณาความสอดคล้องของข้อมูล

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาความสอดคล้องของข้อมูล ซึ่งรวบรวมได้จากแบบสอบถามในรอบที่ 2 ดังนี้

หากข้อคำถามใด มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.50 และมีค่าสัมบูรณ์ของผลต่างระหว่างฐานนิยมและมัธยฐานไม่เกิน 1.00 ให้ถือว่าข้อคำถามนั้น มีความสอดคล้องกัน

หากข้อคำถามใด มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.50 และมีค่าสัมบูรณ์ของผลต่างระหว่างฐานนิยมและมัธยฐานเกิน 1.00 ให้ถือว่าข้อคำถามนั้น ไม่มีความสอดคล้องกัน และ

หากข้อคำถามใด มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เกิน 1.50 และมีค่าสัมบูรณ์ของผลต่างระหว่างฐานนิยมและมัธยฐานไม่เกิน 1.00 ให้ถือว่าข้อคำถามนั้น ไม่มีความสอดคล้องกัน เช่นเดียวกัน

### 7. ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of congruence : IOC)

ผู้วิจัยคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง เพื่อเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาความสอดคล้องจากการยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิในรอบที่ 3 โดยในการคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องจะใช้สูตรคำนวณทางสถิติ ดังที่แสดงในภาคผนวก ก ซึ่งผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณา (สุรพงษ์ คงสัตย์ และธีรชาติ ธรรมวงศ์, 2551; วัลลภ รัฐนัตรานนท์, 2554) ดังนี้

ให้คะแนน +1 เมื่อเห็นด้วยว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องเหมาะสม

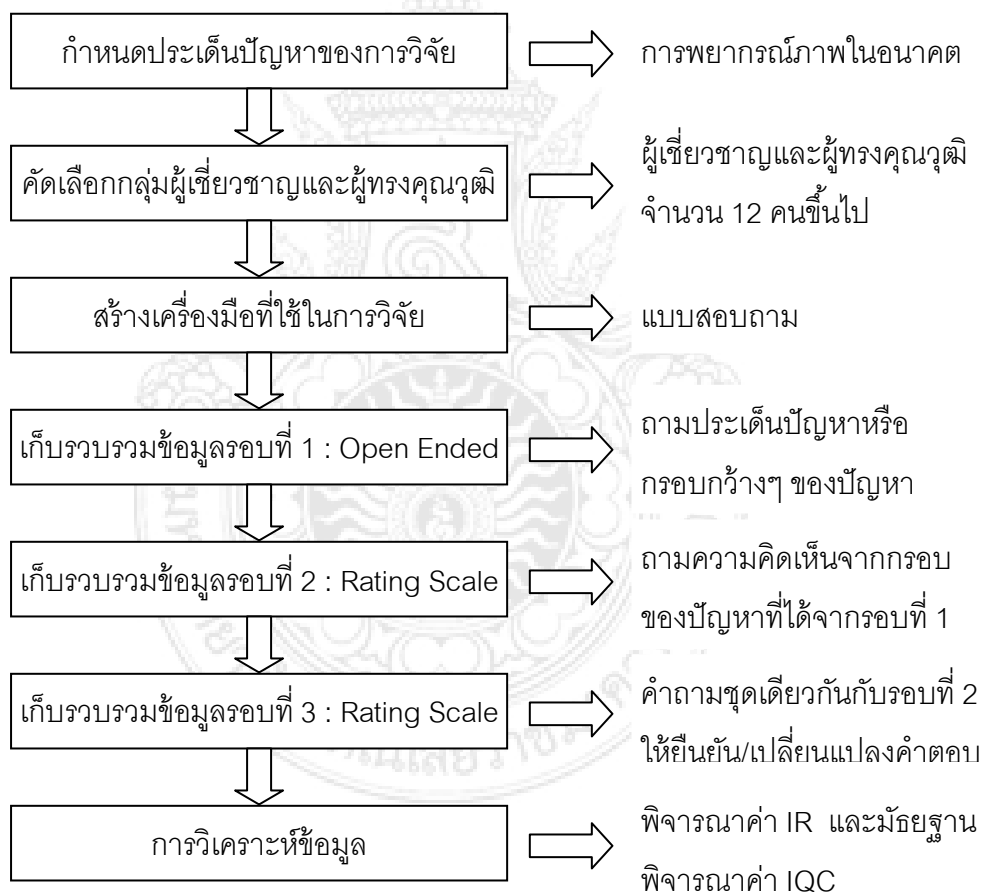
ให้คะแนน 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องเหมาะสม

ให้คะแนน -1 เมื่อไม่เห็นด้วยว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องเหมาะสม

หากข้อคำถามใดมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ขึ้นไป ถือว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องเหมาะสม

จากข้อมูลข้างต้นสามารถกล่าวโดยสรุปได้ว่า ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาวิจัยแนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อบรรเทาสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัด

ระยอง ด้วยวิธีการวิจัยอนาคต (Future Research) หรือวิธีอนาคตศาสตร์ (Futurism) โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นจำนวน 3 รอบ จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 ท่าน ตลอดจนกลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 7 ท่าน รวมจำนวนทั้งสิ้น 9 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับในแต่ละรอบอย่างละเอียด และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) มัธยฐาน (Median) ฐานนิยม (Mode) และพิจารณาความสอดคล้องของข้อมูลด้วยการคำนวณหาค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ หรือ Interquartile Range (IR) รวมทั้งค่าสัมบูรณ์ของผลต่างระหว่างฐานนิยมและมัธยฐาน (Mode - Median) ตลอดจนค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of congruence : IOC) ตามขั้นตอนดังที่แสดงในภาพ 3.1



ภาพ 3.1 วิธีการดำเนินการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique)

### 3.3 การตรวจสอบแนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบแนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง ด้วยวิธีการคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence : IOC) เพื่อพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหาหรือค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยปกติจะใช้ผู้เชี่ยวชาญจำนวนตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป ในการตรวจสอบ (สุรพงษ์ คงสัตย์ และคนอื่นๆ, 2551; วัลลภ รัฐธรรานนท์, 2554) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบลักษณะการสร้างคำสำคัญ (Keywords) ตลอดจนประเมินแนวโน้มและแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์สังเคราะห์จากข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ ตลอดจนกลุ่มผู้นำชุมชน เพื่อตอบคำถามตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ในการวิเคราะห์และกำหนดแผนการพัฒนาในอนาคต โดยใช้แนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง

#### 3.3.1 การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ

ผู้วิจัยพิจารณาคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญในการให้ข้อมูลเพื่อตรวจสอบแนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง โดยพิจารณาคัดเลือกผู้ที่มีประสบการณ์และมีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวข้องกับงานด้านการปรับปรุงแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งในปัจจุบันและอนาคต ทั้งนี้ ผู้วิจัยทำการพิจารณาคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญโดยใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญจำนวนทั้งสิ้น 9 ท่าน เพื่อให้ตอบสนองการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน ตลอดจนพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและอนาคต

#### 3.3.2 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการตรวจสอบแนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง โดยทำการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาของการวิจัยโดยละเอียด ผนวกกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนความคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ที่ได้รับจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ มาวิเคราะห์ สังเคราะห์เพื่อสร้างข้อคำถาม โดยนำเสนอให้คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ พิจารณาตรวจสอบก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

ทั้งนี้ แนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง เป็นแนวโน้มในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลอันเป็นประโยชน์ที่ได้รับจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ ตลอดจนผู้นำชุมชน ผนวกกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

### 3.3.3 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการส่งแบบสอบถามเพื่อการตรวจสอบแนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง ไปยังผู้เชี่ยวชาญจำนวนทั้งสิ้น 9 ท่าน เพื่อให้ตอบคำถามในลักษณะของการแสดงความเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความคำถามแต่ละข้อ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบลักษณะการสร้างคำสำคัญ (Keywords) ตลอดจนประเมินแนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง หลังจากได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาครบถ้วน ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบที่ได้รับจากแบบสอบถามอย่างละเอียด ก่อนดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยวิธีการคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence : IQC) เพื่อพิจารณาหาความสอดคล้องระหว่างข้อความคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา หรือค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เพื่อสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

### 3.3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องจะใช้สูตรคำนวณทางสถิติ ดังแสดงในภาคผนวก ก โดยผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณา (สุรพงษ์ คงสัตย์ และคนอื่นๆ, 2551; วัลลภ รัฐฉัตรานนท์, 2554) ดังนี้

ให้คะแนน +1 เมื่อเห็นด้วยว่าข้อความคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ให้คะแนน 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อความคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ให้คะแนน -1 เมื่อไม่เห็นด้วยว่าข้อความคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

หากข้อความคำถามใดมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ขึ้นไป ถือว่าข้อความนั้นมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยแนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง ด้วยวิธีการวิจัยอนาคต (Future Research) หรืออนาคตศาสตร์ (Futurism) โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้น ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) มัธยฐาน (Median) ฐานนิยม (Mode) และพิจารณาความสอดคล้องของข้อมูลด้วยการคำนวณหาค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ หรือ Interquartile Range (IR) รวมทั้งค่าสัมบูรณ์ของผลต่างระหว่างฐานนิยม และมัธยฐาน (Mode-Median) ตลอดจนค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence : IOC) โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

4.1 นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามรอบที่ 1 ในรูปแบบของตารางแสดงความคิดเห็นที่ครอบคลุมประเด็นปัญหาของการวิจัยที่ได้รับจากกลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 7 ท่าน ตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 ท่าน รวมจำนวนทั้งสิ้น 9 ท่าน

4.2 นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ในรูปแบบของตารางแสดงค่าเฉลี่ย (Mean) ของคำตอบที่ได้รับจากกลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 7 ท่าน ตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 ท่าน รวมจำนวนทั้งสิ้น 9 ท่าน

4.3 นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ในรูปแบบของตารางแสดงค่ามัธยฐาน (Median) ค่าฐานนิยม (Mode) ค่าสัมบูรณ์ของผลต่างระหว่างฐานนิยม และมัธยฐาน (Mode-Median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ หรือ Interquartile Range (IR) ระดับความเป็นไปได้ และความสอดคล้องของข้อมูล

4.4 นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 ในรูปแบบของตารางแสดงค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence : IOC) ของคำตอบที่ได้รับจากกลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 7 ท่าน ตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 ท่าน รวมจำนวนทั้งสิ้น 9 ท่าน

#### 4.1 นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามรอบที่ 1 ในรูปแบบของตารางแสดงความคิดเห็นที่ครอบคลุมประเด็นปัญหาของการวิจัย

จากการเก็บรวบรวมความคิดเห็นของกลุ่มผู้นำชุมชนตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 1 ซึ่งเป็นแบบสอบถามปลายเปิด (Opened End) เพื่อให้ตอบคำถามโดยการแสดงความคิดเห็นอย่างกว้างๆ ให้ครอบคลุมประเด็นปัญหาของการวิจัย โดยแบบสอบถามประกอบข้อความคำถามจำนวน 5 ส่วน ดังนี้

การศึกษาสภาพปัจจุบัน (ระดับบุคคล)

ส่วนที่ 1 : ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 : ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนในปัจจุบัน

การศึกษามุมมองในอนาคต (ระดับกลยุทธ์)

ส่วนที่ 3 : ผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีผลต่อสังคมผู้สูงอายุในอนาคต

ส่วนที่ 4 : วิสัยทัศน์ที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568

ส่วนที่ 5 : รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และนำเสนอผลการเก็บรวบรวมความคิดเห็นดังกล่าว โดยจำแนกออกเป็นประเด็นต่างๆ ดังที่แสดงในตาราง 4.1

ตาราง 4.1 ประเด็นคำตอบที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญ

ผู้เชี่ยวชาญ	ประเด็นคำตอบที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญ
	<b>การศึกษาสภาพปัจจุบัน (ระดับบุคคล)</b>
	<b>ส่วนที่ 1 : ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ</b>
ท่านที่ 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีความสำคัญ คือ ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ สามารถพึ่งพาตนเองได้</li> <li>- ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมดี จะมีชีวิตที่มีความสุข</li> </ul>
ท่านที่ 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีความสำคัญมาก การใช้ชีวิตอย่างมีความสุข สุขภาพแข็งแรง อยู่กับครอบครัวที่อบอุ่น</li> <li>- การทำให้ผู้สูงอายุมีงานทำ มีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมให้กับหมู่บ้าน ทำให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของตนเอง</li> </ul>
ท่านที่ 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีความสำคัญมากที่สุด คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุควรจะมีองค์ประกอบ คือ ครอบครัวที่อบอุ่น ไม่ขัดสนเรื่องเงินทอง อาหารการกินดี และมีส่วนร่วมในชุมชน</li> <li>- เด็ก วัยกลางคน ต้องเข้าใจผู้สูงอายุ ถ้าไม่เข้าใจจะทำให้ผู้สูงอายุเหมือนถูกทอดทิ้ง</li> </ul>
ท่านที่ 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ร่างกายต้องดี สิ่งแวดล้อมที่ดี เคมีต้องไม่รบกวน</li> <li>- มีความสำคัญ ให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ ไม่เป็นภาระลูกหลาน มีรายได้</li> </ul>
ท่านที่ 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีความสำคัญ ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ดีและมีความสุข</li> <li>- คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และความคิดอย่างเพียงพอ</li> </ul>
ท่านที่ 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ครอบครัว ชุมชน มีความเข้าใจ ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ</li> <li>- มีความสำคัญ ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างเหมาะสม มีความสุข ครอบครัวอบอุ่น</li> </ul>

ตาราง 4.1 (ต่อ)

ผู้เชี่ยวชาญ	ประเด็นคำตอบที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญ
ท่านที่ 7	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของตนเอง ในการเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน ไม่ทำให้ดูเป็นคนไร้ค่า</li> <li>- มีความสำคัญ การใช้ชีวิตอย่างมีความสุข สุขภาพแข็งแรง อยู่กับครอบครัวที่อบอุ่นมีรายได้</li> </ul>
ท่านที่ 8	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เป็นการรับรู้การพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิต การใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ</li> <li>- คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ควรมีด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อมหรือด้านสวัสดิการต่างๆ ในสังคมที่ดี</li> </ul>
ท่านที่ 9	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุขและพึงพอใจสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม ช่วยเหลือตนเองได้ตามอัตภาพ ไม่เป็นภาระให้แก่ผู้อื่นและดำรงไว้ซึ่งการมีคุณค่าในตนเอง</li> <li>- คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภาวะความเป็นอยู่ที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม</li> </ul>
<b>การศึกษาสภาพปัจจุบัน (ระดับบุคคล)</b>	
<b>ส่วนที่ 2: ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนในปัจจุบัน</b>	
ท่านที่ 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้สูงอายุในชุมชนมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในชุมชนมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์อยู่ในระดับดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ดี พึ่งพาตนเองได้ และในชุมชนมีกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ</li> </ul>
ท่านที่ 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นครอบครัวที่ดูแลซึ่งกันและกัน มีการตั้งกลุ่มของผู้สูงอายุเพื่อทำกิจกรรมร่วมกัน</li> </ul>
ท่านที่ 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คุณภาพชีวิตส่วนใหญ่ดี เพราะลูกหลานจะไม่ค่อยทิ้งถิ่นฐาน และการดูแลชุมชนก็ไม่ได้ทอดทิ้ง ก็มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง</li> </ul>
ท่านที่ 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้สูงอายุจะอยู่กับครอบครัวตลอด ไม่โดนทอดทิ้ง มีการรวมตัวกันจัดกิจกรรม</li> </ul>
ท่านที่ 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้สูงอายุในชุมชนมีคุณภาพชีวิตในระดับที่ดี เพราะผู้สูงอายุในชุมชนมีสุขภาพร่างกายที่ดี มีกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ส่งเสริมอาชีพและภูมิปัญญาท้องถิ่นสำหรับผู้สูงอายุ</li> </ul>

ตาราง 4.1 (ต่อ)

ผู้เชี่ยวชาญ	ประเด็นคำตอบที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญ
ท่านที่ 6	- ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพราะมีสุขภาพสมบูรณ์ มีกิจกรรม การออกกำลังกาย ส่งเสริมอาชีพ และสนับสนุนภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้สูงอายุ
ท่านที่ 7	- คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม
ท่านที่ 8	- หน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่ได้ให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ ขาดการสนใจ เอาใจใส่อย่างจริงจัง ในสังคมปัจจุบันยังคิดว่าสังคมผู้สูงอายุไม่ใช่ปัญหาใหญ่ที่จะนำมาแก้ไข ถูกละเลยต่อการจัดสวัสดิการด้านต่างๆ อยู่ไม่น้อย
ท่านที่ 9	- คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม
<b>การศึกษามุมมองในอนาคต (ระดับกลยุทธ์)</b>	
<b>ส่วนที่ 3: ผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่มีผลต่อสังคมผู้สูงอายุในอนาคต</b>	
ท่านที่ 1	- การพัฒนาผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตส่งผลต่อสังคมผู้สูงอายุในอนาคต เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ลดการพึ่งพิงครอบครัว และสังคม
ท่านที่ 2	- การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ดีขึ้น จะส่งผลให้สังคมนั้นดีขึ้น ไม่ว่าจะด้านคุณภาพชีวิต การดูแลผู้เจ็บป่วย การเข้าถึงการรักษาพยาบาล
ท่านที่ 3	- ไม่มีผลต่อสังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากมีอาชีพหลัก มีรายได้ มีการออม มีที่ดินของตนเอง
ท่านที่ 4	- การพัฒนาคุณภาพชีวิต จะทำให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองได้ ไม่เป็นภาระต่อชุมชน สังคม รัฐบาล
ท่านที่ 5	- การพัฒนาผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิต ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในอนาคต
ท่านที่ 6	- การพัฒนาผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิต ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุในอนาคต ไม่เป็นภาระของครอบครัวและสังคม
ท่านที่ 7	- การพัฒนาผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จะช่วยลดภาระของภาครัฐ สังคม ครอบครัวในอนาคตได้

ตาราง 4.1 (ต่อ)

ผู้เชี่ยวชาญ	ประเด็นคำตอบที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญ
ท่านที่ 8	- ผู้สูงอายุในชุมชนที่ได้รับการพัฒนาต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในอนาคต จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงในการดำรงชีวิตมากขึ้น
ท่านที่ 9	- ผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิต จะทำให้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งในปัจจุบันมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น จะลดภาระสำหรับภาครัฐได้ระดับหนึ่ง
<b>การศึกษามุมมองในอนาคต (ระดับกลยุทธ์)</b>	
<b>ส่วนที่ 4: วิสัยทัศน์ที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568</b>	
ท่านที่ 1	- ส่งเสริมผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ด้านอารมณ์ งดดื่มสุรา-บุหรี่ ที่ทำให้คุณภาพชีวิตไม่ดี
ท่านที่ 2	- ให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือถ้าดูแลไม่ได้ต้องมีคนดูแลเรื่องภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ได้ โดยไม่ภาระในสังคม
ท่านที่ 3	- ชุมชนพยายามให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุทุกกิจกรรม
ท่านที่ 4	- เลิกใช้เคมี ร่างกายแข็งแรง เน้นการออม บั้นปลายชีวิตก็จะมั่นคง ช่วยกันปลูกต้นไม้ อากาศดี มีเงินออมแบบต้นไม้ ใช้หลักการขององค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว
ท่านที่ 5	- ส่งเสริมการเรียนรู้ อาชีพ พัฒนาผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งพาตนเองได้
ท่านที่ 6	- พัฒนาความจำเป็นพื้นฐานสำหรับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่น ด้านอาหาร ที่พักอาศัย สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม การมีส่วนร่วม
ท่านที่ 7	- มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งตนเองและเตรียมความพร้อม พัฒนา ให้ความรู้ประชากรในหมู่บ้านเพื่อเป็นรากฐานให้ก่อนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอนาคต
ท่านที่ 8	- มุ่งเน้นทางด้านการบริการ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน-รักษาโรค การจัดสวัสดิการต่างๆ ให้ผู้สูงอายุมากขึ้นและเท่าเทียมกัน
ท่านที่ 9	- มุ่งเน้นการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งตนเองได้นานที่สุด และความพร้อมของประชากรวัยเด็กและวัยทำงานที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคต

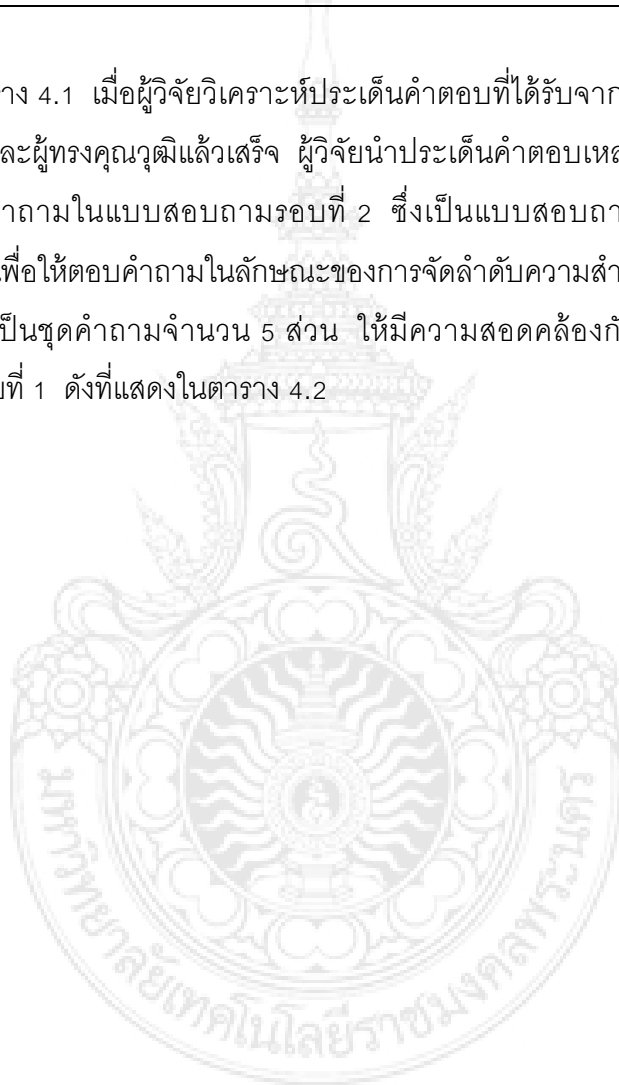
ตาราง 4.1 (ต่อ)

ผู้เชี่ยวชาญ	ประเด็นคำตอบที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญ
	<b>การศึกษามุมมองในอนาคต (ระดับกลยุทธ์)</b>
	<b>ส่วนที่ 5: รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568</b>
ท่านที่ 1	- เริ่มจากด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้แข็งแรง สามารถดูแลตนเองได้ ไม่พึ่งผู้อื่น หรือพึ่งน้อยที่สุด สามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง อยู่ในสังคมได้
ท่านที่ 2	- ให้ความรู้และเตรียมตัวตั้งแต่วัยเด็ก เช่น การตรวจสุขภาพ เรื่องอาหารการออกกำลังกาย ส่งเสริมเพื่อเป็นรากฐานให้ก่อนเข้าสังคมผู้สูงอายุ
ท่านที่ 3	- กลุ่มผู้สูงอายุสามารถแลกเปลี่ยนองค์ความรู้มาพัฒนา สร้างรายได้ สร้างกิจกรรม ทำให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพที่จะพึ่งพาตนเองได้อย่างเต็มภาคภูมิ โดยไม่ต้องพึ่งพาครอบครัวแต่เพียงอย่างเดียว
ท่านที่ 4	- แนวโน้มคุณภาพชีวิต มีการออม การออกกำลังกาย เลิกใช้เคมี ตั้งแต่เด็ก โดยมีผู้ใหญ่เป็นแบบอย่าง จะทำให้สังคมผู้สูงอายุอยู่ดี กินดี พึ่งพาตนเองได้ ไม่เป็นภาระหรือปัญหาสังคม
ท่านที่ 5	- แนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการศึกษา ด้านอาชีพ ด้านนันทนาการ ที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ
ท่านที่ 6	- แนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ ให้คำแนะนำต่อผู้สูงอายุและครอบครัวในการปรับตัว ในการดำรงชีวิตและช่วยดูแลผู้สูงอายุในอนาคต
ท่านที่ 7	- แนวโน้มคุณภาพชีวิต มีการให้ความรู้เรื่องเงินออมหลังเกษียณ การเลิกใช้เคมี การออกกำลังกาย การทำกิจกรรม ให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพ ไม่เป็นภาระหรือปัญหาสังคม
ท่านที่ 8	- มีการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การพัฒนาทางด้านสวัสดิการต่างๆ ของผู้สูงอายุ - มีหน่วยงาน บุคลากร ลงพื้นที่สำรวจและให้ข้อมูล คำแนะนำต่อผู้สูงอายุในการปรับตัว สภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต

ตาราง 4.1 (ต่อ)

ผู้เชี่ยวชาญ	ประเด็นคำตอบที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญ
ท่านที่ 9	- แนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล รายได้ ความมั่นคงทางสังคมและครอบครัว ด้านนันทนาการ ที่พักอาศัย และด้านการสร้างเครือข่ายบริการสังคมและเครือข่ายเกื้อหนุนของผู้สูงอายุ

จากตาราง 4.1 เมื่อผู้วิจัยวิเคราะห์ประเด็นคำตอบที่ได้รับจากกลุ่มผู้นำชุมชน ตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิแล้วเสร็จ ผู้วิจัยนำประเด็นคำตอบเหล่านั้นมาทำการสังเคราะห์เพื่อสร้างกรอบคำถามในแบบสอบถามรอบที่ 2 ซึ่งเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) เพื่อให้ตอบคำถามในลักษณะของการจัดลำดับความสำคัญในข้อคำถามแต่ละข้อ โดยจำแนกออกเป็นชุดคำถามจำนวน 5 ส่วน ให้มีความสอดคล้องกับข้อคำถามปลายเปิดในแบบสอบถามรอบที่ 1 ดังที่แสดงในตาราง 4.2





ตาราง 4.2 การสังเคราะห์คำตอบจากผู้เชี่ยวชาญ

สังเคราะห์คำตอบจากผู้เชี่ยวชาญ	กรอบคำถามในแบบสอบถามรอบที่ 2
<p><b>ศึกษาสภาพปัจจุบัน (ระดับบุคคล)</b></p> <p><u>ส่วนที่ 1:</u> ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมดี จะมีชีวิตที่มีความสุข</li> <li>- คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ร่างกายต้องดี สิ่งแวดล้อมที่ดี เคมีต้องไม่รบกวน</li> <li>- คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ควรมีด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อมหรือด้านสวัสดิการต่างๆ ในสังคมที่ดี</li> <li>- คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภาวะความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม</li> <li>- คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และความคิดอย่างเพียงพอ</li> <li>- มีความสำคัญ คือ ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ สามารถพึ่งพาตนเองได้</li> <li>- เป็นการรับรู้การพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิต การใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ</li> <li>- มีความสำคัญ ให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ ไม่เป็นภาระลูกหลาน มีรายได้</li> <li>- การช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุขและพึงพอใจสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม ช่วยเหลือตนเองได้ตามอัตภาพ ไม่เป็นภาระให้แก่ผู้อื่นและดำรงไว้ซึ่งการมีคุณค่าในตนเอง</li> </ul>	<p><b>ศึกษาสภาพปัจจุบัน (ระดับบุคคล)</b></p> <p><u>ส่วนที่ 1:</u> ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ การมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ดี</li> <li>2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยการพึ่งพาตนเอง</li> </ol>

ตาราง 4.2 (ต่อ)

สังเคราะห์คำตอบจากผู้เชี่ยวชาญ	กรอบคำถามในแบบสอบถามรอบที่ 2
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การทำให้ผู้สูงอายุมีงานทำ มีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมให้กับหมู่บ้าน ทำให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของตนเอง</li> <li>- ทำให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของตนเอง ในการเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน ไม่ทำให้ดูเป็นคนไร้ค่า</li> <li>- มีความสำคัญมาก การใช้ชีวิตอย่างมีความสุข สุขภาพแข็งแรง อยู่กับครอบครัวที่อบอุ่น</li> <li>- มีความสำคัญมากที่สุด คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุควรจะมีองค์ประกอบ คือ ครอบครัวที่อบอุ่น ไม่ขัดสนเรื่องเงินทอง อาหารการกินดี และมีส่วนร่วมในชุมชน</li> <li>- มีความสำคัญ ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ดีและมีความสุข</li> <li>- มีความสำคัญ ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างเหมาะสม มีความสุข ครอบครัวอบอุ่น</li> <li>- มีความสำคัญ การใช้ชีวิตอย่างมีความสุข สุขภาพแข็งแรง อยู่กับครอบครัวที่อบอุ่นมีรายได้</li> <li>- เด็ก วัยกลางคน ต้องเข้าใจผู้สูงอายุ ถ้าไม่เข้าใจจะทำให้ผู้สูงอายุเหมือนถูกทอดทิ้ง</li> <li>- ครอบครัว ชุมชน มีความเข้าใจ ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ</li> </ul>	<p>3. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมการรวมกลุ่ม จัดกิจกรรมในชุมชน</p> <p>4. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กับการมีครอบครัวที่อบอุ่น</p> <p>5. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เด็ก วัยกลางคน ควรต้องมีความเข้าใจในผู้สูงอายุ</p>

ตาราง 4.2 (ต่อ)

สังเคราะห์คำตอบจากผู้เชี่ยวชาญ	กรอบคำถามในแบบสอบถามรอบที่ 2
<p><b>ศึกษาสภาพปัจจุบัน (ระดับบุคคล)</b></p> <p><u>ส่วนที่ 2</u>: ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนในปัจจุบัน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้สูงอายุในชุมชนมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในชุมชนมีสุขภาพร่างกายจิตใจ อารมณ์อยู่ในระดับดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ดี พึ่งพาตนเองได้ และในชุมชนมีกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ</li> <li>- คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม</li> <li>- ผู้สูงอายุในชุมชนมีคุณภาพชีวิตในระดับที่ดี เพราะผู้สูงอายุในชุมชนมีสุขภาพร่างกายที่ดี มีกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ส่งเสริมอาชีพและภูมิปัญญาท้องถิ่นสำหรับผู้สูงอายุ</li> <li>- คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม</li> <li>- ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพราะมีสุขภาพสมบูรณ์ มีกิจกรรม การออกกำลังกาย ส่งเสริมอาชีพ และสนับสนุนภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้สูงอายุ</li> <li>- ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นครอบครัวที่ดูแลซึ่งกันและกัน มีการตั้งกลุ่มของผู้สูงอายุเพื่อทำกิจกรรมร่วมกัน</li> <li>- คุณภาพชีวิตส่วนใหญ่ดี เพราะลูกหลานจะไม่ค่อยทิ้งถิ่นฐาน และการดูแลชุมชนก็ได้ทอดทิ้ง ก็มี การดูแลอย่างต่อเนื่อง</li> </ul>	<p><b>ศึกษาสภาพปัจจุบัน (ระดับบุคคล)</b></p> <p><u>ส่วนที่ 2</u>: ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนในปัจจุบัน</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ปัจจุบัน คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนมีพื้นฐานที่แตกต่างกัน</li> <li>2. ปัจจุบัน ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวที่ดูแลซึ่งกันและกัน</li> </ol>

ตาราง 4.2 (ต่อ)

สังเคราะห์คำตอบจากผู้เชี่ยวชาญ	กรอบคำถามในแบบสอบถามรอบที่ 2
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้สูงอายุจะอยู่กับครอบครัวตลอด ไม่โดนทอดทิ้ง มีการรวมตัวกันจัดกิจกรรม</li> <li>- หน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่ได้ให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ ขาดการสนใจ เอาใจใส่อย่างจริงจัง ในสังคมปัจจุบันยังคิดว่าสังคมผู้สูงอายุไม่ใช่ปัญหาใหญ่ที่จะนำมาแก้ไข ถูกละเลยต่อการจัดสวัสดิการด้านต่างๆ อยู่ไม่น้อย</li> </ul>	<p>3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในปัจจุบันส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกัน</p>
<p><b>การศึกษามุมมองในอนาคต (ระดับกลยุทธ์)</b></p>	<p><b>การศึกษามุมมองในอนาคต(ระดับกลยุทธ์)</b></p>
<p><u>ส่วนที่ 3:</u> ผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่มีผลต่อสังคมผู้สูงอายุในอนาคต</p>	<p><u>ส่วนที่ 3:</u> ผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่มีผลต่อสังคมผู้สูงอายุในอนาคต</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพัฒนาผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตส่งผลต่อสังคมผู้สูงอายุในอนาคต เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ลดการพึ่งพาครอบครัว และสังคม</li> <li>- การพัฒนาคุณภาพชีวิต จะทำให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองได้ ไม่เป็นภาระต่อชุมชน สังคม รัฐบาล</li> <li>- ผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิต จะทำให้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งในปัจจุบันมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น จะลดภาระสำหรับภาครัฐได้ระดับหนึ่ง</li> <li>- การพัฒนาผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิต ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุในอนาคต ไม่เป็นภาระของครอบครัวและสังคม</li> <li>- การพัฒนาผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิต ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุในอนาคต ไม่เป็นภาระของครอบครัวและสังคม</li> </ul>	<p>1. การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุลดการพึ่งพาครอบครัวและสังคม</p>

ตาราง 4.2 (ต่อ)

สังเคราะห์คำตอบจากผู้เชี่ยวชาญ	กรอบคำถามในแบบสอบถามรอบที่ 2
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ดีขึ้น จะส่งผลให้สังคมนั้นดีขึ้น ไม่ว่าจะด้านคุณภาพชีวิต การดูแลผู้เจ็บป่วย การเข้าถึงการรักษาพยาบาล</li> <li>- ไม่มีผลต่อสังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากมีอาชีพหลัก มีรายได้ มีการออม มีที่ดินของตนเอง</li> <li>- ผู้สูงอายุในชุมชนที่ได้รับการพัฒนาต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในอนาคต จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงในการดำรงชีวิตมากขึ้น</li> <li>- การพัฒนาผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิต ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในอนาคต</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ดี</li> <li>3. การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุ มีการออมไว้ใช้ยามเกษียณ</li> <li>4. การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุ มีความมั่นคงในการดำรงชีวิต</li> </ol>
<p><b>การศึกษามุมมองในอนาคต (ระดับกลยุทธ์)</b></p> <p><u>ส่วนที่ 4 :</u> วิสัยทัศน์ที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่งเสริมผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ด้านอารมณ์ งดดื่มสุรา-บุหรี่ ที่ทำให้คุณภาพชีวิตไม่ดี</li> <li>- ให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือถ้าดูแลไม่ได้ต้องมีคนดูแลเรื่องภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ได้ โดยไม่ภาระในสังคม</li> <li>- ส่งเสริมการเรียนรู้ อาชีพ พัฒนาผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งพาตนเองได้</li> <li>- ชุมชนพยายามให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุทุกกิจกรรม</li> </ul>	<p><b>การศึกษามุมมองในอนาคต(ระดับกลยุทธ์)</b></p> <p><u>ส่วนที่ 4 :</u> วิสัยทัศน์ที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญต่อการออกกำลังกาย</li> <li>2. ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญเรื่องภาวะสุขภาพ</li> <li>3. ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่างๆ</li> </ol>

ตาราง 4.2 (ต่อ)

สังเคราะห์คำตอบจากผู้เชี่ยวชาญ	กรอบคำถามในแบบสอบถามรอบที่ 2
<ul style="list-style-type: none"> <li>- เลิกใช้เคมี ร่างกายแข็งแรง เน้นการออม บั้นปลายชีวิตก็จะมั่นคง ช่วยกันปลูกต้นไม้ อากาศดี มีเงินออมแบบต้นไม้ ใช้หลักการขององค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว</li> <li>- พัฒนาความจำเป็นพื้นฐานสำหรับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่น ด้านอาหาร ที่พักอาศัย สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม การมีส่วนร่วม</li> <li>- มุ่งเน้นทางด้านการบริการ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน-รักษาโรค การจัดสวัสดิการต่างๆ ให้ผู้สูงอายุมากขึ้นและเท่าเทียมกัน</li> <li>- มุ่งเน้นการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งตนเองได้นานที่สุด และความพร้อมของประชากรวัยเด็กและวัยทำงานที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคต</li> <li>- มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งตนเอง และเตรียมความพร้อม พัฒนา ให้ความรู้ประชากรในหมู่บ้านเพื่อเป็นรากฐานให้ก่อนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอนาคต</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุในการเลิกใช้สารเคมี โดยใช้หลักขององค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว</li> <li>5. ผู้นำชุมชนส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>6. ผู้นำชุมชนส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจในความพร้อมของประชากรวัยเด็กและวัยทำงานที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคต</li> </ol>
<p><b>การศึกษามุมมองในอนาคต (ระดับกลยุทธ์)</b></p>	<p><b>การศึกษามุมมองในอนาคต(ระดับกลยุทธ์)</b></p>
<p><u>ส่วนที่ 5 :</u> รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568</p>	<p><u>ส่วนที่ 5 :</u> รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2568</p>

ตาราง 4.2 (ต่อ)

สังเคราะห์คำตอบจากผู้เชี่ยวชาญ	กรอบคำถามในแบบสอบถามรอบที่ 2
<ul style="list-style-type: none"> <li>- เริ่มจากด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้แข็งแรง สามารถดูแลตนเองได้ ไม่พึ่งผู้อื่น หรือพึ่งน้อยที่สุด สามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง อยู่ในสังคมได้</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุมีองค์ความรู้ที่เหมาะสม</li> </ol>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- แนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ ให้คำแนะนำต่อผู้สูงอายุ และครอบครัวในการปรับตัว ในการดำรงชีวิตและช่วยเหลือผู้สูงอายุในอนาคต</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้ความรู้และเตรียมตัวตั้งแต่วัยเด็ก เช่น การตรวจสุขภาพ เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย ส่งเสริมเพื่อเป็นรากฐานให้ก่อนเข้าสังคมผู้สูงอายุ</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจเตรียมความพร้อมตั้งแต่วัยเด็ก</li> </ol>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลุ่มผู้สูงอายุสามารถแลกเปลี่ยนองค์ความรู้มาพัฒนา สร้างรายได้ สร้างกิจกรรม ทำให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพที่จะพึ่งพาตนเองได้อย่างเต็มภาคภูมิ โดยไม่ต้องพึ่งพาครอบครัวแต่เพียงอย่างเดียว</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจ ให้ผู้สูงอายุมีองค์ความรู้แลกเปลี่ยน เพื่อการเรียนรู้และพัฒนาให้ดีขึ้น</li> </ol>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การพัฒนาทางด้านสวัสดิการต่างๆ ของผู้สูงอายุ</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจ ให้ผู้สูงอายุด้านสวัสดิการต่างๆ</li> </ol>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีหน่วยงาน บุคลากร ลงพื้นที่สำรวจและให้ข้อมูล คำแนะนำต่อผู้สูงอายุในการปรับตัว สภาพแวดล้อม ในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุ มีหน่วยงาน ให้ข้อมูล คำแนะนำต่อผู้สูงอายุ</li> </ol>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- แนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ ให้คำแนะนำต่อผู้สูงอายุ และครอบครัวในการปรับตัว ในการดำรงชีวิตและช่วยเหลือผู้สูงอายุในอนาคต</li> </ul>	

ตาราง 4.2 (ต่อ)

สังเคราะห์คำตอบจากผู้เชี่ยวชาญ	กรอบคำถามในแบบสอบถามรอบที่ 2
<ul style="list-style-type: none"> <li>- แนวโน้มคุณภาพชีวิต มีการออม การออกกำลังกาย เลิกใช้เคมี ตั้งแต่เด็ก โดยมีผู้ใหญ่เป็นแบบอย่าง จะทำให้สังคมผู้สูงอายุอยู่ดี กินดี พึ่งพาตนเองได้ ไม่เป็นภาระหรือปัญหาสังคม</li> <li>- แนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล รายได้ ความมั่นคงทางสังคมและครอบครัว ด้านนันทนาการที่พักอาศัย และด้านการสร้างเครือข่ายบริการสังคมและเครือข่ายเกื้อหนุนของผู้สูงอายุ</li> <li>- แนวโน้มคุณภาพชีวิต มีการให้ความรู้เรื่องเงินออมหลังเกษียณ การเลิกใช้เคมี การออกกำลังกาย การทำกิจกรรม ให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพ ไม่เป็นภาระหรือปัญหาสังคม</li> </ul>	6. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจ ให้ผู้สูงอายุ มีการออม เพื่อชีวิตหลังเกษียณ

#### 4.2 นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ในรูปแบบของตารางแสดงค่าเฉลี่ย (Mean)

จากการเก็บรวบรวมความคิดเห็นของกลุ่มผู้นำชุมชน ตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ซึ่งเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) เพื่อให้ตอบคำถามในลักษณะของการจัดลำดับความสำคัญในข้อคำถามแต่ละข้อ โดยประกอบชุดคำถามจำนวน 5 ส่วน ที่มีความสอดคล้องกับข้อคำถามปลายเปิดในแบบสอบถามรอบที่ 1 นั้น ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

##### ส่วนที่ 1 : ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งเป็นการศึกษาสภาพปัจจุบัน (ระดับบุคคล) ดังที่แสดงในตารางที่ 4.3 พบว่า กลุ่มผู้นำชุมชน ตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ มีความคิดเห็นโดยเฉลี่ยซึ่งสามารถจัดลำดับความสำคัญได้ดังนี้



ด้านที่มีความสำคัญมากที่สุดเป็นลำดับแรก ได้แก่ ด้านที่ 1) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ การมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ดีและด้านที่ 2) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยการพึ่งพาตนเองโดยมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากันทั้ง 2 ด้าน (Mean = 5.00)

ด้านที่มีความสำคัญเป็นลำดับที่ 3 ได้แก่ ด้านที่ 4) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กับการมีครอบครัวที่อบอุ่นโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ (Mean = 4.89)

ด้านที่มีความสำคัญเป็นลำดับที่ 4 ได้แก่ ด้านที่ 5) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เด็กวัยกลางคน ควรต้องมีความเข้าใจในผู้สูงอายุโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ (Mean = 4.78)

ด้านที่มีความสำคัญเป็นลำดับที่ 5 ได้แก่ ด้านที่ 3) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมการรวมกลุ่ม จัดกิจกรรมในชุมชนโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ (Mean = 4.67)

ตาราง 4.3 ค่าเฉลี่ย (Mean) : ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ลำดับความสำคัญ
<u>การศึกษาสภาพปัจจุบัน (ระดับบุคคล)</u>		
1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ การมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ดี	5.00	1
2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยการพึ่งพาตนเอง	5.00	1
3. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมการรวมกลุ่มจัดกิจกรรมในชุมชน	4.67	5
4. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กับการมีครอบครัวที่อบอุ่น	4.89	3
5. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เด็ก วัยกลางคน ควรต้องมีความเข้าใจในผู้สูงอายุ	4.78	4

ทั้งนี้ สามารถกล่าวโดยสรุปได้ว่า ในแง่ของความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนั้น สิ่งที่กลุ่มผู้นำชุมชน ตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิให้ความสำคัญมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ การมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์

สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ดี (Mean = 5.00) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยการพึ่งพาตนเอง (Mean = 5.00) และการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กับการมีครอบครัวที่อบอุ่น (Mean = 4.89)

#### ส่วนที่ 2 : ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนในปัจจุบัน

ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนในปัจจุบันซึ่งเป็นการศึกษาสภาพปัจจุบัน (ระดับบุคคล) ดังที่แสดงในตารางที่ 4.4 พบว่า กลุ่มผู้นำชุมชน ตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ มีความคิดเห็นโดยเฉลี่ยซึ่งสามารถจัดลำดับความสำคัญได้ดังนี้

ด้านที่มีความสำคัญมากที่สุดเป็นลำดับแรก ได้แก่ ด้านที่ 2) ปัจจุบัน ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวที่ดูแลซึ่งกันและกันโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ (Mean = 4.89)

ด้านที่มีความสำคัญเป็นลำดับที่ 2 ได้แก่ ด้านที่ 3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในปัจจุบันส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกันโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ (Mean = 4.56)

ด้านที่มีความสำคัญเป็นลำดับที่ 3 ได้แก่ ด้านที่ 1) ปัจจุบัน คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนมีพื้นฐานที่แตกต่างกันโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ (Mean = 3.56)

ตาราง 4.4 ค่าเฉลี่ย (Mean) : ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนในปัจจุบัน

ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนในปัจจุบัน	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ลำดับความสำคัญ
<u>การศึกษาสภาพปัจจุบัน (ระดับบุคคล)</u>		
1. ปัจจุบัน คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนมีพื้นฐานที่แตกต่างกัน	3.56	3
2. ปัจจุบัน ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวที่ดูแลซึ่งกันและกัน	4.89	1
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในปัจจุบันส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกัน	4.56	2

ทั้งนี้ สามารถกล่าวโดยสรุปได้ว่า ในแง่ของระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนในปัจจุบัน นั้น สิ่งที่ถูกผู้นำชุมชน ตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิให้ความสำคัญมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ปัจจุบัน ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวที่ดูแลซึ่งกันและกัน (Mean = 4.89)หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในปัจจุบันส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน

ร่วมกัน (Mean = 4.56) และปัจจุบัน คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนมีพื้นฐานที่แตกต่างกัน (Mean = 3.56)

การศึกษามุมมองในอนาคต (ระดับกลยุทธ์)

**ส่วนที่ 3 :** ผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่มีผลต่อสังคมผู้สูงอายุในอนาคต

ผลการวิเคราะห์ผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่มีผลต่อสังคมผู้สูงอายุในอนาคตซึ่งเป็นการศึกษามุมมองในอนาคต (ระดับกลยุทธ์) ดังที่แสดงในตารางที่ 4.5 พบว่า กลุ่มผู้นำชุมชน ตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ มีความคิดเห็นโดยเฉลี่ยซึ่งสามารถจัดลำดับความสำคัญได้ดังนี้

ด้านที่มีความสำคัญมากที่สุดเป็นลำดับแรก ได้แก่ ด้านที่ 2) การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ดีโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ (Mean = 4.89)

ด้านที่มีความสำคัญเป็นลำดับที่ 2 ได้แก่ ด้านที่ 3) การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุ มีการออมไว้ใช้จ่ายเกษียณโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ (Mean = 4.78)

ด้านที่มีความสำคัญเป็นลำดับที่ 3 ได้แก่ ด้านที่ 4) การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุ มีความมั่นคงในการดำรงชีวิตโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ (Mean = 4.67)

ตาราง 4.5 ค่าเฉลี่ย (Mean) : ผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่มีผลต่อสังคมผู้สูงอายุในอนาคต

ผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่มีผลต่อสังคมผู้สูงอายุในอนาคต	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ลำดับ ความสำคัญ
การศึกษามุมมองในอนาคต (ระดับกลยุทธ์)		
1. การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุลดการพึ่งพาครอบครัวและสังคม	4.56	4
2. การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ดี	4.89	1
3. การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุ มีการออมไว้ใช้จ่ายเกษียณ	4.78	2
4. การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงในการดำรงชีวิต	4.67	3

ทั้งนี้ สามารถกล่าวโดยสรุปได้ว่า ในแง่ของผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่มีผลต่อสังคมผู้สูงอายุในอนาคต สิ่งทีกลุ่มผู้นำชุมชน ตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิให้ความสำคัญมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ดี (Mean = 4.89) การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุ มีการออมไว้ใช้จ่ายเกษียณ (Mean = 4.78) และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงในการดำรงชีวิต (Mean = 4.67)

ส่วนที่ 4 : วิสัยทัศน์ที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568

ผลการวิเคราะห์วิสัยทัศน์ที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568ซึ่งเป็นการศึกษามุมมองในอนาคต (ระดับกลยุทธ์) ดังที่แสดงในตารางที่ 4.6 พบว่า กลุ่มผู้นำชุมชน ตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ มีความคิดเห็นโดยเฉลี่ยซึ่งสามารถจัดลำดับความสำคัญได้ดังนี้

ด้านที่มีความสำคัญมากที่สุดเป็นลำดับแรก ได้แก่ ด้านที่ 4) ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุในการเลิกใช้สารเคมี โดยใช้หลักขององค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ด้านโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ (Mean = 4.89)

ด้านที่มีความสำคัญเป็นลำดับที่ 2 ได้แก่ ด้านที่ 2) ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญเรื่องภาวะสุขภาพและด้านที่ 5) ผู้นำชุมชนส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากันทั้ง 2 ด้าน (Mean = 4.78)

ด้านที่มีความสำคัญเป็นลำดับที่ 4 ได้แก่ ด้านที่ 6) ผู้นำชุมชนส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจในความพร้อมของประชากรวัยเด็กและวัยทำงานที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคต โดยมีค่าเฉลี่ยกับ (Mean = 4.56)

ด้านที่มีความสำคัญเป็นลำดับที่ 5 ได้แก่ ด้านที่ 3) ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่างๆโดยมีค่าเฉลี่ยกับ (Mean = 4.44)

ด้านที่มีความสำคัญเป็นลำดับที่ 6 ได้แก่ ด้านที่ 1) ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญต่อการออกกำลังกายโดยมีค่าเฉลี่ยกับ (Mean = 4.33)

ตาราง 4.6 ค่าเฉลี่ย (Mean) : วิสัยทัศน์ที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต  
เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568

วิสัยทัศน์ที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2568	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ลำดับความสำคัญ
<u>การศึกษามุมมองในอนาคต (ระดับกลยุทธ์)</u>		
1. ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญต่อการออกกำลังกาย	4.33	6
2. ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญเรื่องภาวะสุขภาพ	4.78	2
3. ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่างๆ	4.44	5
4. ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุในการเลิกใช้สารเคมี โดยใช้หลักขององค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว	4.89	1
5. ผู้นำชุมชนส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพ	4.78	2
6. ผู้นำชุมชนส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจในความพร้อมของประชากรวัยเด็กและวัยทำงานที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคต	4.56	4

ทั้งนี้ สามารถกล่าวโดยสรุปได้ว่า ในแง่ของวิสัยทัศน์ที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568 สิ่งที่ถูกกลุ่มผู้นำชุมชน ตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิให้ความสำคัญมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุในการเลิกใช้สารเคมี โดยใช้หลักขององค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว (Mean = 4.89) ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญเรื่องภาวะสุขภาพ (Mean = 4.78) และผู้นำชุมชนส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพ (Mean = 4.78)

ส่วนที่ 5 : รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568

ผลการวิเคราะห์รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568ซึ่งเป็นการศึกษามุมมองในอนาคต (ระดับกลยุทธ์) ดังที่แสดงในตารางที่ 4.7 พบว่า กลุ่มผู้นำชุมชน ตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ มีความคิดเห็นโดยเฉลี่ยซึ่งสามารถจัดลำดับความสำคัญได้ดังนี้

ด้านที่มีความสำคัญมากที่สุดเป็นลำดับแรก ได้แก่ ด้านที่ 4) ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุด้านสวัสดิการต่างๆและด้านที่ 6) ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุ มีการออมเพื่อชีวิตหลังเกษียณโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากันทั้ง 2 ด้าน(Mean = 4.78)

ด้านที่มีความสำคัญเป็นลำดับที่ 3 ได้แก่5) ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุ มีหน่วยงาน ให้ข้อมูล คำแนะนำต่อผู้สูงอายุ โดยมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ (Mean = 4.67)

ด้านที่มีความสำคัญเป็นลำดับที่ 4 ได้แก่ด้านที่ 1) ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุมองค้ความรู้อที่เหมาะสมและด้านที่ 3) ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุมองค้ความรู้แลกเปลี่ยน เพื่อการเรียนรู้และพัฒนาให้ดีขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากันทั้ง 2 ด้าน (Mean = 4.56)

ด้านที่มีความสำคัญเป็นลำดับที่ 6ได้แก่ด้านที่ 2) ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจเตรียมความพร้อมตั้งแต่วัยเด็กโดยมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ (Mean = 4.44)

ตาราง 4.7 ค่าเฉลี่ย (Mean) : รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ลำดับความสำคัญ
<u>การศึกษามุมมองในอนาคต (ระดับกลยุทธ์)</u>		
1. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุมองค้ความรู้อที่เหมาะสม	4.56	4
2. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจเตรียมความพร้อมตั้งแต่วัยเด็ก	4.44	6
3. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุมองค้ความรู้อ แลกเปลี่ยน เพื่อการเรียนรู้และพัฒนาให้ดีขึ้น	4.56	4
4. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุด้านสวัสดิการต่างๆ	4.78	1
5. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุ มีหน่วยงาน ให้ข้อมูล คำแนะนำต่อผู้สูงอายุ	4.67	3
6. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุ มีการออม เพื่อชีวิตหลังเกษียณ	4.78	1

ทั้งนี้ สามารถกล่าวโดยสรุปได้ว่า ในแง่ของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568 นั้น สิ่งที่กลุ่มผู้นำชุมชน ตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิให้ความสำคัญมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุด้านสวัสดิการต่างๆ (Mean = 4.78) ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุ มีการออม เพื่อชีวิตหลังเกษียณ (Mean = 4.78) และส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุ มีหน่วยงาน ให้ข้อมูล คำแนะนำต่อผู้สูงอายุ (Mean = 4.67)

#### 4.3 นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ในรูปแบบของตารางแสดงค่ามัธยฐาน(Median) ค่าฐานนิยม (Mode) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range : IR) ค่าสัมบูรณ์ของผลต่างระหว่างฐานนิยมและมัธยฐาน (Mode-Median) ระดับความเป็นไปได้และความสอดคล้อง

จากการเก็บรวบรวมความคิดเห็นของกลุ่มผู้นำชุมชนตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมด้วยการคำนวณหาค่ามัธยฐาน (Median) ค่าฐานนิยม (Mode) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range : IR) ค่าสัมบูรณ์ของผลต่างระหว่างฐานนิยมและมัธยฐาน (Mode-Median) เพื่อพิจารณาระดับความเป็นไปได้และความสอดคล้อง โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

##### ส่วนที่ 1 : ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากตาราง 4.8 ในการพิจารณาระดับความเป็นไปได้และความสอดคล้องของข้อมูลในแง่ของความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ระดับความเป็นไปได้ของข้อมูลอยู่ในระดับมากที่สุด 5 ด้าน (มีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 4.50-5.00) และทุกด้านมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.50 รวมทั้งมีค่าสัมบูรณ์ของผลต่างระหว่างฐานนิยมและมัธยฐานไม่เกิน 1 ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าข้อมูลมีความสอดคล้องเป็นนัยสำคัญ

กล่าวคือ กลุ่มผู้นำชุมชนตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ มีความคิดเห็นสอดคล้องเป็นนัยสำคัญว่า 1) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ การมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ดี 2) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยการพึ่งพาตนเอง 3) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมการรวมกลุ่มจัดกิจกรรมในชุมชน 4) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กับการมีครอบครัวที่อบอุ่นและ 5) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เด็ก วัยกลางคน ควรต้องมีความเข้าใจในผู้สูงอายุในระดับมากที่สุดทั้ง 5 ด้าน



ตาราง 4.8 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) : ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ข้อ	ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ฐานนิยม (Mode)	มัธยฐาน (Median)	ผลต่างระหว่างฐาน นิยมและมัธยฐาน	ค่าพิสัยระหว่าง ควอไทล์	ระดับ ความเป็นไปได้	ความ สอดคล้อง ของข้อมูล
1	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ การมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ดี	5.00	5.00	0.00	0.50	มากที่สุด	สอดคล้อง
2	การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิตอยู่ใน สังคมได้ โดยการพึ่งพาตนเอง	5.00	5.00	0.00	0.50	มากที่สุด	สอดคล้อง
3	การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมการรวมกลุ่ม จัด กิจกรรมในชุมชน	4.83	4.75	0.08	0.75	มากที่สุด	สอดคล้อง
4	การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กับการมีครอบครัวที่อบอุ่น	4.97	4.94	0.03	0.56	มากที่สุด	สอดคล้อง
5	การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เด็ก วัยกลางคน ควรต้องมีความ เข้าใจในผู้สูงอายุ	4.92	4.86	0.06	0.64	มากที่สุด	สอดคล้อง

### ส่วนที่ 2 : ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนในปัจจุบัน

จากตาราง 4.9 ในการพิจารณาระดับความเป็นไปได้และความสอดคล้องของข้อมูลใน  
แง่ของระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนในปัจจุบัน พบว่า ระดับความเป็นไปได้ของข้อมูลอยู่  
ในระดับมากที่สุด 2 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 2 และด้านที่ 3 (มีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 4.50-5.00) และ  
ระดับมาก 1 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 (มีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 3.50-4.49) ทุกด้านมีค่าพิสัยระหว่างคว  
วอไทล์ไม่เกิน 1.50 รวมทั้งมีค่าสัมบูรณ์ของผลต่างระหว่างฐานนิยมและมัธยฐานไม่เกิน 1 ซึ่ง  
สามารถสรุปได้ว่าข้อมูลมีความสอดคล้องเป็นอันดับหนึ่ง

กล่าวคือ กลุ่มผู้นำชุมชนตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ มีความคิดเห็น  
สอดคล้องเป็นอันดับหนึ่งว่า ปัจจุบัน ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวที่ดูแลซึ่งกันและกัน และหน่วยงานที่  
เกี่ยวข้องในปัจจุบันส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน  
ร่วมกัน ในระดับมากที่สุด

นอกจากนี้ กลุ่มผู้นำชุมชนตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ มีความคิดเห็น  
สอดคล้องเป็นอันดับหนึ่งว่า ปัจจุบัน คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนมีพื้นฐานที่แตกต่างกัน ในระดับ  
มาก

ตาราง 4.9 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) : ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนในปัจจุบัน

ข้อ	ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนในปัจจุบัน	ฐานนิยม (Mode)	มัธยฐาน (Median)	ผลต่างระหว่างฐานนิยมและมัธยฐาน	ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์	ระดับความเป็นไปได้	ความสอดคล้องของข้อมูล
1	ปัจจุบัน คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนมีพื้นฐานที่แตกต่างกัน	3.67	3.60	0.07	0.90	มาก	สอดคล้อง
2	ปัจจุบัน ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวที่ดูแลซึ่งกันและกัน	4.97	4.94	0.03	0.56	มากที่สุด	สอดคล้อง
3	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในปัจจุบันส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกัน	4.92	4.86	0.06	0.64	มากที่สุด	สอดคล้อง

### ส่วนที่ 3 : ผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่มีผลต่อสังคมผู้สูงอายุในอนาคต

จากตาราง 4.10 ในการพิจารณาระดับความเป็นไปได้และความสอดคล้องของข้อมูลในแง่ผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่มีผลต่อสังคมผู้สูงอายุในอนาคต พบว่า ระดับความเป็นไปได้ของข้อมูลอยู่ในระดับมากที่สุด 4 ด้าน (มีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 4.50-5.00) และทุกด้านมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.50 รวมทั้งมีค่าสัมบูรณ์ของผลต่างระหว่างฐานนิยมและมัธยฐานไม่เกิน 1 ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าข้อมูลมีความสอดคล้องเป็นฉันทามติ

กล่าวคือ กลุ่มผู้นำชุมชนตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ มีความคิดเห็นสอดคล้องเป็นฉันทามติว่า 1) การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุลดการพึ่งพาครอบครัวและสังคม 2) การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ดี 3) การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุ มีการออมไว้ใช้ยามเกษียณและ 4) การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงในการดำรงชีวิตในระดับมากที่สุดทั้ง 4 ด้าน

ตาราง 4.10 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) : ผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่มีผลต่อสังคมผู้สูงอายุในอนาคต

ข้อ	ผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่มีผลต่อสังคมผู้สูงอายุในอนาคต	ฐานนิยม (Mode)	มัธยฐาน (Median)	ผลต่างระหว่างฐานนิยมและมัธยฐาน	ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์	ระดับความเป็นไปได้	ความสอดคล้องของข้อมูล
1	การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุลดการพึ่งพาครอบครัวและสังคม	4.90	4.75	0.19	0.75	มากที่สุด	สอดคล้อง
2	การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ดี	4.97	4.94	0.05	0.56	มากที่สุด	สอดคล้อง
3	การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุ มีการออมไว้ใช้ยามเกษียณ	4.92	4.86	0.08	0.64	มากที่สุด	สอดคล้อง
4	การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงในการดำรงชีวิต	4.83	4.75	0.08	0.75	มากที่สุด	สอดคล้อง

ส่วนที่ 4 : วิสัยทัศน์ที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568

จากตาราง 4.11 ในการพิจารณาระดับความเป็นไปได้และความสอดคล้องของข้อมูลในแง่ของวิสัยทัศน์ที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568 พบว่า ระดับความเป็นไปได้ของข้อมูลอยู่ในระดับมากที่สุด 4 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 2 ด้านที่ 4 ด้านที่ 5 และด้านที่ 6 (มีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 4.50-5.00) และระดับมาก 2 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 และด้านที่ 3 (มีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 3.50-4.49) ทุกด้านมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.50 รวมทั้งมีค่าสัมบูรณ์ของผลต่างระหว่างฐานนิยมและมัธยฐานไม่เกิน 1 ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าข้อมูลมีความสอดคล้องเป็นฉันทามติ

กล่าวคือ กลุ่มผู้นำชุมชนตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ มีความคิดเห็นสอดคล้องเป็นฉันทามติว่า 2) ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญเรื่องภาวะสุขภาพ 4) ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุในการเลิกใช้สารเคมี โดยใช้หลักขององค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว 5) ผู้นำชุมชนส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพและ 6) ผู้นำชุมชนส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในความพร้อมของประชากรวัยเด็กและวัยทำงานที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคตในระดับมากที่สุด

นอกจากนี้ กลุ่มผู้นำชุมชนตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ มีความคิดเห็นสอดคล้องเป็นฉันทามติว่า 1) ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญต่อการออกกำลังกายและ 3) ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่างๆ ในระดับมาก

ตาราง 4.11 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) : วิสัยทัศน์ที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ  
ในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568

ข้อ	วิสัยทัศน์ที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568	ฐานนิยม (Mode)	มัธยฐาน (Median)	ผลต่างระหว่างฐาน นิยมและมัธยฐาน	ค่าพิสัยระหว่าง ควอไทล์	ระดับ ความเป็นไปได้	ความ สอดคล้อง ของข้อมูล
1	ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญ ต่อการออกกำลังกาย	3.88	3.60	0.28	0.90	มาก	สอดคล้อง
2	ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญ เรื่องภาวะสุขภาพ	4.92	4.86	0.06	0.64	มากที่สุด	สอดคล้อง
3	ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุในการทำกิจกรรม ต่างๆ	3.79	3.60	0.19	0.90	มาก	สอดคล้อง
4	ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุในการเลิกใช้ สารเคมี โดยใช้หลักขององค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว	4.97	4.94	0.03	0.56	มากที่สุด	สอดคล้อง
5	ผู้นำชุมชนส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจในการ ส่งเสริมสุขภาพ	4.92	4.86	0.06	0.64	มากที่สุด	สอดคล้อง
6	ผู้นำชุมชนส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจใน ความพร้อมของประชากรวัยเด็กและวัยทำงานที่จะเป็นผู้สูงอายุใน อนาคต	4.90	4.75	0.15	0.75	มากที่สุด	สอดคล้อง

ส่วนที่ 5 : รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าว  
เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568

จากตาราง 4.12 ในการพิจารณาระดับความเป็นไปได้และความสอดคล้องของข้อมูลใน  
แง่ของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคม  
ผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568 พบว่า ระดับความเป็นไปได้ของข้อมูลอยู่ในระดับมากที่สุด 5 ด้าน ได้แก่  
ด้านที่ 1 ด้านที่ 3 ด้านที่ 4 ด้านที่ 5 และด้านที่ 6 (มีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 4.50-5.00) และระดับ  
มาก 2 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 2 (มีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 3.50-4.49) ทุกด้านมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์  
ไม่เกิน 1.50 รวมทั้งมีค่าสัมบูรณ์ของผลต่างระหว่างฐานนิยมและมัธยฐานไม่เกิน 1 ซึ่งสามารถ  
สรุปได้ว่าข้อมูลมีความสอดคล้องเป็นฉันทามติ

กล่าวคือ กลุ่มผู้นำชุมชนตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ มีความคิดเห็น  
สอดคล้องเป็นฉันทามติว่า 1) ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยเน้นการสร้าง  
ความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุมีองค์ความรู้ที่เหมาะสม 3) ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต  
โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุมีองค์ความรู้ แลกเปลี่ยน เพื่อการเรียนรู้และ  
พัฒนาให้ดีขึ้น 4) ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้  
ผู้สูงอายุด้านสวัสดิการต่างๆ 5) ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้  
ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุ มีหน่วยงาน ให้ข้อมูล คำแนะนำต่อผู้สูงอายุและ 6) ส่งเสริมให้มีการ

พัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุ มีการออม เพื่อชีวิตหลังเกษียณในระดับมากที่สุด

นอกจากนี้ กลุ่มผู้นำชุมชนตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ มีความคิดเห็นสอดคล้องเป็นอันทามติว่า ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจเตรียมความพร้อมตั้งแต่วัยเด็ก ในระดับมาก

ตาราง 4.12 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) : รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568

ข้อ	รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568	ฐานนิยม (Mode)	มัธยฐาน (Median)	ผลต่างระหว่างฐานนิยมและมัธยฐาน	ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์	ระดับความเป็นไปได้	สอดคล้องของข้อมูล
1	ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุมีองค์ความรู้ที่เหมาะสม	4.90	4.75	0.15	0.75	มากที่สุด	สอดคล้อง
2	ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจเตรียมความพร้อมตั้งแต่วัยเด็ก	3.95	3.75	0.20	0.75	มาก	สอดคล้อง
3	ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุมีองค์ความรู้ แลกเปลี่ยน เพื่อการเรียนรู้และพัฒนาให้ดีขึ้น	4.90	4.75	0.15	0.75	มากที่สุด	สอดคล้อง
4	ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุด้านสวัสดิการต่างๆ	5.00	4.94	0.06	0.56	มากที่สุด	สอดคล้อง
5	ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุ มีหน่วยงาน ให้ข้อมูล คำแนะนำต่อผู้สูงอายุ	4.96	4.86	0.10	0.64	มากที่สุด	สอดคล้อง
6	ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุ มีการออม เพื่อชีวิตหลังเกษียณ	4.92	4.86	0.06	0.64	มากที่สุด	สอดคล้อง

#### 4.4 นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 ในรูปแบบของตารางแสดงค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence : IOC)

จากการเก็บรวบรวมความคิดเห็นของกลุ่มผู้นำชุมชนตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 ซึ่งเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบสอบถามรอบที่ 2 โดยนำข้อคำถามชุดเดิมมาระบุตำแหน่งของค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ หรือ Interquartile Range (IR) และแสดงตำแหน่งที่กลุ่มผู้นำชุมชนตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ตอบคำถามในแบบสอบถามรอบที่ 2 เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการตอบแบบสอบถามนี้ ซึ่งเป็นการพิจารณาถึงความเห็นเพื่อหาฉันทมติของกลุ่ม เป็นการยืนยันคำตอบของกลุ่มผู้นำชุมชน

ตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิในประเด็นคำถามเดิมว่า มีความประสงค์ยืนยันคำตอบเดิมหรือมีความประสงค์เปลี่ยนแปลงคำตอบหรือไม่

ผู้วิจัยตรวจสอบคำตอบที่ได้รับอย่างละเอียด และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence : IOC) เพื่อเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาความสอดคล้อง จากการยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบของกลุ่มผู้นำชุมชนตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิเป็นรายข้อ โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางแสดงค่าดัชนีความสอดคล้อง ดังที่แสดงในตารางที่ 4.13

ตาราง 4.13 ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence : IOC) ของคำตอบที่ได้รับจากการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3

ข้อ คำถาม	เห็นด้วย (+1)		ไม่เห็นด้วย (-1)		IOC (N = 9)	การแปล ผล (IOC ≥ 0.50)
	ยืนยันคำตอบ	เปลี่ยนแปลง คำตอบ	ยืนยัน คำตอบ			
<b>ส่วนที่ 1</b>						
1.1	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ การมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ดี	9	0	0	1.00	สอดคล้อง
1.2	การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยการพึ่งพาตนเอง	9	0	0	1.00	สอดคล้อง
1.3	การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมการรวมกลุ่ม จัดกิจกรรมในชุมชน	7	2	0	1.00	สอดคล้อง
1.4	การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กับการมีครอบครัวที่อบอุ่น	8	1	0	1.00	สอดคล้อง
1.5	การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เด็ก วัยกลางคน ควรต้องมีความเข้าใจในผู้สูงอายุ	7	2	0	1.00	สอดคล้อง
<b>ส่วนที่ 2</b>						
2.1	ปัจจุบัน คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนมีพื้นฐานที่แตกต่างกัน	5	3	1	0.78	สอดคล้อง
2.2	ปัจจุบัน ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวที่ดูแลซึ่งกันและกัน	8	1	0	1.00	สอดคล้อง
2.3	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในปัจจุบันส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกัน	7	2	0	1.00	สอดคล้อง
<b>ส่วนที่ 3</b>						
3.1	การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุลดการพึ่งพาครอบครัวและสังคม	7	2	0	1.00	สอดคล้อง
3.2	การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ดี	8	1	0	1.00	สอดคล้อง
3.3	การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุ มีการออมไว้ใช้ยามเกษียณ	7	2	0	1.00	สอดคล้อง
3.4	การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงในการดำรงชีวิต	6	3	0	1.00	สอดคล้อง

ตาราง 4.13 (ต่อ)

ข้อ คำถาม	เห็นด้วย (+1)		ไม่เห็นด้วย (-1)		IOC (N = 9)	การแปล ผล (IOC $\geq$ 0.50)
	ยืนยันคำตอบ	เปลี่ยนแปลง คำตอบ	ยืนยัน คำตอบ			
<b>ส่วนที่ 4</b>						
4.1	ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญต่อการออกกำลังกาย	5	3	1	0.78	สอดคล้อง
4.2	ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญเรื่องภาวะสุขภาพ	7	2	0	1.00	สอดคล้อง
4.3	ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่างๆ	5	3	1	0.78	สอดคล้อง
4.4	ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุในการเลิกใช้สารเคมี โดยใช้หลักขององค์ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว	5	4	0	1.00	สอดคล้อง
4.5	ผู้นำชุมชนส่งเสริมการเขียนรู้ให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพ	7	2	0	1.00	สอดคล้อง
4.6	ผู้นำชุมชนส่งเสริมการเขียนรู้ให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจในความพร้อมของประชากรวัย เด็กและวัยทำงานที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคต	6	3	0	1.00	สอดคล้อง
<b>ส่วนที่ 5</b>						
5.1	ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุ มีองค์ความรู้ที่เหมาะสม	6	3	0	1.00	สอดคล้อง
5.2	ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจเตรียมความพร้อม ตั้งแต่วัยเด็ก	6	2	1	0.78	สอดคล้อง
5.3	ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุมีองค์ ความรู้ แลกเปลี่ยน เพื่อการเรียนรู้และพัฒนาให้ดีขึ้น	6	3	0	1.00	สอดคล้อง
5.4	ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุด้าน สวัสดิการต่างๆ	8	1	0	1.00	สอดคล้อง
5.5	ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุ มี หน่วยงาน ให้ข้อมูล คำแนะนำต่อผู้สูงอายุ	7	2	0	1.00	สอดคล้อง
5.6	ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุ มีการ ออม เพื่อชีวิตหลังเกษียณ	7	2	0	1.00	สอดคล้อง

จากตารางที่ 4.13 พบว่า กลุ่มผู้นำชุมชนตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่  
ใหญ่แสดงความเห็นด้วยกับตำแหน่งค่ามัธยฐาน (Median) หรือตำแหน่งที่ผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่  
มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน โดยมีทั้งผู้ที่ประสงค์ยืนยันคำตอบเดิม ซึ่งอยู่ในค่าพิสัยระหว่างควอ  
ไทล์อยู่แล้ว และผู้ที่ประสงค์เปลี่ยนแปลงคำตอบใหม่ โดยแสดงความเห็นด้วยกับตำแหน่ง  
ค่ามัธยฐาน (Median) หรือตำแหน่งที่ผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน

นอกจากนี้ยังพบว่า มีกลุ่มผู้นำชุมชนตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน  
หนึ่ง แสดงความไม่เห็นด้วยกับตำแหน่งค่ามัธยฐาน (Median) หรือตำแหน่งที่ผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่  
มีความคิดเห็นสอดคล้องกันในบางข้อคำถาม โดยมีความประสงค์ยืนยันคำตอบเดิม ซึ่งไม่อยู่ใน  
ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ พร้อมทั้งแสดงเหตุผลประกอบการยืนยันคำตอบดังกล่าว ดังที่แสดงใน  
ตารางที่ 4.14

ตาราง 4.14 เหตุผลประกอบการยืนยันคำตอบ

ข้อ คำถาม	ไม่เห็นด้วย ระดับความ		เหตุผล
	ไม่เห็นด้วย (-1) ยืนยัน คำตอบ	เป็นไปได้	
2.1 ปัจจุบัน คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนมีพื้นฐานที่แตกต่างกัน	1	มากที่สุด	- อาจยังไม่แตกต่างกันมากขนาดนั้น - ทั่วไปๆ ในปัจจุบัน จะกลาง
4.1 ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญต่อการออกกำลังกาย	1	มากที่สุด	- น่าจะมากกว่านี้
4.3 ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่างๆ	1	มากที่สุด	- ต้องพัฒนากิจกรรมมากกว่านี้
5.2 ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจเตรียมความพร้อมตั้งแต่วัยเด็ก	1	มากที่สุด	- ยังไม่มากเท่าที่ควร - ก็เป็นส่วนหนึ่ง

อย่างไรก็ตาม ผลการคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence : IOC) เพื่อเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาความสอดคล้อง จากการยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิเป็นรายข้อ พบว่า คำตอบทั้งหมดมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ขึ้นไป ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ถือได้ว่ามีความสอดคล้องเหมาะสม (สุรพงษ์ คงสัตย์ และคนอื่นๆ, 2551; วัลลภ รัฐฉัตรานนท์, 2554) กล่าวคือ กลุ่มผู้นำชุมชนตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นสอดคล้องเป็นอันทามติ โดยแสดงความเห็นด้วยกับตำแหน่งค่ามัธยฐาน (Median) ว่ามีความสอดคล้องเหมาะสมในทุกข้อคำถาม



จากข้อมูลข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า กลุ่มผู้นำชุมชนตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นสอดคล้องเป็นฉันทามติว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้กลุ่มผู้นำชุมชนตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นสอดคล้องเป็นฉันทามติว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนปัจจุบัน โดยให้ความสำคัญกับทุกมิติในระดับมากที่สุด อย่างไรก็ตามกลุ่มผู้นำชุมชนตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นสอดคล้องเป็นฉันทามติว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิต มีผลต่อสังคมผู้สูงอายุในอนาคตในระดับมากที่สุด

นอกจากนี้ กลุ่มผู้นำชุมชนตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิมีวิสัยทัศน์ที่สอดคล้องเป็นฉันทามติในการสร้างความรู้ ความเข้าใจ ให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568 ในระดับมากที่สุด โดยกลุ่มผู้นำชุมชนตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นสอดคล้องเป็นฉันทามติว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568 นั้น ชุมชนควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยเน้นการสร้างความรู้ ความเข้าใจในรูปแบบที่หลากหลายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ดีขึ้น ในระดับมากที่สุด



## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาวิจัยแนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง ด้วยวิธีการวิจัยอนาคต (Future Research) หรืออนาคตศาสตร์ (Futurism) โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้น ผู้วิจัยทำการสรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และนำเสนอข้อเสนอแนะ ดังนี้

#### 5.1 สรุปผลการวิจัย

การศึกษาแนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์มุมมองของผู้นำชุมชนที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับการสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยองรวมทั้งเพื่อกำหนดและตรวจสอบแนวโน้มที่เป็นไปได้ในอนาคต ในพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับการสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยองซึ่งผู้วิจัยดำเนินการสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 9 ท่าน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารของคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์และการออกแบบ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร ผู้ทำงานร่วมกับทางชุมชนบ้านจำรุง จำนวน 2 ท่าน และกลุ่มผู้นำชุมชนที่เกี่ยวข้อง จากเทศบาลชุมชนบ้านจำรุง ผู้ใหญ่บ้าน และผู้นำชุมชนบ้านจำรุง จำนวน 7 ท่าน โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง และกลุ่มผู้นำชุมชน เป็นจำนวน 3 รอบ โดยแบบสอบถามรอบที่ 1 เป็นแบบสอบถามปลายเปิด (Opened End) เพื่อเก็บรวบรวมความคิดเห็นจากกลุ่มผู้นำชุมชน ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง อย่างกว้างๆ ให้ครอบคลุมประเด็นปัญหาของการวิจัย โดยผู้วิจัยทำการวิเคราะห์คำตอบโดยละเอียดแล้วนำมาสังเคราะห์เป็นประเด็นต่างๆ เพื่อกำหนดกรอบของคำถามในรอบที่ 2 ซึ่งเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) เพื่อให้กลุ่มผู้นำชุมชน ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ ตอบคำถามในลักษณะของการจัดลำดับความสำคัญในข้อคำถามแต่ละข้อ นอกจากนี้

ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาคำตอบจากแบบสอบถามรอบที่ 2 โดยแสดงตำแหน่งของค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ หรือ Interquartile Range (IR) และแสดงตำแหน่งที่กลุ่มผู้นำชุมชน ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิได้ตอบคำถามในแบบสอบถามรอบที่ 2 เพื่อเป็นข้อมูลให้กลุ่มผู้นำชุมชน ตลอดจนผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิใช้ประกอบการตัดสินใจในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 ซึ่งเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) เช่นเดียวกัน โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบนี้ เป็นการพิจารณาลงความเห็น เพื่อหาฉันทามติของผู้นำชุมชน ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ โดยเป็นการยืนยันคำตอบของผู้นำชุมชน ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิในประเด็นคำถามเดิม หลังจากนั้น ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับในแต่ละรอบอย่างละเอียด และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) มัธยฐาน (Median) ฐานนิยม (Mode) และพิจารณาความสอดคล้องของข้อมูลด้วยการคำนวณหาค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ หรือ Interquartile Range (IR) รวมทั้งค่าสัมบูรณ์ของผลต่างระหว่างฐานนิยมและมัธยฐาน (Mode-Median) ตลอดจนค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of Congruence : IOC)

ทั้งนี้ จากผลการศึกษาแนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยองดังกล่าว ผู้วิจัยสามารถสรุปผลการวิจัยโดยจำแนกประเด็นการนำเสนอออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้

#### 5.1.1 ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สามารถสรุปได้ว่า กลุ่มผู้นำชุมชน ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นสอดคล้องเป็นฉันทามติว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในสังคมปัจจุบัน โดยให้ความสำคัญกับทุกมิติของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระดับมากที่สุด (Median  $\geq 4.50$ ; IOC  $\geq 0.5$ )

โดยสิ่งที่มีความสำคัญมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ การมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ดี 2) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยการพึ่งพาตนเองและ 3) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กับการมีครอบครัวที่อบอุ่น (Mean = 5.00, 5.00, 4.89 ตามลำดับ)

#### 5.1.2 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนในปัจจุบัน

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนในปัจจุบัน สามารถสรุปได้ว่า กลุ่มผู้นำชุมชน ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นสอดคล้องเป็นอันดับที่สาม ปัจจุบัน ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวที่ดูแลซึ่งกันและกัน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในปัจจุบันส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกัน ในระดับมากที่สุด (Median  $\geq 4.50$ ; IOC  $\geq 0.5$ ; Mean = 4.89 และ 4.56 ตามลำดับ)

แต่ในทางกลับกันกับปัจจุบัน คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนมีพื้นฐานที่แตกต่างกัน อยู่ในระดับมาก (Median  $\geq 3.50-4.49$ ; IOC  $\geq 0.5$ ; Mean = 3.56) แต่ก็ยังไม่เป็นปัญหาในการพัฒนาคุณภาพชีวิตมากนัก

#### 5.1.3 ผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่มีผลต่อสังคมผู้สูงอายุในอนาคต

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่มีผลต่อสังคมผู้สูงอายุในอนาคต สามารถสรุปได้ว่า กลุ่มผู้นำชุมชน ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นสอดคล้องเป็นอันดับที่สาม การพัฒนาคุณภาพชีวิต มีผลต่อสังคมผู้สูงอายุในอนาคตในระดับมากที่สุด (Median  $\geq 4.50$ ; IOC  $\geq 0.5$ )

โดยสิ่งที่มีความสำคัญมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ดี 2) การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุ มีการออมไว้ใช้จ่ายยามเกษียณและ 3) การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงในการดำรงชีวิต (Mean = 4.89, 4.78 และ 4.67 ตามลำดับ)

5.1.4 วิสัยทัศน์ที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับวิสัยทัศน์ที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568 สามารถสรุปได้ว่า กลุ่มผู้นำชุมชน ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นสอดคล้องเป็นอันดับที่สาม ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุในการเลิกใช้สารเคมี โดยใช้หลักขององค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวผู้นำชุมชนส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพและผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญเรื่องภาวะสุขภาพ ในระดับมากที่สุด (Median  $\geq 4.50$ ; IOC  $\geq 0.5$ ; Mean = 4.89, 4.78 และ 4.78 ตามลำดับ)

แต่ในทางกลับกัน ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่างๆ และผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญต่อการออกกำลังกาย อยู่ในระดับมาก (Median  $\geq$  3.50-4.49; IOC  $\geq$  0.5; Mean = 4.44 และ 4.33)

5.1.5 รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568 สามารถสรุปได้ว่า กลุ่มผู้นำชุมชน ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นสอดคล้องเป็นฉันทามติในการส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุด้านสวัสดิการต่างๆ ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุ มีการออม เพื่อชีวิตหลังเกษียณ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุ มีหน่วยงาน ให้ข้อมูล คำแนะนำต่อผู้สูงอายุ ในระดับมากที่สุด (Median  $\geq$  4.50; IOC  $\geq$  0.5; Mean = 4.78, 4.78 และ 4.67 ตามลำดับ)

แต่ในทางกลับกันควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจเตรียมความพร้อมตั้งแต่วัยเด็ก อยู่ในระดับมาก (Median  $\geq$  3.50-4.49; IOC  $\geq$  0.5; Mean = 4.44)

## 5.2 อภิปราย

การวิเคราะห์มุมมองของกลุ่มผู้นำชุมชน ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง

ด้านที่ 1 (ระดับบุคคล) : ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากฉันทามติที่สรุปความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในสังคมปัจจุบัน โดยระบุว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ การมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ดีการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยการพึ่งพาตนเองการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กับการมีครอบครัวที่อบอุ่นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เด็ก วัยกลางคน ควรต้องมีความเข้าใจในผู้สูงอายุ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมการรวมกลุ่ม จัดกิจกรรมในชุมชนซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ

(Ball et al., 2000) ซึ่งพบว่า การสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีความสำคัญ มีความอิสระของผู้สูงอายุ การปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับคนอื่น ๆ สิ่งอำนวยความสะดวกและการให้บริการ และมีกิจกรรมที่มีความหมายที่จะทำให้ผู้สูงอายุ คลายกังวลต่อทัศนคติของผู้ดูแลและผู้ดูแลผู้ป่วยที่ควรต้องมีจิตบริการ การดูแลผู้ป่วยและเคารพผู้สูงอายุรวมทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วนัสนันท์ แฮคค่า (2553) ซึ่งพบว่าการมีส่วนร่วมในกิจการกลุ่ม ครอบครัวต้องแสดงบทบาทในการมีส่วนร่วมทั้งการร่วมคิด ร่วมกิจกรรม และร่วมวิเคราะห์ปัญหาทางด้านการอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุ ตลอดจนความบกพร่องในการดูแล ผู้สูงอายุจะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจของครอบครัวที่มีทัศนคติและสร้างคามตระหนักในการส่งเสริม เปลี่ยนแปลงในทางคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมากขึ้นกว่าเดิมมากในทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ด้านความสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อมนอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Lee, Yu, Kwong, (2015). ที่พบว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ต่อสิ่งแวดล้อมของชีวิต การดูแลรักษาตัวเองและความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพและจิตใจ

ดังนั้น ผู้นำชุมชนในอนาคตจึงควรรู้จักสร้างคามตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุในชุมชนตระหนักและเข้าใจถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างความสนใจและความเข้าใจ เรียนรู้ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ดี

## ตอนที่ 2 : ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนในปัจจุบัน

จากฉันทามติที่สรุปว่าผู้นำชุมชนในปัจจุบันส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงองค์รวมเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายของชุมชนร่วมกัน ตลอดจนให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระดับที่มาก ในทางกลับกันผู้สูงอายุในชุมชนในปัจจุบันยังคงมีทักษะต่างๆ ของคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มผู้นำชุมชน ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง ทราบถึงระดับทักษะความสามารถในด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนในปัจจุบันว่ามีมากน้อยเพียงใดในการขับเคลื่อนชุมชนให้ประสบความสำเร็จได้อย่างยั่งยืนในชุมชนซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Tseng (เซียง) และ Wong (วัง) (2001) ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตกลุ่มผู้สูงอายุกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันควรได้รับการสนับสนุนจากสังคมจากชุมชนและเพิ่มสถานะทางเศรษฐกิจสังคมและการทำงานทางกายภาพจะเป็นตัวทำนายที่สำคัญของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สอดคล้องกับแนวคิด ของ Baltes (1987) จากบางส่วนของพัฒนาการในการใช้ความทรงจำในช่วงอายุ การใช้งานตามวัยชีวิต ประกอบกับในกระบวนการที่พบบ่อยที่สุด ทำให้ตัวแปรในการศึกษาคุณภาพ

ชีวิตมีความแตกต่างตามแต่ละบุคคล ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกของผลลัพธ์จากความทรงจำนั้นควรเกี่ยวข้องกับประวัติความเป็นมาและผลการศึกษา รวมทั้งการตีความความซับซ้อนของพฤติกรรมที่มีต่อความทรงจำ ควรให้ความสนใจในการตีความการที่เกิดขึ้นของพวกเขาด้วยทฤษฎีช่วงชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับมุมมองในจิตใจนำรูปแบบการแก้ปัญหาของความทรงจำและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต นำมาประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุได้ต่อไปสอดคล้องกับแนวคิด ของLee, Yu & Kwong, 2008 and 2009. Butler, 1963 and 1974. Webster, Bohlmeijer, & Webster, 2010. pp. 527-553, and Smith, 2000 กระบวนการเปลี่ยนแปลงตามวัยของบุคคลอายุที่มีความเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตใจ มีการสะสมความเจ็บป่วยหรือความพิการเกิดร่วมด้วยแตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคลวัยสูงอายุเป็นระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งส่งผลจากการเตรียมตัวเตรียมใจก่อนเข้าสู่วัยนี้มาตั้งแต่วัยกลางคน และสามารถปรับตัวรับมือกับทวิสูงอายุได้ ให้สมแก่ฐานะ อารมณ์ ความรู้สึก สภาพจิตใจ และร่างกาย รวมทั้งสอดคล้องกับแนวคิด ของแควริสทาเทิล (384-322 BC) แนวคิดความคิดเริ่มต้นของการมีคุณภาพชีวิตของในแนวคิด 'ชีวิตที่ดี(The good life)' และ 'ความเป็นอยู่ที่ดี(Living well)' จริยธรรมทางสังคมและหลักนิยม (Doctrines) สังคมที่สมบูรณ์แบบสำรวจทั้งตัวบุคคลและแนวคิดทางสังคมคุณภาพชีวิต และธรรมชาติของชีวิตที่ต้องการมากที่สุดสำหรับแต่ละบุคคล

ดังนั้น ผู้นำชุมชนในอนาคตควรฝึกฝนให้มีทักษะและความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่มีความแตกต่างหลากหลาย เพื่อให้สามารถรับมือกับความแตกต่างในทักษะความเชี่ยวชาญของบุคคล สามารถเรียนรู้ เข้าใจ ยอมรับ และสามารถปรับตัว เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุที่ในอนาคต

### ด้านที่ 3 : ผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีผลต่อสังคมผู้สูงอายุในอนาคต

จากฉันทามติที่สรุปว่าผลของการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตมีผลต่อสังคมผู้สูงอายุในอนาคตในระดับมากที่สุด โดยระบุว่าการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ดีการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุ มีการออมไว้ใช้จ่ายเกษียณการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงในการดำรงชีวิต และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุลดการพึ่งพาครอบครัวและสังคม ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพนั่นเองซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Batista Vitorino and Martins da Silva (2010) ที่ค้นพบว่ากิจกรรมทางกายภาพและการเคลื่อนไหวอาจเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ และทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจอีกด้วยซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chen (2001)

ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในระดับการศึกษามีส่วนและมีโอกาสในการเลือกทำกิจกรรมได้ดี การใช้เวลารว่างทำกิจกรรมงานอดิเรก ปัญหาด้านสุขภาพ รายได้ที่ลดน้อยลง ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกด้อย จะมีผลต่อความพึงพอใจของการมีชีวิตอยู่ในวัยสูงอายุ และผู้สูงอายุหรือผู้เกษียณวัยทำงานควรต้องหาสังคมใหม่ทดแทนสังคมที่ทำงานซึ่งหายไป คือมุ่งความสนใจไปที่ครอบครัว มีบทบาทใหม่ เช่น การเป็นผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งหากความสัมพันธ์ในครอบครัวดี จะส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

**ด้านที่ 4 :** วิสัยทัศน์ที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568

1. จากฉันทามติที่สรุปว่าผลของผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุในการเลิกใช้สารเคมี โดยใช้หลักขององค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวผู้ผู้นำชุมชนส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญเรื่องภาวะสุขภาพผู้นำชุมชนส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจในความพร้อมของประชากรวัยเด็กและวัยทำงานที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคตผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่างๆ และผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญต่อการออกกำลังกายซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัย ลูเลซี (Luleci et al. 2008) ซึ่งพบว่าพบว่ามี ความพึงพอใจในการมีชีวิตในสถานพยาบาลเชิงบ้านหรือดูแลเหมือนอยู่บ้านตนเองที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพได้สะดวกอย่างมีนัยสำคัญต่อการนำมาพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผล Kelly Roper และ PlantillasGratuitas Cree Cualiqueter, plantillaCompartir Con Los AmigosDescargar gratis (2016) ให้แนวคิดว่าการเรียนรู้ของผู้สูงอายุไม่ควรมุ่งไปที่การเรียนรู้ที่เป็นทางการเกินไป ควรให้เป็นไปตามธรรมชาติ และให้ทุกกิจกรรมนั้นหนาแน่นเป็นการเรียนรู้พร้อมกันไปด้วย โดยแบ่งการเรียนรู้ เป็นการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมภายนอกบ้าน อาทิ ปิกนิก การตกปลา การค้นหาวัตถุโบราณ หรือล่าชุมชนทรัพย์ การทำสวน เป็นต้น ศิลปะและงานช่างฝีมือเช่น การลงสีหรือกิจกรรมการวาดภาพการปักถักร้อย การถ่ายภาพ การทำการ์ดอวยพร เป็นต้น

**ด้านที่ 5 :** รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568



จากฉันทามติที่สรุปว่าผลของส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้าง ความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุด้านสวัสดิการต่างๆส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการ สร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุ มีการออม เพื่อชีวิตหลังเกษียณส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพ ชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุ มีหน่วยงาน ให้ข้อมูล คำแนะนำต่อผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุมุ่งองค์ความรู้ แลกเปลี่ยน เพื่อการเรียนรู้และพัฒนาให้ดีขึ้นและส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการ สร้างความรู้ความเข้าใจเตรียมความพร้อมตั้งแต่วัยเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดของยอร์จ เบร์ นาร์ด ชอว์ (George Bernard Shaw) ดังนี้ ทฤษฎีชีวิตของการเกษียณ ทำให้คนชราเกิดความขุ่นเคือง คือปล่อยให้ตัวเองให้ว่างมากเกินไป ยาแก้ความขุ่นเคืองคือการทำงานโดยไม่สิ้นสุดหลังวัยเกษียณ ตัวอย่างที่สนับสนุนแนวคิดของเบอร์นาร์ดได้อย่างดีนั้นเห็นจากผู้สร้างคุณูปการทางนวัตกรรมแก่โลก ใหม่นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ Dupuis, Kousaie, Wittich and Spadafora, (2007) ด้านความมี อิศราภาพของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุควรได้รับการสนับสนุนจากการได้รายได้ ครอบคลุม การช่วยเหลือ สนับสนุนทางสังคม และการช่วยเหลือตนเองเพื่อสามารถเข้าถึงปัจจัย 4 รวมถึงการดูแลสุขภาพ ได้รับโอกาสในการทำงานหาเลี้ยงชีพ หรือเบียดเบียนต่างๆ การตัดสินใจในการเลือกที่จะเกษียณอายุ งานได้ด้วยตนเองได้รับโอกาสในการเข้าร่วมการให้การศึกษาเพิ่มเติม และการฝึกอบรมเพื่อพัฒนา ตนเองอยู่ในสถานที่ที่ปลอดภัย และเหมาะสมต่อสภาวะทางร่างกายและได้รับสิทธิเสรีภาพในการ เลือกพำนักอาศัยในที่อยู่อาศัยได้ตามความต้องการของตนเอง ด้านการมีส่วนร่วม คือ ผู้สูงอายุที่มี ส่วนร่วมในสังคม รวมถึงมีส่วนร่วมในการพัฒนา และดำเนินการทางนโยบายซึ่งมีผลโดยตรงต่อความ เป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ รวมถึงนโยบายเกี่ยวกับการแบ่งปัน ถวายทอดทักษิณ และประสบการณ์กับ เยาวชนรุ่นใหม่ได้รับโอกาสในการเข้าร่วมการให้บริการแก่สังคมส่วนรวม หรือการเข้าร่วมเป็น อาสาสมัคร ที่เหมาะสมกับความสามารถ และความสนใจของตนเองมีโอกาสในการสร้างเครือข่าย หรือสมาคมสำหรับผู้สูงอายุด้วยกันได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว และชุมชนของตนเองตามคุณค่า ทางวัฒนธรรมในสังคมได้รับการช่วยเหลือส่งเสริมทั้งทางด้านการดูแลรักษาสุขภาพทั้งทางร่างกาย และ จิตใจ รวมถึงความเป็นอยู่ที่ดีทางอารมณ์ ตลอดจน การช่วยเหลือเพื่อหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยต่างๆ ที่ เหมาะสมและครบถ้วนได้รับการช่วยเหลือทั้งด้านการบริการทางสังคม และกฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อ ยกกระดับความมีอิศราภาพ การคุ้มครองและการดูแลเอาใจใส่ได้รับโอกาสในการได้รับประโยชน์จาก สถาบันที่ให้การดูแลและคุ้มครองทางทรัพย์สิน และทางสังคม รวมถึงสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ และ

ได้รับการช่วยเหลือทางด้านสิทธิมนุษยชน และสิทธิเบื้องต้นในการพำนักอาศัย การเข้าร่วมการดูแลรักษาต่างๆ รวมถึงผู้สูงอายุควรได้รับการเคารพที่สมเกียรติ และได้รับการยอมรับในเรื่องความเชื่อ ความต้องการ และความเป็นส่วนตัว และผู้สูงอายุควรมีสิทธิเสรีภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลเอาใจใส่ และคุณภาพชีวิตของตนเอง และด้านการบรรลุในสิ่งที่ต้องการ คือ ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการพัฒนาศักยภาพของตนเองการเข้าถึงแหล่งทางการศึกษา วัฒนธรรม ศาสนา และการพักผ่อนหย่อนใจสามารถดำรงชีวิตได้อย่างสมเกียรติ และปลอดภัยจากการคุกคามต่างๆทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจและควรได้รับความยุติธรรมไม่ว่าจะเป็นความยุติธรรมทางด้าน เพศ เชื้อชาติชนชาติ สภาพทางร่างกาย เช่น พิการ และสถานะภาพต่างๆ

### 5.3 ข้อเสนอแนะ

#### 5.3.1 ข้อเสนอแนะจากการศึกษาวิจัย

จากผลการศึกษาวิจัยแนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะและประเด็นที่ควรพิจารณาเพื่อการเรียนรู้ และการพัฒนาทักษะทางด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต ดังนี้

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้นำชุมชนและหน่วยงานภาครัฐ

1. ผู้นำชุมชน และหน่วยงานภาครัฐบาล ควรตระหนักถึงความสำคัญของก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยในประเทศไทยที่กำลังจะมาถึงเร็วๆ นี้ ในแง่ของการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างจริงจัง ตลอดจนส่งเสริมให้บุคลากรในองค์กร และบุคคลในชุมชนได้มีโอกาสฝึกฝนและพัฒนาทักษะเหล่านี้ อย่างแท้จริงและทั่วถึง เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในระยะเวลาดังกล่าว ซึ่งแน่นอนว่าทุกภาคส่วนในสังคมจะต้องรับมือกับปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับพื้นฐานทางสังคมที่แตกต่างกัน

2. ภาครัฐ ควรสนับสนุนส่งเสริมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้รู้จักปรับตัว ต่อสถานการณ์ที่มีความเปลี่ยนแปลง เพื่อให้สามารถรับมือกับการดำรงชีวิต ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม สามารถเรียนรู้ เข้าใจ ยอมรับ และสามารถปรับตัวให้กลมกลืน เพื่อสามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีคุณค่า และมีความสุข

3. ในปัจจุบัน สังคมเริ่มมีการตื่นตัวต่อการรับมือกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อันเนื่องมาจากการที่ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ การพึ่งพิงของผู้สูงอายุ จะเพิ่มขึ้นในชุมชน เนื่องจากศักยภาพการทำงานที่ลดลงและสภาพร่างกายที่เสื่อมลงตามวัย

จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ดูแลและพัฒนาศักยภาพ ดังนั้น ผู้มีบทบาทในการวางกรอบนโยบาย ควรมีกิจกรรมในการกำหนดกรอบวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมในการพัฒนาคุณภาพด้านผู้สูงอายุที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาสังคมสูงวัยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

4. ผู้นำชุมชน ตลอดจนรัฐบาล ควรกำหนดรูปแบบการพัฒนาในอนาคต ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคต โดยมุ่งเน้นให้ความรู้และเตรียมตัวตั้งแต่วัยเด็ก เช่น การตรวจสุขภาพ เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย ส่งเสริมเพื่อเป็นรากฐานให้ก่อนเข้าสังคม ผู้สูงอายุสามารถแลกเปลี่ยนองค์ความรู้มาพัฒนา สร้างรายได้ สร้างกิจกรรม ทำให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพที่จะพึ่งพาตนเองได้อย่างเต็มภาคภูมิ โดยไม่ต้องพึ่งพาครอบครัวแต่เพียงอย่างเดียว ลดภาระหรือปัญหาสังคม และภาครัฐ

#### ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. บุคคลผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ควรศึกษาผลการวิเคราะห์มุมมองของผู้นำชุมชน ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีต่อรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอนาคต เพื่อนำไปปรับใช้ในการกำหนดกลยุทธ์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นการผสมผสาน วิธีการเรียนรู้ในรูปแบบที่หลากหลายมาประยุกต์ใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อต่อยอดและพัฒนาให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

2. บุคคลทั่วไปและสถาบันการศึกษาต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนนักเรียน นิสิต นักศึกษาที่มีความสนใจศึกษาเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ควรนำผลการวิเคราะห์มุมมองของผู้นำชุมชน ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอนาคต ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นการผสมผสาน วิธีการเรียนรู้ในรูปแบบที่หลากหลายมาประยุกต์ใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อต่อยอดและพัฒนาให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด อันเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในชุมชนอื่นต่อไป

#### 5.3.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคต

จากผลการศึกษาวิจัยแนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคต ดังนี้

1. การศึกษาวิจัยในอนาคต ควรสอบถามความคิดเห็นเพิ่มเติมจากกลุ่มผู้บริหารของจังหวัดระยอง ตลอดจนภาคเอกชน ภาครัฐบาล นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ทรงคุณวุฒิ โดยทำการศึกษาให้ครอบคลุมไปยังผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ตำบลต่างๆ ในจังหวัดระยอง ทั้งที่มี

ความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ เพื่อนำผลการวิจัยดังกล่าวไปวางแผนปรับปรุงกลยุทธ์ในการให้ความช่วยเหลือหรือสร้างนโยบายใหม่เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาและสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุต่อไป

2. การศึกษาวิจัยในอนาคต ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในท้องถิ่น โดยการสัมภาษณ์ การจัดสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว และผู้เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโดยตรง เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์ และจัดทำแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม และนำไปใช้ให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป



## เอกสารอ้างอิง

- กฤษณา พุทธรังค์. 2554. “ผลของโปรแกรมการจัดการอากาศ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.” ปริญาโท. วิทยานิพนธ์ (พย.ม.). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- “การทำงานของผู้สูงอายุ.” Econ News. ปีที่ 26 ฉบับที่ 578 ประจำเดือนสิงหาคม 2558.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. 2553. **แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุง.** กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิสัย, กรุงเทพฯ. 12-18.
- คนธรรต เหล่าประเสริฐ. 2559. “สังคมผู้สูงอายุ” วารสารส่งเสริมการลงทุน ศูนย์บริการลงทุน สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน. 9-10.
- ชุตินาฏ วงศ์สุบรรณ. 2558. **คนไทยกับสังคมสูงวัยที่มีคุณภาพ.** การประชุมกลุ่มย่อยที่ 3 การประชุมประจำปี 2558 ของ สศช. ทิศทางแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12. ณ ศูนย์แสดงสินค้าและการประชุม อิมแพ็ค เมืองทองธานี. (กันยายน).
- ชุมชนคนรักในหลวง. 2559. **ชุมชนบ้านจ่ารุง จ.ระยอง : ต้นแบบเศรษฐกิจพอเพียงของภาคตะวันออกเฉียง.**
- ชวณะ ภวานันท์. 2552. “ประมวลสาระชุดวิชาการสื่อสารการเมือง” หน่วยที่ 1 ปรัชญาการสื่อสารการเมือง. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, กรุงเทพมหานคร.
- บทบาทผู้สูงอายุต่อสังคม ครอบครัว ชุมชน.** 2558. ส่วนอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข). ออนไลน์ (เข้าถึงได้จาก) : <http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/about/soongwai/topic006.php>
- ผศ.สุรพงษ์ คงสัตย์ และธีรชาติ ธรรมวงศ์. 2551. **การหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม.** ฝ่ายการศึกษา ตำบลเนินซ้อ, สิงหาคม 2558
- มนต์ชัย เทียนทอง. 2548. **การวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) : สถิติและวิธีการวิจัยทางเทคโนโลยีสารสนเทศ.** รวยบุญ, กรุงเทพฯ.
- วันสนันท์ แศค้ำ. 2553. “การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชุมชนเทศบาลตำบลหนองผึ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่.” วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

## เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- วัลลภ รัฐฉัตรานนท์. 2554. **เทคนิควิจัยทางสังคมศาสตร์**. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- เศรษฐกิจและสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2558. **การจัดการระบบการดูแลและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในสังคมสูงวัย**. ปีที่ 52 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2558. 17-24.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2557. **การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557**. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, กรุงเทพฯ. 1. สำนักพัฒนามาตรฐานแรงงาน. 2558. **รายงานการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์แรงงานผู้สูงอายุของประเทศไทย ปี 2557**. กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน. 2.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และกรรณิการ์ สุขเกษม. 2551. **วิถีวิทยาการวิจัยคุณภาพ : การวิจัยปัญหาปัจจุบันและการวิจัยอนาคตไกล**. สามลดา, กรุงเทพฯ.
- สุชาติ เบญจวงศ์. 2541. **ผู้สูงอายุ คนแก่และคนชรา: มิติทางสังคมและวัฒนธรรม**. มนุษยสังคมสาร. มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง. 54-60.
- สุวิมล ว่องวานิช. 2548. **การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น**. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- อนุช อาภาภิรม. 2553. **หยั่งรู้อนาคต หลักการ ทฤษฎี และเทคนิคอนาคตศึกษา**. สยามคัลเลอร์พรีน, กรุงเทพฯ.
- อรวรรณ น้อยวัฒน์. 2555. **จุลสารสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพออนไลน์**. ฉบับที่ 3 ปี 2555. ออนไลน์ (เข้าถึงได้จาก)  
: [http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/book55\\_3/pbhealth.html](http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/book55_3/pbhealth.html)
- อุบลรัตน์ เพ็งสถิต. 2542. **จิตวิทยาผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ.
- Allen, Elisa, Domínguez, Trinidad and Losada, Nieves, “New Opportunities for the Tourism Market : Senior Tourism and Accessible Tourism.” **University of Vigo. Spain.**

## เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- Aller LJ and Coeling HVE. 1995. "Quality of life : its meaning to the long-term car resident." *Journal of Gerontological Nursing*. 21 : 20-25.
- Aristotle. 1955. "The Nicomachean Ethics (trans)." J.A.K. Thomson London : **Penguin Classic L55**.
- Ball MM, Whittington FJ, Perkins MM, Patterson VL, Hollingsworth C, King SV and Combs BL. 2000. "Quality of life in assisted living facilities : viewpoints of residents." *Journal of Applied Gerontology*. 19 : 304-325.
- Batista Vitorino, P. A., and Martins da Silva, F. 2010. "Level of Quality of Life in The Elderly Un ATI-UCB." *Educação Física em Revista*. 4(3).
- Bowling, A. 1995b. **Measuring Disease**. Buckingham Open University Press.
- Butler, Robert N. 1963. "The Life Review : An Interpretation of Reminiscence in the Aged." *Psych*. 26 : 65-76.
- Butler, Robert N. 1974. "Successful Aging and the Role of the Life Review." *Journal of the American Geriatrics Society*. 22 : 529-535.
- Burack OR, Jefferson P and Libow LS. 2002. "Individualized music : a route to improving the quality of life for long-term care residents." *Activities*. 27 : 63 - 76.
- Centre for Health Promotion. Community Quality of Life Projects. 1998. **Community Quality of Life Project : A Health Promotion Approach to Understanding Communities**. University of Toronto.
- Chakreswari Disit and Kautam, Yougesh Kumar, George Bernard shaw. 2014. "Life force theory in George Bernard Shaw's play Back To Methuselah." *International Journal of Multidisciplinary Research and Development*.
- Chen Chaonan, 2001. "Aging and Life Satisfaction." *Social Indicators Research*. April, Volume 54, Issue 1 : 57-79.
- Daniels, Bruce C. 1995. "Puritans At Play : Leisure And Recreation In Colonial New England." **St Martins Press**. New York, 271.

## เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- De Jong-Gierveld, J., Kamphuis, F. 1985. "The Development of a Rasch-Type Loneliness Scale." *Applied Psychological Measurement* 9, 3 : 289-299.
- De Jong-Gierveld, J. 1987. "Developing and Testing a Model of Loneliness." *Journal of Personality Psychology* 53, 1 : 119-128.
- Dupuis, K., Kousaie, S., Wittich, W., and Spadafora, P. 2007. "Aging Research Across Disciplines: A Student-Mentor Partnership Using the United Nation Principles for Older Person." *Educational Gerontology*. 33 : 273-292.
- Duncan-Myers AM and Huebner RA. 2000. "Relationship between choice and quality of life among residents in long-term-care facilities." *American Journal of Occupational Therapy*. 54 : 504-508.
- Flanagan J.C. 1978. "A research approach to improving our quality of life." *American Psychologist*. 33 :138-147.
- Farguhar M. 1995. "Elderly People's Definitions of Quality of life." *Social Science and Medicine* 41. 10. : 1439-1446.
- George, L.W., & Bearon, L.B. 1980. *Quality of Life in Older Persons : Meaning and Measurement*. New York. Human Sciences Press.
- Gerson, E.M. 1976. On "Quality of Life." *American Sociological Review*. 41: 793- 806.
- Greendale, G.A., Salem, G.J., Yound, J.T., Damesyn, M., Marion, M., Wang, M.Y., and Reuben, D.B. 2000. "A randomized trial of weighted vest use in ambulatory older adults: strength, performance, and quality of life outcomes." *Journal of the American Geriatric Society* 48, 3: 305-11.
- Guse LW and Masesar MA. 1999. "Quality of life and successful aging in long-term care: perceptions of residents." *Issues in Mental Health Nursing*. 20 : 527-539.
- Haug, MR, Folmar, SJ. 1986. "Longevity, Gender, and Life Quality." *Journal of Health and Social Behavior*. 27: 332-345.



## เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

HelpAge International and Foundation for Older Person's Development (FOPDEV). 2558.

**“โครงการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย”** โดยใช้  
ข้อมูลเชิงประจักษ์. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, สำนักงาน  
คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ.

Henderson, C.W. 2000. “Quality of Life During Chemotherapy for Breast Cancer”,  
Womens.” **Health Weekly**. 3.

Hermon, D.A., & Hazler, R.J. 1999. “Adherence to a Wellness Model and Perceptions of  
Psychological Well-Being.” **Journal of Counseling & Development**. Summer 77,  
3: 339-344.

Hikoyeda N and Wallace SP. 2001. “Do ethnic-specific long term care facilities improve  
resident quality of life? Findings from the Japanese American community.”  
**Journal of Gerontological Social Work**. 36 : 83-106.

Hindin, Michelle J. 2007. “Role Theory in George Ritzer (ed) The Blackwell Encyclopedia  
of Sociology.” **Blackwell Publishing**. 3959-3962.

Hjaltadottir I and Gustafsdottir M. 2007. “Quality of life in nursing homes: perception of  
physically frail elderly residents.” **Scandinavian Journal of Caring Sciences**.  
21 : 48-55.

Hodge, J. 1990. “The Quality of Life, A contrast between utilitarian and existentialist  
approaches.” In Baldwin S., Godfrey C., & Propper C. (eds) **Quality of Life**.  
London, Routledge.

Ilmarinen J. and Towards a longer worklife. 2005. “Ageing and the quality of worklife in  
the European Union. Helsinki : Finnish Institute of Occupational Health.” **Ministry  
of Social Affairs and Health**. Helsinki 1999, 274.

Kane RA, Lum TY, Cutler LJ, Degenholtz HB & Yu TC. 2007. “Resident outcomes in  
small-house nursing homes : A longitudinal evaluation of the initial green house  
program.” **Journal of the American Geriatrics Society**. 55 : 832-839.

## เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- Lawton, M.P. 1991. "A Multidimensional View of Quality of Life in Frail Elders." In Birren, J.E., Lubben, J., Rowe J., Deutchman, D.(eds). **The Concept and Measurement of Quality of Life**. New York, Academic Press.
- Lawton, M.P. 1997. "Measures of Quality of Life and Subjective Well-Being." *Generations* 21,1: 45-48.
- Lee, Diana TF., Yu Doris SF. And Kwong. 2009 and 2015. "Quality of life of older people in residential care home : a literature review." **Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness**. May 2009. Retrived on 16 October 2015. 116-125.
- Leung KK, Wu EC, Lue BH & Tang LY. 2004. "The use of focus groups in evaluating quality of life components among elderly Chinese people." **Quality of Life Research**. 13 : 179-190.
- Lethbridge J. 2001. "Pre-retirement health Checks and plans : A literature Review." **London Health Development Agency**.
- Lu, L. 1999. "Personal or Environmental Causes of Happiness: A Longitudinal Analysis." **Journal of Social Psychology** 139. 1: 79-91.
- Luleci E, Hey W and Subasi F. 2008. "Assessing selected quality of life factors of nursing home residents in Turkey." **Archives of Gerontology and Geriatrics**. 46 : 57-66.
- MacRae PG, Asplund LA, Schnelle JF, Ouslander JG, Abrahamse A and Morris C. 1996. "A walking program for nursing home residents : effects on walk endurance physical activity, mobility, and quality of life." **Journal of the American Geriatrics Society**. 44 : 175-180.
- Mendola, W.F., Pelligrini, R.V. 1979. "Quality of Life and coronary artery bypass surgery patients." **Social Science and Medicine** 13A, 457-92.
- Michalos, A.C., Zumbo, B.D. 1999. "Public Services and the Quality of Life." **Social Indicators Research** 48,125-156.

## เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- Michalos, A.C., Zumbo, B.D. 2000. "Criminal Victimization and the Quality of Life." **Social Indicators Research** 50, 245-295.
- National Council for the Elderly. 1994. "Theories of ageing and attitudes to ageing in Ireland." 25 March, Publication No.33, 1-20.
- "National service framework for older people." **Department of Health**. 2001.
- Nijs KAND, De Graaf C, Kok FJ and Van Staveren WA. 2006. "Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance, and body weight of nursing home residents: cluster randomized controlled trial." **British Medical Journal**. 332 : 1180-1183.
- Noll, R.B., Gartstein M.A., Vannatta, V., Correll, J., Bukowski W.M., Davis, W.H. 1999. "Social, emotional and behavioural functioning of children with cancer." **Pediatrics** 103. 1: 71-79.
- O'Boyle, C.A., McGee, H., Hickey, A., O'Malley, K., & Joyce, C.R.B. 1992. "Individual quality of life in patients undergoing hip replacement." **Lancet** 339 : 1088-91
- Oleson M, Heading C, Shadick KM and Bistodeau JA. 1994. "Quality of life in long-stay institutions in England : Nurse and resident perceptions." **Journal of Advanced Nursing**. 20 : 23-32.
- Ozcan A, Donat H, Gelecek N, Ozdirenc M and Karadibak D. 2005. "The relationship between risk factors for falling and the quality of life in older adults." **BMC Public Health**. 5 : 90-95.
- Patterson, W. 1975. "The quality of survival in response to treatment." **Journal of the American Medical Association**. 233 : 280-1.
- Peuller, J. 2004. "Ageing and work in Europe." European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin.
- Raimer, S.S. 2000. "Managing Pediatric Atopic Dermatitis." **Clinical Pediatrics** 39, 1:1-14

## เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

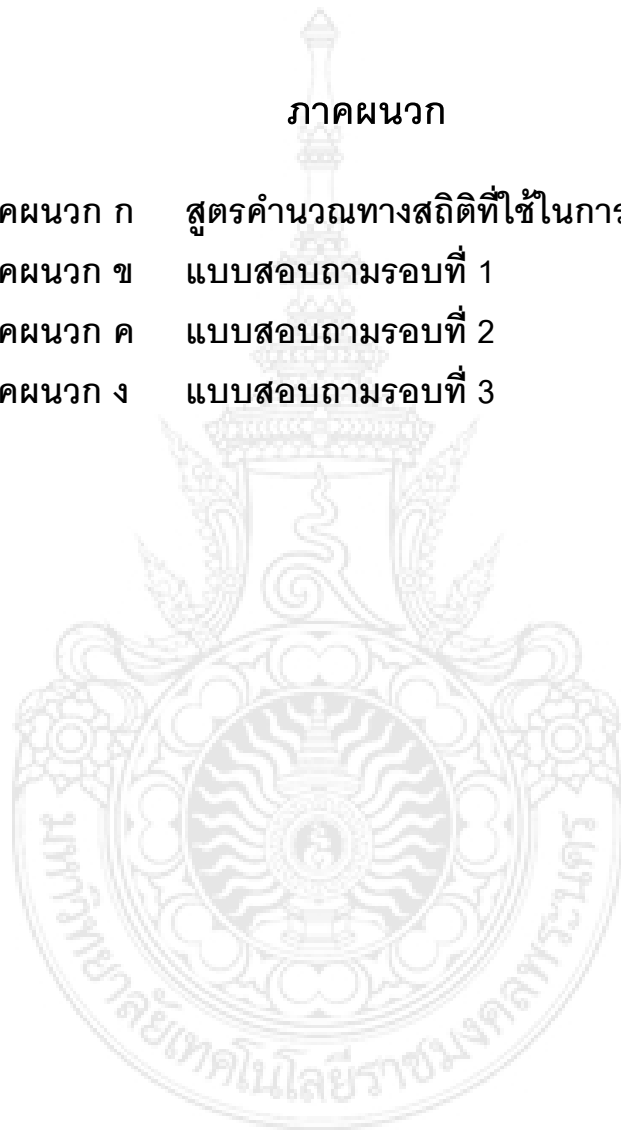
- Rapp, S.R, Feldman, S.R, Exum, M.L., Fleischer A.B. Jr., Reboussin D.M. 1999. "Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases." **Journal of the American Academy Dermatology** 41, 401-7
- Reis, H.T., Sheldon, K.M., Gable, S.L., Roscoe, J., & Ryan, R.M. 2000. "Daily Well-being: The Role of Autonomy, Competence, and Relatedness." **Personality and Social Psychology Bulletin** 26. 4 : 417-434
- Rönnerberg L. 1998. "Quality of life in nursing-home residents: an intervention study of the effect of mental stimulation through an audiovisual programme." **Age and Ageing**. 27 : 393-397.
- Row, G., & Wright, G. 1999. The Delphi Technique as a Forecasting Tool : Issues and analysis. **International Journal of Forecasting**. 15(4), 353-375.
- Ruta, D.A., & Garratt, A.M. 1994. "Health status to quality of life measurement." In: Jenkinson C (ed) **Measuring Health and Medical Outcomes**. London, University College.
- Ryff, C. 1995. "Psychological Well-being in Adult Life." **Psychological Science** 4. 4 : 99-104
- Ryff, C. 1996. "Psychological Well-being: Meaning, Measurement, and implications for Psychotherapy Research." **Psychotherapy and Psychosomatic** 64 :14-23
- Sherwood, S., Ruchlin H.S., Sherwood C.C. 1996. **Continuing Care Retirement Communities**. Baltimore. John Hopkins University Press.
- Smith Allison. 2000. "Researching quality of life of older people concepts, measures and findings." center for social gerontology.
- Somlai, A.H., & Heckman, T.G. 2000. "Correlates of spirituality and well-being in a community sample of people living with HIV disease." **Mental Health, Religion and Culture** 3.1: 57-70
- "The operating framework for the NHS in England 2010/11." Department of Health.

## เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

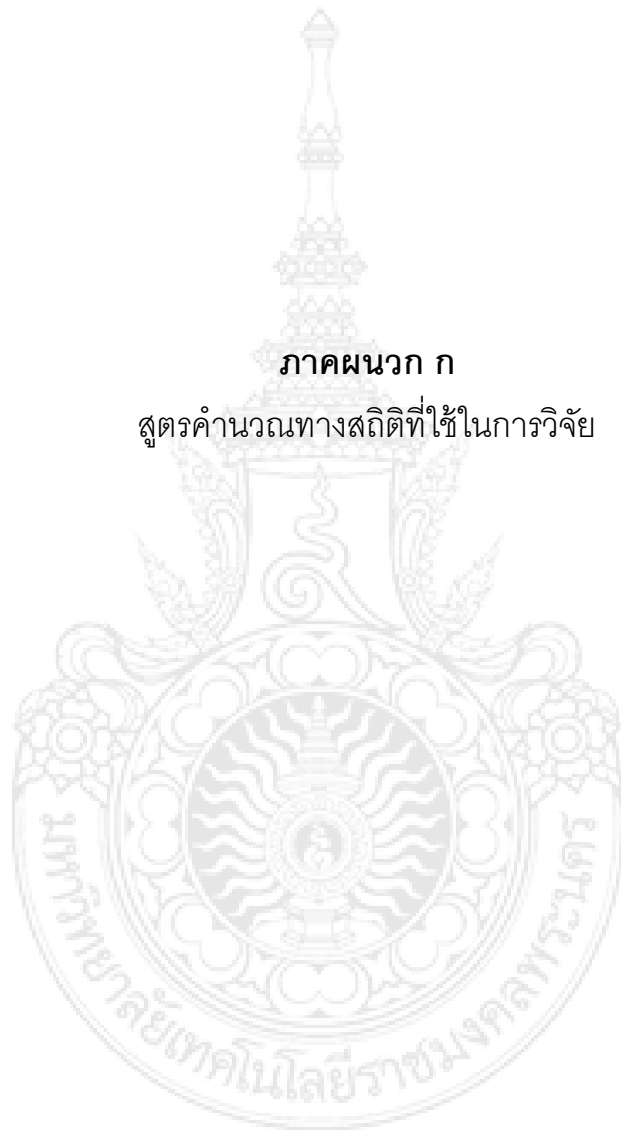
- The world Health Organisation (WHO). 1989. "European Charter on Environment and Health." 7.
- Thomas S. Yukic. "Fundamentals of Recreation," 2nd edition. Harpers and Row. 1970. Library of Congress. 70-88646. 17.
- Thomas T. Macmillan. 1971. "The Delphi Technique." Paper Presented at the annual meeting of the California Junior Colleges Associations Committee on Research and Development, Monterey, California. (May 1971), 3-17
- Tseng SZ and Wang RH. 2001. "Quality of life and related factors among elderly nursing home residents in southern Taiwan." **Public Health Nursing**. 18 : 304-311.
- Tu YC, Wang RH and Yeh SH. 2006. "Relationship between perceived empowerment care and quality of life among elderly residents within nursing homes in Taiwan : a questionnaire survey." **International Journal of Nursing Studies**. 43 : 673-680.
- Urciuoli O, Buono MD, Padoani W and Leo DD. 1998. "Assessment of quality of life in the oldest-olds living in nursing homes and at home." **Archives of Gerontology and Geriatrics**. 27(Suppl. 6) : 507-514.
- Valerie Manusov and Brian Spitzberg. "Attribution Theory: Finding Good Cause in the Search for Theory."
- Veenhoven, R. 1999. "Quality of Life in Individualistic Society." **Social Indicators Research**. 20: 159-188.
- Webster, Jeffrey Dean and Bohlmeijer, Ernst T. and Westerhof, Gerben J. 2010. "Mapping the Future of Reminiscence : A Conceptual Guide for Research and practice." **Research on Aging**. Saye Publishing. 527-553.
- Welle, RG. 1999. "Public Policy and the Quality of Life: How Relevant Is Economics?." **Atlantic Economic Journal** 27,1: 91-114
- World Health Organization. 2002. "Active Ageing A Policy framework."
- Zumbo, B.D., Michalos, A.C. 2000. "Quality of Life in Jasper, Alberta." **Social Indicators Research**. 49 :121-145

## ภาคผนวก

- ภาคผนวก ก สูตรคำนวณทางสถิติที่ใช้ในการวิจัย
- ภาคผนวก ข แบบสอบถามรอบที่ 1
- ภาคผนวก ค แบบสอบถามรอบที่ 2
- ภาคผนวก ง แบบสอบถามรอบที่ 3



ภาคผนวก ก  
สูตรคำนวณทางสถิติที่ใช้ในการวิจัย



### การคำนวณหาค่ามัธยฐานสำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงความถี่

มัธยฐาน คือ ค่ากลางหรือตำแหน่งที่อยู่กึ่งกลางของข้อมูลทั้งหมด โดยเรียงลำดับข้อมูลตามปริมาณ

คำนวณได้จากสูตร ดังนี้

$$\text{Mdn} = L + i \left[ \frac{\frac{n}{2} - \sum fl}{fm} \right]$$

โดยที่	<b>Mdn</b>	=	มัธยฐาน (Median)
	<b>L</b>	=	ขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของชั้นที่มีมัธยฐานตกอยู่
	<b>i</b>	=	ความกว้างของอันตรภาคชั้น
	<b><math>\sum fl</math></b>	=	ความถี่สะสมของคะแนนในชั้นที่อยู่ต่ำกว่าชั้นที่มีมัธยฐานตกอยู่
	<b>fm</b>	=	ความถี่ของคะแนนในชั้นที่มีมัธยฐานตกอยู่
	<b>n</b>	=	จำนวนความถี่ทั้งหมด
	<b><math>\frac{n}{2}</math></b>	=	ตำแหน่งมัธยฐาน

#### ตัวอย่าง

คะแนน	ความถี่	ความถี่สะสม
4.50 – 5.00	5	17
3.50 – 4.49	8	12
2.50 – 3.49	3	4
1.50 – 2.49	1	1
1.00 – 1.49	0	0

$$\begin{aligned} \text{Mdn} &= 3.50 + 1 \left( \frac{\frac{17}{2} - 4}{8} \right) \\ &= 4.06 \end{aligned}$$



### การคำนวณหาค่าฐานนิยมสำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงความถี่

ฐานนิยม คือ ค่าที่มีความถี่สูงที่สุดในจำนวนชุดของข้อมูลทั้งหมด

คำนวณได้จากสูตร ดังนี้

$$M_o = L + i \left[ \frac{\Delta_1}{\Delta_1 + \Delta_2} \right]$$

โดยที่	$M_o$	=	ฐานนิยม(Mode)
	$L$	=	ขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของชั้นที่มีความถี่สูงสุด
	$i$	=	ความกว้างของอันตรภาคชั้น
	$\Delta_1$	=	ผลต่างความถี่ของชั้นที่มีความถี่สูงสุดกับความถี่ของชั้นก่อนหน้า
	$\Delta_2$	=	ผลต่างความถี่ของชั้นที่มีความถี่สูงสุดกับความถี่ของชั้นถัดไป

#### ตัวอย่าง

คะแนน	ความถี่	ความถี่สะสม
4.50 – 5.00	5	17
3.50 – 4.49	8	12
2.50 – 3.49	3	4
1.50 – 2.49	1	1
1.00 – 1.49	0	0

$$\begin{aligned}
 M_o &= 3.50 + 1 \left( \frac{8-3}{(8-3)+(8-5)} \right) \\
 &= 4.13
 \end{aligned}$$

การคำนวณหาค่าพิสัยระหว่างควอไทล์สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงความถี่

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ คือ ค่าความแตกต่างระหว่างควอไทล์บน ( $Q_3$ ) และควอไทล์ล่าง ( $Q_1$ )

คำนวณได้จากสูตร ดังนี้

$$Q_k = L + i \left[ \frac{\frac{k(n)}{4} - \sum fl}{fk} \right]$$

โดยที่	$Q$	=	พิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range : IR)
	$k$	=	ตำแหน่งควอไทล์ที่ต้องการหา
	$L$	=	ขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของชั้นที่มีควอไทล์ตกอยู่
	$i$	=	ความกว้างของชั้น
	$\sum fl$	=	ความถี่สะสมของคะแนนในชั้นที่อยู่ต่ำกว่าที่มีควอไทล์ตกอยู่
	$fk$	=	ความถี่ของคะแนนในชั้นที่มีควอไทล์ตกอยู่
	$n$	=	จำนวนความถี่ทั้งหมด

ตัวอย่าง

คะแนน	ความถี่
4.50 – 5.00	5
3.50 – 4.49	8
2.50 – 3.49	3
1.50 – 2.49	1
1.00 – 1.49	0

$$\begin{aligned} Q_3 - Q_1 &= \left\{ 4.50 + 1 \left( \frac{3(17) - 12}{5} \right) \right\} - \left\{ 3.50 + 1 \left( \frac{1(17) - 4}{8} \right) \right\} \\ &= 4.65 - 3.53 \\ &= 1.12 \end{aligned}$$

### การคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง

คำนวณได้จากสูตร ดังนี้

$$IOC = \left[ \frac{\sum R}{N} \right]$$

โดยที่	IOC	=	ดัชนีความสอดคล้อง(Index of Congruence : IOC)
	R	=	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ โดยที่ ค่า +1 เห็นด้วยว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องเหมาะสม ค่า 0 ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องเหมาะสม ค่า -1 ไม่เห็นด้วยว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องเหมาะสม
	N	=	จำนวนผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด

ทั้งนี้ หากข้อคำถามใดมีดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ขึ้นไป ถือว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องเหมาะสม

#### ตัวอย่าง

ข้อคำถาม	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. ปัจจุบัน บุคลากรในองค์การ มีพื้นฐานทางวัฒนธรรม ที่แตกต่างหลากหลาย	14	0	3

$$IOC = \left( \frac{14(1) + 3(-1)}{17} \right)$$

$$= 0.64$$

ภาคผนวก ข  
แบบสอบถามรอบที่ 1



**แบบสอบถามการวิจัยอนาคต (Delphi Technique) รอบที่ 1**  
**แนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ**  
**ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง**

**คำชี้แจง**

การศึกษาวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มและกำหนดแผนการในอนาคตในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง ทั้งนี้การศึกษาวิจัยดังกล่าวเป็นการวิจัยอนาคต (Future Research) หรืออนาคตศาสตร์ (Futurism) กล่าวคือ เป็นระเบียบวิธีการศึกษาวิจัยในเชิงลึก เพื่อค้นคว้าหาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอนาคตด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ (Scientific Approach) โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อการพยากรณ์ภาพในอนาคตที่คาดว่าจะเป็นการแสวงหาทางเลือกที่จะดำเนินการในอนาคต และการกระตุ้นเตือนให้ตระหนักถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต อันจะนำไปสู่การเตรียม การควบคุม การแก้ไข และการบริหารจัดการในอนาคตต่อไป

ทั้งนี้ ข้อคำถามในแบบสอบถามดังกล่าวเป็นข้อคำถามปลายเปิด (Opened End) เพื่อรวบรวมความคิดเห็นจากท่าน มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ใช้เวลาในการตอบข้อคำถามทั้งหมดประมาณ 15-20 นาที ซึ่งผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้เพื่อประกอบการศึกษาวิจัยเท่านั้น โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกบันทึกเป็นความลับ วิเคราะห์ประมวลผลตามหลักการทางสถิติ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถาม เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการศึกษาดังกล่าว จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ  
 นางสาวโปรดปราน เพชรสด  
 ผู้วิจัย





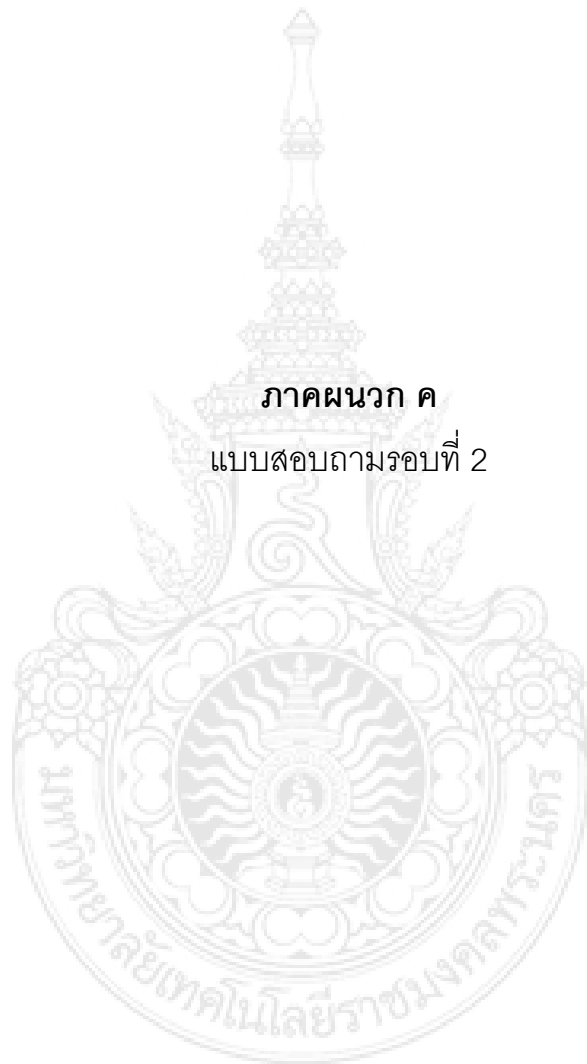








ภาคผนวก ค  
แบบสอบถามรอบที่ 2



## แบบสอบถามการวิจัยอนาคต (Delphi Technique) รอบที่ 2 แนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง

### คำชี้แจง

การศึกษาวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง ทั้งนี้การศึกษาวิจัยดังกล่าวเป็นการวิจัยอนาคต (Future Research) หรืออนาคตศาสตร์ (Futurism) กล่าวคือ เป็นระเบียบวิธีการศึกษาวิจัยในเชิงลึก เพื่อค้นคว้าหาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอนาคตด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ (Scientific Approach) โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อการพยากรณ์ภาพในอนาคตที่คาดว่าจะเป็นการแสวงหาทางเลือกที่จะดำเนินการในอนาคต และการกระตุ้นเตือนให้ตระหนักถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต อันจะนำไปสู่การเตรียม การควบคุม การแก้ไข และการบริหารจัดการในอนาคตต่อไป

ทั้งนี้ ข้อคำถามในแบบสอบถามรอบที่ 2 เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) เพื่อให้ท่านตอบคำถามในลักษณะของการจัดลำดับความสำคัญในข้อคำถามแต่ละข้อ โดยผู้วิจัยกำหนดค่าของระดับความเป็นไปได้ของแนวโน้มนำ 5 ระดับ ดังต่อไปนี้

- 5 หมายถึง แนวโน้มนั้นมีความเป็นไปได้มากที่สุด
- 4 หมายถึง แนวโน้มนั้นมีความเป็นไปได้มาก
- 3 หมายถึง แนวโน้มนั้นมีความเป็นไปได้ปานกลาง
- 2 หมายถึง แนวโน้มนั้นมีความเป็นไปได้น้อย
- 1 หมายถึง แนวโน้มนั้นมีความเป็นไปได้น้อยที่สุด

### ตัวอย่าง

ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	5	4	3	2	1
1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ การมีสุขภาพร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ดี	✓				
2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เด็ก วัยกลางคน ควรต้องมีความเข้าใจในผู้สูงอายุ		✓			

แบบสอบถามนี้แบ่งเป็น 5 ส่วน มีข้อความถามในแต่ละส่วน ใช้เวลาในการตอบข้อความถามทั้งหมดประมาณ 10-15 นาที ซึ่งผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้เพื่อประกอบการศึกษาวิจัยเท่านั้น โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกบันทึกเป็นความลับ วิเคราะห์ประมวลผลตามหลักการทางสถิติ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถาม เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการศึกษาดังกล่าว จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ  
นางสาวโปรดปราน เพชรสด  
ผู้วิจัย



ส่วนที่ 1 : ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง: โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน □ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	5	4	3	2	1
1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ การมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ดี					
2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นสิ่งสำคัญในการ ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยการพึ่งพาตนเอง					
3. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมการ รวมกลุ่ม จัดกิจกรรมในชุมชน					
4. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กับการมีครอบครัว ที่อบอุ่น					
5. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เด็ก วัยกลางคน ควรต้องมีความเข้าใจในผู้สูงอายุ					

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม :

.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 2 : ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนในปัจจุบัน

คำชี้แจง: โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน □ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนในปัจจุบัน	5	4	3	2	1
1. ปัจจุบัน คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนมีพื้นฐานที่แตกต่างกัน					
2. ปัจจุบัน ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวที่ดูแลซึ่งกันและกัน					
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในปัจจุบันส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกัน					

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม :

.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 3 : ผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่มีผลต่อสังคมผู้สูงอายุในอนาคต

คำชี้แจง: โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน □ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่มีผลต่อสังคมผู้สูงอายุในอนาคต	5	4	3	2	1
1. การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุลดการพึ่งพาครอบครัวและสังคม					
2. การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ดี					
3. การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุ มีการออมไว้ใช้ยามเกษียณ					
4. การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงในการดำรงชีวิต					

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม :

.....

.....

.....

.....

.....



ส่วนที่ 4 : วิสัยทัศน์ที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568

คำชี้แจง : โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน  ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

วิสัยทัศน์ที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568	5	4	3	2	1
1. ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญต่อการออกกำลังกาย					
2. ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญเรื่องภาวะสุขภาพ					
3. ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่างๆ					
4. ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุในการเลิกใช้สารเคมี โดยใช้หลักขององค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว					
5. ผู้นำชุมชนส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพ					
6. ผู้นำชุมชนส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในความพร้อมของประชากรวัยเด็กและวัยทำงานที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคต					

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม :

.....

.....

.....

ส่วนที่ 5 : รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคม  
ผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568

คำชี้แจง: โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน □ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568	5	4	3	2	1
1. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุมีองค์ความรู้ที่เหมาะสม					
2. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจเตรียมความพร้อมตั้งแต่วัยเด็ก					
3. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุมีองค์ความรู้แลกเปลี่ยนเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาให้ดีขึ้น					
4. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุด้านสวัสดิการต่างๆ					
5. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุ มีหน่วยงาน ให้ข้อมูลคำแนะนำต่อผู้สูงอายุ					
6. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุ มีการออม เพื่อชีวิตหลังเกษียณ					

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม :

.....

.....

.....

ภาคผนวก ง  
แบบสอบถามรอบที่ 3



## แบบสอบถามการวิจัยอนาคต (Delphi Technique) รอบที่ 3 รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง

### คำชี้แจง

การศึกษาวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์รูปแบบและกำหนดแผนการในอนาคตในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุชุมชนบ้านจำรุง จังหวัดระยอง ทั้งนี้การศึกษาวิจัยดังกล่าวเป็นการวิจัยอนาคต (Future Research) หรืออนาคตศาสตร์ (Futurism) กล่าวคือ เป็นระเบียบวิธีการศึกษาวิจัยในเชิงลึก เพื่อค้นคว้าหาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอนาคตด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ (Scientific Approach) โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อการพยากรณ์ภาพในอนาคตที่คาดว่าจะเป็นการแสวงหาทางเลือกที่จะดำเนินการในอนาคต และการกระตุ้นเตือนให้ตระหนักถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต อันจะนำไปสู่การจัดเตรียม การควบคุม การแก้ไข และการบริหารจัดการในอนาคตต่อไป

ทั้งนี้ ข้อคำถามในแบบสอบถามรอบที่ 3 เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) โดยแสดงตำแหน่งของค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ หรือ Interquartile Range (IR) และแสดงตำแหน่งที่ท่านได้ตอบคำถามในแบบสอบถามรอบที่ 2 ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดค่าของระดับความเป็นไปได้ของแนวโน้มไว้ 5 ระดับ ดังต่อไปนี้

- 5 หมายถึง แนวโน้มนั้นมีความเป็นไปได้มากที่สุด
- 4 หมายถึง แนวโน้มนั้นมีความเป็นไปได้มาก
- 3 หมายถึง แนวโน้มนั้นมีความเป็นไปได้ปานกลาง
- 2 หมายถึง แนวโน้มนั้นมีความเป็นไปได้น้อย
- 1 หมายถึง แนวโน้มนั้นมีความเป็นไปได้น้อยที่สุด

โดยผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ในการแสดงตำแหน่งของค่ามัธยฐาน (Median) สัญลักษณ์แสดงค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ หรือ Interquartile Range (IR) และสัญลักษณ์แสดงตำแหน่งที่ท่านได้ตอบคำถามในแบบสอบถามรอบที่ 2 ดังนี้

M สัญลักษณ์แสดงตำแหน่งของค่ามัธยฐาน (Median)

↔ สัญลักษณ์แสดงค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ หรือ Interquartile Range (IR)

\* สัญลักษณ์แสดงตำแหน่งของคำตอบที่ท่านได้ตอบคำถามไว้ในแบบสอบถามรอบที่ 2

ตัวอย่าง

ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	5	4	3	2	1	เหตุผล
1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ การมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ดี	M					
2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เด็ก วัยกลางคน ควรต้องมีความเข้าใจในผู้สูงอายุ		M				

### วิธีการตอบสอบถามรอบที่ 3

1. หากสัญลักษณ์แสดงตำแหน่งของคำตอบของท่าน ไม่อยู่ในค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ หรือ Interquartile Range (IR) และท่านไม่เห็นด้วยกับตำแหน่งค่ามัธยฐาน (Median) หรือตำแหน่งที่ผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่มีความเห็นสอดคล้องกัน ขอให้ท่านแสดงเหตุผลประกอบการยืนยันคำตอบของท่าน ลงในช่องเหตุผลด้วย

2. หากสัญลักษณ์แสดงตำแหน่งของคำตอบของท่าน ไม่อยู่ในค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ หรือ Interquartile Range (IR) แต่ท่านเห็นด้วยกับตำแหน่งค่ามัธยฐาน (Median) หรือตำแหน่งที่ผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่เห็นสอดคล้องกัน ท่านไม่ต้องแสดงเหตุผลในข้อคำถามนั้นแต่อย่างใด

แบบสอบถามนี้แบ่งเป็น 5 ส่วน มีข้อคำถามส่วนละ 10 ข้อ ใช้เวลาในการตอบข้อคำถามทั้งหมดประมาณ 15-20 นาที ซึ่งผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้เพื่อประกอบการศึกษาวิจัยเท่านั้น โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกบันทึกเป็นความลับ วิเคราะห์ประมวลผลตามหลักการทางสถิติ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถามเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการศึกษาดังกล่าว จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวโปรดปราน เพชรสด

ผู้วิจัย

ส่วนที่ 1 : ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง: โปรดใส่เครื่องหมาย  ลงใน  ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	5	4	3	2	1	เหตุผล
1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ การมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ดี	M ←*					
2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยการพึ่งพาตนเอง	M ←*					
3. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมการรวมกลุ่ม จัดกิจกรรมในชุมชน	M ←*					
4. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กับการมีครอบครัวที่อบอุ่น	M ←*					
5. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เด็ก วัยกลางคน ควรต้องมีความเข้าใจในผู้สูงอายุ	M ←*					

ส่วนที่ 2 : ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนในปัจจุบัน

คำชี้แจง: โปรดใส่เครื่องหมาย  ลงใน  ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนในปัจจุบัน	5	4	3	2	1	เหตุผล
1. ปัจจุบัน คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนมีพื้นฐานที่แตกต่างกัน		M * ↔				
2. ปัจจุบัน ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวที่ดูแลซึ่งกันและกัน	M * ↔					
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในปัจจุบันส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกัน	M * ↔ ↔					

ส่วนที่ 3 : ผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่มีผลต่อสังคมผู้สูงอายุในอนาคต

คำชี้แจง: โปรดใส่เครื่องหมาย  ลงใน  ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่มีผลต่อสังคมผู้สูงอายุในอนาคต	5	4	3	2	1	เหตุผล
1. การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุลดการพึ่งพาครอบครัวและสังคม	M ←*→					
2. การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ดี	M ←*→					
3. การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุ มีการออมไว้ใช้ยามเกษียณ	M ←*→					
4. การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงในการดำรงชีวิต	M ←*→					



ส่วนที่ 4 : วิสัยทัศน์ที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่

สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568

คำชี้แจง: โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน □ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

วิสัยทัศน์ที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568	5	4	3	2	1	เหตุผล
1. ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญต่อการออกกำลังกาย			M ←*			
2. ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญเรื่องภาวะสุขภาพ	M ←*					
3. ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่างๆ	M ←*					
4. ผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุในการเลิกใช้สารเคมี โดยใช้หลักขององค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว	M * ←*					
5. ผู้นำชุมชนส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพ	M ←*					
6. ผู้นำชุมชนส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในความพร้อมของประชากรวัยเด็กและวัยทำงานที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคต	M * ←*					

ส่วนที่ 5 : รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคม

ผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568

คำชี้แจง : โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน  ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2568	5	4	3	2	1	เหตุผล
1. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุมีองค์ความรู้ที่เหมาะสม	M * ←→					
2. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจเตรียมความพร้อมตั้งแต่วัยเด็ก		M * ←→				
3. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุมีองค์ความรู้แลกเปลี่ยน เพื่อการเรียนรู้และพัฒนาให้ดีขึ้น	M * ←→					
4. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุด้านสวัสดิการต่างๆ	M * ←→					
5. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุ มีหน่วยงานให้ข้อมูล คำแนะนำต่อผู้สูงอายุ	M * ←→					
6. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุ มีการออมเพื่อชีวิตหลังเกษียณ	M * ←→					

## ประวัติการศึกษาและการทำงาน

ชื่อ-สกุล นางสาวโปรดปราน เพชรสด  
 วัน เดือน ปีเกิด 10 สิงหาคม 2518  
 ภูมิลำเนา กรุงเทพมหานคร  
 ที่อยู่ปัจจุบัน 237 หมู่บ้านศศิวรรณ 1 ถนนหมู่บ้านเศรษฐกิจ แขวงบางแคเหนือ  
 เขตบางแค กรุงเทพมหานคร 10160

### ประวัติการศึกษา

วุฒิการศึกษา	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ปริญญาโท	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร	2558
ปริญญาตรี	มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา	2545
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	โรงเรียนพณิชยการจรัลสนิทวงศ์	2540
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	โรงเรียนเทคนิคพณิชยการจรัลสนิทวงศ์	2537
มัธยมศึกษาตอนต้น	โรงเรียนมัธยมวัดหนองแขม	2534
ประถมศึกษา	โรงเรียนสามัญวัดโบสถ์สามเสน	2528

### ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน

นักวิชาการศึกษาปฏิบัติการ

คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์และการออกแบบ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร  
 เลขที่ 168 ถนนศรีอยุธยา แขวงวิริยพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300

### ทุนการศึกษา

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร