

การพัฒนาแบบการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้วยการยกระดับพหุพลังของผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพึ่งพาตนเอง ด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอย่างยั่งยืน

วันที่รับ : 16 ตุลาคม 2568

อรรณวิทย์ สิงห์ศาลาแสง¹ และ จิรัญญา บุรีมาศ^{1*}

วันที่แก้ไข : 25 ธันวาคม 2568

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

วันที่ตอบรับ : 22 มกราคม 2569

*Corresponding author e-mail: jiranya.b@nrru.ac.th



บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการเสริมสร้างคุณภาพชีวิต และเพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาแบบการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้วยการยกระดับพหุพลังของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม แบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการพึ่งพาตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ อย่างยั่งยืน การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การศึกษาระดับดัชนีพหุพลังและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ในพื้นที่เป้าหมาย ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนาแบบการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้วยการยกระดับพหุพลังของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมแบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการพึ่งพาตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ อย่างยั่งยืน และระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอ้างอิง ประกอบด้วย Independent *t*-test และ Paired *t*-test ผลการวิจัย พบว่า 1) แบบการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้วยการยกระดับพหุพลังของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมแบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการพึ่งพาตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ อย่างยั่งยืน เรียกว่า “5ส. โมเดล: สัมฤทธิ์สูงวัยอย่างมีคุณภาพด้วยการบูรณาการเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ” มีระยะเวลาในการดำเนินการ 8 ครั้ง และ 2) ผลลัพธ์การพัฒนา พบว่า ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ดัชนีพหุพลังของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ดัชนีพหุพลังภาพรวม ($t = 4.180$, Mean diff. = 0.103, $p < 0.001$) ส่วนก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ดัชนีพหุพลังภาพรวม ($t = 3.962$, Mean diff. = 0.094, $p < 0.001$) ยิ่งไปกว่านั้น ส่วนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 16.996$, Mean diff. = 30.35, 95%CI: 26.81-33.88, $p < 0.001$) และก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 20.854$, Mean diff. = 32.57, $p < 0.001$) ทั้งนี้ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและระดับดัชนีพหุพลังในพื้นที่อื่น ๆ ได้อีกต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม, ดัชนีพหุพลัง, คุณภาพชีวิต

DEVELOPMENT OF A QUALITY OF LIFE ENHANCEMENT MODEL BY ELEVATING THE ACTIVE AGING POTENTIAL OF OLDER ADULTS THROUGH PARTICIPATORY LOCAL GOVERNMENT ENGAGEMENT FOR SUSTAINABLE SELF RELIANCE IN ECONOMIC SOCIAL AND HEALTH ASPECTS

Received: October 16, 2025

Atthawit Singsalasang¹ and Jiranya Bureemas^{1*}

Revised: December 25, 2025

¹Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University,

Accepted: January 22, 2026

Nakhon Ratchasima, Thailand

*Corresponding author e-mail: jiranya.b@nrru.ac.th



Abstract

The objectives of this research were to: 1) develop a model for enhancing the quality of life by elevating the active aging of social-bound elderly through participatory local government engagement for sustainable self-reliance in economic, social, and health aspects; and 2) study the outcomes of the developed model. The research was divided into 3 phases: Phase 1, the study of active aging index. Phase 2, the development process; and Phase 3, the study of development outcomes. Data were collected using questionnaires. The analysis of quantitative data was conducted using descriptive and inferential statistics, including independent t-test and paired t-test. The results illustrated that; 1) the model for enhancing quality of life by active aging enhancement among elderly in participatory of local administrative organizations in sustainable economic, social and health, is called the "5S model: quality aging through the integration of economy, society, and health" has been implemented for 8 times. And 2) the results from developing the enhancing model found that after participating in the activities, the active aging index of the social-bound elderly between the experimental group and the comparison group after participating in the activities according to the developed model were significantly different at the 0.05 level. That is, the overall vitality index ($t = 4.180$, Mean diff. = 0.103, $p < 0.001$). And the pre- and post-participation activities of the experimental group were significantly different at the 0.05 level. That is, the overall vitality index ($t = 3.962$, Mean diff. = 0.094, $p < 0.001$). In addition, the quality of life of the social-bound elderly between the experimental group and the comparison group after participating in the activities according to the developed model were significantly different at the 0.05 level ($t = 16.996$, Mean diff. = 30.35, 95%CI: 26.81-33.88, $p < 0.001$), and the pre- and post-participation activities of the experimental group were significantly different at the 0.05 level, namely, the quality of life ($t = 20.854$, Mean

diff. = 32.57, $p < 0.001$). Thus, the developed model can be further applied by the relevant authorities to carry out activities to promote the quality of life and active aging index levels in other areas.

Keywords: Social-bound elderly, Active aging index, Quality of life

ทั่วโลกกำลังเกิดปรากฏการณ์การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุหลาย ๆ ประเทศกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว คือการมีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 20.00 ขึ้นไป ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรโลก ทั้งอัตราการเกิดที่ลดลงและผู้คนมีอายุยืนยาวมากขึ้น ข้อมูลองค์การอนามัยโลกเผยว่า ในปี ค.ศ. 2030 หรือ 6 ปีเศษจากนี้ โลกจะมีประชากรที่อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วน 1 ใน 6 ของประชากร เพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า จาก 1 พันล้านคน ในปี ค.ศ. 2020 เป็น 1.4 พันล้านคน และเพิ่มเป็น 2.1 พันล้านคน ในปี ค.ศ. 2050 โดยจะมีประชากรที่อายุ 80 ปีขึ้นไปในสัดส่วนถึง 426 ล้านคน องค์การอนามัยโลกระบุว่า ในปี 2050 จำนวน 2 ใน 3 ของประชากรสูงวัยที่อายุเกิน 60 ปี จะอยู่ในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและประเทศรายได้ปานกลาง (World Health Organization, 2023) ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2567) พบว่า จำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยปี พ.ศ. 2537 มีผู้สูงอายุร้อยละ 6.8 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.00 ในปี พ.ศ. 2567 เมื่อพิจารณาตามเพศ พบว่า ผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชาย (ร้อยละ 57.90 และ 42.10 ตามลำดับ) และในทุกกลุ่มช่วงวัย ผู้สูงอายุหญิงมีจำนวนมากกว่าผู้สูงอายุชาย สำหรับการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามกลุ่มช่วงวัย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 59.30 รองลงมา คือ กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) ร้อยละ 29.80 และน้อยที่สุดคือกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 10.90 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) ทั้งนี้สัดส่วนของผู้สูงอายุที่สูงขึ้นย่อมหมายถึงภาระของรัฐ ชุมชน และครอบครัวในการดูแลสุขภาพที่มากขึ้น (อัจฉริยา ปัญญาแก้ว และคนอื่น ๆ, 2564) การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการพึ่งตนเองทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมากสำหรับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ เนื่องจากผู้สูงอายุต้องใช้ชีวิตในสังคมอีกยาวนาน จึงต้องมีความพร้อมทั้งด้านเศรษฐกิจ โดยมีรายได้เพื่อนำมาใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ความพร้อมด้านสังคมที่สามารถปรับตัวทันต่อสถานการณ์ทางสังคมที่การเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง และด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุเผชิญกับปัญหาภาวะเสื่อมของร่างกาย การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ อันส่งผลให้เกิดภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรง เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่รวมไปถึงการเกิดภาวะพึ่งพิงของคนอื่น ครอบครัว ชุมชนและสังคมตามมา หากผู้สูงอายุมีศักยภาพในการพึ่งตนเองจะช่วยให้รู้สึกมีคุณค่าทั้งต่อตนเองและสังคม เกิดเป็นสังคมที่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี (Dignity) มีส่วนร่วม (Participation) และได้รับการดูแล (Care) อย่างเหมาะสม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567)

ข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2565 จากการรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ มีจำนวน 511,968 คน ถือเป็นอันดับ 2 ของประเทศ รองจากกรุงเทพมหานคร (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) โดยจังหวัดนครราชสีมา มีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวานจำนวน 92,897 คน คิดเป็นร้อยละ 21.80 โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 200,859 คน คิดเป็นร้อยละ 47.13 โรคหลอดเลือดสมองจำนวน 20,816 คน คิดเป็นร้อยละ 4.88 ซึ่งถือได้ว่ามีอุบัติการณ์ค่อนข้างสูง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2565) ในส่วนพื้นที่ตำบลสัมฤทธิ์ อำเภอนิคมพัฒนา จังหวัดนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้สูงอายุจำนวน 1,952 คน (องค์การบริหารส่วนตำบลสัมฤทธิ์, 2566) ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุมีสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมสะสมมาเป็นเวลานานส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในช่วงวัยสูงอายุอย่างมากทั้งภาวะการเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ส่งผลถึงการประกอบอาชีพและการใช้ชีวิตประจำวัน มีภาระที่ต้องรับยาและทานยาต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง นอกจากนี้กลุ่มวัยผู้สูงอายุยังมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่ากลุ่มวัยอื่นที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาจก่อให้เกิดอัมพฤกษ์อัมพาต เกิดภาวะพึ่งพิง ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจทั้งระดับครอบครัว

และระดับประเทศที่จะต้องนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว อันส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในช่วงบั้นปลายของผู้สูงอายุตามมาได้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) โดยที่ดัชนีพหุพลัง (Active Ageing Index: AAI) ของผู้สูงอายุ เป็นดัชนีที่องค์การอนามัยโลกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้วัดระดับคุณภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ สำหรับดัชนีพหุพลังของผู้สูงอายุไทย ที่มีดัชนีย่อย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ (6 ตัวชี้วัด) ด้านการมีส่วนร่วม (4 ตัวชี้วัด) ด้านความมั่นคง (4 ตัวชี้วัด) และด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีภาวะพหุพลัง (2 ตัวชี้วัด) จากการรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2560 พบว่า ระดับพหุพลังของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมาจะแน่นอนเท่ากับ 0.645 อยู่ที่ลำดับ 68 ของประเทศ แต่เป็นลำดับสุดท้ายของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) ดังนั้น การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการพึ่งตนเองให้เป็นไปตามดัชนีพหุพลังจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะสามารถยืนยันได้ว่าผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งในระดับปัจเจกและระดับสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุอยู่ดีมีสุข ทั้งในด้านร่างกายจิตใจ มีความมั่นคงในชีวิตและมีส่วนร่วมในสังคม

แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ได้ระบุเกี่ยวกับยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม มีเป้าหมายการพัฒนาที่ให้ความสำคัญกับการดึงเอาพลังของภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาคเอกชน ประชาสังคม ชุมชนท้องถิ่น มาร่วมขับเคลื่อนการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการตนเอง และการเตรียมความพร้อมของประชากรไทยทั้งในมิติสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อมให้เป็นประชากรที่มีคุณภาพ สามารถพึ่งตนเองและทำประโยชน์แก่ครอบครัว ชุมชน และ สังคมให้นานที่สุด (ประกาศ เรื่อง ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561-2580), 2561) สอดคล้องกับยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ยุทธศาสตร์ที่ 5 การใช้องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ การวิจัยและนวัตกรรม (ววน.) เพื่อรองรับการท่องเที่ยว จากมูลค่าเพิ่มของภูมิปัญญาท้องถิ่น ศิลปวัฒนธรรม และยกระดับคุณภาพชีวิตของสังคมผู้สูงวัย แผนงานที่ 5 การวิจัยและนวัตกรรมเพื่อรองรับการท่องเที่ยว จากมูลค่าเพิ่มของภูมิปัญญาท้องถิ่น ศิลปวัฒนธรรม และยกระดับคุณภาพชีวิตของสังคมผู้สูงวัย และแผนยุทธศาสตร์วิจัยมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ระยะ 5 ปี 2566-2570 แผนงานที่ 5 การยกระดับชุมชนในการเสริมสร้างคุณค่าและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้วยวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม เป้าประสงค์ (O9) คือ ผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งตนเองได้ มีคุณค่าและสร้างมูลค่าเพิ่มให้แก่สังคมตามแนวทางการพัฒนาอย่างยั่งยืนเพิ่มขึ้น และมีระดับความสำเร็จตามดัชนีพหุพลังผู้สูงอายุสูงขึ้นด้วยการใช้ผลงานวิจัย องค์ความรู้ เทคโนโลยีและนวัตกรรม (มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, 2566) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เล็งเห็นว่าการที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต้องมีการบูรณาการทั้งด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจสร้างรายได้ในการเลี้ยงชีพ และด้านสังคมควบคู่กันไป เนื่องจากผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น แต่มีรายได้ลดน้อยลงเนื่องจากไม่สามารถไปทำงานได้เต็มที่เหมือนช่วงวัยทำงาน ทั้งนี้ การกำหนดนโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสำหรับส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุยังขาดการขับเคลื่อนในแบบบูรณาการทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพเช่นกัน จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะมีการผลักดันนโยบายดังกล่าวสำหรับหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อไป

จากข้อมูลที่กำลังมาข้างหน้า คณะวิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้วยการยกระดับพหุพลังของผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพึ่งพาตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอย่างยั่งยืน โดยประยุกต์กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสำหรับดำเนินการวิจัยในครั้งนี้มุ่งหวังให้เกิดผลลัพธ์ในการพึ่งพาตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ ของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน ภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่จำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถือได้ว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ การพัฒนาผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

ให้มีศักยภาพในการพึ่งตนเองได้และยังประโยชน์ที่สามารถดูแลผู้อื่นในชุมชนได้ อันจะช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม มีคุณค่าและสามารถสร้างมูลค่าเพิ่มให้แก่สังคมได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีระดับดัชนีพัฒนาพลังที่ดีขึ้น มีความสุขในการดำรงชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้วยการยกระดับพัฒนาพลังของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมแบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการพึ่งพาตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ อย่างยั่งยืน
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้วยการยกระดับพัฒนาพลังของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม แบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการพึ่งพาตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ อย่างยั่งยืน



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research: PAR) ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เลขที่ใบรับรอง HE-001-2568 โดยผู้วิจัยดำเนินการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้วยการยกระดับพัฒนาพลังของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม แบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพึ่งพาตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ อย่างยั่งยืน มีวิธีการดำเนินการวิจัยตามกระบวนการวิจัยและวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 8 เดือน เริ่มตั้งแต่เดือนมกราคม สิงหาคม 2568 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาระดับดัชนีพัฒนาพลังและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ในพื้นที่เป้าหมาย โดยมีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 2 เดือน เริ่มตั้งแต่เดือนมกราคม – กุมภาพันธ์ 2568 มีรายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลสัมฤทธิ์ อำเภอนิคมพัฒนา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 15 หมู่บ้าน มีผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 1,952 คน (องค์การบริหารส่วนตำบลสัมฤทธิ์, 2566) ทั้งนี้กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเป้าหมายที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นตัวแทนจาก 15 หมู่บ้าน แต่ละหมู่บ้านมีจำนวนแตกต่างกันตามความสมัครใจ ทั้งนี้มีกลุ่มเป้าหมายทั้งสิ้นจำนวน 70 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว สมาชิกในครัวเรือน การมีผู้ดูแล และพฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระดับดัชนีพัฒนาพลังผู้สูงอายุประกอบด้วย 1) ดัชนีสุขภาพ (Health Index: HI) ประกอบด้วย 6 ตัวชี้วัด 2) ดัชนีการมีส่วนร่วม (Participation index: PI) ประกอบด้วย 4 ตัวชี้วัด 3) ดัชนีความมั่นคง (Security index: SI) ประกอบด้วย 4 ตัวชี้วัด และดัชนีสภาพที่เอื้อต่อการมีพัฒนาพลัง (Enabling environment index: EI) ประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัด โดยการประเมินดัชนีพัฒนาพลังของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2560) ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.91 (Thanakwang et. al, 2014) สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0.000–0.499 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ 0.500–0.799 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และ 0.800–1.000 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-36V2.0 ประกอบด้วย ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านสุขภาพ เกณฑ์การแบ่งระดับคุณภาพชีวิต เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูงมีคะแนน 96-130 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพ

ชีวิตที่ดี ระดับปานกลางมีคะแนน 61-95 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ และระดับต่ำมีคะแนน 26-60 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถามที่สร้างขึ้น โดยทีมวิจัยที่ได้มีการปรับมาตรฐานสำหรับดำเนินการสัมภาษณ์เรียบร้อยแล้ว เพื่อให้การเก็บข้อมูลมีกระบวนการสัมภาษณ์ การใช้คำถาม และการบันทึกข้อมูลเป็นไปในทางเดียวกัน

4. การวิเคราะห์ข้อมูล โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด เพื่อนำเสนอข้อมูลทั่วไป ข้อมูลคุณลักษณะของผู้สูงอายุ และข้อมูลคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้วยการยกระดับคุณภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม แบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการพึ่งพาตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ อย่างยั่งยืน

โดยมีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 5 เดือน เริ่มตั้งแต่เดือนมีนาคม-กรกฎาคม 2568 แบ่งตามกระบวนการพัฒนาตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis, S. & McTaggart, R. (1998) ดังนี้

1. การวางแผน (Planning) มีกระบวนการดำเนินการวิจัย โดยนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาใช้ในการปรับปรุงรูปแบบฯ ตามข้อค้นพบเกี่ยวกับระดับคุณภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ที่สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ โดยกลุ่มเป้าหมายการวิจัยในขั้นนี้ ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง โดยเลือกตัวแทนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาจำนวน 10 คน ประกอบด้วย ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่จำนวน 2 คน ตัวแทนผู้สูงอายุจำนวน 4 คน ผู้นำชุมชนจำนวน 2 คน และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 2 คน ผู้วิจัยทำการถอดข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการบันทึกและการสังเกต สังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม ประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation influence control: AIC) ของ ชนัญธวีร์ ฐิตพัฒน์ (2552) นำมากำหนดรูปแบบการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้วยการยกระดับคุณภาพของผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพึ่งพาตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอย่างยั่งยืน นำเสนอร่างรูปแบบการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้วยการยกระดับคุณภาพของผู้สูงอายุต่อผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อประเมินและให้ข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ก่อนที่จะนำไปทดลองใช้ดำเนินการในขั้นต่อไป

2. ขั้นการปฏิบัติ (Action) โดยการนำรูปแบบการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้วยการยกระดับคุณภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมแบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการพึ่งพาตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอย่างยั่งยืน ที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการในพื้นที่/ชุมชน คือพื้นที่ตำบลสัมฤทธิ์ อำเภอนิคมพัฒนา จังหวัดนครราชสีมา โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มเป้าหมายตามความสมัครใจของผู้สูงอายุ โดยมีเกณฑ์คัดเลือก (Inclusion criteria) คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้วยการยกระดับคุณภาพของผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นตลอดระยะเวลาและกิจกรรมตามที่กำหนดจำนวน 70 คน

3. การสังเกตการณ์ (Observation) ทีมวิจัยและผู้มีส่วนร่วมดำเนินการติดตามการนำรูปแบบการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้วยการยกระดับคุณภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมแบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการพึ่งพาตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอย่างยั่งยืน ไปใช้ดำเนินการในพื้นที่เพื่อรับฟังข้อคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินการ

4. การสะท้อนผล (Reflection) ทีมวิจัยและผู้มีส่วนร่วมในพื้นที่นำข้อมูลที่ได้จากการติดตามมาสะท้อนผลการนำรูปแบบไปใช้เพื่อให้ข้อเสนอแนะและปรับปรุงรูปแบบตามข้อค้นพบในสถานการณ์จริง และจัดเวทีคืนข้อมูลแก่ชุมชนหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อรับฟังข้อเสนอแนะและนำมาปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการนำไปใช้ดำเนินการต่อไป

ระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนา

ผู้วิจัยดำเนินการประเมินผลการนำรูปแบบการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้วยการยกระดับพลังของผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคมแบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพึ่งพาตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ อย่างยั่งยืน โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนา 1 เดือน คือ เดือนสิงหาคม 2568 ทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีพลังพลังและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองจำนวน 70 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 70 คน ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด เพื่อนำเสนอข้อมูลทั่วไป ข้อมูลพลังพลังและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และการเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นด้วยสถิติ Independent *t*-test สำหรับการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และ Paired *t*-test สำหรับการเปรียบเทียบภายในกลุ่มก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนำเสนอด้วยค่า Mean difference ค่า 95%CI และค่า *p*-value



ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาระดับดัชนีพลังพลังและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ในพื้นที่เป้าหมาย

การศึกษาระดับดัชนีพลังพลังและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ในพื้นที่เป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลสมฤทธิ์ อำเภอนิคมพัฒนา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 15 หมู่บ้าน จำนวน 70 คน โดยศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ระดับดัชนีพลังพลังและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในพื้นที่เป้าหมาย ผลการศึกษาดังนี้

1. ดัชนีพลังพลังของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในพื้นที่เป้าหมาย พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในพื้นที่เป้าหมาย มีระดับดัชนีพลังพลังในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00 รองลงมาอยู่ในระดับสูงจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 21.43 และระดับต่ำจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 8.57 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.788 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 0.788$, S.D.=0.15, Min = 0.18, Max = 0.820) โดยมีรายละเอียดรายด้านตามที่ปรากฏในการนำเสนอผลการวิจัยก่อนการทดลองในระยะที่ 3

2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในพื้นที่เป้าหมาย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (มีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ) จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 74.29 รองลงมาอยู่ในระดับสูง (มีคุณภาพชีวิตที่ดี) จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 17.14 และอยู่ในระดับต่ำ (มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี) จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 8.57

ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้วยการยกระดับพลังของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมแบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพึ่งพาตนเอง ด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ อย่างยั่งยืน ผลการวิจัย พบว่า

1. รูปแบบการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้วยการยกระดับพลังของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมแบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพึ่งพาตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ อย่างยั่งยืน เรียกว่า “5ส. โมเดล: สมฤทธิ์สูงวัยอย่างมีคุณภาพด้วยการบูรณาการเศรษฐกิจ สังคม และ สุขภาพ” ได้แก่ 1) ส1 : สมฤทธิ์ คือ องค์การ

บริหารส่วนตำบลสัมฤทธิ์ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีบทบาทสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้วยการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมด้วยการสนับสนุนงบประมาณในการสร้างโรงเรียนผู้สูงอายุสัมฤทธิ์วิทยา การจัดหาอุปกรณ์ในการจัดกิจกรรม การจัดหาครูเกษียณอายุราชการปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้นำในการจัดกิจกรรมในโรงเรียน และการสนับสนุนงบประมาณต่าง ๆ เป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบด้านความมั่นคงและด้านการมีส่วนร่วม 2) ส2 : สูงวัย คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในพื้นที่ตำบลสัมฤทธิ์ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 15 หมู่บ้าน ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุสัมฤทธิ์วิทยาซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้วยการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมและด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีคุณภาพ 3) ส3 : เศรษฐกิจ คือ การจัดกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุสัมฤทธิ์วิทยาเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้วยการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมด้วยการพัฒนาทักษะการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ตามศักยภาพและสมรรถนะของผู้สูงอายุ โดยการขับเคลื่อนภูมิปัญญาท้องถิ่นสู่การสร้างผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ที่สามารถจำหน่ายก่อให้เกิดรายได้เป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบด้านความมั่นคง 4) ส4 : สังคม คือ การจัดกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุสัมฤทธิ์วิทยาเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้วยการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมด้วยการสร้างคุณค่าทางสังคมให้กับผู้สูงอายุโดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองได้ทั้งเรื่องสุขภาพและเศรษฐกิจ ลดภาวะพึ่งพิงต่อครอบครัวและชุมชน รวมถึงการช่วยเหลือสังคมหรือชุมชนที่อยู่อาศัยด้วยการเป็นจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงด้วยทักษะ ผู้สูงวัยนักบริหาร รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนอย่างสม่ำเสมอ เป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วม และ 5) ส5 : สุขภาพ คือ การจัดกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุสัมฤทธิ์วิทยา เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้วยการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ด้วยการพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักการดูแลตนเองตามหลัก 4 อ. และการพัฒนาทักษะผู้สูงวัย นักบริหาร เป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบด้านสุขภาพ

2. การดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้วยการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมแบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพึ่งพาตนเอง ด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ อย่างยั่งยืน แบ่งตามบทบาทของผู้มีส่วนร่วม ประกอบด้วย 1) องค์การบริหารส่วนตำบลสัมฤทธิ์ มีบทบาทจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของหน่วยงานในแต่ละรอบปีเพื่อการสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรม 2) หน่วยงานวิชาการ คือ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา จัดทำหลักสูตรเพื่อใช้ในการจัดกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุสัมฤทธิ์วิทยา จากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและสอดคล้องตามความต้องการและบริบทของพื้นที่/กลุ่มเป้าหมาย โดยหลักสูตรมีระยะเวลาในการดำเนินการ 8 ครั้ง 3) ผู้นำทำกิจกรรม คือ ครูเกษียณอายุราชการในพื้นที่ จำนวน 3 คน เป็นผู้ดำเนินกิจกรรมตามหลักสูตรที่พัฒนาขึ้น มีบทบาทในการประสานวิทยากร นัดหมายกลุ่มเป้าหมาย และจัดกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุสัมฤทธิ์วิทยา 4) กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในพื้นที่ตำบลสัมฤทธิ์ ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุสัมฤทธิ์วิทยา และ 5) หน่วยงานในพื้นที่ที่เข้าร่วมจัดกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุสัมฤทธิ์วิทยา อาทิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน (กศน.) เป็นต้น

3. สารการเรียนรู้ พบว่า สารการเรียนรู้ของหลักสูตรมีทั้งสิ้น 3 หมวด จำนวน 8 สารการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์กันและเชื่อมโยงกันตามการบูรณาการสามสอ คือ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านสุขภาพ ประกอบด้วย “ภาคภูมิบรรพบุรุษไทย สืบสานไว้ ภูมิปัญญา สืบสานไว้ สุขภาพดีมีสุข สัมฤทธิ์แสนสนุก ผ่อนคลายใจสงบ เคียงคู่ภูมิปัญญา และพาราณายแข็งแรง”

4. โครงสร้าง แบ่งรายละเอียดตามหลักสูตร ได้แก่ 1) หมวดการเรียนรู้ด้านสังคม ประกอบด้วย สารที่ 1 ภาคมิบรรพบุรุษไทย สารที่ 2 สืบสานไว้ประเพณี สารที่ 3 รู้พบผู้มาเยือน 2) หมวดการเรียนรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย สารที่ 1 สุขภาพดีมีสุข สารที่ 2 สัมฤทธิ์แสนสนุก สารที่ 3 ผ่อนคลายใจสงบ และ 3) หมวดการเรียนรู้ด้านเศรษฐกิจ ประกอบด้วย สารที่ 1 เคียงคู่ภูมิปัญญา และสารที่ 2 พาร่างกายแข็งแรง

ระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนา

1. เปรียบเทียบดัชนีพัฒนาพลังของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ดัชนีพัฒนาพลังของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ทั้งนี้พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย ดัชนีพัฒนาพลังภาพรวม (Mean diff. = 0.103, $p < 0.001$) รายละเอียดแสดงดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบดัชนีพัฒนาพลังของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=70)

ดัชนีพัฒนาพลัง	$\bar{X}$ (S.D.)	t	Mean diff.	95%CI	p -value
ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม					
ดัชนีพัฒนาพลังภาพรวม					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	0.788 (0.15)				
กลุ่มเปรียบเทียบ	0.772 (0.19)	0.553	0.016	-0.041-0.073	0.581
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	0.882 (0.13)				
กลุ่มเปรียบเทียบ	0.779 (0.16)	4.180	0.103	0.054-0.151	<0.001
ด้านสุขภาพ					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	0.724 (0.14)				
กลุ่มเปรียบเทียบ	0.736 (0.17)	0.455	-0.012	-0.064-0.040	0.649
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	0.896 (0.15)				
กลุ่มเปรียบเทียบ	0.740 (0.12)	6.794	0.156	0.11-0.201	<0.001
ด้านการมีส่วนร่วม					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	0.814 (0.37)				
กลุ่มเปรียบเทียบ	0.783 (0.28)	0.599	0.031	-0.078-0.140	0.577
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	0.926 (0.19)				
กลุ่มเปรียบเทียบ	0.776 (0.24)	4.099	0.150	0.077-0.222	<0.001

ตาราง 1 เปรียบเทียบดัชนีพหุพลังของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=70) (ต่อ)

ดัชนีพหุพลัง	$\bar{X}$ (S.D.)	<i>t</i>	Mean diff.	95%CI	<i>p</i> -value
ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม					
ด้านความมั่นคง					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	0.704 (0.35)				
กลุ่มเปรียบเทียบ	0.728 (0.27)	0.454	-0.024	-0.128-0.080	0.650
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	0.824 (0.18)				
กลุ่มเปรียบเทียบ	0.731 (0.22)	2.737	0.093	0.025-0.160	0.007
ด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพหุพลัง					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	0.771 (0.38)				
กลุ่มเปรียบเทียบ	0.775 (0.31)	0.068	-0.004	-0.119-0.111	0.945
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	0.878 (0.12)				
กลุ่มเปรียบเทียบ	0.779 (0.15)	4.311	0.099	0.053-0.144	<0.001

2. เปรียบเทียบดัชนีพหุพลังของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นของกลุ่มทดลอง พบว่า ดัชนีพหุพลังของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย ดัชนีพหุพลังภาพรวม (Mean diff. = 0.094, $p < 0.001$) รายละเอียดแสดงดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบดัชนีพหุพลังของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ของกลุ่มทดลอง (n=70)

ดัชนีพหุพลัง	$\bar{X}$ (S.D.)	<i>t</i>	Mean diff.	95%CI	<i>p</i> -value
ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม					
ดัชนีพหุพลังภาพรวม					
ก่อนการทดลอง	0.788 (0.15)				
หลังการทดลอง	0.882 (0.13)	3.962	0.094	0.047-0.140	<0.001
ด้านสุขภาพ					
ก่อนการทดลอง	0.724 (0.14)				
หลังการทดลอง	0.896 (0.15)	7.013	0.172	0.123-0.220	<0.001

ตาราง 2 เปรียบเทียบดัชนีพัฒนาพลังของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ของกลุ่มทดลอง (n=70) (ต่อ)

ดัชนีพัฒนาพลัง	$\bar{X}$ (S.D.)	<i>t</i>	Mean diff.	95%CI	<i>p</i> -value
ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม					
ด้านการมีส่วนร่วม					
ก่อนการทดลอง	0.814 (0.37)				
หลังการทดลอง	0.926 (0.19)	2.252	0.112	0.013-0.210	0.025
ด้านความมั่นคง					
ก่อนการทดลอง	0.704 (0.35)				
หลังการทดลอง	0.824 (0.18)	2.551	0.120	0.026-0.213	0.012
ด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพัฒนาพลัง					
ก่อนการทดลอง	0.771 (0.38)				
หลังการทดลอง	0.878 (0.12)	2.246	0.107	0.012-0.201	0.026

3. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff. = -1.29, $p = 0.565$) แต่ทั้งนี้พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Mean diff. = 30.35, $p < 0.001$) รายละเอียดแสดงดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=70)

คุณภาพชีวิต	$\bar{X}$ (S.D.)	<i>t</i>	Mean diff.	95%CI	<i>p</i> -value
ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	79.84 (12.26)				
กลุ่มเปรียบเทียบ	81.13 (14.18)	0.575	-1.29	-5.72-3.14	0.565
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	112.41 (4.52)				
กลุ่มเปรียบเทียบ	82.06 (14.24)	16.996	30.35	26.81-33.88	<0.001

4. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นของกลุ่มทดลอง พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Mean diff. = 32.57, $p < 0.001$) รายละเอียดแสดงดังตาราง 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นของกลุ่มทดลอง (n=70)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม	$\bar{X}$ (S.D.)	t	Mean diff.	95%CI	p-value
ก่อนการทดลอง	79.84 (12.26)				
หลังการทดลอง	112.41 (4.52)	20.854	32.57	29.48-35.65	<0.001



อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาของการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้วยการยกระดับพหุพลังของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมแบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพึ่งพาตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอย่างยั่งยืน พบว่าได้รูปแบบเรียกว่า “5ส. โมเดล: สัมฤทธิ์สูงวัยอย่างมีคุณภาพด้วยการบูรณาการเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ” ภายหลังจากนำรูปแบบไปทดลองใช้ในพื้นที่จริง พบว่า ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความแตกต่างด้านพหุพลังและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

1. ด้านพหุพลังของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ที่พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของดัชนีพหุพลังดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบนั้น และดัชนีพหุพลังของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นเพราะว่ารูปแบบการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้วยการยกระดับพหุพลังของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมแบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการพึ่งพาตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอย่างยั่งยืน คือ “5ส. โมเดล: สัมฤทธิ์สูงวัยอย่างมีคุณภาพด้วยการบูรณาการเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ” เป็นรูปแบบที่มีกิจกรรมในการพัฒนาดัชนีพหุพลังของผู้สูงอายุที่ครอบคลุมองค์ประกอบ ได้แก่ ด้านสุขภาพ คือ กิจกรรมพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุด้านการมีส่วนร่วม คือ การรวมกลุ่มทำกิจกรรมของผู้สูงอายุโดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงด้วยทักษะผู้สูงวัยนกับรบาล ด้านความมั่นคง คือ การได้รับการพัฒนาทักษะในการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ตามศักยภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงการส่งเสริมทักษะการอยู่บ้านปลอดภัยของผู้สูงอายุ และด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพหุพลัง คือ การเพิ่มทักษะการรู้เท่าทันเทคโนโลยีและการใช้เทคโนโลยีที่ส่งเสริมการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การเรียนรู้ข้อมูลด้านสุขภาพหรือข้อมูลที่สนใจผ่านสื่อเทคโนโลยี จึงทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลองมีดัชนีพหุพลังที่ดีขึ้นด้วยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรม และการจ้างครูเกษียณจำนวน 3 คน เป็นผู้ดำเนินกิจกรรมหลักในโรงเรียนผู้สูงวัย สัมฤทธิ์วิทยา ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการรวมกลุ่มทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุในพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉริยา ปัญญาแก้ว และคนอื่น ๆ (2564) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับพหุพลังสูงและปานกลาง มีสัดส่วนการใช้เวลาในกิจกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมที่ใกล้เคียงกัน ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีระดับพหุพลังต่ำไม่มีการใช้เวลาในกิจกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคม กิจกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมมีความจำเป็นมากในวัยสูงอายุและเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญสำหรับการมีภาวะพหุพลังที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพและการมีสุขภาวะที่ดี ดังนั้นการส่งเสริมให้เกิดสมดุลในการทำกิจกรรมและการคงไว้ซึ่งการมีส่วนร่วมทางสังคมจะนำไปสู่การมีภาวะพหุพลังในผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมทางสังคม การมีหลักประกันที่มั่นคงในชีวิต การที่ผู้สูงอายุได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรม

ต่าง ๆ ของทางชุมชนและหน่วยงานจัดขึ้นเพื่อส่งเสริมศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จัดกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ หน่วยงานสาธารณสุขจัดกิจกรรมประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ หรือหน่วยงานพัฒนาชุมชนติดตามและให้ความช่วยเหลือในด้านที่อยู่อาศัยและด้านอื่น ๆ เชิงสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งการรับรู้ถึงบทบาทของตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นวัยเกษียณนั้น ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงภาระหน้าที่จากงานประจำหรือกิจกรรมสำหรับกลุ่มวัยทำงานลดลงจึงทำให้รับรู้ว่าคุณเองมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน สังคม หรือหน่วยงานน้อยลงตามไปด้วย ดังนั้นการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนจึงสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมที่ดีขึ้นได้ สะท้อนถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงวัยสูงอายุตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaichuay (2025) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับดัชนีพฤติกรรมของผู้สูงอายุ คือ สิ่งแวดล้อมและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมดัชนีพฤติกรรมให้กับผู้สูงอายุควรพิจารณาถึงความต้องการของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ร่วมด้วยถึงจะเกิดความร่วมมือทั้งกลุ่มเป้าหมายและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อันจะส่งผลถึงความยั่งยืนของกิจกรรมนั้น ๆ ที่จะดำเนินการอย่างต่อเนื่องในชุมชนต่อไป

2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เป็นเพราะว่าผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมตาม “5ส. โมเดล: สัมฤทธิ์สูงวัยอย่างมีคุณภาพด้วยการบูรณาการเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ” นั้น ได้รับการพัฒนาศักยภาพตนเองในหลาย ๆ ด้านที่สอดคล้องกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ กิจกรรมพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุเป็นการส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจที่ดีขึ้น การรวมกลุ่มทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุในชุมชนเป็นการส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดีขึ้นและการได้รับการพัฒนาทักษะในการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ตามศักยภาพของผู้สูงอายุ การเพิ่มทักษะการรู้เท่าทันเทคโนโลยีและการใช้เทคโนโลยีที่ส่งเสริมการใช้ชีวิตประจำวัน กล่าวคือการเรียนรู้ว่าตนมีโอกาที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่างเป็นการส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมที่ดีขึ้น จึงทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นนี้เป็นไปตามความต้องการและความจำเป็นต่อการพัฒนาในแต่ละด้านของผู้สูงอายุรวมถึงการที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนการจัดกิจกรรม ซึ่งถือได้ว่าเป็นหัวใจสำคัญในการดำเนินงานในชุมชน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิวัฒน์ พุทธจร (2564) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหลังการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุอยู่ในระดับมากที่สุดและการศึกษาของ อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง และคนอื่น ๆ (2562) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดีร้อยละ 93.88 และ อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง และคนอื่น ๆ (2564) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการพัฒนาสมรรถนะสามารถดูแลสุขภาพและป้องกันการเกิดภาวะพึ่งพิงได้นอกจากนี้การศึกษาของ Ponce de León et al. (2020) ยังชี้ให้เห็นว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตและความทรงจำที่ชัดเจน ลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ยังคงมีกิจกรรม และมีองค์ประกอบหลักสองประการในการทำความเข้าใจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้น ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพและความพึงพอใจต่อตนเองของผู้สูงอายุโดยที่ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ ลดการพึ่งพาคนอื่น ย่อมทำให้ผู้สูงอายุรับรู้คุณค่าในตนเอง ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกัน มีโอกาสพบปะพูดคุยสารทุกข์สุกดิบในกลุ่มวัยเดียวกัน และกิจกรรม

ที่เข้าร่วมเป็นกิจกรรมที่มีการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ตรงตามความต้องการแล้วนั้นย่อมเป็นการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น



สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

รูปแบบการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้วยการยกระดับพลังของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมแบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพึ่งพาตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอย่างยั่งยืน เรียกว่า “5ส. โมเดล: สัมฤทธิ์สูงวัยอย่างมีคุณภาพด้วยการบูรณาการเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ” โดยผลลัพธ์จากการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบว่า ดัชนีพลังของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ที่พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของดัชนีพลังสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบนั้น และดัชนีพลังของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

หน่วยงานที่มีการจัดกิจกรรมกับผู้สูงอายุ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนและความต้องการของผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาดัชนีพลังและคุณภาพชีวิตด้วยกิจกรรมแบบบูรณาการทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอันจะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีอายุที่ยืนยาวมีสุขภาพที่ดี ลดการเกิดภาวะพึ่งพิง รวมถึงการมีช่องทางสร้างอาชีพที่เหมาะสมกับศักยภาพของผู้สูงอายุ เป็นโอกาสให้ผู้สูงอายุมีรายได้ในการเลี้ยงชีพต่อไป เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับรู้คุณค่าในตนเองหรือเห็นว่าตนเองมีคุณค่า เป็นการจรรโลงการเป็น ผู้สูงอายุในสังคมอย่างมีคุณภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการออกแบบการวิจัยและพัฒนาที่มีเป้าหมายในการพัฒนานวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมพลังและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ เพื่อให้ได้นวัตกรรมที่เป็นต้นแบบหรือแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ รวมถึงการสร้างการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในพื้นที่ได้ต่อไป



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกระบวนการวิจัยทุกท่าน และขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมาที่ได้สนับสนุนให้ได้รับทุนวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) งบประมาณด้าน ววน. ประเภท Fundamental Fund ประจำปีงบประมาณ 2568



เอกสารอ้างอิง

- มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. (2566). แผนยุทธศาสตร์วิจัยมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ระยะ 5 ปี 2566-2570.
- ชนัญญ์วีร์ จิตพัฒนานนท์. (2552). การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กระบวนการ AIC : กรณีศึกษาชุมชนในตำบลหนองไผ่ล้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา].
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *ดัชนีพัฒนาผู้สูงอายุไทย*. สำนักงาน.
- _____. (2565). *สถิติประชากรศาสตร์ ประชากรและเคหะ*. สำนักงาน.
- _____. (2567). *การสำรวจประชากรผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2567*. สำนักงาน.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. (2565). *ข้อมูลสุขภาพและสถานสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา*. สำนักงาน.
- ประกาศ เรื่อง ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561-2580). (2561, 13 ตุลาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 135 ตอนที่ 82 ก. หน้า 1-74.
- องค์การบริหารส่วนตำบลสัมฤทธิ์. (2566). *ข้อมูลประชากร*. องค์การ.
- อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง, ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์, พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์, รัชานนท์ งามใจรัก, และศิริพร พึ่งเพ็ชร. (2562). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ. ใน *วิเชียร ฝอยพิกุล (บ.ก.), ถักทองงานวิจัยท้องถิ่นก้าวไกลสู่สากล. การประชุมวิชาการและการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 11* (น. 1111-1120). สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
- อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง, ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์, และรัชานนท์ งามใจรัก. (2564). การพัฒนาหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพและป้องกันการเกิดภาวะพึ่งพิงในกลุ่มผู้สูงอายุ. *วารสารควบคุมโรค*, 47(4), 1005-1015. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/DCJ/article/view/247851>
- อภิวัฒน์ชัย พุทธจร. (2564). การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วยหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลนาโพธิ์ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา*, 8(3), 250-263. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JMND/article/view/251165>
- อัจฉริยา ปัญญาแก้ว, Hsiu-Yun Hsu, สุจิตพร เลอศิลป์, และสุภาวดี พุฒิน้อย. (2564). ระดับพัฒนาและรูปแบบการใช้เวลาในกิจกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 31(1), 177-188. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/250680>
- Chaichuay, P. (2025). Factors related to the active aging concept and functional capacity in the Thai elderly. *Journal of Health Science and Medical Research*, 43(1), e20241074. <https://doi.org/10.31584/jhsmr.20241074>
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1998). *The action research planner* (3rd ed.). Deakin University.
- Ponce de León, L., Lévy Mangin, J. P., & Ballesteros, S. (2020). Psychosocial determinants of quality of life and active aging. A structural equation model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), Article 6023. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176023>

- Thanakwang, K., Isaramalai, S. A., & Hatthakit, U. (2014). Development and psychometric testing of the active aging scale for Thai adults. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 1211–1221. <https://doi.org/10.2147/CIA.S66069>
- World Health Organization. (2023). *World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. WHO.