



ความหมายและองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: การวิจัยผสมวิธี
เพื่อสร้างโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เหมาะสมสำหรับชุมชนวัดบางปรง
จังหวัดฉะเชิงเทรา

MEANING AND COMPONENTS OF THE QUALITY OF LIFE AMONG THE ELDERLY:
MIXED METHODS STUDY FOR CREATING AN APPROPRIATE

เอกพล เคราเซ

บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2561

ความหมายและองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: การวิจัยผานวิธี
เพื่อสร้างโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เหมาะสมสำหรับชุมชนวัดบางปรอง
จังหวัดฉะเชิงเทรา



ปริญญานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ปีการศึกษา 2561
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

MEANING AND COMPONENTS OF THE QUALITY OF LIFE AMONG THE
ELDERLY:
MIXED METHODS STUDY FOR CREATING AN APPROPRIATE
QUALITY OF LIFE DEVELOPMENT PROGRAM IN WATBANGPRONG
COMMUNITY, CHACHOENGSAO PROVINCE



A Dissertation Submitted in partial Fulfillment of Requirements
for DOCTOR OF PHILOSOPHY (Applied Behavioral Sc.Research)
INSTITUTE OF RESEARCH IN BEHAVIORAL SCIENCE Srinakharinwirot University
2018

Copyright of Srinakharinwirot University

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

ความหมายและองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: การวิจัยผานวิธี
เพื่อสร้างโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เหมาะสมสำหรับชุมชนวัดบางปรอง
จังหวัดฉะเชิงเทรา

ของ

เอกพล เควาเซ

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

คณะกรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์

..... ที่ปรึกษาหลัก ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล) (ศาสตราจารย์ ดร.วรเวศม์ สุวรรณระดา)

..... ที่ปรึกษาร่วม กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัจฉรา ประเสริฐสิน) (รองศาสตราจารย์ ดร.ดุชนิ โยเหลา)

..... ที่ปรึกษาร่วม
(ศาสตราจารย์ศศิพัฒน์ ยอดเพชร)

ชื่อเรื่อง	ความหมายและองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: การวิจัยผานวิธี เพื่อสร้างโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เหมาะสมสำหรับชุมชน วัดบางปรอง จังหวัดฉะเชิงเทรา
ผู้วิจัย	เอกพล เคราเซ
ปริญญา	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา	2561
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำความหมายและองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมาสร้างโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เหมาะสมสำหรับชุมชนวัดบางปรอง จังหวัดฉะเชิงเทราด้วยการวิจัยผานวิธี แบ่งการวิจัยออกเป็น 4 ระยะ ระยะแรก มีจุดมุ่งหมายเพื่อทำความเข้าใจ กำหนดความหมายและองค์ประกอบ รวมถึงปัจจัยสาเหตุที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 เพื่อวิเคราะห์มุมมององค์ประกอบคุณภาพชีวิตตามทัศนะของผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรอง (บริบท) ด้วยวิธีวิทยาคิว ระยะที่ 3 เพื่อประเมินประเด็นปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจากบริบท ระยะที่ 4 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เหมาะสมสำหรับชุมชนวัดบางปรอง จังหวัดฉะเชิงเทรา

ข้อค้นพบระยะที่ 1 พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีความผันแปรไปตามบริบทของสังคมและสภาพแวดล้อม ความหมายและองค์ประกอบไม่สามารถแยกออกจากกันได้ สามารถจัดกลุ่มความหมายได้ทั้งหมด 4 กลุ่มประเภท ได้แก่ 1) การได้ใช้ชีวิตอย่างภาคภูมิ 2) การมีสมรรถนะของร่างกายและมีสุขภาพ 3) การมีปฏิสัมพันธ์และกิจกรรมทางสังคม และ 4) การได้เข้าร่วมและเข้าถึง สภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมที่เหมาะสม รวมถึงสังคมเสมือน ส่วนสาเหตุที่จะก่อให้เกิดคุณภาพชีวิต มี 2 ส่วนคือ ปัจจัยภายในจากตัวผู้สูงอายุเอง และปัจจัยภายนอก ในขณะที่ระยะที่ 2 พบว่า 1) การใช้ชีวิตอย่างภาคภูมิ 2) การเห็นแก่ประโยชน์ผู้อื่น 3) ความเข้าใจตนเองและผู้อื่น และ 4) ความมั่นคง ปลอดภัย และระบบนิเวศทางสังคมวัฒนธรรม คือคุณภาพชีวิตตามทัศนะของบริบทชุมชนนี้ ระยะที่ 3 ผลการสนทนากลุ่ม พบว่าต้องการแก้ปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับเป็นเรื่องเร่งด่วน ระยะที่ 4 จึงสร้างและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรอง หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เหมาะสม, ชุมชนวัดบางปรอง, จังหวัดฉะเชิงเทรา

Title	MEANING AND COMPONENTS OF THE QUALITY OF LIFE AMONG THE ELDERLY: MIXED METHODS STUDY FOR CREATING AN APPROPRIATE QUALITY OF LIFE DEVELOPMENT PROGRAM IN WATBANGPRONG COMMUNITY, CHACHOENGSAO PROVINCE
Author	EAKAPOL KRAUSE
Degree	DOCTOR OF PHILOSOPHY
Academic Year	2018
Thesis Advisor	Assistant Professor Dr. Numchai Supparerkchaisakul

The purpose of this research was to create an appropriate quality of life (QoL) development program for the elderly in Watbanprong community, using the meaning and components of the elderly's QoL. The study consisted of four phases: Phase one aimed to understand, explain the meaning and identify the key domains of the QoL of the elderly; phase two aimed to explore and identify the determinants of QoL among the elderly, according to their viewpoints using Q methodology; and phase three aimed to assess the problems and needs and phase four aimed to assess the efficiency of the program.

The findings of phase one revealed that: the QoL of the elderly varied according to their social context and environment. The meaning and key domains of QoL were indispensable and could be categorized into four themes: pride in living, physical competence and health, social interaction and activities, social participation and access to physical and social environment including cyberspace. There were two conditions that cause QoL among the elderly: internal and external conditions. The findings of phase two revealed that the QoL from the perspective of the elderly consisted of four determinants: pride in living, altruism, inter/intrapersonal understanding and security, safety, and sociocultural ecosystem. The focus group from phase three revealed that insomnia was their urgent need. Therefore, the QoL development program was created in phase four to solve this problem. The experiment revealed that sleeping quality and QoL of the experimental group was better than that of the control group with statistical significance of .01.

Keyword : Quality of life, the Elderly, Appropriate QoL Development Program, Wat Bang Prong Community, Chachoengsao province

กิตติกรรมประกาศ

รองศาสตราจารย์ ชูศรี วงศ์รัตน์ เป็นอาจารย์ที่ฉันรักและเคารพมาโดยตลอด เริ่มจากการอ่านหนังสือของท่าน สมัยเป็นนักเรียนชั้นมัธยมฯ 4 นอกจากท่านจะแนะนำให้ศิษย์มาเรียน ณ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์แล้ว ท่านยังมีเมตตาในการเขียนหนังสือรับรองที่ใช้สมัครเรียนอีกด้วย ณ เวลานั้น ฉันไม่มีแรงบันดาลใจใดในการศึกษาต่อระดับปริญญาเอก นอกจากอายุที่มากขึ้นและตกที่นั่งที่คนในครอบครัวเป็น ดร.กันไปหมดแล้ว

เวลาผ่านไป เกิดเหตุการณ์ต่าง ๆ มากมายในชีวิตในช่วงระยะที่ได้เรียน ณ ที่แห่งนี้ และแน่นอนว่าย่อมเกี่ยวข้องกับบุคคลต่าง ๆ มากมายเช่นกัน ทุกสิ่งล้วนเป็นเป้าหมายที่สร้างตัวตนให้เกิดประสบการณ์ชีวิตคนี่ขึ้นมาได้ หน้าที่กระตาคณนี้คงไม่เพียงพอที่จะกล่าวถึงบุคคล เหตุการณ์ สถานที่ต่าง ๆ ได้ทั้งหมด อย่างไรก็ตาม อยากรักก็บุคคลสำคัญที่ทำให้ฉันได้มาเขียนข้อความในหน้านี้ได้ มีรายนามดังต่อไปนี้

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล ท่านเป็นที่ปรึกษาหลักที่พูดน้อยแต่คำพูดของท่านประจักษ์ดังทองคำ สิ่งที่ท่านพูดมีค่าเหลือเกินทั้งในแง่วิชาการและการใช้ชีวิต ศาสตราจารย์ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร ท่านเป็นที่ปรึกษาร่วมที่เมตตาฉันอย่างเหลือล้น นับแต่วันแรกที่ฉันได้ติดต่อท่านผ่านทางไลน์และประโยคที่ท่านตอบรับการเป็นที่ปรึกษาอย่างถ่อมตนทั้ง ๆ ที่เป็นที่ประจักษ์ในแวดวงวิชาการว่าท่านมีความสามารถมากเพียงใด และที่ไม่มีวันลืม ท่านโอบกอดและยื่นมือส่งฉันจนคล้อยตา เวลาที่ฉันไปเรียนพบท่านที่บ้าน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อัจฉรา ประเสริฐสิน ท่านเป็นผู้หญิงแกร่งแต่อ่อนโยน ในยามที่ฉันหนีร้อนมาพึ่งเย็นและท่านได้รับไว้เป็นที่ปรึกษาร่วมโดยเมตตา แม้แต่วันที่ท่านอ่อนแอที่สุด ท่านก็คล้อยสายระบายนเลือดหลังผ่าตัดเพื่อมาสอบปกป้องให้ฉัน รองศาสตราจารย์ ดร. ดุษฎี โยเหลา ท่านเป็นเหมือนบ้านของฉัน บ้านที่เป็นที่พักพิง ไม่ว่าฉันจะเจออุปสรรคต่าง ๆ อย่างไร เมื่อฉันถึงบ้าน ทุกอย่างสงบ ร่มเย็น และทำให้เรามีแรงออกไปต่อสู้ทุก ๆ ครั้ง ถ้าฉันไม่มีบ้าน ฉันก็จะเป็นคนข้างถนน ไร้จุดหมาย เคว้งคว้างไร้ทิศทาง ศาสตราจารย์ วรเวช ศรีสุวรรณระดา ท่านเมตตาฉันเหลือล้น ทั้งที่ไม่เคยเป็นศิษย์เรียนที่จุฬาฯ มาก่อน ท่านเป็นทั้งผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์และเป็นทั้งประธานสอบปากเปล่า ท่านยอมรับด้วยความอ่อนโยน ไม่เคยปฏิเสธฉันแม้แต่ครั้งเดียวที่เข้าไปรบกวนท่าน ทั้ง ๆ ที่ท่านมีภาระงานมากมายและต้องเดินทางไปต่างประเทศอยู่บ่อยครั้ง

ฉันรู้ว่าฉันไม่เก่ง แต่ฉันเป็นคนโชคดี โชคดีที่ได้พบกับคนเหล่านี้ ที่คอยช่วยเหลือ เป็นกำลังใจ จากมืดเป็นสว่าง จากร้อนเป็นเย็น จากทุกข์เป็นสุข หากเอ่ยชื่อไม่หมดขอให้รู้ว่าทุกคนยืนอยู่ในใจเสมอ เป็นต้นว่า ผศ.ดร.นริศรา พึ่งโพธิ์ สก และ ผศ.ดร.สุภาสุกร จันประเสริฐ เป็นมือที่ช่วยเหลือ เป็นหูที่รับฟัง ไม่เคยทอดทิ้ง นำฝน พี่เบ๊บี ที่อนุเคราะห์ตรวจเครื่องมือให้ พี่นิน พี่เล็ก ที่อยู่เคียงข้าง แนะนำกันมาตลอดจนถึงขั้นส่งเอกสารจบ ออปลิ พี่แมว เกาะ ภูษ กัลยาณมิตร เพื่อนรักช่วยเหลือทุกอย่างด้วยกายและใจ ผศ.ดร.อ้อม รศ.ดร.นิตยา คนที่รักและห่วงฉันเสมอ พระครูโชติพัฒนกร เจ้าอาวาส วัดบางปรอง และผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรองทุกท่านที่อนุญาตร่วมมือร่วมใจอย่างดีในการวิจัย และสุดท้ายครอบครัวของฉัน แม่เล็ก โกหมวย ป้าวอฟัก น้องเจี๊ยบ พี่โจ้ ทอม ที่คอยเป็นกำลังใจ สนับสนุนทั้งทุนทรัพย์และโอกาสดี ๆ มาโดยตลอด ฉันคงไม่มีวันนี้เลยหากขาดครอบครัวที่รักและห่วงใยฉัน รวมทั้งคนที่ไม่สามารถลืมได้ “อาม่า”; นางแต่เมี่ยวไน้ ที่เป็นแรงบันดาลใจในการทำวิจัยตั้งแต่แรกเริ่ม

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง.....	ฎ
สารบัญรูปภาพ	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง	1
คำถามการวิจัย.....	8
คำถามหลัก	8
คำถามย่อย.....	9
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	9
ความสำคัญของการวิจัย	11
ขอบเขตของการวิจัย	11
ช่วงที่ 1 ทำความเข้าใจ นิยามความหมาย กำหนดองค์ประกอบ รวมถึงปัจจัยสาเหตุและ เงื่อนไขคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ฝัสนรวมจากมุมมองคนนอกและคนใน	11
ระยะที่ 1	11
ระยะที่ 2	12
ช่วงที่ 2 ประเมินปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชุมชนวัดบาง ปรัง รวมถึงศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชุมชน วัดบางปรังที่เป็นบริบทตัวอย่าง.....	13

ระยะที่ 3	13
ระยะที่ 4	13
นิยามศัพท์เฉพาะ	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	17
ผู้สูงอายุ (Aging)	17
ความหมายของผู้สูงอายุ	17
ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	19
แนวคิดผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (successful ageing)	25
แนวคิดผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์ (productive ageing)	27
แนวคิดผู้สูงวัยอย่างมีพลัง (active ageing)	29
คุณภาพชีวิต (Quality of life)	32
ความหมาย แนวคิด และองค์ประกอบ	32
ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต	38
วิธีวิทยาคิว (Q Methodology)	40
แนวคิดและความเป็นมาของวิธีวิทยาคิว	40
ขั้นตอนของวิธีวิทยาคิว	41
การวิจัยผสมวิธี (mixed methods research)	45
ความหมายและลักษณะสำคัญของการวิจัยผสมวิธี	45
การจำแนกชนิดหรือแบบของการวิจัยผสมวิธี (designs or typology)	46
กรอบแนวคิดในการวิจัย	53
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	55
วิธีดำเนินการวิจัยช่วงที่ 1	55

ระยะที่ 1 การทำความเข้าใจ นิยามความหมาย องค์ประกอบ รวมถึงปัจจัยสาเหตุและ เงื่อนไขคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	55
ระยะที่ 2 การใช้วิธีวิทยาในการกำหนดมุมมององค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ .59	
การบูรณาการผลการวิเคราะห์ข้อมูลในช่วงที่ 1	71
วิธีดำเนินการวิจัยช่วงที่ 2	72
ระยะที่ 3 การจัดสนทนากลุ่ม เพื่อประเมินประเด็นปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	72
ระยะที่ 4 การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่ ออกแบบมาเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรุง	80
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	121
ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ระยะที่ 1: การสัมภาษณ์เชิงลึก	121
ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ระยะที่ 2: วิธีวิทยา	141
ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ระยะที่ 3: การสนทนากลุ่ม	168
ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ระยะที่ 4: การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่ออกแบบมาเฉพาะสำหรับชุมชนวัดบางปรุง	176
บทที่ 5 สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	188
สรุปผลการวิจัย	191
สรุปผลการวิจัย ระยะที่ 1: การสัมภาษณ์เชิงลึก	191
สรุปผลการวิจัย ระยะที่ 2: วิธีวิทยา	192
สรุปผลการวิจัย ระยะที่ 3: การสนทนากลุ่ม	192
สรุปผลการวิจัยระยะที่ 4 การวิจัยเชิงทดลอง	193
อภิปรายผลการวิจัย	194
อภิปรายผลการวิจัย ระยะที่ 2: วิธีวิทยา	198
อภิปรายผลการวิจัย ระยะที่ 3: การสนทนากลุ่ม	201

อภิปรายผลการวิจัย ระยะที่ 4: การวิจัยเชิงทดลอง	202
อภิปรายวิธีวิจัยผสมวิธี	207
ข้อเสนอแนะ	210
ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้	210
ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป	211
บรรณานุกรม	212
ภาคผนวก.....	215
ภาคผนวก ก	216
ภาคผนวก ข	218
ภาคผนวก ค	230
ภาคผนวก ง	232
ประวัติผู้เขียน.....	234

สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 จำนวนองค์ประกอบที่เป็นมิติต่าง ๆ ของคุณภาพชีวิต	35
ตาราง 2 รูปแบบการจัดลำดับบรรยายการของคน 4 คน	44
ตาราง 3 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จากการเรียงบรรยายการ 10 ใบ	44
ตาราง 4 การจำแนกชนิด (typology) ตามแนวของ Teddlie; & Tashakkori	52
ตาราง 5 ผู้เชี่ยวชาญในการให้ข้อมูลสัมภาษณ์ สำหรับช่วงที่ 1 ระยะที่ 1	56
ตาราง 6 ผู้สูงวัยอย่างมีพลังในการให้ข้อมูลสัมภาษณ์ สำหรับช่วงที่ 1 ระยะที่ 1	57
ตาราง 7 โครงสร้างตามมุมมององค์ประกอบและจำนวนข้อความคว	61
ตาราง 8 ผู้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลและความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของการพัฒนาชุดคว	62
ตาราง 9 ผู้สูงอายุในการจัดสนทนากลุ่ม	75
ตาราง 10 กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการทดลอง	82
ตาราง 11 ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการเท่ากันของความแปรปรวนของกลุ่มทดลองและ ควบคุม (คะแนนคุณภาพการนอนหลับ)	85
ตาราง 12 ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการเท่ากันของความแปรปรวนของกลุ่มทดลองและ ควบคุม (คะแนนคุณภาพชีวิต)	85
ตาราง 13 ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการแจกแจงปกติของกลุ่มทดลองและควบคุม (คะแนน คุณภาพการนอนหลับ)	85
ตาราง 14 ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการแจกแจงปกติของกลุ่มทดลองและควบคุม (คะแนน คุณภาพชีวิต)	86
ตาราง 15 แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองในวิธีดำเนินการวิจัยระยะที่ 4	87
ตาราง 16 ตรวจสอบแนวคิดและที่มาของโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุ	91

ตาราง 17 กิจกรรมที่ 1 นอนหลับ คืออะไร - กิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อ ยกระดับคุณภาพชีวิต	100
ตาราง 18 กิจกรรมที่ 2 ฤาใจเป็นนาย และกายเป็นบ่าว - กิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการนอน หลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต	102
ตาราง 19 กิจกรรมที่ 3 เร็ว ๆ เข้า ตั้งปณิธานกัน- กิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อ ยกระดับคุณภาพชีวิต	103
ตาราง 20 กิจกรรมที่ 4 บ้านของฉัน น่านอนหลับ - กิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อ ยกระดับคุณภาพชีวิต	104
ตาราง 21 กิจกรรมที่ 5 แกว่งแขนขยับ พากันหลับโดยง่าย - กิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการนอน หลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต	105
ตาราง 22 กิจกรรมที่ 6 นวดเท้าสบายๆ ผ่อนคลายด้วยลูกแก้ว - กิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการ นอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต	107
ตาราง 23 กิจกรรมที่ 7 ชื่นใจกันแล้ว เคลิ้มหลับโดยพลัน - กิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการนอน หลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต	109
ตาราง 24 กิจกรรมที่ 8 ทุกคืนทุกวัน เพลงกล่อมเราเข้านิทรา - กิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการ นอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต	111
ตาราง 25 กิจกรรมที่ 9 ไทโรศัพท์พูดคุย ติดตามถาม และชื่นชม	114
ตาราง 26 เครื่องมือวัด/ประเมินและอุปกรณ์ที่ใช้ในกิจกรรมการอบรม	117
ตาราง 27 เมทริกซ์สหสัมพันธ์ การจัดเรียงบัตรรายการระหว่างผู้สูงอายุ 19 คน	143
ตาราง 28 ทดสอบความเหมาะสมของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์องค์ประกอบ	145
ตาราง 29 ค่าการร่วมกันก่อนและหลังสกัดองค์ประกอบ	147
ตาราง 30 จำนวนองค์ประกอบ ค่าไอเกน ค่าร้อยละของความแปรปรวน ค่าร้อยละของความ แปรปรวนสะสมในแต่ละข้อและแต่ละองค์ประกอบหลังสกัดองค์ประกอบ	148
ตาราง 31 จำนวนองค์ประกอบ ค่าไอเกน ค่าร้อยละของความแปรปรวน ค่าร้อยละของความ แปรปรวนสะสมในแต่ละข้อและแต่ละองค์ประกอบหลังหมุนแกน	149

ตาราง 32	น้ำหนักองค์ประกอบจากการหมุนแกนแบบมุมฉาก ด้วยวิธีเวกเตอร์.....	151
ตาราง 33	คะแนนองค์ประกอบของแต่ละข้อความคิด จำแนกตามมุมมององค์ประกอบ	152
ตาราง 34	คะแนนองค์ประกอบของข้อความที่เป็นลักษณะร่วมของมุมมององค์ประกอบ	155
ตาราง 35	ข้อความที่เป็นลักษณะร่วมของมุมมององค์ประกอบ (consensus statements)	156
ตาราง 36	เมทริกซ์สหสัมพันธ์คะแนนองค์ประกอบ.....	157
ตาราง 37	เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของการเรียงลำดับรายการคิด - มุมมององค์ประกอบ 1.....	158
ตาราง 38	เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของการเรียงลำดับรายการคิด - มุมมององค์ประกอบ 2.....	159
ตาราง 39	เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของการเรียงลำดับรายการคิด - มุมมององค์ประกอบ 3.....	159
ตาราง 40	เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของการเรียงลำดับรายการคิด - มุมมององค์ประกอบ 4.....	160
ตาราง 41	ข้อความที่โดดเด่นตามมุมมององค์ประกอบ - มุมมององค์ประกอบ 1	161
ตาราง 42	ข้อความที่โดดเด่นตามมุมมององค์ประกอบ - มุมมององค์ประกอบ 2	161
ตาราง 43	ข้อความที่โดดเด่นตามมุมมององค์ประกอบ - มุมมององค์ประกอบ 3	162
ตาราง 44	ข้อความที่โดดเด่นตามมุมมององค์ประกอบ - มุมมององค์ประกอบ 4	163
ตาราง 45	ข้อความที่ตกในมุมมององค์ประกอบ มากกว่า 1 องค์ประกอบ	164
ตาราง 46	ข้อความในมุมมององค์ประกอบ 1 - การใช้ชีวิตอย่างภาคภูมิใจ	165
ตาราง 47	ข้อความในมุมมององค์ประกอบ 2 - การเห็นแก่ประโยชน์ผู้อื่น.....	166
ตาราง 48	ข้อความในมุมมององค์ประกอบ 3 - ความเข้าใจตนเองและผู้อื่น.....	166
ตาราง 49	ข้อความในมุมมององค์ประกอบ 4 - ความมั่นคง ปลอดภัย และระบบนิเวศทางสังคม วัฒนธรรม.....	167
ตาราง 50	กลุ่มที่ใช้ดำเนินการทดลอง จำแนกตามเพศ	178
ตาราง 51	คุณภาพการนอนหลับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง	179
ตาราง 52	คุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง.....	180
ตาราง 53	คะแนนพัฒนาการสัมพัทธ์ในกลุ่มทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลอง	181

ตาราง 54 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนหลังทดลอง ก่อนขจัดอิทธิพลของตัวแปรร่วม	183
ตาราง 55 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนหลังทดลอง หลังขจัดอิทธิพลของตัวแปรร่วมออกแล้ว	183
ตาราง 56 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างก่อนและหลังคะแนนคุณภาพการนอนหลับ ด้วยการ วิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยให้คะแนนก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม (covariate).....	184
ตาราง 57 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนหลังทดลอง ก่อนขจัดอิทธิพลของตัวแปรร่วม	185
ตาราง 58 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนหลังทดลอง หลังขจัดอิทธิพลของตัวแปรร่วมออกแล้ว	186
ตาราง 59 ดัชนีความสอดคล้องของแต่ละกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	231



สารบัญรูปภาพ

หน้า

ภาพประกอบ 1 ขั้นตอนของการวิจัย ตามแนวคิดการวิจัยผานวิธี	10
ภาพประกอบ 2 สถานภาพและบทบาทที่ลดลงของผู้สูงอายุตามแนวคิดของ Cowgill & Holmes	24
ภาพประกอบ 3 แนวคิดผู้สูงวัยอย่างมีพลัง.....	31
ภาพประกอบ 4 แนวคิดคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุ.....	38
ภาพประกอบ 5 การเรียงบัตรรายการ 90 ใบ แบบถูกกำหนดของคน 1 คน.....	42
ภาพประกอบ 6 การเรียงบัตรรายการ 10 ใบ แบบถูกกำหนดของคน 4 คน.....	43
ภาพประกอบ 7 แบบแผนขั้นพื้นฐาน - convergent design.....	47
ภาพประกอบ 8 แบบแผนขั้นพื้นฐาน - explanatory sequential design	47
ภาพประกอบ 9 แบบแผนขั้นพื้นฐาน - exploratory sequential design	48
ภาพประกอบ 10 แบบแผนขั้นสูง - intervention design.....	49
ภาพประกอบ 11 แบบแผนขั้นสูง - social justice design	50
ภาพประกอบ 12 แบบแผนขั้นสูง - multistage evaluation design	51
ภาพประกอบ 13 กรอบแนวคิดของการวิจัย ช่วงที่ 1	53
ภาพประกอบ 14 กรอบแนวคิดของการวิจัย ช่วงที่ 2	54
ภาพประกอบ 15 ตัวอย่างบัตรรายการคิว	63
ภาพประกอบ 16 ขั้นตอนการสร้างข้อความ (ชุด) คิว	64
ภาพประกอบ 17 ตัวอย่างการแยกและเรียงข้อความคิว	66
ภาพประกอบ 18 ตำแหน่งต่าง ๆ ในวงสนทนาของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มและผู้เก็บรวบรวมข้อมูล	79
ภาพประกอบ 19 คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G star power.....	84

ภาพประกอบ 20 แนวคิด “ดอกไม้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ”	139
ภาพประกอบ 21 ความหมาย องค์ประกอบ ปัจจัยสาเหตุและเงื่อนไข ที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	140
ภาพประกอบ 22 scree plot ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบ	146
ภาพประกอบ 23 การผสมผลการวิจัยระยะที่ 1 และ 2 เพื่อใช้เป็นแนวคำถามการสนทนากลุ่มใน ระยะที่ 3.....	167
ภาพประกอบ 24 ความต้องการที่เหนือตัวตน หรือการหลุดพ้นจากตนเอง (self-transcendence)	196
ภาพประกอบ 25 เปรียบเทียบแนวคิด active ageing กับผลที่ได้จากการศึกษา	198
ภาพประกอบ 26 แนวคิดคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุของนายแพทย์ประเวศ วะสี	199
ภาพประกอบ 27 แนวคิด “นั่งร้านยก กระดกคาน ดอกไม้ (บาน) คุณภาพชีวิต	208

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

เมื่อกล่าวถึง “ผู้สูงอายุ” ภาพในมโนสำนึกเราเกือบทุกคนจะนึกถึงบุคคลที่มีสภาวะของสังขารที่ร่วงโรย มีริ้วรอยแห่งวัย และตรงข้ามกับสภาวะทางกายภาพที่รับรู้ได้เมื่อเทียบกับเด็กและวัยรุ่น พิจารณาถึงข้อมูลเชิงประจักษ์ในช่วง 50 ปีที่ผ่านมา สถานการณ์ด้านประชากรของประเทศไทย มีสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มอย่างรวดเร็ว อันสืบเนื่องมาจากเมื่อ 50 ปีก่อน ผู้หญิงหนึ่งคน มีบุตรเฉลี่ยมากกว่า 6 คน แต่ปัจจุบันมีบุตรเฉลี่ยน้อยกว่า 2 คน จึงทำสัดส่วนและจำนวนประชากรวัยเด็กลดลงอย่างรวดเร็ว กล่าวคือ จากที่มีสัดส่วนประชากรวัยเด็ก ร้อยละ 43.2 ในปี พ.ศ. 2503 ลงเหลือร้อยละ 19.8 ในปี พ.ศ. 2553 ในขณะเดียวกัน สัดส่วนประชากรสูงอายุจากร้อยละ 4.6 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 13.2 เมื่อเทียบกับปีเดียวกัน ตามลำดับ ประกอบกับข้อมูลประชากรสูงอายุไทย จากการคาดประมาณประชากรในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) แล้ว (ปราโมทย์ ประสาทกุล. 2559: 26; สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2560: 11; สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2557: ก-1) ความสำเร็จในการคุมกำเนิด การลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ การมีอายุที่ยืนยาวขึ้นยังผลให้อัตราการเกิดและอัตราการตายลดลง ปรากฏการณ์นี้ตามมาด้วยความท้าทายในประเด็นคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นภาวะสุขภาพที่ถดถอยลงตามวัย การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และการอยู่ในภาวะทุพพลภาพ หรือมีข้อจำกัดในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน และการตกอยู่ในภาวะความยากจนในสัดส่วนที่สูงกว่าประชากรวัยอื่น (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2555: 2)

ในปัจจุบันหลายฝ่ายต่างตระหนักถึงความสำคัญต่อการพัฒนาผู้สูงอายุในหลากหลายมิติ ดังประจักษ์พยานต่าง ๆ ที่ชี้ให้เห็นความสำคัญซึ่งถูกกำหนดเป็นวาระแห่งชาติ ไม่ว่าจะเป็นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2560: ออนไลน์) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. 2553) ตลอดจน

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (ฉบับแก้ไข พ.ศ. 2553) (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2553) เป็นต้น

แม้ว่าจะไม่ใช่เรื่องใหม่ หากแต่การพัฒนาผู้สูงอายุที่ผ่านมา และผลจากการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติทั้งสองรอบ ต่างชี้ให้เห็นว่ายังคงไม่สำเร็จตามเป้าประสงค์ที่วางไว้อย่างน่าพอใจในบางด้าน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ; และ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2559: ออนไลน์) ยิ่งไปกว่านั้น คณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย ได้เล็งเห็นความสำคัญว่า แม้จะมีกฎหมายมารับรองสิทธิให้แก่ผู้สูงอายุ ดังพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 แล้วก็ตาม แต่ยังมีข้อจำกัดต่าง ๆ จึงได้ยก “ร่าง พ.ร.บ. คุ่มครอง ส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พ.ศ. ...” (สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย. 2557) ขึ้น จะเห็นได้ว่า “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ” มีความสำคัญมากจนต้องนำขึ้นตราเป็นกฎหมายในร่าง พ.ร.บ. ใหม่ฉบับนี้

คุณภาพชีวิต (quality of life) เป็นประเด็นที่มีบทบาทสำคัญในแง่ความผาสุกของมนุษย์ ซึ่งคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่เกี่ยวกับสวัสดิการมนุษย์และความสุข (Oliver; et al. 1996) เป็นเรื่องที่มีพัฒนาการทางแนวคิดและทฤษฎีมาช้านาน สามารถนับได้ตั้งแต่มาสโลว์ ได้เสนอแนวคิดทฤษฎีลำดับขั้นของความต้องการ (Maslow. 1970) และต่อมานักวิชาการได้ศึกษาค้นคว้าและพัฒนาขยายความรู้กว้างขวางออกไปตามแนวคิดและกระบวนทัศน์ที่ผู้ศึกษาใช้ค้นคว้าและอธิบาย ไม่ว่าจะเป็น มุมมองที่มองคุณภาพชีวิต หมายถึง ความต้องการขั้นพื้นฐาน ซึ่งเป็นการมองคุณภาพชีวิตในมิติเดียว ไปจนถึงการมองในลักษณะพหุมิติ อันได้แก่ ความสุข (happiness) และการอยู่ดีมีสุข (well-being) (ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต; และวนิพพล มหาอาชา. 2550: 66-68; ศรีประภา เหล่าโชคชัยกุล. 2552: 1-2) ตลอดจนแนวคิดแบบแยกส่วน (reductionism) และแนวคิดแบบองค์รวม (holism) และแนวคิดแบบอภิมาน (meta-theory approach) ซึ่งมองคุณภาพชีวิตนั้นประกอบด้วยองค์ประกอบแบบวัตถุพิสัย (objective domain) และจิตพิสัย (subjective domain) (ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา, 2559) เหตุเพราะเป็นการยากที่จะนิยามคุณภาพชีวิต ให้เป็นที่ยอมรับโดยสากลในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ทั้งนี้เพราะ (สุภางศ์ จันทวานิช; และวิศนี ศิลตระกูล. 2539: 57-61) ประการแรก คือ คุณภาพชีวิตเป็นกระบวนการทางด้านจิตใจที่สามารถบรรยายตีความโดยผ่านตัวกรอบด้านความคิดและภาษาที่แตกต่างกัน ประการที่สอง แนวคิดนี้ขึ้นอยู่กับคุณค่าที่แฝงอยู่อย่างมาก ประการที่สาม การทำความเข้าใจต่อมนุษย์ ไม่สามารถยอมรับได้ หากกำหนดนิยามให้เป็นแบบเดียวกัน โดยไม่มีการคำนึงถึงค่านิยม ความแตกต่างด้านอายุ ช่วงชั้นทางสังคม และ

การศึกษา สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกที่ได้ให้คำจำกัดความตามแนวทาง global concept approach ว่า คุณภาพชีวิต คือ การรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะในชีวิตของตน ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและความหมายของระบบในสังคมที่พวกเขาอาศัยอยู่ และสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานของสังคมและสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา. 2559: 175) ดังนั้นจึงจะเห็นได้ชัดว่า คุณภาพชีวิตเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยากในการนิยามความหมาย เพราะมีเกณฑ์ แนวคิด แตกต่างกันไป ทั้งยังมีความลื่นไหลและแตกต่างที่ขึ้นอยู่กับบริบทอีกด้วย

ผู้วิจัยจึงเกิดคำถามว่า (1) “แท้จริงแล้ว คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คืออะไร มีความหมายว่าอะไร” (2) ความหมายนี้มีเพียงหนึ่งเดียว เป็นสากล หรือแปรเปลี่ยน เลื่อนไหลตามบริบทและ/หรือการตีความ (3) ใครเป็นผู้ให้หรือกำหนดความหมายนี้ จากคำถาม 3 ข้อนี้ นำไปสู่การทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สำหรับ คำถามแรกและคำถามที่สองนั้น พบว่า มีความซับซ้อน แปรเปลี่ยนตามบริบทแต่ละสังคม วัฒนธรรม ตามที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น สำหรับคำถามที่สามนั้น พบว่า โนลส์ (Knowles. 1980: 91-95) ได้ให้แนวทางของแหล่งในการค้นหาความรู้เพื่อนำไปพัฒนา 5 แหล่ง (sources) ดังนี้ คือ 1) จากตัวของเขาเอง (from the individuals themselves) 2) จากบุคคลที่มีบทบาทให้ความช่วยเหลือ (from people in “helping roles” with individuals) 3) จากสื่อมวลชน (from the mass media) 4) จากเอกสารและวรรณกรรมของผู้รู้ผู้เชี่ยวชาญ (from professional literature) และ 5) จากการสำรวจองค์กรและชุมชน (from organizational and community surveys) สามารถสรุปได้เป็น 2 แหล่งหลัก ๆ คือ จากตัวผู้สูงอายุเอง และจากบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ตัวผู้สูงอายุเอง ดังนั้นเพื่อให้ได้คำตอบของข้อ 3 ผู้วิจัยพิจารณาถึงลักษณะธรรมชาติของความรู้ในแง่ของการนำไปใช้ร่วมด้วย ตามแนวคิดของ Cochran-Smith และ Lytle (2001) กล่าวคือ ความรู้เพื่อการปฏิบัติ (knowledge for practice) และความรู้ในการปฏิบัติ (knowledge in practice) เพื่อนำไปสู่เจ้าของความรู้ หรือผู้ที่สามารถให้หรือกำหนดความหมายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ แหล่งที่ 1 จึงควรเป็นตัวผู้สูงอายุเอง ผู้วิจัยจึงหาความหมายจากผู้สูงวัยอย่างมีพลัง (active ageing) ในฐานะที่ตัวท่านย่อมมีองค์ความรู้ในการปฏิบัติ ท่านจึงเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยความหมายที่กำหนดนั้นเป็นกระบวนการผ่านการรับรู้ของตนเองในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมของตนเอง ถือได้ว่าเป็นความรู้ที่ฝังลึก (tacit knowledge) ซึ่งเป็นความรู้ที่อยู่ในตัวบุคคล อันเกิดจากการสังมประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ในขณะที่แหล่งที่ 2 คือบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ตัวผู้สูงอายุเอง จึงควรเป็นผู้รู้ เพราะผู้รู้หรือผู้เชี่ยวชาญนั้นเป็นบุคคลที่รวบรวมความรู้และประสบการณ์ต่าง ๆ ของแหล่งที่ 2) ถึง 5) ไว้กับตัวท่านแล้ว ซึ่งมีลักษณะความรู้แบบเพื่อการปฏิบัติ ถือได้ว่าเป็นความรู้ที่ฝังลึก และเป็นความรู้ที่ชัดแจ้ง (explicit

knowledge) รวมกัน ตัวอย่างเช่น งานวิจัย ตำรา หรือข้อเขียนต่าง ๆ ที่ท่านได้ถ่ายทอดเอาไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอีกประเด็นหนึ่งพบว่า จากการวิเคราะห์ห่อภิมานงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2543-2553 (นริศรา พึ่งโพธิ์สภ และฐาตุกร จันประเสริฐ. 2556) ข้อค้นพบที่ได้คือ กลุ่มปัจจัยด้านโปรแกรมจัดกระทำ/โปรแกรมทดลอง มีค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลมากที่สุด เมื่อเทียบกับปัจจัยด้านอื่น ๆ ย่อมเป็นเครื่องชี้ชัดว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่น่าจะได้ผลมากที่สุดคือการให้โปรแกรมจัดกระทำเพื่อพัฒนา ดังนั้นแนวทางที่น่าจะได้ผลมากที่สุด คือ การสร้างโปรแกรมจัดกระทำเพื่อนำมาใช้ในการส่งเสริมหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยจุดเริ่มต้นในการสร้างโปรแกรมการพัฒนานั้น จำเป็นต้องทำความเข้าใจถึงนิยามความหมายและองค์ประกอบต่าง ๆ ของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเสียก่อน จากนั้นจึงพิจารณาถึงความหมายที่แท้จริงที่ได้จากบริบทที่จะทำการพัฒนาซึ่งเป็นความหมายจากคนใน (emic view) เหตุเพราะจากการพัฒนาประเทศที่ผ่านมาให้ความสำคัญกับเทคโนโลยีในการตีความและปฏิบัติต่อแผนพัฒนาเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติ ดังเช่น ศาสตราจารย์เฮนรี่ จามริก (2529) ได้วิจารณ์ไว้ว่าเป็นจุดบกพร่องของการพัฒนาประเทศ ไม่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของประเทศ ซึ่งเป็นไปในทางเดียวกันกับความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิจากการสัมมนาวิชาการ แนวโน้มการวิจัยเพื่อการสร้างความรู้ใหม่ ในการป้องกันและแก้ปัญหาผู้สูงอายุในประเทศไทย เกี่ยวกับการวิจัยในผู้สูงอายุว่าการจัดโปรแกรมการพัฒนาให้ผู้สูงอายุ มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้ความสำคัญกับบริบท (context) ของผู้สูงอายุที่จะทำการพัฒนา (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร; อรพิชญา ไกร-ฤทธิ์; และอาชัญญา รัตนอุบล. 2559)

จุดหมายปลายทางของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ การจัดโปรแกรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมีชุมชนวังบางปรอง จังหวัดยะลาเป็นกลุ่มเป้าหมายตัวอย่างที่เป็นบริบทของการพัฒนาในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การถอดความรู้ที่ฝังลึกหรือถอดบทเรียนในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผสานกับความรู้ที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นความรู้ชัดแจ้งที่สั่งสมจากประสบการณ์ทำงาน และการทำวิจัย ซึ่งทั้งสองแหล่งนี้เป็นความรู้ในมุมมองจากคนนอก (etic view) แล้วจึงนำความรู้นี้ ไปผนวกกับปัญหาและความต้องการที่เกิดขึ้นจริงในบริบท จากนั้นจึงทำการออกแบบเพื่อพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตแก่ผู้สูงอายุของชุมชนวัดบางปรอง ดังนั้นโปรแกรมที่ได้จะมีลักษณะออกแบบมาโดยเฉพาะ (tailor-made) นอกจากจะใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแล้ว ยังสามารถตอบคำถามการพัฒนาในเชิงบริบทได้อีกด้วย

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า คุณภาพชีวิต มีความซับซ้อนในการนิยาม กำหนดความหมาย ที่ต้องผ่านตัวบท บริบทของทั้งสังคมและวัฒนธรรม การวัดหรือการประเมินคุณภาพชีวิตก็มีความสำคัญ ไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยคาดหวังให้โปรแกรมที่ถูกพัฒนาขึ้นนั้น จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น หลักฐานที่สามารถแสดงได้ในเชิงประจักษ์และเข้าใจได้ง่ายนั้นย่อมมาจากการวัดหรือประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หลังจากได้รับโปรแกรมการพัฒนาไปแล้ว อย่างไรก็ตาม ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา (2559: 178) ได้รวบรวมข้อควรคำนึง ก่อนการประเมินคุณภาพชีวิต ไว้ ดังนี้ 1) ต้องกำหนดขอบเขตหรือคำจำกัดความของ “คุณภาพชีวิต” ก่อนการประเมิน 2) ต้องกำหนดองค์ประกอบ (domains) และปัจจัยย่อย (aspects) ที่มีอิทธิพลต่อคำจำกัดความของ “คุณภาพชีวิต” อย่างชัดเจน 3) ต้องวัดทั้งวัดวัตถุวิสัย และจิตวิสัย (objective and subjective measurement) 4) ต้องจัดลำดับความสำคัญขององค์ประกอบโดยผู้ถูกประเมิน 5) กรอบแนวคิดและวิธีการประเมินควรสอดคล้องกับปรัชญาวิชาชีพของผู้ประเมิน เพื่อให้สามารถใช้ข้อมูลให้เกิดประโยชน์อย่างแท้จริง จากข้อควรคำนึงเหล่านี้ จะเห็นได้ว่าการวัด/ประเมินคุณภาพชีวิตนั้นมีความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวองค์ประกอบที่จะวัด/ประเมิน ผู้วิจัยจึงค่อนข้างให้ความสำคัญ เพราะสิ่งนี้จะสะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมที่จะประเมินหลังจากนำไปทดสอบใช้ต่อไป ซึ่งที่ผ่านมางานวิจัยในประเทศไทยส่วนใหญ่ การนิยามความหมายและกำหนดองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า จะนำเอากรอบแนวคิดทฤษฎีของบุคคลหรือองค์กรใดองค์กรหนึ่ง เช่น องค์การอนามัยโลก (WHO) Zahn (1992) Fillenbaum (1987) Flanagan (1982) เป็นต้น มาพัฒนาเป็นนิยามปฏิบัติการ ซึ่งเป็นการนำความรู้ในแบบเพื่อการปฏิบัติ มานิยามและกำหนดองค์ประกอบ แต่ยังไม่พบการนำ ความรู้เพื่อการปฏิบัติ และความรู้ในการปฏิบัติ มาบูรณาการในการกำหนดนิยามปฏิบัติการร่วมกัน และสำหรับประเด็นของการวัดในเชิงจิตวิสัยและการจัดลำดับความสำคัญขององค์ประกอบโดยผู้ถูกประเมินนั้น ผู้วิจัยได้เล็งเห็นเทคนิคการวิจัยหนึ่งที่เหมาะสม ได้แก่ วิธีวิทยาคิว (Q methodology) (Brown; & Good. 2010; Ramlo; & Newman. 2011; McKeown; & Thomas. 2013; สุขชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์; และกรรณิการ์ สุขเกษม. 2550: 2-12) ซึ่งเป็นวิธีวิทยาที่ถูกพัฒนาขึ้นมา ใช้ในการศึกษาสภาวะจิตวิสัย (subjectivity) ทั้งในระดับบุคคลและชุมชน ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาเกี่ยวกับ ความคิดเห็น เจตคติ ค่านิยม ความต้องการ รวมถึง คุณภาพชีวิต (quality of life) ได้อีกด้วย อีกทั้งยังถูกนำไปใช้กับหน่วยศึกษาที่มีข้อจำกัด เช่น ผู้ป่วย และผู้สูงอายุ เป็นต้น โดยหลักการคือ การเชื่อมโยงระหว่างการนำความเป็นจิตวิสัยที่สามารถสื่อสารได้ (subjective communicable) ซึ่งได้มาจากการอ้างอิงตนเอง (self-reference) มาแปลงหรือจัด

กระทำ/วิเคราะห์ในเชิงวัตถุวิสัย (objective analysis) ได้ โดยไม่ทำลายคุณสมบัติการอ้างอิงตนเอง จะเห็นว่า วิธีวิทยาควินั้นมีความเหมาะสมในด้านเนื้อหา (content) เหมาะสำหรับการใช้ในการศึกษากับผู้สูงอายุ (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์; และกรรณิการ์ สุขเกษม. 2550, McKeown & Thomas. 2013, Brown & Good. 2010) ดังนั้นการออกแบบและพัฒนาโปรแกรมในครั้งนี้ที่มีลักษณะออกแบบมาโดยเฉพาะ คำนึงถึงบริบทตัวผู้สูงอายุของชุมชนวัดบางปรongเป็นสำคัญ จึงใช้วิธีวิทยาควินเพื่อทำให้ทราบว่าความรู้เพื่อการปฏิบัติและความรู้ในการปฏิบัติเมื่อผสานกันแล้ว ในมุมมอง (viewpoints) ของผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรong คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนั้นมีความหมายและองค์ประกอบเป็นเช่นไร

ในขั้นการสร้างและพัฒนาโปรแกรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนั้น จะเห็นว่าการคำนึงถึงบริบทพื้นที่นั้นมีความสำคัญดังที่กล่าวไว้ แม้ความหมายและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปจะมีลักษณะคล้ายกัน หากแต่มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องอันเกิดจากสภาพแวดล้อมทางกายภาพ สภาพสังคม วัฒนธรรม จึงเป็นเหตุให้การพัฒนาผู้สูงอายุพื้นที่ใดหรือชุมชนใด ก็ควรสร้างโปรแกรมที่มีลักษณะเฉพาะให้เหมาะกับพื้นที่หรือชุมชนนั้น

การจัดโปรแกรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากเงื่อนไขของความซับซ้อนดังกล่าวมาข้างต้น ทำให้ไม่สามารถสำเร็จได้ในขั้นตอนเดียว เพื่อให้ได้มาเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิผล ทางเลือกหนึ่งที่เหมาะสมคือ การนำการวิจัยแบบผสมวิธี (mixed methods) มาประยุกต์ใช้ เหตุเพราะสามารถนำมาใช้เพื่อตอบคำถามวิจัยที่มีลักษณะซับซ้อน และใช้งานวิจัยเชิงปริมาณและงานวิจัยเชิงคุณภาพที่เหมาะสมที่สุดไปพร้อม ๆ กัน โดยผลจากการแปลผลและตีความร่วมกัน (คุชฎี โยเหลา. 2559: 42, 44 - 45)

สำหรับกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตนั้น ผู้วิจัยเลือกกลุ่มเป็นชุมชนวัดบางปรong บ้านบางปรong หมู่ที่ 9 ตำบลบางพระ อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา เนื่องจาก เป็นชุมชนที่มีลักษณะผสมผสานระหว่างเมืองและชนบท กล่าวคือ ด้วยทำเลที่ตั้งที่ไม่ไกลจากตัวเมือง สภาพภูมิประเทศ และชุมชนมีความเจริญเข้าถึง หากแต่เป็นลักษณะถนนที่เป็นทางผ่าน บ้านเรือนยังกระจายกันหลวม ๆ ไม่หนาแน่น จึงยังคงมีพื้นที่เกษตรกรรมและชุมชนแบบครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายผสมกัน ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยยังตื่นตัวในการมาประกอบพิธีกรรมทางศาสนาและกิจกรรมของชุมชน มีหัวหน้าชุมชนที่เป็นผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง มีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุและสมาชิกในชุมชนสม่ำเสมอ อีกทั้งขนาดชุมชนไม่เล็กและไม่ใหญ่จนเกินไป นอกจากนี้ ยังมีวัดบางปรongธรรมโชติการาม เป็นศูนย์กลางชุมชนที่ใช้ประกอบกิจกรรมทางสังคมและศาสนา รวมถึงเจ้าอาวาสซึ่งให้ความอนุเคราะห์ให้ใช้สถานที่ในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เป็นอย่างดี จึงเป็นเหตุให้

ผู้วิจัยเลือกชุมชนวัดบางปรอง เป็นพื้นที่บริบทในการศึกษาและนำโปรแกรมที่มีลักษณะออกแบบมาโดยเฉพาะตามปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน ไปทดลองใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นกรณีตัวอย่างของการใช้โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นข้อเท็จจริงเกี่ยวกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญต่อสัดส่วนประชากรในสังคมไทย แนวคิด ทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนความเหมาะสมตรงตามบริบทของผู้สูงอายุ กอปรกับจุดยืนกระบวนทัศน์ของผู้วิจัยที่เป็นแบบปฏิบัตินิยม (pragmatism) เน้นถึงวิธีการที่เหมาะสมและได้ผล นั้นย่อมนำมาซึ่งความรู้ นำมาซึ่งการตอบคำถามได้ ผู้วิจัยจึงตัดสินใจใช้การวิจัยแบบผสมผสานวิธี (mixed methods) ชนิด iterative sequential mixed designs (Teddle; & Tashakkori. 2009) โดยเน้นให้ได้ผลลัพธ์ คือ โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เหมาะสมสำหรับชุมชนวัดบางปรอง จังหวัดฉะเชิงเทรา

การวิจัยผสมผสานวิธีแบบตามลำดับครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ช่วง (strands) ได้แก่

ช่วงที่ 1 แบ่งเป็น 2 ระยะ **ระยะที่ 1** เป็นการใช่วิธีการเชิงคุณภาพทำการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เพื่อทำความเข้าใจ กำหนด ก) นิยามความหมายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ข) องค์ประกอบหรือมิติต่าง ๆ ของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และ ค) ปัจจัยสาเหตุ และเงื่อนไขที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ **ระยะที่ 2** ใช้วิธีวิทยาเชิงปริมาณเพื่อสืบค้นและกำหนดองค์ประกอบหรือมิติต่าง ๆ ของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามมุมมองของผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรอง ที่เป็นบริบทของการพัฒนาและทำการออกแบบโปรแกรมที่มีลักษณะเฉพาะเหมาะสมด้วยการนำสารสนเทศในข้อ ก) นิยามความหมาย มิติต่าง ๆ หรือองค์ประกอบ ที่ได้มาจากระยะที่ 1 พัฒนาเป็นบัตรรายการชุดคิว (Q set) แล้วจึงวิเคราะห์องค์ประกอบแบบคิว (Q – factor analysis) นำผลการวิเคราะห์ทั้งเชิงคุณภาพในระยะที่ 1 และเชิงปริมาณในระยะที่ 2 มาบูรณาการข้อสรุปร่วม (meta-interface) เพื่อให้เป็นคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตามมุมมองจากคนใน คือ มุมมองของผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรอง และนำสารสนเทศที่ได้ไปใช้ต่อในช่วงที่ 2 ของการสร้างและพัฒนาโปรแกรม

ช่วงที่ 2 ซึ่งเป็นขั้นของการสร้างและพัฒนาโปรแกรม รวมถึงการนำโปรแกรมไปทดลองใช้ในกรณีตัวอย่างชุมชนวัดบางปรองเพื่อทดสอบประสิทธิผล แบ่งเป็น 2 ระยะ เช่นกัน คือ **ระยะที่ 3** เพื่อให้เข้าใจบริบทของผู้สูงอายุในชุมชนว่ากำลังประสบปัญหา หรือมีความต้องการใดที่ควรได้รับการพัฒนา และเนื่องด้วยข้อจำกัดของการวิจัยที่ไม่สามารถจะสร้างโปรแกรมหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ในทุก ๆ เรื่อง ดังนั้นจึงต้องมีการประเมินความต้องการจำเป็น (need assessment) เพื่อให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการที่มีความจำเป็นสำคัญและเร่งด่วน

ที่สุดเสียก่อน โดยผู้วิจัยใช้วิธีการเชิงคุณภาพ คือ การจัดสนทนากลุ่ม (focus group discussion) กล่าวคือ ผู้วิจัยใช้คะแนนที่ได้จากแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-OLD) ทำการวิเคราะห์จัดกลุ่ม (cluster analysis) เพื่อกำหนดการคัดเข้า (inclusion) ของกลุ่มที่จะให้ได้รับโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (กลุ่มทดลอง) โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือเป็นกลุ่มที่ได้คะแนนต่ำและนำสารสนเทศที่ได้จากช่วงที่ 1 มาใช้เป็นโครงสร้างและแนวทางในการประเมินประเด็นปัญหาและความต้องการ เพื่อระบุและหาข้อสรุปในการจัดทำโครงการ วางแผน และออกแบบพัฒนาโปรแกรมฯ ต่อไป **ระยะที่ 4** เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ทำการตรวจสอบประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจากการนำ “ความรู้” ที่ผสมกันทั้งแบบความรู้เพื่อการปฏิบัติ ความรู้ในการปฏิบัติ ความรู้จากมุมมองคนนอก และความรู้จากมุมมองคนในที่ได้ในการวิจัยในช่วงที่ 1 ผสมเข้ากับปัญหาและความต้องการที่สำคัญและเร่งด่วนที่ได้มาจากบริบทผู้สูงอายุของชุมชนวัดบางปรอง มาออกแบบเป็นโปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรองในกลุ่มทดลองที่ได้คะแนนต่ำ ประเมินจากคะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-OLD) และการวิเคราะห์จัดกลุ่ม แล้วนำโปรแกรมไปทดลองใช้ (implement) จากนั้นวัดคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการให้โปรแกรม

ผู้วิจัยเล็งเห็นว่า งานวิจัยชิ้นนี้มีประโยชน์อย่างยิ่งต่อหลายฝ่าย ที่สามารถนำผลการวิจัย และรูปแบบการพัฒนาโปรแกรมไปใช้ได้ ไม่ว่าจะเป็นตัวผู้สูงอายุเอง ผู้วางนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ในการแก้ไข ป้องกัน ส่งเสริม สนับสนุนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตลอดจนผู้ปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโดยตรง เช่น ครอบครัวของผู้สูงอายุ นักพัฒนาชุมชน นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น โดยประโยชน์ดังกล่าวนี้ อยู่ในรูปของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่ตรงตามบริบทของผู้สูงอายุมีความเหมาะสมกับชุมชนวัดบางปรองหรือชุมชนอื่นที่มีปัญหาและความต้องการในลักษณะเดียวกัน สามารถนำไปปรับใช้กับผู้สูงอายุที่มีบริบทและความต้องการใกล้เคียงกันได้

คำถามการวิจัย

คำถามหลัก

โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เหมาะสม มีลักษณะออกแบบเฉพาะสำหรับชุมชนวัดบางปรอง จังหวัดฉะเชิงเทรา จะเป็นอย่างไร

คำถามย่อย

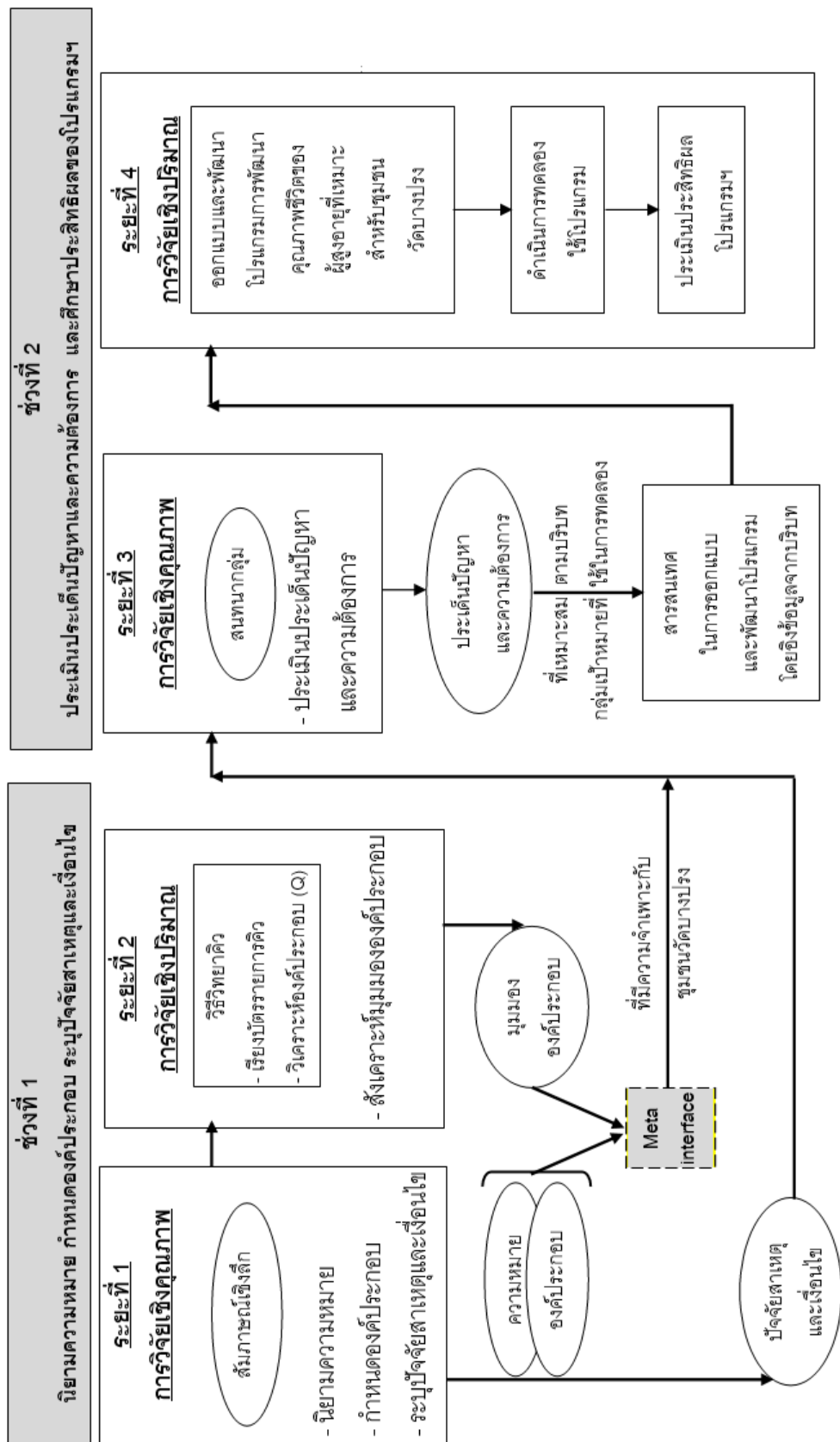
1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีนิยามความหมายว่าอย่างไร มีมิติต่าง ๆ หรือองค์ประกอบ ไດบ้าง
2. ปัจจัยสาเหตุ และเงื่อนไขใดที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หรือการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ
3. ความหมายและองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มาจากความรู้เพื่อการปฏิบัติและความรู้ในการปฏิบัติซึ่งเป็นมุมมองความรู้ของคนนอก มีส่วนใดที่เหมือนหรือต่างกับที่มาจากคนใน คือ จากมุมมองของผู้สูงอายุในชุมชนวัดบางปรอง จังหวัดฉะเชิงเทรา
4. โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นเฉพาะตามบริบทสำหรับชุมชนวัดบางปรอง จะมีประสิทธิผลหรือไม่ มากน้อยเพียงใด

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ผู้วิจัยออกแบบการวิจัย โดยใช้การวิจัยแบบผสมวิธี (mixed methods) ชนิด iterative sequential design ดำเนินการตามลำดับแบ่งออกเป็น 2 ช่วง (two-strand sequential mixed designs) มีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนวัดบางปรอง จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมีจุดมุ่งหมายเฉพาะ ดังต่อไปนี้

1. เพื่อทำความเข้าใจ กำหนดนิยาม ความหมาย มิติต่าง ๆ หรือองค์ประกอบ รวมไปถึงปัจจัยสาเหตุ และเงื่อนไขที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
2. เพื่อประเมินประเด็นปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยได้แสดงวิธีดำเนินการวิจัยในช่วงต่าง ๆ ของการวิจัย ตามแนวทางการวิจัยแบบผสมวิธีของ Tashakkori & Teddlie (2010) ดังภาพประกอบ 1 ซึ่งแสดงการวิจัยออกเป็น 2 ช่วง สอดคล้องตามความมุ่งหมายของการวิจัย และแสดงถึงการลำดับขั้น (sequence) ของการวิจัย ดังต่อไปนี้



ภาพประกอบ 1 ขั้นตอนของการวิจัย ตามแนวคิดการวิจัยสถานวิถี

ความสำคัญของการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ มีกรอบแนวคิดหลักคือคุณภาพชีวิต จุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเน้นให้ความสำคัญกับบริบท ประยุกต์ใช้การวิจัยแบบผสมวิธี เป็นวิธีวิทยาของวิจัยครั้งนี้ ผลการวิจัยจะช่วยให้เกิดองค์ความรู้ และประโยชน์ดังต่อไปนี้

ความรู้ในเชิงทฤษฎี ก่อให้เกิดความเข้าใจในความหมายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และทราบถึงมิติ/องค์ประกอบต่าง ๆ รวมถึงสาเหตุหรือเงื่อนไขที่นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งความรู้จะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปพัฒนารูปแบบ กิจกรรม และโปรแกรมต่าง ๆ ที่สอดคล้องตามบริบทที่จะนำความรู้ไปประยุกต์ใช้

ความรู้ในทางปฏิบัติ ข้อค้นพบที่ได้ คือ 1) ได้โปรแกรมการพัฒนาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความเหมาะสมกับบริบท สามารถนำวิธีการสร้างความรู้ที่มีความเหมาะสมเฉพาะ ไปปรับใช้กับผู้สูงอายุที่มีบริบทและความต้องการใกล้เคียงกันได้ 2) ได้ทราบประเด็นปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนที่ต้องการพัฒนา 3) ได้แนวทางและขั้นตอน ในการออกแบบและพัฒนา โปรแกรม กิจกรรม เพื่อพัฒนาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่มีความจำเพาะสอดคล้องกับบริบทที่จะใช้งาน

ขอบเขตของการวิจัย

เนื่องจากผู้วิจัยใช้การวิจัยผสมวิธีตามแนว Tashakkori & Teddlie (2010) จึงแบ่งออกเป็น 2 ช่วง (strand) ดังที่จะนำเสนอขอบเขตของการวิจัยแยกเป็นทีละช่วง ต่อไปนี้

ช่วงที่ 1 ทำความเข้าใจ นิยามความหมาย กำหนดองค์ประกอบ รวมถึงปัจจัยสาเหตุและเงื่อนไขคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผสมผสานรวมจากมุมมองคนนอกและคนใน

เพื่อให้ได้ข้อค้นพบ ในช่วงที่ 1 นี้ ผู้วิจัยออกแบบให้มีการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้การรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ได้ความรู้เพื่อการปฏิบัติ (knowledge for practice) และ ความรู้ใน การ ปฏิบัติ (knowledge in practice) จึงมีกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน และกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้สูงวัยอย่างมีพลัง (active ageing) จำนวน 3 ท่าน ได้จากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposeful sampling) และมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ

มีความรู้ความชำนาญ หรือจบการศึกษาในด้านที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ มีประสบการณ์การทำงาน หรือเป็นผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ไม่ต่ำกว่า 10 ปี สนใจในประเด็นที่ผู้วิจัยศึกษาสนใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้สูงอายุอย่างมีพลัง

1. เป็นผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ไม่ทุพพลภาพ สุขภาพแข็งแรง ไม่มีอาการเจ็บป่วยปรากฏให้เห็นชัดเจน
3. มีส่วนร่วมในสังคมอย่างสม่ำเสมอ เช่น เป็นสมาชิกของชมรม สมาคม มูลนิธิ ฯลฯ หรือมีกิจกรรมในชุมชนในลักษณะบำเพ็ญตนเป็นประโยชน์แก่ผู้อื่น
4. มีชื่อเสียงและผลงานเป็นที่ประจักษ์ในวงกว้าง หรือได้รับรางวัลทางสังคม ทั้งระดับชุมชนหรือระดับชาติ
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

ระยะที่ 2

กลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษา

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษา ได้จากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ตามวัตถุประสงค์ คือ

- 1) กลุ่มที่ใช้ในการเรียบเรียงบัตรรายการชุดคิว (Q set)

ผู้สูงอายุที่สมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียบเรียงบัตรรายการที่ได้จากการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง ของชุมชนวัดบางปรองธรรมโชติการาม บ้านบางปรอง หมู่ที่ 9 ตำบลบางพระ อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทราที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 19 คน

- 2) กลุ่มที่ใช้ในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลและความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ของคุณภาพเครื่องมือ (บัตรรายการชุดคิว)

ได้มาจากการเลือกตัวอย่างแบบ mixed methods ชนิด purposeful random sampling จำนวน 3 ท่าน นำมาจากผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์ทั้งสองกลุ่มของระยะที่ 1 เพื่อตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งหนึ่ง (members' check) ส่วนอีก 2 ท่าน คือ ผู้เชี่ยวชาญที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับผู้เชี่ยวชาญในระยะที่ 1 แต่เป็นบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุคคลของระยะที่ 1 รวมผู้ตรวจสอบทั้งสิ้นจำนวน 5 ท่าน

ช่วงที่ 2 ประเมินปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชุมชนวัดบางปรุง รวมถึงศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชุมชนวัดบางปรุงที่เป็นบริบทตัวอย่าง

ระยะที่ 3

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้การจัดสนทนากลุ่มเพื่อ ประเมินประเด็นปัญหาและความต้องการ ในการระบุและหาข้อสรุปการจัดทำโครงการ วางแผนและออกแบบ ทำการเลือกกลุ่มเป้าหมายจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มตำบลแบบเจาะจง จำนวน 11 คน ที่ได้จากการนำคะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของ องค์การอนามัยโลก (WHOQOL-OLD) มาทำการวิเคราะห์จัดกลุ่ม (cluster analysis)

ระยะที่ 4

กลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษา

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มเป้าหมายจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มตำบล จำนวน 16 คน ที่ได้จากการนำคะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-OLD) มาทำการวิเคราะห์จัดกลุ่ม (cluster analysis) แล้วเลือกตัวอย่างเข้ากลุ่มด้วยการจับคู่ (matching) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน

ตัวแปรจัดกระทำ

การได้รับ/ไม่ได้รับ โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ตัวแปรตาม

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ (elderly) หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่ในชุมชนวัดบางปรุง บ้านบางปรุง หมู่ที่ 9 ตำบลบางพระ อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และสมัครใจ เข้าร่วมการวิจัย

คุณภาพชีวิต (quality of life) หมายถึง การรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะในชีวิตของตน ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและความหมายของระบบในสังคมที่พวกเขาอาศัยอยู่ และสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานของสังคมและสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งวัดได้จากความคิดหรือความรู้สึกตามการรับรู้ ในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

ด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้สภาพทางร่างกายของผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับโรคภัยและความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณสมบัติไม่ต้องพึ่งพาอาศัยต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

ด้านจิตใจ หมายถึง การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึก ภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิการตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม หมายถึง การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

ด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (quality of life on the elderly) หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อสถานะในชีวิตของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและความหมายของระบบในสังคมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ และสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง สามารถวัดได้ด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-OLD) ฉบับภาษาไทย ซึ่งวัดได้จาก ความคิดหรือความรู้สึกตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ 6 ด้าน ได้แก่

1. การรับรู้ความสามารถทางประสาทสัมผัส และผลกระทบของการสูญเสียทางประสาทสัมผัส (การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรู้รส การสัมผัสรู้ทางผิวหนังเจ็บชา ร้อนหนาว เปียก เป็นต้น)

2. ความมีอิสระเสรี เป็นตัวของตัวเอง การไม่พึ่งพาหรือพึ่งพิงผู้อื่น การมีสิทธิเสรีในการตัดสินใจด้วยตนเองในเรื่องต่าง ๆ

3. ความพึงพอใจต่อความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา ความพึงพอใจต่อความสำเร็จในปัจจุบัน ความพึงพอใจต่อสิ่งที่รอคอย/ที่ยังไม่เกิด/ที่ยังไม่มาถึง

4. การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน ในชีวิตประจำวัน

5. การไม่มีความรู้สึกท้อแท้ กังวล และหวาดกลัวต่อความตาย/ต่อการเสียชีวิต

6. ความสามารถในการมีความสัมพันธ์แบบใกล้ชิด (ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล เช่น ความรัก เป็นต้น)

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (quality of life development for the elderly) หมายถึง แนวทางและกระบวนการในการจัด กิจกรรมหรือสิ่งที่เหมาะสมปฏิบัติ/หลีกเลี่ยงปฏิบัติเพื่อให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ให้สูงขึ้น วัดได้จากนัยสำคัญทางสถิติของคะแนนความแตกต่างระหว่างคะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-OLD) ก่อนทดลองและหลัง

ผู้สูงอายุอย่างมีพลัง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในชีวิต (successful ageing) และเป็นผู้ที่ยังสามารถทำคุณประโยชน์แก่สังคมได้ (productive ageing) โดยมีคุณลักษณะดังนี้ 1) มีสุขภาพะที่ดี ทั้งกาย จิต ปัญญา สังคม จิตวิญญาณ คือ ดูแลตนเองได้ มีสุขภาพะทางกายและจิตที่ดี และพึงพอใจในชีวิต 2) มีส่วนร่วมในสังคม คือ มีการพัฒนาความสามารถทางสังคม สามารถควบคุมตนเอง ทำสิ่งที่ปรารถนาตามศักยภาพของตน และมีอิสระในการดำเนินชีวิต 3) มีหลักประกันที่มั่นคง คือ พึ่งตนเองได้ มีการพัฒนาความสามารถทางเศรษฐกิจ และทำประโยชน์ให้ผู้อื่นและสังคม

การวิเคราะห์จัดกลุ่ม (cluster analysis) หมายถึง เทคนิคการแบ่งกลุ่มหน่วยข้อมูลออกเป็นกลุ่มย่อยอย่างน้อย 2 กลุ่ม ในที่นี้คือการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้ระดับคะแนนจากแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-OLD) สูงและต่ำออกจากกัน โดยมีหลักเกณฑ์ในการแบ่ง คือ ให้นำหน่วยที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันมีคะแนนที่ได้จากแบบวัดเท่ากันหรือใกล้เคียงกัน แต่หน่วยที่อยู่ต่างกลุ่มกันจะมีคะแนนที่ต่างกัน

การวิเคราะห์องค์ประกอบแบบคิว (Q – factor analysis) หมายถึง วิธีการทางสถิติที่ช่วยจัดกลุ่มมุมมอง (view point) ที่เป็นคุณสมบัติการอ้างอิงตนเอง (self-reference) ของหลาย ๆ บุคคล ที่มีความสัมพันธ์กัน เพื่อให้ได้คุณลักษณะที่ต้องการศึกษา โดยพิจารณาจาก ค่าไอเกนและค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่วิเคราะห์ได้ ซึ่งได้มาจากระบวนการตัดแยกข้อความคิว แล้วนำไปสร้างเมตริกซ์สหสัมพันธ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วม พิจารณาร่วมกับโครงสร้างเชิงทฤษฎี (construct) ที่ได้จากผลการวิจัยในช่วงที่ 1

ค่าไอเกน (eigen value) หมายถึง ค่าที่แสดงถึงองค์ประกอบนั้นเป็นมุมมองของบุคคลที่ร่วมกัน ซึ่งจะพิจารณาว่ามีองค์ประกอบจำนวนเท่าใดนั้น อาศัยเกณฑ์ที่ได้จากการคัดเลือกองค์ประกอบที่มีค่าไอเกนมากกว่า หรือเท่ากับ 1

ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างมุมมองกับองค์ประกอบ โดยพิจารณาได้จากการคัดเลือกองค์ประกอบที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.30 ประกอบกับเกณฑ์ 1.96 ($1/\sqrt{n}$) เมื่อองค์ประกอบมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การนอนหลับ หมายถึง การที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะผ่อนคลาย ส่งผลให้ความรู้สึกตัว การตอบสนองต่อสิ่งเร้าลดลง และการรับรู้ถึงสิ่งแวดล้อมลดลง

คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อการนอนหลับว่า รู้สึกนอนหลับอย่างเต็มที่ สนิท เพียงพอ และสดชื่นภายหลังจากตื่นนอน วัดจากคะแนนการประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิทส์เบิร์ก ฉบับภาษาไทย (The Pittsburgh sleep quality index, T-PSQI) โดยมีเกณฑ์คุณภาพการนอนหลับที่ดี คือ ได้คะแนนแบบประเมินน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน และผู้ที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี จะมีคะแนนมากกว่า 5 คะแนน จากคะแนนเต็มทั้งหมด 21 คะแนน

ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ หมายถึง การรับรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ การมีความวิตกกังวลในอันที่จะสูญเสียการควบคุมการนอนหลับ วัดจากแบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ ฉบับภาษาไทย (dysfunction belief and attitude about sleep: DBAS-16) โดยมีเกณฑ์พิจารณาว่า จากคะแนนแบบประเมิน 0-10 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนระหว่าง 0-3.8 คะแนน หมายถึง เป็นผู้ที่มีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับในระดับต่ำ ในขณะที่ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่า 3.8 คะแนนขึ้นไป ถือว่าเป็นผู้ที่มีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับเกินเกณฑ์ที่ดี

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อศึกษาความหมาย องค์ประกอบ แนวทางการพัฒนา เพื่อนำไปสู่การออกแบบและพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยอิงบริบทและมีประสิทธิผล พร้อมทั้งพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอีกด้วย นำการวิจัยผลงานวิธีมาประยุกต์ใช้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาเรียบเรียงและนำเสนอ ตามลำดับของช่วงการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1.3 แนวคิดผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (successful ageing)
 - 1.4 แนวคิดผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์ (productive ageing)
 - 1.5 แนวคิดผู้สูงอายุอย่างมีพลัง (active ageing)
2. คุณภาพชีวิต
 - 2.1 ความหมาย แนวคิด และองค์ประกอบ
 - 2.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต
3. วิธีวิทยาควิ (Q methodology)
4. การวิจัยผลงานวิธี
5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้สูงอายุ (Aging)

ความหมายของผู้สูงอายุ

เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุ จึงขอกล่าวถึงความหมายของผู้สูงอายุ และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุ เป็นลำดับ ดังนี้

คำว่า “ผู้สูงอายุ” ได้รับการบัญญัติขึ้นครั้งแรกในประเทศไทย โดย พล ต.ต. อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร ในการประชุมระหว่างแพทย์อาวุโส และผู้สูงอายุจากวงการต่าง ๆ เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ.2505 จนเป็นที่ยอมรับ เข้าใจ และใช้กันแพร่หลายในปัจจุบัน (สุรกุล เจนอบรม. 2532: 16)

สำหรับความหมายของคำว่า ผู้สูงอายุ นั้น ในภาษาอังกฤษ มีคำที่ใช้เรียกหลายคำ ไม่ว่าจะเป็น aging, ageing, the elderly, the senior citizens, the old age เป็นต้น มีผู้ได้ให้ความหมายคำว่า ผู้สูงอายุ ไว้มากมาย ดังที่ได้รวบรวมมาต่อไปนี้

วิกิพีเดีย สารานุกรม (2560: ออนไลน์) ได้ให้ความหมาย ผู้สูงอายุ หมายถึง มนุษย์ที่มีอายุอยู่ในช่วงปลายของชีวิต นิยามของผู้สูงอายุอาจแตกต่างกันไปเมื่อพิจารณาจากแง่มุมต่าง ๆ อาทิ ทางชีววิทยา ประชากรศาสตร์ การจ้างงาน และทางสังคมวิทยา ในทางสถิติมักถือว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุ 60-65 ปีขึ้นไป สำหรับประเทศไทย กำหนดไว้ว่าผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่จะมีสัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งประเทศสูงกว่าประเทศกำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ

สถาบันแห่งชาติผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา กำหนดผู้สูงอายุวัยต้น (young old) ไว้ที่อายุระหว่าง 60-74 ปี เป็นวัยที่ยังไม่ชรามาก ถ้าสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี เมื่ออายุ 75 ปีขึ้นไป จึงจะถือเป็นวัยชราอย่างแท้จริง (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ต้นศิริ. 2533: 4)

ฮาวิกเฮิร์สต์ (Havighurst. 1972: 17) นักจิตวิทยา ได้แบ่งวัยของบุคคลออกเป็น 6 ช่วงระยะ ดังนี้ คือ “วัยเด็กตอนต้น” เมื่อแรกเกิดถึงอายุ 5-6 ขวบ “วัยเด็กตอนกลาง” เมื่อ 5-6 ขวบ ถึง 12-13 ขวบ “วัยรุ่น” เมื่อ 12-13 ขวบ ถึง 18 ปี “วัยผู้ใหญ่” เมื่อ 18-35 ปี “วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง” เมื่อ 35-60 ปี และ “วัยผู้สูงอายุ” เมื่อ 60 ปีขึ้นไป

ชมรมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ได้กำหนดลักษณะของผู้สูงอายุไว้ว่า เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป คือใช้เวลาตามปฏิทินเป็นเกณฑ์ในการกำหนดผู้สูงอายุ เพราะเป็นเกณฑ์ที่กำหนดได้โดยสะดวก (กุลยา ตันติผลาชีวะ. 2525: 2)

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีพัฒนาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุของมนุษย์ ซึ่งเริ่มตั้งแต่เกิดและดำเนินต่อไปจนสิ้นสุดอายุขัยของสิ่งมีชีวิตนั้น ๆ และกำหนดให้บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุ (กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงมหาดไทย. 2525: 11)

ประสพ รัตนกร (2529: 18) กล่าวว่า “วัยสูงอายุ” อาจเรียกว่า วัยงาม หรือวัยวัฒนา ต่างประเทศใช้คำว่า Golden Age

ในสังคมสมัยใหม่ มักใช้อายุเกณฑ์ในการกำหนดความหมายของผู้สูงอายุซึ่งก็แตกต่างกันไปในแต่ละสังคม เช่น มาเลเซีย อาฟริกา กำหนด 55 ปี สวีเดน เดนมาร์ก กำหนด 70 ปี สหรัฐอเมริกา 65 ปี ซึ่งตัวเลขอายุเหล่านี้ คือ เกณฑ์อายุปลดเกษียณของแต่ละประเทศนั่นเอง

(พิสมัย พลายนาม. 2539: 19) ดังนั้นการล่องเข้าสู่วัยชรา หรือการเป็นผู้สูงอายุในแต่ละประเทศก็จะแตกต่างกันไป นอกจากจะพิจารณาจากเกณฑ์อายุปลดเกษียณแล้ว ยังอาจพิจารณาจาก อายุเฉลี่ยของประชากรประกอบด้วย ยกตัวอย่างเช่น ในประเทศกำลังพัฒนา ดังเช่น ประเทศไทย จะอยู่ที่ประมาณ 75 ปีสำหรับเพศหญิง และ 70 ปีสำหรับเพศชาย ซึ่งนับเป็นอายุเฉลี่ยที่ต่ำกว่าเกณฑ์ของประชากรในประเทศที่พัฒนาแล้ว ตัวอย่างเช่น อายุเฉลี่ยของคนญี่ปุ่น ประชากรจะมีอายุเฉลี่ยที่ 85 ปีขึ้นไป เป็นต้น ดังนั้นการล่องเข้าสู่วัยชราภาพของผู้สูงอายุไทยจึงน่าจะเร็วกว่าของประเทศตะวันตกด้วย (เพ็ญแข ประจันปัจฉินก. 2549: สัมภาษณ์)

สำหรับประเทศไทยที่ถือกำหนดอย่างเป็นสากลและระบุไว้ในกฎหมายมีปรากฏว่า คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติได้กำหนดไว้ใน พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 (2546: 1) โดยให้คำจำกัดความไว้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย อย่างไรก็ตาม ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าพัฒนางศ์ (2559; 2553) ได้ให้ข้อสังเกตว่าการระบุให้ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปนั้น การเหมารวมเช่นนั้นเป็นการมองผู้สูงอายุที่หยาบเกินไป ซึ่งจะทำให้เรามองภาพผู้สูงอายุได้ไม่ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัจจุบันผู้คนมีชีวิตยืนยาวขึ้น อายุคาดเฉลี่ยเมื่อเกิดได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก จาก 58 ปี เมื่อ 50 ปีก่อน เป็น 73 ปี ในปัจจุบัน ชีวิตที่เหลืออยู่เมื่อคนมีอายุสูงขึ้นก็ยาวนานขึ้นด้วยเช่นกัน จึงเสนอให้ใช้อายุ 65 ปี เป็นอายุขั้นต่ำของผู้สูงอายุ แทนอายุ 60 ปี เหตุผลคือ เมื่ออายุถึง 65 ปี คนไทยปัจจุบันจะมีชีวิตที่เหลืออยู่เฉลี่ยอีก 17 ปี เท่ากับชีวิตที่เหลืออยู่ของคนไทย อายุ 60 ปี เมื่อ 50 ปีก่อน และถ้าหากประเทศไทยเปลี่ยนนิยามผู้สูงอายุตามที่เสนอนี้แล้ว จำนวนผู้สูงอายุในปัจจุบันและอนาคต จะลดน้อยลงอย่างมากซึ่งจะทำให้อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุลดลง และภาระที่รัฐต้องแบกรับในการให้สวัสดิการผู้สูงอายุ ก็จะลดลงอย่างมาก (ปราโมทย์ ประสาทกุล. 2559; ปราโมทย์ ประสาทกุล; และปัทมา ว่าพัฒนางศ์. 2553)

จากความหมายของผู้สูงอายุที่กล่าวมา สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีพัฒนาการในระยะสุดท้ายของช่วงชีวิตมนุษย์ ถือได้ว่าเป็นช่วงวัยงามหรือวัยทอง โดยนับเมื่อบุคคลมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และอาจกำหนดให้มากหรือน้อยกว่านี้ก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละสังคม

ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

จากการศึกษาเอกสารและทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ตลอดจนการอธิบายถึงการเป็นผู้สูงอายุ พบว่า การใช้มุมมองทางพฤติกรรมศาสตร์ที่สร้างองค์ความรู้แบบบูรณาการ โดยการ

ผสานความรู้จากศาสตร์ต่าง ๆ ตั้งแต่ 2 สาขาวิชาขึ้นไป (ดุษฎี โยเหลา. 2559: 37) จะช่วยให้อธิบายถึง “ผู้สูงอายุ” ได้ชัดเจนมากกว่าการใช้ทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่ง หรือมุมมองจากศาสตร์ใดเพียงศาสตร์เดียว ซึ่งทำให้พบว่ามีการศึกษาถึงสาเหตุต่าง ๆ แห่งความสูงอายุไว้มากมาย และมีทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสูงอายุหลายทฤษฎี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการอธิบายเพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้อย่างมีหลักเกณฑ์ มีเหตุผล และเป็นที่ยอมรับได้ ดังนี้

ศูนย์วิจัยผู้สูงอายุบัลติมอร์ (ประมวญ คิตคินสัน. 2520: 10) ในสหรัฐอเมริกา ได้อธิบายถึง ระบบร่างกายที่เกี่ยวกับความชราอยู่ 2 ระบบ ได้แก่

1. ระบบผลิตฮอร์โมน (Endocrine System)
2. ระบบความต้านทานโรค (Immune System)

ซึ่งถ้าสองระบบนี้ทำงานอยู่ดี คนเราก็ดำรงความเป็นหนุ่มสาวอยู่ได้นาน และถ้าเกิดความผิดปกติหรือบกพร่องในการทำงานของสองระบบนี้แล้ว ก็จะทำให้มนุษย์เกิดความชราได้เร็ว

นอกจากนี้ ยังมีการอธิบายถึงความชราไว้หลากหลาย ซึ่งพอจะประมวลสรุป เป็นสาระเกี่ยวกับทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ไว้เป็น 3 กลุ่ม ตามศาสตร์ (disciplines) ดังนี้ (โกศล มีคุณ. 2542: 10 – 12)

1. ทฤษฎีเกี่ยวกับด้านชีววิทยา
2. ทฤษฎีเกี่ยวกับด้านจิตวิทยา
3. ทฤษฎีเกี่ยวกับด้านสังคมวิทยา

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ทฤษฎีเกี่ยวกับความชราด้านชีววิทยา เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุของความชราของร่างกาย ทฤษฎีกลุ่มนี้มี 3 ทฤษฎีย่อย ดังนี้

1.1 ทฤษฎีทำลายตนเอง (autoimmunity theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความชราเกิดจากร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลง พร้อมกับมีการสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองมากขึ้น ร่างกายจึงต่อสู้กับเชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมได้ไม่ดี ทำให้เกิดความเจ็บป่วยง่าย และเมื่อเกิดแล้ว ก็มักจะรุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิต

1.2 ทฤษฎีความผิดพลาด (error theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่อคนมีอายุมากขึ้น ๆ ยีนจะค่อย ๆ เกิดความผิดพลาด และความผิดพลาดจะมากขึ้น ๆ จนถึงจุดที่ทำให้เซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายเสื่อม และหมดอายุลง

1.3 ทฤษฎีเรดิคัลอิสระ (free radicals theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าภายในร่างกายของมนุษย์มีเรดิคัลอิสระ หรืออนุมูลอิสระเกิดขึ้นอย่างมากและตลอดเวลา ซึ่งจะทำให้ยีนเกิดความผิดปกติ

2. ทฤษฎีเกี่ยวกับความชราด้านจิตวิทยา เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีบุคลิกลักษณะเปลี่ยนแปลงไป ทฤษฎีกลุ่มนี้มี 2 ทฤษฎีย่อย ดังนี้

2.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุจะมีความสุขหรือมีความทุกข์ ขึ้นอยู่กับภูมิหลัง และพัฒนาการด้านจิตใจของตน เช่น บุคคลที่เติบโตมาจากครอบครัวที่มีความรัก ความอบอุ่น ความมั่นคง เห็นความสำคัญและรักผู้อื่น เมื่อเป็นผู้สูงอายุก็นจะสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลเติบโตมาในลักษณะร่วมมือกับใครไม่เป็น ถือว่าตัวใครตัวมัน จิตใจคับแคบ ก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยมีความสุข

2.2 ทฤษฎีความปราชัย (Intelligence Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุที่ยังปราชัยก็เนื่องมาจากยังสนใจใฝ่รู้ในเรื่องต่าง ๆ มีการค้นคว้าและเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา ผู้สูงอายุที่จะมีลักษณะนี้ได้ต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี และมีเงินใช้โดยไม่เดือดร้อน

3. ทฤษฎีเกี่ยวกับความชราด้านสังคมวิทยา เป็นทฤษฎีที่วิเคราะห์หาสาเหตุ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป กลุ่มทฤษฎีนี้มี 4 ทฤษฎีย่อย ดังนี้

3.1 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ทฤษฎีนี้มีแนวความคิดว่า กิจกรรมทางสังคมจำเป็นสำหรับบุคคลทุกวัย ผู้สูงอายุที่จะมีความสุขควรมีกิจกรรมทางสังคมพอสมควร ผู้สูงอายุที่ปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมอยู่เสมอจะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองในทางบวก และปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ปราศจากกิจกรรมทางสังคม

3.2 ทฤษฎีการแยกตนเองหรือถอยห่างจากสังคม (Disengagement Theory) ทฤษฎีนี้มีแนวความคิดว่าผู้สูงอายุและสังคมจะลดบทบาทซึ่งกันและกัน เนื่องจากผู้สูงอายุรู้ดีว่าตนมีความสามารถลดลง และมีสุขภาพเสื่อมถอย จึงถอยถอยหรือหลีกเลี่ยงบทบาทและกิจกรรมทางสังคม เพื่อลดความตึงเครียด หรือบีบคั้น

3.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ทฤษฎีนี้มีแนวความคิดว่าผู้สูงอายุจะเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมอย่างมีความสุขนั้นขึ้นกับบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตของแต่ละคน เช่น บุคคลที่ชอบเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมก็จะมีกิจกรรมเหมือนเดิมและเมื่ออายุมากขึ้น ส่วนผู้ที่ชอบสันโดษ ก็จะแยกตัวเองออกจากสังคมเมื่ออายุมากขึ้น

3.4 ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) ทฤษฎีนี้มีแนวความคิดว่าอายุเป็นองค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งในการกำหนดบทบาทของบุคคลในแต่ละช่วงชีวิต ผู้สูงอายุจะปรับตัวได้ดี

เพียงใดขึ้นอยู่กับกรอบการยอมรับบทบาททางสังคมในแต่ละช่วงชีวิตที่ผ่านมา และยังมีผลสืบเนื่องไปถึงการยอมรับบทบาททางสังคมในอนาคตซึ่งเปลี่ยนแปลงไปด้วย

จะเห็นได้ว่า “ความเป็นผู้สูงอายุ” ได้ถูกอธิบายไว้อย่างหลากหลาย ทั้งในด้านชีววิทยา จิตวิทยา และสังคมวิทยา ไม่เพียงเท่านั้น ยังมีอีกทฤษฎีที่น่าสนใจที่มีพื้นฐานเชื่อมโยงไปถึงสาขาวิชาเศรษฐศาสตร์และรัฐศาสตร์อีกด้วย นั่นคือ ทฤษฎีความสมัยใหม่ (modernization theory)

ทฤษฎีความสมัยใหม่ (modernization theory)

ทฤษฎีความสมัยใหม่ นั้นมีความเป็นมานับจากการที่แผนมาร์แชล (Marshall Plan) ที่สหรัฐอเมริกาได้ให้การช่วยเหลือประเทศต่าง ๆ ในยุโรปตะวันตก ด้วยสาเหตุที่แพ้สงครามโลกครั้งที่ 2 ทฤษฎีนี้อาศัยทฤษฎีเศรษฐศาสตร์นีโอคลาสสิก (Neo-Classic Theory) มาประยุกต์เป็นกรอบการวิเคราะห์ปัญหา ซึ่งจุดเน้นของ แนวคิดทฤษฎีนี้คือ การที่จะพัฒนาประเทศให้ทันสมัยนั้น ต้องมีการดำเนินไปในทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม การเมือง ความรู้สึกนึกคิด และความรู้ของคนในสังคม นำไปสู่ผล คือ สังคมเกิดการเปลี่ยนแปลง และส่งผลให้เกิดการลดคุณค่าต่อผู้สูงอายุทั้งสองส่วน ได้แก่ ต่อตัวผู้สูงอายุเอง และต่อสิ่งที่ผู้สูงอายุได้ให้กับสังคม (contribution) (Touhy; and Jett. 2014: 75) เพื่อให้ง่ายต่อการเข้าใจ สามารถอธิบายได้ เป็นประเด็นสำคัญตามแนวคิดนี้ คือ

1) ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ความสำเร็จจากการคุมกำเนิด และควบคุมอัตราการตาย เป็นผลสืบเนื่องจากการพัฒนาไปสู่ความทันสมัยนี้เอง ทำให้จำนวนประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มในอัตรามากขึ้น อีกทั้งอายุคาดเฉลี่ยของประชากรก็เพิ่มสูงขึ้นด้วย ดังนั้นจึงมีแรงงานผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากในตลาดแรงงาน เกิดการแข่งขันในการจ้างงานสูงระหว่างคนรุ่นต่าง ๆ อธิบายตามกฎอุปสงค์และอุปทานทางเศรษฐศาสตร์ในฝั่งนายจ้าง เมื่อมีอุปทานแรงงานสูงจึงสามารถต่อรองค่าแรงได้มากขึ้น ในขณะที่เดียวกันเพื่อไม่ให้ค่าแรงลดต่ำลงเกินไป ฝั่งลูกจ้างจึงต้องหาจุดดุลยภาพของตลาด (market equilibrium) เกิดการผลักดันแรงงานผู้สูงอายุออกจากตลาด หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เห็นได้ในหลาย ๆ สังคมทั้งตะวันออกและตะวันตก คือ เกิดโครงการเกษียณอายุก่อนกำหนด (early retire) เป็นต้น

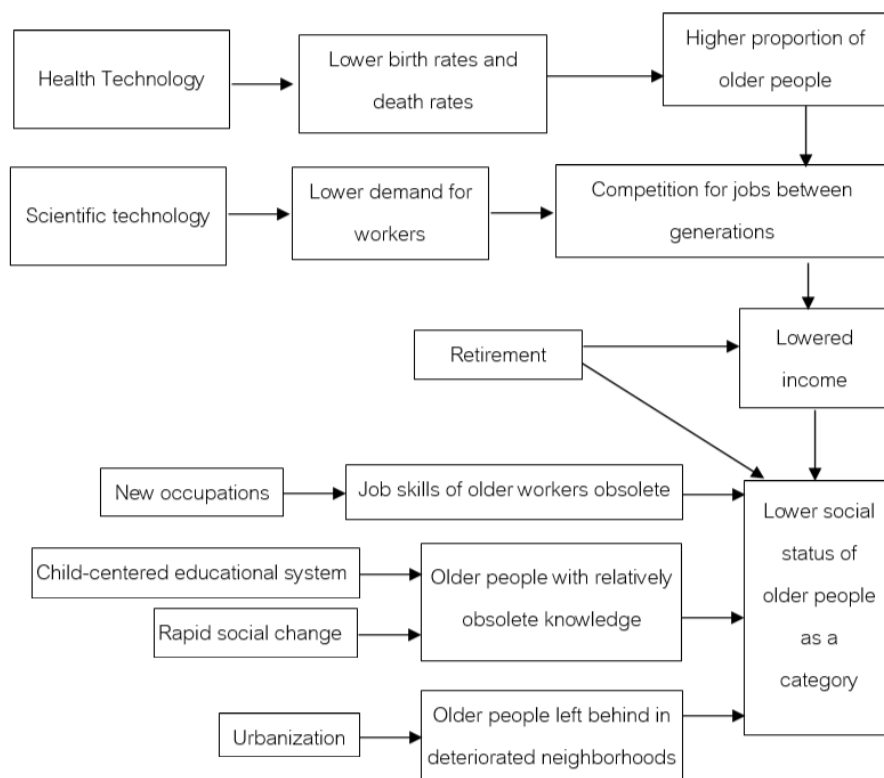
2) วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่ก้าวหน้า เป็นผลสืบเนื่องจากการพัฒนาไปสู่ความทันสมัย ทำให้ระบบการผลิตต่าง ๆ เช่น ระบบสายพานและโรงงาน ตลอดจนกระบวนการแจกจ่ายสินค้าและบริการ เช่น การจัดการโลจิสติกส์และโซ่อุปทาน เป็นต้น ส่งผลให้เกิดแรงงานลักษณะใหม่ขึ้น 2 ลักษณะ คือ ลักษณะแรก เป็นแรงงานค่าแรงต่ำและไม่จำเป็นต้องใช้ทักษะสูง เหตุ

เพราะระบบสายพานและโรงงานที่แยกวิธีการผลิตออกเป็นส่วน ๆ ทำให้ไม่ต้องใช้มนุษย์ที่มีทักษะการทำงานสูง ประกอบกับงานบางอย่างสามารถใช้เครื่องจักรทำงานแทนมนุษย์ได้ ดังนั้นความจำเป็นที่จะรับการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์จากผู้สูงอายุจึงลดลง ในขณะที่แรงงานใหม่อีกลักษณะ คือ แรงงานที่มีทักษะขั้นสูงที่ต้องอาศัยเทคโนโลยีในการผลิตสินค้าและบริการ ซึ่งเทคโนโลยีเหล่านี้เกิดขึ้นในยุคหลัง เป็นงานที่อาศัยความชำนาญเฉพาะทาง จึงทำให้แรงงานผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ปรับตัวให้เข้ากับเทคโนโลยีสมัยใหม่ไม่ได้ ถูกกีดกันออกจากตลาดแรงงาน

3) กระบวนการกลายเป็นเมือง (urbanization) ก่อให้เกิดการย้ายถิ่นเข้ามาทำงานในเมืองที่มีการจ้างงานที่หลากหลาย ในขณะที่แรงงานผู้สูงอายุยังคงอยู่ในภาคการเกษตรในชนบท ดังนั้น ในแง่สัมพันธภาพในครอบครัวจึงส่งผลโดยตรงอย่างค่อยเป็นค่อยไป

4) การรู้หนังสือและการให้การศึกษาแก่มวลชน ตามที่ได้กล่าวไว้แล้วในตอนต้นว่า การพัฒนาไปสู่ความทันสมัยต้องมีการให้ความรู้ของคนในสังคมด้วย และภายใต้การพัฒนานี้ สถาบันการศึกษาได้ถูกจัดตั้งขึ้นภายใต้ความเป็นอุตสาหกรรม ดังนั้นบทบาทและสถานภาพของผู้สูงอายุที่เคยถ่ายทอดประสบการณ์และความรู้จึงถูกลดทอนลงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ประกอบกับระดับการรู้หนังสือและความรู้จากสถานศึกษาที่สูงกว่าของวัยหนุ่มสาว จึงทำให้มีจำนวนไม่น้อยที่ได้งานในตำแหน่งที่สูงกว่าผู้สูงอายุ

คำอธิบายที่กล่าวมา สามารถแสดงเป็นแผนภูมิ (Cowgill; & Holmes. 1972) ได้ดังนี้



ภาพประกอบ 2 สถานภาพและบทบาทที่ลดลงของผู้สูงอายุตามแนวคิดของ Cowgill & Holmes

ที่มา: Donald Cowgill; & Lowell Holmes. (1972). Aging and modernization. หน้า

147

อย่างไรก็ดี มีข้อสังเกตว่า (Touhy; and Jett. 2014: 75; วิภาณันท์ ม่วงสกุล. 2558: 106) ทฤษฎีนี้อาจมีข้อยกเว้นในบางสังคมที่มีความเจริญทางเทคโนโลยี ก็ยังคงให้การยอมรับเคารพนับถือผู้สูงอายุในสถานภาพและบทบาทอยู่ ตัวอย่างเช่น ในประเทศญี่ปุ่นสมัยใหม่ ที่ผู้สูงอายุยังคงได้รับการยอมรับและให้เกียรติอย่างยิ่งในสถานภาพทางสังคม ไม่เพียงแต่ญี่ปุ่นเท่านั้น ยังมีหลักฐานการศึกษาในทำนองเดียวกันนี้ในประเทศอินเดียและไต้หวันอีกด้วย (Dandekar. 1996; Silverman et al. 2000) สำหรับประเทศไทยนั้น เป็นที่น่ายินดีที่แม้สังคมจะดำเนินไปสู่ความทันสมัย หากแต่จากการศึกษาของกาญจนา ตั้งชลทิพย์และคณะ (2553) พบว่า ประชากรวัยเรียน (15-18 ปี) และวัยทำงาน (25-49 ปี) ในเขตกรุงเทพฯและปริมณฑล มีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุทั้งสองช่วงอายุ (ผู้สูงอายุวัยต้น; 60 – 69 ปี และผู้สูงอายุวัยปลาย; อายุ 80 ปีขึ้นไป)

โดยเฉพาะต่อผู้สูงอายุวัยต้นจะมีมุมมองที่ดีมากกว่า เห็นว่า ประสบการณ์ของผู้สูงอายุเป็นประโยชน์แก่คนรุ่นหลัง

ดังนั้นจากแนวคิดต่าง ๆ ที่มองการสูงอายุในแนวพฤตินิยมศาสตร์จะพบว่า ช่วยทำให้เข้าใจผู้สูงอายุ และความเป็นผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น เพื่อต่อยอดไปสู่การศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุอย่างมีพลัง (active ageing) และใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งจะนำเสนอในส่วนถัด ๆ ไป

แนวคิดผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (successful ageing)

นับจากที่กระบวนทัศน์ผู้สูงอายุแบบเก่าที่มองว่า ผู้สูงอายุ เป็นขั้นหนึ่งในช่วงชีวิตที่เป็นภาวะพึ่งพิง (dependent stage of life) ได้เปลี่ยนเป็นกระบวนทัศน์แบบใหม่ ที่เน้นเรื่อง “ผู้สูงวัยอย่างมีพลัง/พฤตินิยม” (active ageing) ตามบริบทของโลกในศตวรรษที่ 21 ซึ่งเป็นโลกที่เต็มไปด้วยผู้สูงอายุ รวมไปถึงแนวคิดต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ดี (healthy ageing) ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (successful ageing) และการยกระดับแนวคิดให้มีความครอบคลุมยิ่งขึ้น ได้แก่ ผู้สูงวัยอย่างมีพลัง (active ageing) ซึ่งเป็นเป้าหมายสากลในการทำการวิจัยและนโยบายสำหรับผู้สูงอายุ (Haque; et al. 2016)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงขอนำเสนอแนวคิด ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (successful ageing) ผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์ (productive ageing) และผู้สูงวัยอย่างมีพลัง (active ageing) ตามลำดับ

แรกเริ่มแนวคิดผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จนี้ มีพื้นฐานมาจาก 3 ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีการปล่อยวาง (disengagement theory) ที่มีความเชื่อว่า เมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วต้องหยุดจากงานประจำ หรือวางบทบาททางสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการทางธรรมชาติที่ลดลงของผู้สูงอายุ (เล็ก สมบัติ; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร; และ ธนิกานต์ ศักดาพร. 2554) ต่อมา Havighurst และ Albrecht ได้เสนอ ทฤษฎีกิจกรรม (activity theory) มีใจความว่า ว่าการที่ผู้สูงอายุจะประสบความสำเร็จได้ ต้องมีการทำกิจกรรมอยู่เสมอ โดยความหมาย กิจกรรม กินความถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่นอกเหนือจากกิจกรรมที่บุคคลกระทำต่อตนเอง จึงเป็นกิจกรรมที่กระทำร่วมกับบุคคลอื่น ได้แก่ เพื่อน ครอบครัว สังคม โดยกิจกรรมเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอัตมโนทัศน์ที่ดี มีความพึงพอใจในชีวิต ทำให้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขได้ (วิภาณันท์ ม่วงสกุล. 2558: 104) ต่อมานักพฤฒาวิทยา มองว่าทฤษฎีนี้แคบเกินไปสำหรับการอธิบายผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายอย่างในปัจจุบัน และทฤษฎีความ

ต่อเนื่อง (continuity theory) ที่เชื่อว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ประสบความสำเร็จ มักจะยังคงมี สิ่งที่ยังคงทำ อยู่เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่วัยกลางคนจนกระทั่งเป็นผู้สูงอายุ ทฤษฎีทั้ง 3 นี้ ล้วนเป็นพื้นฐานในการพัฒนาแนวคิดผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ ผู้เสนอแนวคิดนี้อย่างเป็นทางการครั้งแรก คือ Rowe และ Kahn (1987, 1997, 1998, 2015) ในปี 1987 โดยรวบรวมการศึกษาของ MacArthur Foundation Research Network สรุปเป็น มาตรฐานในเชิงปฏิบัติการว่า บุคคลที่จะเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จได้ ต้องมี 1) มีชีวิตอยู่ได้โดยปราศจากความพิการและโรคภัยไข้เจ็บ 2) มีสติปัญญาและความสามารถทางกายได้ยาวนาน 3) มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเป็นไปอย่างมีความหมาย นิยามนี้ได้นำไปใช้ประโยชน์มากมายตลอดระยะเวลา 10 ปีจนเกิดคำถามต่าง ๆ มากมาย และท่านทั้งสองจึงได้ปรับปรุงความหมายเสียใหม่ คือ 1) หลีกเลี่ยงจากโรคภัยไข้เจ็บและความพิการ 2) รักษาระดับความสามารถในการทำงานของร่างกายและสติปัญญาให้คงสภาพยาวนาน 3) ยึดมั่นผูกพันในกิจกรรมทางสังคมและยังประโยชน์อย่างยั่งยืน ต่อมาในปี 2002 Crowther และคณะ ได้เสนอแนวคิดพร้อมหลักฐานเพื่อยกระดับโมเดลของ Rowe และ Kahn ว่าควรมีอีก 1 ปัจจัยที่จะทำให้ผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ นั่นคือ ความมีจิตวิญญาณเชิงบวก (positive spirituality) ที่จะเชื่อมโยงไปยังการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) ต่อมาในปี 2015 Martinson และ Berridge ได้ทำการทบทวนและสรุปถึงคำวิพากษ์รวมทั้งข้อเสนอแนะของการศึกษาตั้งแต่ปี 1987 ที่เริ่มมีการนำนิยามและโมเดลของ Rowe และ Kahn ไปใช้ จนถึงปี 2013 และเห็นว่าควรมีปัจจัยเพิ่มมากขึ้นอีก 1 ปัจจัยรวมเป็น 4 ปัจจัย ดังที่ Crowther และคณะได้นำเสนอ และในปีเดียวกันนั้นเอง Rowe และ Kahn (2015) ได้ตีพิมพ์บทความในหน้าบรรณาธิการ มีสาระว่า นับแต่แรกเริ่มจนปัจจุบันมีความเปลี่ยนแปลง คลื่นคลายของแนวคิดผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จที่เน้นถึงในระดับปัจเจกบุคคล ไปเป็นระดับสังคม ซึ่งทำให้สมาชิกในแวดวงวิชาการได้ตระหนักถึงปัญหาและศักยภาพของแนวคิดดังกล่าว เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อแนวคิดที่ซับซ้อนนี้ จึงนับได้ว่าเป็นความท้าทายที่จะมุ่งไปข้างหน้า ที่จะพัฒนาแนวคิดของผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จไปสู่ระดับสังคมต่อไป

สำหรับกรณีของบริบทประเทศไทยนั้น มีนักวิชาการจำนวนไม่น้อยที่ได้ให้ความสนใจแนวคิดนี้ สามารถสรุปภายใต้บริบทของสังคมไทย ได้ว่า ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ เป็นลักษณะหนึ่งของผู้สูงวัยอย่างมีพลัง มีโอกาสเจ็บป่วยน้อย ไม่มีปัจจัยเสี่ยงรุนแรงต่อการเป็นโรค ฟังพอใจในชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงและพัฒนาการหน้าที่ (functions) ที่สำคัญของตนได้ (ได้แก่ ยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนอื่น เป็นตัวของตัวเอง พยายามควบคุมสิ่งแวดล้อม มีเป้าหมายในชีวิต และมีการเติบโตส่วนบุคคล) มีสติปัญญาและ

สมรรถนะของร่างกายอยู่ในระดับสูง มีจิตวิญญาณที่ช่วยให้เกิดการรับรู้เชิงบวก ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง สามารถดำรงชีวิตและดำเนินกิจกรรมในสังคมได้อย่างเหมาะสมตามวัยและความปรารถนาของตน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2542; เพื่อนใจ รัตตากร. 2548; เอมอร จารุงษ์. 2555; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร; ภาวนา พัฒนศรี; และ ธนิกันต์ ศักดาพร. 2560)

ดังนั้น สามารถสรุปแนวคิด ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ นั้น มีลักษณะเป็นพหุมิติ (multidimensions) หมายถึง การเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพะที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญา มองเห็นคุณค่าในตนเอง มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ กับผู้อื่นและสังคม และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นผ่านกิจกรรมที่สร้างสรรค์ รู้สึกพึงพอใจในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่ตนอยู่อาศัย สามารถดูแลตัวเองให้มีความสุขได้

แนวคิดผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์ (productive ageing)

พื้นฐานแนวความคิดในเรื่อง Productive นี้ มีที่มาจากแนวคิดเชิงเศรษฐศาสตร์ ที่มองถึงผลผลิตที่เกิดจากมนุษย์ รวมถึงผู้สูงอายุด้วย แนวคิดนี้ได้พัฒนามาพร้อมกับแนวคิดเชิงสังคมวิทยาที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ การเป็นผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์ได้พัฒนาขึ้น เพื่อแก้ไขทัศนคติทางลบต่าง ๆ ที่มีต่อผู้สูงอายุ และเพื่อลดอุปสรรคต่าง ๆ ที่มีต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นแนวคิดที่ให้จุดเด่นกับการนำความสามารถของผู้สูงอายุไปใช้ประโยชน์ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2542 อ้างอิงจาก Scott et. al. 2001) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีนักวิชาการให้มีความหมายไว้หลากหลาย ที่สำคัญ ๆ ดังต่อไปนี้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร; ภาวนา พัฒนศรี; และ ธนิกันต์ ศักดาพร. 2560: 25-26)

Caro; Bass; และ Chen (1993) ให้ความหมายของ ผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์ (productive ageing) ว่าหมายถึง “กิจกรรมใด ๆ ที่ผู้สูงอายุได้ผลิตสินค้าบริการหรือพัฒนาประสิทธิภาพของทั้งสองอย่าง ไม่ว่าผู้สูงอายุจะได้เงินจากกิจกรรมนี้หรือไม่ก็ตาม เช่น งานบ้าน การดูแลเด็ก งานอาสาสมัคร หรือการช่วยเหลือครอบครัวหรือเพื่อน ที่เป็นการฝึกทักษะเพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ หรือบทบาทของบุคคลเมื่อสูงอายุ หรืองานที่สอดคล้องกับสังคมและความคาดหวังส่วนบุคคล

Hooyman และ Kiyak (2010) ระบุว่า คุณลักษณะของผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์ (productive ageing) คือ ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการผลิตหรือบริการ แม้ว่าผลผลิตหรือบริการที่ได้นั้น จะได้ผลตอบแทนเป็นตัวเงินหรือไม่ก็ตาม ดังนั้น ผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์อาจจะปฏิบัติกิจกรรมทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ได้รับค่าตอบแทนหรือไม่ได้รับค่าตอบแทน ที่มี

อิทธิพลทางบวกต่อสภาวะทางจิตใจและสภาวะของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์จะเลือกและปรับพฤติกรรมตลอดจนมีแรงบันดาลใจที่จะบำรุงรักษาศักยภาพเพื่อเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีบทบาทที่ไม่ได้รับค่าตอบแทน แต่เป็นการอุทิศเพื่อครอบครัว ชุมชน และสังคม

Kaye; Butler; และ Webster (2003) นิยามว่า หมายถึง ผู้สูงอายุที่สามารถทำงานต่อไปได้หลังการเกษียณอายุ เป็นทั้งงานที่ได้รับค่าตอบแทนและงานอาสาสมัคร ที่เป็นประโยชน์ต่อความเป็นอยู่ที่ดีของครอบครัว ชุมชน และประเทศ ลักษณะการทำงานของผู้สูงอายุบางคนจะยังคงได้รับค่าตอบแทนสำหรับปีการทำงานที่ได้ต่ออายุเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ ลักษณะงานอาจเป็นแบบเต็มเวลาหรือแบบไม่เต็มเวลา ขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์อาจรวมความถึงผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมและบุคลิกภาพที่แสดงออกถึงความพอใจต่อการเป็นผู้สูงวัย วางตัวเหมาะสม ดำเนินชีวิตอย่างมีความหมาย สร้างประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น

Denham (2004) ได้ทำการสรุปเนื้อหาความหมาย จากหนังสือรวมบทความ Productive Aging: Concepts and Challenges กล่าวถึง นิยามความหมายของ productive ageing ว่าหมายถึง กิจกรรมของผู้สูงอายุที่มีคุณค่าทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นกิจกรรมที่เสริมสร้างความภาคภูมิใจและเกิดความพึงพอใจในชีวิต นอกจากนี้ สังคมควรช่วยให้ผู้สูงอายุทำงานต่อไปได้เท่าที่ต้องการ และไม่เสียทรัพยากรที่มีศักยภาพไปโดยเปล่าประโยชน์

Wija และ Ferreira (2012) กล่าวถึง productive ageing อย่างน่าสนใจว่า การเป็นผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์นั้น เป็นการพิจารณาจากปัจจัยทางเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และปัจจัยส่วนบุคคล สอดคล้องกับแนวคิดการเป็นผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์ของ Robert Butler ที่ไม่เพียงแต่เป็นการมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจเท่านั้น เช่น การจ้างงานอย่างเป็นทางการ แต่ครอบคลุมทุกรูปแบบของการทำงานทั้งที่ได้ค่าจ้างและไม่ได้ค่าจ้าง ซึ่งรูปแบบของ productive ageing นั้นเป็นมากกว่าการมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจ ยังรวมถึงการเป็นอาสาสมัคร การมีส่วนร่วมในสังคม การประสบความสำเร็จในชีวิต เป็นต้น Butler เสนอต่อว่า ปัญหาสุขภาพหรือความอ่อนแอของผู้สูงอายุ เป็นข้อจำกัดในการทำงาน การสร้างประโยชน์ และการพัฒนาผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

ในบริบทของไทย มีนักวิชาการหลายท่าน ได้เสนอความคิดเรื่อง ผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์ อย่างหลากหลาย เป็นต้นว่า

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2542, 2549, 2560) ว่า ผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์ มีลักษณะที่สามารถดูแลตนเอง (self-care) ได้พึ่งพาตนเอง (self-reliance) เท่าที่จะทำได้ และใช้ความสามารถของตนในทางสร้างสรรค์ เพื่อตอบสนองสิ่งที่ปรารถนาตามศักยภาพของตนให้เป็น

ประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว สังคม ชุมชน ตลอดจนมีความพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ในปัจจุบัน และสามารถปรับตัวเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

เล็ก สมบัติ; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร; และ ธนิกันต์ ศักดาพร (2554; 2556) ได้ศึกษา สรุปความหมาย และได้ข้อค้นพบว่า ผู้สูงอายุที่ยังคงประโยชน์ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ยังคงทำงานหรือกิจกรรมในลักษณะของกิจกรรมเชิงธุรกิจหรือกิจกรรมบริการก็ได้ กิจกรรมที่เป็นทางการ หรือไม่เป็นทางการก็ได้ ทั้งที่ได้รับความตอบแทนหรือไม่ได้รับความตอบแทน งานหรือกิจกรรมนั้นเป็นประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม ซึ่งแนวคิดผู้สูงอายุที่ยังคงประโยชน์ นี้เป็นแนวคิดที่มีรากฐานเชิงเศรษฐศาสตร์ร่วมเชิงสังคมวิทยา เพื่อแก้ไขทัศนคติทางลบต่าง ๆ ที่มีต่อผู้สูงอายุและเพื่อลดอุปสรรคต่าง ๆ ที่มีต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นแนวคิดที่ให้จุดเด่นกับการนำความสามารถของผู้สูงอายุไปใช้ประโยชน์

ดังนั้น สามารถสรุปแนวคิด ผู้สูงอายุที่ยังคงประโยชน์ ได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมและบุคลิกภาพที่แสดงออกถึงความพึงพอใจในการเป็นผู้สูงอายุ แนวคิดนี้ช่วยปรับเปลี่ยนภาพลักษณ์ด้านลบที่มีต่อผู้สูงอายุ โดยมีจุดเน้นสำคัญ 3 ประการคือ 1) การเป็นผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเอง (self-care) ได้ พึ่งพาตนเอง (self-reliance) เท่าที่จะทำได้ ทั้งร่างกายและจิตใจ ข้อนี้จะสะท้อนการลดภาระการพึ่งพิง ลดปัญหาสังคมและการเงินที่มักจะส่งผลตามมาเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพ 2) ความสามารถในการทำกิจกรรมเชิงธุรกิจหรือกิจกรรมบริการ ทั้งที่ได้รับความตอบแทนหรือไม่ได้รับความตอบแทน หรืองานอาสาสมัคร งานหรือกิจกรรมนั้นเป็นประโยชน์ ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม และ 3) สามารถปรับตัว พัฒนาตนอย่างต่อเนื่อง ในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งความรู้ ทักษะ และทักษะเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น จะเห็นได้ว่าทั้ง 3 ประการที่กล่าวมานี้ มีนัยยะของการเปลี่ยนแปลงบทบาทและหน้าที่ของผู้สูงอายุจากผู้รับบริการหรือการช่วยเหลือ ไปเป็นผู้ให้บริการหรือให้ความช่วยเหลือ สะท้อนออกมาเป็น ผู้สูงอายุที่ยังคงประโยชน์

แนวคิดผู้สูงวัยอย่างมีพลัง (active ageing)

นับแต่ปี 1991 ที่องค์การสหประชาชาติ (UN) ได้กำหนดหลักการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุร่วมกับประเทศภาคีสมาชิกในหลัก 5 ประการ คือ ความเป็นอิสระ การมีส่วนร่วม การดูแลเอาใจใส่ ความพึงพอใจ และศักดิ์ศรี (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร; และคนอื่น ๆ. 2555) ต่อมาในปี 2002 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้นำเสนอกรอบนโยบาย (a policy framework) เกี่ยวกับ ผู้สูงวัยอย่างมีพลัง (active ageing) แก่คณะทำงานขององค์การสหประชาชาติ โดยกำหนดกรอบ

นโยบายพื้นฐาน 3 เรื่องที่จำเป็นต้องลงมือปฏิบัติ คือ 1) การมีส่วนร่วม (participation) 2) สุขภาพ (health) 3) หลักประกัน (security) (World Health Organization. 2002). นับแต่นั้นจึงมีการนำแนวคิดนี้ไปใช้อย่างกว้างขวางในระดับสากล โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศกำลังพัฒนา

ความหมายผู้สูงวัยอย่างมีพลัง

สำหรับประเทศไทย คำว่า active ageing มีผู้แปลเป็นภาษาไทยแตกต่างกันไป เช่น “ผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ” “พุดมพลัง” “พุดมพลัง” “วัฒนพลัง” และ “ผู้สูงวัยอย่างมีพลัง” เป็นต้น และโดยลำดับเนื้อหาต่อไปในเรื่องของความหมายซึ่งอาจมีการใช้คำศัพท์ต่าง ๆ กันไป จึงขอใช้คำว่า ต่อไป “ผู้สูงวัยอย่างมีพลัง” ในความหมายของคำ active ageing

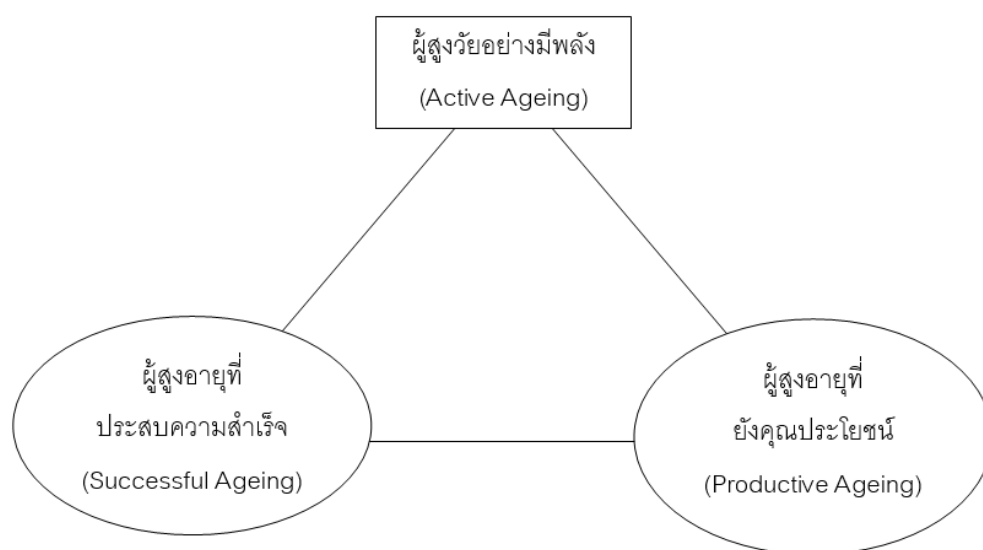
องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของคำว่า active ageing หรือ ผู้สูงวัยอย่างมีพลัง ไว้ว่า เป็นกระบวนการ (process) ที่ก่อให้เกิดโอกาสที่เหมาะสม (optimizing opportunities) เพื่อการมีสุขภาพที่ดี (health) การมีส่วนร่วมในสังคม (participation) และมีหลักประกันที่มั่นคง (security) ในอันที่จะยกระดับคุณภาพชีวิต (to enhance quality of life) ให้เป็นไปตามวัยของบุคคล (people age) (World Health Organization. 2002: 12)

นายแพทย์ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544; 2545) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการ (process) ที่เหมาะสม (optimization) นำไปสู่สุขภาพ (health) การมีส่วนร่วม (participation) และหลักประกัน (security) ในอันที่จะเสริมสร้างคุณภาพชีวิต (to enhance quality of life) เมื่อสูงวัย (older age)

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2551: 140) ผู้สูงวัยอย่างมีพลัง (active ageing) คือ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพร่างกายที่ดี มีความคล่องแคล่ว กระฉับกระเฉง สามารถเคลื่อนไหวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดูแลตนเองได้ พึ่งตนเองได้ รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำประโยชน์ต่อผู้อื่นและสังคม ได้รับความเคารพ สนับสนุนจากครอบครัวมีสัมพันธภาพกับเพื่อน ชุมชน และสมาชิกอื่นในสังคม

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2542, 2549, 2560) ให้ความหมายถึง ผู้สูงวัยอย่างมีพลังว่า ครอบคลุมลักษณะผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (successful ageing) โดยเป็นผู้ที่ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความพึงพอใจและความปรารถนาของตัวเอง ผสมผสานกันกับการเป็นผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์ (productive ageing) คือเป็นผู้ที่มีความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care) และพึ่งพาตนเอง (self-reliance) เท่าที่จะทำได้ของผู้สูงอายุ ทั้งยังใช้ความสามารถส่วนตัวในทางสร้างสรรค์ให้แก่ทั้งตนเอง ครอบครัว และบุคคลอื่นในสังคม แนวคิดเรื่องผู้สูงวัยอย่างมีพลังของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร มีลักษณะครอบคลุมทั้งผู้สูงอายุที่ประสบ

ความสำเร็จและผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์ นั่นคือ เป็นผู้ที่ดีำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความพึงพอใจและความปรารถนาของตนเองกับการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีพลังและความสามารถในการพึ่งตนเองเท่าที่จะทำได้ของผู้สูงอายุ ตลอดจนการใช้ความสามารถส่วนตัวในทางสร้างสรรค์ให้แก่ทั้งตนเอง ครอบครัว และบุคคลอื่นในสังคม สามารถสรุปได้ดังแผนภาพต่อไปนี้



ภาพประกอบ 3 แนวคิดผู้สูงวัยอย่างมีพลัง

ที่มา: สังเคราะห์จาก ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2542, 2549, 2560)

สรุปแล้ว การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีพลัง (active ageing) เป็นกระบวนการพัฒนา “คุณภาพชีวิต” ของผู้สูงอายุ สู่การมีสุขภาพที่ดี ซึ่งประกอบด้วย การเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในชีวิต (successful ageing) ได้แก่ การมีส่วนร่วมทางสังคม และมีหลักประกันที่มั่นคง มีโอกาสในการเข้าถึงแหล่ง (sources) ในการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งความรู้ ทักษะ และทักษะเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลง และสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นได้ มีความพึงพอใจในชีวิตของตนเอง มีปฏิสัมพันธ์อันดีกับสมาชิกในครอบครัว ชุมชน และสังคม สามารถพึ่งพาตนเองได้ เป็นอิสระ ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม และการเป็นผู้ที่ยังสามารถทำคุณประโยชน์ (productive ageing) แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคมได้ อันนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นเป้าหมายของช่วงวัยดังกล่าว

จากที่กล่าวมาเห็นว่า แท้จริงแล้ว การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ นั้น เป็นผลจากการพัฒนาคุณภาพชีวิต นั่นคือ การกระทำที่ต่อเนื่องอันนำไปสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีพลัง นั่นเอง จะเห็นได้ว่า คุณภาพชีวิต และผู้สูงวัยอย่างมีพลัง มีความเกี่ยวข้อง สืบเนื่องกันอย่างแยกมิได้ ดังนั้นในหัวข้อต่อไป ผู้วิจัยจึงขอนำเสนอแนวคิดเรื่องคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญและเป็นจุดมุ่งหมายหลักของการศึกษาครั้งนี้

คุณภาพชีวิต (Quality of life)

จากที่เกริ่นไว้ในก่อนหน้านี้แล้วว่า ท้ายสุดแล้วของการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีพลัง จะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิต ตามความหมายที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ และจากการทบทวนแนวคิดที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้สูงวัยอย่างมีพลังนั้น ย่อมประกอบด้วยลักษณะของผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (successful ageing) ผสมผสานกับผู้สูงอายุที่ยังคงคุณประโยชน์ (productive ageing) ไว้ด้วยกัน ดังนั้นปัจจัยต่าง ๆ ที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ย่อมเป็นปัจจัยของทั้งผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ และผู้สูงอายุที่ยังคงคุณประโยชน์ ซึ่งจะนำเสนอในลำดับถัดไปจาก ความหมาย แนวคิด และองค์ประกอบ

ความหมาย แนวคิด และองค์ประกอบ

คุณภาพชีวิต (quality of life) เป็นเรื่องที่มีพัฒนาการทางแนวคิดและทฤษฎีมาช้านาน สามารถนับได้ตั้งแต่มาสโลว์ ได้เสนอแนวคิดทฤษฎีลำดับขั้นของความต้องการ (Maslow, 1970) นับตั้งแต่ช่วงศตวรรษ 1950 เป็นต้นมา และต่อมานักวิชาการได้ศึกษาและพัฒนาขอบข่ายความรู้กว้างขวางออกไปตามแนวคิดและกระบวนการที่ผู้ศึกษาใช้ค้นคว้าและอธิบาย ไม่ว่าจะเป็นมุมมองที่มองว่าคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องของอุดมคติ (ideal) อรรถประโยชน์ส่วนบุคคล (personal utility) ความสุข (happiness) ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) ความไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ (absence of ill-being) ความอุดมสมบูรณ์ (opulence) สังคมที่เท่าเทียมเป็นธรรม (just society) ความพึงพอใจในความจำเป็นของมนุษย์ (satisfaction of human need) การจัดการทรัพยากร (resource management) มุมมองเชิงนิเวศวิทยา (ecological perspective) (Sirgy, 2001) รวมไปถึง มุมมองที่มองว่าเป็น ความต้องการขั้นพื้นฐาน ซึ่งเป็นการมองคุณภาพชีวิตในมิติเดียว จนไปถึงการมองในลักษณะพหุมิติ อันได้แก่ การอยู่ดีมีสุข (well-being) (ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต; และวนิพพล มหาอาชา. 2550: 66-68; ศรีประภา เหล่าโชคชัยกุล. 2552: 1-2) ตลอดจนแนวคิดแบบแยกส่วน (reductionism) และแนวคิดแบบองค์รวม (holism) จนไปถึง

แนวคิดแบบอภิมาน (meta-theory approach) ซึ่งมองคุณภาพชีวิตนั้นประกอบด้วยองค์ประกอบแบบวัตถุพิสัย (objective domain) และจิตพิสัย (subjective domain) (ปิยะวัฒน์ ตริวิทยา. 2559: 172-178) อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะมีการศึกษาในประเด็นคุณภาพชีวิตจำนวนมากและให้นิยามที่หลากหลาย แต่ยังไม่สามารถหาข้อสรุปของความหมายและการวัดที่เป็นสากล ในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง (Moons, Werner & Sabina, 2006; สุภาวงศ์ จันทวานิช; และวิศนี ศิลตระกุล. 2539: 57-61) ดังนั้นในส่วนต่อไปจึงได้ทบทวน รวบรวมวิเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ในหัวข้อ ความหมาย แนวคิด องค์ประกอบ และการวัดคุณภาพชีวิต ตามลำดับเพื่อนำไปสู่ความเข้าใจและสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้

ความหมายและแนวคิดของคุณภาพชีวิต

ในปี 1995 องค์การอนามัย (WHO) ได้ริเริ่มให้มีการจัดตั้งคณะทำงานประเมินคุณภาพชีวิต (The world health organization quality of life assessment: WHOQOL) ขึ้น เป็นจุดเริ่มต้นที่ชัดเจนเกี่ยวกับงานด้านคุณภาพชีวิต ตั้งแต่ความหมายและการพัฒนาการวัดประเมินขึ้น จากแนวคิดอันหลากหลายที่กล่าวไว้แล้วข้างต้น คณะทำงาน WHOQOL จึงให้ข้อสรุปความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการรับรู้ถึงจุด/ตำแหน่ง/สถานะ (position) ในชีวิตของบุคคล ภายใต้บริบทของระบบวัฒนธรรมและค่านิยมที่เขาอาศัยอยู่ ซึ่งเกี่ยวพันถึงจุดมุ่งหมาย (goals) ความคาดหวัง (expectations) มาตรฐาน (standards) และสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

สารานุกรมสังคมวิทยา (Borgatta; and Montgomery. 2000: 2333-2343) โดย Markides ได้ทำการประมวลความหมายรวมถึงความเป็นมาของแนวคิดต่าง ๆ ของคุณภาพชีวิตจากนักวิชาการต่าง ๆ นับแต่ปี 1960 ให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลง คลื่นคลาย และพัฒนาการของความหมาย โดยสรุป คือ คุณภาพชีวิต มีแนวคิดสองแบบทั้งแบบ วัตถุพิสัย (objective) และจิตพิสัย (subjective) สะท้อนออกมาในรูปการวัดทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพผ่านงานศึกษาวิจัยต่าง ๆ เป็นเรื่องของความพึงพอใจ ศีลธรรม (morale) และความสุข (happiness) ซึ่งเป็นแนวโน้มที่สนใจในเรื่องของสภาวะทางจิตมากขึ้น เนื่องจากพบว่า ระดับรายได้ต่อหัวของประชากรที่สูงขึ้น (คุณภาพชีวิตตามแนวคิดวัตถุพิสัย) ไม่ก่อให้เกิดระดับความพึงพอใจระดับชาติที่สูงขึ้น ทั้งในการศึกษาแบบตัดขวางหรือระยะยาวก็ตาม ดังนั้นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับโดยทั่วไปคือ คุณภาพชีวิตจากองค์การอนามัยโลกที่ให้ความสำคัญในเรื่องของ สังคม จิต ความอยู่ดีมีสุขทางกายภาพ (physical well-being) มากกว่าการที่จะให้ความสนใจเรื่องความไม่มีโรคภัยไข้เจ็บเพียงด้านเดียว

เรวดี สุวรรณนพเก้า และ รศรินทร์ เกรย์ (2554: 33-34) ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตนั้นสามารถวัดได้เป็นองค์รวม (composite index) หรือวัดจำแนกตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้านตามแนวคิดการวัดคุณภาพชีวิตด้านวัตถุวิสัย สามารถวัดได้จากความมีสุขภาพดี ไม่เจ็บไม่ป่วย สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ โดยไม่เป็นภาระใคร เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย เป็นต้น อีกทั้งสามารถวัดได้จากสถานภาพทางเศรษฐกิจ ลักษณะของครอบครัว รวมไปถึงสภาวะสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่

ในขณะที่ นพมาศ แซ่เลี้ยว (2550: 37) ได้สรุปรวบรวมความหมายต่าง ๆ ของคุณภาพชีวิตและได้ให้ความเห็นว่า การศึกษาคุณภาพชีวิต ส่วนใหญ่นิยมศึกษาในแง่ความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล คุณภาพชีวิตที่ดี จึงหมายถึง ความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล หรือความรู้สึกเป็นสุข (well-being) ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การวัดคุณภาพชีวิตของบุคคล ใช้การวัดผลของกระบวนการพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับลักษณะต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตของบุคคล โดยใช้เกณฑ์ที่

บุคคลกำหนดขึ้นเอง (หรืออาจเรียกได้ว่าเป็นความพึงพอใจในชีวิต) เมื่อเปรียบเทียบเกณฑ์ดังกล่าว กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวันของตน แล้วรับรู้ว่ามีระดับใกล้เคียงกันมากเท่าใด บุคคลก็จะมีคามพึงพอใจในชีวิตมากเท่านั้น

นริสรา พิงพิธิสภ และสุภาศุภร์ จันประเสริฐ. (2556) ได้ทำการการสังเคราะห์อภิมานงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2543-2553 ได้สรุปความหมายของ คุณภาพชีวิต ไว้ว่าเป็น การรับรู้ของบุคคลต่อสภาพการดำรงชีวิตของตน ซึ่งวัดจากความพึงพอใจในเรื่องความเป็นอยู่ ความสุข สุขภาพกายและจิต อาหารการกิน การมีสิ่งของใช้ตามความจำเป็น การอยู่ในสภาพแวดล้อม และการใช้ชีวิตอยู่ในสังคม

จากความหมายต่าง ๆ ข้างต้น ผู้วิจัยจึงสรุปว่า คุณภาพชีวิต เป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของบุคคลต่อสภาพการดำรงชีวิตของตนเอง โดยมีแนวคิด 2 แบบทั้งแบบ วัตถุวิสัย (objective) และจิตวิสัย (subjective) สะท้อนออกมาในรูปการวัดทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สามารถวัดได้เป็นองค์รวม (composite index) โดยจำแนกตามองค์ประกอบต่าง ๆ ซึ่งวัดจากความคิดหรือความรู้สึกตามการรับรู้ ในเรื่องความเป็นอยู่ สุขภาพกายและจิตใจ ความสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม และการเป็นอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีไม่ว่าจะเป็นเชิงกายภาพหรือสภาพแวดล้อมเชิงสังคม

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

จากแนวคิดและความหมายในหัวข้อข้างต้น พบว่า มีความหลากหลาย ดังนั้นจึงเป็นตัวกำหนดให้องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงไปตามแนวคิดและความหมายดังกล่าว

จากการศึกษาและทบทวนเอกสารต่าง ๆ พบว่า มีองค์ประกอบที่เป็นมิติต่าง ๆ ของคุณภาพชีวิตตั้งแต่ 4 องค์ประกอบ ไปจนถึงมากกว่า 7 องค์ประกอบ ดังจะนำเสนอต่อไปนี้

ตาราง 1 จำนวนองค์ประกอบที่เป็นมิติต่าง ๆ ของคุณภาพชีวิต

จำนวน องค์ประกอบ	มิติที่จำแนกตามองค์ประกอบ	ผู้ศึกษา/ แนวคิดของ
4	ด้านร่างกาย / ด้านจิตใจ / ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม/ และด้านสิ่งแวดล้อม	- WHO (1995) - The WHO Group. (1999) - สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ. (2540).
4	ด้านสุขภาพ / ด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจ / ด้านลักษณะของครอบครัวที่อาศัย / และด้านสภาวะสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่	- เรวดี สุวรรณนพเก้า และ รศรินทร์ เกรย์ (2554)
5	ด้านสภาวะทางกายและวัตถุ / ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น / ด้านกิจกรรมการมีส่วนร่วมกับสังคมและชุมชน / ด้านการพัฒนาตนและเติมเต็มตามความต้องการส่วนบุคคล / และด้านนันทนาการ (รวม 5 ด้าน จำแนกย่อยได้ 15 ตัวชี้วัด)	- Flanagan. (1978)
5	ด้านสภาพทางเศรษฐกิจ / ด้านสุขภาพ / ด้านสภาพแวดล้อม / ด้านการพึ่งพาตนเอง / และด้านการทำกิจกรรม	- Berghorn et al. (1981)
5	ด้านสิ่งแวดล้อม / ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม / ด้านสุขภาพกาย / ด้านสุขภาพจิต / และด้านบุคลิกภาพและประวัติในอดีต	- Denham (1991)

ตาราง 1 จำนวนองค์ประกอบที่เป็นมิติต่าง ๆ ของคุณภาพชีวิต (ต่อ)

จำนวน องค์ประกอบ	มิติที่จำแนกตามองค์ประกอบ	ผู้ศึกษา/ แนวคิดของ
5	ด้านร่างกาย / ด้านจิตใจ / ด้านสิ่งแวดล้อม / ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม / และด้านความ พอใจ	- ศรีเมือง พลังฤทธิ์ (2547)
7	ด้านกายภาพ / ด้านสังคม / ด้านเศรษฐกิจ และสังคม / ด้านสิ่งแวดล้อม / ด้านอำนาจ บุคคล / ด้านวัตถุวิสัย / และด้านบุคลิกภาพ	- Peace (1990)
7	ด้านอาหารและโภชนาการที่เหมาะสม / ด้าน เครื่องนุ่งห่ม / ด้านที่อยู่อาศัย / ด้านการดูแล สุขภาพกายและจิต / ด้านการรักษาขั้นพื้นฐาน และการศึกษาเพื่อพัฒนาอาชีพ / ด้านความ ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน / และด้าน บริการพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคม	- อมร นนทสุต (2526)
มากกว่า 7	ด้านสุขภาพ / ด้านที่อยู่อาศัย / ด้านการบริการ ทางการแพทย์และสาธารณสุข / ด้านอนามัย แม่และเด็ก / ด้านอาหาร / ด้านบริการและ คุณภาพทางการศึกษา / ด้านทรัพยากรและ สิ่งแวดล้อม / ด้านรายได้ / และด้านสภาพ จิตใจ	- ชัยวัฒน์ ปัญจพงษ์ (2521)

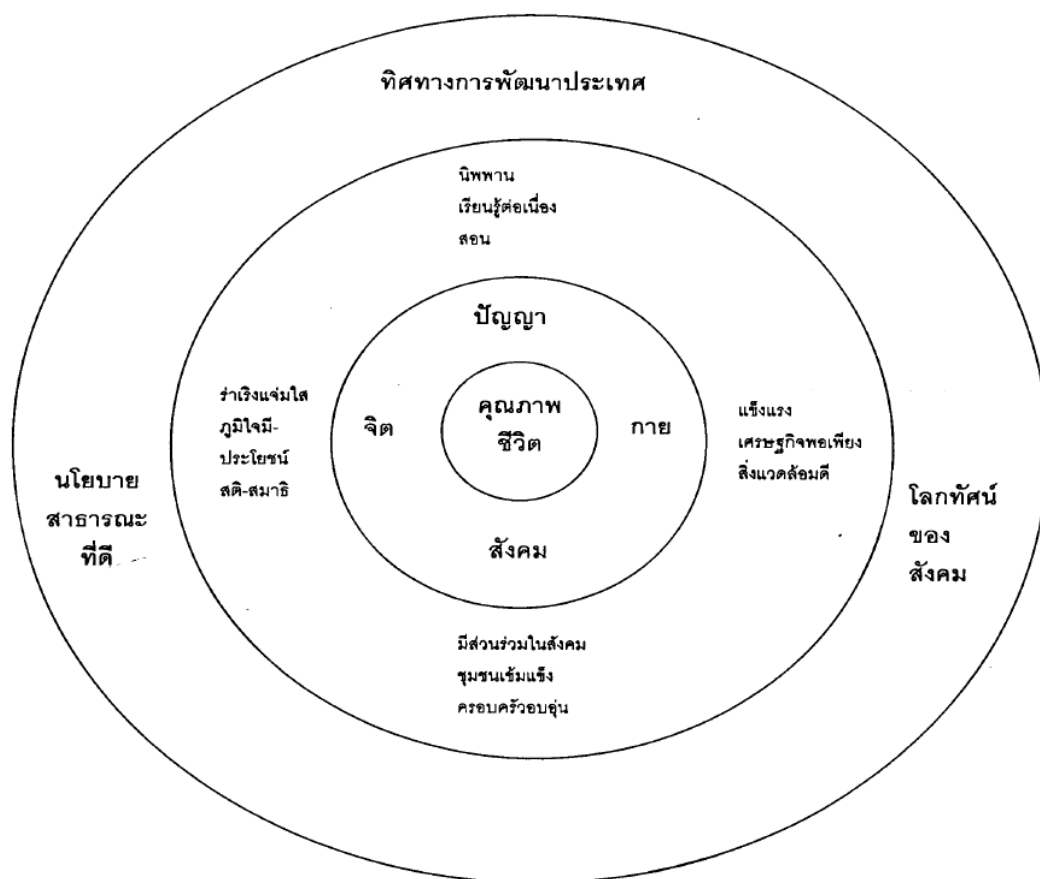
ตาราง 1 จำนวนองค์ประกอบที่เป็นมิติต่าง ๆ ของคุณภาพชีวิต (ต่อ)

จำนวน องค์ประกอบ	มิติที่จำแนกตามองค์ประกอบ	ผู้ศึกษา/ แนวคิดของ
มากกว่า 7	ด้านทัศนคติ / ด้านลักษณะความเป็นอยู่ / ด้านการเป็นเจ้าของ / ด้านอาชีพหลัก / ด้าน นันทนาการ / ด้านบริการจากรัฐ / ด้านการถือ ครองบ้านและที่ดิน / ด้านอาชีพรอง / ด้านการ แสวงหาความรู้ / และด้านสุขอนามัย	- อุทุมพร จามรมาน (2528)

ที่มา: ดัดแปลงจาก นริศรา พิงพิริสส; และฐาศุภร์ จันประเสริฐ. (2556). การสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย. หน้า 147

สำหรับประเทศไทยนั้น หน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่โดยตรงในการจัดเก็บและสำรวจคุณภาพชีวิตของประชากรไทย ได้แก่ คณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน (พชช.) กรมการพัฒนาชุมชน (2559ก; 2559ข) ได้ทำการจัดเก็บข้อมูลเพื่อจัดทำรายงานคุณภาพชีวิตของคนไทย ครั้งล่าสุดนี้ เริ่มจัดเก็บตั้งแต่เดือนธันวาคม 2559 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2560 โดยมีการปรับปรุงข้อคำถามและเครื่องชี้วัดให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติทุก 5 ปี สำหรับการดำเนินการจัดเก็บข้อมูล จปฐ. ปี 2560 นี้ เป็นปีแรกของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) มีทั้งหมด 5 หมวด 31 ตัวชี้วัด ซึ่ง 5 หมวดดังกล่าว ประกอบด้วย หมวดที่ 1 สุขภาพ หมวดที่ 2 สภาพแวดล้อม หมวดที่ 3 การศึกษา หมวดที่ 4 การมีงานทำและรายได้ และหมวดที่ 5 ค่านิยม

ในประเด็นของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ภายใต้บริบทและนโยบายของวัฒนธรรมไทยและพระพุทธศาสนา ศาสตราจารย์ นพ.ประเวศ วะสี ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง อีสรภาพและการหลุดพ้นจากความบีบคั้น แยกออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ กาย (physical) จิต (mental) สังคม (social) ปัญญา (wisdom) (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2549)



ภาพประกอบ 4 แนวคิดคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุ

ที่มา: ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). สถิติการผู้สูงอายุ แนวคิดและวิธีการปฏิบัติงาน สังคมสงเคราะห์ (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2). หน้า 82

โดยสรุปแล้วจะเห็นได้ว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตนั้น แปรผันไปตามแนวคิด และการให้ความหมายของแต่ละบริบทของสังคมผ่านมุมมองการรับรู้ของปัจเจกบุคคลและ ค่านิยมของสังคมที่ให้ความหมายร่วมกัน ดังนั้นจึงเป็นที่มาของผู้วิจัยที่จะศึกษาทำความเข้าใจถึง การให้นิยาม ความหมายของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบริบทที่สนใจศึกษา เพื่อนำไปพัฒนา เป็นโปรแกรมในการจัดการเพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

ที่ผ่านมาข้างต้น เป็นการศึกษาถึง คุณภาพชีวิต (quality of life) ในแง่มุมต่าง ๆ ซึ่ง ในการศึกษาครั้งนี้ นับได้ว่าเป็นตัวแปรหลัก หรือตัวแปรตามในงานวิจัย อย่างไรก็ดี จุดมุ่งหมาย

หลักของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ พัฒนาโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่มีประสิทธิผล และสอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุ ดังนั้นตัวแปรอิสระที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตนั้นคือ โปรแกรมการพัฒนา หรืออาจกล่าวได้ว่า ตัวปัจจัยสาเหตุที่จะทำการสืบค้นและศึกษาต่อไปในงานวิจัยนั้น จะเป็นตัวกำหนดเพื่อส่งผลต่อคุณภาพชีวิตภายใต้บริบทของผู้สูงอายุที่สนใจศึกษา ดังนั้นในหัวข้อต่อไปนี้จะทำการรวบรวมและประมวลเอกสารที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เพื่อเป็นประโยชน์ และใช้เป็นแนวทางในการวางแผน ตลอดจนพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีประสิทธิผลซึ่งเป็นจุดมุ่งหมายหลักของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

จากการศึกษาค้นคว้าและรวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ที่ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตนั้น มีอยู่ด้วยกันหลากหลาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวคิดและกรอบทฤษฎีที่ใช้ในการกำหนดตัวแปร หรือชุดตัวแปรตามแนวคิดต่าง ๆ ที่สามารถจัดกลุ่มตัวแปรอิสระให้เป็นกลุ่มตัวแปรเดียวกัน ดังตัวอย่างเช่น การสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์อภิธานของ นริสรา พิงพิริสภและฐาศุภร์ จันประเสริฐ (2556) ใช้แนวคิดทฤษฎีปฏิสัมพันธ์นิยม (interactionism model) เป็นกรอบในการจัดกลุ่มตัวแปรสาเหตุ/ปัจจัย ลักษณะทางจิตและสังคม (psycho-social characteristics) ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย 1) กลุ่มปัจจัยด้านสถานการณ์ทางสังคม 2) กลุ่มปัจจัยด้านจิตลักษณะเดิม 3) กลุ่มปัจจัยด้านจิตลักษณะตามสถานการณ์ 4) กลุ่มปัจจัยด้านชีวสังคมและภูมิหลัง ซึ่งงานวิจัยชิ้นนี้มีความโดดเด่นในแง่ของการอธิบายปัจจัยสาเหตุในรูปของกลุ่มปัจจัย ซึ่งเมื่อเทียบกับงานวิจัยอื่น ๆ โดยทั่วไปมีไม่มากนักที่จะอธิบายถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในลักษณะนี้ โดยส่วนใหญ่มักจะใช้ตัวแปรปัจจัย/สาเหตุเดี่ยว ๆ เสียมากกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชีระภัทรา เอกผาชัยสวัสดิ์ (2554: 43-48) ที่กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยจากการทบทวนทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ พัฒนาเป็นกรอบแนวคิด ได้ว่า มีกลุ่มปัจจัย 3 กลุ่ม ที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ กลุ่มปัจจัยด้านบุคคล ด้านครอบครัว และด้านชุมชน แต่น่าเสียดายที่ผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษาในลักษณะตัวแปรสาเหตุพหุระดับ (multi-level) อย่างไรก็ดี งานวิจัยอื่น ๆ พบว่าตัวแปรปัจจัย/สาเหตุ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีมากมาย เช่น ตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ การพึ่งตนเอง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความเชื่อในความสามารถตนเอง ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การเป็นสมาชิกของสังคม การเข้าร่วมกิจกรรม การมีบทบาท สัมพันธภาพในชุมชน การได้รับข่าวสาร การรับรู้ประโยชน์ของการมีคุณภาพชีวิต เป็น

ตัน (ศรีเมือง พลังฤทธิ์. 2547; จินตนา ศรีธรรมมา. 2549; กฤษณ์ วงศ์เกิด. 2550; วิภาวรรณ ลิขิตเลิศล้ำ. 2551; สมพร ชัยยุทธ์. 2552; ศิริสุข ฉายแสง. 2553)

จะเห็นได้ว่าตัวแปรปัจจัย/สาเหตุ บางตัวมีความคาบเกี่ยวหรือซ้อนทับกัน ทั้งนี้ต้องพิจารณาถึงนิยามปฏิบัติการในการให้ความหมายของตัวแปรของแต่ละงานวิจัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญของการวิเคราะห์องค์ประกอบ โดยหาข้อสรุปบูรณาการระหว่างวิธีการวิจัยทั้งทางเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพื่อทำความเข้าใจถึงขอบเขตของตัวแปรตามหลักของงานวิจัยครั้งนี้ แล้วจึงนำสารสนเทศนี้มาประกอบการพิจารณาคัดสรรตัวแปรปัจจัย/สาเหตุที่ได้จากการอิงบริบทที่เหมาะสม เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

วิธีวิทยาคิว (Q Methodology)

วิธีวิทยาคิว เป็นวิธีวิทยาการวิจัยแบบหนึ่ง ที่ให้ความสำคัญต่อการศึกษาสภาวะจิตวิสัย (subjectivity) ทั้งในระดับบุคคลและชุมชน อย่างไรก็ดี เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่มากขึ้น ผู้วิจัยจึงได้เรียบเรียงเนื้อหา เพื่อทำความเข้าใจ โดยสังเขป ดังนี้

แนวคิดและความเป็นมาของวิธีวิทยาคิว

วิธีวิทยาคิวนี้เป็นวิธีการที่ถูกคิดค้นขึ้นมาในปี ค.ศ. 1953 โดย วิลเลียม สตีเฟนสัน (William Stephenson) นักฟิสิกส์และนักจิตวิทยา ที่ทำการนำเสนอครั้งแรกในจดหมายชื่อ "nature" ในปี 1935 จากนั้นก็มีรายละเอียดเพิ่มเติมใน "Correlating Persons Instead of Tests" (Stephenson. 1935; 1936; 1939; 1955) ในปี 1935 และมีงานชิ้นต่าง ๆ ออกมา ในปี 1936 และ 1939 ในชื่อ "The Foundations of Psychometry: Four Factor Systems" และร่วมกับ Cyril Burt ในชื่อ "Alternative Views on Correlations between Persons" ตามลำดับ จนในปี 1955 ที่งานของเขาทั้งสองแตกต่างอย่างเห็นได้ชัด คือ "The Study of Behavior: Q-Technique and Its Methodology"

วิธีวิทยาคิวนี้ เป็นการผสมผสานเทคนิคเพื่อศึกษาความคิดเห็น ทศนคติ บุคลิกภาพและพฤติกรรมของมนุษย์ โดยพิจารณาว่าพฤติกรรมของมนุษย์เป็นผลรวมจากความคิดและการปฏิบัติ ในกระบวนการประกอบด้วยหลายขั้นตอน รวมกันเรียกว่าเทคนิคคิว (Q technique) หลักการ คือ ให้ผู้ตอบจัดกลุ่มข้อความออกเป็นกลุ่ม ๆ โดยแต่ละกลุ่มจะถูกกำหนดระดับความสำคัญไว้ เรียกว่า การจัดอันดับแบบคิว (Q sort) และนำข้อมูลที่ได้จากการจัดอันดับ มาวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา เช่น วิเคราะห์จัดอันดับความสำคัญโดยนับความถี่ หา

สหสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยหาค่าความสัมพันธ์แบบจัดอันดับ (rank correlation) หรือที่เรียกว่า วิธีวิทยาอาร์ (R methodology) และวิเคราะห์แยกกลุ่มผู้ตอบโดยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ เป็นต้น (จินตนา ธนปิบลย์ชัย. 2537: 21-22; อมรทิพย์ อมราภิบาล. 2542: 38-39)

ขั้นตอนของวิธีวิทยาคิว

ในการนำวิธีวิทยาคิวมาใช้ในการศึกษาสภาวะจิตวิสัยนั้น มีขั้นตอน ดังนี้ (Kerlinger. 1986: 508-511; สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์; และกรรณิการ์ สุขเกษม. 2550: 12-22; อมรทิพย์ อมราภิบาล. 2542: 39-43; จินตนา ธนปิบลย์ชัย. 2537: 22-32)

1. ขั้นเตรียมข้อมูล

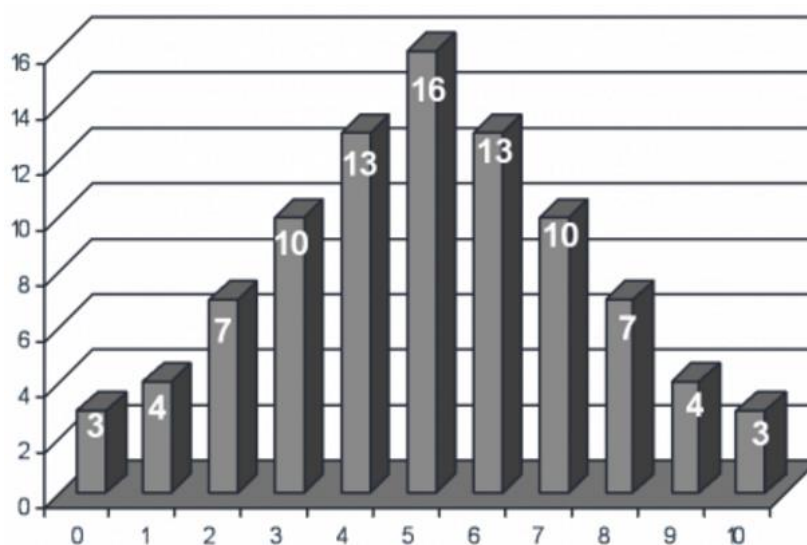
เพื่อการจัดอันดับแบบคิว (generating Q items) คือการรวบรวมประเด็นข้อมูลโดยการระดมความคิดเห็น หรือสร้างขึ้นมาจากแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุมเรื่องที่จะศึกษา (concourse) และนำประเด็นที่รวมได้นั้น มาบันทึกลงบนบัตร ที่เรียกว่า บัตรคิว หรือบัตรรายการ (Q cards)

2. ขั้นการจัดอันดับแบบคิว (Q sorting)

โดยผู้ตอบจัดกลุ่มบัตรรายการเป็นกลุ่ม ๆ ตามความรู้สึก หรือความคิดเห็น ด้วยการอ้างอิงตน (self-reference) แต่ละกลุ่ม/กอง ของบัตร จะบอกระดับความสำคัญไว้ อาจเป็นตัวเลข หรือตำแหน่ง หรืออันดับความสำคัญ (rank order) หรือ อาจบอกด้วยเกณฑ์เชิงคุณภาพ เช่น เห็นด้วยอย่างมากที่สุด ไปจนถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

การแยกกอง/จัดกลุ่มบัตรรายการที่มีการกำหนดการกระจายข้อความคิวแต่ละกองไว้ก่อนล่วงหน้า (prespecified distribution) มีการกระจายแบบอิสระหรือใกล้เคียงกับโค้งปกติ (quasi normal distribution) ซึ่งจะช่วยให้ค่าสถิติมีความแกร่งมากกว่า (Stenner; Watts; & Worrell. 2010; Akhtar-Danesh; & Baumann. 2008; Valenta; & Wigger. 1997; เศรษฐวิชัย ชโนวรรณ. 2552; จินตนา ธนปิบลย์ชัย. 2537) วิธีนี้เรียกว่า การกระจายแบบถูกกำหนด (forced distribution) แต่ถ้าไม่มีการกำหนดจำนวนบัตรรายการในแต่ละกองไว้ก่อน และปล่อยให้มีการกระจายแบบอิสระหรือ จะเรียกว่า การกระจายแบบไม่ถูกกำหนด (unforced distribution)

ในปัจจุบันวิทยาการด้านการสื่อสารก้าวหน้าไปมาก ทำให้มีการประยุกต์การเรียงบัตรรายการบนอินเทอร์เน็ตที่เป็นลักษณะ web-based โดยให้ป้อนข้อมูลลงบนเว็บ แทนบัตรรายการแต่ละข้อ จากนั้นทำการจัดเรียงและวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นได้บนเว็บไซต์ได้ ที่ Q-Sorting with WebQ (<http://schmolck.userweb.mwn.de/qmethod/webq/>)



ภาพประกอบ 5 การเรียงบัตร์รายการ 90 ใบ แบบถูกกำหนดของคน 1 คน

ที่มา: ปรับปรุงจาก Fred N. Kerlinger. (1986). Foundations of Behavioral Research. p. 509

ตัวเลขบนแต่ละกอง คือ จำนวนบัตร์รายการที่ถูกกำหนดให้นำมาเรียงในแต่ละกอง

ตัวเลขด้านล่างของแต่ละกอง คือ คะแนนความสำคัญ ประจํากองข้อความแต่ละกอง ในที่นี้เรียงลำดับจากน้อยที่สุดคือ 0 เมื่อผู้เรียงบัตร์ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความบนบัตร์รายการ และมีความมากที่สุด คือ 10 เมื่อผู้เรียงบัตร์เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความบนบัตร์รายการ

3. ขั้นการวิเคราะห์ข้อมูลและคำนวณค่าสถิติต่าง ๆ

ข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนการเรียงบัตร์รายการนั้น สามารถนำมาแปลงค่าต่าง ๆ วิธีวิทยาศาสตร์ศึกษาภาพในการนำค่าที่ได้ไปคำนวณค่าสถิติต่าง ๆ ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เช่น

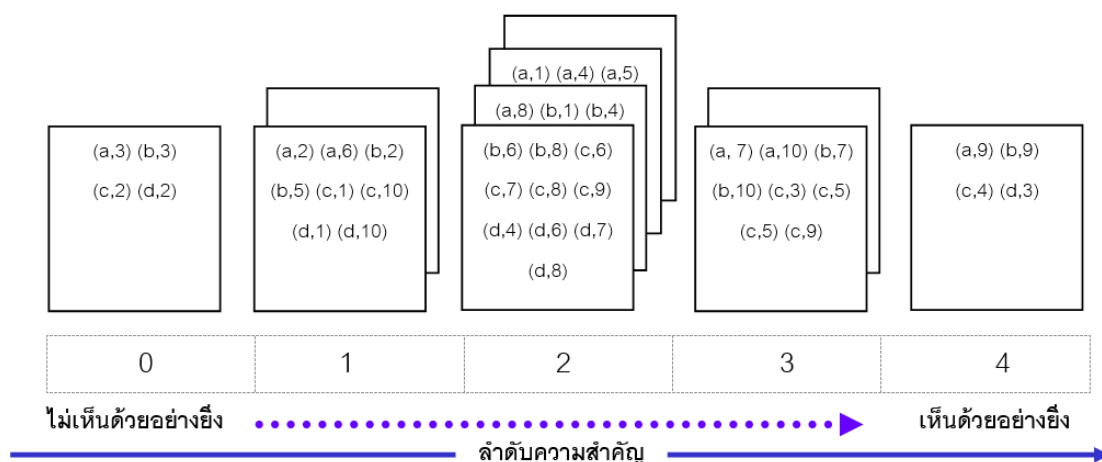
1) ความถี่หรือฐานนิยม (mode) เพื่อวิเคราะห์ว่าประเด็นใดบ้างที่เป็นความสำคัญอันดับต้น ๆ โดยทำการแจกนับว่าในแต่ละประเด็นมีผู้ตอบ จัดความสำคัญไว้เป็นอันดับต่าง ๆ จำนวนเท่าใด ประเด็นที่มีผู้ตอบจำนวนมาก จัดไว้ว่าเป็นความสำคัญอันดับต้น ๆ ถือว่าเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ

2) การหาค่าสหสัมพันธ์ (correlation) เพื่อวิเคราะห์ว่า บุคคลใดบ้างในกลุ่ม (P set) ที่มีรูปแบบการจัดเรียงที่คล้ายคลึงกัน เป็นวิธีหาค่าความสำคัญแบบจัดอันดับ (rank correlation)

3) การวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) เนื่องจากสามารถหาค่าสหสัมพันธ์ได้ ดังนั้นจึงสามารถเตรียมเมตริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วม เพื่อใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบได้ โดยทำการจัดกลุ่มของความคิดเห็นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเข้าด้วยกัน และในขณะเดียวกัน จะแยกมุมมองที่มีความแตกต่างออกจากกันเป็นกลุ่มได้ ช่วยชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างของมุมมอง (distinct viewpoints) ได้ด้วย

4) การวิเคราะห์ความแปรปรวน (analysis of variance) เพื่อวิเคราะห์ว่าในแต่ละประเด็นมีผู้ตอบให้อันดับความสำคัญไว้กระจายกันอย่างไร ดูจากค่าเฉลี่ยว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญหรือไม่ นั่นเอง

ตัวอย่างต่อไปนี้แสดงให้เห็นถึง การหาค่าสหสัมพันธ์ เป็นการหาค่าความสอดคล้องระหว่างบุคคล หรือจัดกลุ่มคนที่มีรูปแบบ การจัดเรียงลำดับรายการที่สะท้อนความคิดเห็น ที่คล้ายคลึงกัน เพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ จะเสนอการเรียงลำดับแบบย่อ ในที่นี้เป็นการเรียงบัตร 10 ใบ จากบุคคล 4 คน ดังนี้



ภาพประกอบ 6 การเรียงบัตรรายการ 10 ใบ แบบถูกกำหนดของคน 4 คน

ตาราง 2 รูปแบบการจัดลำดับบัตรรายการของคน 4 คน

คนที่				
บัตรข้อที่	a	b	c	d
1	2	2	1	1
2	1	1	0	0
3	0	0	3	4
4	2	2	4	2
5	2	0	3	3
6	1	2	2	2
7	3	3	2	2
8	2	2	2	2
9	4	4	2	3
10	3	3	1	1

ตาราง 3 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จากการเรียงบัตรรายการ 10 ใบ

	a	b	c	d
a	1.00			
b	.92	1.00		
c	-.08	-.17	1.00	
d	-.08	-.17	.75	1.00

ตามตาราง 3 พบว่า a และ b มีรูปแบบการเรียงบัตรรายการคล้ายคลึงกันมาก จึงทำให้มีค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ .92 เช่นเดียวกันกับ c และ d ที่มีค่าสหสัมพันธ์เป็น .75 ส่วนบุคคลคู่อื่น ๆ จะมีความสัมพันธ์เข้าใกล้ 0 แสดงว่า รูปแบบการจัดเรียงบัตรรายการแตกต่างกันมาก คือ แทบไม่สัมพันธ์กันเลย และค่าเครื่องหมายติดลบ คือ มีทิศทางการเรียงบัตรรายการตรงข้ามกัน เช่นในข้อเดียวกัน คนหนึ่งให้ความสำคัญมาก ส่วนอีกคนที่คู่นั้นให้ความสำคัญกับรายการข้อนั้นน้อย

เป็นต้น ข้อมูลตัวอย่างนี้ แสดงให้เห็นชัดว่า กลุ่มคนถูกแบ่งเป็น 2 กลุ่มชัดเจน ตามความคิดเห็น (point-of-view) ของเขาเหล่านั้น

การวิจัยผสมวิธี (mixed methods research)

ด้วยเหตุของความซับซ้อนของตัวแปรคุณภาพชีวิต ดังที่กล่าวไว้ในบทนำและบทที่ 2 แล้ว นั้น ประกอบกับจุดยืนกระบวนทัศน์ของผู้วิจัยที่เป็นแบบปฏิบัตินิยม (pragmatism) ที่สนใจว่า วิธีการใดที่สามารถให้ได้มาซึ่งคำตอบของคำถามการวิจัย และมีความเหมาะสม ก็จะใช้วิธีนั้น ไม่ว่าวิธีหรือเทคนิคนั้นจะเป็นแบบเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพก็ตาม อีกทั้งพิจารณาถึงข้อได้เปรียบของการวิจัยผสมวิธี ที่มีจุดเด่น คือ การบูรณาการในการแปลผลและตีความร่วมกันระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ (Creswell. 2015; ดุษฎี โยเหลา. 2559) ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงใช้การวิจัยผสมวิธีเป็นระเบียบวิธีในการศึกษาครั้งนี้

หากจะย้อนไปถึงความเป็นมาของการวิจัยผสมวิธี สามารถนับได้ประมาณ 25 ปี (Ramlo. 2016: 29; Creswell. 2015: 1) ตั้งแต่เวลานั้นได้มีจำนวนบทความ หนังสือ และวารสาร ที่มุ่งเน้นให้กับการใช้การวิจัยผสมวิธีได้รับการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Tashakkori; & Newman. 2010) จึงถือได้ว่าการวิจัยผสมวิธียังมีประวัติไม่ยาวนานและยังคงพัฒนาตนเองต่อไปข้างหน้า

ความหมายและลักษณะสำคัญของการวิจัยผสมวิธี

Creswell (2015: 2-3) อดีตนายกสมาคม Mixed Methods International Research Association (MMIRA) ได้ให้ความหมายการวิจัยผสมวิธีว่า เป็น วิธีการชนิดหนึ่งในการทำวิจัย สาขาสังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่ให้ผู้ศึกษาได้ทำการรวบรวมและบูรณาการทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากนั้นจึงทำการตีความ บนพื้นฐานของการผสมผสานจุดแข็งของชุดข้อมูลทั้งสองชนิด เพื่อให้เกิดความเข้าใจปัญหาการวิจัย

โดยมีลักษณะสำคัญ กล่าวคือ 1) การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเป็นไปเพื่อตอบปัญหาการวิจัย 2) ใช้วิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่เคร่งครัด 3) มีการผสมผสานหรือบูรณาการข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ใช้ชนิดการออกแบบที่เฉพาะเจาะจงของการวิจัยผสมวิธี และมีการตีความการบูรณาการนั้น 4) ในบางครั้งการออกแบบการวิจัยจะอยู่ภายใต้ปรัชญาหรือภายใต้ทฤษฎีหนึ่งๆ

จะเห็นได้ว่า จุดสำคัญที่เห็นได้ชัดของการวิจัยผสมวิธี คือ การผสมผสานและการบูรณาการ ซึ่ง Fetters และ Freshwater (2015) ได้เสนอกรอบความคิดที่น่าสนใจ ว่า The 1 + 1 = 3 Integration Challenge ซึ่งพวกเขาได้อธิบายเพิ่มเป็นสมการว่า qualitative + quantitative =

more than the individual components หมายความว่า ผลรวมของ เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จะได้ผลลัพธ์มากกว่าการรวมส่วนประกอบแต่ละส่วนเข้าด้วยกัน ดังนั้นจึงทำให้ $1 + 1$ ไม่เท่ากับ 2 จึงออกเป็น 3 ดังสมการข้างต้นนี้

การจำแนกชนิดหรือแบบของการวิจัยผสานวิธี (designs or typology)

จากการทบทวนเอกสารต่าง ๆ เกี่ยวกับการวิจัยผสานวิธี พบว่า มีผู้เสนอแนวคิด การจำแนกชนิดหรือแบบของการวิจัยผสานวิธีหลายท่าน ในที่นี้ขอนำเสนอแนวคิดหลักจาก 2 แนว ได้แก่ แนวคิดการจัดประเภทหรือแบบตามแนวทางของ Creswell (2015) และ Teddlie; & Tashakkori (2009)

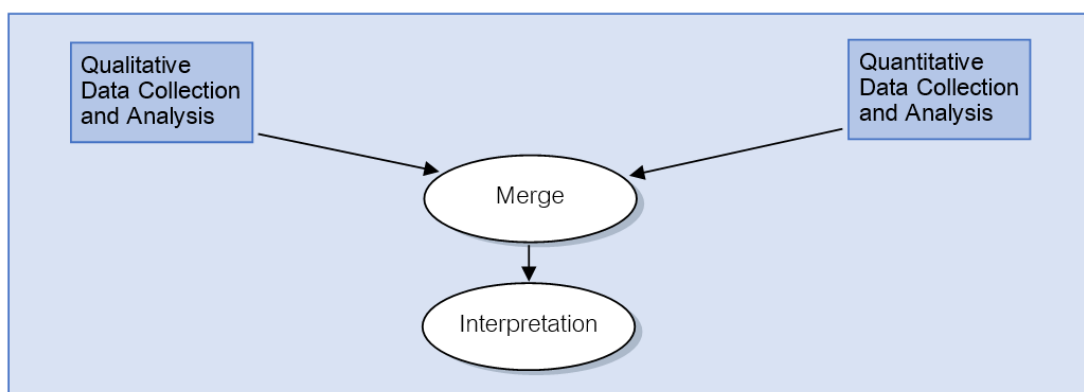
การจำแนกแบบแผนตามแนวของ Creswell

Creswell ได้ให้แนวทางของแบบแผน (designs) ไว้ด้วยกัน 6 แบบแผน จำแนกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ แบบแผนขั้นพื้นฐาน (basic designs) และแบบแผนขั้นสูง (advanced designs) ซึ่งแต่ละลักษณะสามารถจำแนกได้อีกเป็น 3 แบบย่อย ๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

แบบแผนขั้นพื้นฐาน (basic designs)

Creswell ได้ให้ความเห็นว่า แบบแผนขั้นพื้นฐานนี้ เป็นแบบแผนที่พบได้ โดยทั่วไปส่วนใหญ่ในงานวิจัยแบบผสานวิธี ได้แก่ 1) convergent design 2) explanatory sequential design 3) exploratory sequential design ดังรายละเอียดต่อไปนี้

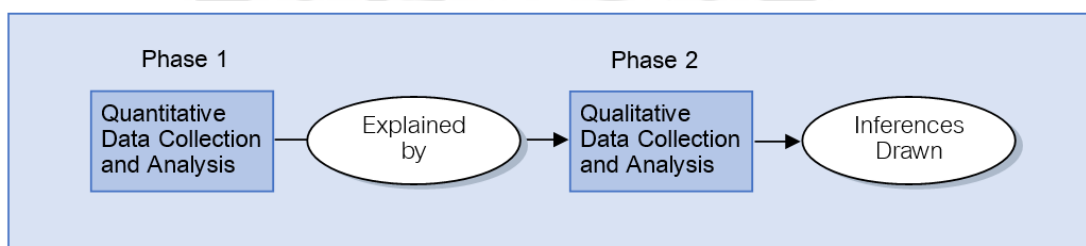
1) Convergent design เป็นแบบแผนที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการผสมผสานระหว่าง ข้อค้นพบที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยที่การเก็บและวิเคราะห์ ข้อมูลของการวิจัยทั้งสองส่วนแยกออกจากกัน เหตุเพราะความแตกต่างของข้อมูลเชิงลึก (insight) ระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จะให้ความหมายและความเข้าใจคนละมุมมองกัน ดังนั้นผลของการใช้แบบแผนนี้จะเป็นการช่วยเพิ่มเติมให้มีความเข้าใจสมบูรณ์มากขึ้นต่อข้อค้นพบที่ได้ ในมุมมองที่ซับซ้อนได้มากขึ้น เนื่องจากผสมผสานมุมมองทั้งของเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเข้าด้วยกัน มากไปกว่านั้นแบบแผนนี้ยังสามารถช่วยการตรวจสอบสามเส้าของข้อมูล (validate) ได้อีกด้วย



ภาพประกอบ 7 แบบแผนขั้นพื้นฐาน - convergent design

ที่มา : John W. Creswell. (2015). A Concise Introduction to Mixed Methods Research. p. 37

2) Explanatory sequential design เป็นแบบแผนที่มีจุดมุ่งหมายในการศึกษาปัญหาด้วยวิธีการเชิงปริมาณ โดยทำการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนของการศึกษาปัญหา จากนั้นจึงใช้วิธีการเชิงคุณภาพเพื่อช่วยในการอธิบายข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาด้วยวิธีการเชิงปริมาณในขั้นตอนก่อนหน้า สุดท้ายจึงสร้างข้อสรุปจากข้อค้นพบที่ได้ในขั้นเชิงปริมาณและนำข้อค้นพบในขั้นที่สองของเชิงคุณภาพมาอธิบายประกอบ

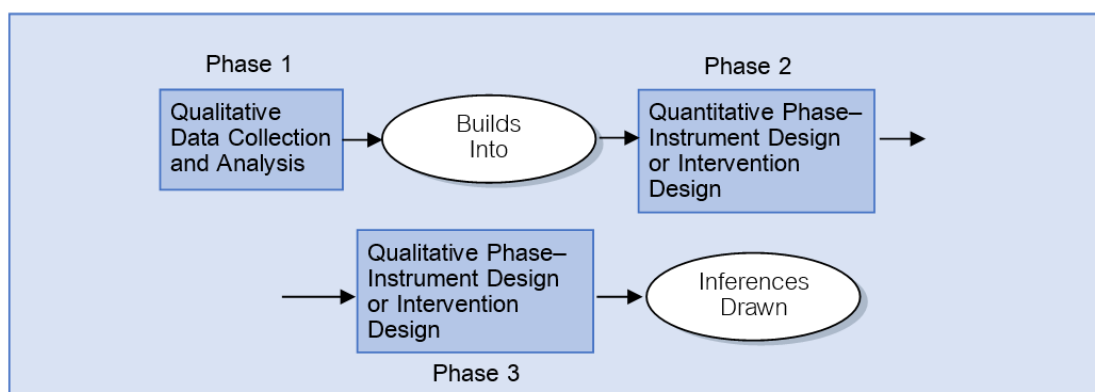


ภาพประกอบ 8 แบบแผนขั้นพื้นฐาน - explanatory sequential design

ที่มา : John W. Creswell. (2015). A Concise Introduction to Mixed Methods Research. p. 39

3) Exploratory sequential design เมื่อเข้าใจในแบบแผนก่อนหน้านี้ สำหรับแบบแผนนี้จะคล้ายคลึงกัน แต่จะสลับในส่วนของเชิงคุณภาพมาเริ่มต้นก่อน คือ แบบแผนนี้จะทำ

การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการเชิงคุณภาพในเริ่มแรก จากนั้นนำข้อค้นพบที่ได้มาพัฒนาเครื่องมือวัดหรือโปรแกรมจัดกระทำสำหรับการวิจัยเชิงทดลองในขั้นตอนที่สอง แล้วจึงเริ่มขั้นตอนที่สาม โดยทำการนำเครื่องมือวัดหรือโปรแกรมจัดกระทำที่ได้ในขั้นที่สองมาทดสอบ หรือใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่กว่า โดยจุดประสงค์เพื่อสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ (generalize) หรือเพื่อทดสอบความเที่ยงตรง (validity) และความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือหรือโปรแกรมจัดกระทำที่พัฒนาขึ้นในขั้นที่สอง โดยอาศัยผลของวิธีการเชิงคุณภาพจากขั้นแรกมาช่วยในการสรุปผล



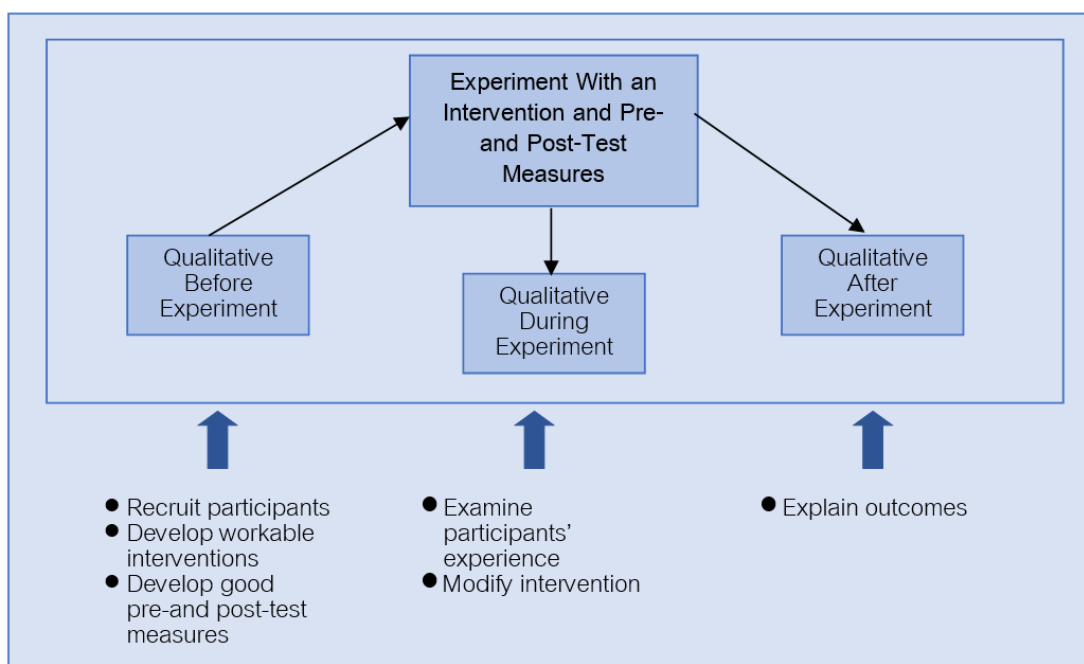
ภาพประกอบ 9 แบบแผนขั้นพื้นฐาน - exploratory sequential design

ที่มา : John W. Creswell. (2015). A Concise Introduction to Mixed Methods Research. p. 41

แบบแผนขั้นสูง (advance designs)

Creswell ได้แสดงความเห็นต่อจากแบบแผนขั้นพื้นฐาน ว่า แบบแผนขั้นสูงนี้เป็นการต่อยอดและต่อเติมบางส่วนให้มีความซับซ้อนขึ้นจากแบบแผนขั้นพื้นฐาน โดยแสดงตัวอย่าง 3 แบบแผนที่เป็นที่นิยมกัน ได้แก่ 1) intervention design 2) social justice design 3) multistage evaluation design ดังรายละเอียดต่อไปนี้

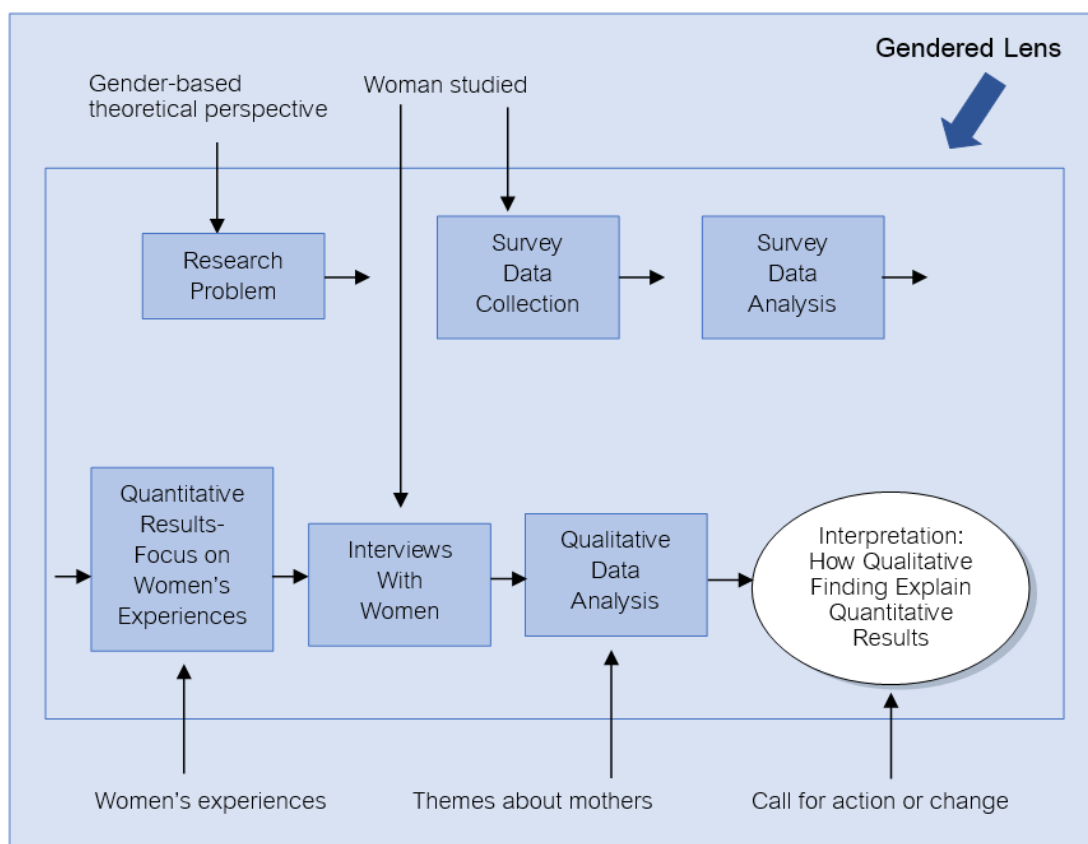
1) Intervention design เป็นแบบแผนที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการศึกษาปัญหาด้วยการดำเนินการทดลองหรือการกระทำตัวแปรจัดกระทำ โดยมีการเพิ่มส่วนของวิธีการเชิงคุณภาพเข้าไปในขั้นตอนต่าง ๆ ด้วย



ภาพประกอบ 10 แบบแผนขั้นสูง - intervention design

ที่มา : John W. Creswell. (2015). A Concise Introduction to Mixed Methods Research. p. 44

2) social justice design เป็นแบบแผนที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการศึกษาปัญหาใด ๆ ที่เกี่ยวข้องภายใต้กรอบแนวคิดว่าด้วยความเป็นธรรมในสังคม (social justice) โดยเชื่อมตัวแนวคิดด้วยวิธีการศึกษาแบบผสมวิธี กรอบแนวคิดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องที่พบได้บ่อย ๆ ได้แก่ เรื่องเพศ (เช่น สตรีนิยม) เชื้อชาติหรือชาติพันธุ์ ชนชั้นทางสังคม ความพิการ และอื่น ๆ โดยใช้แบบแผนขั้นพื้นฐานเป็นศูนย์กลาง เพิ่มเติมคือการใช้ทฤษฎีหรือแนวคิดดังกล่าวเป็นกรอบกำหนดเนื้อหา ดังตัวอย่างในภาพประกอบ 11 กรณีตัวอย่างที่ใช้เรื่อง เพศ เป็นกรอบแนวคิดด้านเนื้อหาในการศึกษา

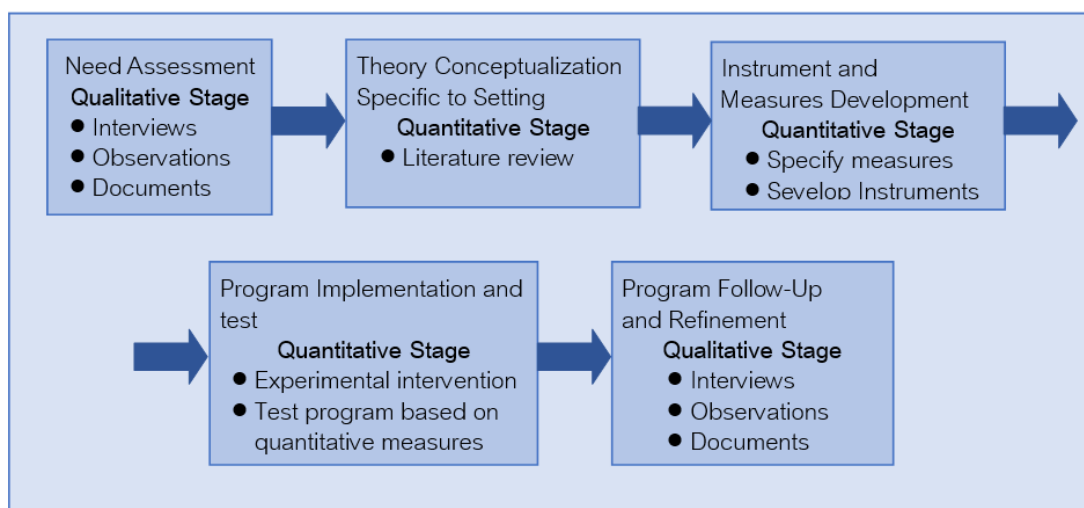


ภาพประกอบ 11 แบบแผนขั้นสูง - social justice design

ที่มา : John W. Creswell. (2015). A Concise Introduction to Mixed Methods Research. p. 45

3) multistage evaluation design เป็นแบบแผนที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการประเมินความสำเร็จของการนำโปรแกรมหรือกิจกรรมไปใช้ในแห่งใดแห่งหนึ่ง ความว่า multistage หรือหลายขั้นตอน มีความหมายแฝง คือ แต่ละขั้นตอนของการศึกษานั้นสามารถเป็นอิสระจากกันสำเร็จได้โดยขั้นตอนของตัวเอง ตัวอย่างตามภาพประกอบ 12 สามารถสรุปได้ 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ระบุความต้องการจำเป็นที่จะทำการประเมินและระบุสมาชิกของทีมที่จะทำงานทำการประเมิน 2) พิจารณาถึงแบบแผนขั้นพื้นฐานที่จะใช้ในการประเมิน โดยทั่วไปที่พบบ่อย ๆ คือ กำหนดให้ทำการประเมินความต้องการจำเป็น และแบบแผน exploratory sequential design 3) ระบุขั้นตอนของการประเมิน ได้แก่ การประเมินความต้องการจำเป็น การกำหนดกรอบแนวคิดทฤษฎีในการประเมิน การกำหนดการวัดและเครื่องมือที่ใช้ การทดสอบผลของโปรแกรมโดยใช้การวัดและเครื่องมือ และสุดท้าย ติดตามผลเพื่ออธิบายถึงการทดสอบการนำไปใช้ของโปรแกรม 4) พิจารณา

ว่าในแต่ละขั้นตอนของการประเมิน ข้อมูลที่จะถูกจัดเก็บและวิเคราะห์นั้นเป็นเช่นไร เป็นข้อมูลเชิงปริมาณหรือคุณภาพ หรือทั้งสองประเภท 5) ดำเนินการประเมิน และปรับปรุงตัวโปรแกรมและเครื่องมือที่ใช้ หากมีความจำเป็น



ภาพประกอบ 12 แบบแผนขั้นสูง - multistage evaluation design

ที่มา : John W. Creswell. (2015). A Concise Introduction to Mixed Methods Research. p. 47

การจำแนกชนิดตามแนวของ Teddlie; & Tashakkori

Teddlie; & Tashakkori (2009) เป็นอีกผู้หนึ่ง (คู่หนึ่ง) ที่มีชื่อเสียงและเป็นที่ยอมรับในประชาคมของวิธีวิจัยผสมวิธี ทั้งสองท่านได้ให้แนวทางของชนิด (typology) ไว้ด้วยกัน 4 ชนิด จุดสำคัญของการจำแนก อยู่ที่จำนวนในแต่ละช่วง (strand) ของการวิจัย และจำนวนของเทคนิควิธี (method) ที่ใช้ สามารถสรุปได้เป็นตารางเมตริกซ์ ดังต่อไปนี้

ตาราง 4 การจำแนกชนิด (typology) ตามแนวของ Teddlie; & Tashakkori

ประเภทของการออกแบบ	Monostrand Designs	Multistrand Designs
Monomethod design	Monomethod Monostrand designs 1. Traditional quantitative designs 2. Traditional qualitative designs	Monomethod multistrand designs 1. Parallel monomethod a. QUAN + QUAN b. QUAL + QUAL 2. Sequential monomethod a. QUAN --> QUAN b. QUAL --> QUAL
Mixed methods design	Quasi-mixed monostrand designs 1. Monostrand conversion designs	Mixed methods multistrand designs 1. Parallel mixed designs 2. Sequential mixed designs 3. Conversion mixed designs 4. Multilevel mixed designs 5. Fully integrated mixed designs Quasi-mixed multistrand designs (designs mixed at the experiential stage only, including the parallel quasi-mixed design)

ที่ ม ๑ : Charles Teddlie; & Abbas Tashakkori (2009). *Foundations of Mixed Methods Research: Integrating Quantitative and Qualitative Approaches in the Social and Behavioral Sciences*. p.145

จากการทบทวนเอกสารและแนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยผสมวิธี ดังได้กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยได้ออกแบบการวิจัยในครั้งนี้ โดยประยุกต์ใช้การวิจัยแบบผสมวิธี ชนิด iterative

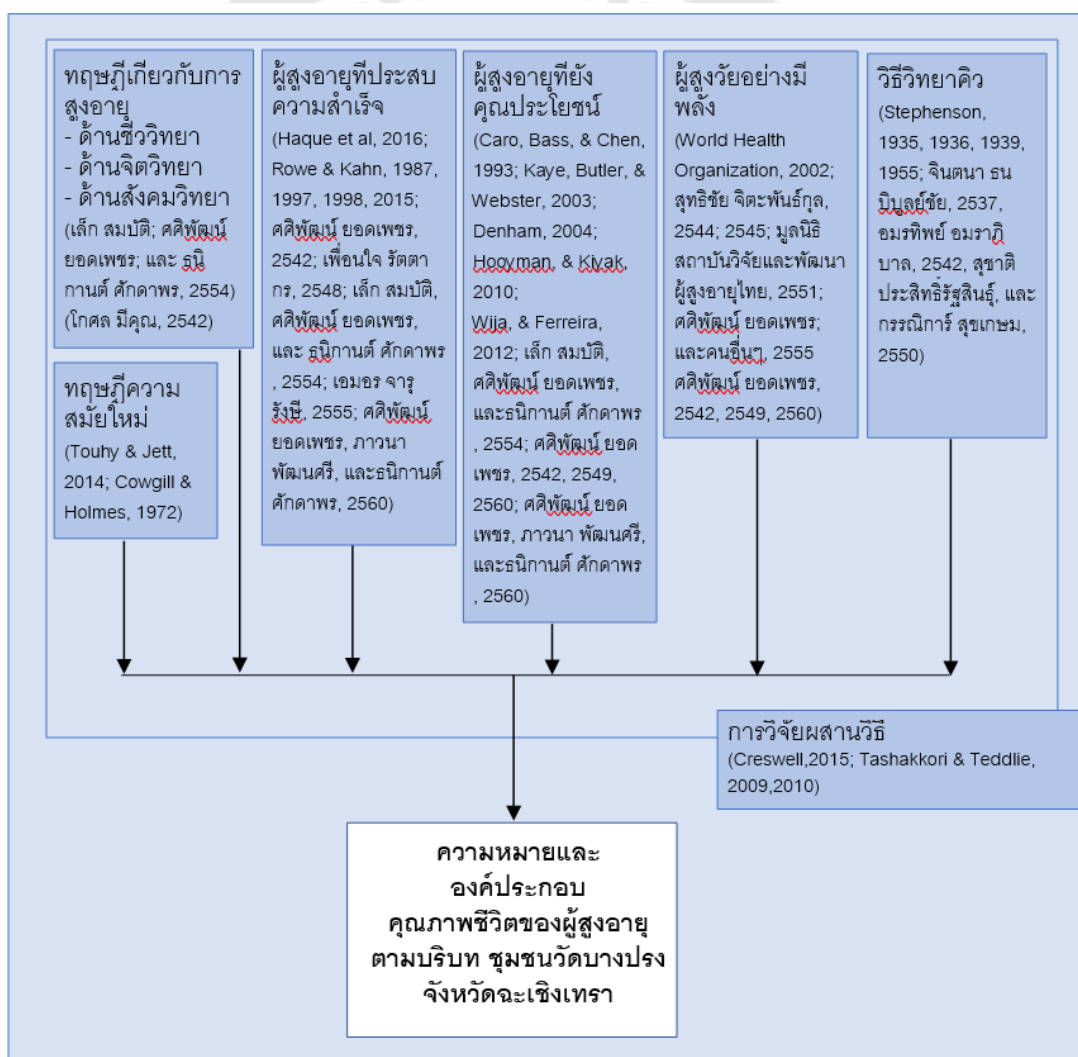
sequential design โดยดำเนินการตามลำดับ แบ่งออกเป็น 2 ช่วง (two-strand sequential mixed designs) เพื่อตอบความมุ่งหมายของการวิจัยให้ได้ครอบคลุมมากที่สุด

ในลำดับถัดไป จะเป็นการนำเสนอถึงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยดังที่ได้นำเสนอมาก่อนหน้านี้ ทั้งหมด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

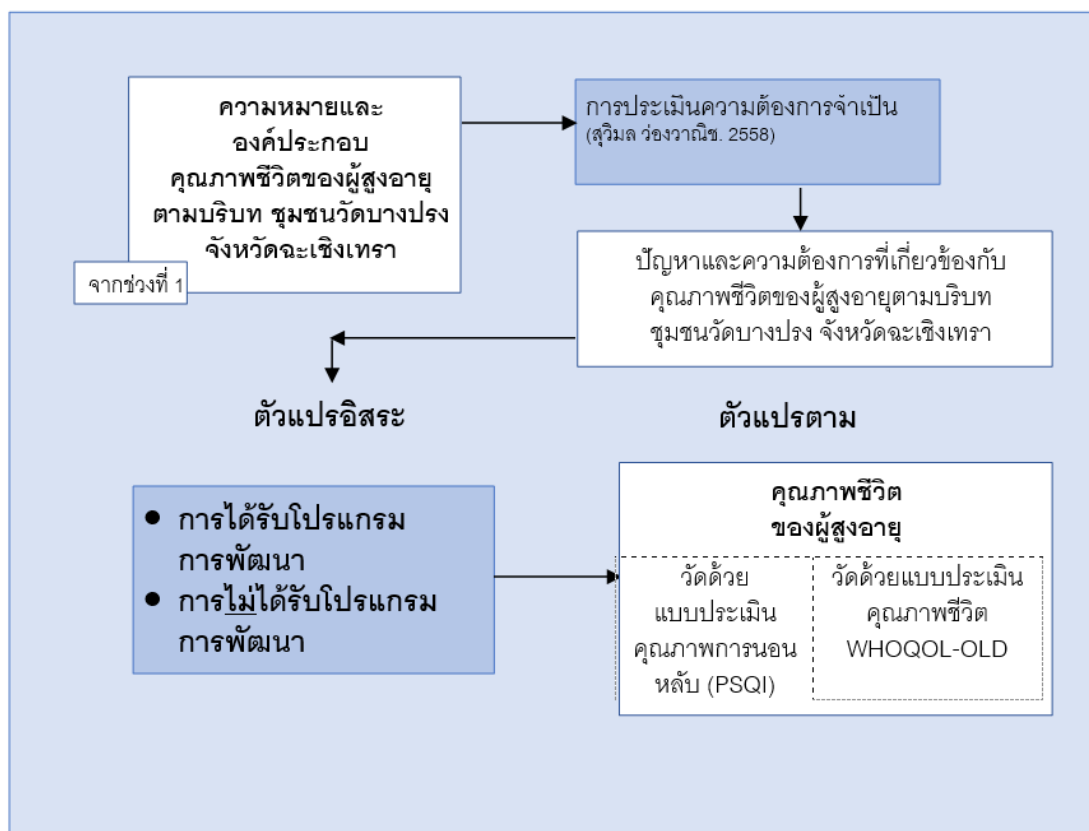
ผู้วิจัยประยุกต์ใช้การวิจัยแบบผสมวิธีเป็นระเบียบวิธีในการดำเนินการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 2 ช่วงตามลำดับ (two-strand sequential mixed designs) โดยมีกรอบแนวคิดในแต่ละช่วง ดังนี้

กรอบแนวคิดของการวิจัย ช่วงที่ 1



ภาพประกอบ 13 กรอบแนวคิดของการวิจัย ช่วงที่ 1

กรอบแนวคิดของการวิจัย ช่วงที่ 2



ภาพประกอบ 14 กรอบแนวคิดของการวิจัย ช่วงที่ 2

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ใช้วิธีวิจัยแบบผสมวิธี เพื่อให้ได้มาซึ่งองค์ความรู้ในการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เน้นบริบทเป็นสำคัญ ผู้วิจัยได้ออกแบบและดำเนินการวิจัยแต่ละขั้นตอน ดังภาพประกอบ 1 ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ช่วง ดังนี้

ช่วงที่ 1 ดำเนินการเป็น 2 ระยะ ในระยะแรก ทำความเข้าใจ กำหนดนิยาม ความหมาย มิติต่าง ๆ หรือองค์ประกอบ รวมไปถึง ปัจจัยสาเหตุ และเงื่อนไขที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากมุมมองคนนอกที่เกิดจากชุดความรู้เพื่อการปฏิบัติ และความรู้ในการปฏิบัติด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก และใช้วิธีวิทยาคิว (Q Methodology) ในการผสมผสานชุดความรู้ที่ได้กับมุมมองจากคนใน คือ ผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรุง ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาในการวิจัยระยะที่ 2 จะได้เป็นชุดความรู้ที่มีลักษณะออกแบบเฉพาะเหมาะกับบริบทของผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรุง ที่สามารถนำไปพัฒนาเป็นโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่อไปในการวิจัยช่วงที่ 2

ช่วงที่ 2 เป็นการนำ “ความรู้” ที่ผสมผสานกันทั้งแบบความรู้เพื่อการปฏิบัติ ความรู้ในการปฏิบัติ ความรู้จากมุมมองคนนอก และความรู้จากมุมมองคนในที่ได้ในการวิจัยในช่วงที่ 1 ผสมผสานเข้ากับปัญหาและความต้องการที่สำคัญและเร่งด่วนที่ได้มาจากการประเมินความต้องการจำเป็นด้วยการจัดสนทนากลุ่มกับบริบทของผู้สูงอายุของชุมชนวัดบางปรุง ในการวิจัยระยะที่ 3 จากนั้นจึงทำการตรวจสอบประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ในการวิจัยระยะที่ 4 ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลองโดยการนำโปรแกรมที่ออกแบบเฉพาะไปทดลองใช้กับกรณีตัวอย่างผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรุง เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมที่สร้างขึ้น โดยวัดคะแนนความก้าวหน้า (gain score) ด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัยช่วงที่ 1

ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยในช่วงนี้ ออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การทำความเข้าใจ นิยามความหมาย องค์ประกอบ รวมถึงปัจจัยสาเหตุและเงื่อนไขคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

สำหรับระยะที่ 1 นี้ เป็นการใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ได้ความรู้เพื่อการปฏิบัติ และความรู้ในการปฏิบัติ จากกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ และกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้สูงอายุอย่างมีพลัง (active

ageing) ได้จากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposeful) ที่ได้มาจากทะเบียนรายชื่อวิทยากร/ผู้ทรงคุณวุฒิด้านผู้สูงอายุ จากกรมกิจการผู้สูงอายุ (2015) และคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา การวิจัยในระบายนี้นี้ผู้วิจัยมีเป้าหมายต้องการผลานชุดความรู้ทั้งสอง ซึ่งผลที่ได้จะเป็นชุดความรู้ที่มอง “คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ” จากมุมมองคนนอก (etic view) ก่อนที่จะนำชุดความรู้ไปประกอบชุดความรู้ที่มองคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจากคนใน ในระยะที่ 2 ของการวิจัยต่อไป

สำหรับการเลือกผู้เชี่ยวชาญมาให้ข้อมูลนั้น มีเกณฑ์ในการคัดเลือก (inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

การกำหนดผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์

ผู้วิจัยทำการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง ด้วยหลักการที่ว่า ผู้ให้ข้อมูลสามารถให้ข้อมูลได้ดีและเป็นประโยชน์มากต่อการวิจัย (information-rich) (Patton. 1990: 169) โดยมีคุณสมบัติ คือ เป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ หรือจบการศึกษาในด้านที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ มีประสบการณ์การทำงาน หรือเป็นผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า 10 ปี สนใจในประเด็นที่ผู้วิจัยศึกษาสนใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล ดังรายนามปรากฏต่อไปนี้

ตาราง 5 ผู้เชี่ยวชาญในการให้ข้อมูลสัมภาษณ์ สำหรับช่วงที่ 1 ระยะที่ 1

ผู้เชี่ยวชาญ	ตำแหน่ง/หน้าที่/ความชำนาญ
แพทย์หญิงนาง พงษ์สมุทร	- กรรมการบริหารที่พักรักษาผู้สูงอายุสงวนคนเฒ่า สภาอากาศไทย - อนุกรรมการอำนวยการอาคาร ส.อ. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ศาสตราจารย์ ดร.วรเวศม์ สุวรรณระดา	- อนุกรรมการ คณะอนุกรรมการส่งเสริมการขยายโอกาสด้านอาชีพและการทำงานสำหรับผู้สูงอายุ และกรรมการปฏิรูประบบรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย
รองศาสตราจารย์ เล็ก สมบัติ	- อาจารย์และนักวิจัย ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
รองศาสตราจารย์ ดร. อาชัญญา รัตนอุบล	- อาจารย์และนักวิจัย ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตในผู้สูงอายุ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร. วิฑูรย์ เหลียวรุ่งเรือง	- รองศาสตราจารย์และนักวิจัย ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดสภาพแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก และปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การกำหนดผู้สูงอายุอย่างมีพลังเป็นผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์

ผู้วิจัยทำการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง แบบ sampling special or unique cases (Teddlie; & Yu. 2007) รายนามปรากฏในตาราง 6 มีเกณฑ์ในการคัดเลือก (inclusion criteria) คือ

1. เป็นผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ไม่ทุพพลภาพ สุขภาพแข็งแรง ไม่มีอาการเจ็บป่วยปรากฏให้เห็นชัดเจน
3. มีส่วนร่วมในสังคมอย่างสม่ำเสมอ เช่น เป็นสมาชิกของชมรม สมาคม มูลนิธิ ฯลฯ หรือมีกิจกรรมในชุมชนในลักษณะบำเพ็ญตนเป็นประโยชน์แก่ผู้อื่น
4. มีชื่อเสียงและผลงานเป็นที่ประจักษ์ในวงกว้าง ทำประโยชน์ให้แก่ผู้อื่นและสังคม หรือได้รับรางวัลทางสังคม ทั้งระดับชุมชนหรือระดับชาติ
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

ตาราง 6 ผู้สูงอายุอย่างมีพลังในการให้ข้อมูลสัมภาษณ์ สำหรับช่วงที่ 1 ระยะที่ 1

ผู้สูงอายุอย่างมีพลัง (active ageing)	อายุ (ปี)	ตำแหน่ง/หน้าที่/ความชำนาญ
นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช	94	- ผู้สูงอายุแห่งชาติ ปี 2562
		- ประธานกรรมการ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย
นางธิดา ศรีไพพรรณ์	77	- เลขาธิการสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ และผู้อำนวยการแผนงานผู้สูงอายุ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
		- กรรมการ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย
ศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล	69	- ผู้อำนวยการศูนย์ศตวรรษิกชนและที่ปรึกษา
		- ผู้อำนวยการศูนย์ศตวรรษิกชนและที่ปรึกษา

สำหรับจำนวนของกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสองกลุ่มนั้น ผู้วิจัยหยุดการเก็บข้อมูลเมื่อข้อมูลอิ่มตัว (saturation) ในที่นี้เมื่อสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และผู้สูงวัยอย่างมีพลัง 3 ท่านไปแล้ว ระยะเวลาที่ใช้ตั้งแต่วันที่ 2 มีนาคม ถึง 11 เมษายน 2561

การเตรียมตัวผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์

ในขั้นนี้ ถือว่ามีความสำคัญมากไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าขั้นกำหนดผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์ เหตุเพราะ หากผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์ไม่เห็นความสำคัญของการวิจัย อาจทำให้ท่านให้เวลาไม่เต็มที่ก็เป็นได้ ดังนั้นในขั้นนี้ จึงต้องสร้างความเข้าใจกับผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์ อธิบายจุดประสงค์ ขั้นตอนต่างๆ ของการวิจัย เวลาที่ต้องใช้โดยประมาณ และประโยชน์ของงานวิจัย เน้นย้ำถึงความจำเป็นและความสำคัญของการที่ต้องให้ผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์ให้ข้อมูล ข้อดีของการเตรียมผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์อีกประการ คือ ทำให้ท่านได้มีเวลาเตรียมตัว เตรียมข้อมูล จัดระบบข้อมูลและเตรียมความคิดล่วงหน้า ซึ่งทำให้ข้อมูลที่ไดมามีความเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยเตรียมตัวผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์ โดยการติดต่อทบทวน นัดวันเวลาเพื่อขอเข้าพบ และนำส่งเค้าโครงปริญญานิพนธ์ รวมถึงข้อคำถามที่เป็นแนวสัมภาษณ์ให้แก่ผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์ล่วงหน้าประมาณ 1-2 สัปดาห์ ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมและความยินยอมของผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์แต่ละท่าน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในระยะที่ 1 ผู้วิจัยใช้แนวคำถามที่ได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กำหนดเป็นโครงสร้างของการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์ทั้งสองกลุ่ม ซึ่งมีรายละเอียดหลักคล้ายกัน แต่มีรายละเอียดบางส่วนต่างกัน เพราะสำหรับผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์กลุ่มที่เป็นผู้สูงวัยอย่างมีพลังนั้น จะเน้นถึงความรู้สึก ความคิด การรับรู้ และประสบการณ์ เพื่อถอดบทเรียน/ความรู้ที่ฝังลึก (tacit knowledge) ออกมาซึ่งเป็นความรู้ในการปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะนำเทปเสียงที่บันทึกมาถอดเทป ประกอบกับบันทึกการสัมภาษณ์ และบันทึกภาคสนาม (field note) จากนั้นนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ ตามระเบียบวิธีทฤษฎีฐานราก (grounded theory) โดยการกำหนดรหัส (coding) แบบบรรทัดต่อบรรทัด (line by line coding) การวิเคราะห์จำแนกประเภทข้อมูล (typological analysis) ชนิดการวิเคราะห์กลุ่มคำ (สุภาวงศ์ จันทวานิช. 2549: 69-90) เหตุเพราะเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ คือการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis)

(รัตนะ บัวสนธิ์, 2551. หน้า 198) เพื่อดันหาความหมายร่วมกัน (domain analysis) โดยการทำดัชนีข้อมูลเชิงตีความ (interpretative index) ทดลองเขียนประโยค (statement) สร้างข้อเสนอ/สรุปชั่วคราว (proposition) และสร้างบทสรุป (drawing conclusion) ตามแนวทางของ Charmaz (2006) ประกอบกับการใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ซึ่งมีลักษณะเด่นของการวิเคราะห์คือการแสดงปริมาณ หรือความถี่ (word frequency count) ในทางการวิจัยผลงานวิธีเรียกว่า Quantitizing (Teddlie; & Tashakkori. 2009: 146, 150) ทำการตรวจสอบ ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (trustworthiness) ด้วยการตรวจสอบกับกลุ่มเพื่อนนักวิจัย (peer debriefing) (องอาจ นัยพัฒน์. 2551: 252) ในที่นี้ ได้แก่ อาจารย์ ดร. ชวิตรา ตันติมาลา อาจารย์ประจำสาขาวิชาจิตวิทยาการวัดและการจัดการทางวัฒนธรรม คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม

ระยะที่ 2 การใช้วิธีวิทยาการคิดในการกำหนดมุมมององค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยออกแบบการวิจัยโดยมีการวิจัยระยะที่ 2 นี้ เข้ามาพร้อมด้วย มีเป้าหมายเพื่อนำชุดความรู้ในระยะที่ 1 ซึ่งมาจากมุมมองของผู้เชี่ยวชาญ ถือได้ว่าเป็นมุมมองของคนนอก มาผนวกเข้ากับชุดความรู้อีกชุดหนึ่งซึ่งมาจากมุมมองของคนในที่เป็นคน (ผู้สูงอายุ) ในบริบทชุมชนวัดบางปรอง ซึ่งเป็นบุคคลธรรมดาทั่วไป (laypersons) คำถามคือ แล้ววิธีการ (method) ไດ ที่มีความเหมาะสมเพื่อบรรลุเป้าหมายนี้ การใช้วิธีการเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์ ก็เป็นทางเลือกหนึ่งเช่นกันที่จะได้มาซึ่งชุดความรู้ที่มาจากมุมมองของคนใน หากแต่ยังมีอีกวิธีการหนึ่งที่มีความเป็นวัตถุวิสัย (objective) ในเชิงปริมาณที่จะช่วยให้ได้ความรู้ที่เมื่อนำมาผสานกันแล้ว จะช่วยให้ได้ความรู้ที่มีความเหมาะสมต่อการใช้งานมากกว่า ชุดความรู้จากคนนอกหรือจากผู้เชี่ยวชาญเพียงชุดเดียว วิธีการนั้นคือ วิธีวิทยาการคิด ซึ่งมีคุณลักษณะเฉพาะ คือ เชื่อมโยงระหว่างการนำความเป็นจิตวิสัย (subjective) ให้ถ่ายทอดสื่อสารออกมาด้วยการอ้างอิงตนเอง (self-reference) จากการเรียงบัตร (card sorting) มาแปลงในเชิงวัตถุวิสัย (objective) โดยอาศัยการวิเคราะห์องค์ประกอบแบบคิด (Q-factor analysis) ที่เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อสะท้อนถึงลักษณะของคนที่มีมุมมองเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งร่วมกัน ออกเป็นกลุ่ม ๆ (จัดคน) ซึ่งการให้ลักษณะความหมายนี้จะตรงกันข้าม (converse) (Stephenson. 1986; Brown. 1980) กับการวิเคราะห์องค์ประกอบแบบ R (R-factor analysis) ที่พยายามลดจำนวนตัวแปร หรือจัดกลุ่มตัวแปร (จัดตัวแปร) (Kerlinger. 1986; นงลักษณ์ วิรัชชัย. 2542; ดุษฎี โยเหลา. 2543) โดยใช้คนจำนวนมาก ๆ จาก

ประชากร (population) และในบางกรณีใช้เพื่อการสร้างเครื่องมือวัด (Kerlinger. 1986: 569) ในขณะที่วิธีวิทยาคิว ไม่จำเป็นต้องใช้คนจำนวนมาก (Ramlo. 2011; 2015; 2016; สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์; และกรรณิการ์ สุขเกษม. 2550) และเหตุผลที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีวิทยาคิวที่เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เพราะจะช่วยให้ในเรื่องการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า ด้านวิธีการเก็บข้อมูลที่แตกต่างกัน (methodological triangulation) [คุณภาพ (ระยะที่ 1) – ปริมาณ (ระยะที่ 2)] และด้านแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน (data triangulation) [คนนอก (ระยะที่ 1) – คนใน (ระยะที่ 2)]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำการวิจัยระยะที่ 2 ด้วยการใช่วิธีวิทยาคิวในการศึกษามุมมองคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากบริบทคนในผู้สูงอายุของชุมชนวัดบางปรอง จังหวัดฉะเชิงเทรา

การใช่วิธีวิทยาคิวในการกำหนดองค์ประกอบ

ในขั้นนี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอขั้นตอนของวิธีดำเนินการวิจัยด้วยเทคนิควิธีวิทยาคิว ควบคู่กับการอ้างอิงถึงการวิจัยในระยะที่ 1 ประกอบกัน ดังต่อไปนี้

1. ขั้นกำหนดเนื้อหาสาระ
2. ขั้นพัฒนาชุดคิว
3. ขั้นคัดเลือกชุดบุคคล
4. ขั้นแยกและเรียงข้อความคิว
5. ขั้นวิเคราะห์และตีความ

1. ขั้นกำหนดเนื้อหาสาระ

ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์และข้อสรุปจากการสัมภาษณ์ทั้งสองกลุ่ม ที่ได้มาจากผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและกลุ่มที่เป็นผู้สูงอายุอย่างมีพลัง มาสร้างเป็นข้อสรุปรวม นำสารสนเทศที่ได้ในระยะที่ 1 ในประเด็น ก) นิยามความหมายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และ ข) องค์ประกอบหรือมิติต่าง ๆ ของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มาใช้ในการกำหนดเนื้อหาสาระ (concourse) ของชุดคิว ให้ครอบคลุมเนื้อหาสาระของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากการตีความ สังเคราะห์และจัดกลุ่มความหมายที่ได้จากการวิจัยในช่วงที่ 1 ระยะที่ 1 ได้ความหมายและองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งหมด 4 กลุ่มประเภท ได้แก่ 1) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือการได้ใช้ชีวิตอย่างภาคภูมิใจ 2) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุคือ การมีสมรรถนะของร่างกายและมีสุขภาวะซึ่งเป็นการเชื่อมโยงกันระหว่างร่างกายกับจิตใจ 3) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ การมีปฏิสัมพันธ์และกิจกรรมทางสังคม ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของ

การมีชีวิต และ 4) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุคือ การได้เข้าร่วมและเข้าถึง สภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมที่เหมาะสม รวมถึงสังคมเสมือน

2. ขั้นพัฒนาชุดคิว

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดโครงสร้างและสร้างข้อคำถามของชุดคิว

ในขั้นนี้ ผู้วิจัยเริ่มจากการจัดทำโครงสร้างชุดคิว เพื่อเป็นกรอบในการสร้างข้อคำถามสำหรับข้อความคิว (statement) และกำหนดจำนวนข้อคำถามในการวัดแต่ละกลุ่มประเภทคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามมุมมององค์ประกอบที่ได้จากการวิจัยขั้นที่ 1 ระยะที่ 1 ดังตารางโครงสร้างต่อไปนี้

ตาราง 7 โครงสร้างตามมุมมององค์ประกอบและจำนวนข้อความคิว

มุมมององค์ประกอบ	จำนวนข้อ
1) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ การได้ใช้ชีวิตอย่างภาคภูมิใจ	19
2) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ การมีสมรรถนะของร่างกายและมีสุขภาพะ	14
3) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ การมีปฏิสัมพันธ์และกิจกรรมทางสังคม	12
4) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ การได้เข้าร่วมและเข้าถึง สภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมที่เหมาะสม รวมถึงสังคมเสมือน	17
รวม	62

ตามตาราง 7 จะเห็นว่าจำนวนข้อความในแต่ละด้านของมุมมององค์ประกอบจะมีจำนวนไม่เท่ากัน ทั้งนี้เพราะผลการวิเคราะห์ข้อมูลในช่วงที่ 1 ระยะที่ 1 นั้น พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์ทั้ง 2 กลุ่ม ให้น้ำหนักความสำคัญของแต่ละองค์ประกอบไม่เท่ากัน สังเกตได้จากความถี่ที่พูดถึงในแต่ละเรื่องนั้น ๆ และน้ำเสียงประกอบกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสร้างข้อความคิว ให้มีจำนวนข้อไม่เท่ากันในแต่ละด้าน ตามน้ำหนักความสำคัญดังตาราง 7 รวมทั้งสิ้น 62 ข้อความ

มโนทัศน์ของวิธีวิทยาคิว ให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับชุดคิว (Q set) เพราะถือว่าเป็นตัวอย่าง (sample) ดังนั้น ชุดของข้อความคิว นั้นเป็นตัวแทน (represent) ของขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size) หากเทียบกับวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Ramlo. 2016: 31) และยังพบอีกว่าหลาย ๆ ครั้ง จะมีการเรียกชุดคิวว่า ตัวอย่างคิว (Q sample) (Stephenson. 1986; Paige & Morin. 2016: 1-15; Ramlo. 2015: 210-11, 220; 91, 95, 97-129)

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ก่อนการนำชุดคิวไปใช้งาน ผู้วิจัยแสดงหลักฐานความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content-related evidence of validity) ด้วยการนำข้อความที่สร้างขึ้น ไปตรวจสอบเพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of consistency: IOC) ดำเนินการโดยนำไปตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจาก 2 กลุ่ม จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์ของช่วงที่ 1 ระยะที่ 1 ทั้งกลุ่มผู้สูงวัยอย่างมีพลังและผู้เชี่ยวชาญ ในที่นี้เรียกว่า “กลุ่มเดิม” เพื่อตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งหนึ่ง (members' check) จำนวน 3 ท่าน ได้มาจากการเลือกตัวอย่างแบบ mixed methods ชนิด purposive random sampling (Teddle; & Yu. 2007) ส่วนกลุ่มที่ 2 ในที่นี้เรียกว่า “นอกกลุ่มเดิม” คือ บุคคลที่มีลักษณะคุณสมบัติเช่นเดียวกับผู้เชี่ยวชาญในช่วงที่ 1 ระยะที่ 1 แต่ไม่ใช่คณะบุคคลของ “กลุ่มเดิม” จำนวน 2 ท่าน ได้มาจากการเลือกตัวอย่างแบบ purposive random sampling ผู้วิจัยใช้หลักการตรวจสอบข้อมูลสามเ้าจากการใช้ผู้พิจารณาข้อมูลที่แตกต่างกัน (investigator triangulation) (สุภาวศ์ จันทวานิช. 2549: 32-35; 2559:129-130) เพื่อเป็นการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลอีกด้วย สรุปรายละเอียดดังตาราง 8

ตาราง 8 ผู้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลและความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของการพัฒนาชุดคิว

จำนวน	รายนาม	สถานะกลุ่ม	คุณลักษณะตามเกณฑ์ในการคัดเลือก
3	แพทย์หญิงนาฏ พองสมุทร	กลุ่มเดิม	ผู้เชี่ยวชาญ
	รองศาสตราจารย์ เล็ก สมบัติ		
	ศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล		ผู้สูงวัยอย่างมีพลัง
2	ศาสตราจารย์ ระพีพรรณ คำหอม	นอกกลุ่มเดิม	ผู้เชี่ยวชาญ
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภิตา ชนวนัน		ผู้เชี่ยวชาญ

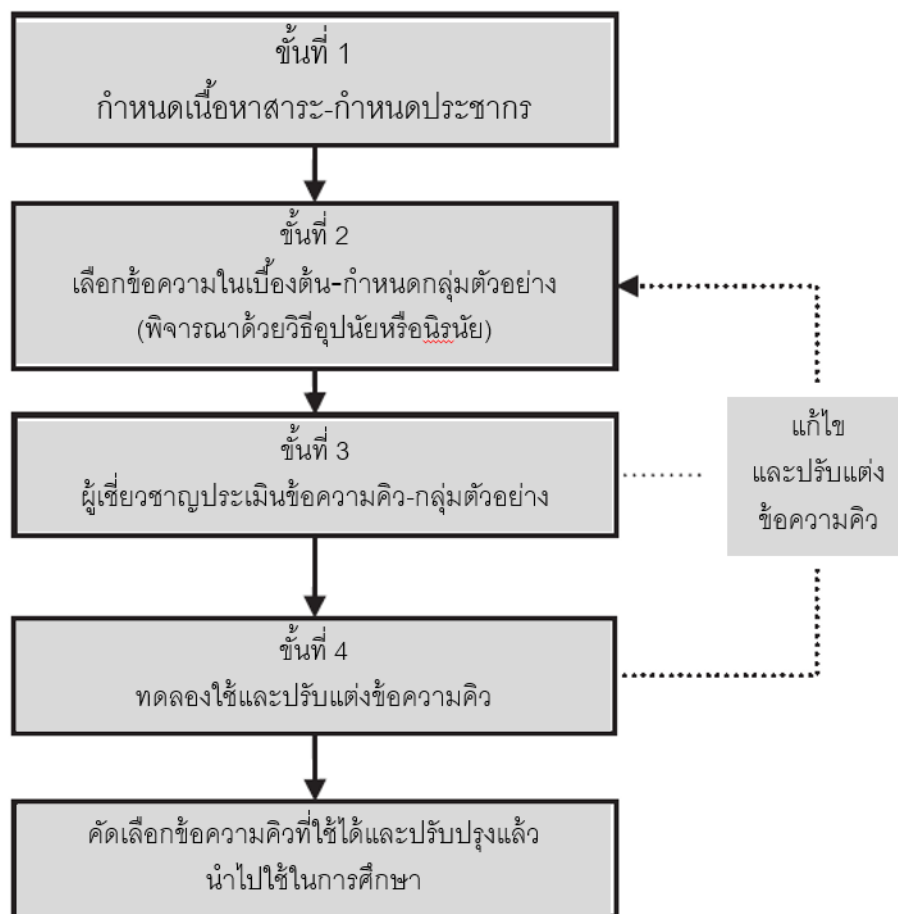
ผลการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลและความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของการพัฒนาชุดคิว พบว่า จากข้อความจำนวน 62 ข้อ ได้ค่า IOC เท่ากับ 1 จำนวน 16 ข้อความ เท่ากับ 0 จำนวน 3 ข้อความ ค่า IOC ระหว่างค่าติดลบ ($IOC < 0$) ถึงค่าน้อยกว่า 0.5 จำนวน 4 ข้อความ และค่า IOC มากกว่า 0.5 จำนวน 39 ข้อความ ดังนั้นจะมีข้อความที่ต่ำกว่าเกณฑ์จำนวน 7 ข้อความ และข้อความที่สามารถนำไปสร้างเป็นชุดคิวได้ จำนวน 55 ข้อความ ดังแสดงรายละเอียดค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ตามตาราง xxx ในภาคผนวก ค

สำหรับจำนวนบัตรที่ใช้งานได้นั้น จะมีจำนวนเท่ากับจำนวนข้อความ ที่ผ่านเกณฑ์ พิจารณาจากดัชนีความสอดคล้องเกินครึ่ง ($IOC > 0.50$) นำข้อความจำนวน 55 ข้อความ มาจัดพิมพ์ลงบนบัตรรายการ (Q cards) ขนาด 10 x 20 เซนติเมตร พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ เพื่อความสะดวกแก่การอ่านสำหรับผู้สูงอายุ แต่ละบัตรจะมีข้อความบัตรละ 1 ข้อความ และมีหมายเลขข้อกำกับไว้ด้านบนขวาของบัตร ในขณะที่ด้านบนซ้ายของบัตรทำช่องคะแนนเพื่อสำหรับทำเครื่องหมายบอกว่าบัตรรายการข้อนี้จะได้คะแนนกี่คะแนน เพื่อใช้เป็นรหัสในการวิเคราะห์ หลังจากในขั้นการแยกบัตรและเรียงบัตรข้อความเพื่อจัดลำดับความสำคัญของข้อความคิดต่อไป ตัวอย่างบัตรรายการคิว แสดงในภาพประกอบ 15

-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6		5
ฉันยังสามารถทำประโยชน์ ให้กับครอบครัวของฉันได้														

ภาพประกอบ 15 ตัวอย่างบัตรรายการคิว

นำชุดคิวที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว จำนวน 55 บัตรรายการ ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ 1 ท่าน สังเกต ชักถามและปรับข้อความอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มเป้าหมาย ดั้งขั้นตอนการสร้าง ตามภาพประกอบ 16 (Paige & Morin. 2016: 4)



ภาพประกอบ 16 ขั้นตอนการสร้างข้อความ (ชุด) คว

ที่มา: ดัดแปลงจาก Paige, J., & Morin, K. (2016). *Q-Sample Construction: A Critical Step for a Q-Methodological Study*. pp, 4-6

3. ขั้นตอนคัดเลือกชุดบุคคล

ขั้นตอนคัดเลือกชุดบุคคลนี้ ในวิธีวิทยาคิว จะเรียกว่า P set ในขณะที่ข้อความคว จะเรียกว่า Q set และด้วยเหตุที่เป้าหมายปลายทาง คือ ทำการวิเคราะห์และตีความ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผ่านมุมมองของชุดบุคคลที่ทำการศึกษา ในที่นี้คือบริบทของผู้สูงอายุที่ต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตผ่านโปรแกรมที่ผู้วิจัยออกแบบและสร้างขึ้น

วิธีวิทยาคิว ให้ความสนใจ คนที่จะมาเกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษา ดังนั้น จำนวนคน ไม่มีความสำคัญเท่ากับว่าคนที่จะมาเป็น P set นั้นเป็นใคร (who they are) กล่าวโดยสรุปคือ P

set จึงเป็นผู้ที่มีมุมมองที่ชัดเจนในเรื่องที่ผู้วิจัยกำลังสนใจศึกษาอย่างเพียงพอที่จะสามารถตีความ และให้ความหมายกับเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อันหมายถึงบริบทที่จะทำการพัฒนานั่นเอง

จากการศึกษาของ โทมัสและบาส (Thomas; & Baas: 1993) พบว่า ชุดของ ข้อความที่แตกต่างกันที่มีการจัดโครงสร้างด้วยวิธีที่แตกต่างกัน ผลที่ได้ในที่สุดจะมาบรรจบพบกัน หรือสอดคล้องกันในข้อสรุป ด้วยเหตุที่ผู้ให้ความหมายของข้อความนั้น คือผู้ที่ทำการแยกและเรียง ข้อความคิ ซึ่งไม่ว่าโครงสร้างที่ผู้วิจัยคัดเลือกมาจะเป็นอย่างไรก็ตาม

ในที่นี้ P set คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในชุมชนวัดบางปรอง บ้าน บางปรอง หมู่ที่ 9 ตำบลบางพระ อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้มาจากการเลือกแบบ เจาะจงจากผู้สูงอายุที่สมัครใจจำนวน 19 คน จากจำนวน 60 คน ที่เคยตอบและได้คะแนนใน เกณฑ์ต่ำจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่น่าคะแนนมาวิเคราะห์จัดกลุ่ม สำหรับเหตุผลที่ เป็นผู้สูงอายุในชุมชนวัดบางปรองนี้ จะนำเสนอในหัวข้อ “การศึกษาก่อนลงสนาม” ในการวิจัยระยะ ที่ 3

4. ขั้นตอนแยกและเรียงข้อความคิ

หลังจากผู้วิจัยได้สร้าง Q set และ คัดเลือก P set มาแล้ว ในขั้นนี้ P set จะทำ การแยกข้อความคิออกเป็นกอง ๆ และเรียงแต่ละกองตามจำนวนที่กำหนด โดยเรียกการแยกและ จัดเรียง (Q sort) แบบนี้ว่า การกระจายแบบถูกกำหนด (forced distribution) เพื่อให้เกิดการ กระจายความถี่เป็นลักษณะเป็นโค้งปกติหรือใกล้เคียงกับโค้งปกติ (quasi normal distribution) เป็นการกำหนดการกระจายข้อความคิแต่ละกองไว้ก่อนล่วงหน้า (prespecified distribution) (Stenner; Watts; & Worrell. 2010; Akhtar-Danesh; & Baumann. 2008; Watts; & Stenner. 2005; Valenta; & Wigger. 1997; เศรษฐวิชัย ชโนวรรณ. 2552; จินตนา ธนวิบูลย์ชัย. 2537) ซึ่งแนวคิดดังกล่าว สอดคล้องกับข้อตกลงเบื้องต้นบางประการของสถิติวิเคราะห์ตระกูลที่ใช้ สหสัมพันธ์ เมตริกสหสัมพันธ์เป็นฐานในการวิเคราะห์ ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอย (regression analysis) การวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) เป็นต้น และยังเป็นลักษณะ เด่นของวิธีวิทยาคิ ที่ใช้สหสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่าง ๆ ที่ได้จากค่าประจำกองที่กำหนด (scale value of the categories) มาใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Q – factor analysis) เพื่อที่จะใช้ใ้ การอธิบายโครงสร้างของสภาวะอัตวิสัยของกลุ่มคนได้โดยตรง แทนที่จะใช้ค่าที่ได้จากตัวแปร (R)

1

-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6
18	17	36	25	9	21	6	2	1	3	7	11	41
19	20	45	39	10	23	22	5	4	8	12	13	43
27	47	40	15	28	32	29	35	26	24	14		
53	50	16	31	37	38	48	34	33				
			30	51	42	49	55					
						52	44	54				
							46					

SubjNo: 1 ID: Shor

ภาพประกอบ 17 ตัวอย่างการแยกและเรียงข้อความคิ

ตัวอย่างในภาพประกอบ 17 เป็นการแยกและเรียงข้อความคิ จำนวน 55 ข้อความ กำหนดเงื่อนไขให้แยกออกเป็น 13 กอง โดยบังคับให้เรียงบัตรในแต่ละกองได้ ไม่เกิน จำนวนที่กำหนดไว้ เรียกว่า มีการกระจายแบบถูกกำหนด (forced distribution) ในที่นี้กำหนดให้ จำนวนบัตรที่สามารถเรียงได้ คือ (2) (3) (4) (4) (5) (6) (7) (6) (5) (4) (4) (3) (2) จากซ้ายไปขวา โดยมีหลักการว่า ผู้เรียงบัตร จะแสดงมุมมอง/ความเห็น “ต่อข้อความบนบัตรรายการ” อย่างไร เช่น เขาเห็นด้วยต่อข้อความบนบัตรมากที่สุด เป็นต้น ไม่ใช่เป็นการให้ผู้เรียงบัตรประเมินว่าจาก ข้อความบนบัตร เขาเป็น/เขามี/เขาทำ หรือไม่ อย่างไร

ตัวเลขแถวบนสุดที่เริ่มจาก -6 ด้านซ้ายมือ แทนตำแหน่งไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไป จนเห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าเท่ากับ 6 ด้านขวามือ ตัวอย่างเช่น ในภาพบัตรข้อความคิหมายเลข 41 ถูกเรียงไว้ในกองขวาสุด แสดงให้เห็นตัวแทนตามมุมมอง/ความเห็น “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ต่อ ข้อความบนบัตรหมายเลข 41 และในทำนองเดียวกัน ในกองถัด ๆ ไป จากขวาไปซ้าย จะลดระดับ ความเห็นด้วยลง จนถึงกองซ้ายมือสุด ที่เป็นตัวแทนตามมุมมอง/ความเห็น “ไม่เห็นด้วยอย่าง- ยิ่ง” ซึ่งในที่นี้ คือ บัตรข้อความคิหมายเลข 18 และ 19 เป็นต้น

5. ขั้นตอนวิเคราะห์และตีความ

ขั้นนี้ ผู้วิจัยนำค่าที่ได้จากการแยกและเรียงข้อความคิ มาวิเคราะห์และตีความ เนื้อหาสาระ (concourse) ของชุดคิ ด้วยวิธีการเชิงปริมาณทางสถิติวิเคราะห์ โดยการแปลงเป็น ค่าคะแนนที่ได้จากการแยกและเรียงข้อความคิแต่ละกองมาสร้างเมตริกซ์สหสัมพันธ์ ที่เกิดจาก การตีความแต่ละข้อความ มาวิเคราะห์องค์ประกอบแบบคิ (Q-factor analysis) (are subject to

statistical summary) (Ramlo. 2016: 33) ซึ่งจะทำให้ได้มิติต่าง ๆ/องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของ มุมมองผู้สูงอายุที่เป็นบริบทของการศึกษาค้นคว้า

ผู้วิจัยทำการเตรียมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป PQ Method (Schmolck. 2014) เป็นโปรแกรมที่ใช้งานโดยเฉพาะกับวิธีวิทยาคิว ร่วมกับ Ken-Q analysis เป็น web-based application (Banasick. 2019) ซึ่งทั้ง 2 โปรแกรมมีความจำเพาะ มากกว่าโปรแกรมสำเร็จรูปที่ใช้วิเคราะห์ทางสถิติทั่วไป และเป็นที่ยอมรับในหมู่นักวิจัย (community) ที่ใช้วิธีวิทยาคิวในการวิจัย ผู้วิจัยสกัดองค์ประกอบด้วยวิธีวิเคราะห์ส่วนประกอบหลัก (PCA: principal component analysis) และใช้การหมุนแกนแบบมุมฉาก (orthogonal rotation) ด้วย วิธีแวนแม็กซ์ (varimax method) พิจารณาจำนวนองค์ประกอบ จากค่าไอเกน (eigen value) และ น้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) ที่จะแสดงให้เห็นว่ามีความแตกต่างของมุมมอง (distinct viewpoints) เพื่อนำไปสู่การตีความของการจัดกลุ่มของมุมมอง (point-of-view) ในการระบุมุมมอง องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้วยเกณฑ์ค่าไอเกน มากกว่า 1 และเกณฑ์น้ำหนัก องค์ประกอบมากกว่าหรือเท่ากับ 0.30 (Hair; et al. 2010: 118) ประกอบกับเกณฑ์ $1.96 \cdot (1/\sqrt{n})$ เมื่อ n คือ จำนวนของข้อความใด ๆ ซึ่งในที่นี้ มีค่าเท่ากับ 0.2643 ตามจำนวนข้อความ 55 ข้อความ โดยที่มุมมององค์ประกอบที่ระบุนั้น จะมีเกณฑ์ไม่น้อยกว่าที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) (Watts; & Stenner. 2005: 87-88) รวมถึงพิจารณาโครงสร้าง (construct) ตามทฤษฎีที่ได้ จากการสังเคราะห์ข้อสรุปความหมาย องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้จากการวิจัย ช่วงที่ 1 ระยะที่ 1 จากนั้น นำผลทั้งหมดที่ได้มาสรุป ตีความและตั้งชื่อองค์ประกอบคุณภาพชีวิต ตามมุมมองบริบทผู้สูงอายุที่จะทำการพัฒนา

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มเป้าหมาย

จากขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนคัดเลือกชุดบุคคล หรือ P set นั้น จากที่ได้ผู้สูงอายุที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้ชี้แจงต่อไปว่า ในจำนวน 19 ท่านนี้ นอกจากกิจกรรมที่ให้เรียง บัตรรายการคิวแล้ว อาจมีการดำเนินการวิจัยขั้นตอนต่อไป ได้แก่ ระยะที่ 3 การสนทนากลุ่ม และการ วิจัยช่วงที่ 2 การทดลอง ผู้วิจัยจึงให้เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (participant information sheet) กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับครอบครัวเพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เนื้อความสำคัญประกอบด้วยชื่อ ที่อยู่ และเบอร์ติดต่อกลับของผู้วิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ คาดว่าจะได้รับ ระยะเวลา เหตุผลที่เชิญให้เข้าร่วมในการวิจัย ตลอดจนขั้นตอนการวิจัย ความไม่ สบายกาย หรือไม่สบายใจที่อาจจะเกิดขึ้น ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมการ วิจัยจะต้องรับผิดชอบเอง รวมไปถึงการปกปิดข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัย และเอกสิทธิ์ในการขอ

ถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า เมื่อกลุ่มเป้าหมายแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อในหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย (informed consent form) ก่อนการทำการวิจัยเก็บข้อมูล (ตามใบรับรองจริยธรรมการวิจัย หมายเลขรับรองการวิจัย SWUEC-G-074/2562)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล หลังจากได้รวบรวมบัตรรายการคิวมาแล้ว ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายจากโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS และวิเคราะห์มุมมององค์ประกอบผู้สูงอายุด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป PQ Method (Schmolck. 2014) ร่วมกับ Ken-Q analysis (web-based application) (Banasick. 2019)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล: วิธีวิทยาคิว

1. สถิติที่ใช้ในการทดสอบข้อตั้งเบื้องต้น (assumption)

1.1 วิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบการแจกแจงของข้อมูลว่า การกระจายแบบถูกกำหนด (forced distribution) ของข้อความคิวนั้น มีการกระจายความถี่เป็นลักษณะเป็นโค้งปกติหรือไม่ เลือกใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov – Smirnov One Sample Test (Siegel. 1956: 47-49; นิภา ศรีไพโรจน์. 2538: 68-69)

$$D = \text{Maximum } |F_0(X) - S_N(X)|$$

เมื่อ D แทน ค่าสูงสุดของความแตกต่าง (Maximum Deviation) ระหว่าง $F_0(X)$ กับ $S_N(X)$ โดยไม่คิดเครื่องหมาย

$S_N(X)$ แทน ฟังก์ชันการแจกแจงความถี่สะสมภายใต้ H_0 หรือความถี่สะสมที่คาดหวังในรูปสัดส่วน

$F_0(X)$ แทน ฟังก์ชันการแจกแจงความถี่สัมพัทธ์สะสมของตัวอย่าง หรือความถี่สะสมที่สังเกตในรูปสัดส่วน

1.2 สถิติที่ใช้ทดสอบความเหมาะสมของข้อมูลก่อนจะนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบ ได้แก่ (นงลักษณ์ วิรัชชัย. 2542: 129)

1.2.1 สถิติทดสอบ Bartlett (Bartlett's test of sphericity) เป็นการทดสอบนัยสำคัญว่าเมตริกซ์สหสัมพันธ์ที่จะนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบนั้นเป็นเมตริกซ์

เอกลักษณ์ (identity matrix) หรือไม่ อาศัยหลักการทดสอบค่าไค-สแควร์ของดีเทอร์มิแนนท์ (determinant) ของเมตริกซ์สหสัมพันธ์ ว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ หากตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน ย่อมสะท้อนว่าไม่มีองค์ประกอบร่วม หรืออีกนัยหนึ่งคือหากเป็นเมตริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรเป็นเมตริกซ์เอกลักษณ์แล้วจะไม่สามารถนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบต่อได้

1.2.2 ดัชนีไกเซอร์ – ไมเยอร์ – ออลคิน (KMO : Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy) เป็นดัชนีที่ทดสอบความแตกต่างระหว่างเมตริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตได้ กับเมตริกซ์สหสัมพันธ์แอนติอิมเมจ (anti – image correlation matrix) ซึ่งเป็น เมตริกซ์ของสหสัมพันธ์บางส่วน (partial correlation) ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่ เมื่อขจัดความแปรปรวน (partial out) ของตัวแปรอื่น ๆ ออกไปแล้ว เพื่อวัดว่ามีความเพียงพอของการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (sampling) หรือไม่ โดยมีเกณฑ์ว่าถ้า KMO มีค่ามากกว่า .50 หรือมีค่าเข้าใกล้หนึ่ง เมตริกซ์นั้นเหมาะสมที่จะนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบได้

1.3 สหสัมพันธ์อย่างง่าย (simple correlation) ใช้ในการเตรียมเมตริกซ์ก่อนการวิเคราะห์องค์ประกอบ มีสูตรดังนี้ (Pedhazur. 1997: 39; ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2560: 360-361)

$$r_{xy} = \frac{N \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[N \sum X^2 - (\sum X)^2][N \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

เมื่อ	r_{xy}	แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่าย
	$\sum X$	แทน ผลรวมของคะแนนชุด X
	$\sum Y$	แทน ผลรวมของคะแนนชุด Y
	$\sum X^2$	แทน ผลรวมของคะแนนชุด X แต่ละตัวยกกำลังสอง
	$\sum Y^2$	แทน ผลรวมของคะแนนชุด Y แต่ละตัวยกกำลังสอง
	$\sum XY$	แทน ผลรวมของผลคูณระหว่าง X กับ Y
	N	แทน จำนวนคนหรือสิ่งที่ศึกษา

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ

2.1 ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity evidence) ของแบบวัด โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Operational Definition) โดยใช้สูตรของโรวินELLIและแฮมเบลตัน (Rovinelli; & Hambleton. 1977; บุญเชิด ภิญญอนันตพงษ์. 2545: 179)

$$IOC = \frac{\sum^R}{N}$$

เมื่อ IOC แทน ค่าดัชนีความสอดคล้อง

$\sum^R$ แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็น

N แทน จำนวนคน

3. การวิเคราะห์ที่ใช้วิเคราะห์มุมมององค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

3.1 การสกัดองค์ประกอบด้วยวิธีวิเคราะห์ส่วนประกอบที่สำคัญ (PCA: principal component analysis) โมเดลสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบในรูปสมการ ดังนี้

$$Z = (a_1)(F_1) + (a_2)(F_2) + \dots + U = \sum aF + U$$

เมื่อ Z แทน คะแนนมาตรฐาน (standard score) ที่เกิดจากผลบวกเชิง

เส้น ระหว่างองค์ประกอบร่วมและองค์ประกอบเฉพาะ

F แทน องค์ประกอบร่วม (common factor)

U แทน องค์ประกอบเฉพาะ (unique factor)

a แทน น้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading)

3.2 การหมุนแกนแบบมุมฉาก (orthogonal rotation) ด้วยวิธีแวนแมกซ์ (varimax method)

$$V = \sum_{i=1}^r v_j = \sum_{j=1}^{r^n} \left[\frac{\sum_{i=1}^n \left(\frac{b_{ij}}{h_j^2} \right)^4 - \left(\sum_{i=1}^n \frac{b_{ij}^2}{h_j^2} \right)^2}{n^2} \right]$$

เมื่อ V แทน เมตริกซ์ขององค์ประกอบที่หมุนแกนแล้ว ที่ละคู่ จนหมดทุกคู่

เพื่อให้ได้ผลรวมของความแปรปรวนร่วมสูงสุด สำหรับ

องค์ประกอบนั้นๆ

b_{ij} แทน น้ำหนักของตัวแปร i บนองค์ประกอบ j

n	แทน	จำนวนตัวแปร
v_j	แทน	ค่าของความแปรปรวนร่วมบนองค์ประกอบตัวที่ j
r	แทน	จำนวนองค์ประกอบ
h^2	แทน	ค่าการร่วมกัน (communality)

การบูรณาการผลการวิเคราะห์ข้อมูลในช่วงที่ 1

เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้วิจัย นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลในช่วงที่ 1 มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และบูรณาการผลการวิเคราะห์เข้าด้วยกัน ดังแสดงในภาพประกอบ 1 กล่าวคือ 1) เพื่อให้ได้ความหมายและองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้บริบทชุมชนวัดบางปรุง บ้านบางปรุง หมู่ที่ 9 ตำบลบางพระ อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยอาศัยวิธีการทางเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณผสมกัน เป็นการผสมวิธีแบบ sequential mixed designs โดยการนำข้อค้นพบคือ ความหมาย และปัจจัยสาเหตุและเงื่อนไขที่นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีจากการวิจัยเชิงคุณภาพในระยะที่ 1 ไปใช้ในการกำหนดเนื้อหาสาระ (concourse) ของระยะที่ 2 ที่ใช้วิธีวิทยาคิวในการวิจัย ซึ่งในระยะที่ 2 นี้ ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีวิทยาคิว เพราะคุณสมบัติอันโดดเด่นเฉพาะของวิธีวิทยาคิว คือ การเชื่อมโยงระหว่างการนำความเป็นจิตวิสัยที่สามารถสื่อสารได้ (subjective communicable) ซึ่งได้มาจากการอ้างอิงตนเอง (self-reference) มาแปลงในเชิงวัตถุวิสัย (objective) ได้ โดยเฉพาะการใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบที่เป็นวิธีการเชิงปริมาณในขั้นการวิเคราะห์ข้อมูล จะเห็นได้ว่า ชุดความรู้ที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 เป็นการมองคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจากมุมมองคนนอก (ชุมชนวัดบางปรุง) และเป็นลักษณะความรู้ของผู้เชี่ยวชาญ หากได้ทำการวิจัยระยะที่ 2 ร่วมด้วยแล้ว จะทำให้ได้ความรู้จากมุมมองคนในของบริบทชุมชนวัดบางปรุงที่มีต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเอง เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลและบูรณาการผลการวิจัยช่วงที่ 1 แล้ว จะได้ข้อค้นพบที่เห็นได้ว่า มีชุดความรู้ของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชุดหนึ่งซึ่งสามารถใช้ได้โดยทั่ว ๆ ไป ในทุกชุมชน และขณะเดียวกันจะได้ ชุดความรู้อีกชุดหนึ่งที่มีความจำเพาะมาจากมุมมองคนในบริบทซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมที่มีลักษณะออกแบบมาโดยเฉพาะ (tailor-made) ในการวิจัยช่วงที่ 2 ให้ได้เป็นโปรแกรมที่เหมาะสมต่อไป ซึ่งในส่วนนี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอในผลการวิเคราะห์ มาบูรณาการข้อสรุปร่วม (meta-interface) ในลักษณะ joint display ในบทที่ 4 ต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัยช่วงที่ 2

ในช่วงที่ 2 นี้ ผู้วิจัยได้ข้อสรุปร่วมต่าง ๆ รวมทั้งสารสนเทศที่ได้จากการวิจัยในช่วงที่ 1 ทั้ง 2 ระยะ มาใช้ในการออกแบบและจัดทำโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามบริบทของผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรังโชติการาม สามารถอธิบายออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ส่วนของกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในทดลอง และ 2) เนื้อหาที่นำมาสร้างโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังลำดับ ต่อไปนี้

ระยะที่ 3 การจัดสนทนากลุ่ม เพื่อประเมินประเด็นปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ในระยะนี้ ผู้วิจัยอาศัยแนวคิดการวิจัยผลงานวิธี ในการออกแบบการวิจัย โดยที่ความสำคัญประการหนึ่งของวิธีวิจัยนี้คือ การให้ความสำคัญและความหมายต่อความเฉพาะเจาะจงต่อพื้นที่ (locality) ซึ่งตรงข้ามกับแนวคิดของปฏิฐานนิยม ซึ่งให้ความสำคัญกับการมีนัยทั่วไปหรืออ้างอิงกลับไปสู่ประชากรได้ (generalization) แนวคิดการวิจัยผลงานวิธีนี้มีจุดยืนกระบวนทัศน์ (paradigm) ในเชิงปรัชญา คือ แนวคิดปฏิบัตินิยม (pragmatism) ที่เน้นและให้ความสำคัญถึงวิธีการที่เหมาะสมและได้ผล นั้นย่อมนำมาซึ่งความรู้ สอดคล้องกับจุดยืนกระบวนทัศน์ของผู้วิจัยเอง ที่เห็นถึงความสำคัญของบริบทพื้นที่ ชุมชน ที่สนใจเป็นกรณีตัวอย่างที่นำความรู้ในการวิจัยช่วงที่ 1 ไปทดลองเพื่อให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยออกแบบและพัฒนาขึ้น โดยยึดปัญหาและความต้องการของบริบทชุมชนเป็นสำคัญ เพื่อให้มีลักษณะออกแบบมาโดยเฉพาะ (tailor-made) ที่จะใช้ชุดความรู้ในช่วงที่ 1 ไปพัฒนา ในที่นี้คือ ชุมชนวัดบางปรัง จังหวัดฉะเชิงเทรา

เป้าหมายที่ผู้วิจัยออกแบบให้มีการวิจัยระยะที่ 3 เหตุเพราะชุดความรู้ที่ได้ในการผสมรวมความรู้ระหว่างมุมมองคนในและมุมมองคนนอกในการวิจัยช่วงที่ 1 นั้น ยังไม่เพียงพอ ยังขาดความรู้ในเชิงนำไปปฏิบัติ กล่าวคือ ความรู้ที่ได้มานั้น ทำให้เกิดความเข้าใจต่อนิยามความหมายองค์ประกอบ รวมถึงปัจจัยสาเหตุและเงื่อนไขคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แม้ว่าจะได้มีมุมมองของคนใน (emic) ร่วมกำหนดความรู้นี้ก็ตาม หากแต่ในขั้นของการไปสู่การปฏิบัติ ประกอบกับที่ผ่านมาในอดีต จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในชุมชนวัดบางปรัง ผู้สูงอายุเล่าให้ฟังว่า ทางหน่วยงานของรัฐมีการจัดสวัสดิการการพัฒนาผู้สูงอายุมาอย่างต่อเนื่องก็จริง แต่ในบางครั้ง ไม่สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน หรือไม่เป็นไปตามความต้องการที่อยากจะเห็น ยกตัวอย่างเช่น มีการอบรมให้ทำยาสระผม และนวดกลางจาน ซึ่งมีประโยชน์ก็จริงในแง่ลดค่าใช้จ่าย และสามารถสร้างรายได้ หาก

นำไปขาย แต่เมื่อทำออกมาแล้วก็มีปริมาณมาก ใช้ไม่ทัน นำไปขายก็ไม่รู้ว่าขายให้ใคร ขาดความรู้เรื่องการจัดการและการตลาด หรือกรณีที่อบรมการทำบุญงาไป ก็ดูสวยดี แต่ไม่ได้ใช้ประโยชน์ ทำเสร็จก็ตั้งวางทิ้งไว้ เป็นต้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้การประเมินความต้องการจำเป็น (needs assessment) ด้วยการจัดสนทนากลุ่ม เพื่อการประเมินประเด็นปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรong และยังได้ประโยชน์อีกทาง คือ ช่วยทำให้ทราบว่าผลที่ได้จากการวิจัยในระยะที่ 1 และ 2 นั้น ความหมายและองค์ประกอบคุณภาพชีวิตใด ถือเป็นความหมายและองค์ประกอบทั่วไป (general) ที่ผู้สูงอายุทุกคน ให้ความสำคัญตามมุมมองของผู้เชี่ยวชาญ และองค์ประกอบใดที่เป็นองค์ประกอบเฉพาะ (specific) ที่ผู้สูงอายุในบริบทชุมชนวัดบางปรong ให้ความสำคัญถือว่าเป็นคุณภาพชีวิต

การศึกษาก่อนลงสนาม

ในขั้นก่อนลงสนามนี้ ถือได้ว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญมากของการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการปูรากฐานของงานซึ่งจะทำให้งานวิจัยลุล่วงไปด้วยดี (สุภางค์ จันทวานิช, 2559: 25) อีกทั้งช่วยประหยัดเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และทำให้สามารถเลือกสนามได้เหมาะสม ในขั้นนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาก่อนลงสนาม เริ่มประมาณกลางเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2560 ด้วยการสืบค้นข้อมูล เอกสาร รวมถึง ตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา โดยติดต่อประสานงาน สัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญหลัก (key informant) หรือผู้ประสานงาน หรือผู้นำชุมชน เพื่อประเมินความเป็นไปได้เบื้องต้นในการจัดการพัฒนาโปรแกรมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน ทำให้ทราบถึงข้อมูลทางกายภาพและที่ตั้งของชุมชน จำนวนครัวเรือนของผู้สูงอายุ ลักษณะความสัมพันธ์ของคนและผู้สูงอายุในชุมชน จากการประเมินสนามต่าง ๆ พบว่า ชุมชนวัดบางปรong บ้านบางปรong หมู่ที่ 9 ตำบลบางพระ อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา มีความเหมาะสมในการเป็นสนามของการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเริ่มจากการลงพื้นที่ประมาณเดือนมกราคม พ.ศ. 2561 กับผู้นำชุมชน ได้แก่ นาวาเอกสมพร (นามสมมุติ) และให้ผู้นำชุมชนแนะนำตัวและร่วมกิจกรรมสำคัญๆ ต่าง ๆ เช่น งานบุญวันพระ วันพระใหญ่ งานทอดกฐิน กิจกรรมให้ความรู้เรื่องสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นต้น โดยส่วนใหญ่แล้วกิจกรรมทางสังคมเหล่านี้ ชาวชุมชนบางปรong มักจะรวมกลุ่มกันจัดกิจกรรมโดยใช้สถานที่ของวัดบางปรongธรรมโชติการาม ซึ่งเป็นพื้นที่ส่วนกลางของชุมชนใช้ในการกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ สม่ำเสมอ นอกจากการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาแล้ว ยังใช้ในการตรวจเลือกคนเข้ากอง

ประจำการเกณฑ์ทหารหรือเกณฑ์ทหาร ใช้เป็นหน่วยเลือกตั้ง เป็นต้น ผู้วิจัยจึงได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ดังกล่าว โดยประสานงานกับผู้นำชุมชนอย่างสม่ำเสมอ

การเลือกสนาม (field)

การเลือกสนามพิจารณาถึงสภาพทั่วไปของสนาม กล่าวคือ ในสนามนั้นต้องมีแนวโน้มและความเป็นไปได้ที่จะตอบปัญหาที่ผู้วิจัยต้องการได้ ผู้วิจัยพิจารณาจาก

1. ความเป็นไปได้ในแง่ของขนาดสนาม คือ มีจำนวนผู้สูงอายุที่มากพอ และยังเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ ทำให้ทราบว่า ผู้สูงอายุที่ยังมีความตื่นตัวและเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน มีจำนวนไม่ต่ำกว่า 20-40 คน ที่ยังมาร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ เช่น การออกเสียง แสดงความคิดเห็นในเรื่องต่าง ๆ ที่ องค์การบริหารส่วนตำบลเชิญไปร่วมกิจกรรม การมาประกอบกิจกรรมทางศาสนาที่วัดบางปรองโชติการาม เป็นต้น

2. ความเป็นไปได้ของการเก็บข้อมูล กล่าวคือ นอกจาก ผู้สูงอายุที่ยังคงเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอแล้ว ผู้นำชุมชน ได้แก่ นาวาเอก สมพร (นามสมมุติ) ซึ่งเป็นข้าราชการเกษียณอายุราชการยังให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล ติดต่อประสานงานต่าง ๆ กับผู้วิจัย เป็นอย่างดี เป็นไปด้วยความสมัครใจ

3. สถานที่ตั้ง สามารถเข้าถึงสนามโดยไม่ลำบากจนเกินไป เนื่องจากก่อนถึงขั้นตอนการเรียงบัตรรายการ และการจัดสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างความสัมพันธ์ (rapport) กับบุคคลต่าง ๆ ในสนาม ดังนั้นความบ่อยครั้งที่จะต้องอยู่ในสนาม จึงเป็นอีกปัจจัยที่กำหนดว่าสนามนั้นจะเป็นสนามที่ควรเลือกใช้ในการศึกษาในกรณีที่ผู้วิจัยสามารถเลือกสนามที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันได้

4. ความเหมาะสมขององค์ประกอบชุมชน คือ เป็นชุมชนที่มีกิ่งเมืองกิ่งชนบท เพราะด้วยทำเลที่ตั้งที่ไม่ไกลจากตัวเมืองมากนัก สภาพภูมิประเทศ และชุมชนมีความเจริญเข้าถึง มีถนนตัดเป็นทางผ่านในชุมชน ที่อยู่อาศัยอยู่อย่างกระจายกันหลวม ๆ ไม่หนาแน่น จึงยังคงมีพื้นที่เกษตรกรรมในชุมชน และครัวเรือนเป็นแบบครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายผสมกัน สมาชิกในครอบครัวที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุมีทั้งที่ทำเกษตรกรรม ทำงานอื่นในชุมชนและต่างชุมชน เช่น มาทำงานในกรุงเทพฯ ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัวจึงมีความหลากหลาย

ผู้วิจัยตัดสินใจเลือกสนาม คือ ชุมชนวัดบางปรอง บ้านบางปรอง หมู่ที่ 9 ตำบลบางพระ อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ตามเหตุผลดังกล่าว

การกำหนดกลุ่มเป้าหมายสำหรับการสนทนากลุ่ม

ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือก จากการนำคะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-OLD) มาทำการวิเคราะห์จัดกลุ่ม (cluster analysis) เลือกแบบเจาะจง ผู้สูงอายุจำนวน 11 ท่าน ที่อยู่ในกลุ่มต่ำ และเป็นผู้สูงอายุที่เต็มใจเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม อีกทั้งยินดีที่จะเป็นกลุ่มทดลองในการวิจัยช่วงที่ 2 อีกด้วยหากพบว่าเมื่อสามารถระบุปัญหาและความต้องการแล้ว

หลังจากที่ได้ชี้แจงถึงการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงนี้ รวมถึงในอนาคต ชี้แจงและทำการอ่านเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (participant information sheet) ให้แก่ผู้สูงอายุ ก่อนเพื่อให้เกิดความเข้าใจทั้งสองฝ่าย

ผลการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายสำหรับการสนทนากลุ่ม จากผู้สูงอายุที่สมัครใจในชุมชน ให้ข้อมูลการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยแบบวัดขององค์การอนามัยโลก จำนวน 60 คน นำผลคะแนนมาวิเคราะห์จัดกลุ่ม ได้กลุ่มที่มีความเหมาะสมจำนวน 3 กลุ่ม นำคะแนนมาเรียงลำดับจากน้อยไปมากในแต่ละกลุ่ม พิจารณาคะแนนรวมจากแบบวัดประกอบการพิจารณาเพื่อเลือกบุคคลในการจัดสนทนากลุ่ม พบว่า cluster 1 มีจำนวน 27 คน เมื่อเรียงคะแนนแล้วเทียบจากทั้งหมด พบว่าเป็นกลุ่มที่มีคะแนนในเกณฑ์ต่ำ กล่าวคือ มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 66 ถึง 94 คะแนน ในขณะที่ cluster 2 มีจำนวน 30 คน เมื่อเรียงคะแนนแล้วเทียบจากทั้งหมดพบว่าเป็นกลุ่มที่มีคะแนนในเกณฑ์สูง กล่าวคือ มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 91 ถึง 116 คะแนน ส่วนที่เหลืออีก 3 คน จัดอยู่ใน cluster 3 มีคะแนน 79 87 96 คะแนน ตามลำดับ ดังแสดงตามตาราง xxx ในภาคผนวก ง

ทำการติดต่อกับผู้สูงอายุแต่ละท่านที่อยู่ใน cluster 1 จากท่านที่มีคะแนนต่ำที่สุด ได้เรียงคะแนนขึ้นมาและเลือกเจาะจงเฉพาะท่านที่สะดวกและสมัครใจ สามารถที่จะเป็นผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มและมีความยินดีที่จะเป็นกลุ่มทดลองในการวิจัยช่วงที่ 2 ต่อไปอีกด้วย ได้ผู้สูงอายุเพื่อการจัดสนทนากลุ่มจำนวน 11 ท่าน ดังตาราง 9

ตาราง 9 ผู้สูงอายุในการจัดสนทนากลุ่ม

ชื่อ (สมมุติ)	ปลด	จำ- เนียบ	ช่อ	ยุพิน	ส้ม- เกลี้ยง	รุ่ง- ทิพย์	ปราวณี	จำเนียร	สมหมาย	ทองคำ	สันต์
อายุ	81	71	87	73	76	83	65	80	79	93	69
คะแนน	66	72	76	77	78	79	79	80	83	83	84

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในระยะที่ 3 นี้ ผู้วิจัยใช้การสนทนากลุ่มในการรวบรวมข้อมูล โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. **แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม** ผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 มาสร้างเป็นแนวคำถามในการดำเนินการ (moderate) สนทนากลุ่ม กล่าวคือ

ระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์ที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญและผู้สูงวัยอย่างมีพลัง ซึ่งเป็นมุมมองคนนอกอย่างผู้เชี่ยวชาญ ที่มองคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในลักษณะที่ครอบคลุม สามารถอธิบายและทำความเข้าใจได้โดยทั่วไป (general)

ในขณะที่ระยะที่ 2 ผลการศึกษาด้วยวิธีวิทยาตัว จะได้ผลการวิเคราะห์ 2 ส่วน คือ ส่วนที่ผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรอง มีมุมมองต่อข้อความที่ให้จัดเรียงเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต มีลักษณะที่สามารถอธิบายและทำความเข้าใจได้โดยทั่วไป (general) กับอีกส่วน คือ มีลักษณะที่เฉพาะของผู้สูงอายุในชุมชนนี้ (locality) อธิบายได้ว่า โดยหลักการของวิธีวิทยาตัว เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว ลักษณะหรือคุณสมบัติของข้อความที่ทำหน้าที่จำแนกบุคคลออกเป็นกลุ่ม ๆ จะได้ข้อความเป็น 2 ประเภท ประเภทแรก คือ ข้อความที่มีความสามารถ หรือมีคุณสมบัติที่จะจำแนกบุคคลออกเป็นกลุ่ม ๆ ตามมุมมองที่เขาเหล่านั้นเห็นร่วมกัน ซึ่งข้อความเหล่านี้ เรียกว่า *ข้อความจำแนกตามมุมมององค์ประกอบ (distinguishing statements)* ส่วนข้อความอีกประเภท คือ *ข้อความที่เป็นลักษณะร่วมของมุมมององค์ประกอบ (consensus statements)* หมายความว่า ข้อความที่ผู้เรียงบัตรทุกคนมีความเห็น มีมุมมอง สอดคล้องตรงกัน ข้อความนั้น ๆ จึงไม่สามารถจำแนกบุคคลออกเป็นกลุ่ม ๆ ได้ และยังสามารถกล่าวได้ว่า ข้อความนั้น ๆ เป็นข้อความที่มีความสำคัญตามมุมมองของคนทุกคนที่เรียงบัตร เหมือน ๆ กันหมด นั่นเอง

ดังนั้น ในการดำเนินการจัดสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยจึงนำผลที่ได้จากการวิจัยทั้งสองระยะนี้ มาสร้างเป็นแนวคำถามเพื่อดำเนินการสนทนา

ดังตัวอย่างแนวคำถามการสนทนา ต่อไปนี้

แนวคำถามหลัก 1: คุณคิดว่าคุณภาพชีวิตคืออะไร

แนวคำถามชัก (probe):

1.1 อะไรที่ทำให้คิดว่าคุณภาพชีวิตควรเป็นเช่นนั้น

1.2 คุณภาพชีวิตตามความเห็นของท่านควรจะเป็นอย่างไร

ประกอบด้วยอะไรบ้าง

แนวคำถามหลัก 2: คุณคิดว่า ในปัจจุบันตัวคุณมีคุณภาพชีวิตหรือไม่

แนวคำถามชัก (probe)

2.1 เพราะอะไรถึงคิดว่า...มี/ไม่มี

2.2 อะไรที่ทำให้เรามีคุณภาพชีวิตไม่ดีเท่าที่ควร หรือถ้าเราอยากมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น คิดว่าอะไรบ้างที่จะทำให้ดีขึ้น

2.3 ช่วงที่ผ่านมาใน 1-2 เดือนนี้ เจออะไรที่เป็นปัญหาที่ทำให้รู้สึกว่าคุณภาพชีวิตเราจะลดลง

2.4 ถ้ามี อยากแก้ปัญหานั้น ให้ลดน้อยลง หรือหมดลงไปหรือไม่

2.5 หรือถ้าไม่มี อยากได้อะไร หรืออยากทำอะไรเพื่อให้เรามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

อย่างไรก็ดี ตัวอย่างตามข้างต้นนี้ สามารถยืดหยุ่นไปตามสถานการณ์และพลวัตของกลุ่มที่จะขับเคลื่อนให้ได้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ จากมุมมองของผู้สูงอายุเอง

2. บุคคลที่ใช้ในการดำเนินการสนทนากลุ่ม ดังต่อไปนี้ คือ

2.1 ผู้ดำเนินการสนทนา คือ ผู้วิจัย

2.2 ผู้จัดบันทึกการสนทนา

2.3 ผู้บันทึกเทปวิดีโอ/อัดเสียง ดูแลทั่วไปและอำนวยความสะดวก

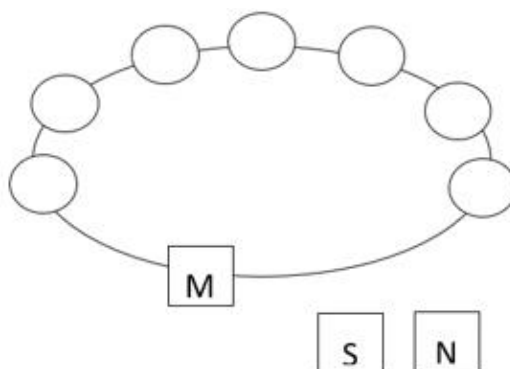
การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ติดต่อนัดหมาย วัน เวลา กับผู้ให้ข้อมูลและผู้เกี่ยวข้อง ที่จะทำการสนทนากลุ่มล่วงหน้า และเตรียมสถานที่สำหรับการจัดสนทนากลุ่ม โดยขออนุญาตกับเจ้าอาวาสในการใช้พื้นที่ได้อาคารเอนกประสงค์ของ วัดบางปรังโชติการาม

2. จัดตำแหน่งวงสนทนา (setting) โดยมีตำแหน่ง ตามภาพประกอบ 19 ดังนี้





ความหมายของสัญลักษณ์

- M ผู้ดำเนินการสนทนา (ผู้วิจัย)
- N ผู้จัดบันทึกการสนทนา
- S ผู้บันทึกเทป/วิดีโอ/อัดเสียง ดูแลทั่วไปและอำนวยความสะดวก
- ผู้สูงอายุที่เข้าสนทนากลุ่ม



ภาพประกอบ 18 ตำแหน่งต่าง ๆ ในวงสนทนาของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มและผู้เก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อทำการสนทนากลุ่มจบลงแล้ว นำเทปเสียงและเทปวิดีโอที่บันทึกมาถอดเทป ประกอบกับบันทึกการสนทนา และบันทึกภาคสนาม (field note) จากนั้นนำข้อมูลมาตัดทอนสรุป และวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ระยะที่ 4 การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่ออกแบบมาเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรอง

ดังที่ได้เสนอมาแล้วในตอนท้ายของช่วงที่ 1 ของการวิจัย ผู้วิจัยต้องการให้ได้ชุดความรู้ที่สามารถนำมาใช้พัฒนาโปรแกรมที่มีลักษณะออกแบบมาโดยเฉพาะ (tailor-made) ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรองนั้น เนื่องด้วยการวิจัยครั้งนี้ใช้การวิจัยผสมผสานวิธีแบบชนิด iterative sequential mixed designs ดังนั้นในระยะที่ 4 นี้ ผู้วิจัยจึงทราบผลการศึกษาของระยะที่ 1 2 และ 3 แล้ว ผู้วิจัยขอสรุปโดยสังเขป เพื่อเชื่อมโยงให้เห็นถึงเหตุผลที่เลือก “เรื่องหรือประเด็น” ที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ออกแบบมาเฉพาะสำหรับชุมชนวัดบางปรองต่อไป สำหรับรายละเอียดนั้น จะนำเสนอในผลการวิเคราะห์ข้อมูลในบทที่ 4 ตามลำดับ

ในระยะที่ 4 นี้ ถึงแม้ว่าผู้วิจัยจะมุ่งเป้าหมายที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยรวมก็จริง แต่ด้วยข้อจำกัดต่าง ๆ ที่ไม่สามารถพัฒนาผู้สูงอายุได้ทุก ๆ ด้าน ทุกองค์ประกอบ ตามความหมายที่ได้ค้นพบในการวิจัยช่วงที่ 1 ทั้งสองระยะนั้น อีกทั้งในขั้นการสร้างโปรแกรมที่ออกแบบมาโดยเฉพาะ (tailor-made) จึงมุ่งเน้นกับสิ่งที่สนใจพัฒนาเป็นสำคัญ อันได้แก่คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของบริบทชุมชนวัดบางปรอง ที่เป็นปัญหาหรือความต้องการของท่านมากที่สุดและสำคัญที่สุด ดังสะท้อนจากผลการวิจัยระยะที่ 3 ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพ เรื่องการนอนไม่หลับ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญและเป็นความต้องการเร่งด่วนมากที่สุด ผู้วิจัยจึงเลือกที่จะสนใจพัฒนาโปรแกรมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต แม้กระนั้นก็ได้จะพัฒนาการนอนหลับเพียงอย่างเดียว หากแต่ตั้งอยู่บนผลการวิจัยในช่วงที่ 1 ที่มีฐานคิดรองรับว่า “การนอนหลับ คือ หนึ่งในคุณภาพชีวิต” ตามนิยามความหมายคุณภาพชีวิต ว่า การมีคุณภาพชีวิต คือ “การมีสมรรถนะของร่างกายและสุขภาวะ ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงกันระหว่างร่างกายกับจิตใจ” ตามความหมายนี้นั้น สามารถเชื่อมโยงกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในบริบทวัดบางปรองที่เป็นปัญหาเร่งด่วนดังผลการวิจัยระยะที่ 3 และนอกจากนี้แล้ว ปัญหาการนอนไม่หลับ นอกจากส่งผลต่อร่างกาย และจิตใจแล้ว ยังส่งผลต่ออารมณ์ รวมถึงปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นเป็นไปตามนิยามความหมายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ว่า การมีคุณภาพชีวิต คือ “การมีปฏิสัมพันธ์และกิจกรรมทางสังคม” ดังบทสนทนาบางตอนในผลการวิจัยระยะที่ 3 ดังนี้

“มีสิ พอนอนไม่หลับเราก็อ่อนเพลีย”

(สนทนากลุ่ม ปรภาณี (นามสมมุติ) เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2562)

“พอดอนกลางวันเราก็จะว่าง”

(สนทนากลุ่ม จำเนียร (นามสมมุติ) เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2562)

“สะโหลสะหล”

(สนทนากลุ่ม รุ่งทิพย์ (นามสมมุติ) เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2562)

ในขณะที่ คุณภาพชีวิตตามมุมมององค์ประกอบ ที่ได้จากวิธีวิทยาควิในระยะที่ 2 ผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรอง ถึงแม้ว่าในระยะที่ 2 จะเป็นผู้เรียงบัตรรายการข้อความควิเองก็ตาม ก็ไม่ได้สะท้อน หรือแสดงออกมาในช่วงการจัดสนทนากลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นมุมมององค์ประกอบ คุณภาพชีวิต 1) การใช้ชีวิตอย่างภาคภูมิ 2) การเห็นแก่ประโยชน์ผู้อื่น 3) ความเข้าใจตนเองและผู้อื่น และ 4) ความมั่นคง ปลอดภัย และระบบนิเวศทางสังคมวัฒนธรรม แม้จะเป็นองค์ประกอบที่ถูกสร้างขึ้น จากข้อความที่จำแนกตามมุมมององค์ประกอบ (distinguishing statements) ที่โดดเด่น (dominant) นั้นย่อมแสดงว่า ผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรอง กำลังแสดงออกถึงปัญหาและความต้องการที่มีลักษณะพ้องตรงกันกับความหมายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ได้จากระยะที่ 1 โดยผู้เชี่ยวชาญ ดังแสดงในแผนภาพประกอบ 18 ในความหมายคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป (general) ดังข้อค้นพบที่ได้จากการสนทนากลุ่มในระยะที่ 3 ที่สะท้อนถึงปัญหาสุขภาพ เรื่องการนอนไม่หลับ เป็นปัญหาสำคัญและเร่งด่วน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกที่จะสร้าง “โปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรอง จังหวัดฉะเชิงเทรา” ในการวิจัยระยะที่ 4 นี้

1) กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการทดลอง

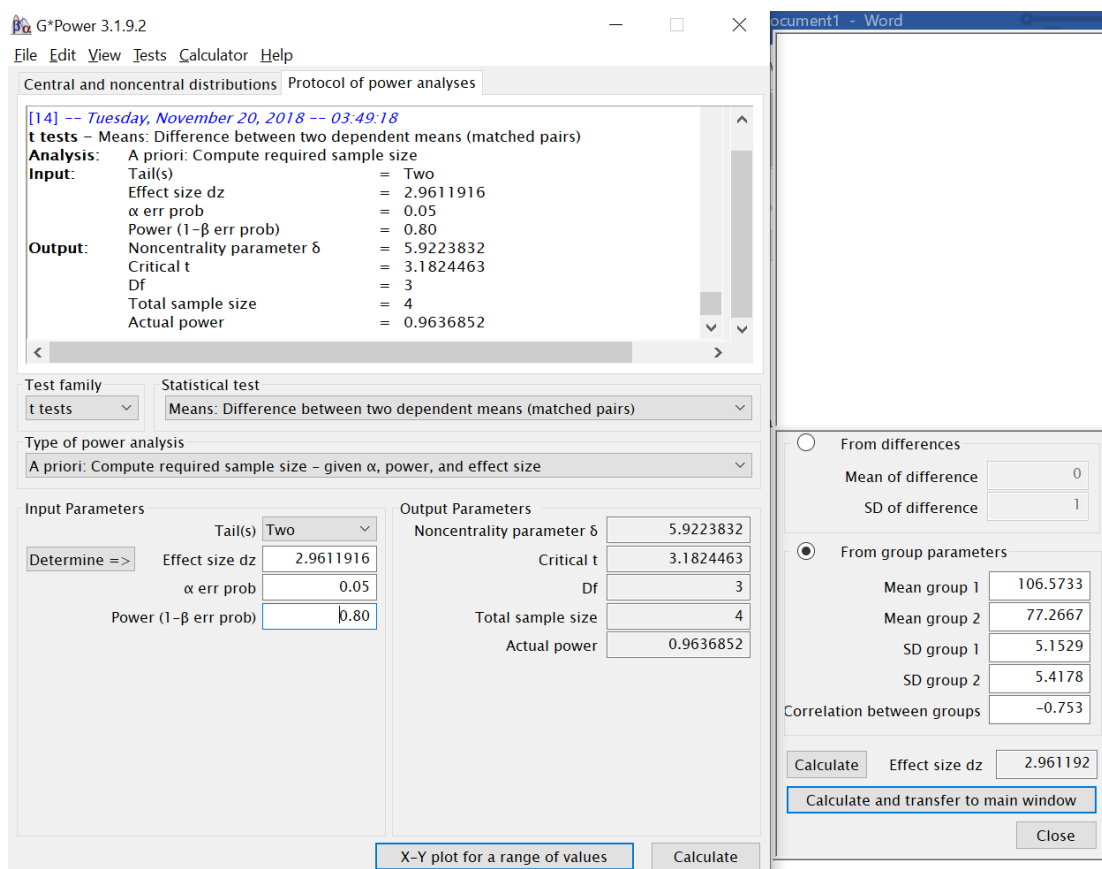
อ้างอิงการวิจัยช่วงที่ 1 ระยะที่ 3 ที่นำแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-OLD) และนำคะแนนมากำหนดเกณฑ์ในการเข้ากลุ่มสำหรับผู้สูงอายุที่ทำการสนทนากลุ่ม โดยพิจารณาจากคะแนนและการวิเคราะห์จัดกลุ่ม ได้ผู้สูงอายุจำนวน 11 ท่าน หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาจากการจัดสนทนากลุ่มแล้ว ได้ข้อสรุปว่าผู้สูงอายุในบริบท เล็งเห็นถึงปัญหาที่กระทบต่อคุณภาพชีวิต โดยเห็นพ้องต้องกันว่าควรมีโปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตมากที่สุด คือการแก้ปัญหาสุขภาพ เรื่องการนอนไม่หลับ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำข้อสรุปนี้ไปศึกษา และนำแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิทส์เบิร์ก ฉบับภาษาไทย (Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (Methipisit; et al. 2016) ให้แก่ผู้สูงอายุทั้ง 11 ท่าน ได้ผลการ

ประเมินว่า มีผู้สูงอายุ 9 ท่าน ที่ได้คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ คือ มีคะแนนมากกว่า 5 คะแนน แปลความได้ว่า มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลการจัดสนทนากลุ่มที่พบว่า มีผู้สูงอายุ 9 ใน 11 ท่านที่ประสบปัญหานี้ ทำการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposeful) เพื่อเข้ากลุ่มเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 8 ท่าน และเช่นเดียวกันสำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับไปทดสอบกับผู้สูงอายุที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตในเกณฑ์กลุ่มต่ำ ที่ไม่ใช่คนเดียวกันกับที่อยู่ในกลุ่มที่จัดสนทนากลุ่ม ได้กลุ่มควบคุมจำนวน 8 ท่าน ซึ่งการนำเข้ากลุ่มนี้ใช้วิธีจับคู่ (matching) เพื่อพยายามลดความลำเอียง ดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 10 กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการทดลอง

	ชื่อ (สมมุติ)	คะแนนจากแบบประเมิน คุณภาพชีวิต (QOL-OLD)	คะแนนจากแบบประเมิน คุณภาพการนอนหลับ (PSQI)
กลุ่มทดลอง	1 ปลอด	66	12
	2 จำเนียร	72	11
	3 ช่อ	74	16
	4 ยุพิน	76	11
	5 สัมเกลี้ยง	77	10
	6 รุ่งทิพย์	79	8
	7 ปราณี	83	9
	8 สหหมาย	86	11
กลุ่มควบคุม	1 ลออ	69	16
	2 ประยูร	75	7
	3 ช้วน	78	5
	4 ฉ่า	79	9
	5 บุญยงค์	84	10
	6 ฉิม	87	6
	7 ลำรวย	87	8
	8 ราพีง	88	7

สำหรับจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการทดลองทั้ง 2 กลุ่มนั้น คำนวณมาจากโปรแกรม G star power หลักการมีอยู่ว่า คะแนนที่ได้จากแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำนวน 60 คน และนำผลคะแนนมาวิเคราะห์จัดกลุ่ม ดังตาราง xxx ในภาคผนวก ง นั้น พิจารณากลุ่มสูงและกลุ่มต่ำ ให้กลุ่มต่ำเป็นกลุ่มที่ใช้ในการทดลอง ส่วนกลุ่มสูงเป็นกลุ่มที่คาดหวังว่าเมื่อสิ้นสุดการทดลองแล้ว กลุ่มต่ำควรมีคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับหรือมากกว่ากลุ่มสูง ดังนั้นทำการกำหนดกำลังการทดสอบ (power) ไว้ที่ระดับ 0.80 ตามที่โคเฮน (Cohen) ได้แนะนำไว้ว่าการวิจัยทั่วไปควรมีกำลังการทดสอบอย่างน้อย 0.80 ($1 - \text{Type II error: } 1 - \beta$) หรือนัยยะหนึ่งคือ β เท่ากับ .20 (Lipsey; & Hurley. 2009: 44-; องค์การ นัยพัฒน์. 2544: 4-14) และกำหนดระดับนัยสำคัญ (Type I Error) ที่ระดับ .05 เพื่อคำนวณค่าขนาดอิทธิพล ทำการแทนค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากคะแนนแบบประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มสูง (Mean และ SD Group 1) เท่ากับ 106.5733 และ 5.1529 ตามลำดับ และแทนค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากคะแนนแบบประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มต่ำ (Mean และ SD Group 2) เท่ากับ 77.2667 และ 5.4178 ตามลำดับ เมื่อแทนค่าต่าง ๆ ดังกล่าว ในโปรแกรม จะได้ค่า ขนาดอิทธิพล (effect size: dz) เท่ากับ 2.9611616 ผลการคำนวณขนาดตัวอย่างที่ได้ขั้นต่ำคือ 4 คู่ หรือ 8 คน สำหรับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแต่ละกลุ่ม ดังภาพประกอบ 20



ภาพประกอบ 19 คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G star power

เพื่อตรวจสอบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่กำหนดนั้นเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ ว่าก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติไม่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงนำคะแนนที่ได้จากแบบประเมินคุณภาพชีวิตตามตาราง 10 มาวิเคราะห์เพื่อแสดงหลักฐานเรื่องการเท่ากันของความแปรปรวน (equality of variance) และเพื่อเป็นแนวทางในการเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์เมื่อสิ้นสุดการทดลองว่า ควรใช้สถิติแบบพารามेटริกหรือนอนพารามेटริก พิจารณาจากข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของทั้งสองแบบ ดังตาราง 11 ถึง 14 ต่อไปนี้

ตาราง 11 ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการเท่ากันของความแปรปรวนของกลุ่มทดลองและควบคุม (คะแนนคุณภาพการนอนหลับ)

การเท่ากันของ ความแปรปรวน	$\bar{X}$	S.D.	df1	df2	F (Levene test)	p.
กลุ่มทดลอง	11.0000	2.39046	1	14	.728	.405
กลุ่มควบคุม	8.5000	3.42261				

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง 11 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแปรปรวนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ หรือมีความแปรปรวนพอๆ กัน กล่าวคือ ก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนคุณภาพการนอนหลับที่ได้จากการประเมินไม่แตกต่างกัน

ตาราง 12 ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการเท่ากันของความแปรปรวนของกลุ่มทดลองและควบคุม (คะแนนคุณภาพชีวิต)

การเท่ากันของ ความแปรปรวน	$\bar{X}$	S.D.	df1	df2	F (Levene test)	p.
กลุ่มทดลอง	66.7500	6.58461	1	14	.259	.619
กลุ่มควบคุม	72.6250	6.50137				

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง 12 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแปรปรวนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ หรือมีความแปรปรวนพอๆ กัน กล่าวคือ ก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่ได้จากการประเมินไม่แตกต่างกัน

ตาราง 13 ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการแจกแจงปกติของกลุ่มทดลองและควบคุม (คะแนนคุณภาพการนอนหลับ)

การแจกแจง ปกติ	$\bar{X}$	S.D.	ความ เบ้	ความ โด่ง	ค่าสถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov (Lilliefors)	df	p.
กลุ่มทดลอง	11.0000	2.39046	1.255	2.702	.250*	8	.150
กลุ่มควบคุม	8.5000	3.42261	1.710	3.516	.206*	8	.200

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง 13 พิจารณาความเบ้ ความโด่ง ประกอบกับนัยสำคัญของสถิติทดสอบ Lilliefors (ใน SPSS ใช้ว่า Kolmogorov-Smirnov) พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการแจกแจงคะแนนคุณภาพการนอนหลับเป็นปกติที่ระดับนัยสำคัญ .05 ทั้งสองกลุ่ม

ตาราง 14 ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการแจกแจงปกติของกลุ่มทดลองและควบคุม (คะแนนคุณภาพชีวิต)

การแจกแจง ปกติ	$\bar{X}$	S.D.	ความ เบ้	ความ โด่ง	ค่าสถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov (Lilliefors)	df	p.
กลุ่มทดลอง	66.7500	6.58461	-.355	.158	.175*	8	.200
กลุ่มควบคุม	72.6250	6.50137	-.407	-1.24	.250*	8	.152

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง 14 พิจารณาความเบ้ ความโด่ง ประกอบกับนัยสำคัญของสถิติทดสอบ Lilliefors (ใน SPSS ใช้ว่า Kolmogorov-Smirnov) พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการแจกแจงคะแนนคุณภาพชีวิตเป็นปกติที่ระดับนัยสำคัญ .05 ทั้งสองกลุ่ม

ดังนั้นจึงสรุปจากตาราง 11 ถึง 14 ได้ว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการแจกแจงเป็นปกติและมีความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพชีวิตพอๆ กัน ก่อนการทดลอง สามารถใช้สถิติวิเคราะห์พาราเมตริกได้ สำหรับการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม และเพื่อให้ทราบความก้าวหน้าของคะแนน (gain score) ของแต่ละบุคคลภายหลังทำการทดลองไปแล้ว ในที่นี้ทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) และ ใช้คะแนนพัฒนาการสัมพัทธ์ (relative gain score) เพื่อแสดงนัยสำคัญความแตกต่างของคุณภาพการนอนหลับ และความก้าวหน้าของแต่ละบุคคล ตามลำดับ เพื่อที่ว่าหลังจากเสร็จสิ้นการทดลองแล้ว ผู้เข้าร่วมจะมีการนอนหลับที่ดีขึ้นหรือไม่เพียงใด สำหรับคะแนนพัฒนาการสัมพัทธ์นั้น สามารถอธิบายได้เป็นร้อยละเมื่อเทียบกับคะแนนเต็มซึ่งง่ายต่อการเข้าใจ กอปรกับมีจำนวนหน่วยที่เข้าร่วมการทดลองไม่มาก (กลุ่มทดลอง 8 คน) จึงเห็นว่าการพิจารณาเป็นรายบุคคลมีความเหมาะสม ในขณะที่ประสิทธิผลของโปรแกรม นั้น ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) เพื่อให้ทราบผลของโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับว่าสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

สำหรับการทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมการพัฒนาคูณภาพชีวิตนั้น ผู้วิจัยใช้แบบแผนการวิจัยทดลองกึ่ง (quasi-experimental design) ชนิดศึกษาสองกลุ่มวัดสองครั้ง (the

pretest-posttest design) (วรรณิ์ แกมเกตุ. 2555: 146) เขียนเป็นแบบแผนการทดลองได้ดังตาราง 15

ตาราง 15 แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองในวิธีดำเนินการวิจัยระยะที่ 4

กลุ่มทดลอง	E	O ₁	X	O ₂
กลุ่มควบคุม	C	O ₃	-	O ₄

ทั้งนี้ ก่อนที่จะเริ่มการทดลอง นอกจากที่ผู้วิจัยจะพยายามจัดเข้ากลุ่มให้มีความลำเอียงน้อยที่สุด เนื่องจากในทางปฏิบัติ มีผู้สูงอายุบางท่าน ไม่สะดวกเข้าร่วมกิจกรรมจนครบทุกกิจกรรมตลอดการทดลอง เป็นต้น ผู้วิจัยจึงใช้วิธีจัดเข้ากลุ่มทดลองและควบคุม โดยการใช้วิธีจับคู่ (matching) และยังแสดงผลการวิเคราะห์ (ในบทที่ 4) ในส่วนของผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นว่าด้วยความเท่าเทียมกันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อยืนยันว่าก่อนเริ่มการทดลอง ใช้โปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณภาพการนอนหลับ และคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ หรือพอ ๆ กันนั่นเอง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มเป้าหมาย

จากที่ได้ระบุการพิทักษ์สิทธิในการวิจัยช่วงที่ 1 ระยะที่ 2 สำหรับกลุ่มทดลองแล้วนั้น ในทำนองเดียวกัน ผู้วิจัยได้ทำการขอความยินยอมและดำเนินการให้ เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย (participant information sheet) กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือ จากนั้นเมื่อกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มควบคุมแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อในหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย (informed consent form) ก่อนการทำการวิจัยเก็บข้อมูล (ตามใบรับรองจริยธรรมการวิจัย หมายเลขรับรองการวิจัย SWUEC-G-074/2562) และเมื่อสิ้นสุดการทดลองแล้ว ผู้วิจัยจะทำการสอบถามไปยังผู้เข้าร่วมทดลองในกลุ่มควบคุมว่า สนใจที่จะรับโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต หรือไม่ หากผู้ใดสนใจก็จะทำการอบรมจะจัดกิจกรรมให้เพื่อไม่เป็นการเลือกปฏิบัติตามหลักจริยธรรม

2) เนื้อหาของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลในช่วงที่ 1 ทั้ง 3 ระยะ และค้นหามาติจากการสนทนากลุ่ม ที่ ประเมินและระบุปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของผู้สูงอายุชุมชน วัดบางปรอง พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาการนอนไม่หลับ และต้องการแก้ปัญหานี้เป็นลำดับแรก เนื่อง ด้วยส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการใช้ชีวิตประจำวันอย่างมาก

หลักการและแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการสร้างโปรแกรม

หลังจากที่ได้ข้อสรุปสำหรับการสร้างโปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตาม บริบทแล้ว ผู้วิจัยนำผลการศึกษาของ ช่วงที่ 1 ทั้ง 3 ระยะ และทำการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ตลอดจนงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ และ/หรือ ปัญหาการนอนไม่หลับใน ผู้สูงอายุ โดยการประยุกต์โปรแกรมต่าง ๆ ที่มีอยู่และเกี่ยวข้องตามทฤษฎีและแนวคิดดังกล่าว (Lundh; & Broman. 2000; Perri & Richards. 1977; Prochaska; DiClemente; & Norcross. 1992; Cormier; Nurius; & Osborn. 2008; สนธยา มณีรัตน์. 2562; สุวีรัตน์ ณ วิเชียร; และคนอื่น ๆ. 2561; รังสิมันต์ สุนทรไชยา. 2560; ธิติมา ณรงค์ศักดิ์. 2560; จุไรรัตน์ ดือขุนทด; สิริลักษณ์ ไสมานุสรณ์; และ วารี กังใจ. 2559) มาออกแบบและสร้างโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุเน้นที่บริบทเป็นสำคัญ มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

แนวคิดที่ 1 แนวคิด/ทฤษฎีเรื่องการนอนหลับ

เพื่อทำความเข้าใจถึงกระบวนการการนอนหลับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องส่งผลต่อการ นอนหลับทั้งปัจจัยขัดขวางและปัจจัยสนับสนุน และนำไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรมส่งเสริมการนอน หลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตกับบริบทผู้สูงอายุ รวมถึงนำสารสนเทศที่ได้จากการจัดสนทนากลุ่ม ประกอบการพิจารณาในการออกแบบให้เหมาะสม สอดคล้องกับข้อจำกัดต่าง ๆ ของบริบท

ผู้วิจัยอาศัยแนวคิดทฤษฎีการนอนไม่หลับหลักของ Lundh; & Broman (2000) ที่เชื่อว่า การนอนไม่หลับเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการการแทรกแซง/รบกวน (sleep-interfering) และกระบวนการตีความหรือการให้ความหมายของบุคคลต่อการนอนหลับ (sleep-interpreting) ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อกระบวนการทั้งสองประกอบด้วยปัจจัยทั้งทางจิต (psychological) ความรู้ (cognitive) อารมณ์ (emotional) ความเชื่อ (belief) การกระตุ้นเร้า (arousal) การตีความ (appraisal) และกิจกรรมระหว่างวันของบุคคล (daytime functioning) ซึ่ง สอดคล้องกับทฤษฎีที่นายแพทย์รังสิมันต์ สุนทรไชยา (2560) เรียกว่า ทฤษฎีบูรณาการ (integrative model) และเป็นไปในทางเดียวกันกับ สนธยา มณีรัตน์ (2562) ที่ว่า ปัญหาการนอน ไม่หลับของผู้สูงอายุเกิดจากสาเหตุหลายประการ ได้แก่ สาเหตุด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และ ด้านสิ่งแวดล้อม

ดังนั้น โปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จึงบรรจุเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและยับยั้งปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการนอนหลับของผู้สูงอายุ ดังข้างต้น

แนวคิดที่ 2 โปรแกรมการจัดการตนเอง (self-management program)

จากแนวคิดที่ 1 ที่กล่าวถึงเนื้อหาว่า โปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ควรมีเนื้อหาด้านใดบ้าง ในส่วนนี้จะกล่าวถึงหลักการจัดโปรแกรม โดยอาศัยแนวคิดของ Cormier; Nurius; และ Osborn (2008) ที่ให้ไว้เรื่องโปรแกรมการจัดการตนเอง ว่า มีกลยุทธ์ที่ต้องให้ความสำคัญ 4 ข้อ ได้แก่ 1) การเตือนตนเอง (self-monitoring) ได้แก่ การสังเกตและจดบันทึกพฤติกรรมตนเอง 2) การควบคุมตัวกระตุ้น (stimulus control) การตระเตรียมล่วงหน้าหรือให้คำแนะนำ เพื่อเพิ่มหรือลดประสิทธิภาพของพฤติกรรมเป้าหมาย จากการศึกษาพบว่า การควบคุมตัวกระตุ้นจะไม่เกิดผลในระยะยาว หากขาด “การควบคุมผลของกรรม” (self-presented consequences) ร่วมด้วย ซึ่งประกอบไปด้วย ก) การตั้งเป้าหมาย (goal setting) และ ข) การเตือนตนเอง (self-monitoring) ดังนั้นจะเห็นว่าหลักของข้อ 1) และ 2) นั้นสัมพันธ์กันอย่างแยกไม่ได้ 3) การให้รางวัลตนเอง (self-reward) เป็นการให้ตัวกระตุ้นเชิงบวก 4) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) เป็นความเชื่อและความคาดหวังของความสามารถที่จะทำสิ่งใด ๆ ได้ด้วยตนเอง ซึ่งแนวคิดนี้ได้นำมาจาก Bandura (1986, 1997) ได้นำเสนอแนวทางในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ไว้ 4 ข้อ ได้แก่ 1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (enactive mastery experiences) 2. ประสบการณ์หรือแบบอย่างจากบุคคลอื่น (vicarious experiences/role models) จำแนกได้เป็น 2 แบบ คือ ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (live model) และตัวแบบสัญลักษณ์ (symbolic model) 3. การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) 4. สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective states) นอกจากนี้ การใช้เทคนิควิธีต่าง ๆ ผสมกันจะมีประสิทธิภาพมากกว่าการใช้เทคนิควิธีเพียงอย่างเดียว (Cormier; Nurius; & Osborn. 2008: 522; Perri & Richards. 1977: 178-183) โดยมีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงแต่ละขั้นตามแนวคิด โมเดลการเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการ (transtheoretical model of client change) ของ Prochaska; DiClemente; และ Norcross (1992: 231-232) ประกอบไปด้วย 5 ขั้น ได้แก่ 1) ขั้นชวนให้คิด (precontemplation) 2) ขั้นสร้างบรรยากาศที่เอื้ออำนวยและให้เห็นคุณค่าการเปลี่ยนแปลง (contemplation) 3) ขั้นเตรียมการ (preparation) 4) ขั้นปฏิบัติ (action) และ 5) ขั้นรักษาสภาพหลังเปลี่ยนแปลง (maintenance)

ดังนั้น การจัดโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จะมีลักษณะผสมผสานเทคนิคต่าง ๆ ที่อาศัยแนวคิดการจัดการตนเองและเน้นที่การรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยมีลำดับขั้นตอนตามโมเดลการเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการ



ตาราง 14 ตรวจสอบแนวคิดและที่มาของโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ชื่อกิจกรรม	แนวคิดหลัก	แนวคิดย่อย	ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการนอนหลับในด้าน
นอนหลับนั้นคืออะไร	- ทฤษฎีการนอนไม่หลับหลัก (Lundh; & Broman. 2000) - ทฤษฎีบูรณาการ(รังสิมันต์ สุทธศรีไชยา. 2560) - แนวคิดโปรแกรมการจัดการตนเอง (Cormier; Nurius; & Osborn. 2008) - การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura. 1986, 1997) - โมเดลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับบริการ (Prochaska; DiClemente; & Norcross. 1992)	- ปัจจัยสาเหตุที่ส่งผลต่อการนอนหลับ - ร่างกาย - จิตใจ - อารมณ์ - สิ่งแวดล้อม - การควบคุมตัวกระตุ้น - ประสบการณ์หรือแบบอย่างจากบุคคลอื่น - ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (live model) - โมเดลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับบริการ - ขั้นชวนให้คิด - ขั้นสร้างบรรยากาศที่เอื้ออำนวยและให้เห็นคุณค่าการเปลี่ยนแปลง	- ความรู้ (cognitive) - การตีความ (appraisal)
สนใจเป็นนาย และกายเป็นบ่าว	- ทฤษฎีการนอนไม่หลับหลัก (Lundh; & Broman. 2000)	- ปัจจัยสาเหตุที่ส่งผลต่อการนอนหลับ - ร่างกาย	- จิต (psychological) - ความรู้ (cognitive)

ตาราง 14 ตรวจสอบแนวคิดและที่มาของโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ชื่อกิจกรรม	แนวคิดหลัก	แนวคิดย่อย	ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการนอนหลับในด้าน
	- การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura. 1986, 1997) - โหมดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับบริการ (Prochaska; DiClemente; & Norcross. 1992)	- การควบคุมผลของกรรม (self-presented consequences) - การตั้งเป้าหมาย - การใช้คำพูดชักจูง - สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ - ขึ้นสร้างบรรยากาศที่เอื้ออำนวยและให้เห็นคุณค่าการเปลี่ยนแปลง	- กิจกรรมระหว่างวัน (daytime functioning)
บ้านของฉัน น่านอนหลับ	- ทฤษฎีการนอนไม่หลับหลับ (Lundh; & Broman. 2000) - ทฤษฎีบูรณาการ(รังสีมันต์ สุนทรไชยา. 2560) - แนวคิดโปรแกรมการจัดการตนเอง (Cormier; Nurius; & Osborn. 2008)	- ปัจจัยสาเหตุที่ส่งผลต่อการนอนด้าน - ร่างกาย - สิ่งแวดล้อม - การเตือนตนเอง - การสังเกตและจดบันทึก (prebehavior recording)	- ร่างกาย (physical) - จิต (psychological) - สิ่งแวดล้อม (environment) - ความรู้ (cognitive) - การกระตุ้นเร้า (arousal) - การตีความ (appraisal)

ตาราง 14 ตรวจสอบแนวคิดและที่มาของโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ชื่อกิจกรรม	แนวคิดหลัก	แนวคิดย่อย	ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการนอนหลับในด้าน
	- การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura. 1986, 1997) - โหมดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับบริการ (Prochaska; DiClemente; & Norcross. 1992)	- การควบคุมผลของกรรม (self-presented consequences) - การตั้งเป้าหมาย - การใช้คำพูดชักจูง - สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ - ขั้นตอนการบรรยายภาคที่เอื้ออำนวยและให้เห็นคุณค่าการเปลี่ยนแปลง	- กิจกรรมระหว่างวัน (daytime functioning)
บ้านของฉัน น่านอนหลับ	- ทฤษฎีการนอนไม่หลับหลับ (Lundberg; & Broman. 2000) - ทฤษฎีบูรณาการ(รังสีมันต์ สุนทรไชยา. 2560) - แนวคิดโปรแกรมการจัดการตนเอง (Cormier; Nurius; & Osborn. 2008)	- ปัจจัยสาเหตุที่ส่งผลต่อการนอนด้าน - ร่างกาย - สิ่งแวดล้อม - การเตือนตนเอง - การสังเกตและจดบันทึก (prebehavior recording)	- ร่างกาย (physical) - จิต (psychological) - สิ่งแวดล้อม (environment) - ความรู้ (cognitive) - การกระตุ้นเร้า (arousal) - การตีความ (appraisal)

ตาราง 14 ตรวจสอบแนวคิดและที่มาของโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ชื่อกิจกรรม	แนวคิดหลัก	แนวคิดย่อย	ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการนอนหลับในด้าน
กว้างแขนง ขยับ พากัน หลับโดยง่าย	- การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura. 1986, 1997) - โฉมแปลงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับบริการ (Prochaska; DiClemente; & Norcross. 1992)	- การใช้คำพูดชักจูง - ชื่นสร้างบรรยากาศที่เอื้ออำนวยและให้เห็นคุณค่าการเปลี่ยนแปลง - ชื่นเตรียมการ	
	- ทฤษฎีการนอนไม่หลับหลับ (Lundberg; & Broman. 2000) - ทฤษฎีบูรณาการ(รังสีมันต์ สุนทรไชยา. 2560) - แนวคิดโปรแกรมการจัดกาารตนเอง (Cormier; Nurius; & Osborn. 2008) - การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura. 1986, 1997)	- ปัจจัยสาเหตุที่ส่งผลต่อการนอนด้าน - ร่างกาย - จิตใจ - การเตือนตนเอง - การสังเกตและจดบันทึก (prebehavior recording) - ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ - ประสบการณ์หรือแบบอย่างจากบุคคลอื่น - ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง - ตัวแบบสัญลักษณ์	- ร่างกาย (physical) - จิต (psychological) - ความรู้ (cognitive) - ความเชื่อ (belief) - การกระตุ้นเร้า (arousal) - กิจกรรมระหว่างวัน (daytime functioning)

ตาราง 14 ตรวจสอบแนวคิดและที่มาของโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ชื่อกิจกรรม	แนวคิดหลัก	แนวคิดย่อย	ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการนอนหลับในด้าน
แนวคิดหลาย ๆ ผ่อนคลายด้วยลูกแก้ว	- แนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับบริการ (Prochaska; DiClemente; & Norcross. 1992)	- การใช้คำพูดชักจูง - ขั้นตอนสร้างบรรยากาศที่เอื้ออำนวยและให้เห็นคุณค่าการเปลี่ยนแปลง - ขั้นตอนเตรียมการ - ขั้นตอนปฏิบัติ	
	- ทฤษฎีการนอนไม่หลับกลับ (Lundh; & Broman. 2000) - ทฤษฎีบูรณาการ(รังสิมันต์ สุทธพรไชยา. 2560) - แนวคิดโปรแกรมการจัดการตนเอง (Cormier; Nurius; & Osborn. 2008) - การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura. 1986, 1997)	- ปัจจัยสาเหตุที่ส่งผลต่อการนอนด้าน - ร่างกาย - จิตใจ - อารมณ์ - การเตือนตนเอง - การสังเกตและจดบันทึก (prebehavior recording) - การควบคุมตัวกระตุ้น - ประสบการณ์หรือแบบอย่างจากบุคคลอื่น - ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง - การใช้คำพูดชักจูง	- ร่างกาย (physical) - จิต (psychological) - ความรู้ (cognitive) - อารมณ์ (emotional) - การกระตุ้นเร้า (arousal) - การตีความ (appraisal) - กิจกรรมระหว่างวัน (daytime functioning)

ตาราง 14 ตรวจสอบแนวคิดและที่มาของโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ชื่อกิจกรรม	แนวคิดหลัก	แนวคิดย่อย	ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการนอนหลับในด้าน
ตื่นใจกันแล้ว เคลิ้มหลับโดยพลัน	- โหมดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับบริการ (Prochaska; DiClemente; & Norcross. 1992)	- ขั้นสร้างบรรยากาศที่เอื้ออำนวยและให้เห็นคุณค่าการเปลี่ยนแปลง - ขั้นเตรียมการ - ขั้นปฏิบัติ	
	- ทฤษฎีการนอนไม่หลับหลับ (Lundh; & Broman. 2000) - ทฤษฎีบูรณาการ(รังสิมันต์ สุทธไชยา. 2560) - แนวคิดโปรแกรมการจัดการตนเอง (Cornier; Nurius; & Osborn. 2008) - การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura. 1986, 1997)	- ปัจจัยสาเหตุที่ส่งผลต่อการนอนหลับ - จิตใจ - อารมณ์ - การเตือนตนเอง - การสังเกตและจดบันทึก (prebehavior recording) - การควบคุมตัวกระตุ้น - ประสบการณ์หรือแบบอย่างจากบุคคลอื่น - ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง - การใช้คำพูดชักจูง	- ร่างกาย (physical) - จิต (psychological) - ความรู้ (cognitive) - อารมณ์ (emotional) - การกระตุ้นเร้า (arousal) - การตีความ (appraisal)

ตาราง 14 ตรวจสอบแนวคิดและที่มาของโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ชื่อกิจกรรม	แนวคิดหลัก	แนวคิดย่อย	ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการนอนหลับในด้าน
	- ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับบริการ (Prochaska; DiClemente; & Norcross. 1992)	- ขั้นสร้างบรรยากาศที่เอื้ออำนวยและให้เห็นคุณค่าการเปลี่ยนแปลง - ขั้นเตรียมการ - ขั้นปฏิบัติ	
ทุกคืนทุกวัน เพลงกล่อมเราเข้านิทรา	- ทฤษฎีการนอนไม่หลับหลับ (Lundh; & Broman. 2000) - ทฤษฎีบูรณาการ(รังสีมันต์ สุนทรไชยา. 2560) - แนวคิดโปรแกรมการจัดการตนเอง (Cormier; Nurius; & Osborn. 2008) - การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura. 1986, 1997)	- ปัจจัยสาเหตุที่ส่งผลต่อการนอนหลับ - ร่างกาย - จิตใจ - อารมณ์ - การเตือนตนเอง - การสังเกตและจดบันทึก (prebehavior recording) - การควบคุมตัวกระตุ้น - ประสบการณ์หรือแบบอย่างจากบุคคลอื่น - ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง	- ร่างกาย (physical) - จิต (psychological) - สิ่งแวดล้อม (environment) - ความรู้ (cognitive) - อารมณ์ (emotional) - การกระตุ้นใจ (arousal) - การตีความ (appraisal)

ตาราง 14 ตรวจสอบแนวคิดและที่มาของโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ชื่อกิจกรรม	แนวคิดหลัก	แนวคิดย่อย	ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการนอนหลับในด้าน
โทรทัศน์พูดคุยติดตามถามและชื่นชม	- ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับบริการ (Prochaska; DiClemente; & Norcross. 1992)	- การใช้คำพูดที่ถูกต้อง - ชื่นชมรางวัลที่เอื้ออำนวยและให้เห็นคุณค่าการเปลี่ยนแปลง - ชื่นเตรียมการ - ชื่นปฏิบัติ	
	- ทฤษฎีการนอนไม่หลับ (Lundh; & Broman. 2000) - ทฤษฎีบูรณาการ(รังสิมันต์ สุนทรไชยา. 2560) - แนวคิดโปรแกรมการจัดกาารตนเอง (Cormier; Nurius; & Osborn. 2008) - การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura. 1986, 1997) - ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับบริการ (Prochaska; DiClemente; & Norcross. 1992)	- ปัจจัยสาเหตุที่ส่งผลต่อการนอน - ร่างกาย - จิตใจ - อารมณ์ - การให้รางวัล - การใช้คำพูดที่ถูกต้อง - ชื่นรักษาสุขภาพหลังเปลี่ยนแปลง (maintenance)	- จิต (psychological) - การกระตุ้นเร้า (arousal) - กิจกรรมระหว่างวัน (daytime functioning)

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมโดยได้บรรจุกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ และยับยั้งปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อการนอนไม่หลับของผู้สูงอายุ ดังตาราง 15-23 โดยมีวิทยากร ได้แก่ ผู้วิจัย และนางธนิศา คงสมัย ตำแหน่ง พยาบาลผู้ประสานงานทางคลินิกอาวุโส โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ ตลอดจนการจัดกิจกรรม



ตาราง 15 กิจกรรมที่ 1 นอนหลับ คืออะไร - กิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต

ระยะเวลา	กิจกรรม	เป้าหมาย	วิธีการ	กระบวนการ ที่ใช้	ผลที่เกิดขึ้น
30 นาที	กิจกรรมที่ 1 นอนหลับนั้น คืออะไร	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุ มีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการนอนหลับ และ กระบวนการรวมถึง สาเหตุของการนอนหลับ 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ ทราบถึง สภาพ คุณภาพการนอนหลับ ของตนเองในปัจจุบัน 3. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ เล่าแลกเปลี่ยน สภาพ ปัญหาและสาเหตุของ การนอนหลับซึ่งกัน และกัน	1. วิทยากร บรรยาย ความรู้และความ เข้าใจเรื่องการนอนหลับ ในประเด็น ต่าง ๆ ดังนี้ • ความหมาย • จะรู้ได้อย่างไรว่านอนหลับดี หรือไม่ดี หรือนอนไม่หลับ • คุณภาพการนอนหลับ • ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนอนไม่ หลับตามทฤษฎีบูรณาการ • สุขนิสัยการนอน (sleep hygiene) 2. แจ้งผลคะแนนแบบประเมินคุณภาพ การนอนหลับ (Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ที่เคยทำก่อน การอบรมแก่ผู้สูงอายุ	- บรรยาย - ใช้แบบประเมิน คุณภาพการนอน หลับ - อภิปรายกลุ่ม	ด้านความรู้และการตีความ - ผู้สูงอายุ มีความรู้และความเข้าใจ เรื่องการนอนหลับ - ผู้สูงอายุ มีความรู้และความเข้าใจ เรื่องกระบวนการและสาเหตุของการ นอนไม่หลับ - ผู้สูงอายุได้ทราบถึงสภาพคุณภาพการ นอนหลับของตนเองในปัจจุบัน - ผู้สูงอายุได้เล่า แลกเปลี่ยน สภาพ ปัญหาและสาเหตุของการนอนไม่หลับ ซึ่งกันและกัน

ตาราง 15 กิจกรรมที่ 1 นอกหลักสูตร คืออะไร – กิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต (ต่อ)

ระยะเวลา	กิจกรรม	เป้าหมาย	วิธีการ	กระบวนการ ที่ใช้	ผลที่เกิดขึ้น
			3. ให้ผู้สูงอายุ อภิปราย รวบรวมถึงถาม ตอบระหว่างวิทยากรและผู้สูงอายุ ด้วยกันเอง		

ตาราง 16 กิจกรรมที่ 2 ภาวะเป็นนาย และภาวะเป็นบ่าว - กิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อกระชับคุณภาพชีวิต

ระยะเวลา	กิจกรรม	เป้าหมาย	วิธีการ	กระบวนการ ที่ใช้	ผลที่เกิดขึ้น
20 นาที	กิจกรรมที่ 2 ภาวะเป็นนาย และภาวะเป็น บ่าว	1. เพื่อลดความเข้าใจ ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับ การนอนหลับ	1. วิทยากรให้ทำแบบสอบถามประเมิน ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง เกี่ยวกับการนอนหลับ 2. บอกผลลัพธ์คะแนนการประเมิน พร้อมทั้งแปลความหมายคะแนน และชี้แจงให้มีความรู้ความเข้าใจที่ ถูกต้องเกี่ยวกับความเชื่อและทัศนคติ ที่ดีเกี่ยวกับการนอนหลับ	- บรรยาย - ใช้แบบประเมิน ความเชื่อและ ทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง เกี่ยวกับการนอน หลับ	ด้านจิต ความรู้ ความเชื่อ การตีความ และกิจกรรมระหว่างวัน - ลดความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง และเพิ่ม การรับรู้ การตีความการนอนหลับที่ ถูกต้อง รวมถึงความเชื่อเกี่ยวกับการ นอนหลับที่ถูกต้อง อันจะส่งผลต่อการ เปลี่ยนแปลงกิจกรรมระหว่างวัน

ตาราง 17 กิจกรรมที่ 3 เร็ว ๆ เข้า ตั้งปณิธานกัน- กิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต

ระยะเวลา	กิจกรรม	เป้าหมาย	วิธีการ	กระบวนการ ที่ใช้	ผลที่เกิดขึ้น
20 นาที	กิจกรรมที่ 3 เร็ว ๆ เข้า ตั้งปณิธานกัน	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุตั้งเป้าหมายที่จะมีพฤติกรรมนอนหลับที่ดีขึ้นกว่าในปัจจุบัน 2. เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อใน และการรับรู้ความสามารถของตนที่จะนอนหลับได้ด้วยตนเอง	1. วิทยากรอ่านข้อคำถามเพื่อสำรวจพฤติกรรมนอนหลับปัจจุบันของผู้สูงอายุ 2. ให้กรอกใบคำสัญญา “ปณิธานการนอนหลับของฉัน” ให้ผู้สูงอายุอ่านพร้อมกัน และลงชื่อเพื่อให้เกิดผลทางจิตวิทยาในการตั้งเป้าหมาย 3. ใช้คำพูดชักจูงเพื่อเสริมพลัง	- บรรยาย - พูดโน้มน้าวใจ - ใช้ใบคำสัญญา “ปณิธานการนอนหลับของฉัน”	ด้านจิต ความเชื่อ การตีความ และกิจกรรมระหว่างวัน - ผู้สูงอายุมีตั้งเป้าหมายที่จะมีพฤติกรรมนอนหลับที่ดีขึ้น - ตีความการนอนหลับไปในเชิงบวก - มีพลังใจที่จะทำให้สำเร็จจากการพูดชักจูงเสริมแรง

ตาราง 18 กิจกรรมที่ 4 บ้านของฉัน น่านอนหลับ - กิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต

ระยะเวลา	กิจกรรม	เป้าหมาย	วิธีการ	กระบวนการ ที่ใช้	ผลที่เกิดขึ้น
25 นาที	กิจกรรมที่ 4 บ้านของฉัน น่านอนหลับ	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุ มีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องสภาพแวดล้อม เพื่อการนอนหลับที่ดี 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุ ลด หรือกำจัดสิ่งรบกวนที่ บ้านที่ส่งผลต่อการ นอนหลับที่ดี และ สามารถจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการนอนหลับได้ดีที่สุดได้ 3. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ เล่า แลกเปลี่ยน ถึง สภาพแวดล้อมที่ส่งผล ต่อการนอนหลับซึ่งกัน และกัน	1. วิทยากร บรรยาย เรื่องการจัด สภาพแวดล้อมเพื่อการนอนหลับ และ ผลเสียที่ได้รับจากการมีสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการนอนหลับ 2. ให้แบบตรวจสอบรายการ (Check-list) ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการ นอนหลับที่ดี เพื่อตรวจสอบและ สามารถปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่ บ้าน 3. ให้ผู้สูงอายุเล่าถึงสภาพแวดล้อม ที่บ้านที่ซึ่งกันและกัน ว่าเป็นอย่างไร มีอะไรบ้างที่รบกวนต่อการนอนหลับ	- บรรยาย - ใช้แบบตรวจสอบ รាយการด้าน สิ่งแวดล้อมที่ส่งผล ต่อการนอนหลับที่ดี - อภิปรายกลุ่ม	ด้านร่างกาย จิตใจสิ่งแวดล้อม ความรู้ การกระตุ้นเร้า และการตีความ - ผู้สูงอายุ มีความรู้และความเข้าใจเรื่อง การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการนอนหลับ และผลเสียที่ได้รับจากการมีสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการนอนหลับ - ผู้สูงอายุได้ทราบถึงสภาพแวดล้อมในแง่การอำนวยความสะดวกการนอนหลับที่บ้านของตนเอง - ผู้สูงอายุได้ปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่ บ้านให้เอื้อต่อการนอนหลับที่ดี - ผู้สูงอายุได้เล่า แลกเปลี่ยนถึง สภาพแวดล้อมที่บ้านของตน ที่ส่งผลต่อการนอนหลับซึ่งกันและกัน

ตาราง 19 กิจกรรมที่ 5 แยกแยะแขนขา พากันหลับโดยง่าย - กิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต

ระยะเวลา	กิจกรรม	เป้าหมาย	วิธีการ	กระบวนการ ที่ใช้	ผลที่เกิดขึ้น
25 นาที	กิจกรรมที่ 5 แยกแยะ ขา พากัน หลับโดยง่าย	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุ 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถออกกำลังกายอย่างง่ายและไม่ต้องพึ่งพาอุปกรณ์ด้วยการแกว่งแขนเพื่อช่วยการนอนหลับ	1. วิทยากร บรรยาย เรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ 2. การออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขน และประโยชน์ต่าง ๆ ที่ได้รับ 3. เปิดวิดีโอ "ข. ขยับ ตอน ออกกำลังกาย แกว่งแขน แบบได้ผลเต็ม 100" สาธิตการแกว่งแขน ความยาว 10 นาที 4. วิทยากร สาธิตการแกว่งแขน นำฝึกปฏิบัติ และให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามไปพร้อม ๆ กัน 5. วิทยากรกล่าวชื่นชมเมื่อทำตามได้เพื่อเสริมแรง และใช้คำพูดชักจูงเพื่อเสริมพลังการปฏิบัติ	- บรรยาย - ใช้สื่อวิดีโอ - นำฝึกปฏิบัติ - การมอบหมายงานในการนำไปปฏิบัติและจับบันทึกการปฏิบัติที่บ้าน	ด้านร่างกาย จิตใจ ความรู้ ความเข้าใจ การกระตุ้นใจ และกิจกรรมระหว่างวัน - ผู้สูงอายุ มีความรู้และความเข้าใจเรื่อง การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ - ผู้สูงอายุสามารถออกกำลังกายอย่างง่ายและไม่ต้องพึ่งพาอุปกรณ์ ได้ด้วยตนเองที่บ้าน โดยการแกว่งแขนเพื่อช่วยการนอนหลับ - ผู้สูงอายุมีพลังใจและเห็นคุณค่าของการปฏิบัติ การแกว่งแขนเพื่อช่วยการนอนหลับ - ผู้สูงอายุสามารถเตือนตนเองด้วยการจดบันทึกการแกว่งแขน

ตาราง 19 กิจกรรมที่ 5 แก่งแขนขยับ พากันหลับโดยง่าย – กิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต (ต่อ)

ระยะเวลา	กิจกรรม	เป้าหมาย	วิธีการ	กระบวนการ ที่ใช้	ผลที่เกิดขึ้น
			6. วิทยากรอธิบายการจดบันทึก “สมุด ประจำตัวเพื่อการนอนหลับที่ดี” เพื่อให้ ผู้สูงอายุนำกลับไปบันทึกที่บ้าน		

ตาราง 20 กิจกรรมที่ 6 นวดเท้าสบายๆ ผ่อนคลายด้วยลูกแก้ว - กิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต

ระยะเวลา	กิจกรรม	เป้าหมาย	วิธีการ	กระบวนการ ที่ใช้	ผลที่เกิดขึ้น
20 นาที	กิจกรรมที่ 6 นวดเท้า สบายๆ ผ่อนคลาย ด้วยลูกแก้ว	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องการผ่อนคลายและกิจวัตรที่ทำให้ผ่อนคลายจากการนอนหลับ 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถ นวดเท้าด้วยลูกแก้วเพื่อให้เกิดการผ่อนคลายและช่วยการนอนหลับ	1. วิทยากร บรรยาย แนวคิดเรื่องการผ่อนคลายต่อการนอนหลับ จากกรณีศึกษา 2. วิทยากร สาธิตการนวดเท้าด้วยลูกแก้ว 3. ให้ผู้สูงอายุอาสาสมัครในกลุ่มออกมาทดลองนำปฏิบัติการนวดเท้าด้วยลูกแก้ว 4. วิทยากรกล่าวชื่นชมแก่อาสาสมัครที่ออกมาทำปฏิบัติ เพื่อเสริมแรง และใช้คำพูดชักจูงเพื่อเสริมพลังการปฏิบัติแก่ผู้สูงอายุท่านอื่นๆ 5. แจกอุปกรณ์ให้ผู้สูงอายุนำไปทำด้วยตนเองที่บ้าน ได้แก่ กระดาษสำหรับใส่เท้า และลูกแก้วจำนวน 45	- บรรยาย - นำฝึกปฏิบัติ - การมีส่วนร่วม โดยอาสาสมัคร - การมอบหมาย งานในการนำไปปฏิบัติและจัด บันทึกการปฏิบัติที่บ้าน	ด้านร่างกาย จิตใจ ความรู้ ความเข้าใจ เรื่อง กระตุ้นเร้า และกิจกรรมระหว่างวัน - ผู้สูงอายุ มีความรู้และความเข้าใจเรื่อง การผ่อนคลายต่อการนอนหลับจากการนวดเท้า - ผู้สูงอายุสามารถนวดเท้าด้วยลูกแก้วได้ด้วยตนเองที่บ้าน เพื่อการผ่อนคลาย ทำให้ช่วยการนอนหลับ - ผู้สูงอายุมีพลังใจและเห็นคุณค่าของการนวดเท้าด้วยลูกแก้วเพื่อช่วยการนอนหลับ - ผู้สูงอายุสามารถเตือนตนเองด้วยการจัดบันทึกนวดเท้าด้วยลูกแก้ว

ตาราง 20 กิจกรรมที่ 6 นวดเท้าสบายๆ ผ่อนคลายด้วยลูกแก้ว – กิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต (ต่อ)

ระยะเวลา	กิจกรรม	เป้าหมาย	วิธีการ	กระบวนการ ที่ใช้	ผลที่เกิดขึ้น
			ลูกต่อคน เพื่อให้การนวดคลึงฝ่าเท้า ให้เกิดการผ่อนคลาย 6. วิทยากรอธิบายการจุดบันทึก “สมุด ประจักษ์เพื่อการนอนหลับที่ดี” เพื่อให้ ผู้สูงอายุนำกลับไปบันทึกที่บ้าน		

ตาราง 21 กิจกรรมที่ 7 ชื่นใจกันแล้ว เคลิ้มหลับโดยพลัน - กิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต

ระยะเวลา	กิจกรรม	เป้าหมาย	วิธีการ	กระบวนการ ที่ใช้	ผลที่เกิดขึ้น
20 นาที	กิจกรรมที่ 7 ชื่นใจกันแล้ว เคลิ้มหลับโดย พลัน	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุ มีความรู้เรื่องการผ่อนคลายจากกลิ่นบำบัด (aroma therapy) 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุ สามารถ สร้างบรรยากาศด้วยกลิ่นบำบัดให้เกิดการผ่อนคลายและช่วยการนอนหลับ	1. วิทยากร บรรยาย แนวคิดเรื่องการผ่อนคลายต่อการนอนหลับ จากกลิ่นบำบัด (aroma therapy) 2. วิทยากร สาธิตการสร้างบรรยากาศ ด้วยกลิ่นบำบัดให้เกิดการผ่อนคลาย 3. ให้ผู้สูงอายุอาสาสมัครในกลุ่ม ออกมาทดลองนำปฏิบัติการสร้างบรรยากาศด้วยกลิ่นบำบัดให้เกิดการผ่อนคลาย 4. วิทยากรกล่าวชื่นชมแก่อาสาสมัครที่ ออกมานำปฏิบัติ เพื่อเสริมแรง และใช้ คำพูดชักจูงเพื่อเสริมพลังการปฏิบัติแก่ ผู้สูงอายุท่านอื่นๆ 5. แจกอุปกรณ์ให้ผู้สูงอายุนำไป ทำด้วยตนเองที่บ้าน ได้แก่ น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ (Lavender)	- บรรยาย - นำฝึกปฏิบัติ - การมีส่วนร่วม โดยอาสาสมัคร - การมอบหมาย งานในการนำไป ปฏิบัติและจด บันทึกการปฏิบัติที่ บ้าน	ด้านร่างกาย จิต ใจ ความรู้ ความเข้าใจ การ กระตุ้นเร้า และกิจกรรมระหว่างวัน - ผู้สูงอายุ มีความรู้และความเข้าใจเรื่อง การผ่อนคลายต่อการนอนหลับ จากการ สร้างบรรยากาศด้วยกลิ่นบำบัดให้เกิด การผ่อนคลาย - ผู้สูงอายุสามารถสร้างบรรยากาศด้วย กลิ่นเพื่อการบำบัดให้เกิดการผ่อนคลาย ได้ด้วยตนเองที่บ้าน ทำให้ช่วยการนอน หลับ - ผู้สูงอายุมีพลังใจและเห็นคุณค่าของ การสร้างบรรยากาศด้วยกลิ่นเพื่อการ บำบัดให้เกิดการผ่อนคลาย ทำให้ช่วย การนอนหลับ

ตาราง 21 กิจกรรมที่ 7 สู้ใจกันแล้ว เคลิ้มหลับโดยพลัน – กิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต (ต่อ)

ระยะเวลา	กิจกรรม	เป้าหมาย	วิธีการ	กระบวนการ ที่ใช้	ผลที่เกิดขึ้น
			และสำคัญ เพื่อสร้างบรรยากาศด้วยกลิ่น บำบัดให้เกิดการผ่อนคลาย 6. วิทยากรอธิบายการจดบันทึก “สมุด ประจำตัวเพื่อการนอนหลับที่ดี” เพื่อให้ ผู้สูงอายุนำกลับไปบันทึกที่บ้าน		-ผู้สูงอายุสามารถเตือนตนเองด้วยการ จดบันทึกการสร้างบรรยากาศด้วยกลิ่น เพื่อการบำบัดให้เกิดการผ่อนคลาย

ตาราง 22 กิจกรรมที่ 8 ทุกคืนทุกวัน เพลงกล่อมเราเข้านิทรา - กิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต

ระยะเวลา	กิจกรรม	เป้าหมาย	วิธีการ	กระบวนการ ที่ใช้	ผลที่เกิดขึ้น
20 นาที	กิจกรรมที่ 8 ทุกคืนทุกวัน เพลงกล่อม เราเข้านิทรา	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องการผ่อนคลายจากดนตรีบำบัด (music therapy) 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถสร้างบรรยากาศด้วยดนตรีบำบัดให้เกิดการผ่อนคลายและช่วยการนอนหลับ	1. วิทยากร บรรยาย แนวคิดเรื่องการผ่อนคลายต่อการนอนหลับ จากดนตรีบำบัด (music therapy) 2. วิทยากร สาธิตการใช้งานอุปกรณ์ต่าง ๆ การเปิดปิด เสง-หรี่เสียง ชาร์จแบตเตอรี่ เพื่อสร้างบรรยากาศด้วยดนตรีบำบัดให้เกิดการผ่อนคลาย โดย การเปิดเพลง 2 ชนิด ได้แก่ 1) บทเพลงธรรมชาติ ประกอบไปด้วย 4 เพลง คือ บทบูชาพระพุทธรูป (องค์ใดพระสัมมาสัมพุทธ) พระธรรมมคฺค (ธรรมะคือคุณากร) พระสังฆมคฺค (สงฆ์คือสาวก ศาสตรา) และชยสิทธิดาธา (พาหนะ-พาหนะเพื่อพระองค์พระมะพุทฺธ) รวมความยาว 14.56 นาที และ 2) เพลง "Deep sleep" สอดแทรกกลิ่นเสียง	- บรรยาย - นำฝึกปฏิบัติ - การมีส่วนร่วม โดยอาสาสมัคร - การมอบหมายงานในการนำไปปฏิบัติและจัด บันทึกการปฏิบัติที่บ้าน	ด้านร่างกาย จิตใจ ความรู้ ความเข้าใจ เรื่อง กระตุ้นใจ และกิจกรรมระหว่างวัน - ผู้สูงอายุ มีความรู้และความเข้าใจเรื่อง การผ่อนคลายต่อการนอนหลับ จากการสร้างบรรยากาศด้วยดนตรีบำบัดให้เกิดการผ่อนคลาย - ผู้สูงอายุสามารถสร้างบรรยากาศด้วยดนตรีบำบัดให้เกิดการผ่อนคลายได้ ด้วยตนเองที่บ้าน ทำให้ช่วยการนอนหลับ - ผู้สูงอายุมีพลังใจและเห็นคุณค่าของการสร้างบรรยากาศด้วยดนตรีบำบัดให้เกิดการผ่อนคลาย ทำให้ช่วยการนอนหลับ

ตาราง 22 กิจกรรมที่ 8 ทุกคืนทุกวัน เพลงกล่อมเราเข้านิทรา – กิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต (ต่อ)

ระยะเวลา	กิจกรรม	เป้าหมาย	วิธีการ	กระบวนการ ที่ใช้	ผลที่เกิดขึ้น
			บำบัดสมอง (เสียงความถี่บีตส์) พัฒนาโดย รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ จักรกริช กล้าผจญ รวม ความยาว 19.59 นาที (จักรกริช กล้า ผจญ. 2559: ไฟล์เสียง) 3. ให้ผู้สูงอายุอาสาสมัครในกลุ่ม ออกมาทดลองนำปฏิบัติ การใช้ อุปกรณ์และเปิดเพลงเพื่อการสร้าง บรรยากาศด้วยดนตรีบำบัดให้เกิด การผ่อนคลาย 4. วิทยากรกล่าวชื่นชมแก่อาสาสมัครที่ ออกมานำปฏิบัติ เพื่อเสริมแรง และใช้ คำพูดชักจูงเพื่อเสริมพลังการปฏิบัติ แก่ผู้สูงอายุท่านอื่นๆ 5. แจกอุปกรณ์ให้ผู้สูงอายุนำกลับไปทำ ด้วยตนเองที่บ้าน เพื่อสร้าง บรรยากาศด้วยดนตรีบำบัดให้เกิด		- ผู้สูงอายุสามารถเตือนตนเองด้วยการ จัดบันทึกการสร้างบรรยากาศด้วย ดนตรีบำบัดให้เกิดการผ่อนคลาย

ตาราง 22 กิจกรรมที่ 8 ทุกคืนทุกวัน เพลงกล่อมเราเข้านิทรา – กิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต (ต่อ)

ระยะเวลา	กิจกรรม	เป้าหมาย	วิธีการ	กระบวนการ ที่ใช้	ผลที่เกิดขึ้น
			การผ่อนคลายได้แก่ ลำโพง แพลช ไดร์ที่บันทึกเพลงไว้แล้ว <u>อะแคปเตอร</u> และสายชาร์จ์สำหรับลำโพง 6. วิทยากรอธิบายการจดบันทึก “สมุด ประจำตัวเพื่อการนอนหลับที่ดี” เพื่อให้ผู้สูงอายุนำกลับไปบันทึกที่ บ้าน		

สำหรับกิจกรรมสุดท้ายนั้น เป็นกิจกรรมที่ทำโดยผู้วิจัยหลังการฝึกอบรมกิจกรรมทั้ง 8 กิจกรรมแล้ว ทำในช่วงระยะเวลาการทดลองตลอด 4 สัปดาห์
กับผู้สูงอายุก่อนทดลองทุกคน

ตาราง 23 กิจกรรมที่ 9 ไตรศัปดาห์พูดคุย ติดตามถาม และชื่นชม

ระยะเวลา	กิจกรรม	เป้าหมาย	วิธีการ	กระบวนการที่ใช้	ผลที่เกิดขึ้น
ครั้งละ 3-5 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ต่อคน	ไทรศัปดาห์พูดคุย ติดตามถาม และชื่นชม	1. เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุ ฝึกปฏิบัติกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายอย่างสม่ำเสมอ 2. เพื่อให้กำลังใจและเสริมพลังทางจิต 3. เพื่อทราบผลการฝึกปฏิบัติอย่างไม่เป็นทางการ	1. ผู้วิจัยโทรศัพท์พูดคุย ชักถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้รับมอบหมายให้นำไปฝึกปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต่อการนอนหลับของตนเอง พร้อมทั้งให้การสนใจชื่นชมถึงการฝึกปฏิบัติที่ได้ทำแล้ว รวมถึงสอบถามและแก้ปัญหากรณีที่เกิดปัญหาในการปฏิบัติกิจกรรมที่บ้าน	- สัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ	ด้าน จิต การกระตุ้นใจ และกิจกรรมระหว่างวัน - ผู้สูงอายุมีพลังใจที่จะฝึกปฏิบัติกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย - ทำให้ทราบปัญหาและสามารถแก้ไขปัญหาระหว่างช่วงระยะเวลาของการทดลองได้ทันทั่วทั้งก่อนจบการทดลอง - ผู้สูงอายุสามารถเตือนตนเองด้วยการจุดบันทึก และเกิดจากการกระตุ้นเตือนของผู้วิจัย

คุณภาพเครื่องมือ - โปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิจัย วัด และประเมินและด้านการพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า 20 ปี ดังรายนามในภาคผนวก ก พิจารณาคุณภาพของโปรแกรมฯ ความเหมาะสมของวัตถุประสงค์ เนื้อหา วิธีการ และกระบวนการที่ใช้ จากดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้ผลคือ ทุกกิจกรรมมีค่าเท่ากับ 1 ($IOC = 1$) ดังแสดงตามตาราง xxx ดัชนีความสอดคล้องของแต่ละกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในภาคผนวก ค นำคำแนะนำที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิ ไปปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้ทดลองกับกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ

สำหรับเครื่องมือวัดที่ใช้วัดก่อนและหลังการทดลองนั้น ผู้วิจัยใช้เครื่องมือวัด 2 ชิ้น ได้แก่ 1) แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิทส์เบิร์ก ฉบับภาษาไทย (Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (Methipisit. 2016) และ 2) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (องค์การอนามัยโลก) ฉบับภาษาไทย (กรวรรณ ยอดไม้. 2556) โดยแบบประเมินทั้งสองฉบับมีความเชื่อมั่น (α -Cronbach) เท่ากับ .830 และ .869 ตามลำดับ สำหรับรายละเอียดนั้น นำเสนออยู่ในภาคผนวก ค

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงที่ 2 นี้ เป็น 2 ระยะ คือ

1) ระยะเตรียมการก่อนทดลอง

1.1) ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตใช้สถานที่ในการจัดกิจกรรมฝึกอบรมกับเจ้าอาวาสวัดบางปรุงธรรมโชติการาม บ้านบางปรุง หมู่ที่ 9 ตำบลบางพระ อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา และหนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้นำชุมชน เป็นผู้ประสานงานกับผู้สูงอายุ ได้แก่ นาวาเอกสมพร (นามสมมุติ) จากบัณฑิตวิทยาลัย เมื่อวันที่ 25 มกราคม 2562

1.2) นำหนังสือขออนุญาตและขอความอนุเคราะห์นำส่งเจ้าอาวาสและผู้นำชุมชน เพื่อประสานงานนัดวันเวลาที่ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองทั้ง 8 ท่าน และทางวัดสะดวกให้ใช้สถานที่

1.3) ให้ผู้สูงอายุ 11 ท่าน ที่ได้คะแนนในเกณฑ์ต่ำ จากแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกและเป็นผู้ที่เคยจัดสนทนากลุ่มมาแล้วในช่วงที่ 1 ระยะที่ 3 ทำ

แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) เพื่อให้ทราบและสามารถกำหนด 8 ท่าน เข้ากลุ่มทดลอง ได้ผลคะแนน ดังตาราง 10

1.4 จัดเตรียมคู่มือโปรแกรม อุปกรณ์ และสถานที่

2) ระยะทดลอง

ผู้วิจัยทำการจัดอบรมโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในที่ 5 เมษายน 2562 ตั้งแต่เวลา 9.30-13.30 น. (รวมรับประทานอาหารกลางวัน) ณ วัดบางปรองธรรมโชติการาม ตำบลบางพระ อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ใช้เวลาอบรม 180 นาที โดยมีกิจกรรมของการอบรม ดังนี้

1. นอนหลับนั้น คืออะไร
2. ฤาใจเป็นนาย และกายเป็นบ่าว
3. เร็ว ๆ เข้า ตั้งปณิธานกัน
4. บ้านของฉัน น่านอนหลับ
5. แก้วแขนขยับ พากันหลับโดยง่าย
6. นวดเท้าสบาย ๆ ผ่อนคลายด้วยลูกแก้ว
7. ขึ้นใจกันแล้ว เคลิ้มหลับโดยพลัน
8. ทุกคืนทุกวัน เพลงกล่อมเราเข้านิทรา

ตาราง 26 เครื่องมือวัด/ประเมินและอุปกรณ์ที่ใช้ในกิจกรรมการอบรม

กิจกรรม ที่	เครื่องมือและอุปกรณ์	ที่มา
1.	- แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ฉบับ ภาษาไทย	Methipisit T.; et al. 2016.
2	- แบบสอบถามประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ ฉบับภาษาไทย	จรรยา อิมหลวง. 2552.
3	- ใบคำสัญญา “ <u>ปฏิธานการนอนหลับของฉัน</u> ”	พัฒนาจาก แบบบันทึกการนอน หลับ ของ สายฝน อินศรีชื่น. 2558.
4	- แบบตรวจสอบรายการด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผล ต่อการนอนหลับที่ดี	พัฒนาจาก แบบสอบถามข้อมูล พื้นฐาน ด้าน ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทาง กายภาพ ของ ธิติมา ณรงค์ศักดิ์. 2560.
5	- วิดีทัศน์ “ข.ขยับ ตอน ออกกำลังกาย แก่วงแขน แบบได้ผลเต็ม 100” สาริตการแก่วงแขน ความ ยาว 10 นาที - สมุดประจำตัวเพื่อการนอนหลับที่ดี	สถานีโทรทัศน์ไทยพีบีเอส รายการ ข. ขยับ (ขยับกายวันละนิดชีวิตก็ เปลี่ยน). 2561

ตาราง 27 เครื่องมือวัด/ประเมินและอุปกรณ์ที่ใช้ในกิจกรรมการอบรม (ต่อ)

กิจกรรม ที่	เครื่องมือและอุปกรณ์	ที่มา
6	- กระดาษสำหรับใส่น้ำอุ่น และลูกแก้วจำนวน 45 ลูกต่อคน - สมุดประจำตัวเพื่อการนอนหลับที่ดี	สนทยา มณีรัตน์. 2562.
7	- น้ำมันหอมระเหยกลินลาเวนเดอร์ (Lavender) และสำลี - สมุดประจำตัวเพื่อการนอนหลับที่ดี	จุไรรัตน์ ดือขุนทด. 2558.
8	- เพลง ลำไพง และเพลงใดที่บันทึกเพลงเพื่อสร้างบรรยากาศด้วยดนตรีบำบัดให้เกิดการผ่อนคลาย - สมุดประจำตัวเพื่อการนอนหลับที่ดี	- จักรกริช กล้าผจญ. 2559

เมื่อจบการอบรม ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองกลับไปฝึกปฏิบัติกิจกรรมที่ 5-8 แต่ละกิจกรรมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 4 กิจกรรม ตลอดเวลาทดลอง 4 สัปดาห์ เป็นจำนวนรวมไม่ต่ำกว่า 80 ครั้ง ลงในแบบบันทึกกิจกรรม “สมุดประจำตัวเพื่อการนอนหลับที่ดี” ดังภาคผนวก ข

เมื่อสิ้นสุดระยะทดลองครบ 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-OLD) และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) เก็บข้อมูลกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในวันที่ 6 พฤษภาคม และขอรับแบบประเมินทั้งสองฉบับกลับคืนในวันที่ 9 พฤษภาคม 2562 เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

- 1) วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยายข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุผู้ทำการเรียงบัตร และคุณลักษณะของการเรียงบัตรรายการ
- 2) วิเคราะห์เพื่อตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น เรื่องการเท่ากันของความแปรปรวน และการแจกแจงปกติของกลุ่มทดลองและควบคุม ดังแสดงในตาราง 11 ถึง 14 ข้างต้น

3) วิเคราะห์เพื่อตอบจุดมุ่งหมายของการวิจัยข้อ 3 ที่ว่าด้วยประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยนำคะแนนที่ได้หลังการทดลอง จากแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับเปรียบเทียบกับคะแนนก่อนการทดลองที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลไว้ในการวิจัยช่วงที่ 1 และระยะเตรียมการก่อนทดลอง ในการวิจัยช่วงที่ 2 เพื่อให้ทราบความก้าวหน้าของคะแนน (gain score) ภายหลังทำการทดลองไปแล้ว ด้วยการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ในที่นี้เลือกใช้สถิติทดสอบการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยให้คะแนนก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม (covariate) วิเคราะห์คะแนนทั้งสองแบบประเมิน คือ แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิทส์เบิร์ก ฉบับภาษาไทย (Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) และ แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (องค์การอนามัยโลก) ฉบับภาษาไทย รวมทั้งวิเคราะห์คะแนนพัฒนาการสัมพัทธ์ (relative gain score) เพื่อแสดงหลักฐานคะแนนความก้าวหน้า

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยระยะที่ 4

1. สถิติพื้นฐาน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติที่ใช้ในการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่

2.1 สถิติทดสอบที แบบกลุ่มอิสระ (independent sample t-test) ใช้ทดสอบความเท่าเทียมกันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง

2.2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA: analysis of covariance) ใช้ในการทดสอบเกี่ยวกับการจัดกระทำ (manipulation check)

2.3 การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้งาน การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม ประกอบด้วย

2.3.1 ความเท่ากันของการแปรปรวน (homogeneity of variances)

2.3.2 การแจกแจงแบบปกติ (normality)

2.3.3 สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรวัดก่อนและวัดหลัง

2.3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรร่วม (covariate) และตัวแปรตาม เพื่อดูว่า จะต้องเท่ากันในทุกกลุ่ม (homogeneity of regression slopes)

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบประสิทธิผลของตัวแปรตาม

3.1 ทดสอบความแตกต่างของคุณภาพการนอนหลับก่อนและหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบว่าแต่ละบุคคล เมื่อได้รับกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับ

คุณภาพชีวิตแล้ว มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้นจากเดิมหรือไม่ ทดสอบจากคะแนนพัฒนาการสัมพัทธ์ (relative gain score) ด้วยสูตรดังนี้ (ศิริชัย กาญจนวาสี. 2556.)

$$GS (\%) = \frac{Y - X}{F - X} \times 100$$

เมื่อ	GS(%)	แทน	คะแนนร้อยละของพัฒนาการของผู้เรียน (development score or gain score) (คิดเป็นร้อยละ)
	X	แทน	คะแนนวัดครั้งก่อน
	Y	แทน	คะแนนวัดครั้งหลัง
	F	แทน	คะแนนเต็ม

3.2 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนคุณภาพการนอนหลับ และคะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของสองกลุ่มด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA: analysis of covariance) โดยกำหนดให้คะแนนที่ได้จากการวัดก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม (covariate)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีประสิทธิผล: การวิจัยผสมผสานวิธี ประยุกต์ใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสานวิธีขั้นสูง (advance mixed methods design: intervention design) โดยผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล เป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ระยะที่ 1: การสัมภาษณ์เชิงลึก

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ระยะที่ 2: วิถีชีวิตภาค

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ระยะที่ 3: การสนทนากลุ่ม

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ระยะที่ 4: การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่ออกแบบมาเฉพาะสำหรับชุมชนวัดบางปรอง

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ระยะที่ 1: การสัมภาษณ์เชิงลึก

การวิจัยในส่วนนี้อาศัย แนวคิดของ Cochran-Smith และ Lytle (2001) ว่าด้วยความรู้เพื่อการปฏิบัติและความรู้ในการปฏิบัติ โดยศึกษาจากประสบการณ์และมุมมองของคนในเป็นกรอบแนวคิดด้านเนื้อหา เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายของการศึกษา คือ 1) นิยามความหมายองค์ประกอบหรือมิติต่าง ๆ ของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และ 2) ปัจจัยสาเหตุและเงื่อนไขของการนำไปสู่คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกจนข้อมูลอิ่มตัว (saturation) จากผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญ 2 กลุ่ม ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ 1) ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้รู้ด้านผู้สูงอายุ ในฐานะที่สามารถเป็นผู้ให้และกำหนดความหมายของความรู้เพื่อการปฏิบัติ จำนวน 5 ท่าน และ 2) ผู้สูงอายุอย่างมีพลังหรือผู้เป็นซึ่งมีองค์ความรู้ในการปฏิบัติจริงที่อยู่ในตัวบุคคลเกิดจากการสัมผัสประสบการณ์ จำนวน 3 ท่าน ทำวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีทฤษฎีฐานราก โดยการกำหนดรหัสแบบบรรทัดต่อบรรทัด การวิเคราะห์จำแนกประเภทข้อมูล ชนิดการวิเคราะห์กลุ่มคำ เพื่อค้นหาความหมายร่วมกัน โดยการทำดัชนีข้อมูลเชิงตีความ ทดลองเขียนประโยค สร้างข้อเสนอ/สรุปชั่วคราว และสร้างบทสรุปตามแนวทางของ Charmaz (2006) ได้ผลการวิเคราะห์ ดังต่อไปนี้

1. ความหมายและมิติต่าง ๆ หรือองค์ประกอบ “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ”

ความหมายของ “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ” มีความเป็นพลวัตปรับเปลี่ยนแปรผันไปตามสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง การให้คุณค่าของแต่ละบุคคล จึงไม่สามารถ

กำหนดเป็นความหมายที่แน่นอนตายตัว หรือให้นิยามความหมายเพียงชุดใดชุดหนึ่งที่กำหนดได้
 อย่างเป็นมาตรฐานสากลหรือเป็นค่ากลางได้ ทั้งนี้มีมิติต่าง ๆ หรือองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
 ของผู้สูงอายุ ไม่สามารถตีความแยกออกจากกันจากความหมายได้ ซึ่งก็คือ การสร้างสมดุล
 ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้ความหมายที่เป็นภาพรวมชุดหนึ่ง จากการตีความที่ได้จากผู้รู้และผู้
 เป็นได้ว่า การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อสถานะในชีวิตของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม และ
 ความหมายของระบบสังคมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ ทั้งยังสัมพันธ์กับเป้าหมายเชิงปัจเจก มาตรฐาน
 ของสังคมและสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ความหมายดังกล่าว สามารถตีความ สังเคราะห์และจัดกลุ่มความหมายได้ทั้งหมด 4
 กลุ่มประเภท ได้แก่ 1) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุคือการได้ใช้ชีวิตอย่างภาคภูมิใจ 2) คุณภาพชีวิต
 ของผู้สูงอายุคือ การมีสมรรถนะของร่างกายและมีสุขภาวะซึ่งเป็นการเชื่อมโยงกันระหว่างร่างกาย
 กับจิตใจ 3) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุคือ การมีปฏิสัมพันธ์และกิจกรรมทางสังคม ซึ่งจะช่วยให้
 ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของการมีชีวิต และ 4) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุคือ การได้เข้าร่วมและเข้าถึง
 สภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมที่เหมาะสม รวมถึงสังคมเสมือน โดยมีรายละเอียด
 ดังต่อไปนี้

1.1 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือการได้ใช้ชีวิตอย่างภาคภูมิใจ

หมายถึง ความพึงพอใจในการดำรงชีวิตอยู่ของผู้สูงอายุนั้นขึ้นอยู่กับสามารถพึ่ง
 ตัวเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง ใช้ชีวิตอย่างมีความสุข มีศักดิ์ศรี เป็นที่รักของลูกหลาน
 ได้ถ่ายทอดภูมิปัญญาทางวัฒนธรรม และได้จากโลกนี้ไปอย่างสงบสุข ไม่มีเรื่องให้ต้องคิดกังวล
 ว่าวุ่นใจ ซึ่งเหล่านี้ต้องอาศัยทั้งสุขภาพกายที่ดี สุขภาพจิตที่ดี และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลต่าง
 ๆ ในครอบครัว ชุมชน และสภาพแวดล้อมที่ดี ดังปรากฏในตัวอย่างบางช่วงของบทสัมภาษณ์เชิง
 ลึกที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออกมา ดังนี้

“ไม่ต้องไปพึ่งพาคนอื่น จะทำให้รู้สึกคนเรามีศักดิ์ศรี”

(สัมภาษณ์ นางธิดา ศรีไพพรรณ์, เมื่อวันที่ 11 เมษายน 2561)

“คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ... เป็นร่วมโพธิ์ร่มไทรของลูกหลาน ตายกับลูกหลาน และอยู่
 บ้านตนเอง”

(สัมภาษณ์ รองศาสตราจารย์ เล็ก สมบัติ, เมื่อวันที่ 14 มีนาคม 2561)

ยิ่งไปกว่านั้น ยังกินความรวมไปถึง การมองเห็นคุณค่าในตัวเอง เห็นประโยชน์ของ ตัวเอง มีโอกาสได้ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ได้รับการยอมรับนับถือ ทำประโยชน์เพื่อผู้อื่น มีความ ภาคภูมิใจที่ได้ใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่า ถ่ายทอดประสบการณ์ ความรู้ให้กับครอบครัว ชุมชน และสังคมได้ ดังปรากฏในตัวอย่างบางช่วงของบทสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้ให้ข้อมูลแสดง ออกมา ดังนี้

“ส่งเสริมให้เขาได้ใช้ความรู้ความสามารถของเขา เป็นความภูมิใจของผู้สูงอายุ”

(สัมภาษณ์ นางธิดา ศรีไพพรรณ์, เมื่อวันที่ 11 เมษายน 2561)

“เห็นคุณค่าในตัวเอง มองเห็นประโยชน์ของตัวเอง สามารถทำประโยชน์ให้กับคนอื่น ถ่ายทอดความรู้ในเชิงของวัฒนธรรม”

(สัมภาษณ์ รองศาสตราจารย์ ดร. อาชัญญา รัตนอุบล, เมื่อวันที่ 16 มีนาคม 2561)

“เข้าถึงศาสนา ลูกหลาน ครอบครัวที่ดี รัฐบาลกลางที่เอาใจใส่เขา มีอายุที่ยืนยาว สุขภาพที่แข็งแรง ร่างกายที่สมบูรณ์ จิตใจที่สดใส มีความซื่อสัตย์ มีชื่อเสียง มีเกียรติยศ มีหน้าที่ การงานที่ดี ได้จากโลกนี้ไปด้วยความสุข ด้วยความไม่ว่าวุ่นใจ อันนี้คือสุดยอดของการเป็นคน”

“ต้องการมีชีวิตอยู่ที่พึ่งพาตัวเองได้ให้นานที่สุด ลดเวลาที่จะเจ็บป่วยมากที่สุด ลด เวลาที่จะอยู่ในระยะสุดท้ายให้สั้นที่สุด ... มีสมอง กำลังวังชาที่ดี สามารถให้คำแนะนำให้กับคน รุ่นใหม่ได้ คือสิ่งที่ Balance คุณภาพชีวิตที่ดี”

(สัมภาษณ์ รองศาสตราจารย์ ดร. วิฑูรย์ เหลียวรุ่งเรือง, เมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2561)

“เป็นคนแก่ที่น่ารัก เพราะเขา Fulfil เขาเต็มหมดแล้ว พร้อมที่จะ Share พร้อมที่จะ ทำประโยชน์ ดีกับลูกหลาน”

(สัมภาษณ์ แพทย์หญิงนาง พงสมุท, เมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2561)

ทั้งนี้ การได้ใช้ชีวิตอย่างภาคภูมิใจของผู้สูงอายุเป็นเสมือนผลลัพธ์ เป็นความสมดุลของ องค์ประกอบ ที่เป็นกระบวนการประกอบเข้าด้วยกัน และได้ใช้ศักยภาพของตนเองตามอัตภาพ ภายใต้สภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคม เหล่านี้ไม่สามารถแยกออกจากกันได้อย่างเด็ดขาด หรือโดยสิ้นเชิง ในนิยามความหมายของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

1.2 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุคือ การมีสมรรถนะของร่างกายและมีสุขภาวะ ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงกันระหว่างร่างกายกับจิตใจ

ในที่นี้ หมายถึง สมรรถนะของร่างกาย และการมีสุขภาวะ (health) ขยายความได้ว่า โดยทั่วไปแล้วคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและคนทั่วไปจะคล้ายคลึงกัน ทั้งในเรื่องของร่างกายและจิตใจ เพียงแต่ผู้สูงอายุจะให้น้ำหนักกับเรื่องสมรรถนะของร่างกายมากกว่าบุคคลทั่วไป เนื่องจากความเสื่อมถอย พิกัด หรือการทำงานที่ไม่ปกติของสภาพร่างกายตามอายุที่มากขึ้น ไม่เหมือนสมัยที่ยังเป็นวัยรุ่นหนุ่มสาว ทั้งนี้ นอกจากจะเป็นไปตามวัยแล้ว ยังขึ้นอยู่กับพฤติกรรมในอดีตที่ผ่านมา (life course) ของแต่ละคน การดูแลสุขภาพ และโรคประจำตัว ซึ่งส่งผลโดยตรง สะสมต่อสมรรถนะของร่างกาย และต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ผลคือ หากไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติแล้ว จะส่งผลโดยตรงต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่าเป็น การเชื่อมโยงกันระหว่างร่างกายกับจิตใจ อย่างไรก็ดี แม้จะมีปัญหาทางสภาพร่างกาย เช่น มีความพิการ เป็นอัมพาต ติดเตียง หรือมีโรคประจำตัวที่เป็นปัญหาต่อสมรรถนะหรือสุขภาวะ แต่ถ้ามีการมองโลกซึ่งเป็นเรื่องของสภาพจิตใจที่ดี สามารถปรับตัวยอมรับกับสภาพกายที่ผิดปกติไปได้ มองว่าไม่มีปัญหา ไม่เป็นอุปสรรค เหล่านี้ปรากฏในตัวอย่างของบทสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออกมา ดังนี้

“...เราต้องการอะไรผู้สูงอายุก็ต้องการอย่างนั้นแหละ แต่เขา Sensitive กว่าด้วยซ้ำ เนื่องจากว่า Physical เขามีปัญหา เขาต้องการความรัก เขาต้องการคนยอมรับ ต้องการความมีอิสระ”

(สัมภาษณ์ รองศาสตราจารย์ ดร. อาชัญญา รัตนอุบล, เมื่อวันที่ 16 มีนาคม 2561)

“ความเสื่อมของระบบร่างกายมันมีผลต่ออารมณ์จิตใจ บางคนใช้ร่างกายเปลืองมาก ความเสื่อมของระบบมันจะไม่เท่ากัน คุณภาพชีวิตด้านร่างกายก็จะต่างกัน ตรงนี้มันโยงไปที่จิตใจ แล้วก็อารมณ์”

(สัมภาษณ์ รองศาสตราจารย์ เล็ก สมบัติ, เมื่อวันที่ 14 มีนาคม 2561)

“ไม่สุขกายเพราะมีโรคภัยมาเบียดเบียน อ่อนแอ เป็นโรคต่าง ๆ นานา เบาหวานบ้าง โรคหัวใจ โรคอะไรบ้าง ที่มันจะทำให้ไม่สุขกาย ไม่สุขใจ เกิดจากปัญหาทางด้านมีความวิตกกังวล เรื่องลูกหลานเดือดร้อน เป็นหนี้สิน ที่จะทำให้เราทุกข์ใจ ยังตัดไม่ขาดมันก็ทำให้ไม่สุขใจ...”

“...คนเรามีดี ระดับแตกต่างกัน มองโลกแตกต่างกัน... บางคนก็อยู่อย่างพึ่งพาตัวเองไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ก็อยู่อย่างมีความสุขทุกซีก แต่ที่จริงแล้วมันขึ้นอยู่กับจิตใจ บางคนก็พิการ แต่ช่วยเหลือตัวเองได้ ใจเขาสบาย”

(สัมภาษณ์ ศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล, เมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2561)

“ทุกคนมันต้องร่างกายเสื่อมลงไป ก็ต้องยอมรับตามสภาพ อาหารไม่ย่อยแล้ว กินอาหารเหนียว ๆ ไม่ได้ พั่นก็ไม่ได้แล้ว... ผู้สูงอายุนอนไม่ค่อยหลับ ถ้านอนไม่หลับ ทุกข์เลย”

(สัมภาษณ์ รองศาสตราจารย์ ดร. อาชัญญา รัตนอุบล, เมื่อวันที่ 16 มีนาคม 2561)

“คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมคำเดียวไม่ได้ ต้องสุขภาพที่ดี มีการทำงาน มีความมั่นคง สุขภาพประกอบด้วย สุขภาพกายต้องดี ไม่มีบาดแผล ไม่เป็นโรค สุขภาพจิตต้องดี ไม่เป็นคนบ้า ...”

(สัมภาษณ์ นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช, เมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2561)

“... ไม่มีภาวะเจ็บป่วยจนต้องมีคนมาคอยดูแล อยู่ในสภาพที่จิตใจ สบายไม่เป็นทุกข์เป็นร้อน เป็นปัจจัยจากตัวเค้าเองที่มองโลก การมองโลกแบบไม่รู้จักพอเพียง แบบยังมีความวิตกกังวลกับเรื่องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น มีจิตใจที่ตัดไม่ขาด”

(สัมภาษณ์ ศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล, เมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2561)

ทั้งนี้ ไม่สามารถกล่าวได้ว่า ระหว่างร่างกายและจิตใจนั้น สิ่งใดมีผลกระทบต่อการมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมากกว่ากัน หากแต่ทั้งสองมิตินั้น สอดประสานกันโดยไม่สามารถแยกเรื่องใดเรื่องหนึ่งออกจากกันได้ การรับรู้สมรรถนะทางด้านร่างกาย ไม่เจ็บไม่ป่วย ดูแลตนเอง และความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลโดยตรงต่อการรับรู้ความรู้สึกทางใจเชิงบวก ในทางกลับกันการมีสภาวะจิตใจที่ดีส่งผลต่อการรับรู้ เกิดความเข้าใจต่อตนเอง แม้จะมีสภาพร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ก็ตาม ยังมีปัจจัยในเรื่องปัจเจก การมองโลก จิตปัญญา (spiritual) รู้ดีชั่วควรไม่ควร การให้ความหมายต่อสภาพร่างกาย สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นกรอบที่กำหนดความหมายคุณภาพชีวิตด้วยเช่นกัน

1.3 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุคือ การมีปฏิสัมพันธ์และกิจกรรมทางสังคม ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของการมีชีวิต

อธิบายได้ว่า การรับรู้ตนเองหรืออัตมโนทัศน์ จะเป็นตัวกำหนดคุณค่าของการมีชีวิต ผ่านการปฏิสัมพันธ์และกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ และสิ่งนี้เอง คือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ขยายความได้ว่า การมีปฏิสัมพันธ์ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลและสังคม ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ตนเองและสร้างตัวตน ขึ้นมา การรับรู้ตัวตนได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ตนเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม (เป็นผู้ให้) ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง เห็นคุณค่าของการมีชีวิต และอยากดำเนินชีวิตที่มีประโยชน์แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคม ใช้ศักยภาพในตัวเองที่สั่งสมมาหยิบยื่นให้สังคม และไม่ต้องการเป็นภาระของผู้อื่น เหล่านี้ล้วนเป็นกระบวนการทางสังคมที่สร้างคุณค่าให้ผู้สูงอายุมองเห็นคุณค่าในตนเอง หล่อหลอมให้เกิดเป็นคุณภาพชีวิต ตามการรับรู้แห่งตน เหล่านี้ปรากฏในตัวอย่างของบทสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออกมา ดังนี้

“ถ้าเรา *active* ก็โอเคไม่เก็บตัว ไม่อะไร หรือไ้การที่เรายัง *productive* อยู่เนี่ย ก็เรียกว่ายังมี *participation* ... สร้างคลังสมองของชาติ ให้พยายามดึงผู้สูงอายุต่าง ๆ ให้มี *contribution* ทางสังคม หรือ *participation* ต่าง ๆ อย่างเช่น เวลาในงานสงกรานต์ก็เชิญผู้สูงอายุมานั่งให้คนเค้านั่งมานั่งเป็นผู้ใหญ่ ให้เด็ก ๆ เค้า บางทีไปนั่งในอยู่ในพิธีอะไรสักอย่าง ถือว่าโอเคให้มีผู้อาวุโสอยู่ อย่างเนี่ย ให้มี *participation*”

(สัมภาษณ์ ศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล, เมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2561)

“ให้ออกกำลังกายคนเดียวก็ไม่สนุกแล้ว ถ้าเกิดมารวมกลุ่มกัน นัดเนะกัน เป็นชมรม ... สนุกแล้ว ต้องนัดแล้ว จะออกก็ตะโกนเรียก... ไปรึยัง?”

(สัมภาษณ์ นางธิดา ศรีไพพรรณ์, เมื่อวันที่ 11 เมษายน 2561)

“กิจกรรมในเชิงสังคม เล่นหมากรุก หมากรุก ร้องเพลงในห้องคาราโอเกะ ตัว *Social Participation* มันจะต้องมี คล้าย ๆ กับ *Innovation* กับสังคม ลักษณะของ *Organization Management* หรือ *Human Resource* แล้วก็คิด *Service* ขึ้นมา ที่รองรับผู้สูงอายุ แล้วก็เปลี่ยนได้ เพราะว่าผู้สูงอายุยังเปลี่ยนรุ่นไปเรื่อย ... การออกสู่สังคมไม่ใช่แค่ไปดู ไปเที่ยว แต่ทำอะไรบางอย่างเพื่อชุมชน เพื่อสังคม เพราะยังมีแรงอยู่ ... ไปเปิดหูเปิดตา มีปฏิสัมพันธ์กับคน หรือว่าอาจจะบอกว่าไปทำงานอาสาสมัคร ช่วยเหลือสังคม”

(สัมภาษณ์ ศาสตราจารย์ ดร.วราวุธ สุวรรณระดา, เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2561)

“ออกจากบ้าน ไปวัด ไปหาเพื่อนที่ไหน ไปที่ไหน คือ การออกสู่สังคม การออกไปร่วมกิจกรรม การมีมนุษยสัมพันธ์กับคนอื่น การไปทำกิจกรรม ไปทำประโยชน์ให้กับคนอื่นเพื่อส่วนรวม พวกนี้คือกิจกรรมที่จะช่วยให้เขาเห็นคุณค่าของตัวเอง ... ผู้สูงอายุต้องมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และสามารถที่จะยังคงทำกิจกรรมได้ มีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง เอื้อต่อการใช้ชีวิตประจำวันได้ เช่น เรื่องความปลอดภัย เรื่องความแข็งแรง เรื่องการอำนวยความสะดวก”

“...การมีมนุษยสัมพันธ์กับคนอื่น การไปทำกิจกรรม ไปทำประโยชน์ให้กับคนอื่นเพื่อส่วนรวม พวกนี้คือกิจกรรมที่จะช่วยให้เขาเห็นคุณค่าของตัวเอง ... การทำกิจกรรมให้เกิดประโยชน์ต่อตัวผู้สูงอายุ ต่อครอบครัว ต่อสังคม เช่น การไปเป็นอาสาสมัคร การเข้าร่วมกิจกรรม หรือการไปบำเพ็ญประโยชน์ ทำอาชีพในครัวเรือน สร้างรายได้ทางอื่น หรือเข้าร่วมกิจกรรมอาสาสมัคร...”

(สัมภาษณ์ รองศาสตราจารย์ เล็ก สมบัติ, เมื่อวันที่ 14 มีนาคม 2561)

“กระตุ้นให้มี socialization อย่าให้เกิด isolation ของผู้สูงอายุ ถ้าขาด interaction เพราะ once ที่เขา isolate จากสังคม สมอมนั้นไปเลย...”

“... เช่น เขาไปช้อปปิ้ง เขาไปแล้วเขามีสังคม มีเพื่อน ไปกิน ไปซื้ออาหารกลับบ้านกัน model ลักษณะให้เกิด community ของผู้สูงอายุ”

(สัมภาษณ์ แพทย์หญิงนาง พงษ์สมุทร, เมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2561)

“ผู้สูงอายุก็เป็นสัตว์สังคม มีความเหงาเหมือนกัน อยู่คนเดียว คิดอะไรไปเรื่อยเปื่อย”

(สัมภาษณ์ รองศาสตราจารย์ ดร. อาชัญญา รัตนอุบล, เมื่อวันที่ 16 มีนาคม 2561)

“ธนาคารความดี ก็เป็นอาสาสมัคร ไปดูแลผู้สูงอายุ ไปซดลอกคลอง แล้วแต่เขาจะทำในชุมชน เขาก็จะมีสมุดเล็ก ๆ แล้วก็มีหัวหน้ากลุ่มหรือผู้นำชุมชน เข็นรับรองว่าคุณไปทำจริงในกลุ่มรวมกันเอาไปแลกของ เป็นแพ็คสบู่ แปรงสีฟัน ยาสีฟัน เหมือนสมุดธนาคาร”

(สัมภาษณ์ ศาสตราจารย์ ดร.วราวุธ สุวรรณระดา, เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2561)

“... ทำได้ง่าย ๆ มี 4 อย่าง กระชับมิตร พิชิตอุปสรรค รู้จักพอ เียนยอนตนเอง แล้วมันคืออะไรบ้าง ...1. กระชับมิตร มีพรรคพวกเพื่อนฝูง ถ้าพรรคพวกเพื่อนฝูงไม่มีนะ โอ๊ยตายยยยย...”

(สัมภาษณ์ นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช, เมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2561)

1.4 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุคือ การได้เข้าร่วมและเข้าถึง สภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมที่เหมาะสม รวมถึงสังคมเสมือน

อธิบายได้ว่า การรับรู้ว่าได้อยู่ ได้เป็นส่วนหนึ่ง ได้ใช้ประโยชน์จากสถานที่ทั้งภายในบ้าน นอกบ้าน และสถานที่ในสังคมเสมือนที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต อยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง การคมนาคมรวมถึงมีสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่ถูกออกแบบมาให้รองรับข้อจำกัดทางกายภาพของผู้สูงอายุ การรับรู้ที่สามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ที่สามารถเข้าถึงข่าวสาร แหล่งเรียนรู้ ผ่านสื่อในรูปแบบต่าง ๆ รวมทั้งการได้มีตัวตน ได้เข้าถึงและเข้าร่วมกับผู้อื่น เป็นส่วนหนึ่งในสังคมในโลกและสังคมเสมือนด้วย อีกทั้งยังเข้าถึงโอกาสสามารถฝึกฝนทักษะต่าง ๆ จากสถาบันหรือสถานบริการทางสังคม เช่น วัด โรงพยาบาล โรงเรียนผู้สูงอายุ ได้รับกิจกรรมนันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่างตามความต้องการของตน เป็นต้น เหล่านี้ปรากฏในตัวอย่างบางช่วงของบทสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออกมา ดังนี้

“ดัดแปลงบ้านเขา ทำ ageing-in-place ให้ดี ๆ บ้านสมัยใหม่ เขาก็ออกแบบเป็น Universal Design ย้ายห้องนอนลงมาอยู่ข้างล่าง ห้องน้ำติดราวจับเพิ่ม แสงไฟสว่างปรับให้เหมาะสม พื้นอย่าให้ลื่น เดิม ramp หน้าบ้าน”

(สัมภาษณ์ แพทย์หญิงนาฏ พองสมุทร, เมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2561)

“ปรับสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ให้เอื้อต่อการเป็นตัวของตัวเองหรือแก่คนได้ เช่น ถนนหนทาง ระบบบริการขนส่งสาธารณะ อาคารสถานที่ต่าง ๆ เรียก universal design จะช่วยให้คนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ อันนี้ไม่ใช่ปัจจัยจากภายในพฤติกรรม แต่เป็นปัจจัยจากภายนอก จากสิ่งแวดล้อม...”

“...สิ่งแวดล้อมเนี่ยก็มีส่วนอย่างมาก สมมุติว่าการคมนาคมขนส่ง รถต่าง ๆ สามารถที่จะให้คนพิการหรือผู้สูงอายุขึ้นไปได้อย่างสะดวก ก็จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น

ยกระดับขึ้นมา เขาจะไปไหนเค้าก็บอกว่าดีเว้ย ก็สุขภาพสบายใจเหมือนกัน จะไปไหนได้โดยที่เรา
ได้ดูตัวเอง”

(สัมภาษณ์ ศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล, เมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2561)

“สิ่งแวดล้อมที่ดี... ต้องการอากาศที่ดี ให้ความสุขกับคนได้ทางด้านกายภาพ กลุ่ม
คนในสังคมที่ดี เพื่อนบ้าน เพื่อน ครอบครัว ลูก หลาน”

(สัมภาษณ์ รองศาสตราจารย์ ดร. วิฑูรย์ เหลียวรุ่งเรือง, เมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2561)

“Wheel chair ไปได้แค่ไหนถ้าลานบ้านมันเป็นอย่างนั้น นั่นคือสภาพแวดล้อม เราก็
ให้เขาเลือก เรียงลำดับความสำคัญมา”...

(สัมภาษณ์ ศาสตราจารย์ ดร.วราวุธ สุวรรณระดา, เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2561)

นอกจาก สภาพแวดล้อมทางกายภาพและสภาพสังคมเสมือน (cyberspace) จะมี
ผลต่อการใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพของผู้สูงอายุแล้ว สภาพแวดล้อมทางสังคมก็มีความสำคัญด้วย
ไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน เช่น การจัดบริการจากภาครัฐ เอกชน และอาสาสมัคร ถือได้ว่าการเข้าร่วม
กิจกรรมและการเข้าถึง (access) ในสภาพแวดล้อมทางสังคมนี้ นับเป็นความหมายของคุณภาพ
ชีวิตของผู้สูงอายุเช่นกัน เหล่านี้ปรากฏในตัวอย่างบางช่วงของบทสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้ให้ข้อมูล
แสดงออกมา ดังนี้

“...ใช้เป็นที่กลางของชุมชน ที่ทุกคนมาได้สะดวก อาจจะเป็นวัด หรือโรงเรียน ที่ทาง
ชุมชนเขาจัดให้”...

“...ครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน geographically ที่อยู่ใกล้ ... cyberspace เพราะ
contact มันข้ามเรื่องพื้นที่ เศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ สภาพแวดล้อม มัน vary ไปตามบุคคล”

“เครื่องมือเข้ามาช่วยเสริม เบี้ยยังชีพ เรื่องระบบบำนาญบำนาญ การส่งเสริมการ
ทำงานผู้สูงอายุ ลงทุนกับ Infrastructure รัฐอาจจะจัด facility ให้ แต่กิจกรรมในนั้นทั้งหมด
อาจจะเป็นรัฐทำบ้าง เอกชนทำบ้าง volunteer ทำบ้าง”

(สัมภาษณ์ ศาสตราจารย์ ดร.วราวุธ สุวรรณระดา, เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2561)

“โรงเรียนผู้สูงอายุ day-care เพราะ ผู้สูงอายุต้องการความรู้ ต้องการเท่าทัน
เทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลง ต้องการพื้นที่ที่เป็นส่วนกลางที่มีกิจกรรมต่าง ๆ คือมันจะต้องไหลเลื่อน

เปลี่ยนแปลงไปตามความต้องการของสังคม มีพื้นที่ที่เราสามารถมาเจอกันมารวมกันได้ ศูนย์หรือชมรมผู้สูงอายุ รัฐท้องถิ่นต้องเตรียมให้ มีโรงพยาบาลที่ดี การเข้าถึงพยาบาล การเข้าถึงสาธารณสุขไปโรค”

(สัมภาษณ์ รองศาสตราจารย์ ดร. วิฑูรย์ เหลียวรุ่งเรือง, เมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2561)

“หลักสูตรต่าง ๆ ของโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุควรจะรู้ เกี่ยวกับสุขภาพโรคต่าง ๆ การใช้ยา อันนี้ผู้สูงอายุต้องรู้ จำเป็นเลย แล้วก็ควรจะให้เราออกความเห็นด้วยว่า กลุ่มนี้เขาสนใจอะไร เขาอยากรู้อะไร ก็ต้องจัดให้เขา ดึงดูดความสนใจ เขาจะได้อยากไปโรงเรียน”

(สัมภาษณ์ นางธิดา ศรีไพพรรณ์, เมื่อวันที่ 11 เมษายน 2561, เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2561)

สรุปได้ว่า ความหมายของคำว่า “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ” และมิติต่าง ๆ หรือองค์ประกอบ ไม่สามารถแยกจากกันได้อย่างสิ้นเชิง กล่าวคือ ในการอธิบายความหมายนั้นจะกล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไปพร้อม ๆ กัน ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นการรับรู้ต่อสถานะในชีวิตของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและความหมายของระบบสังคมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ ผันแปรไปตามบริบท ทั้งยังสัมพันธ์กับเป้าหมายเชิงปัจเจก มาตรฐานของสังคมและสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และสามารถจัดกลุ่มความหมายได้ทั้งหมด 4 กลุ่มดังที่ได้อธิบายไว้ข้างต้น

2. ปัจจัยสาเหตุและเงื่อนไขที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

พบว่า ปัจจัยสาเหตุและเงื่อนไขของการมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีลักษณะเช่นเดียวกันกับการนิยามความหมายและองค์ประกอบ กล่าวคือ เป็นพลวัตที่เปลี่ยนแปลงไปตามบริบทของสังคม ยุคสมัย สภาพแวดล้อม และความเป็นปัจเจก ทั้งภูมิหลังและความต้องการที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ การเติบโตและดำรงอยู่ในสังคมที่มีเงื่อนไขแตกต่างกัน ทำให้การมองโลกของแต่ละบุคคลต่อคุณภาพชีวิตแตกต่างกันไปด้วย อย่างไรก็ตาม ปัจจัยสำคัญพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนหรือแม้แต่ผู้สูงอายุต้องการ คือ ปัจจัยสี่ สุขภาวะ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตปัญญาที่เชื่อมโยงซึ่งกันและกันอย่างแบ่งแยกมิได้ การขาดปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งย่อมส่งผลต่อความสมดุลในปัจจัยอื่น ๆ

2.1 ปัจจัยภายใน: การควบคุมคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม

หมายถึง ปัจจัยที่มาจากการเลือกที่จะทำหรือที่จะเป็น เพื่อการสร้างสมดุลของกายใจ สังคม จิตปัญญาซึ่งปัจจัยเหล่านี้ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เกิดจากการวางแผนระยะยาว และการสั่งสมความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ภายใต้สิ่งแวดล้อมทางสังคมและกายภาพที่ทำให้รู้สึกปลอดภัย

2.1.1 การเตรียมตัวและวางแผนตลอดชีวิต

จากการวิเคราะห์และตีความข้อมูลที่ได้จากผู้รู้และผู้เป็นทั้ง 2 กลุ่ม ต่างให้ความเห็นเป็นไปในทางเดียวกัน กล่าวคือ ในช่วงสูงวัยเป็นดังผลลัพธ์ของการเตรียมการ การปฏิบัติหน้าที่สั่งสมมาตลอดทั้งชีวิตที่ผ่านมา มีความแตกต่างกันตามแต่ละปัจเจกบุคคล ขึ้นอยู่กับทั้งภูมิหลัง สิ่งแวดล้อม และโลกทัศน์ ซึ่งต้องอาศัยระยะเวลาและวินัยในตนเองมาตลอดทั้งชีวิต มิใช่เริ่มเตรียมตัวเมื่อเข้าสู่ช่วงสูงวัยแล้ว ไม่ว่าจะเป็นเรื่องสุขภาพกาย ใจ การสร้างสุขนิสัย การเข้าสังคม การรู้จักผิดชอบชั่วดี เฉลียวฉลาดเท่าทัน ซึ่งต้องสั่งสมทั้งความรู้และทักษะเพื่อให้เกิดสิ่งเหล่านี้ นอกจากนี้ การประหยัด มัธยัสถ์ การลงทุน การจัดการการเงิน เป็นการเตรียมตัวและวางแผนเพื่อสร้างหลักประกันในชีวิตจวบจนเข้าสู่ช่วงสูงวัย เหล่านี้ปรากฏในตัวอย่างของบทสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้ให้ข้อมูลสดออกมา ดังนี้

“ช่วงปลาย ๆ ของ *life course* ของชีวิต เป็น *result* ของการเตรียมการอะไรต่าง ๆ ในช่วงชีวิตตลอดมา การปลอดโรคมั่นก็ทำให้เรา *independent* ได้ ก็ต้องดูแลมาตลอด *life course* เราต้องสร้างความตระหนักและตระหนัก”

“... ควบคุมทางด้าน *lifestyle* ควบคุมทางการออม แก่อย่างมีคุณภาพ *spiritual* ต้องได้”

(สัมภาษณ์ แพทย์หญิงนาฏ พองสมุทร, เมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2561)

“...เตรียม *living will* ไว้แล้ว ทำไว้หมดทุกอย่างแล้ว ต้องประหยัด จะสุรุ่ยสุร่ายก็ไม่ได้แล้ว ทำให้คุณภาพชีวิตไม่ค่อยดี ผมสบาย ผมจัดการเรื่องสินทรัพย์ของผมเรียบร้อยแล้ว มีพร้อมแล้ว ไม่ต้องห่วงแล้ว”

“...ทำไมถึงต้อง...เตรียมตัวดี โรคภัยหายสูญ สมองตรองคิดเพิ่มพูน ใญ่บุญมากด้วยปัญญา...”

(สัมภาษณ์ นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช, เมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2561)

“คำว่า *life course* เส้นทางชีวิต คือทุกอย่าง คุณภาพชีวิตของคนเรา ต้องทำมาตลอดเส้นทางชีวิต อย่าง *health* ก็ต้องดูแลกันมาตลอด ตั้งแต่เด็กอยู่ในท้อง เกิดมา พฤติกรรมเริ่มมาตั้งแต่เด็ก ๆ ตั้งแต่ยังหนุ่มสาว การออกกำลังกาย ไม่ใช่ว่าอายุมาก สร้างนิสัยตั้งแต่เด็ก ๆ พฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ กินเหล้าสูบบุหรี่”

“... ต้องรู้จักออม รู้จักการมีพฤติกรรมมัธยัสถ์ การประหยัด มัธยัสถ์ รู้จักพอเพียง ไม่ใช่ว่าหนุ่มสาว ๆ ใช้เงินกันไป ไม่มีนิสัยในการเก็บ ไม่มีการวางแผนอนาคต *life course approach* ก็คือ ตลอดเส้นทางชีวิตของคนแต่ละบุคคล”

(สัมภาษณ์ ศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล, เมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2561)

“การออม ลงทุน ขึ้นอยู่กับวินัยในอดีตของท่าน ความรู้ทางการเงินในอดีต”

“...ปัจจุบันเราบริหารจัดการเงินได้อย่างมีเหตุมีผล มีประสิทธิภาพ เกิดดอกออกผลมาใช้พอตอนแก่ไหม? ณ ตอนที่เราเลือกได้ สมมติว่าเราแก่ตัวไป แล้วเวลาทำงานเราไม่ได้ยาก ก็ต้องถามว่าอะไรคือ *best* ที่สุด ผมว่ามันก็คือ *choice* เดิม เพราะว่า *choice* ใหม่ มันก็มีความเสี่ยง วิธีมันไม่ใช่การออม แต่มันคือเรื่องการบริหารจัดการ...”

(สัมภาษณ์ ศาสตราจารย์ ดร.วรเวศม์ สุวรรณระดา, เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2561)

ข้อสังเกตหนึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้เป็นหรือผู้สูงวัยอย่างมีพลัง ซึ่งเป็นผู้มีความรู้แบบฝังลึก ทำให้ทราบถึงตัวแบบที่ดีในการเตรียมตัว และการวางแผนตลอดชีวิตที่มีประสิทธิภาพ ดังจะเห็นได้จากสภาพประจักษ์ของตัวท่านเองในปัจจุบัน

2.1.2 การรักษาสุขภาพกาย ใจ และจิตปัญญา

จากที่ว่าสุขภาพกายและสุขภาพจิตนั้นมีความเชื่อมโยงถึงกัน ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ดังนั้นการรักษาสุขภาพกาย ใจ และจิตปัญญา ให้อยู่ในสภาวะความสมดุลระหว่างปัจจัยทั้งสี่นี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจิตปัญญา ซึ่งหมายถึง การรู้จักแยกแยะ รู้ดีชั่ว อะไรควรไม่ควร เฉลียวฉลาด รู้เท่าทัน เข้าใจความจริงแห่งชีวิตและสรรพสิ่ง จนเกิดความรู้รอบรู้ รู้ถึงความเปลี่ยนแปลง และรู้ถึงความต้องการของตนที่จะเปลี่ยนแปลง ที่จะทำให้อ自己有มีความสุข อันเกิดมาจากสิ่งที่บุคคลยึดมั่น เคารพและปฏิบัติในสิ่งที่ดีงาม ทั้งนี้สภาวะทางจิตปัญญาจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลหลุดพ้นจากตัวเอง (*self-transcendence*) อย่างไรก็ตามก็ดีสมดุลดังกล่าวนี้ยังขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม และความเป็นปัจเจกของแต่ละบุคคล รวมทั้งภูมิหลังและความต้องการที่แตกต่างกันอันจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่มี “ระดับ” แตกต่างกันได้ เหล่านี้ปรากฏในตัวอย่างของบทสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออกมา ดังนี้

“... เป็นเกณฑ์ ถ้าใครอยู่ดีกินดีหรือสุขภาพสบายใจ ก็แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี”

“...คนที่อยู่ดี กินดี คนที่มีความสุขนะ คนที่มีความสุข สุขก็คือสุขทั้งกายและใจ สุขกายคือ ไม่เจ็บไม่ป่วย สุขใจคือใจเราสบาย ไม่มีความทุกข์

“... บางคนที่เคยมีคุณภาพชีวิตที่ดีเลิศ ไม่เจ็บไม่ไข้ มีจิตใจที่สบาย ทุกอย่างนับว่าดีเลิศ แต่บางคนก็ร่างกายเจ็บป่วยออก ๆ แอด ๆ มีโรคภัย มีโรคเรื้อรัง มีโรคประจำตัว แล้วจิตใจก็ห่อเหี่ยว เศร้าหมองห่อเหี่ยว ก็ถือว่าสุขภาพชีวิต องค์ประกอบต่าง ๆ มันแย่ คุณภาพชีวิตก็ต่ำหน่อย”

(สัมภาษณ์ ศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล, เมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2561)

“ความสุขมันมาทั้งกายใจ”

“...สุขภาพกายดีแต่จิตใจคับแคบ ไม่อยากทำอะไร มันก็จะใช้ชีวิตได้อย่างไม่มีความสุข”

(สัมภาษณ์ รองศาสตราจารย์ ดร. อาชัญญา รัตนอุบล, เมื่อวันที่ 16 มีนาคม 2561)

“การดำรงชีวิต ทั้งร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน geographically ที่อยู่ใกล้ cyberspace เพราะ contact มันข้ามเรื่องพื้นที่ เศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ สภาพแวดล้อม มัน vary ไปตามบุคคล”

(สัมภาษณ์ ศาสตราจารย์ ดร.วราวุธ สุวรรณระดา, เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2561)

“มันเป็นเรื่องประสบการณ์ของเขา เช่น เขารู้แล้วว่าเขากินเนื้อไม่ได้ ต้องเริ่มกินอาหารอ่อน อาจจะกินปลาหรือกินเนื้อไก่ ปรากฏว่าค่าแก๊ตขึ้น ปวดข้อปวดกระดูก ต่อไปต้องไม่กินไก่ เพราะฉะนั้น ต้องเป็นคนที่รู้จักร่างกายตัวเอง รู้จักสุขภาพของตัวเอง

“... รู้จักตัวเอง เช่น ถ้าฉันฟังเพลงนี้คนเดียว ฉันคงนั่งร้องไห้ เพราะว่ามัน depressed คู่ครองตาย แสดงว่าพอได้ยิน ต้องพยายามไม่คิดถึงแล้ว ไปทำอย่างอื่น ต้องรู้จักทั้งร่างกายและจิตใจของตัวเอง”

(สัมภาษณ์ รองศาสตราจารย์ ดร. อาชัญญา รัตนอุบล, เมื่อวันที่ 16 มีนาคม 2561)

“...ตนเป็นที่พึ่งแห่งตน ดำเนินสายกลาง ทุกข์ สาเหตุแห่งทุกข์ เป้าหมายของการขจัดทุกข์ และวิธีการออกจากทุกข์

“...ผู้สูงอายุจะต้องเรียนรู้ตลอด ต้องเรียนรู้ตลอดชีวิต สุขภาพจิต ปัญญา ที่มาจากภาษาอังกฤษว่า *spiritual health*”

(สัมภาษณ์ นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช, เมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2561)

2.1.3 การสร้างความมั่นคง และปลอดภัย

การสร้างความมั่นคง และปลอดภัย ในที่นี้ครอบคลุมทั้งความปลอดภัยทางกายภาพและจิตใจซึ่งเกิดมาจากการมีหลักประกันหรือมั่นคงทางเศรษฐกิจ เพราะจะทำให้ไม่เกิดความวิตกกังวล ครอบคลุมต่อทั้งกายใจ ผู้รู้ได้ตั้งข้อสังเกตว่า โดยเฉพาะสังคมเมืองที่มีความซับซ้อน ค่าครองชีพ และค่าใช้จ่ายมากกว่าชนบท ผู้นำนักทางด้านการเงินจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง การมีหลักประกันเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กลมกลืนกับการเตรียมความพร้อม การวางแผนและการจัดการทางการเงิน เหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและมีความสุข ในส่วนนี้เป็นการสังเคราะห์มาจากการถอดบทเรียนและประสบการณ์ของผู้รู้และผู้เป็น ซึ่งปรากฏในตัวอย่างบางช่วงของบทสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออกมา ดังนี้

“จิตใจเป็นอิสระ อยากจะใช้เงินก็ได้ใช้”

(สัมภาษณ์ รองศาสตราจารย์ ดร. อาชัญญา รัตนอุบล, เมื่อวันที่ 16 มีนาคม 2561)

“ผู้สูงอายุอาจจะให้น้ำหนักกับบางเรื่องมากกว่าคนธรรมดาเช่น ความเหงา สุขภาพ เศรษฐกิจ...ชีวิตเขาดีขึ้น เพราะทำให้ปัจจัยด้านเศรษฐกิจเขาดีขึ้น”

(สัมภาษณ์ ศาสตราจารย์ ดร.วราวุธ สุวรรณระดา, เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2561)

“ผู้สูงอายุต้องมี...มีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง เชื้อต่อการใช้ชีวิตประจำวันได้ เช่น เรื่องความปลอดภัย เรื่องความแข็งแรง เรื่องการอำนวยความสะดวก... security มีได้หลายอย่างนะ security ทางด้านการเงินการทอง มีหนี้สินมัย หรือความรู้สึกลดภัย ก็เป็น *second security* เหมือนกัน”

(สัมภาษณ์ รองศาสตราจารย์ เล็ก สมบัติ, เมื่อวันที่ 14 มีนาคม 2561)

“สังคมเปลี่ยนไป สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป คุณภาพชีวิตที่ดีถูกกำหนดด้วยเรื่องรายได้ เรื่องเงิน เรื่องเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายมากกว่า...”

(สัมภาษณ์ รองศาสตราจารย์ ดร. วิฑูรย์ เหลียวรุ่งเรือง, เมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2561)

“...รายได้มากกว่ารายจ่าย คือเหลือเก็บออม เพื่อทำให้เกิดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ”

(สัมภาษณ์ นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช, เมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2561)

2.2 ปัจจัยภายนอก: การสร้างเสริมระบบนิเวทางสังคมและวัฒนธรรม

ในส่วนนี้เป็นปัจจัยและเงื่อนไขจากภายนอก ซึ่งหมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างที่เป็นนามธรรมและรูปธรรมที่ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ให้คุณค่า ค่านิยม ทั้งเป็นผู้ถูกกระทำและได้กระทำต่อสภาพแวดล้อมของตนเพื่อก่อให้เกิดคุณภาพชีวิต จึงเป็นการจัดการความสัมพันธ์กันระหว่างตัวผู้สูงอายุเอง กับครอบครัวชุมชน สังคม หรือระบบนิเวศ ทั้งโลกจริงและโลกเสมือน ทั้งตนเอง ชุมชน และสังคมที่เขาอาศัยอยู่

2.2.1 การมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ชุมชน สังคม

จากการวิเคราะห์และตีความข้อมูลที่ได้จากผู้รู้และผู้เป็นทั้ง 2 กลุ่ม สังเคราะห์ได้ว่า เป็นการจัดการความสัมพันธ์กันระหว่างตัวผู้สูงอายุเองกับผู้อื่น ซึ่งเป็นผลลัพธ์จากการรับรู้ของผู้สูงอายุ 2 ลักษณะ คือ 1) เจตคติของตนเองต่อผู้อื่น คือ การเปิดใจต่อการออกไปหาผู้อื่น ไม่ว่าจะครอบครัวหรือผู้อื่น ไม่ถือทิฐิว่าผู้อื่นต้องเข้าหาตนเองก่อน และ 2) การรับรู้เจตคติที่ผู้อื่นมีต่อตนเอง ทั้งครอบครัว ลูกหลาน เพื่อน เพื่อนบ้าน เพื่อนในสังคมเสมือน และชุมชนให้การยอมรับนับถือ สามารถทำให้ผู้สูงอายุ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความภาคภูมิใจในตนเอง และมีประโยชน์กับสังคม ทั้งนี้การรับรู้ทั้ง 2 ลักษณะหากได้รับการสร้างเสริม สนับสนุนจะผลักดันให้เกิดคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ เหล่านี้ปรากฏในตัวอย่างบางช่วงของบทสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออกมา ดังนี้

“เขาไปช๊อชิ่ง เขาไปแล้วเขามีสังคม มีเพื่อน ไปกิน ไปซื้ออาหารกลับบ้านกัน model ลักษณะให้เกิด community ของผู้สูงอายุ”

(สัมภาษณ์ แพทย์หญิงนาฏ พองสมุทร, เมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2561)

“สร้างคลังสมองของชาติ ให้พยายามดึงผู้สูงอายุต่าง ๆ ให้มี contribution ทางสังคม หรือ participation ต่าง ๆ อย่างเช่น เวลาทีมงานสงกรานต์ก็เชิญผู้สูงอายุ มานั่งให้คนเค้านั่งน้ำ มานั่งเป็นผู้ใหญ่ ให้เด็ก ๆ เค้า บางทีไปนั่งในอยู่ในพิธีอะไรสักอย่าง ถือว่า โอเคให้มีผู้อาวุโสอยู่ อย่างเนี้ย”

(สัมภาษณ์ ศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล, เมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2561)

“ส่งเสริมสนับสนุนได้ โดยต้องถึนกับชุมชนนะ มีผู้นำ และการรวมตัวกันเป็น
ชมรมเพื่อจัดกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งมิติต่าง ๆ ที่บอกว่ามันจะส่งเสริมคุณภาพชีวิต....”

(สัมภาษณ์ นางธิดา ศรีโพพรรณ, เมื่อวันที่ 11 เมษายน 2561)

“family-care empower ครอบครัว community-base เกื้อหนุนครอบครัว ดึง
เอาผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมหรือทำให้เกิดการดูแลร่วมกันในชุมชน ... สร้างจิตอาสาขึ้นในกลุ่มคน
วัยทอง ปัจจัยเงื่อนไขที่จะทำให้ผู้สูงอายุเขามีความสุข เราพูดคุย ๆ ว่าการมีคุณภาพชีวิต ก็คือ มี
ความสุข มันอาจจะไม่ครบทุกด้าน แต่เขาพอใจแล้ว เขาสุขแล้ว”

(สัมภาษณ์ รองศาสตราจารย์ เล็ก สมบัติ, เมื่อวันที่ 14 มีนาคม 2561)

“ตัว social participation มันจะต้องมี คล้าย ๆ กับ innovation กับสังคม
... ที่รองรับผู้สูงอายุ แล้วก็เปลี่ยนได้ เพราะว่าผู้สูงอายุยังเปลี่ยนร่นไปเรื่อย”

(สัมภาษณ์ ศาสตราจารย์ ดร.วรงค์ สุวรรณระดา, เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2561)

2.2.2 การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีสิ่งอำนวยความสะดวก

เป็นปัจจัยและเงื่อนไขภายนอก สภาพแวดล้อมในที่นี้ มีทั้งระดับครอบครัว และ
ระดับชุมชน จำแนกได้ทั้งทางกายภาพ ภายในบ้าน เช่น ห้องน้ำ ห้องนอน ราวจำ นอกบ้าน ได้แก่
พื้นลาด ลิฟต์ บันไดรถเข็นทางเท้า เป็นต้น และทางสังคม เปิดโอกาสการเข้าถึง ตั้งแต่การมี
นโยบายไปสู่การนำไปปฏิบัติ การดูแล สนับสนุน ส่งเสริมการบริการต่าง ๆ ของหน่วยงาน สถาน
บริการทั้งภาครัฐและเอกชน ปัจจัยเหล่านี้ลดความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุโดยไม่จำเป็น อำนวยความสะดวก
สะดวกโดยตรงทางกาย และส่งผลสัมพันธ์กับทางใจ เหตุเพราะผู้สูงอายุสามารถดำเนินกิจกรรมใน
ชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างปลอดภัย ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (autonomous) ก่อให้เกิดความเป็น
อิสระ ยิ่งไปกว่านี้การนำเทคโนโลยีสมัยใหม่ ยังสามารถส่งเสริมกิจกรรมต่าง ๆ ให้มีประสิทธิภาพ
มากยิ่งขึ้น ทั้งยังตอบสนองความต้องการการเรียนรู้เพื่อให้เท่าทันต่อโลกปัจจุบัน ทั้งหมดนี้เป็น
ปัจจัยที่ยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เหล่านี้ปรากฏในตัวอย่างของบทสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้ให้
ข้อมูลแสดงออกมา ดังนี้

“การจัดระเบียบภายในบ้านให้มันเอื้อกับการใช้ชีวิตในยามสูงวัย”

(สัมภาษณ์ ศาสตราจารย์ ดร.วรงค์ สุวรรณระดา, เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2561)

“ดัดแปลงบ้านเขา ทำ ageing-in-place ให้ดี ๆ บ้านสมัยใหม่ เขาก็ออกแบบ เป็น universal design ...”

“...ย้ายห้องนอนลงมาอยู่ข้างล่าง ห้องน้ำติดราวจับเพิ่ม แสงไฟสว่างปรับให้เหมาะสม พื้นอย่าให้ลื่น เดิม ramp หน้าบ้าน...”

“...หา tools มาช่วย นาฬิกา track ติดตามตัว”

(สัมภาษณ์ แพทย์หญิงนาฏ พองสมุทร, เมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2561)

“สิ่งแวดล้อมที่ดี ต้องการอากาศที่ดี ให้ความสุขกับคนได้ทางด้านกายภาพ มีโรงพยาบาลที่ดี การเข้าถึงพยาบาล การเข้าถึงสาธารณูปโภค ...”

“...มีพื้นที่ที่เขาสามารถมาเจอกันมารวมกันได้ ศูนย์หรือชมรมผู้สูงอายุ รัฐท้องถิ่นต้องเตรียมให้...”

“...โรงเรียนผู้สูงอายุ day-care เพราะ ผู้สูงอายุต้องการความรู้ ต้องการเท่าทันเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลง ต้องการพื้นที่ที่เป็นส่วนกลางที่มีกิจกรรมต่าง ๆ คือมันจะต้องไหลเลื่อนเปลี่ยนแปลงไปตามความต้องการของสังคม”

(สัมภาษณ์ รองศาสตราจารย์ ดร. วิฑูรย์ เหลียวรุ่งเรือง, เมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2561)

“...เป็นที่กลางของชุมชน ที่ทุกคนมาได้สะดวก อาจจะเป็นวัด หรือโรงเรียน ที่ทางชุมชนเขาจัดให้...”

(สัมภาษณ์ นางธิดา ศรีไพพรรณ์, เมื่อวันที่ 11 เมษายน 2561)

“ปรับสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ให้เอื้อต่อการเป็นตัวของตัวเอง หรือแก้ตนได้ เช่น ถนนหนทาง ระบบบริการขนส่งสาธารณะ หรือสิ่งต่าง ๆ เนี่ย อาคารสถานที่ต่าง ๆ ก็ต้องปรับ ... คำเรียก universal design จะช่วยให้คนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ นะ อันนี้ไม่ใช่ปัจจัยจากภายในพฤติกรรม แต่เป็นปัจจัยจากภายนอกสิ่งแวดล้อม”

(สัมภาษณ์ ศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล, เมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2561)

2.2.3 นโยบายภาครัฐ หลักสูตร โปรแกรมการพัฒนา

ปัจจัยและเงื่อนไขภายนอกส่วนสุดท้าย คือ นโยบายภาครัฐ หลักสูตร โปรแกรมการพัฒนา จากความหมายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนั้น มีความเป็นพลวัต เปลี่ยนแปลง ไปตาม

บริบทของสังคม ยุคสมัย และความต้องการส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามภาครัฐและภาคประชาคม มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนในการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะการให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำกว่ามากในกลุ่มสูง เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมที่จะเป็นปัญหาสังคมต่อไปได้ เหล่านี้ปรากฏในตัวอย่างบางช่วงของบทสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออกมา ดังนี้

“mean ตัวค่ากลาง ๆ อยู่ อย่างเช่น ถ้ารัฐบาลที่ดี รัฐบาลก็ต้องเตรียมสิ่งที่สังคมต้องการ ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ก็การศึกษาน้อย ไม่มีเงินออม เป็นหนี้สิน ลูกหลานต้องทำงาน ประเทศนี้จะต้องมีเบี้ยยังชีพ”

(สัมภาษณ์ รองศาสตราจารย์ ดร. วิฑูรย์ เหลียวรุ่งเรือง, เมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2561)

“participation มีส่วนร่วมในสังคมเท่าไร ทำงานอะไรยังงี้ ได้เหมือนคน active มั้ย ทำงานมีส่วนร่วมในการทำงานมั้ย หรือมีกิจกรรมมีส่วนร่วมในสังคมในอะไรมั้ย ก็ไปหามา ...”

“ผู้สูงอายุจะต้องใส่ใจตัวเองทุกอย่าง ... ในขณะเดียวกันทางรัฐ ท้องถิ่น ชุมชน ต้องหาทางช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน”

(สัมภาษณ์ นางธิดา ศรีไพพรรณ์, เมื่อวันที่ 11 เมษายน 2561)

“หลักการมันร่วม แต่ตัววิถีปฏิบัติมันต้องขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่ ของแต่ละกลุ่ม แต่ละชุมชน” ...”

“กทม. ส่วนกระทรวงการพัฒนาสังคมฯ ที่มีหน่วยงานอยู่ในระดับจังหวัด ในระดับอำเภอ หรือเป็นศูนย์ ไปเตรียมการในเรื่องของคนที่จะเข้าสู่ผู้สูงอายุมันต้องคิดให้เหมือนกัน คิดร่วมกัน ช่วยกัน ...”

“ใช้ resource จาก partnership ภาคธุรกิจ ภาคเอกชน ที่เขามีนโยบาย CSR หรือส่วนงาน CSR เอามาใช้ประโยชน์ คน ความรู้ สิ่งของ ทรัพยากร ขึ้นอยู่กับวิสัยทัศน์ของตัวผู้นำชุมชน ผู้นำองค์กร หรือการให้ความรู้ การให้ช่องทางหรือแหล่งทรัพยากรที่เขาสามารถไปใช้ประโยชน์ได้”

(สัมภาษณ์ รองศาสตราจารย์ เล็ก สมบัติ, เมื่อวันที่ 14 มีนาคม 2561)

“อิทธิพลที่จะทำให้คนมีคุณภาพ คือ ระเบียบ ออกกฎเกณฑ์ ให้เอื้อ ให้ส่งเสริม ส่งเสริมให้คนมีพฤติกรรมอย่างนี้ นะ แม้กระทั่งการกินการอยู่ แล้วก็จะออกกฎหมายควบคุม... หาโปรแกรมเพื่อให้ กระตุ้นหรือชักจูง...”

(สัมภาษณ์ ศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล, เมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2561)

จากวัตถุประสงค์ของการศึกษาที่ว่า เพื่อทำความเข้าใจและอธิบายความหมายของคำว่า “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ” และมีมิติต่าง ๆ หรือองค์ประกอบ กอปรกับผลการวิเคราะห์สังเคราะห์ ข้อมูล ผู้วิจัยสามารถสรุปเป็นแนวคิด “ดอกไม้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ” ดังภาพต่อไปนี้

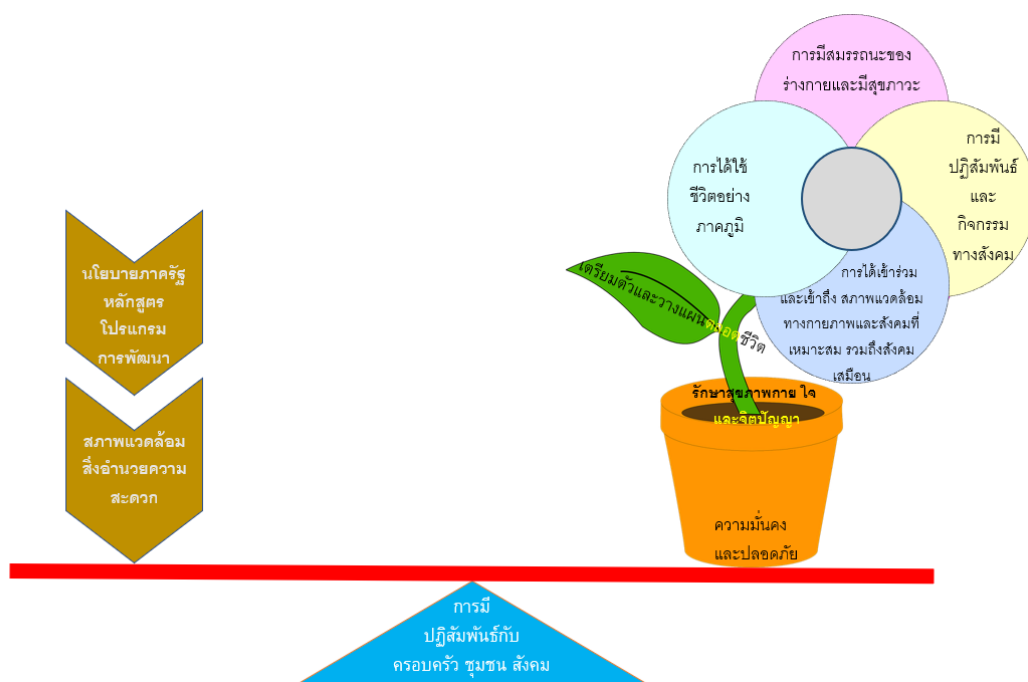


ภาพประกอบ 20 แนวคิด “ดอกไม้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ”

โดยที่คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เปรียบดัง ดอกไม้ เพราะดอกไม้คือผลลัพธ์เป็นผลผลิตของพืชพันธุ์ ดังสำนวนที่ว่าผลิดอกออกผล ประกอบด้วย 4 กลีบ แทน 4 ความหมายและองค์ประกอบ ได้แก่ 1) การได้ใช้ชีวิตอย่างภาคภูมิใจ 2) การมีสมรรถนะของร่างกายและมีสุขภาพ 3) การมีปฏิสัมพันธ์และกิจกรรมทางสังคม และ 4) การได้เข้าร่วมและเข้าถึง สภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมที่เหมาะสม รวมถึงสังคมเสมือน ตามที่ได้กล่าวมาแล้วว่า ไม่สามารถแยกกัน

ไม่ได้ เพราะหากแยกกันจะไม่เป็นดอกไม้ เป็นได้แค่เพียงกลีบดอก จำเป็นต้องอยู่ร่วมกันจึงจะเป็นดอกไม้

เมื่อนำมาประกอบกับผลการศึกษาในส่วนที่ 2 ปัจจัยสาเหตุและเงื่อนไขที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสามารถสรุปเป็นแผนภาพได้ ดังต่อไปนี้



ภาพประกอบ 21 ความหมาย องค์ประกอบ ปัจจัยสาเหตุและเงื่อนไข ที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาในส่วนที่ 2 ปัจจัยสาเหตุและเงื่อนไขที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นเป็นภาพรวมว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนั้น มีปัจจัยสาเหตุเงื่อนไขทั้งภายในและภายนอกที่จะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ สามารถอธิบายได้ด้วยภาพจำลองดังภาพประกอบ 22 กล่าวคือ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะดีหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับปัจจัยภายใน หมายถึง การควบคุมคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม กล่าวคือ เป็นการสร้างสมดุลของกาย ใจ สังคม จิตปัญญาซึ่งปัจจัยเหล่านี้ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ต้องพึ่งพาอาศัยกันและกัน ภายใต้การวางแผนระยะยาว และการส่งเสริมความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ อันจะทำให้รู้สึกปลอดภัย ประกอบด้วย 1) เตรียมตัวและวางแผนตลอดชีวิต เปรียบเสมือนลำต้น ก้าน ใบ ที่จะเป็นท่อนหล่อเลี้ยงต้นไม้ไปสู่ดอกไม้ ถ้าลำต้น ก้าน และใบดี ดอกไม้ก็จะดีตาม 2) การ

รักษาสุขภาพกายใจ และจิตปัญญา เป็นเสมือนดินน้ำและปุ๋ยที่จะบำรุงส่งอาหารผ่าน ลำต้น ก้าน และใบ หากดินดี น้ำดี ปุ๋ยดี สมดุล ไม่มากเกินไปน้อยไป จะส่งผลต่อดอกไม่ว่าจะออกดอกหรือไม่ หรือออกดอกมากน้อยตามระดับการดูแลรักษาและบำรุง 3) ความมั่นคง และปลอดภัย เป็นตั้ง กระถางต้นไม้ ที่จะป้องกัน คุ่มภัย จากฐานรากทำให้ต้นไม้มีความมั่นคง นอกจากนี้ปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสร้างเสริมระบบนิเวศทางสังคมและวัฒนธรรม หมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างที่เป็น นามธรรมและรูปธรรมที่ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ ให้คุณค่า ค่านิยม ทั้งเป็นผู้ถูกกระทำและได้กระทำ ต่อสภาพแวดล้อมของตนเพื่อก่อให้เกิดคุณภาพชีวิต จึงเป็นการจัดการความสัมพันธ์กันระหว่างตัว ผู้สูงอายุเอง กับครอบครัวชุมชน สังคม หรือระบบนิเวศ ทั้งโลกจริงและโลกเสมือน ทั้งตนเอง ชุมชน และสังคมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ ประกอบด้วย 1) การมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ชุมชน สังคม เปรียบเหมือนจุดมุน (สามเหลี่ยม) ในภาพประกอบ 2) สภาพแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก และ 3) นโยบายภาครัฐ หลักสูตร โปรแกรมการพัฒนา ซึ่งแทนด้วยลูกศรชี้ลง อธิบายว่า ปัจจัยภายนอกทั้งสามส่วนนี้ สามารถส่งผลกระทบต่อความสมดุลของคานซึ่งจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อ กระถางดอกไม้ ต้นไม้ และดอกไม้ อันหมายถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนั่นเอง

สรุปว่า ผลการศึกษาในส่วนนี้ เป็นชุดความรู้ที่มอง “คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ” จากมุมมอง อย่างผู้เชี่ยวชาญที่เป็นคนนอก (etic view) กว้างขวาง ครอบคลุม (general) กับผู้สูงอายุโดยทั่ว ๆ ไป ทุกชุมชน ซึ่งเป็นเหตุให้ผู้วิจัยมีความจำเป็นที่จะศึกษาในระยะที่ 2 เพื่อให้เข้าใจความรู้เกี่ยวกับ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจากมุมมอง (viewpoints) ของคนในผ่านวิธีวิทยา

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ระยะที่ 2: วิธีวิทยา

การวิจัยในส่วนนี้ใช้วิธีวิทยาเพื่อให้ทราบว่ามุมมององค์ประกอบที่ได้จากผู้สูงอายุ ในบริบทชุมชนวัดบางปรองธรรมโชติการาม นั้นเป็นอย่างไร มีองค์ประกอบส่วนใดที่เหมือน หรือ ส่วนใดที่แตกต่างกับการวิจัยเชิงคุณภาพในช่วงที่ 1 ระยะที่ 1 ซึ่งมาจากผู้รู้หรือผู้เชี่ยวชาญด้าน ผู้สูงอายุ และผู้เป็นหรือผู้สูงวัยอย่างมีพลัง

ผู้วิจัยนำเสนอ นำเสนอผลการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) ลักษณะข้อมูลพื้นฐาน ด้วยสถิติเชิงบรรยายของ P set (ผู้เรียงบัตราการ) และ Q set (บัตราการ) 2) ผลการวิเคราะห์ มุมมององค์ประกอบเชิงสำรวจ (Q-exploratory factor analysis) ได้ผลการวิเคราะห์ ดังต่อไปนี้

1. ลักษณะข้อมูลพื้นฐานด้วยสถิติเชิงบรรยายของ P set (ผู้เรียงบัตรรายการ) และ Q set (บัตรรายการ)

1.1 ลักษณะข้อมูลพื้นฐานด้วยสถิติเชิงบรรยายของ P set (ผู้เรียงบัตรรายการ)

ผู้สูงอายุ ที่ทำการเรียงบัตรรายการ (cards sort) มีจำนวนทั้งสิ้น 19 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีจำนวน 14 คน และเป็นชาย 5 คน คิดเป็นร้อยละ 74 และร้อยละ 26 ตามลำดับ สำหรับอายุเฉลี่ยของผู้เรียงบัตรรายการคือนั้น เท่ากับ 77.40 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ เท่ากับ 8.4617

1.2 ลักษณะข้อมูลพื้นฐานของ Q set (บัตรรายการ)

บัตรรายการมีจำนวนทั้งหมด 55 ใบ การเรียงบัตรของผู้เรียงบัตรให้ค่าเฉลี่ยการเรียงบัตรรายการคือ เท่ากับ 0 เนื่องจากมีการกำหนดการกระจายไว้แต่แรกให้เป็น forced-distribution และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.1798

เมทริกซ์สหสัมพันธ์ (correlation matrix) เพื่อดูสหสัมพันธ์ระหว่างการจัดเรียงบัตรรายการระหว่างผู้สูงอายุ 19 คน

ตาราง 28 เมทริกซ์สหสัมพันธ์ การจัดเรียงบัตรรายการระหว่างผู้สูงอายุ 19 คน

ชื่อคน/คนที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
ช่อ	1.000																		
ประยูร	0.546	1.000																	
ปราณี	0.544	0.474	1.000																
สุมาลี	0.275	0.610	0.484	1.000															
สังวาลย์	0.562	0.496	0.952	0.568	1.000														
ลออ	0.132	0.333	0.397	0.513	0.456	1.000													
ชวน	0.200	0.372	0.432	0.359	0.445	0.516	1.000												
ทองคำ	0.716	0.564	0.604	0.363	0.617	0.310	0.233	1.000											
ยุพิน	0.430	0.474	0.485	0.535	0.533	0.403	0.315	0.520	1.000										
สมหมาย	0.291	0.650	0.463	0.663	0.524	0.394	0.484	0.381	0.463	1.000									
บุญยงค์	0.454	0.511	0.306	0.269	0.348	0.088	0.033	0.458	0.487	0.297	1.000								
ปลอด	0.553	0.696	0.410	0.396	0.462	0.412	0.328	0.612	0.482	0.568	0.465	1.000							
สันต์	0.310	0.513	0.449	0.647	0.511	0.441	0.485	0.322	0.586	0.822	0.330	0.467	1.000						
สัมเกลียง	0.538	0.399	0.463	0.465	0.546	0.183	0.161	0.462	0.756	0.456	0.478	0.390	0.518	1.000					
จำเนียร	0.559	0.632	0.573	0.723	0.639	0.495	0.570	0.606	0.581	0.606	0.414	0.538	0.623	0.502	1.000				
จิม	-0.187	-0.139	-0.114	-0.082	-0.108	-0.114	-0.027	-0.128	-0.194	-0.170	-0.319	-0.231	-0.167	-0.212	-0.256	1.000			
จำเนียร	0.388	0.410	0.330	0.223	0.319	0.185	0.256	0.363	0.425	0.385	0.575	0.407	0.456	0.363	0.271	-0.247	1.000		
ประสิทธิ์	0.350	0.465	0.330	0.262	0.289	0.170	0.370	0.377	0.282	0.322	0.174	0.288	0.269	0.233	0.414	-0.176	0.233	1.000	
จำ	0.388	0.313	0.313	0.247	0.352	0.161	0.103	0.253	0.147	0.311	0.223	0.355	0.227	0.200	0.289	-0.407	0.236	0.194	1.000

2. ผลการวิเคราะห์มุมมององค์ประกอบเชิงสำรวจ (Q-exploratory factor analysis)

ในส่วนนี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ตามหลักการวิธีวิทยาคิว (Q factor analysis) ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับการวิเคราะห์องค์ประกอบแบบทั่วไป (R factor analysis) แตกต่างกันในส่วนที่เมทริกซ์สหสัมพันธ์ที่ได้จากการหาค่านั้นมาจากมุมมองของผู้เรียงบัตร (point of view) ไม่ใช่ผลของการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามวิธีปกติทั่วไป ดังลำดับการนำเสนอ ดังนี้ 1) ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของเมทริกซ์สหสัมพันธ์ที่จะนำไปใช้วิเคราะห์องค์ประกอบ 2) การสกัดองค์ประกอบ 3) การหมุนแกน 4) คำนวณคะแนนองค์ประกอบ (factor scores) ของแต่ละข้อความคิว 5) ข้อความที่เป็นลักษณะร่วมของมุมมององค์ประกอบ (consensus statements) 6) เมทริกซ์สหสัมพันธ์คะแนนองค์ประกอบ (factor score correlations) 7) การตั้งชื่อองค์ประกอบ จากตีความลักษณะของมุมมององค์ประกอบหรือรูปแบบที่ได้จากการวิเคราะห์ พิจารณาจากคะแนนองค์ประกอบ ร่วมกับโครงสร้างเชิงทฤษฎี (construct) ที่ได้จากการวิจัยช่วงที่ 1 ระยะที่ 1

2.1 ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของเมทริกซ์สหสัมพันธ์

ในเบื้องต้นก่อนที่จะทำการวิเคราะห์องค์ประกอบ ผู้วิจัยทำการทดสอบความเหมาะสมของข้อมูลว่าสามารถนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบได้หรือไม่ โดยพิจารณาว่า 1) เมทริกซ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้นั้น เป็นเมทริกซ์เอกลักษณ์ (identity matrix) หรือไม่ กล่าวคือ เมื่อทดสอบนัยสำคัญแล้ว หากพบว่ามีความสำคัญทางสถิติ หมายความว่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์นั้นไม่เป็นเมทริกซ์เอกลักษณ์ มีความเหมาะสมที่จะนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบต่อไปได้ ด้วยสถิติทดสอบ Bartlett (Bartlett's test of sphericity) และ 2) เปรียบเทียบขนาดของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่สังเกตได้กับขนาดของสหสัมพันธ์บางส่วน (partial correlation) ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่ เมื่อขจัดความแปรปรวนของตัวแปรอื่น ๆ ออกไปแล้ว ด้วยค่าดัชนี KMO (Kaiser – Meyer – Olkin Measure of sampling adequacy) โดยมีเกณฑ์ว่า ดัชนีควรมีค่าเข้าใกล้ 1 ถ้าค่า KMO น้อยกว่า 0.5 เมทริกซ์สหสัมพันธ์นั้น ไม่ควรนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบต่อไปได้ (นงลักษณ์ วิรัชชัย. 2542: 129; ดุษฎี โยเหลา. 2543: 41; จัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์. 2546: 8) ผู้วิจัยใช้โปรแกรม SPSS สำหรับการวิเคราะห์ในส่วนนี้ ดังแสดงผลการวิเคราะห์ตามตาราง 29 ดังต่อไปนี้

ตาราง 28 ทดสอบความเหมาะสมของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์องค์ประกอบ

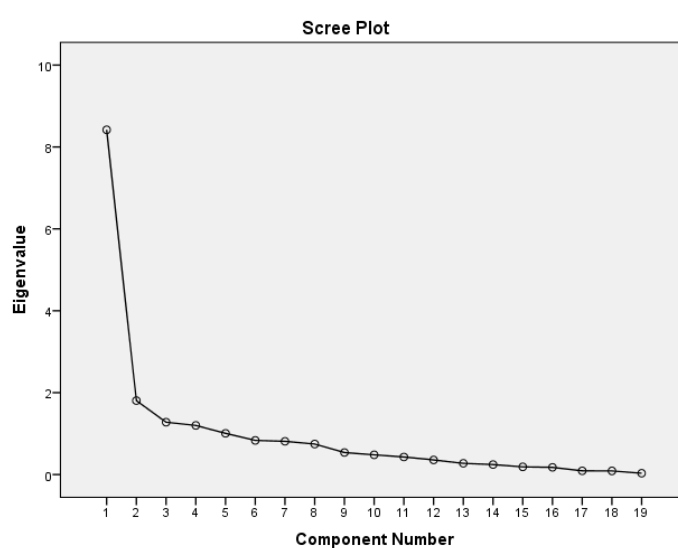
สถิติทดสอบและดัชนี	ค่า
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO)	.819
Approx. Chi-Square	709.359
Bartlett's Test of Sphericity	df 171
	p. .000

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 29 พบว่า ค่าดัชนี KMO มีค่าสูง คือ เท่ากับ 0.819 ซึ่งมีค่าเข้าใกล้ 1 สะท้อนว่าข้อมูลมีความเหมาะสมที่จะนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบต่อไปได้ในระดับดีมาก (นงลักษณ์ วิรัชชัย. 2542: 149) และเมื่อพิจารณาสถิติทดสอบ Bartlett ที่ระดับนัยสำคัญ .01 พบว่า มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2_{(171)} = 709.359; p < .01$) ซึ่งหมายความว่า เมตริกซ์สหสัมพันธ์ที่ตั้งไว้ในการทดสอบสมมุติฐานว่าเป็นเมตริกซ์เอกลักษณ์ (identity matrix) นั้นถูกปฏิเสธ นั่นหมายความว่า เมตริกซ์ที่นำมาวิเคราะห์นั้นไม่เป็นเมตริกซ์เอกลักษณ์ จึงสามารถนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบต่อไปได้ สรุปแล้วข้อมูลชุดนี้มีความเหมาะสมสามารถนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบได้

2.2 การสกัดองค์ประกอบ

ผู้วิจัยใช้การสกัดองค์ประกอบด้วยวิธีวิเคราะห์ส่วนประกอบหลัก (PCA : principal component analysis) เมื่อพิจารณาจากภาพ scree plot ดังภาพประกอบ 23 แล้ว ประกอบกับค่าไอเกนเท่ากับ 1 แล้ว พบว่า ในเบื้องต้นควรสกัดองค์ประกอบให้ได้ 4 องค์ประกอบ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ทำการทดลองกำหนดองค์ประกอบให้เป็น 3 และ 5 องค์ประกอบตามลำดับ พบว่า แม้ว่าเมื่อกำหนดให้สกัดองค์ประกอบได้ 5 องค์ประกอบ แต่มุมมององค์ประกอบที่ได้จากการเรียงลำดับการคิวของผู้สูงอายุ 19 คนนั้น สำหรับองค์ประกอบที่ 5 มีผู้ร่วมวิเคราะห์มุมมองเพียง 1 คน จึงไม่เหมาะสมที่จะพิจารณาองค์ประกอบที่ 5 เป็น 1 องค์ประกอบ แม้ว่าจะสามารถอธิบายร้อยละของความแปรปรวนสะสมได้ 72.155 สูงกว่าเมื่อสกัดองค์ประกอบได้ 4 องค์ประกอบซึ่งมีค่าน้อยกว่า คือ มีค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสม เท่ากับ 66.859 ดังแสดงในตาราง 28 ในขณะเดียวกันเมื่อทดลองสกัดองค์ประกอบให้ได้ 3 องค์ประกอบ แม้ว่าแต่ละองค์ประกอบจะมีคนกำหนดให้ความหมาย วิเคราะห์มุมมององค์ประกอบจำนวน 6 คน 4 คน และ 5 คน ตามลำดับ แม้กระนั้นเมื่อพิจารณาค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสมซึ่งสามารถอธิบายมุมมององค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้เพียง ร้อยละ 60.542 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 60

(ยุทธิ ไกยวรรณ. 2556) ที่ควรพิจารณาขอรับให้เป็น 1 องค์ประกอบได้เพียงเล็กน้อย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตัดสินใจสกัดองค์ประกอบให้ได้ 4 องค์ประกอบ ดังเหตุผลที่ได้ให้ไว้ข้างต้น ดังแสดงผลการวิเคราะห์ต่าง ๆ ได้แก่ ค่าการร่วมกัน (communality) จำนวนองค์ประกอบ (component) ค่าไอเกน (eigen values) ค่าร้อยละของความแปรปรวน (% of variance) ค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสมในแต่ละข้อและแต่ละองค์ประกอบ (cumulative % of variance) ของผู้สูงอายุที่ทำการเรียงบัตร์รายการคิว 19 คน ปรากฏผลดังตาราง 30 และตาราง 31 ต่อไปนี้



ภาพประกอบ 22 scree plot ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบ

ตาราง 29 ค่าการร่วมกันก่อนและหลังสกัดองค์ประกอบ

คนที่	ค่าการร่วมกันของ การสกัดองค์ประกอบ	
	ก่อนสกัด	หลังสกัด
1	1	0.78178
2	1	0.62520
3	1	0.76147
4	1	0.68089
5	1	0.80111
6	1	0.54530
7	1	0.62333
8	1	0.75920
9	1	0.73157
10	1	0.75544
11	1	0.71414
12	1	0.57846
13	1	0.80366
14	1	0.70573
15	1	0.73820
16	1	0.61449
17	1	0.51236
18	1	0.36007
19	1	0.61074

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง 30 จะเห็นได้ชัดว่าการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธีวิเคราะห์ส่วนประกอบमुखสำคัญ (PCA) นั้น ก่อนการสกัดองค์ประกอบจะมีค่าความร่วมกันเท่ากับ 1 และเมื่อทำการสกัดองค์ประกอบแล้ว ค่าการร่วมกันจะเปลี่ยนไปเกิดจากการสร้างตัวแปรองค์ประกอบ (component) ที่ได้จากวิธีนี้จะไม่มีความสัมพันธ์กันเลย

ตาราง 30 จำนวนองค์ประกอบ ค่าไอเกน ค่าร้อยละของความแปรปรวน ค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสมในแต่ละข้อและแต่ละองค์ประกอบหลังสกัดองค์ประกอบ

คนที่	ค่าไอเกนเริ่มต้น			ผลรวมของน้ำหนักองค์ประกอบยกกำลังสอง		
				หลังสกัดองค์ประกอบ		
	ค่าไอเกน	ร้อยละของ ความแปรปรวน	ร้อยละของความ แปรปรวนสะสม	ค่าไอเกน	ร้อยละของ ความแปรปรวน	ร้อยละของความ แปรปรวนสะสม
1	8.419	44.312	44.312	8.419	44.312	44.312
2	1.806	9.505	53.816	1.806	9.505	53.816
3	1.278	6.725	60.542	1.278	6.725	60.542
4	1.200	6.317	66.859	1.200	6.317	66.859
5	1.006	5.297	72.155			
6	0.834	4.389	76.545			
7	0.811	4.270	80.814			
8	0.746	3.925	84.739			
9	0.538	2.832	87.571			
10	0.482	2.538	90.108			
11	0.429	2.260	92.368			
12	0.357	1.880	94.248			
13	0.274	1.443	95.690			
14	0.244	1.283	96.973			
15	0.188	0.990	97.963			
16	0.176	0.927	98.890			
17	0.091	0.479	99.368			
18	0.088	0.466	99.834			
19	0.032	0.166	100.000			

ผลการวิเคราะห์ที่ปรากฏในตาราง 31 เมื่อพิจารณาเป็นรายบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุที่ทำการเรียงบัตรรายการคิวทั้ง 19 คน สามารถให้ความหมายเป็นมุมมององค์ประกอบที่ร่วมกันในเบื้องต้นได้จำนวน 4 องค์ประกอบ (component) พิจารณาจากข้อที่มีค่าไอเกนมากกว่า 1 จากค่าไอเกนเริ่มต้นเป็นสำคัญ โดยมีพิสัยของค่าไอเกนระหว่าง 1.200 ถึง 8.419 และเมื่อพิจารณาต่อไปถึงผลรวมของน้ำหนักองค์ประกอบ ยกกำลังสองหลังจากสกัดองค์ประกอบ จะได้ความแปรปรวนก่อนการหมุนแกนองค์ประกอบ โดยที่มุมมององค์ประกอบทั้ง 4 นี้ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 66.859 ของความแปรปรวนทั้งหมด

2.3 การหมุนแกน

ผู้วิจัยใช้การหมุนแกนแบบมุมฉาก (orthogonal rotation) ด้วยวิธีแวนิแมกซ์ (varimax method) ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมใช้กันในกลุ่มชุมชน (community) ผู้ใช้วิธีวิทยาคิว จึงได้มีการพัฒนาซอฟต์แวร์เฉพาะเพื่อใช้งาน ดังที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ โปรแกรม PQ Method (Schmolck. 2014) ร่วมกับ Ken-Q analysis ซึ่งเป็น web-based application (Banasick. 2019) สำหรับการหมุนแกนแบบที่เลือกใช้นี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่ออธิบายโครงสร้างของมุมมององค์ประกอบ ให้ง่ายต่อการแปลความหมาย ได้ผลการวิเคราะห์ดังตาราง 32 และ 33

ตาราง 31 จำนวนองค์ประกอบ ค่าไอเกน ค่าร้อยละของความแปรปรวน ค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสมในแต่ละข้อและแต่ละองค์ประกอบหลังหมุนแกน

คนที่	ค่าไอเกนเริ่มต้น			ผลรวมของน้ำหนักองค์ประกอบยกกำลังสอง		
				หลังหมุนแกน		
	ค่าไอเกน	ร้อยละของ ความแปรปรวน	ร้อยละของความ แปรปรวนสะสม	ค่าไอเกน	ร้อยละของ ความแปรปรวน	ร้อยละของความ แปรปรวนสะสม
1	8.419	44.312	44.312	4.155	21.866	21.866
2	1.806	9.505	53.816	3.535	18.608	40.474
3	1.278	6.725	60.542	3.216	16.926	57.400
4	1.200	6.317	66.859	1.797	9.458	66.859
5	1.006	5.297	72.155			
6	0.834	4.389	76.545			
7	0.811	4.270	80.814			
8	0.746	3.925	84.739			
9	0.538	2.832	87.571			
10	0.482	2.538	90.108			
11	0.429	2.260	92.368			
12	0.357	1.880	94.248			
13	0.274	1.443	95.690			
14	0.244	1.283	96.973			
15	0.188	0.990	97.963			
16	0.176	0.927	98.890			
17	0.091	0.479	99.368			
18	0.088	0.466	99.834			
19	0.032	0.166	100.000			

ผลการวิเคราะห์ที่ปรากฏในตาราง 32 เมื่อพิจารณาเป็นรายบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุที่ทำการเรียงบัตรรายการคิวทั้ง 19 คน สามารถให้ความหมายเป็นมุมมององค์ประกอบที่ร่วมกันในได้จำนวน 4 องค์ประกอบ (component) พิจารณาจากองค์ประกอบที่มีค่าไอเกนมากกว่า 1 จากค่าไอเกนเริ่มต้นเป็นสำคัญ เมื่อทำการสกัดองค์ประกอบและหมุนแกนแล้ว พบว่า มีพิสัยของค่าไอเกนระหว่าง 1.797 ถึง 4.155 แม้ว่าเมื่อหมุนแกนแล้วจะทำให้ความสามารถในการอธิบายของมุมมององค์ประกอบ 1 ลดลงจากเดิม 8.419 มาเป็น 4.155 แต่สามารถทำให้มุมมององค์ประกอบที่เหลืออีก 3 องค์ประกอบ สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้มากขึ้น จากเดิมร้อยละ 1.806, 1.278 และ 1.200 ไปเป็น 3.535, 3.216 และ 1.797 สำหรับมุมมององค์ประกอบ 1 2 และ 3 ตามลำดับ และมุมมององค์ประกอบทั้ง 4 นี้ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 66.859 ของความแปรปรวนทั้งหมด



ตาราง 32 น้ำหนักองค์ประกอบจากการหมุนแกนแบบมุมฉาก ด้วยวิธีแวกซ์

คนที่	องค์ประกอบ (component)				ผลรวมของน้ำหนัก องค์ประกอบยกกำลังสอง ของแต่ละองค์ประกอบ (h^2)
	มุมมอง	มุมมอง	มุมมอง	มุมมอง	
	องค์ประกอบ 1	องค์ประกอบ 2	องค์ประกอบ 3	องค์ประกอบ 4	
1	0.005	0.361	0.766	0.254	0.782
2	0.459	0.381	0.417	0.309	0.625
3	0.404	0.162	0.756	0.006	0.762
4	0.729	0.327	0.206	0.001	0.681
5	0.463	0.225	0.732	-0.005	0.801
6	0.715	-0.007	0.177	0.050	0.545
7	0.744	-0.108	0.230	0.069	0.623
8	0.144	0.340	0.779	0.127	0.759
9	0.392	0.692	0.309	-0.068	0.732
10	0.745	0.375	0.111	0.217	0.755
11	-0.036	0.757	0.237	0.289	0.714
12	0.354	0.380	0.407	0.378	0.579
13	0.741	0.493	0.046	0.098	0.804
14	0.211	0.730	0.353	-0.061	0.706
15	0.629	0.298	0.472	0.177	0.738
16	-0.021	-0.230	0.061	-0.747	0.615
17	0.152	0.611	0.116	0.320	0.512
18	0.295	-0.013	0.400	0.337	0.360
19	0.126	0.018	0.277	0.720	0.611
ผลรวมของน้ำหนัก องค์ประกอบ ยกกำลังสอง	4.155	3.215	3.535	1.797	
หลังหมุนแกน ร้อยละของ					รวม
ความแปรปรวน ที่อธิบายได้	21.866	18.608	16.926	9.458	66.859 %

* ส่วนที่แรเงา คือ ผู้ที่เป็นคนกำหนดคุณลักษณะมุมมององค์ประกอบ (factor characteristics) ร่วมกัน
ในแต่ละองค์ประกอบ

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง 32 การหมุนแกนแบบมุมฉาก ด้วยวิธีแวกซ์ ได้
มุมมององค์ประกอบที่เหมาะสมจำนวน 4 องค์ประกอบ ในแต่ละองค์ประกอบจะมีผู้สูงอายุให้
ความหมายต่อคุณภาพชีวิต ตามบันทึกรายการ โดยกำหนดคุณลักษณะมุมมององค์ประกอบ
(factor characteristics) ร่วมกัน ตามมุมมององค์ประกอบที่ 1, 2, 3 และ 4 เป็นจำนวน 6, 4, 4
และ 2 คน ในแต่ละองค์ประกอบ ตามลำดับ

การหมุนแกนนี้ช่วยอธิบายโครงสร้างของมุมมององค์ประกอบให้สามารถ แปลความหมายได้ง่ายขึ้น เปรียบเทียบค่าไอเกนในตาราง 31 จากเดิม ซึ่งมีค่าเท่ากับ 8.419, 1.806, 1.278 และ 1.200 ตามลำดับ เมื่อหมุนแกนแล้วค่าไอเกนเปลี่ยนไปเป็น 4.155, 3.215, 3.535 และ 1.797 ดังตาราง 33 ตามลำดับ

2.4 คะแนนองค์ประกอบ (factor scores) ของแต่ละข้อความคือ

เพื่อไปสู่การจัดข้อความคือจากบัตรรายการให้เป็นกลุ่ม ตามมุมมององค์ประกอบที่ได้จากการสกัดองค์ประกอบและหมุนแกนแล้ว จึงต้องทำการคำนวณหาค่าคะแนนองค์ประกอบของแต่ละข้อความ จากค่ามาตรฐาน (Z-score) แล้วจึงนำจัดเข้ามุมมององค์ประกอบต่อไป ดังแสดงผลการวิเคราะห์ปรากฏในตาราง 34 ดังนี้

ตาราง 33 คะแนนองค์ประกอบของแต่ละข้อความคือ จำแนกตามมุมมององค์ประกอบ

ข้อความที่	คะแนนองค์ประกอบ (Z-score) ของแต่ละข้อความคือ จำแนกตามมุมมององค์ประกอบ			
	มุมมององค์ประกอบ 1	มุมมององค์ประกอบ 2	มุมมององค์ประกอบ 3	มุมมององค์ประกอบ 4
1	2.38	0.89	1.51	-1.72
2	1.06	0.66	1.24	1.25
3	2.19	0.74	1.41	0.75
4	1.92	0.97	1.33	0.75
5	1.72	0.30	1.34	0.37
6	0.58	-0.12	0.54	-1.90
7	0.93	0.70	0.75	-0.50
8	1.18	1.10	0.38	0.88
9	0.55	0.70	-1.00	-1.87
10	-0.14	0.48	0.02	0.90
11	-1.25	-0.46	0.67	0.75
12	-0.78	0.55	1.39	-0.64
13	0.19	-0.40	1.65	0.90
14	-0.34	0.28	0.40	0.40
15	-0.14	0.40	-0.02	0.24
16	-0.41	1.29	0.15	0.22
17	-1.61	-1.78	-1.99	-2.05
18	-1.54	-2.35	-2.18	-1.65
19	-1.50	-2.03	-2.01	-1.28
20	-1.37	-1.94	-1.73	-0.80
21	0.80	0.67	0.60	-0.92

ตาราง 34 คะแนนองค์ประกอบของแต่ละข้อความคิด จำแนกตามมุมมององค์ประกอบ (ต่อ)

ข้อความที่	คะแนนองค์ประกอบ (Z-score) ของแต่ละข้อความคิด จำแนกตามมุมมององค์ประกอบ			
	มุมมององค์ประกอบ 1	มุมมององค์ประกอบ 2	มุมมององค์ประกอบ 3	มุมมององค์ประกอบ 4
22	0.40	0.74	0.27	0.33
23	-0.09	0.23	-0.50	-0.73
24	-0.15	1.55	1.05	1.32
25	-1.05	-0.27	-1.63	-0.80
26	0.26	0.20	0.75	0.88
27	-0.26	-1.74	-0.74	-1.50
28	0.35	-1.59	-0.46	-0.40
29	0.14	0.29	0.06	0.77
30	0.31	0.54	-0.73	-0.62
31	0.26	0.31	0.42	-0.18
32	0.45	0.23	0.60	0.37
33	-0.64	0.24	0.11	-0.77
34	-0.03	0.13	0.51	-0.18
35	-0.07	0.02	0.41	1.90
36	-0.88	-0.36	-1.46	-1.12
37	-1.47	0.20	-0.68	0
38	-1.79	-0.03	0.87	-0.55
39	0.39	-1.75	-0.68	0.48
40	0.79	-0.09	-0.41	0.44
41	0.37	0.47	0.90	-0.02
42	-1.53	-0.24	-0.89	-1.08
43	0.68	-0.46	1.51	-0.60
44	0.06	0.90	0.78	-0.37
45	0.64	-1.69	-1.12	1.12
46	0.67	1.54	0.50	0.42
47	0	-0.12	-1.29	1.52
48	0.67	1.24	-0.01	0.84
49	0	0.36	0.16	0.80
50	-1.66	-1.69	-0.54	-0.70
51	-1.22	-0.40	-0.60	1.35
52	-1.37	-1.24	-0.47	0.31
53	0.09	-0.65	-1.16	0.44
54	0.89	1.72	0.48	0.18
55	0.37	0.72	-0.43	2.05

2.5 ข้อความที่เป็นลักษณะร่วมของมุมมององค์ประกอบ

ก่อนที่จะแยกข้อความให้เป็นกลุ่ม ตามมุมมององค์ประกอบ ด้วยการพิจารณาคะแนนองค์ประกอบ (Z-score) ของแต่ละข้อความ ตามตาราง 33 นำไปทดสอบนัยสำคัญ และพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ พบว่า มีข้อความที่ผู้เรียงบัตรมีความเห็นร่วมกันทุกคน ทุกคนเห็นตรงกัน ซึ่งหลักการของวิธีวิทยาการคิด เป็นการใช้มุมมองของผู้เรียงบัตรที่มีต่อข้อความ เพื่อแยกบุคคลออกเป็นกลุ่ม ๆ ตามมุมมอง/ความเห็นที่มีต่อข้อความที่ทำการเรียง (sort) ดังนั้นข้อความที่คนทุกคนให้ความสำคัญ มีความเห็นตรงกัน ข้อความนั้น ๆ จึงไม่สามารถแยกบุคคลออกเป็นกลุ่ม ๆ ได้ ข้อความนั้น ๆ มีความสำคัญตามมุมมองของคนที่เรียงบัตรทุกคน เหมือน ๆ กันหมดนั่นเอง ข้อความเหล่านี้ เรียกว่า *ข้อความที่เป็นลักษณะร่วมของมุมมององค์ประกอบ* (consensus statements) ซึ่งตรงกันข้ามกับข้อความอีกประเภท ที่สามารถจำแนกบุคคลออกเป็นกลุ่ม ๆ ได้ ข้อความเหล่านี้ เรียกว่า *ข้อความจำแนกตามมุมมององค์ประกอบ* (distinguishing statements) นั่นก็คือ ข้อความที่จะไปเป็นข้อความที่แสดงมุมมององค์ประกอบ ต่อไป

ผู้วิจัยทำการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติคะแนนองค์ประกอบของข้อความแต่ละข้อ ที่ระดับ .05 และ .01 ได้ข้อความที่เป็นลักษณะร่วมของมุมมององค์ประกอบ จำนวน 16 ข้อความ ดังปรากฏในตาราง 35

ตาราง 34 คะแนนองค์ประกอบของข้อความที่เป็นลักษณะร่วมของมุมมององค์ประกอบ

ข้อความที่	ข้อความที่เป็นลักษณะร่วมของมุมมององค์ประกอบ			
	คะแนนองค์ประกอบ	คะแนนองค์ประกอบ	คะแนนองค์ประกอบ	คะแนนองค์ประกอบ
	(Z-score) ตามมุมมอง องค์ประกอบ 1	(Z-score) ตามมุมมอง องค์ประกอบ 2	(Z-score) ตามมุมมอง องค์ประกอบ 3	(Z-score) ตามมุมมอง องค์ประกอบ 4
2	1.057	0.665	1.243	1.254
8	1.180	1.100	0.380	0.879
14	-0.340	0.277	0.400	0.398
15	-0.144	0.398	-0.019	0.245
17	-1.612	-1.776	-1.989	-2.049
18	-1.540	-2.350	-2.180	-1.652
19	-1.497	-2.032	-2.014	-1.277
22	0.400	0.738	0.270	0.329
23	-0.092	0.230	-0.500	-0.730
26	0.257	0.201	0.752	0.879
29	0.141	0.290	0.062	0.772
31	0.260	0.314	0.415	-0.176
32	0.454	0.234	0.598	0.374
34	-0.033	0.130	0.514	-0.176
41	0.369	0.474	0.900	-0.020
49	0	0.357	0.157	0.800

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง 35 พบว่า ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติของข้อความทั้ง 16 ข้อนี้ นั่นย่อมแสดงว่า แต่ละบุคคลที่เรียงบัตร มีความเห็นต่อข้อความ ไปในทำนองเดียวกัน ไม่แตกต่างกันในแต่ละข้อความ จึงสะท้อนว่าข้อความเหล่านี้ ไม่สามารถจำแนกบุคคล ออกเป็นกลุ่มๆ ได้ หรือกล่าวได้ว่า เมื่อพิจารณาแต่ละข้อความแล้ว ผู้สูงอายุที่เรียงบัตรรายการให้ ความสำคัญต่อข้อความตามมุมมองของตนเหมือน ๆ กันหมดนั่นเอง

สำหรับตาราง 36 แสดงถึงข้อความ ทั้ง 16 ข้อความ ว่ามีข้อความอะไรบ้างที่ไม่สามารถจำแนกผู้สูงอายุที่เรียงข้อความนี้ ออกเป็นกลุ่ม ๆ ตามมุมมองของผู้เรียงได้

ตาราง 35 ข้อความที่เป็นลักษณะร่วมของมุมมององค์ประกอบ (consensus statements)

ข้อความที่	ข้อความที่แสดงในบันทึกรายการ
2	ฉันทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวของตัวเอง
8	ถ้าฉันจะจากโลกนี้ไป ก็จะไปด้วยความสุข
14	ฉันยังมีความจำเป็นต้องเงินของฉันให้กับคนในครอบครัว
15	ฉันพอใจต่อการได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน
17	ฉันพอใจจากการรับรู้ข่าวสารผ่านสื่อต่าง ๆ ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เช่น ไลน์ หรือเฟซบุ๊ก
18	ฉันพอใจจากการรับรู้ข่าวสารผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์
19	ฉันพอใจที่ได้คุยกับเพื่อน ๆ หรือคนในครอบครัวผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น โทรศัพท์ ไลน์หรือเฟซบุ๊ก
22	ที่พักอาศัยของฉัน ไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน
23	การเดินทางจากที่พักอาศัยของฉัน ด้วยระบบขนส่งสาธารณะเป็นไปด้วยความสะดวกสบาย
26	ฉันจะกระตือรือร้นที่จะไปเข้าร่วม เมื่อทราบว่ามีการจัดอบรมความรู้ด้านสุขภาพ
29	คนในครอบครัวของฉัน ให้อิสระในการตัดสินใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน
31	แม้ฉันจะมีเงินไม่มาก แต่ฉันก็สามารถบริหารจัดการเงินที่มี ให้ใช้จ่ายได้เพียงพอ
32	แม้ลูกหลานหรือครอบครัวจะไม่ได้ให้เงินทองฉัน ฉันก็สามารถบริหารจัดการเงินที่มีอยู่ให้ใช้จ่ายได้เพียงพอ
34	ฉันรับรู้ได้ว่า ในที่พักที่ฉันอาศัยอยู่มีความปลอดภัย
41	สมาชิกในครอบครัวของฉัน ให้การดูแลฉันด้านร่างกายเป็นอย่างดี
49	ฉันสามารถเข้าถึงบริการทางสังคมที่ภาครัฐจัดให้

2.6 เมทริกซ์สหสัมพันธ์คะแนนองค์ประกอบ (factor score correlations)

เมื่อแยกข้อความที่ไม่สามารถจัดลงในมุมมององค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง ที่เรียกว่า ข้อความที่เป็นลักษณะร่วมของมุมมององค์ประกอบ ออกมาแล้ว ที่เหลือจะเป็นข้อความที่ใช้พิจารณาในการตั้งชื่อองค์ประกอบต่อไป ก่อนจะไปถึงขั้นตอนนั้น ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ เพื่อดูว่าความสัมพันธ์ของมุมมององค์ประกอบที่ได้จากการหาค่าสหสัมพันธ์คะแนนองค์ประกอบระหว่างกันว่ามีลักษณะเป็นเช่นไร ดังแสดงตามตาราง 37

ตาราง 36 เมทริกซ์สหสัมพันธ์คะแนนองค์ประกอบ

มุมมององค์ประกอบ	มุมมององค์ประกอบ	มุมมององค์ประกอบ	มุมมององค์ประกอบ	มุมมององค์ประกอบ
	1	2	3	4
มุมมององค์ประกอบ 1	1			
มุมมององค์ประกอบ 2	0.5328	1		
มุมมององค์ประกอบ 3	0.5794	0.6322	1	
มุมมององค์ประกอบ 4	0.2578	0.3344	0.3088	1

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง 37 พบว่า หลังจากที่ได้ทำการวิเคราะห์มุมมององค์ประกอบแล้ว พบว่า จะได้องค์ประกอบที่เกิดจากมุมมองของผู้สูงอายุที่เรียงบัตรรายการทั้ง 19 คน จำนวน 4 องค์ประกอบ โดยที่มุมมององค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุด ได้แก่ มุมมององค์ประกอบที่ 2 กับมุมมององค์ประกอบที่ 3 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.6322 รองลงมาคือ มุมมององค์ประกอบที่ 1 กับ มุมมององค์ประกอบที่ 3 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.5794 ส่วนมุมมององค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กันน้อยที่สุด ได้แก่ มุมมององค์ประกอบที่ 1 กับ มุมมององค์ประกอบที่ 4 ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.2578

2.7 การตั้งชื่อองค์ประกอบ

การตั้งชื่อองค์ประกอบของการวิเคราะห์องค์ประกอบแบบคิว มีลักษณะพื้นฐานทั่วไป คล้ายกับการวิเคราะห์องค์ประกอบแบบอาร์ กล่าวคือ พิจารณาจากค่าน้ำหนักขององค์ประกอบ (factor loading) หลังสกัดและหมุนแกนแล้ว แต่ลักษณะพิเศษอย่างหนึ่งที่แตกต่าง คือ การสร้างองค์ประกอบของการวิเคราะห์แบบคิวนี้ เป็นการพิจารณาจากมุมมองที่ร่วมกันของผู้เรียงบัตร ซึ่งไม่ว่าลักษณะพื้นฐานของระดับการวัดอยู่ในมาตรวัดเรียงอันดับ (ordinal) อันเกิดมาจากการเรียงบัตรรายการคิว (Q sort) ก็ดี เมทริกซ์สหสัมพันธ์ที่เกิดจากการหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล แทนที่จะเป็นระหว่างตัวแปร ก็ดี และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การนำเสนอข้อความที่เป็นลักษณะร่วมของมุมมององค์ประกอบ (consensus statements) ที่จะให้รายละเอียดสารสนเทศมากกว่าการจัดกลุ่มความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างของตัวแปร หรือการลดจำนวนตัวแปรเมื่อเทียบกับการวิเคราะห์องค์ประกอบแบบอาร์ โดยทั่วไป ดังนั้นลักษณะเด่นนี้เองที่เป็นข้อตรงข้ามของข้อความที่เป็นลักษณะร่วมของมุมมององค์ประกอบ เราจะเรียกว่า ข้อความที่โดดเด่นตามมุมมอง

องค์ประกอบ (dominant statements) ซึ่งคุณสมบัตินี้เองที่ใช้เป็นตัวกำหนดร่วมในการตีความลักษณะของมุมมององค์ประกอบที่ได้จากการวิเคราะห์ นอกเหนือไปจากการพิจารณาค่าคะแนนองค์ประกอบ (factor scores: Z-score) ร่วมกับโครงสร้างเชิงทฤษฎี (construct) ที่ใช้ในการสร้างบรรยายการซึ่งต้องครอบคลุมเรื่องที่จะศึกษา (concourse) ในที่นี้ ผู้วิจัยได้จากผลการวิจัยขั้นที่ 1 ระยะที่ 1 เป็น concourse ของบรรยายการ

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์เรียงลำดับไปแต่ละองค์ประกอบ โดยแต่ละองค์ประกอบจะนำเสนอถึง 1) เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของการเรียงบรรยายการคิว (cards sort correlation) ของคน (P) ที่เป็นผู้ให้ความหมาย วิเคราะห์มุมมององค์ประกอบ ว่าคนที่วิเคราะห์มุมมององค์ประกอบ(เหล่า)นั้น ได้ให้ความหมายองค์ประกอบนั้น ๆ เหมือนกันมากน้อยเพียงใด ดูได้จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในเมทริกซ์ จากนั้น 2) ข้อความที่โดดเด่นตามมุมมององค์ประกอบ ซึ่งถูกกำหนดจากค่าคะแนนการเรียงบัตร (Q-sort value) คะแนนองค์ประกอบ (factor score: Z-score) และการมีนัยสำคัญทางสถิติ จากนั้นจึงนำโครงสร้างเชิงทฤษฎีที่ใช้ในการสร้างข้อความนั้น ๆ มาร่วม 3) ตั้งชื่อองค์ประกอบ และพิจารณาว่าจะยังคงเก็บข้อความนั้น ๆ ไว้หรือตัดทิ้งออกไปจากมุมมององค์ประกอบที่กำลังพิจารณาอยู่ ซึ่งจะนำเสนอเป็นส่วนสุดท้ายหลังจากนำเสนอส่วนที่ 1) และ 2) ครบทุกองค์ประกอบแล้ว

2.7.1 เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของการเรียงบรรยายการคิว

ตาราง 37 เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของการเรียงบรรยายการคิว - มุมมององค์ประกอบ 1

คนที่เรียง บรรยายการ	4	6	7	10	13	15
4	1.00					
6	0.51	1.00				
7	0.36	0.52	1.00			
10	0.66	0.39	0.48	1.00		
13	0.65	0.44	0.49	0.82	1.00	
15	0.72	0.49	0.57	0.61	0.62	1.00

หลังจากที่ผู้สูงอายุทั้ง 19 คนร่วมกันเรียงบรรยายการข้อความจำนวน 55 ข้อความแล้ว นำไปวิเคราะห์องค์ประกอบ ได้มุมมององค์ประกอบที่ชัดเจนจำนวน 4 มุมมององค์ประกอบ ผลการวิเคราะห์ตามตาราง 35 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่ทำการเรียง

บัตรรายการจำนวน 6 คนที่ร่วมกันวิเคราะห์มุมมององค์ประกอบ 1 โดยที่ผู้เรียงบัตรรายการคนที่ 10 และ 13 มีลักษณะการเรียงบัตรไปในทิศทางเดียวกันมากที่สุด มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.82 รองลงมาคือ ผู้เรียงบัตรรายการคนที่ 4 กับ 15 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.72 ในขณะที่ผู้เรียงบัตรรายการคนที่ 4 กับ 7 ถึงแม้จะมีลักษณะการเรียงบัตรไปในทิศทางเดียวกัน แต่มีความสัมพันธ์กันน้อยที่สุด เมื่อเทียบกับคนอื่น ๆ คือ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.36

ตาราง 38 เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของการเรียงบัตรรายการคิว - มุมมององค์ประกอบ 2

คนที่เรียง บัตรรายการ	9	11	14	17
9	1.00			
11	0.49	1.00		
14	0.76	0.48	1.00	
17	0.42	0.58	0.36	1.00

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง 39 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่ทำการเรียงบัตรรายการจำนวน 4 คนที่ร่วมกันวิเคราะห์มุมมององค์ประกอบ 2 โดยที่ผู้เรียงบัตรรายการคนที่ 9 และ 14 มีลักษณะการเรียงบัตรไปในทิศทางเดียวกันมากที่สุด มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.76 รองลงมาคือ ผู้เรียงบัตรรายการคนที่ 11 กับ 17 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.58 ในขณะที่ผู้เรียงบัตรรายการคนที่ 14 กับ 17 ถึงแม้จะมีลักษณะการเรียงบัตรไปในทิศทางเดียวกัน แต่มีความสัมพันธ์กันน้อยที่สุด เมื่อเทียบกับคนอื่น ๆ คือ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.36

ตาราง 39 เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของการเรียงบัตรรายการคิว - มุมมององค์ประกอบ 3

คนที่เรียง บัตรรายการ	1	3	5	8
1	1			
3	0.54	1		
5	0.56	0.95	1	
8	0.72	0.6	0.62	1

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง 40 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ทำการเรียงบัตรรายการจำนวน 4 คนที่ร่วมกันวิเคราะห์มุมมององค์ประกอบ 3 โดยที่ผู้เรียงบัตรรายการคนที่ 3 และ 5 มีลักษณะการเรียงบัตรไปในทิศทางเดียวกันมากที่สุด มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.95 รองลงมาคือ ผู้เรียงบัตรรายการคนที่ 1 กับ 8 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.72 ในขณะที่ผู้เรียงบัตรรายการคนที่ 1 กับ 3 ถึงแม้จะมีลักษณะการเรียงบัตรไปในทิศทางเดียวกัน แต่มีความสัมพันธ์กันน้อยที่สุด เมื่อเทียบกับคนอื่น ๆ คือ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.54

ตาราง 40 เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของการเรียงบัตรรายการคิว - มุมมององค์ประกอบ 4

คนที่เรียง บัตรรายการ	16	19
16	1	
19	-0.41	1

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง 41 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ทำการเรียงบัตรรายการจำนวน 2 คนที่ร่วมกันวิเคราะห์มุมมององค์ประกอบ 4 โดยที่ผู้เรียงบัตรรายการทั้งสองท่าน มีลักษณะการเรียงบัตรไปในทิศทางตรงกันข้ามกัน มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ -0.41

2.7.2 ข้อความที่โดดเด่นตามมุมมององค์ประกอบ (dominant statements)

ในหัวข้อที่ผ่านมา ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่เรียงบัตร หรือ P set ในส่วนนี้จะทำการนำเสนอผลการวิเคราะห์ที่เกี่ยวข้องกับข้อความในบัตรรายการ หรือ Q set นั่นเอง เป็นการนำเสนอข้อความที่โดดเด่นตามมุมมององค์ประกอบ จำแนกตามมุมมององค์ประกอบที่ละองค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบ ดังจะนำเสนอปรากฏตามตาราง 42 43 44 และ 45 ตามลำดับ

ตาราง 41 ข้อความที่โดดเด่นตามมุมมององค์ประกอบ - มุมมององค์ประกอบ 1

ข้อความ ที่	ข้อความที่แสดงในบัตรรายการ	คะแนน องค์ประกอบ (Z-Score)
1	ฉันมีความภูมิใจในความเป็นตัวฉัน	2.38**
3	ครอบครัวของฉันให้ความเคารพฉัน	2.19*
43	สมาชิกในครอบครัวของฉัน ให้ความสนใจเอาใจใส่ ห่วงใยฉันเป็นอย่างดี	0.68**
24	เพื่อนบ้านของฉันรักใคร่ชอบพอบนมิตรต่อกันดี	-0.15**
11	ความเสี่ยงของร่างกายฉันไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตปกติประจำวัน	-1.25*
37	ฉันเห็นด้วยที่ว่า แก่แล้วก็อยู่บ้านไม่ต้องไปทำอะไร	-1.47*
38	โรคประจำตัวที่ฉันมี หลายครั้งทำให้ฉันท้อแท้ไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อ	-1.79**

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .01$)

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง 42 พบว่า มีข้อความที่โดดเด่นตามมุมมององค์ประกอบ 1 จำนวน 7 ข้อความ และมีพิสัยของคะแนนองค์ประกอบ (Z-Score) ตั้งแต่ -1.79 ถึง 2.38

ตาราง 42 ข้อความที่โดดเด่นตามมุมมององค์ประกอบ - มุมมององค์ประกอบ 2

ข้อความ ที่	ข้อความที่แสดงในบัตรรายการ	คะแนน องค์ประกอบ (Z-Score)
54	การได้ช่วยเหลือผู้อื่นทำให้ฉันภาคภูมิใจ	1.72**
46	ฉันช่วยสมาชิกในครอบครัวทำงานบ้านเท่าที่สามารถทำได้ เช่น บัดกวาดเช็ดถูหรือดูแลเลี้ยงหลาน	1.54**
16	ฉันพอใจต่อการได้เข้าร่วมในพิธีต่าง ๆ ของชุมชน ในฐานะผู้หลักผู้ใหญ่	1.29**
12	แม้ว่าฉันมีโรคประจำตัวแต่ฉันก็สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติ	0.55*
11	ความเสี่ยงของร่างกายฉันไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตปกติประจำวัน	-0.46*
28	ชุมชนของฉัน เปิดโอกาส ให้ฉันได้ทำหรือร่วมกิจกรรมต่าง ๆ	-1.59**
39	ชุมชนหรือท้องถิ่นของฉัน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรวมตัวกันเพื่อจัดกิจกรรม	-1.75**

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .01$)

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง 43 พบว่า มีข้อความที่โดดเด่นตามมุมมององค์ประกอบ 2 จำนวน 7 ข้อความ และมีพิสัยของคะแนนองค์ประกอบ (Z-Score) ตั้งแต่ -1.75 ถึง 1.72

ตาราง 43 ข้อความที่โดดเด่นตามมุมมององค์ประกอบ - มุมมององค์ประกอบ 3

ข้อความ ที่	ข้อความที่แสดงในบัตรรายการ	คะแนน องค์ประกอบ (Z-Score)
43	สมาชิกในครอบครัวของฉัน ให้การดูแลเอาใจใส่ ห่วงใยฉันเป็นอย่างดี	1.51**
12	แม้ว่าฉันมีโรคประจำตัวแต่ฉันก็สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติ	1.39*
38	โรคประจำตัวที่ฉันมี หลายครั้งทำให้ฉันท้อแท้ไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อ	0.87**
48	ฉันเห็นด้วยกับที่ว่า การมีเพื่อนบ้านที่ดีเสมือนมีรั้วที่แข็งแรง ดังนั้นฉันจึงสร้างมิตรกับเพื่อนบ้านเสมอ	-0.01*
55	ฉันเห็นด้วยที่ว่า ถึงแม้จะหารายได้ไม่ได้ แต่การช่วยทำงานบ้าน ก็เป็นการลดค่าใช้จ่ายในบ้านได้	-0.43*
39	ชุมชนหรือท้องถิ่นของฉัน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรวมตัวกันเพื่อจัดกิจกรรม	-0.68**
9	ฉันไม่กังวลใจต่อความตายที่จะเกิดกับฉัน	-1.00*
47	บ่อยครั้งที่ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับลูกหลาน จนรู้สึกได้ว่าฉันเป็นทุกข์	-1.29**

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .01$)

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง 44 พบว่า มีข้อความที่โดดเด่นตามมุมมององค์ประกอบ 3 จำนวน 8 ข้อความ และมีพิสัยของคะแนนองค์ประกอบ (Z-Score) ตั้งแต่ -1.29 ถึง 1.51

ตาราง 44 ข้อความที่โดดเด่นตามมุมมององค์ประกอบ - มุมมององค์ประกอบ 4

ข้อความ ที่	ข้อความที่แสดงในบัตรารายการ	คะแนน องค์ประกอบ (Z-Score)
55	ฉันเห็นด้วยที่ว่า ถึงแม้จะหารายได้ไม่ได้ แต่การช่วยทำงานบ้าน ก็เป็นการลด ค่าใช้จ่ายในบ้านได้	2.05**
35	ที่พักที่ฉันอาศัยอยู่ มีการจัดข้าวของเครื่องใช้ต่าง ๆ เป็นระบบระเบียบดี	1.90**
47	บ่อยครั้งที่ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับลูกหลาน จนรู้สึกได้ว่าฉันเป็นทุกข์	1.52**
51	ฉันไม่สะดวกใจในการต้องปรับตัวกับเพื่อนใหม่ในวัยเดียวกัน (สูงอายุ)	1.35**
7	ฉันได้ทำสิ่งที่ฉันตั้งใจสูงสุดในชีวิตแล้ว	-0.50**
21	ฉันรับรู้ได้ว่า ฉันได้รับความรักจากคนรอบข้าง	-0.92**
1	ฉันมีความภูมิใจในความเป็นตัวฉัน	-1.72**
9	ฉันไม่กังวลใจต่อความตายที่จะเกิดกับฉัน	-1.87*
6	ฉันยังสามารถทำประโยชน์ให้กับชุมชนของฉันได้	-1.90**

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .01$)

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง 45 พบว่า มีข้อความที่โดดเด่นตามมุมมอง
องค์ประกอบ 4 จำนวน 9 ข้อความ และมีพิสัยของคะแนนองค์ประกอบ (Z-Score) ตั้งแต่ -1.90
ถึง 2.05

2.7.2 ข้อความที่ตกในมุมมององค์ประกอบ มากกว่า 1 องค์ประกอบ

พิจารณาผลการวิเคราะห์ปรากฏตามตาราง 39 40 41 และ 42 พบว่า มีข้อความ
บางข้อความที่ตกในมุมมององค์ประกอบ มากกว่า 1 องค์ประกอบ สรุปได้ตามตาราง 43 เพื่อ
นำไปสู่การพิจารณาว่าควรให้ข้อความนั้น ๆ อยู่ในองค์ประกอบใด หรือควรตัดข้อความนั้น ๆ ทิ้ง
ก่อนที่จะทำการตั้งชื่อองค์ประกอบต่อไป

ตาราง 45 ข้อความที่ตกในมุมมององค์ประกอบ มากกว่า 1 องค์ประกอบ

ข้อ ความ ที่	ข้อความที่แสดงในบัตรรายการ	คะแนน(Z-Score) องค์ประกอบ 1	คะแนน(Z-Score) องค์ประกอบ 2	คะแนน(Z-Score) องค์ประกอบ 3	คะแนน(Z-Score) องค์ประกอบ 4
1	ฉันมีความภูมิใจในความเป็นตัวฉัน	2.38**			-1.72*
9	ฉันไม่กังวลใจต่อความตายที่จะเกิดกับฉัน			-1.00*	-1.87*
11	ความเลื่อมของร่างกายฉันไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตปกติประจำวัน	-1.25*	-0.46*		
12	แม้ว่าฉันมีโรคประจำตัวแต่ฉันก็สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติ		0.55*	1.39*	
38	โรคประจำตัวที่ฉันมี หลายครั้งทำให้ฉันท้อแท้ไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อ	-1.79*		0.87**	
39	ชุมชนหรือท้องถิ่นของฉัน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรวมตัวกันเพื่อจัดกิจกรรม		-1.75*	-0.68**	
43	สมาชิกในครอบครัวของฉัน ให้การดูแลเอาใจใส่ ห่วงใยฉันเป็นอย่างดี	0.68*		1.51**	
47	บ่อยครั้งที่ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับลูกหลาน จนรู้สึกได้ว่าฉันเป็นทุกข์			-1.29**	1.52*
55	ฉันเห็นด้วยที่ว่า ถึงแม้จะหารายได้ไม่ได้ แต่การช่วยทำงานบ้าน ก็เป็นการลดค่าใช้จ่ายในบ้านได้			-0.43*	2.05**

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .01$)

พิจารณาข้อความที่ตกในมุมมององค์ประกอบ มากกว่า 1 องค์ประกอบ ตามตาราง 46 พิจารณาตามความเหมาะสมจาก ค่าคะแนนองค์ประกอบ (factor score: Z-Score) ประกอบกับการเข้ากันได้กับข้อความอื่น ๆ ในมุมมององค์ประกอบเดียวกันที่กำลังพิจารณา เมื่อเปรียบเทียบในเชิงโครงสร้างระหว่างกลุ่มข้อความ สรุปได้ดังตาราง 46 คือ

ข้อความที่ 1, 11 และ 43 ให้อยู่ในมุมมององค์ประกอบ 1
 ข้อความที่ 39 ให้อยู่ในมุมมององค์ประกอบ 2
 ข้อความที่ 9, 12, 38 และ 47 ให้อยู่ในมุมมององค์ประกอบ 3
 ข้อความที่ 55 ให้อยู่ในมุมมององค์ประกอบ 4

2.7.3 ชื่อขององค์ประกอบ

สรุปแล้วได้ข้อความที่มีความเข้ากันได้และสอดคล้องเป็นไปตามโครงสร้าง เล็ก
 ไว้เป็นมุมมององค์ประกอบ เพื่อการตั้งชื่อ สรุปได้ดังนี้

มุมมององค์ประกอบ 1 มีจำนวน 6 ข้อความ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 43, 24, 11 และ 37

มุมมององค์ประกอบ 2 มีจำนวน 5 ข้อความ ได้แก่ ข้อ 54, 46, 16, 28 และ 39

มุมมององค์ประกอบ 3 มีจำนวน 5 ข้อความ ได้แก่ ข้อ 12, 38, 48, 9 และ 47

มุมมององค์ประกอบ 4 มีจำนวน 6 ข้อความ ได้แก่ ข้อ 55, 35, 51, 7, 21 และ 6

ดังแสดงในตาราง 47 48 49 และ 50 พร้อมทั้งตั้งชื่อ มุมมององค์ประกอบแต่ละ
 มุมมององค์ประกอบ ได้แก่ 1) การใช้ชีวิตอย่างภาคภูมิ 2) การเห็นแก่ประโยชน์ผู้อื่น 3) ความ
 เข้าใจตนเองและผู้อื่น และ 4) ความมั่นคง ปลอดภัย และ ระบบนิเวศทางสังคมวัฒนธรรม
 ตามลำดับ

ตาราง 46 ข้อความในมุมมององค์ประกอบ 1 - การใช้ชีวิตอย่างภาคภูมิ

ข้อความ ที่	ข้อความที่แสดงในบัตรรายการ	คะแนน องค์ประกอบ (Z-Score)
1	ฉันมีความภูมิใจในความเป็นตัวฉัน	2.38**
3	ครอบครัวของฉันให้ความเคารพฉัน	2.19*
43	สมาชิกในครอบครัวของฉัน ให้การดูแลเอาใจใส่ ห่วงใยฉันเป็นอย่างดี	0.68**
24	เพื่อนบ้านของฉันรักใคร่ชอบพอบนมิตรต่อกันดี	-0.15**
11	ความเสียสละของร่างกายฉันไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตปกติประจำวัน	-1.25*
37	ฉันเห็นด้วยที่ว่า แก่แล้วก็อยู่บ้านไม่ต้องไปทำอะไร	-1.47*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .01$)

ตาราง 47 ข้อความในมุมมององค์ประกอบ 2 - การเห็นแก่ประโยชน์ผู้อื่น

ข้อความ ที่	ข้อความที่แสดงในบัตรรายการ	คะแนน องค์ประกอบ (Z-Score)
54	การได้ช่วยเหลือผู้อื่นทำให้ฉันภาคภูมิใจ	1.72**
46	ฉันช่วยสมาชิกในครอบครัวทำงานบ้านเท่าที่สามารถทำได้ เช่น บัดกวาดเช็ดถู หรือดูแลเลี้ยงหลาน	1.54**
16	ฉันพอใจต่อการได้เข้าร่วมในพิธีต่าง ๆ ของชุมชน ในฐานะผู้หลักผู้ใหญ่	1.29**
28	ชุมชนของฉัน เปิดโอกาส ให้ฉันได้ทำหรือร่วมกิจกรรมต่าง ๆ	-1.59**
39	ชุมชนหรือท้องถิ่นของฉัน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรวมตัวกันเพื่อจัดกิจกรรม	-1.75**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .01$)

ตาราง 48 ข้อความในมุมมององค์ประกอบ 3 - ความเข้าใจตนเองและผู้อื่น

ข้อความ ที่	ข้อความที่แสดงในบัตรรายการ	คะแนน องค์ประกอบ (Z-Score)
12	แม้ว่าฉันมีโรคประจำตัวแต่ฉันก็สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติ	1.39*
38	โรคประจำตัวที่ฉันมี หลายครั้งทำให้ฉันท้อแท้ไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อ	0.87**
48	ฉันเห็นด้วยกับที่ว่า การมีเพื่อนบ้านที่ดีเสมือนมีรั้วที่แข็งแรง ดังนั้นฉันจึงสร้าง มิตรกับเพื่อนบ้านเสมอ	-0.01*
9	ฉันไม่กังวลใจต่อความตายที่จะเกิดกับฉัน	-1.00*
47	บ่อยครั้งที่ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับลูกหลาน จนรู้สึกได้ว่าฉันเป็นทุกข์	-1.29**

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

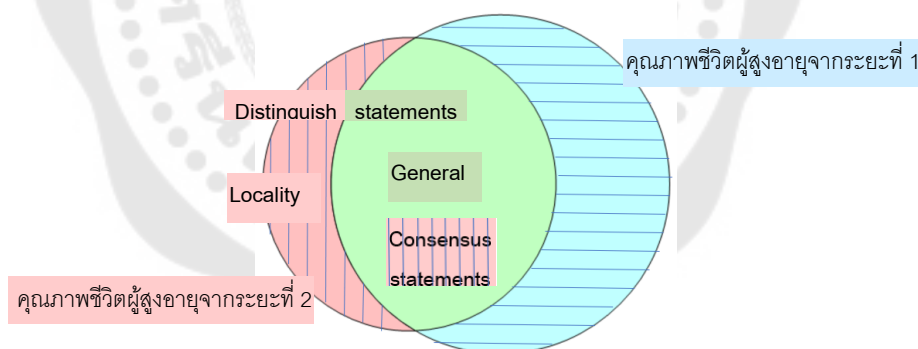
** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .01$)

ตาราง 49 ข้อความในมุมมององค์ประกอบ 4 - ความมั่นคง ปลอดภัย และระบบนิเวศทางสังคม
วัฒนธรรม

ข้อความ ที่	ข้อความที่แสดงในบัตรรายการ	คะแนน องค์ประกอบ (Z-Score)
55	ฉันเห็นด้วยที่ว่า ถึงแม้จะหารายได้ไม่ได้ แต่การช่วยทำงานบ้าน ก็เป็นการลด ค่าใช้จ่ายในบ้านได้	2.05**
35	ที่พักที่ฉันอาศัยอยู่ มีการจัดข้าวของเครื่องใช้ต่าง ๆ เป็นระบบระเบียบดี	1.90**
51	ฉันไม่สะดวกใจในการต้องปรับตัวกับเพื่อนใหม่ในวัยเดียวกัน (สูงอายุ)	1.35**
7	ฉันได้ทำสิ่งที่ฉันตั้งใจสูงสุดในชีวิตแล้ว	-0.50**
21	ฉันรับรู้ได้ว่า ฉันได้รับความรักจากคนรอบข้าง	-0.92**
6	ฉันยังสามารถทำประโยชน์ให้กับชุมชนของฉันได้	-1.90**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .01$)

การบูรณาการข้อสรุปร่วม (meta-interface) โดยนำเสนอร่วมกัน (joint display)



ภาพประกอบ 23 การผสานผลการวิจัยระยะที่ 1 และ 2 เพื่อใช้เป็นแนวคำถามการสนทนากลุ่มใน
ระยะที่ 3

จากภาพอธิบายได้ว่า คุณภาพชีวิตตามมุมมองผู้เชี่ยวชาญที่เป็นมุมมองคนนอก แทน
ด้วยวงกลมที่มีเส้นนอนด้านขวามือ เขียนแทนผลการวิจัยระยะที่ 1 เมื่อนำมาสรุปร่วมกับคุณภาพ
ชีวิตจากมุมมองของผู้สูงอายุในบริบทชุมชนวัดบางปรอง แทนด้วยวงกลมที่มีเส้นตั้งด้านซ้ายมือ
แทนผลการวิจัยระยะที่ 2 จากแผนภาพสามารถอธิบายได้ว่า ส่วนที่วงกลมทั้งสองซ้อนทับกัน นั้น
คือ ความหมายและองค์ประกอบของผู้เชี่ยวชาญในฐานะมุมมองจากคนนอก และของผู้สูงอายุ

ชุมชนวัดบางปรุง ที่เป็นบริบทของการพัฒนา ที่มีความตรงกัน หรือสอดคล้องกัน อธิบายได้ว่า ไม่
ว่าจะเป็นผู้สูงอายุที่ใด ชุมชนใด ส่วนประกอบนี้เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุทุกคนให้ความสำคัญ ตาม
มุมมองความเห็นจากทั้งผู้เชี่ยวชาญ (ในระยะที่ 1) และผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรุง (ในระยะที่ 2)
เรียกได้ว่า ส่วนที่ซ้อนทับกันนี้ มีความเป็นทั่วไป (general) ดังภาพประกอบที่อยู่ตรงกลางและ
ซ้อนทับกันระหว่างวงกลมด้านซ้ายและด้านขวา

ในขณะที่ คนทั่ว ๆ ไป (laypersons) ในที่นี้คือบริบทที่จะทำการพัฒนา ได้แก่ ผู้สูงอายุ
ชุมชนวัดบางปรุง มีมุมมองหรือการให้ความหมายของคุณภาพชีวิต ที่แตกต่าง จากคุณภาพชีวิต
ทั่ว ๆ ไป คือ มีความจำเพาะต่อพื้นที่ (locality) ดังองค์ประกอบต่าง ๆ ที่แสดงในระยะที่ 2 ของการ
วิจัย ส่วนนี้แทนด้วยพื้นที่ที่เป็นเส้นตั้งด้านซ้ายมือ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาจากวิธีวิทยาการควินัน
จะมีข้อความอยู่ 2 ลักษณะ ได้แก่ ข้อความที่สามารถจำแนกได้เป็นมุมมององค์ประกอบ
(distinguish statements) กับข้อความอีกประเภท คือ ข้อความที่เป็นลักษณะร่วมของมุมมอง
องค์ประกอบ (consensus statements) ซึ่งข้อความชนิดหลังนี้ แทนด้วยพื้นที่ที่มีเส้นตั้งและอยู่ใน
ส่วนที่ซ้อนทับกันของแผนภาพ มีความหมายว่า ผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรุง ที่เป็นคนทั่ว ๆ ไป จะให้
ความหมายหรือมุมมองต่อคุณภาพชีวิตที่มีลักษณะทั่วไปและสอดคล้องกับความคิดเห็นของ
ผู้เชี่ยวชาญ และในขณะเดียวกัน คุณภาพชีวิตตามมุมมองผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรุง ก็มี
ลักษณะเฉพาะ ซึ่งแทนด้วยพื้นที่ที่เป็นแนวตั้งแต่ไม่ซ้อนทับกับพื้นที่ที่มีเส้นแนวนอน ซึ่งลักษณะ
เช่นนี้คือ ลักษณะเฉพาะของพื้นที่ชุมชนนี้ที่ผู้เชี่ยวชาญในระยะที่ 1 อาจไม่ได้กล่าวถึง

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ระยะที่ 3: การสนทนากลุ่ม

การวิจัยในส่วนนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินประเด็นปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวข้อง
กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบริบท ดำเนินการสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุจำนวน 11 ท่าน
คัดเลือกแบบเจาะจง ที่เต็มใจเข้าร่วมการสนทนากลุ่มและมีคะแนนจากแบบวัดคุณภาพชีวิต
ผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกอยู่ในกลุ่มต่ำซึ่งจำแนกมาจากการวิเคราะห์จัดกลุ่ม (cluster
analysis) เมื่อสิ้นสุดการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล ด้วยการ
วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยการกำหนดดัชนีข้อมูล (indexing) การวิเคราะห์จำแนก
ประเภทข้อมูลเป็นกลุ่มคำ ทำดัชนีข้อมูลเชิงบรรยาย เชิงตีความ เชิงอธิบาย ทำข้อสรุปชั่วคราว
(memoing) ด้วยการทดลองเขียนประโยค จากนั้นทำการกำจัดข้อมูล (data reduction) และสร้าง
บทสรุป (drawing conclusion)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ประเด็นปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพ
ชีวิตผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรุง จากการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 1) ปัญหาสุขภาพ 2) ปัญหา

จากสภาพเศรษฐกิจ 3) ความต้องการแก้ปัญหาด้านสุขภาพ เรื่องการนอนไม่หลับ ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการศึกษาโดยลำดับ ดังนี้

ประเด็นปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

- 1 ปัญหาสุขภาพ
- 2 ปัญหาจากสภาพเศรษฐกิจ
- 3 ความต้องการแก้ปัญหาด้านสุขภาพ เรื่องการนอนไม่หลับ

ประเด็นปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม โดยสรุปพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาหลักที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุวัดบางปรัง ได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพ ในขณะที่เดียวกันยังพบอีกว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสภาพเศรษฐกิจ โดยกลุ่มให้น้ำหนักไปที่ปัญหาการนอนหลับซึ่งส่งผลอย่างมากต่อสุขภาพ และเป็นเสียงส่วนใหญ่ของกลุ่มจาก 9 ใน 11 คนที่ประสบปัญหานี้เพราะต้องประสบอยู่เกือบทุกวัน รบกวนต่อคุณภาพชีวิตประจำวันอย่างมาก ดังรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ปัญหาสุขภาพ

จากการสนทนากลุ่ม มีประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เป็นปัญหาหลักที่รบกวนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หลายประเด็นปัญหา ได้แก่ 1) ปัญหาสุขภาพด้านร่างกายในระบบทางเดินหายใจ อันเนื่องจากผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม 2) ปัญหาสุขภาพด้านจิตใจ เกิดจากผลกระทบด้านสังคม 3) ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย เนื่องจากระบบนิเวศทางสังคม เพราะขาดระบบคมนาคมขนส่งที่ไม่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และ 4) ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จากการนอนไม่หลับ อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของวัยที่อายุมากขึ้น ความคิด ความเชื่อ และความวิตกกังวล ดังบทสนทนาบางตอน ต่อไปนี้

“รู้สึกว่ามันค่อนข้างจะป่วย ป่วยทั้งบ้าน คนรอบ ๆ ข้างอยากจะไอ...”

(สนทนากลุ่ม รุ่งทิพย์ (นามสมมุติ) เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2562)

“ไอ หายใจติดๆขัดๆ”

(สนทนากลุ่ม สัมเกลี้ยง (นามสมมุติ) เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2562)

“ใช่ๆ” [พยักหน้า คลอไปขณะที่บุคคลที่สามในกลุ่มพูดเรื่องการเก็บป่วยจากคว้นพิช]

(สนทนากลุ่ม ปราณี จำเนียร สัมเกลี้ยง (นามสมมุติ) เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2562)

จากการสนทนากลุ่ม ทำให้ทราบว่าสาเหตุที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรอง เนื่องจากสิ่งแวดล้อม คือ อากาศที่มีมลภาวะ ทำให้หายใจไม่สะดวกติดขัด และเกิดอาการไอ สำลัก เพราะในช่วงระยะเวลาก่อนหน้านี้จะจัดสนทนากลุ่ม หลายส่วนในประเทศไทย และชุมชนวัดบางปรองได้รับผลกระทบจากฝุ่นพิษ PM 2.5 ที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยในระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กและผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ เป็นสาเหตุ “ด้านสิ่งแวดล้อม” ที่ส่งผลทางตรงอย่างเห็นได้ชัดต่อคุณภาพชีวิต ดังตัวอย่างบางตอนของบทสนทนา ดังนี้

“ก็มีอยู่หนะนะ ตอนนั้นที่ทีวีเขาออกว่าหมอกควันอะไรนะจากกรุงเทพฯ แต่ว่าที่บ้าน
มันก็ จะป่วยกันทั้งบ้านเลย ...”

“ตอนนั้นก็หาหมอกัน ... เราอาจจะมาบ้างเพราะเหมือนกับบ้านเราก็ใกล้ ๆ ปริมาณ
เหมือนกัน จะรู้สึกว่ามันค่อนข้างจะป่วย ป่วยทั้งบ้าน”

(สนทนากลุ่ม รุ่งทิพย์ (นามสมมุติ) เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2562)

นอกจากสาเหตุ “ด้านสิ่งแวดล้อม” แล้ว สาเหตุ “ด้านสังคม” ก็ส่งผลต่อ สุขภาพด้านจิตใจ ที่ทำให้เกิดปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนวัดบางปรองเช่นกัน ดังตัวอย่างบางตอนของบทสนทนา ดังนี้

“ต่างตัวอยู่ใกล้คลอง แล้วมาหาปลา บางทีข้ามมาบ้านเรา ถ้ามามาได้ยังงัย บอกมาหา
ปลา

เขาไม่ใช่คนพวกเดียวกับเรานะ แต่ไม่รู้ว่าเขามาหาปลาหรือหาอะไรก็ไม่รู้”

“ใช่ เวลาไปไหนก็ไม่กล้าทิ้งบ้าน เป็นห่วงบ้าน”

(สนทนากลุ่ม ปราณี (นามสมมุติ) เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2562)

จากบทสนทนา การที่คนต่างต่าง เข้ามาในพื้นที่ใกล้ที่พักอาศัย คำว่า “ไม่ใช่คนพวกเดียวกับเรานะ” แสดงถึงความไม่ไว้วางใจ เชื่อใจ ก่อให้เกิดความหวาดระแวง รู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย เป็นทุกข์ เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพด้านจิตใจ ที่เกิดจากสาเหตุด้านสังคม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรองเช่นกัน

นอกจากนี้ สาเหตุ “ด้านระบบนิเวศทางสังคม” เช่น ระบบคมนาคมขนส่งที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ สวัสดิการหรือบริการจากภาครัฐ ก็มีส่วนสำคัญไม่น้อยต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังตัวอย่างบางตอนของบทสนทนา ดังนี้

“ตอนไปหมอนามัย บางทีลูกหลานไม่อยู่ก็ตุ๊กตุ๊กไปรับ ถ้าไม่มีตุ๊กตุ๊กก็ไม่ได้ไป”

“แต่บางที่ขากลับเขามาส่งนะ อนามัย แต่ถ้าไปเราต้องไปให้ได้”

(สนทนากลุ่ม จำเนียร (นามสมมุติ) เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2562)

จากข้อความจะเห็นว่า ผู้สูงอายุไม่สามารถเดินทางไปหาหมอได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพด้านร่างกายตามมา หากไม่มีลูกหลานไปส่ง ต้องอาศัยรถรับจ้าง ถ้าระบบนิเวศทางสังคมดี มีระบบคมนาคมขนส่งที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุสามารถเดินทางได้ด้วยตนเอง หรือหากภาครัฐมีรัฐสวัสดิการรับ-ส่งผู้สูงอายุถึงบ้าน ก็จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรองดีขึ้น อย่างน้อยก็ดีกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

สุดท้ายปัญหาที่ได้รับความสำคัญมากที่สุดมีความซับซ้อนของสาเหตุมากที่สุด นั่นคือ ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จากการนอนไม่หลับ อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของวัยที่อายุมากขึ้น ความคิด ความเชื่อ และความวิตกกังวล ปัญหาการนอนไม่หลับนี้เป็นปัญหาที่กลุ่มให้ความสนใจอย่างสูง เนื่องจากส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตประจำวันอย่างมาก จากการที่ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินรายการ (moderator) กลุ่ม ผลสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุ 9 จาก 11 คน ที่ร่วมกันสนทนากลุ่ม ยกมือยอมรับว่าประสบปัญหาการนอนไม่หลับอยู่ในปัจจุบัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอในบทสนทนากลุ่ม ดังต่อไปนี้

“อายุมากขึ้นแล้วนอนไม่หลับ บางวันสองทุ่มก็นอนแล้ว”

(สนทนากลุ่ม จำเนียร (นามสมมุติ) เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2562)

“พอถึงเวลาหลับ ก็ไม่ค่อยอยากจะหลับ”

(สนทนากลุ่ม สัมเกลี้ยง (นามสมมุติ) เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2562)

“ยากเหมือนกัน” [หมายถึงการพยายามนอนให้หลับ]

(สนทนากลุ่ม ช่อ (นามสมมุติ) เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2562)

“ตีหนึ่งตีสอง ไปจนถึงเช้ามีดเลย”

“พอตื่นมาแล้วก็ไม่หลับแล้ว

(สนทนากลุ่ม สันต์ (นามสมมุติ) เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2562)

“ถ้ากลางวันได้นอน กลางคืนก็ไม่ได้นอน”

(สนทนากลุ่ม ทองคำ (นามสมมุติ) เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2562)

จากบทสนทนา สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มมีปัญหาเรื่องการนอนหลับกันในรูปแบบต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น การเข้านอนแล้วใช้เวลากว่าจะกลีบหลับ ต้องใช้ความพยายามนอนจนกว่าจะหลับ การนอนที่ตื่นมากลางดึกแล้วไม่สามารถหลับต่อได้ การนอนไม่หลับที่รบกวนการนอนหลับจากการหลับไม่เป็นเวลา ซ้ำบ้างเร็วบ้างในแต่ละวัน เป็นต้น ซึ่งมีสาเหตุตามการรับรู้ของผู้สูงอายุแตกต่างกันไป ดังบทสนทนากลุ่มบางตอน ดังนี้

“วัยมันสูงขึ้น”

(สนทนากลุ่ม สมหมาย (นามสมมุติ) เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2562)

“เป็นตอน... ตอนมีอายุเนี่ยแหละ เป็น 50 ไปแล้ว 60 ไปแล้ว”

(สนทนากลุ่ม ปราณี (นามสมมุติ) เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2562)

“ตอนเป็นหนุ่ม ๆ สาว ๆ ไม่เป็น เป็นตอน... ตอนมีอายุเนี่ยแหละ เป็น 10 ปี (ให้หลัง) นี้แหละ”

(สนทนากลุ่ม สันต์ (นามสมมุติ) เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2562)

จากข้อความบางตอนนี้ แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรอง รับรู้ถึงสาเหตุของการนอนไม่หลับนั้น เกิดมาจากการเปลี่ยนแปลงของวัยที่อายุมากขึ้น และยังมีประเด็นสาเหตุอื่นดังข้อความบางตอน ต่อไปนี้

“... และอีกอย่างหนึ่ง เวลาตื่นตื่น จะไปไหนอย่างเนี่ย อันนั้นนะ จะนอนไม่หลับเลย”

“อ้อ คิดแบบนั้น... เวลาที่ต้องไปต่างจังหวัด”

(สนทนากลุ่ม สันต์ (นามสมมุติ) เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2562)

“ถ้ากลางวันได้นอน กลางคืนก็ไม่ได้นอน”

(สนทนากลุ่ม ทองคำ (นามสมมุติ) เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2562)

ข้อความดังกล่าว เป็นตัวแทนสะท้อนว่า สาเหตุอีกประการของการนอนไม่หลับ ตามการรับรู้ของผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรองกลุ่มนี้ คือ การมีความคิด ความเชื่อ และความวิตกกังวลต่อการนอนหลับ

ปัญหาการนอนไม่หลับ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม เพราะเมื่อกายและใจไม่ดี อารมณ์ไม่ดี ก็จะทำให้มีปัญหาด้านการปฏิสัมพันธ์ และกิจกรรมกับผู้อื่น จากบทสนทนากลุ่มพบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากมีปัญหาในการดำรงชีวิตหลายประการ เช่น อ่อนเพลีย ง่วงนอน หงุดหงิด งอแง ไม่มีเรี่ยวแรง ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ทำให้เป็นปัญหาต่อคุณภาพชีวิต เดือดร้อนจนต้องไปพบแพทย์และหันไปพึ่งยานอนหลับ ดังบทสนทนาบางตอนดังต่อไปนี้

“มีสิ พอนอนไม่หลับเราก็อ่อนเพลีย”

(สนทนากลุ่ม ปราณี (นามสมมุติ) เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2562)

“พอตอนกลางวันเราก็จง่วง”

(สนทนากลุ่ม จำเริญ (นามสมมุติ) เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2562)

“สะโหลสะเหล”

(สนทนากลุ่ม รุ่งทิพย์ (นามสมมุติ) เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2562)

“... กลางคืนถ้าเรานอนไม่หลับ แล้วกลางวันไม่ได้พักผ่อนนะ ช่วงบ่ายอะเหมือนเด็กจะงอแงไง”

“หมอบอกว่า ถ้าไม่สั่งหยุด ไม่เป็นอันตราย แต่พอกิน มันหลับสบายจริง”

(สนทนากลุ่ม ปราณี (นามสมมุติ) เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2562)

“เหมือนบางคนนะ ต้องกินยานอนหลับช่วย เพราะว่ามันชักหลายคืนเข้า ไม่ไหวอะทนไม่ไหว นอกจากไม่ไหวมาก ก็ต้องเอามากิน บางทีเรากินก็เหมือนติดใจ”

(สนทนากลุ่ม รุ่งทิพย์ (นามสมมุติ) เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2562)

กล่าวโดยสรุป ผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรอง มีปัญหาสุขภาพหลายประการ ได้แก่ ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย (physical health) จิตใจ (mental health) สังคม (social) ที่มีสาเหตุหรือได้รับผลกระทบมาจากปัจจัยสาเหตุด้านสิ่งแวดล้อม (physical environment) สาเหตุด้านสังคม (social) และสาเหตุด้านระบบนิเวศทางสังคม (social eco-system) โดยมีปัญหาการนอนไม่หลับเป็นปัญหาที่ได้รับความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากเป็นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลในทุก ๆ ด้าน ทั้งทางร่างกาย ทำให้อ่อนเพลีย ง่วง สะโหลสะเหล ด้านจิตใจ จะหงุดหงิด งอแง ด้านสังคม คือ เมื่อมีปัญหาข้างต้น ก็จะทำให้ไม่อยากมีปฏิสัมพันธ์หรือร่วมทำกิจกรรมกับผู้อื่น เพราะหมกมุ่นอยู่กับการพยายามนอน

ปัญหาจากสภาพเศรษฐกิจ

ไม่เพียงแต่ปัญหาด้านสุขภาพเท่านั้น ที่ผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรอง ประสบอยู่ หากแต่ปัญหาจากสภาพเศรษฐกิจ ก็ยังเป็นอีกหนึ่งปัญหาที่ผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรอง สะท้อนออกมาในการสนทนากลุ่ม ดังแสดงในหลายตอนของบทสนทนากลุ่ม ต่อไปนี้

“จะว่ามีเยอะ มันก็ไม่มีนะ มีน้อย...” [หมายถึง เงิน] “แต่ที่เราทำได้ เราก็อยู่กับมันให้ได้ คิดอย่างนี้สุขภาพจิตเราก็ดีด้วย”

(สนทนากลุ่ม รุ่งทิพย์ (นามสมมุติ) เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2562)

“ปลูกมะพร้าวก็... พอขึ้นต้นมันก็ด้วงกินซะแล้ว เรายังไงอะ

“แล้วเดี๋ยวนี้นะ จะกินเองก็ยังไม่พอ”

“พอหนักเข้า ผมก็เลยต้องค้าขาย ค้าขายเวลานี้ คือ ขายสวนขายนาไปแล้ว”

(สนทนากลุ่ม สมหมาย (นามสมมุติ) เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2562)

“ตัวเองนี่ เมื่อก่อนขายของ แล้วตอนหลังเป็นโรคหืดหอบ แล้วก็แพ้ฝุ่นควัน พวกเนี้ยแล้วกำเริบ ก็เลยหยุด...”

(สนทนากลุ่ม รุ่งทิพย์ (นามสมมุติ) เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2562)

“จากเงินล้าน มาเหลือเงินแสน จากเงินแสนวันนี้ต้องนับเงินหมื่นแล้วนะ มันเล็กลงขึ้นทุกที เพราะว่าอากาศมันไม่ดี มันไม่โต แล้วบางทีเลี้ยงไป 20 วัน ก็ตาย เราก็ลงทุน

ไป เราก็พยายามเปลี่ยนนะ กุลาดำเลี้ยงไม่ได้ ก็กุลาชาว กุลาชาวอย่างเดียวเลี้ยงไม่ได้ ก็เอาก้ามกราม มาปน ก้ามกรามมันจะไม่ใช่โรค ก็คือได้ก้ามกราม ก็ผลัดเปลี่ยน บางทีชีวิตเราก็เลือกไม่ได้”

(สนทนากลุ่ม ปราณี (นามสมมุติ) เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2562)

“เวลานี้มีมะขามวางจนแจกไปแล้ว” - จำเนียร

“มะขามเปียกนะ ใหม่ ๆ ก็โลละ 80 เดียวนี้ 60 ยังไม่มีคนเอาเลย” - ปราณี

“มีมะม่วง มีอะไรขาย เขาไม่ซื้อหรอก แต่แจกเขาเอา” - สมหมาย

“มะม่วง ถ้าออกเพิ่มมาเยอะ ๆ ต้องกวนก็มี ถ้าไม่ไหวก็แจกนะ ขายไม่ได้” - ปราณี

“อย่างมะม่วงเนี่ย พอออกมาก็มีกันทุกบ้าน” - สันต์

“ก็ต้องขยันขันแข็งขึ้นราไป มันก็ไม่คุ้มกับค่าน้ำมัน แต่ช่วงนี้มีตลาดนัดก็ดีนะ...ก็มันออก

ทะวาย มาก่อนนะ ออกมารุ่นแรก ๆ พอขายได้” - ปราณี

“กล้วยกล้วย... ไห...” - สมหมาย

“กลัวยบ่oley พันให้ปลากิน และก็ไอ้คนบ้านเราก็น้ำตาลเกิน อย่างเนี้ย

กินเข้าไปก็ไม่ได้นะ ก็ทิ้งไปทิ้งมา...ต้องไปบ่อปลานะ โยนให้ปลากิน” - ปราณี

(สหชนากลุ่ม จำเนียร ปราณี สมหมาย สันต์ (นามสมมติ) เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2562)

จากตัวอย่างข้อความที่ยกมา จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาทางสภาพเศรษฐกิจ สภาพคล่อง ตั้งแต่เรื่องการขาดแคลนแต่ทุนเดิม สภาพเจ็บป่วยจนต้องหมดอาชีพแหล่งรายได้ไป หรือจากสภาพเศรษฐกิจถดถอย และปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผลผลิตที่เคยสร้างรายได้จำนวนมาก ลดลงจากเดิมอย่างมากทั้งในด้านปริมาณและราคา รวมไปถึงสภาวะสินค้าเกษตรในท้องถิ่นล้นตลาดทำให้ราคาพืชผลการเกษตรตกต่ำถึงขั้นต้องนำไปทิ้ง ไม่สามารถขาย หรือขายก็ไม่ได้คุ้มต้นทุนค่าขนส่ง

ความต้องการแก้ปัญหาด้านสุขภาพ เรื่องการนอนไม่หลับ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรุง พบว่า จาก 9 ใน 11 คนที่ประสบปัญหาการนอนไม่หลับ ต้องการอยากแก้ปัญหานี้เป็นเรื่องเร่งด่วน เพราะต้องประสบปัญหาบ่อยครั้ง เฉลี่ยสัปดาห์ละ 4 วัน รบกวนต่อคุณภาพชีวิตประจำวันเป็นอย่างมาก สะท้อนจากบทสนทนากลุ่ม ดังนี้

“เพราะว่ามันชักหลายคืนเข้า ไม่ไหวอะ ทนไม่ไหว นอกจากไม่ไหวมาก ก็ต้องเอามากิน
...”
[กินในที่นี้คือ กินยานอนหลับ]

(สนทนากลุ่ม รุ่งทิพย์ (นามสมมุติ) เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2562)

“ดีสิ ดีแน่นอนเลย”

[ผู้วิจัยตั้งคำถามในกลุ่มว่า หากเราสามารถเปลี่ยนการนอนไม่หลับให้เป็นการ
นอนหลับ จะดีหรือไม่]

(สนทนากลุ่ม สันต์ (นามสมมุติ) เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2562)

หลังจากผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ได้ฟังว่ามีความเป็นไปได้และต้นตอที่ได้ยินว่า จะ
สามารถช่วยแก้ปัญหาเกี่ยวกับการนอนไม่หลับนี้ไปในทางที่ดีขึ้นได้ ผู้วิจัยสังเกตจากการที่
ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มทุกคนหันไปพูดคุย พักหน้า และยิ้มอย่างมีความหวัง ผู้วิจัยจึงถามคำถาม
ว่า “สมมุติว่า ถ้ามีคนช่วยแก้ปัญหาเรื่องนี้ได้ มีใครสนใจอยากเข้าร่วมโครงการเรื่องแก้ปัญหการ
นอนหลับบ้าง ขอให้ยกมือ” ปรากฏว่าทุกคนทั้ง 11 คน ในกลุ่มยกมือขึ้นอย่างพร้อมเพรียงกัน
แม้ว่าจะมีผู้ประสบปัญหาการนอนไม่หลับ 9 ใน 11 คน ก็ตาม

ผู้วิจัยจึงได้ข้อสรุปและตอบจุดมุ่งหมายการวิจัยที่ว่า เพื่อประเมินประเด็นปัญหาและ
ความต้องการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในบริบทชุมชนวัดบางปรอง และสามารถ
นำไปประเด็นที่จะใช้ในการสร้างโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เหมาะสมสำหรับชุมชน
วัดบางปรอง จังหวัดฉะเชิงเทรา ในการวิจัยระยะที่ 4 ต่อไป

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ระยะที่ 4: การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่ออกแบบมาเฉพาะสำหรับชุมชนวัดบางปรอง

งานวิจัยในระยะที่ 4 นี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนา
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่ออกแบบมาเฉพาะ (tailor-made) สำหรับชุมชนวัดบางปรอง เนื่องจาก
โปรแกรมที่พัฒนาคุณภาพชีวิตนี้ มีชื่อว่า “โปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพ
ชีวิต” ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาโดยอาศัยผลการศึกษาในช่วงที่ 1 ถึง 3 มาการออกแบบกิจกรรมใน
โปรแกรมเพื่อให้สอดคล้องต่อปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของบริบทผู้สูงอายุชุมชนวัดบาง

ปร่ง โดยเน้นที่ความง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ จนได้โปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต ดังกล่าวมาใช้ในการทดลองของการศึกษาระยะที่ 4 นี้ ผู้วิจัยนำเสนอเป็น 3 ตอน คือ

1. ผลการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มที่ใช้ดำเนินการทดลองด้วยสถิติพื้นฐานนำเสนอเป็นตารางไขว้ (crosstabulation)

2. ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ประกอบด้วย

2.1 ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นความเท่าเทียมกันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการเปรียบเทียบคะแนนการวัดคุณภาพการนอนหลับ และคุณภาพชีวิตก่อนการทดลอง

2.2 ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการจัดการกระทำ (manipulation check) แสดงหลักฐานการตรวจสอบ ดังนี้

2.2.1 ผลคะแนนพัฒนาการสัมพัทธ์ (relative gain scores) เป็นรายบุคคล เพื่อแสดงพัฒนาการของแต่ละคนว่าหลังจากเสร็จสิ้นการทดลองแล้ว ผู้เข้าร่วมจะมีการนอนหลับที่ดีขึ้นหรือไม่เพียงใด

2.2.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการวัดคุณภาพการนอนหลับหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

3. ผลการตรวจสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เหมาะสมสำหรับชุมชนวัดบางปร่ง ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการทดลอง โดยให้คะแนนก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม (covariate)

ทั้งนี้ เพื่อให้ทราบประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่ออกแบบมาเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปร่ง

สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

N	แทน	จำนวนผู้สูงอายุที่ทำการศึกษาดทดลอง
$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ยของคะแนนความต้องการจำเป็น
S.D.	แทน	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
$S_{\bar{X}}$	แทน	ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน
CI	แทน	อาณาเขตแห่งความเชื่อมั่นที่ $100(1 - \alpha)\%$

โดย α คือระดับนัยสำคัญ		
df	แทน	องศาความเป็นอิสระ
F	แทน	สถิติทดสอบเอฟ
p-value	แทน	ค่าความน่าจะเป็น
*, **	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มที่ใช้ดำเนินการทดลอง

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการทดลองในครั้งนี้ แบ่งออกเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีจำนวนเท่า ๆ กัน ดังที่แสดงวิธีการคำนวณในบทที่ 3 คือ กลุ่มละ 8 คน ได้มาจากผู้สูงอายุจำนวน 11 คนที่เป็นผู้เข้าร่วมจัดสนทนากลุ่มในการศึกษา ระยะที่ 3 ประเมินคุณภาพการนอนหลับ ด้วยแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิทส์เบิร์ก ฉบับภาษาไทย (Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (Methipisit; et al. 2016) ได้ผลการประเมินว่า มีผู้สูงอายุ 9 คน ที่ได้คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ คือ มีคะแนนมากกว่า 5 คะแนน แปลความได้ว่า มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลการจัดสนทนากลุ่มที่พบว่า มีผู้สูงอายุ 9 ใน 11 ท่านที่ประสบปัญหานี้ แล้วจึงทำการเลือกตัวอย่างเพื่อเข้ากลุ่มเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 8 คน สำหรับกลุ่มควบคุมอีก 8 คนนั้น ผู้วิจัยเลือกด้วยวิธีจับคู่ (matching) ผู้สูงอายุที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตในเกณฑ์กลุ่มต่ำ ที่ไม่ใช่คนเดียวกันกับที่อยู่ในกลุ่มที่จัดสนทนากลุ่มในระยะที่ 3

ข้อมูลรายละเอียดลักษณะทั่วไปของกลุ่มที่ใช้ดำเนินการทดลอง แสดงในตาราง 51 ต่อไปนี้

ตาราง 50 กลุ่มที่ใช้ดำเนินการทดลอง จำแนกตามเพศ

ลักษณะของกลุ่มที่ใช้ในการทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	2	25.00	2	25.00	4	25.00
หญิง	6	75.00	6	75.00	12	75.00
รวม	8	100.00	8	100.00	16	100.00

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง พบว่า กลุ่มที่ใช้ดำเนินการทดลอง จำแนกตามเพศ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีจำนวนเท่ากันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คือ 6 คน ในขณะที่อีก 2 คนของแต่ละกลุ่มนั้นเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 25 และ 75 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น

ในส่วนนี้ ผู้วิจัยดำเนินการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

2.1 ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นความเท่าเทียมกันของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยการเปรียบเทียบคะแนนการวัดคุณภาพการนอนหลับ และคุณภาพชีวิตก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยใช้สถิติทดสอบทีแบบกลุ่มอิสระ (independent samples t-test) ในการทดสอบ ความเท่าเทียมกันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการเปรียบเทียบคะแนนการวัดคุณภาพการนอนหลับ และคุณภาพชีวิตก่อนการทดลอง ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติทดสอบว่าด้วยเรื่องการแจกแจงแบบปกติ (normality) พบว่า คะแนนคุณภาพการนอนหลับและคะแนนคุณภาพชีวิต ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ กล่าวคือ ค่าสถิติแชปรีโอ-วิลค์ (Shapiro-Wilk) มีค่าเท่ากับ .932 ($df=16$, $p>.261$) และ .946 ($df=16$, $p>.435$) ตามลำดับ นั่นหมายความว่า คะแนนคุณภาพการนอนหลับและคะแนนคุณภาพชีวิต มีการแจกแจงแบบปกติ

และเรื่องความเท่ากันของความแปรปรวนด้วยการทดสอบของเลวีเนส (Levenes' test of equality of variances) แล้ว พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = .728$, $df=14$, $p > .408$) สำหรับคะแนนคุณภาพการนอนหลับ ในขณะที่ คะแนนคุณภาพชีวิต พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = .259$, $df=14$, $p > .619$) ตามลำดับ ซึ่งถือว่าไม่ละเมิดข้อตกลงเบื้องต้น ได้ผลการวิเคราะห์ ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 51 คุณภาพการนอนหลับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง

คะแนน คุณภาพ การนอนหลับ	$\bar{X}$	S.D.	t	p.	อาณาเขต แห่งความเชื่อมั่นที่ 95%	
					ขอบล่าง	ขอบบน
กลุ่มทดลอง	11.00	2.3905	1.694	.112	-0.6657	5.6657
กลุ่มควบคุม	8.50	3.4226				

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนคุณภาพการนอนหลับแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ คือ มีคะแนนพอ ๆ กัน

ตาราง 52 คุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง

คะแนน คุณภาพ ชีวิต	$\bar{X}$	S.D.	t	p.	อาณาเขต แห่งความเชื่อมั่นที่ 95%	
					ขอบล่าง	ขอบบน
กลุ่มทดลอง	66.750	6.585	-1.796	.094	-12.892	1.142
กลุ่มควบคุม	72.625	6.501				

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ คือ มีคะแนนพอ ๆ กัน

จึงสรุปว่า ก่อนการทดลองคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

2.2 ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการจัดกระทำ (manipulation check)

ในตอนนี้ ผู้วิจัยแสดงหลักฐาน ให้เห็นเกี่ยวกับการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการจัดกระทำ (manipulation check) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ตอน โดยตอนแรกเน้นการนำเสนอเป็นรายบุคคล และตามด้วยส่วนที่ 2 ที่นำเสนอผลการเปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างทั้งกลุ่ม

2.2.1 ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการจัดกระทำ (manipulation check) เป็นรายบุคคลด้วย คะแนนพหุนาการสัมพัทธ์ (relative gain scores)

ผู้วิจัยเสนอผลการวิเคราะห์ส่วนนี้ เพื่อแสดงพัฒนาการของแต่ละคนว่าหลังจากเสร็จสิ้นการทดลองแล้ว ผู้เข้าร่วมการทดลองในกลุ่มทดลองจะมีการนอนหลับที่ดีขึ้นหรือไม่เพียงใด ดังแสดงผล ปรากฏตามตารางต่อไปนี้

ตาราง 53 คะแนนพัฒนาการสัมพัทธ์ในกลุ่มทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลอง

คะแนนจากแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (PSQI)					
คนที่	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ผลต่างระหว่าง คะแนน ก่อนและหลัง	ผลต่างระหว่าง คะแนนเต็มกับ คะแนนสอบ ก่อน	คะแนน พัฒนาการ สัมพัทธ์ (%)
	Pre	Post	Post - Pre	Full - Pre	$\frac{\text{Post} - \text{Pre}}{\text{Full} - \text{Pre}} \times 100$
1	12	5	-7	-12	58.33
2	11	8	-3	-11	27.27
3	16	4	-12	-16	75.00
4	11	10	-1	-11	9.09
5	10	1	-9	-10	90.00
6	8	6	-2	-8	25.00
7	9	1	-8	-9	88.89
8	11	2	-9	-11	81.82

ผลการวิเคราะห์คะแนนพัฒนาการสัมพัทธ์ตามตารางข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุทุกคนที่เข้าร่วมการทดลองมีพัฒนาการเพิ่มมากขึ้นทุกคน ดังจะเห็นได้จากคะแนนพัฒนาการสัมพัทธ์ ซึ่งเป็นคะแนนร้อยละของคะแนนที่เกิดความก้าวหน้า(หรือพัฒนาการ) เมื่อเทียบกับคะแนนความสามารถของตนเองที่จะทำให้ไปถึงจุดสูงสุด ยกตัวอย่างเช่น คะแนนของผู้สูงอายุคนที่ 5 พบว่า มีพัฒนาการสัมพัทธ์ ในทางที่ดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 90 กล่าวคือ คะแนนหลังทดลองลดลงจาก 10 เป็น 1 หรือลดลงเท่ากับ 9 คะแนน ในขณะที่ขีดสุดของความสามารถที่เป็นไปได้ คือ 10 คะแนน เมื่อคะแนนเต็มของแบบวัดคือ 0 คะแนน ดังนั้นผู้สูงอายุท่านนี้ มีคะแนนดีขึ้นจากเดิม (ก่อนการทดลอง) 9 จาก 10 คะแนน นั่นคือ ร้อยละ 90 นั่นเอง (เนื่องจากแบบวัดนี้มีพิสัยของคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 21 โดยมีเกณฑ์คุณภาพการนอนหลับที่ดี คือ ได้คะแนนแบบวัดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน และผู้ที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี จะมีคะแนนมากกว่า 5 คะแนน จากคะแนนเต็มทั้งหมด 21 คะแนน) ในทำนองเดียวกันกับผู้สูงอายุคนอื่นๆ ในกลุ่มทดลอง ล้วนมีคะแนนพัฒนาการสัมพัทธ์เพิ่มขึ้นทุกคน แปลความได้ว่า กิจกรรมในโปรแกรมที่ทำการทดลอง

ส่งผลให้ผู้สูงอายุแต่ละคนทุก ๆ คน มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น เมื่อผู้นั้นเทียบกับขีดสูงสุดของความสามารถตนเอง มีพิสัยพัฒนาการสัมผัสเป็นร้อยละ 9.09 ถึงร้อยละ 90.00

2.2.2 ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการจัดกระทำ (manipulation check) ด้วยการเปรียบเทียบคะแนนการวัดคุณภาพการนอนหลับหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ เพื่อแสดงหลักฐานยืนยันว่า โปรแกรมจัดกระทำนั้น ได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นว่าด้วยการจัดกระทำ (manipulation check) แต่ก่อนที่จะทดสอบ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการจัดกระทำ ที่ใช้สถิติทดสอบการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม ผู้วิจัยจึงทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมของคะแนนคุณภาพการนอนหลับหลังการทดลอง เสียก่อน แบ่งออกเป็น 4 เรื่อง คือ

1) ความเท่ากันของการแปรปรวน (homogeneity of variances) พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแปรปรวนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ ($F = .072, df=1, p > .792$) หรือมีความแปรปรวนพอๆ กัน กล่าวคือ หลังการทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนคุณภาพการนอนหลับที่ได้จากการประเมินไม่แตกต่างกัน

2) การแจกแจงแบบปกติ (normality) ใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov – Smirnov ทดสอบ ได้ค่าเท่ากับ .162 ($p > .200$) พบว่า คะแนนคุณภาพการนอนหลับมีการกระจายเป็นปกติ

3) สหสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับ หาค่าสหสัมพันธ์อย่างง่าย (simple correlation) ของคะแนนวัดก่อนทดลองและวัดหลังทดลอง ได้เท่ากับ .162 ($p > .533$) ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ

4) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรร่วม (covariate) และตัวแปรตาม จะต้องเท่ากันในทุกกลุ่ม (homogeneity of regression slopes) ทดสอบด้วยสถิติ ANCOVA โดยพิจารณาที่ค่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแบ่งกลุ่มและตัวแปรร่วม ซึ่งในที่นี้ คือ คะแนนคุณภาพการนอนหลับหลังการทดลอง ได้ผลว่า ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 2.453, df=1, p > .143$) ระหว่างตัวแปรแบ่งกลุ่มและตัวแปรร่วม จึงถือว่า ไม่ละเมิดข้อตกลงเบื้องต้น

สรุปว่า หลังจากทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นดังกล่าวมา ผู้วิจัยสามารถนำสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม ไปใช้ในการทดสอบเกี่ยวกับการจัดกระทำได้ (manipulation check) โดยไม่ละเมิดข้อตกลงเบื้องต้น

ในส่วนนี้ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ การทดสอบ ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 54 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนหลังทดลอง ก่อนการจัดอิทธิพลของตัวแปรร่วม

กลุ่ม	N	$\bar{X}$	S.D.
กลุ่มทดลอง	8	4.625	3.292
กลุ่มควบคุม	8	9.500	3.665
รวม	16	7.063	4.203

คะแนนจากแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ หลังทดลองสิ้นสุดการทดลอง ตามตารางนั้น ยังมีได้ทำการจัดอิทธิพลของตัวแปรร่วม ออกไปจึงมีค่าเฉลี่ย 4.625 และ 73.000 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ

ตาราง 55 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนหลังทดลอง หลังการจัดอิทธิพลของตัวแปรร่วมออกแล้ว

กลุ่ม	$\bar{X}$	$S_{\bar{X}}$	อาณาเขต แห่งความเชื่อมั่นที่ 95%	
			ขอบล่าง	ขอบบน
กลุ่มทดลอง	3.785	1.103	1.402	6.168
กลุ่มควบคุม	10.340	1.103	7.957	12.723

* ค่าเฉลี่ยตัวแปรร่วมที่ถูกประเมินมีค่าเท่ากับ 9.750

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง เมื่อทำการจัดอิทธิพลของตัวแปรร่วมออกไปด้วยคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุก่อนการทดลอง ด้วยคะแนนเฉลี่ย 9.750 เป็นคะแนนเริ่มต้นก่อนการทดลองของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จะได้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองเท่ากับ 3.785 และในกลุ่มควบคุม 10.340 หรืออีกนัยหนึ่ง คือ ประมาณค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง อยู่ระหว่าง 1.402 ถึง 6.168 และในกลุ่มควบคุม จะอยู่ระหว่าง 7.975 ถึง 12.723 ซึ่งเห็นได้ชัดเลยว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไรก็ตาม ต้องทำการทดสอบนัยสำคัญต่อไป ดังจะแสดงในตารางถัดไป ดังนี้

ตาราง 56 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างก่อนและหลังคะแนนคุณภาพการนอนหลับ ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยให้คะแนนก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม (covariate)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
คะแนนก่อนการทดลอง	55.115	1	55.115	6.243	.027
โปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิต	142.656	1	142.656	16.160	.001
ส่วนที่เหลือ	114.760	13	8.828		
รวม	1063.000	16			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เพื่อแสดงหลักฐานว่า ตัวแปรร่วม (คะแนนก่อนการทดลอง) มีผลต่อคะแนนคุณภาพการนอนหลับ หลังการทดลองหรือไม่ พิจารณาจากสถิติทดสอบ F แสดงค่าเท่ากับ 6.243 และพบมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .027$) สามารถสรุปได้ว่า ตัวแปรร่วมส่งผลต่อคะแนนคุณภาพการนอนหลับ หลังการทดลองจริง และในขณะเดียวกัน พบว่า คะแนนคุณภาพการนอนหลับ หลังการทดลองของผู้สูงอายุแตกต่างกัน ตามรูปแบบโปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิต กล่าวคือ ระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการทดลองจะมีคะแนนคุณภาพชีวิต หลังการทดลองแตกต่างกัน ในลักษณะที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า ($\bar{X}_{\text{ควบคุม}}: 3.785 < \bar{X}_{\text{ทดลอง}}: 10.340$) ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 16.160$, $df=1$, $p < .001$)

ดังนั้น จากผลการวิเคราะห์ต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมาข้างต้น ตัวแปรจัดกระทำ มีอิทธิพลส่งผลต่อตัวแปรตาม คือ คุณภาพการนอนหลับ ได้

ตอนที่ 3 ผลการตรวจสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เหมาะสมสำหรับชุมชนวัดบางปรอง ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการทดลอง โดยให้คะแนนก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม (covariate)

ผลการวิเคราะห์ในส่วนนี้ ถือเป็นหัวใจสำคัญของการวิจัยในครั้งนี้ ตามจุดมุ่งหมายของการวิจัย คือ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของการวิจัยในครั้งนี้ คือ ไม่สามารถสร้างและพัฒนาโปรแกรมได้ในทุก ๆ มิติของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุ หากแต่สามารถลดข้อจำกัดลงโดยอาศัยความเข้าใจที่ลึกซึ้งของคุณภาพชีวิตและที่สำคัญเหนืออื่นใด คือ การพัฒนาที่จะยั่งยืนนั้น ย่อมต้องอยู่บนพื้นฐานของบริบทเพื่อสนองตอบต่อความต้องการและแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ถูกต้อง และทันการ จึงเป็นที่มาให้ผู้วิจัยออกแบบการวิจัยครั้งนี้หลากหลายวิธีและขั้นตอน เพื่อให้ได้มาซึ่งโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยแนวคิดการพัฒนาโดยอิงบริบทเป็นสำคัญ ดังแสดงในระยະต่าง ๆ ของการวิจัยที่นำเสนอไปแล้วดังกล่าว

เพื่อแสดงหลักฐานยืนยันว่า โปรแกรมพัฒนาที่สร้างขึ้นนี้ จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้เป็นไปตามวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยให้คะแนนก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม (covariate) ผลการวิเคราะห์เป็นไปตามลำดับ ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 57 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนหลังทดลอง ก่อนการจัดอิทธิพลของตัวแปรร่วม

กลุ่ม	N	$\bar{X}$	S.D.
กลุ่มทดลอง	8	76.1250	9.23406
กลุ่มควบคุม	8	60.8750	6.53425
รวม	16	68.5000	11.03328

คะแนนจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หลังทดลองสิ้นสุดการทดลอง ตามตารางนั้น ยังมีได้ทำการจัดอิทธิพลของตัวแปรร่วม ออกไปจึงมีค่าเฉลี่ย 76.125 และ 60.875 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ

ตาราง 58 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนหลังทดลอง หลังการจัดอิทธิพลของตัวแปรร่วมออกแล้ว

กลุ่ม	$\bar{X}$	$S_{\bar{X}}$	อาณาเขต	
			แห่งความเชื่อมั่นที่ 95%	
			ขอบล่าง	ขอบบน
กลุ่มทดลอง	77.828	2.293	72.876	82.781
กลุ่มควบคุม	59.172	2.293	54.219	64.124

* ค่าเฉลี่ยตัวแปรร่วมที่ถูกประเมินมีค่าเท่ากับ 66.8125

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง เมื่อทำการกำจัดอิทธิพลของตัวแปรร่วมออกไปด้วย คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนการทดลอง ด้วยคะแนนเฉลี่ย 66.8125 เป็นคะแนนเริ่มต้นก่อนการทดลองของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จะได้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองเท่ากับ 77.828 และในกลุ่มควบคุม 59.172 หรืออีกนัยหนึ่ง คือ ประมาณค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง อยู่ระหว่าง 72.876 ถึง 82.781 และในกลุ่มควบคุม จะอยู่ระหว่าง 54.219 ถึง 64.124 ซึ่งเห็นได้ชัดเจนว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไรก็ดี ต้องทำการทดสอบนัยสำคัญต่อไป ดังจะแสดงในตารางต่อไปนี้

ตาราง 53 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างก่อนและหลังคะแนนคุณภาพชีวิต ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยให้คะแนนก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม (covariate)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
คะแนนก่อนการทดลอง	380.565	1	380.565	9.603	.008
โปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิต	1240.921	1	1240.921	31.313	<.001
ส่วนที่เหลือ	515.185	13	39.630		
รวม	76902.00	16			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เพื่อแสดงหลักฐานว่า ตัวแปรร่วม (คะแนนก่อนการทดลอง) มีผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิตหลังการทดลองหรือไม่ พิจารณาจากสถิติทดสอบ F แสดงค่าเท่ากับ 9.603 และพบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p = 0.008$) สามารถสรุปได้ว่า ตัวแปรร่วมส่งผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิตหลังการทดลองจริง และในขณะเดียวกัน พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตหลังการทดลองของผู้สูงอายุ

แตกต่างกัน ตามรูปแบบโปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิต กล่าวคือ ระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการทดลองจะมีคะแนนคุณภาพชีวิต หลังการทดลองแตกต่างกัน ในลักษณะที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า ($\bar{X}_{\text{ควบคุม}}: 59.172 < \bar{X}_{\text{ทดลอง}}: 77.828$) ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 31.313, df=1, p < .001$) ดังปรากฏผลการวิเคราะห์ในตาราง 53



บทที่ 5

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีประสิทธิผล: การวิจัยผลานวิธี เกิดจากที่ผู้วิจัยมีความสนใจในประเด็นผู้สูงอายุเป็นทุนเดิม กอปรกับได้พบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จึงได้แรงบันดาลใจจากการวิเคราะห์ห่อภิมานงานวิจัยของ นริสรา พึ่งโพธิ์สมและสุภาศุภร์ จันประเสริฐ (2556) ที่ได้สังเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้ข้อค้นพบว่า กลุ่มปัจจัยด้านโปรแกรมจัดทำ/โปรแกรมทดลอง มีค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลมากที่สุดที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เมื่อเทียบกับปัจจัยด้านอื่น ๆ เป็นจุดเริ่มต้นของคำถามเชิงปรัชญา ได้แก่ “แท้จริงแล้ว คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คืออะไร มีความหมายว่าอะไร” “ความหมายนี้มีเพียงหนึ่งเดียว เป็นสากล หรือแปรเปลี่ยน เลื่อนไหลตามบริบทและ/หรือการตีความ” (ภววิทยา) “ใครเป็นผู้ให้หรือกำหนดความหมายนี้” (ญาณวิทยา) “วิธีที่จะให้ได้ความรู้ความเข้าใจเรื่องนี้ควรเป็นวิธีการใด” (วิธีวิทยา) ที่ใช้เป็นพื้นฐานของงานวิจัยนี้ จึงเป็นที่มาที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสานวิธีขั้นสูง (advance mixed methods design: intervention design) เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายของการวิจัย คือ เพื่อพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีประสิทธิผลและสอดคล้องกับบริบท ผู้วิจัยได้ออกแบบและดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ช่วง (two-strand sequential mixed designs) ช่วงที่ 1 ดำเนินการเป็น 3 ระยะ และช่วงที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ดังรายละเอียดของแต่ละช่วงการศึกษาต่อไปนี้

ช่วงที่ 1 ระยะที่ 1 มีจุดมุ่งหมายเพื่อทำความเข้าใจและอธิบายคำว่า “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ” รวมถึงปัจจัยสาเหตุและเงื่อนไขที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อาศัยการถอดรหัสความรู้เพื่อการปฏิบัติและความรู้ในการปฏิบัติ ตามแนวคิดของ Cochran-Smith และ Lytle (2001) เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกจาก 2 กลุ่ม ที่ได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้รู้หรือผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ และผู้เป็นหรือผู้สูงวัยอย่างมีพลัง (active ageing) หยุดการเก็บข้อมูลเมื่อข้อมูลอิ่มตัว (saturation) ในที่นี้เมื่อสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านและผู้สูงวัยอย่างมีพลัง 3 ท่าน วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีทฤษฎีฐานราก โดยการกำหนดรหัสแบบบรรทัดต่อบรรทัด การวิเคราะห์จำแนกประเภทข้อมูล ชนิดการวิเคราะห์กลุ่มคำ เพื่อค้นหาความหมายร่วมกัน โดยการทำดัชนีข้อมูลเชิงตีความ ทดลองเขียนประโยค สร้างข้อเสนอ/สรุปชั่วคราว และสร้างบทสรุปตามแนวทางของ Charmaz (2006).

ช่วงที่ 2 ระยะที่ 2 มีจุดมุ่งหมายเพื่อสืบค้นและวิเคราะห์มุมมององค์ประกอบคุณภาพชีวิตตามมุมมองผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรอง จังหวัดฉะเชิงเทรา ด้วยวิธีวิทยาคิว ดำเนินการวิจัยตามแบบแผนวิธีวิทยาคิว ประกอบ 5 ขั้นตอน ได้แก่

1) ขั้นกำหนดเนื้อหาสาระ และ 2) ขั้นพัฒนาชุดคิว นำสารสนเทศจากช่วงที่ 1 ระยะที่ 1 นิยามความหมาย องค์ประกอบ รวมถึงปัจจัยสาเหตุและเงื่อนไขที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มาเป็นโครงสร้างเชิงทฤษฎีที่ใช้ในการกำหนดเนื้อหาสาระ (concourse) พัฒนาเป็นข้อความของชุดคิว (Q set) กำหนดจำนวนข้อคำถามตามกลุ่มประเภทของความหมาย ได้ข้อความคิว 62 ข้อความ นำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและความน่าเชื่อถือของข้อมูลของชุดคิวก่อนนำไปใช้งาน ด้วยค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจาก 2 กลุ่ม จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ “กลุ่มเดิม” ที่เคยเป็นผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์ จำนวน 4 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งหนึ่ง (members' check) อีก 2 ท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญคุณสมบัติเช่นเดียวกันแต่ไม่ใช่กลุ่มเดิม ได้ค่า IOC ต่ำกว่าเกณฑ์ 0.5 จำนวน 7 ข้อความ ได้ข้อความที่ผ่านเกณฑ์ 55 ข้อความ นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ 1 ท่าน สังเกต ชักถามและปรับข้อความอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มเป้าหมาย 3) ขั้นคัดเลือกชุดบุคคล ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 19 คน ในชุมชนวัดบางปรอง จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่ได้คะแนนในเกณฑ์กลุ่มคะแนนต่ำ หลังจากดำเนินการวิเคราะห์จัดกลุ่มด้วยคะแนนจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก 4) ขั้นแยกและเรียงข้อความคิว ให้ผู้สูงอายุทำการแยกและเรียงข้อความคิว 55 ข้อความ ออกเป็น 13 กอง ให้มีการกระจายแบบถูกกำหนด (forced distribution) เรียงลำดับความสำคัญจาก ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (-6) ไม่แน่ใจ (0) และเห็นด้วยอย่างยิ่ง (6) ให้แต่ละกองมีข้อความจำนวน 2, 3, 4, 4, 5, 6, 7, 6, 5, 4, 4, 3, 2 ตามลำดับ 5) ขั้นวิเคราะห์และตีความ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์สำรวจองค์ประกอบแบบคิว (exploratory Q-factor analysis) สกัดองค์ประกอบด้วยวิธีวิเคราะห์ส่วนประกอบमुखสำคัญ (principal component analysis) และหมุนแกนแบบมุมฉาก (orthogonal rotation) ด้วยวิธีแวนแมกซ์ (varimax) พิจารณาจำนวนองค์ประกอบที่มีความแตกต่างของมุมมอง (distinct viewpoints) เพื่อนำไปสู่การตีความของการจัดกลุ่มของมุมมอง ในการระบุและตั้งชื่อองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ช่วงที่ 2 ระยะที่ 3 ขั้นเตรียมการ วางแผนพัฒนาโปรแกรมฯ มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินประเด็นปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจากบริบทที่ทำการศึกษาคือผู้วิจัยนำคะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-OLD) ที่ผู้สูงอายุเคยทำมาแล้วก่อนหน้านี้ มาทำการวิเคราะห์จัดกลุ่ม (cluster analysis) เลือกแบบเจาะจง

ผู้สูงอายุจำนวน 11 ท่าน ที่อยู่ในกลุ่มต่ำ เพื่อรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ช่วงที่ 2 ระยะที่ 4 นำข้อสรุปร่วมและสารสนเทศที่ได้จากการวิจัยในช่วงที่ 1 ทั้ง 3 ระยะ และนำหลักการ “โปรแกรมการจัดการตนเอง” (self-management program) ของ Cormier; Nurius; และ Osborn (2008) ซึ่งมีกลยุทธ์สำคัญ 4 ประการ คือ 1) การเตือนตนเอง (self-monitoring) 2) การควบคุมตัวกระตุ้น (stimulus control) 3) การให้รางวัลตนเอง (self-reward) และ 4) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ประกอบกับแนวคิด “โมเดลการเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการ” (transtheoretical model of client change) ของ Prochaska; DiClemente; และ Norcross (1992) ประกอบไปด้วย 5 ขั้น ได้แก่ 1) ขั้นชวนให้คิด (precontemplation) 2) ขั้นสร้างบรรยากาศที่เอื้ออำนวยและให้เห็นคุณค่าการเปลี่ยนแปลง (contemplation) 3) ขั้นเตรียมการ (preparation) 4) ขั้นปฏิบัติ (action) และ 5) ขั้นรักษาสภาพหลังเปลี่ยนแปลง (maintenance) โดยประยุกต์โปรแกรมการพัฒนาต่าง ๆ จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (สนธยา มณีรัตน์. 2562; สุรรัตน์ ณ วิเชียร; และคนอื่นๆ. 2561; ธิติมา ณรงค์ศักดิ์. 2560; จุไรรัตน์ ดือขุนทด; สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์; และ วาริ กังใจ. 2559) มาผสมผสานกันเพื่อให้เกิดประสิทธิผลที่ดีกว่าการใช้เทคนิควิธีเพียงอย่างเดียว (Cormier; Nurius; & Osborn. 2008: 522; Perri & Richards. 1977: 178-183) มาใช้ในการออกแบบและจัดทำโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามบริบทผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรงธรรมโชติการาม ตามจุดมุ่งหมายเพื่อตรวจสอบประสิทธิผลโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เมื่อทำการทดลองใช้โปรแกรม 4 กิจกรรม เป็นจำนวนรวมไม่ต่ำกว่า 80 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์

ต่อจากนี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอการสรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะจากงานวิจัยตามลำดับ ต่อไปนี้

1. สรุปผลการวิจัย

1.1 สรุปผลการวิจัย ระยะที่ 1: การสัมภาษณ์เชิงลึก

1.2 สรุปผลการวิจัย ระยะที่ 2: วิธีวิทยาคว

1.3 สรุปผลการวิจัย ระยะที่ 3: การสนทนากลุ่ม

1.4 สรุปผลการวิจัย ระยะที่ 4 การวิจัยเชิงทดลอง

2. อภิปรายผลการวิจัย

2.1 อภิปรายผลการวิจัย ระยะที่ 1: การสัมภาษณ์เชิงลึก

2.2 อภิปรายผลการวิจัย ระยะที่ 2: วิธีวิทยาคว

2.3 อภิปรายผลการวิจัย ระยะที่ 3: การสนทนากลุ่ม

2.4 อภิปรายผลการวิจัย ระยะที่ 4: การวิจัยเชิงทดลอง

2.5 อภิปรายวิธีวิจัยผลงานวิจัย

3. ข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย ระยะที่ 1: การสัมภาษณ์เชิงลึก

การวิจัยในระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และตีความข้อมูล พบว่า ความหมายและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ซึ่งก็คือ การสร้างสมดุลระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นการรับรู้ต่อสถานะในชีวิตของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม และความหมายของระบบสังคมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ ผันแปรไปตามบริบท ทั้งยังสัมพันธ์กับเป้าหมายเชิงปัจเจก มาตรฐานของสังคมและสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง สามารถจัดกลุ่มความหมายได้ทั้งหมด 4 กลุ่มประเภท ได้แก่

- 1) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุคือ การได้ใช้ชีวิตอย่างภาคภูมิใจ
- 2) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุคือ การมีสมรรถนะของร่างกายและมีสุขภาวะซึ่งเป็นการเชื่อมโยงกันระหว่างร่างกายกับจิตใจ
- 3) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุคือ การมีปฏิสัมพันธ์และกิจกรรมทางสังคม ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของการมีชีวิต และ
- 4) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุคือ การได้เข้าร่วมและเข้าถึง สภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมที่เหมาะสม รวมถึงสังคมเสมือน ดังแสดงเป็นแนวคิด “ดอกไม้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ” ตามภาพประกอบ 20

ทั้งนี้ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขึ้นกับเงื่อนไขสาเหตุจำแนกเป็น 2 ส่วนคือ ปัจจัยที่มาจากตัวผู้สูงอายุเอง 3 ประการ ได้แก่

- 1) การเตรียมตัวเข้าสู่วัยปลายและวิธีการวางแผนตลอดชีวิต
- 2) การรักษาสุขภาพกาย ใจ สังคม และจิตปัญญา และ
- 3) การสร้างความมั่นคงและปลอดภัย

และปัจจัยภายนอก คือ การสร้างเสริมระบบนิเวศทางสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่

- 1) การได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน สังคม
- 2) การอยู่ในสภาพแวดล้อมและมีสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสม และ

3) การได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ มีหลักสูตร/โปรแกรมการพัฒนา

ผู้วิจัยจึงนำผลที่ได้ในระยะที่ 1 นี้ ไปใช้เป็น โครงสร้างเชิงทฤษฎีในการกำหนดเนื้อหาสาระ (concourse) พัฒนาชุดข้อความคิว (Q set) ในการวิจัยระยะที่ 2 และเป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง ใช้สำหรับการสนทนากลุ่มในการวิจัยระยะที่ 3

สรุปผลการวิจัย ระยะที่ 2: วิธีวิทยาคิว

การวิจัยในระยะนี้นับได้ว่าเป็นการวิจัยผลงานวิธี (Stenner; Watts; & Worrell. 2010; Ramlo; & Newman. 2011; Ramlo. 2015, 2016) ผลการวิเคราะห์มุมมององค์ประกอบเชิงสำรวจ (Q-exploratory factor analysis) และสร้างคะแนนองค์ประกอบ (factor score) โดยมีข้อความที่เป็นลักษณะร่วมของมุมมององค์ประกอบ หรือข้อความที่ไม่สามารถจำแนกตามมุมมององค์ประกอบได้ (consensus statements) 16 ข้อความ ได้ผลเป็น มุมมององค์ประกอบจำนวน 4 องค์ประกอบ ในแต่ละองค์ประกอบจะมีผู้สูงอายุให้ความหมายต่อคุณภาพชีวิตตามข้อความ โดยกำหนดคุณลักษณะมุมมององค์ประกอบ (factor characteristics) ร่วมกัน ตามมุมมององค์ประกอบที่ 1, 2, 3 และ 4 เป็นจำนวน 6, 4, 4 และ 2 คน ในแต่ละองค์ประกอบ ตามลำดับ ซึ่งมีชื่อแต่ละมุมมององค์ประกอบ คือ 1) การใช้ชีวิตอย่างภาคภูมิ มีจำนวน 6 ข้อความ 2) การเห็นแก่ประโยชน์ผู้อื่น มีจำนวน 5 ข้อความ 3) ความเข้าใจตนเองและผู้อื่น มีจำนวน 5 ข้อความ และ 4) ความมั่นคง ปลอดภัย และ ระบบนิเวศทางสังคมวัฒนธรรม มีจำนวน 6 ข้อความ ปรากฏตามตาราง 44 ถึง 47 รวมแล้วสามารถอธิบาย “คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ” ได้ประมาณร้อยละ 67 ส่วนที่เหลือที่ไม่ได้ถูกอธิบายไว้ด้วย 4 องค์ประกอบนี้ อีกร้อยละ 33 โดยประมาณ

สรุปผลการวิจัย ระยะที่ 3: การสนทนากลุ่ม

การวิจัยเชิงคุณภาพในระยะนี้ เพื่อเป็นไปตามจุดมุ่งหมายว่าด้วยการประเมินประเด็นปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบริบท ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการจัดสนทนากลุ่มในครั้งนี้ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก จากคะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก แล้วนำมาวิเคราะห์จัดกลุ่ม (cluster analysis) เลือกแบบเจาะจงกับผู้สูงอายุจำนวน 11 ท่าน ที่อยู่ในกลุ่มคะแนนต่ำและยินดีที่จะเข้าร่วมดำเนินการจัดสนทนากลุ่ม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและสังเคราะห์ข้อมูล ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) พบว่า ประเด็นปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชุมชนวัดบางปรอง จากการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 1) ปัญหาสุขภาพ 2) ปัญหาจากสภาพ

เศรษฐกิจ 3) ความต้องการแก้ปัญหาด้านสุขภาพ เรื่องการนอนไม่หลับ ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการศึกษาโดยลำดับ ดังนี้

ประเด็นปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

1 ปัญหาสุขภาพ

2 ปัญหาจากสภาพเศรษฐกิจ

3 ความต้องการแก้ปัญหาด้านสุขภาพ เรื่องการนอนไม่หลับ

ปัญหาสุขภาพ

ผู้สูงอายุในบริบทชุมชนวัดบางปรอง มีปัญหาสุขภาพหลายประการ ไม่ว่าจะเป็น ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ที่มีสาเหตุหรือได้รับผลกระทบมาจากปัจจัยสาเหตุหลาย ๆ ด้าน ทั้งทางด้านสิ่งแวดล้อม สาเหตุด้านสังคม และสาเหตุด้านระบบนิเวศทาง โดยมีปัญหาการนอนไม่หลับเป็นปัญหาที่ได้รับความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากเป็นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลในทุก ๆ ด้าน ทั้งทางร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ส่งผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์หรือร่วมทำกิจกรรมกับผู้อื่น

ปัญหาจากสภาพเศรษฐกิจ

ปัญหาทางสภาพเศรษฐกิจ มูลเหตุหลัก คือ การขาดสภาพคล่อง ไม่ว่าจะเป็นมาจากการขาดแคลนแต่ทุนเดิม สภาพเจ็บป่วยจนต้องหมดอาชีพแหล่งรายได้ไป หรือจากสภาพเศรษฐกิจถดถอย และปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผลผลิตที่เคยสร้างรายได้จำนวนมาก ลดลงจากเดิมอย่างมากทั้งในด้านปริมาณและราคา อีกทั้งยังประสบกับสภาวะสินค้าเกษตรในท้องถิ่นล้นตลาดทำให้ราคาพืชผลการเกษตรตกต่ำถึงขั้นต้องนำไปทิ้ง ไม่สามารถขาย หรือขายก็ไม่คุ้มต้นทุนค่าขนส่ง สามารถ

ความต้องการแก้ปัญหาด้านสุขภาพ เรื่องการนอนไม่หลับ

จากการสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรอง พบว่า จาก 9 ใน 11 คนที่ประสบปัญหาการนอนไม่หลับ ต้องการอยากแก้ปัญหานี้เป็นเรื่องเร่งด่วน เพราะต้องประสบปัญหาบ่อยครั้ง เฉลี่ยสัปดาห์ละ 4 วัน รบกวนต่อคุณภาพชีวิตประจำวันเป็นอย่างมาก

สรุปผลการวิจัยระยะที่ 4 การวิจัยเชิงทดลอง

การวิจัยในระยะนี้ จุดมุ่งหมายเพื่อตรวจสอบประสิทธิผลโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามบริบทชุมชนวัดบางปรอง ที่ได้ออกแบบมาโดยเฉพาะให้มีความเหมาะสม (tailor-made) ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการทดลองมาจากการประมาณค่าจาก

โปรแกรม G star power และกำหนดขนาดกำลังการทดสอบ (power) ไว้ที่ระดับ 0.80 ตามคำแนะนำของโคเฮน (Cohen) ($1 - \text{Type II error} = 1 - \beta$) (Lipsey; & Hurley. 2009: 44-; องค์การอนามัยโลก. 2544: 4-14) ผลการประมาณขนาดตัวอย่างที่ได้ขั้นต่ำคือ 4 คู่ หรือ 8 คน สำหรับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแต่ละกลุ่ม ทำการจำแนกกลุ่มทั้งสองภายหลังทดสอบการเท่ากันของความแปรปรวน พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ จึงดำเนินการเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ด้วยกิจกรรมที่แตกต่างกัน 4 กิจกรรม ในโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นจำนวนรวมไม่ต่ำกว่า 80 ครั้ง สอดคล้องกับความต้องการของบริบทที่ต้องการแก้ปัญหาด้านสุขภาพ เรื่องการนอนไม่หลับ เป็นลำดับแรก ผลการทดลองพบว่า ผู้เข้าร่วมการทดลองในกลุ่มทดลองมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น ดังหลักฐานคะแนนพัฒนาการสัมพันธ์ ซึ่งจะพิจารณาเป็นรายบุคคลล้วนมีพัฒนาการเพิ่มมากขึ้นทุกคน ตั้งแต่ร้อยละ 9.09 ถึง ร้อยละ 90.00 เมื่อทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยคะแนนจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-OLD) โดยให้คะแนนก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม (covariate) ซึ่งมีหลักฐานว่าสามารถใช้เป็นตัวแปรร่วมเพื่อจัดอิทธิพลทางสถิติได้ที่ระดับนัยสำคัญ .01 ($p = 0.008$) ผลการวิเคราะห์ พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตหลังการทดลองของผู้สูงอายุ ระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการทดลองจะมีคะแนนคุณภาพชีวิตหลังการทดลอง แตกต่างกันในลักษณะที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า ($\bar{X}_{\text{ควบคุม}}: 59.172 < \bar{X}_{\text{ทดลอง}}: 77.828$) ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงสามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ถูกสร้างขึ้นตามบริบทชุมชนวัดบางปรองมีความเหมาะสมและมีประสิทธิผล ตามจุดมุ่งหมายดังที่ได้ตั้งไว้

อภิปรายผลการวิจัย

อภิปรายผลการวิจัย ระยะที่ 1: การสัมภาษณ์เชิงลึก

ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Cochran-Smith และ Lytle (2001) ว่าด้วยความรู้เพื่อการปฏิบัติและความรู้ในการปฏิบัติ เป็นแนวทางเพื่อให้ได้มาซึ่งคำตอบของคำถามเชิงญาณวิทยาว่า “ใครเป็นผู้ให้หรือกำหนดความหมาย (คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ)” อาศัยประสบการณ์และมุมมองของคนใน ได้แก่ ผู้รู้หรือผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ และผู้สูงวัยอย่างมีพลัง เป็นกรอบแนวคิดด้านเนื้อหา เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายของการศึกษา คือ เพื่อทำความเข้าใจและอธิบายความหมายของคำว่า “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ” รวมถึง ปัจจัยสาเหตุและเงื่อนไขของการนำไปสู่คุณภาพชีวิตของ

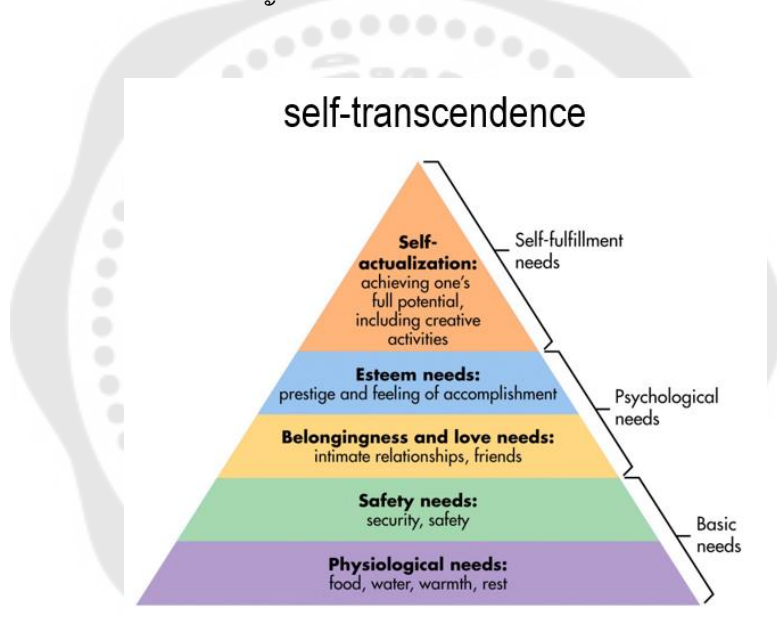
ผู้สูงอายุ ปรากฏผล ดังนำเสนอในบทที่ 4 และสรุปผลดังข้างต้นในบทนี้ไปแล้ว รวมทั้งสรุปและเสนอเป็นแนวคิด “ดอกไม้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ” ตามภาพประกอบ 20 นอกจากนี้ผู้วิจัยสามารถอภิปรายข้อค้นพบ ได้กว้างขวางมากขึ้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยภาพรวมจาก 4 กลุ่มความหมายที่ได้นำเสนอไปแล้ว มีอัตลักษณ์เฉพาะคือ มีลักษณะที่เชื่อมโยงซึ่งกันและกันอย่างแบ่งแยกมิได้ ซึ่งต่างจากความหมายและองค์ประกอบโดยทั่วไปที่สามารถจำแนกออกได้เป็นด้าน (facet)

2. องค์ประกอบคุณภาพชีวิตจากแนวคิดทฤษฎีของต่างประเทศ มีส่วนที่แตกต่างกันในบางมิติ ในที่นี้พิจารณาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-OLD module) พบว่า มีการวัดด้าน (facet) ความตายและการตาย (death and dying) (The WHO Group. 1999) ในขณะที่ความหมายและองค์ประกอบที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ไม่รวมมิตินี้เข้าไป น่าจะเป็นเพราะในบริบทของสังคมไทย มีประมาณร้อยละ 94 นับถือศาสนาพุทธ (ศูนย์ข้อมูลกลางด้านศาสนา กรมการศาสนา. 2561) ซึ่งใจความสำคัญตอนหนึ่งในคำสอน กล่าวถึงไตรลักษณ์หรือสามัญลักษณ์ ความเป็นอนัตตา “สังขารทั้งปวง ไม่เที่ยง ...สังขารทั้งปวง เป็นทุกข์ ...ธรรมทั้ง ปวง เป็นอนัตตา” (พระพรหมคุณาภรณ์ (ป. อ. ปยุตฺโต). 2555) ดังนั้นเรื่องความตายและการตายจึงถูกพิจารณาเป็นเรื่องปกติธรรมดาตามหลักคำสอนของพุทธศาสนา ข้อสรุปของการศึกษาที่ได้จึงไม่มีมิตินี้รวมอยู่

3. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 นี้ มีลักษณะที่กินความลึกซึ้งไปกว่าคุณภาพชีวิตตามแนวคิดทฤษฎีทั่วไปที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีแรงจูงใจ บุคลิกภาพ และความต้องการตามลำดับขั้นของมาสโลว์ (hierarchy of needs) (Maslow. 1970) เป็นสำคัญ ซึ่งอธิบายถึงความต้องการขั้นสูงสุด คือ ความสมบูรณ์ของชีวิตหรือสัจการแห่งตน (self-actualization) ข้อค้นพบที่ได้จากงานวิจัยนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความหมายที่ว่า “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ การได้ใช้ชีวิตอย่างภาคภูมิใจ” ซึ่งเป็นเสมือนผลลัพธ์ เป็นความสมดุล ที่เป็นกระบวนการประกอบเข้าด้วยกันของ ความสามารถที่พึ่งตัวเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง ใช้ชีวิตอย่างมีความสุข มีศักดิ์ศรี เป็นที่รักของลูกหลาน ได้ถ่ายทอดประสบการณ์ ความรู้เชิงวัฒนธรรม และภูมิปัญญา (wisdom) และได้จากโลกนี้ไปอย่างสงบสุข ไม่มีเรื่องให้ต้องคิดกังวล ว่ารุ่นใจ ภาวะที่ว่ำนนี้มีลักษณะผุดบังเกิด (emerged) ขึ้น เมื่อผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตตามความหมายนี้ ซึ่งเป็นภาวะที่เข้าใจในความจริงของชีวิต คือ มีสภาวะของการมีจิตปัญญา (spiritual health) อันจะนำไปสู่ความสงบสุขที่บุคคลสามารถสัมผัสและยึดมั่นในความเชื่อ หรือ

ความเคารพสูงสุดของพวกเขา เมื่อได้ปล่อยและก้าวข้ามหรือหลุดพ้นจากตัวเอง (self-transcendence) ในทางพุทธศาสนา คือ ไม่ยึดมั่นถือมั่นนั่นเอง โดยนัยยะนี้การก้าวข้ามตัวตนและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงไปสู่การเป็นบางสิ่งบางอย่าง และคิดถึงผู้อื่นมากกว่าตนเอง ข้อค้นพบนี้ พบว่ามีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ โคลโก-ริเเรา (Koltko-Rivera. 2006) ที่ได้ประมวลแนวคิดต่าง ๆ ของมาสโลว์ แล้วสรุปเป็นนิยามของความต้องการที่เป็นส่วนเพิ่มขยาย จากแนวคิดเดิมของมาสโลว์ จากเดิมที่มีถึงระดับ สัจการแห่งตน ว่าเป็น “ความต้องการที่เหนือตัวตน” (self-transcendence) มีความหมายว่า เป็นความต้องการที่ให้บริการหรืออุทิศตนให้กับผู้อื่น หรือให้กับสิ่งที่เป็นอุดมคติ เช่น ความจริง ศิลปะ ศาสนา สิ่งเหนือธรรมชาติ หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และได้เป็นส่วนหนึ่งของบางสิ่งบางอย่างที่ยิ่งใหญ่กว่าตัวตน ดังภาพประกอบนี้



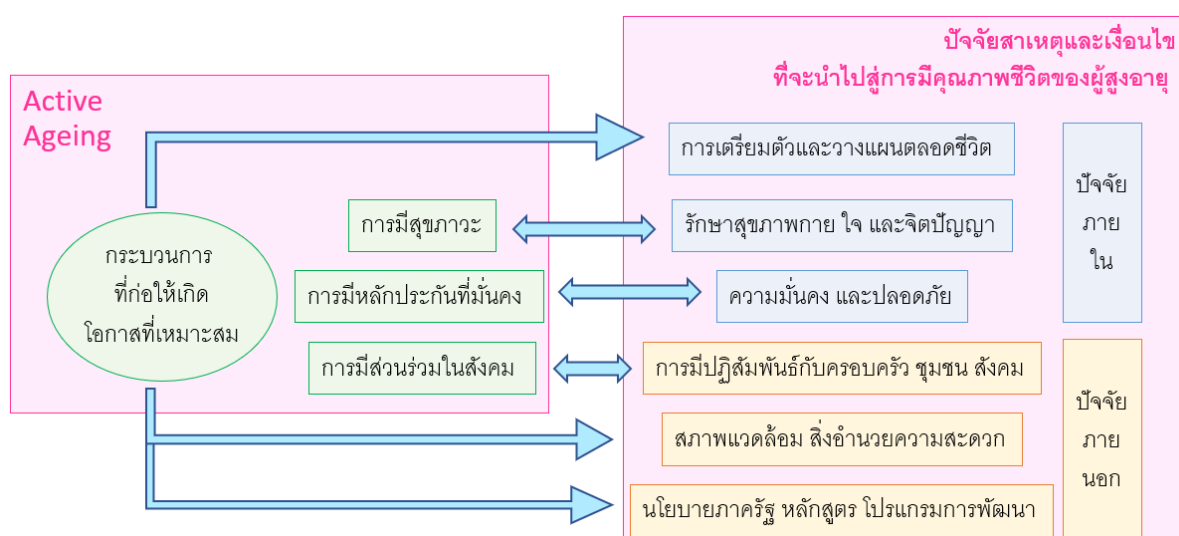
ภาพประกอบ 24 ความต้องการที่เหนือตัวตน หรือการหลุดพ้นจากตนเอง (self-transcendence)

4. จากผลการวิเคราะห์ที่ให้ความหมายว่า “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ การมีสมรรถนะของร่างกายและมีสุขภาวะ ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงกันระหว่างร่างกายกับจิตใจ” นั้นสามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดทางพุทธปรัชญา (พนอม บุญเลิศ. 2547) ที่ว่า จิตกับกายของพุทธปรัชญา เชื่อว่าจิตกับกายมีลักษณะเป็นภาวะ หรือกระแสนิยมสองชนิดที่ผสมกลมกลืนจนเป็นเนื้อเดียวกัน ที่ไม่สามารถแยกเป็นอิสระจากกันได้ กายกับจิตมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด อาศัยคำจูนเกี่ยวพันกัน เมื่อสิ่งหนึ่งดับไป อีกสิ่งหนึ่งก็สลายไปด้วย กาย เป็นที่อยู่ของจิต จิตรับรู้สิ่งที่กายสัมผัส จิตมีอิทธิพลต่อกาย กายมีอิทธิพลต่อจิต ดังนั้น แนวคิดทางพระพุทธศาสนาจึงไม่แยกสิ่งทั้งสองให้อิสระจากกัน (พระวิรัตน์ ธมฺมโฆสโก. (2556) สอดคล้องกับผลการวิจัยของกุลวดี

โรจนไพศาลกิจ (2559) พบว่า กิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในทุกกลุ่มวัย แต่จะมีระดับของความสัมพันธ์แตกต่างกันในแต่ละกลุ่มวัย

5. จากผลการวิเคราะห์ที่ให้ความหมายว่า “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุคือ การมีปฏิสัมพันธ์และกิจกรรมทางสังคม ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของการมีชีวิต” นั้น สามารถอธิบายด้วย ทฤษฎีกิจกรรม (activity theory) ได้ว่า การทำกิจกรรมต่าง ๆ ของบุคคล ช่วยให้บุคคลมีความพึงพอใจในตนเอง และมีแรงจูงใจที่จะสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็นการสร้างการเรียนรู้ให้กับบุคคล โดยมีกิจกรรมเป็นเครื่องมือ และเป็นการพัฒนาบุคคล โดยอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกัน (เล็ก สมบัติ; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร; และธนิชานต์ ศักดาพร. 2554: 5-6) ทฤษฎีกิจกรรมมีความเชื่อว่า กิจกรรมเป็นสิ่งที่ทำให้สุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ เหตุเพราะการได้มีกิจกรรมใด ๆ ก็ตาม หมายถึง ผู้สูงอายุนั้นได้มีสถานภาพและบทบาทที่อยู่ในระดับหนึ่งในสังคม และจากการที่ผู้สูงอายุได้มีสถานภาพและบทบาทเหล่านั้น จะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับจากสังคม สอดคล้องกับผลการวิจัยของ เจษฎา นกน้อย และ วรณภรณ์บริพันธ์ (2560) พบว่า ปัจจัยการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา และปัจจัยการเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชน เป็นตัวแปรพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งยังเป็นไปตามที่ จันทนา สารแสง (2561) ที่ได้ทำการทดลองเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตโดยรวม และคุณภาพชีวิตรายด้าน ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้พจนา ศรีเจริญ (2544) ยังได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การให้ผู้สูงอายุเป็นวิทยากรให้ความรู้ ประสบการณ์ตามความถนัด จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนในชุมชนยอมรับนับถือ เกิดเครือข่ายการทำงานร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุกับชุมชน ที่สำคัญเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนหรือท้องถิ่นได้เป็นอย่างดี

6. ปัจจัยสาเหตุและเงื่อนไขที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากข้อค้นพบที่ได้มีความสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องวุฒิพลัง (active ageing) ที่องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นกระบวนการ ที่ก่อให้เกิดโอกาสที่เหมาะสม เพื่อการมีสุขภาวะ การมีส่วนร่วมในสังคม และมีหลักประกันที่มั่นคง ในอันที่จะยกระดับคุณภาพชีวิต ให้เป็นไปตามวัยของบุคคล (World Health Organization. 2002: 12) ดังแสดงการเปรียบเทียบกับผลที่ได้จากการศึกษา ตามแผนภาพต่อไปนี้

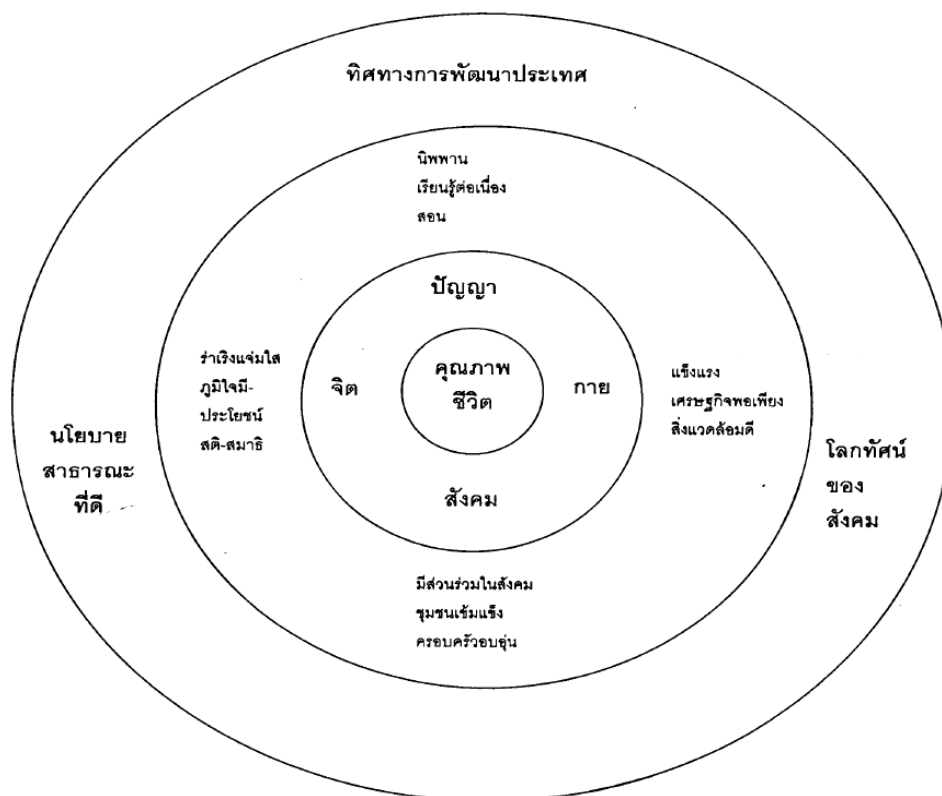


ภาพประกอบ 25 เปรียบเทียบแนวคิด active ageing กับผลที่ได้จากการศึกษา

อภิปรายผลการวิจัย ระยะที่ 2: วิธีวิทยา

ในระยะที่ 2 นี้ จุดมุ่งหมายเพื่อสืบค้นและวิเคราะห์มุมมององค์ประกอบคุณภาพชีวิตตามทัศนะของผู้สูงอายุด้วยวิธีวิทยาซึ่งเป็นวิธีวิจัยที่มีความโดดเด่นในแง่ของการสื่อสารสภาวะอัตวิสัยให้สื่อสารออกมาได้ (subjective communicable) ผลการวิเคราะห์สำรวจองค์ประกอบแบบคิว (Q-exploratory factor analysis) ระบุว่าข้อความ 22 ข้อความ สามารถจำแนกมุมมององค์ประกอบได้เป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การใช้ชีวิตอย่างภาคภูมิ 2) การเห็นแก่ประโยชน์ผู้อื่น 3) ความเข้าใจตนเองและผู้อื่น และ 4) ความมั่นคง ปลอดภัย และระบบนิเวศทางสังคมวัฒนธรรม ผู้วิจัยสามารถอภิปราย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ผลการศึกษาพบว่า มุมมององค์ประกอบทั้ง 4 ร่วมกันอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยทั้ง 4 องค์ประกอบนี้มีความสอดคล้องกับแนวคิดคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุ ภายใต้บริบทและนัยของวัฒนธรรมไทยและพระพุทธศาสนาของนายแพทย์ประเวศ วะสี ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง อิสรภาพและการหลุดพ้นจากความบีบคั้น แยกออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ กาย (physical) จิต (mental) สังคม (social) ปัญญา (wisdom) แวดล้อมด้วยเงื่อนไขของ โลกทัศน์ของสังคม นโยบายสาธารณะที่ดี และทิศทางการพัฒนาประเทศ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2549) ดังภาพประกอบ 25



ภาพประกอบ 26 แนวคิดคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุของนายแพทย์ประเวศ วะสี

กล่าวคือ มุมมององค์ประกอบ 1 “การใช้ชีวิตอย่างภาคภูมิ” นั้น เป็นผลลัพธ์อันเกิดจากผลรวมของการมีปัจจัยด้านกาย จิต สังคม และปัญญาที่ดี ส่วนมุมมององค์ประกอบ 2 “การเห็นแก่ประโยชน์ผู้อื่น” คือ นั้นเกิดจากการบูรณาการในเรื่อง สังคมและปัญญา เข้าด้วยกัน ในขณะที่ ปัจจัย จิตและปัญญา เป็นตัวกำหนดให้เกิด มุมมององค์ประกอบ 3 “ความเข้าใจตนเองและผู้อื่น” สุดท้ายมุมมององค์ประกอบ 4 “ความมั่นคง ปลอดภัย และระบบนิเวศทางสังคมวัฒนธรรม” คือ ปัจจัยภายนอกที่เป็นตัวกำหนดและสนับสนุน คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นั่นคือ “โลกทัศน์ของสังคม” “นโยบายสาธารณะที่ดี” และ “ทิศทางการพัฒนาประเทศ” อีกทั้งมุมมององค์ประกอบจากการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดพหุพิพลัง หรือ active ageing ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization. 2002) ที่ประกอบด้วย 1) สุขภาพที่ดี (health) ได้แก่ กาย (physical) ใจ (mental) สังคม (social) และจิตปัญญา (spiritual) ที่ดี 2) การมีส่วนร่วมในสังคม (participation) และ 3) มีหลักประกันที่มั่นคง (security) สำหรับมุมมององค์ประกอบ 1 “การใช้ชีวิตอย่างภาคภูมิ” นั้น อธิบายได้ด้วยแนวคิดพหุพิพลัง ในปัจจัยด้าน สุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นไปในทำนองเดียวกันกับแนวคิดของ นายแพทย์ประเวศ วะสี คือ การมีสุขภาพ กาย ใจ สังคม และจิต

ปัญญาที่ดี นั่นเอง ส่วนมุมมององค์ประกอบ 2 “การเห็นแก่ประโยชน์ผู้อื่น” และ 3 “ความเข้าใจตนเองและผู้อื่น” ก็คือ การที่ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในสังคม และสุดท้ายมุมมององค์ประกอบ 4 “ความมั่นคง ปลอดภัย และระบบนิเวศทางสังคมวัฒนธรรม” เปรียบได้กับ องค์ประกอบด้าน การมีหลักประกันที่มั่นคง จากแนวคิดทั้งสองนี้ จะเห็นว่าความเข้ากันในเชิงโครงสร้างแนวคิดของ นายแพทย์ประเวศ ที่อาศัยการอ้างอิงบริบทและนัยของวัฒนธรรมไทยและพระพุทธศาสนานั้นจะ สอดคล้องและให้ความหมายได้มากกว่าเมื่อเทียบกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก

2. จากผลการศึกษา พบว่า มุมมององค์ประกอบ 1 “การใช้ชีวิตอย่างภาคภูมิใจ” อธิบายความแปรปรวน คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้มากที่สุด เท่ากับร้อยละ 22 สามารถอธิบาย โดยอาศัยแนวคิดของนายแพทย์ประเวศ วะสี กล่าวคือ เป็นผลลัพธ์ของการมีปัจจัยด้านกาย ใจ สังคม และปัญญาที่ดี นั่นเอง

3. ข้อความ “ฉันมีความภูมิใจในความเป็นตัวฉัน” เป็นข้อความที่โดดเด่น (dominant statements) มากที่สุด มีคะแนนองค์ประกอบ (factor score) เท่ากับ 2.38 ($Z=2.38$) สะท้อนให้ เห็นถึงการเป็นตัวแทนมุมมององค์ประกอบ 1 ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุได้มากที่สุดตามที่กล่าวไว้ในข้อ 2 ทั้งยังสอดคล้องกับแนวคิดเรื่อง การเห็นคุณค่าใน ตนเอง (self-esteem) ที่กล่าวว่า บุคคลที่มีคุณค่าในตนเองสูงมีการประเมินตนเองในทางบวก มั่นใจว่าตนเองสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้สำเร็จ จะมีความสุขและใช้ชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ ในทาง ตรงกันข้าม บุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จะมองเห็นตนเองในอุดมคติที่ไม่สอดคล้องกับ ตนเองตามความเป็นจริง ซึ่งส่งผลกระทบต่อการจัดการปัญหาและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ ตนเอง (Rosenberg. 1979) สอดคล้องกับงานวิจัยของแม็คคลีนและเคอร์โหมด (Maclean & Kermode. 2001) พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับคุณภาพชีวิต ในขณะ ที่ นิลวรรณ ศิวกุขพงษ์ (2554) เสริมว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสามารถอธิบายได้ด้วย ปัจจัยการเห็นคุณค่าในตนเองได้ร้อยละ 42

4. ผลการวิเคราะห์มุมมององค์ประกอบคุณภาพชีวิตตามทัศนะของผู้สูงอายุ สำหรับ กลุ่ม มุมมององค์ประกอบ 2 “การเห็นแก่ประโยชน์ผู้อื่น” สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีส่วนขยาย ของความต้องการตามลำดับขั้นของมาสโลว์ ว่าด้วยเรื่อง “ความต้องการที่เหนือตัวตน หรือการ หลุดพ้นจากตนเอง” (self-transcendence) ผู้วิจัยได้อธิบายไว้แล้วในการอธิบายระยะที่ 1 ข้อ 3 ที่ได้ประมวลแนวคิดต่าง ๆ ของมาสโลว์ ซึ่งโคลโก-ริเควรา (Koltko-Rivera. 2006) ได้ตั้ง ข้อสังเกตว่า ทฤษฎีส่วนขยายนี้ สามารถทำให้มีความเข้าใจที่กว้างขึ้นเกี่ยวกับรากเหง้าของ แรงจูงใจของ การเห็นแก่ประโยชน์ผู้อื่น ความก้าวหน้าทางสังคม และภูมิปัญญา เพราะเมื่อบุคคล

ได้ก้าวข้ามตัวตนและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงไปสู่การเป็นบางสิ่งบางอย่าง ก็จะคิดถึงผู้อื่นมากกว่าตนเอง ทั้งนี้ การเห็นแก่ประโยชน์ผู้อื่น (altruism) ยังสามารถอธิบายได้ด้วย *แนวคิดผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์* (productive ageing) แนวคิดนี้ พัฒนาขึ้นเพื่อแก้ไขทัศนคติทางลบต่าง ๆ ที่มีต่อผู้สูงอายุ และเพื่อลดอุปสรรคต่าง ๆ ที่มีต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2542 อ้างอิงจาก Scott et. al. 2001) ทั้งนี้ การที่ผู้สูงอายุทำประโยชน์แก่ผู้อื่นนั้น หาได้มีข้อจำกัดเกี่ยวกับสถานะทางเศรษฐกิจสังคมไม่ ไม่ว่าบุคคลผู้นั้นจะอยู่ในเศรษฐกิจสถานะ หรือสถานะทางสังคมใดก็ตาม ดังงานวิจัยของ ดูลินและฮิล (Dulin; & Hill. 2003). ที่ทำการศึกษาผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่ให้บริการสาธารณะแก่ผู้อื่นภายในโครงการของรัฐบาลกลางอเมริกา พบว่า เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการควบคุมตัวแปรทางสถิติของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมและรายได้แล้ว ตัวแปรกิจกรรมที่เห็นแก่ผู้อื่น เป็นตัวทำนายที่สำคัญของผลกระทบเชิงบวก (positive affect) เห็นสิ่งอื่นใดประจักษ์พยานที่ผสกนิกรชาวไทยได้รับมาชั่วระยะเวลาที่ได้อาศัยพระบรมโพธิสมภารของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทั้ง 2 รัชกาล ด้วยฐานันดรแห่งพระองค์ผู้ทรงเป็นองค์เหนือหัวของอาณาจักรสยาม พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชการที่ 9 ผู้ทรงเปี่ยมล้นด้วยพระมหากรุณาธิคุณ ประกอบพระราชกรณียกิจอันยังประโยชน์แก่ปวงอาณาประชาราษฎร์ตลอดรัชสมัย จวบจนถึงพระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดลราชกุมาร พระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 10 ก็ได้เจริญรอยตามพระชนกนาถ ในอันที่จะประกอบพระราชกรณียกิจเพื่ออาณาประชาราษฎร์เช่นกัน ดังพระปฐมบรมราชโองการที่ได้พระราชทานอารักขาแก่ปวงชนชาวไทย ในกาลแห่งพระราชพิธีบรมราชาภิเษก ว่า “เราจะสืบสานรักษาและต่อยอด และครองแผ่นดินโดยธรรม เพื่อประโยชน์สุขแห่งอาณาราษฎร์ตลอดไป”

อภิปรายผลการวิจัย ระยะที่ 3: การสนทนากลุ่ม

การศึกษาในระยะที่ 3 มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินประเด็นปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบริบท ดังนั้นในการอภิปรายผลจะมุ่งเน้นไปที่ผลการวิจัยตามจุดมุ่งหมายเป็นหลัก ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ได้ข้อสรุปว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพในระบบทางเดินหายใจ อันเนื่องมาจากผลกระทบจากฝุ่นละออง และปัญหาสุขภาพจากการนอนไม่หลับ รวมถึงปัญหาจากสภาพเศรษฐกิจ ความต้องการรายได้ และขาดความรู้เรื่องการตลาดและการจัดการ จากความเห็นและข้อสรุปร่วมของสมาชิกที่จัดสนทนากลุ่ม แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า มีความต้องการแก้ปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับ เป็นความต้องการลำดับแรกที่ทำให้มีความสำคัญ ดังนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการอภิปรายผล ดังนี้

1. การนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ นั้น เป็นภาวะที่สามารถพบได้บ่อยมากกว่าช่วงวัยอื่น การศึกษาพบว่าความชุกของภาวะนอนไม่หลับในผู้สูงอายุนั้นสูงถึงเกือบร้อยละ 50 ซึ่งอาจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ เช่น การลดลงของการสร้างเมลาโทนิน เป็นต้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของวงจร การหลับ-การตื่น (sleep-wake cycle) โดยผู้สูงอายุมักจะเข้านอนเร็วขึ้นและตื่นนอนเร็วขึ้น (advanced circadian tendency) (โชติมันต์ ชินวรารักษ์; สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย; และ ัญศรา ดำรงพิพัฒน์. 2561) นั้นแสดงให้เห็นว่า ปัจจัยอายุ ส่งผลต่อการนอนหลับ รวมถึงความต้องการการนอนหลับอีกด้วย (อิติมา ณรงค์ศักดิ์. 2560: 32-33) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ไรมเมอร์ (Reimer. 2000) พบว่า ผู้สูงอายุตอนปลาย หรือมีอายุ 75 ปีขึ้นไป จะใช้ระยะเวลาการนอนหลับนานกว่าผู้สูงอายุตอนต้นที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี นั้นหมายความว่า อายุที่มากขึ้น จะมีการนอนหลับแปรปรวนมากขึ้น

2. ในระหว่างการศึกษา สมาชิกในวงสนทนากลุ่ม ยังสะท้อนถึง ปัจจัยด้านจิตใจ ที่ส่งผลต่อการนอนหลับด้วย ดังตัวอย่างเช่น “เวลาตื่นแต่เช้า จะไปไหนอย่างเนี่ย อันนั้นนะ จะนอนไม่หลับเลย” แสดงให้เห็นว่า ความตื่นแต่เช้า ความวิตกกังวลก็อีกปัจจัยที่ขัดขวางการนอนหลับ สอดคล้องกับการศึกษาของ ราซาลิและคณะ กับ ชีนและเชิน กล่าวไว้ว่า (Razali. et. al. 2016; Chien; & Chen. 2015). ที่พบว่าปัจจัยทางด้านจิตใจ เช่น การมีความเครียด ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล นั้นล้วนแต่รบกวนคุณภาพการนอนหลับทั้งสิ้น

อภิปรายผลการวิจัย ระยะที่ 4: การวิจัยเชิงทดลอง

การวิจัยในช่วงที่ 2 นี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เหมาะสมสำหรับชุมชนวัดบางปรอง สอดคล้องต่อปัญหาและความต้องการของบริบทผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรอง ในการแก้ปัญหาการนอนไม่หลับ โดยใช้โปรแกรมที่มีชื่อว่า “โปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต” ดังนั้นผลการวิเคราะห์ จึงประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) ผลการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรอง 2) ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น 3. ผลการตรวจสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เหมาะสมสำหรับชุมชนวัดบางปรอง ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการทดลอง โดยให้คะแนนก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปราย ดังต่อไปนี้

1. ผลการวิเคราะห์คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ ด้วยคะแนนพัฒนาการสัมพัทธ์ (relative gain scores) เป็นรายบุคคล พบว่า ผู้เข้าร่วมการทดลองในกลุ่มทดลองมีพัฒนาการเพิ่ม

มากขึ้นทุกคน มีพิสัยพัฒนาการสัมพันธ์เป็นร้อยละ 9.09 ถึงร้อยละ 90.00 สามารถสะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น จากการนำสารสนเทศจากการศึกษาในช่วงที่ 1 ทั้ง 3 ระยะ มาบูรณาการออกแบบกิจกรรมในโปรแกรมฯ เพื่อให้สอดคล้องต่อปัญหาและความต้องการของบริบท โดยประยุกต์โปรแกรมการพัฒนาต่าง ๆ จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (สนธยา มณีรัตน์. 2562; สุรรัตน์ ณ วิเชียร; และคนอื่นๆ. 2561; ธิติมา ณรงค์ศักดิ์. 2560; จุไรรัตน์ ดือขุนทด; สิริลักษณ์ ไสมานุสรณ์; และ วารีย์ กังใจ. 2559) มาผสมผสานกันเพื่อให้เกิดประสิทธิผลที่ดีกว่าการใช้เทคนิควิธีเพียงอย่างเดียว ตามแนวคิดของ โคเมียร์ นูริอุส และ ออสบอร์น กับ เพอร์รีและริชาร์ด (Cormier; Nurius; & Osborn. 2008: 522; Perri & Richards. 1977: 178-183) และนำทฤษฎีการนอนไม่หลับหลับ (Lundh; & Broman. 2000) เป็นพื้นฐานในการพัฒนากิจกรรมด้านเนื้อ หาไม่ว่าจะเป็นความรู้ (cognitive) การตีความ (appraisal) ความเชื่อ (belief) และกิจกรรมระหว่างวัน (daytime functioning) โดยมีหลักการ “โปรแกรมการจัดการตนเอง” (self-management program) ของ Cormier; Nurius; และ Osborn (2008) เป็นแกนหลักในการกำหนดกลยุทธ์กิจกรรม รวมทั้งแนวคิด “โมเดลการเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการ” (transtheoretical model of client change) ของ โปรชาสกา ดิเคลมองต์ และ นอร์คอร์ส (Prochaska; DiClemente; & Norcross. 1992) ประกอบอีกด้วย ทำให้ผลลัพธ์ที่ได้มีประสิทธิผล ช่วยให้ผู้กลุ่มทดลองมีการนอนหลับที่ดีขึ้น ดังประเด็นที่จะอภิปรายกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

1.1 หลักการ “โปรแกรมการจัดการตนเอง” เป็นกลยุทธ์ที่ผสมผสานทฤษฎีต่าง ๆ ไม่ที่จะเป็นการเตือนตนเอง (self-monitoring) การควบคุมตนเอง (self-control) “การควบคุมผลของกรรม” (self-presented consequences) การตั้งเป้าหมาย (goal setting) การให้รางวัลตนเอง (self-reward) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) อย่างเป็นขั้นตอน เพื่อจุดมุ่งหมายในการปรับพฤติกรรมของบุคคล (ปิยะ บุษบา. 2561; ชัยชนะ มิตรสัมพันธ์. 2552)

1.2 กิจกรรม “เร็ว ๆ เข้า ตั้งปณิธานกัน” ใช้เทคนิค การตั้งเป้าหมาย (goal setting) ซึ่งเป็นกระบวนการของการควบคุมผลกรรม กล่าวคือ เป็นการกำหนดพฤติกรรมที่ต้องการอย่างชัดเจน ซึ่งในที่นี้ให้ผู้สูงอายุ กรอกใบคำสัญญา “*ปณิธานการนอนหลับของฉัน*” ให้ผู้สูงอายุอ่านและลงชื่อ นอกจากเป็นการตั้งเป้าหมายแล้ว ยังช่วยกระตุ้นความเชื่อในตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการนอนหลับ เทคนิคการตั้งเป้าหมายนี้ เป็นที่นิยมและถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายในจิตวิทยาการให้คำปรึกษา ด้วยวิธีการปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีเผชิญความจริง (reality approach to counseling) ซึ่งมีหลักการในการให้คำปรึกษา คือ WDEP ซึ่งมาจาก Want, Direction and doing, Evaluate their behavior และ Planning and commitment

ซึ่ง P ในที่นี้ก็คือ การตั้งเป้าหมายนั่นเอง มีงานวิจัยจำนวนมากในประเทศไทยที่ใช้เทคนิคการปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีเผชิญความจริง และได้ผลดีเมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการกลุ่ม ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของ พิระญาณ์ อัครวงษ์กรณ์ (2559) ที่ศึกษาเรื่อง ผลการปรึกษากลุ่มทฤษฎีเผชิญความจริงต่อการปรับตัวทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่า นักเรียนในกลุ่มทดลองมีการปรับตัวทางเพศในระยะหลังทดลองและติดตามผลสูงกว่าในระยะก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หรืออีกตัวอย่าง ได้แก่ สารญา ธัญญเจริญ (2556) ทำการศึกษา ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงต่อการเพิ่มการควบคุมตนเองของนักศึกษาที่มีพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ต: กรณีศึกษานักศึกษาชั้นปีที่ 1 คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่ง เป็นต้น

1.3 กิจกรรม “แกว่งแขนขยับ พากันหลับโดยง่าย” เป็นกิจกรรมที่มุ่งผลให้เกิดทางด้านร่างกาย กิจกรรม “นวดเท้าสบายๆ ผ่อนคลายด้วยลูกแก้ว”, “ชื่นใจกันแล้ว เคลิ้มหลับโดยพลัน”, “ทุกคืนทุกวัน เพลงกล่อมเราเข้านิทรา” เป็นกิจกรรมที่มุ่งผลให้เกิดด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย และกิจกรรม “บ้านของฉัน น่านอนหลับ” เป็นกิจกรรมที่มุ่งผลในการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมต่อการนอนหลับ ทั้งหมดนี้สามารถอธิบายด้วยทฤษฎีการนอนไม่หลับหลับ (Lundh; & Broman. 2000) มีใจความว่า การนอนไม่หลับเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการการแทรกแซง/รบกวน (sleep-interfering) และกระบวนการตีความหรือการให้ความหมายของบุคคลต่อการนอนหลับ (sleep-interpreting) ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อกระบวนการทั้งสองประกอบด้วยปัจจัยทั้งทางจิต (psychological) ความรู้ (cognitive) อารมณ์ (emotional) ความเชื่อ (belief) การกระตุ้นเร้า (arousal) การตีความ (appraisal) และกิจกรรมระหว่างวันของบุคคล (daytime functioning) ดังนั้นกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้ให้ผู้สูงอายุปฏิบัตินั้น อาศัยหลักการเหล่านี้เป็นดั่งปัจจัยที่ไม่พึงประสงค์ และเพิ่มปัจจัยที่พึงประสงค์ โดยการนำกิจกรรมของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับด้วยวิธีต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ กล่าวคือ

1.3.1 กิจกรรม “นวดเท้าสบายๆ ผ่อนคลายด้วยลูกแก้ว” ได้นำกิจกรรมของ สุธยา มณีรัตน์ (2562) ที่ทำการพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมนพรัตน์วัชร ๒๐๑๖ ต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง

1.3.2 กิจกรรม “ชื่นใจกันแล้ว เคลิ้มหลับโดยพลัน” ได้ประยุกต์กิจกรรมของ จุไรรัตน์ ดือขุนทด; สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์; และวารี กังใจ (2559) ที่ทำการศึกษา ผลของโปรแกรมส่งเสริมการผ่อนคลายโดยการฟังดนตรีธรรมะร่วมกับสวดมนต์บำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ

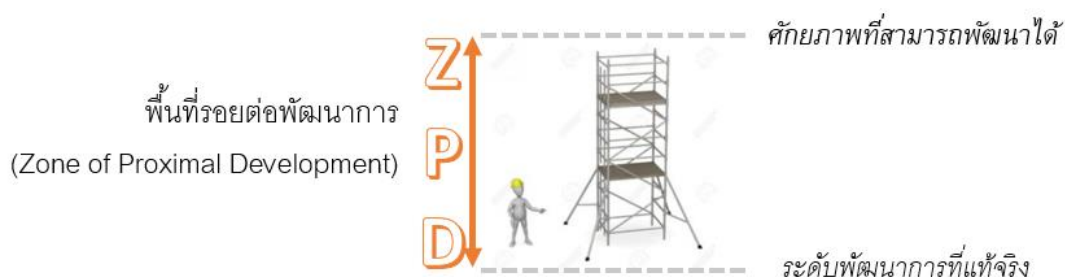
1.3.3 กิจกรรม “ทุกคืนทุกวัน เพลงกล่อมเราเข้านิทรา” นำกิจกรรมของ สุวีริรัตน์ ฌ วิเชียร และคนอื่นๆ (2561) ที่ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ

ทุก ๆ กิจกรรมดังข้างต้น กลุ่มทดลองที่ได้รับกิจกรรมเหล่านี้ มีการนอนหลับที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม และดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการทดลองด้วยการผสมผสานกิจกรรมต่าง ๆ ทั้ง 9 กิจกรรม ตามตาราง 15 ถึง 23 เพื่อประสิทธิผลที่ดีกว่าการใช้เพียงเทคนิคเดียว ตามแนวคิดของ โคเมียร์ นูริอุส และ ออสบอร์น กับ เพอร์รีและริชาร์ด (Cormier; Nurius; & Osborn. 2008: 522; Perri & Richards. 1977: 178-183) ปรากฏผลว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพเป็นอย่างดีต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ กล่าวคือ เมื่อพิจารณาเป็นรายบุคคลแล้วพบว่า มีประสิทธิภาพการสัมพันธ์อยู่ระหว่างร้อยละ 9.09 ถึงร้อยละ 90.00

2. ผลการวิเคราะห์ ความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยให้คะแนนก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม (covariate) ปรากฏผลว่า คะแนนคุณภาพชีวิตหลังการทดลอง ระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 31.313, df=1, p < .001$) โดยที่กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}_{\text{ควบคุม}}: 59.172 < \bar{X}_{\text{ทดลอง}}: 77.828$)

สรุปได้ว่า การนอนหลับส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนั้นเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ บุญเชื้อ ยงวานิชกร; และปิยะดา ประเสริฐสม (2554) ที่พบว่า การประเมินสุขภาพทั่วไป (general health) ความเพียงพอของรายได้ ความสามารถในการนอนหลับ การเคี้ยวอาหาร การขยับ และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 38.20 เป็นไปในทางเดียวกับการศึกษาของ อภินันท์ สนน้อย; ปิยาภรณ์ ศิริภานุมาศ; และสุรัชย์ ปิยานุกูล (2559) พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ และ ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง โดยที่ปัจจัยทั้ง 5 ร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 73.70 ซึ่งการนอนหลับนั้นเป็นส่วนหนึ่งในตัวแปรด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

3. จากผลการวิจัยในระยะที่ 4 นี้ ผู้วิจัยสามารถสรุปแนวคิด “นั่งร้านยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ” เพื่อใช้ประกอบการอภิปราย โดยอาศัยทฤษฎีพื้นที่รอยต่อพัฒนาการของไวโกตสกี (Lev Semenovich Vygotsky) ดังต่อไปนี้



ภาพประกอบ 27 นักร้านยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

อาศัยแนวความคิดเรื่องสูตรการคำนวณที่กล่าวถึง “ศักยภาพ” ที่ได้อภิปรายไว้ในข้อที่แล้ว จะเห็นได้ว่า พัฒนาการที่เกิดขึ้นนั้นถูกอธิบายโดยเทียบเคียงจากบุคคลนั่นเอง มิได้อ้างอิงจากคะแนนเกณฑ์มาตรฐานหรือเกณฑ์อื่น เช่นเดียวกันกับทฤษฎีพื้นที่ร่อยต่อพัฒนาการ (zone of proximal development) ของไวทสกี ที่อธิบายว่า “ระยะห่างระหว่างระดับพัฒนาการที่แท้จริง ซึ่งกำหนดโดยลักษณะการแก้ปัญหาของแต่ละบุคคล กับระดับของศักยภาพแห่งพัฒนาการที่กำหนด โดยผ่านการแก้ปัญหาภายใต้คำแนะนำของผู้ใหญ่ หรือในการร่วมมือช่วยเหลือกับเพื่อนที่มีความสามารถเหนือกว่า” (Vygotsky. 1978:86-89)

เปรียบเทียบการการวิจัยระยะที่ 4 ซึ่งโปรแกรมการพัฒนาที่ได้กล่าวไว้นั้น เป็นดั่งนักร้านที่ช่วยยกระดับให้ไปถึงจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนั้นจะดีขึ้นได้ด้วยโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เป็นผลผลิตจากการนำความหมายและองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นำมาสร้างโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เหมาะสมสำหรับชุมชนวัดบางปรอง

โปรแกรมการพัฒนาที่สร้างขึ้นมานั้น ใช้หลักการผสมผสานของสหสาขา เป็นการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของโปรแกรมการจัดการตนเอง การใช้ความรู้ทาง การแพทย์ ทางจิตวิทยา และสุขศึกษา และยังมีการช่วยติดตาม และให้กำลังใจซึ่งเป็นกระบวนการพี่เลี้ยงที่ให้คำปรึกษา (mentoring) ซึ่งตรงกับกระบวนการชี้แนะหรือการช่วยเหลือ (guidance or assistance) ตามกระบวนการเรียนรู้ในพื้นที่ร่อยต่อพัฒนาการของไวทสกี ซึ่งเขาอธิบายเพิ่มเติมทฤษฎีของเขาไว้ว่า “พื้นที่ร่อยต่อของพัฒนาการไม่มีความคงที่ ไม่มีความแน่นอน แต่จะแปรเปลี่ยนไป ซึ่งในความแปรเปลี่ยนนั้น ได้ทำให้ผู้เรียนกลายมาเป็นผู้ที่มีความสามารถในการเรียนรู้มากขึ้น และมีความเข้าใจในความซับซ้อนของมโนทัศน์และทักษะต่าง ๆ มากยิ่งขึ้น อะไรก็ตามที่ผู้เรียนได้รับการชี้แนะหรือการช่วยเหลือในอดีต จะกลายมาเป็นการทำงานอย่างอิสระตามลำพังในปัจจุบัน...” สอดคล้องกับการออกแบบโปรแกรมที่ผู้วิจัยใช้หลักการ

“โปรแกรมการจัดการตนเอง” เป็นกลยุทธ์ที่ใช้ในการออกแบบกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วยแนวคิดการเตือนตนเอง (self-monitoring) การควบคุมตนเอง (self-control) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ในพื้นที่รอยต่อพัฒนาการ

การใช้นั่งร้านเปรียบเป็นแนวคิดของโปรแกรมฯ นั้น เพราะว่า นั่งร้านเป็นโครงสร้างชั่วคราวใช้ในงานก่อสร้างและซ่อมแซม ใช้สำหรับให้ช่างก่อสร้างปีนขึ้นไปที่สูง และเหยียบขึ้นไปเพื่อทำงาน รวมถึงใช้ในการวางสิ่งของจำเป็น และเมื่อก่อสร้าง ซ่อมแซมงานเสร็จ จะเก็บนั่งร้านออกทันที ไม่มีการเก็บนั่งร้านไว้ (วิกิพีเดีย: ออนไลน์) สอดคล้องกับคำอธิบายของไวลิตสกี ที่อธิบาย โดยยกตัวอย่างกรณีการเรียนรู้ของเด็กเรื่องการนับจำนวนของเด็กไว้ว่า “โจทย์ถามคำถามเกี่ยวกับจำนวนสิ่งของ ถ้าในเวลานั้น หรือในพื้นที่รอยต่อพัฒนาการ พ่อแม่ได้จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ และตอบสนองต่อความต้องการของเด็ก เด็กจะสามารถนับเลขได้ถูกต้องและเร็วกว่าที่เด็กจะเรียนรู้แบบลองผิดลองถูกตามลำพัง แต่เมื่อเด็กเกิดการเรียนรู้และมีความเข้าใจเกี่ยวกับการนับจำนวนสิ่งของได้บ้างแล้ว พฤติกรรมที่ต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับเรื่องนี้ของเด็กก็จะค่อย ๆ ลดลงและยุติไปในที่สุด” (Vygotsky, 1978)

ดังนั้นในการวิจัยระยะที่ 4 ตัวโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่มีความเหมาะสมกับบริบทผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรอง ก็คือแนวคิดเรื่อง นั่งร้านยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยได้เสนอไว้

อภิปรายวิธีวิจัยผสมวิธี

การวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ช่วง (two-strand sequential mixed designs) รวมทั้งสิ้น 4 ระยะ ในช่วงที่ 1 ประกอบไปด้วย 2 ระยะ มุ่งเน้นไปที่การทำความเข้าใจ กำหนดความหมาย และองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากมุมมองของผู้เชี่ยวชาญในระยะที่ 1 ที่มีความเป็นไปได้ และครอบคลุม แล้วนำวิธีวิทยาศาสตร์มาใช้เพื่อให้ได้มุมมององค์ประกอบตามมุมมองของผู้สูงอายุชุมชนวัดบางปรอง บ้านบางปรอง หมู่ที่ 9 ตำบลบางพระ อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา แล้วจึงนำชุดความรู้ที่ผสมกันจากผู้เชี่ยวชาญที่เป็นมุมมองทั่วไปและเป็นคนนอก มาผสมกับความรู้ที่มาจากผู้สูงอายุในชุมชนวัดบางปรองที่เป็นมุมมองจากคนใน จากนั้นจึงทำการประเมินความต้องการและปัญหาของผู้สูงอายุบริบทชุมชนที่จะไปพัฒนา อาศัยวิธีการวิจัยผสมวิธีเป็นตัวเชื่อมโยงความรู้ในแต่ละส่วน อภิปรายได้ดังนี้

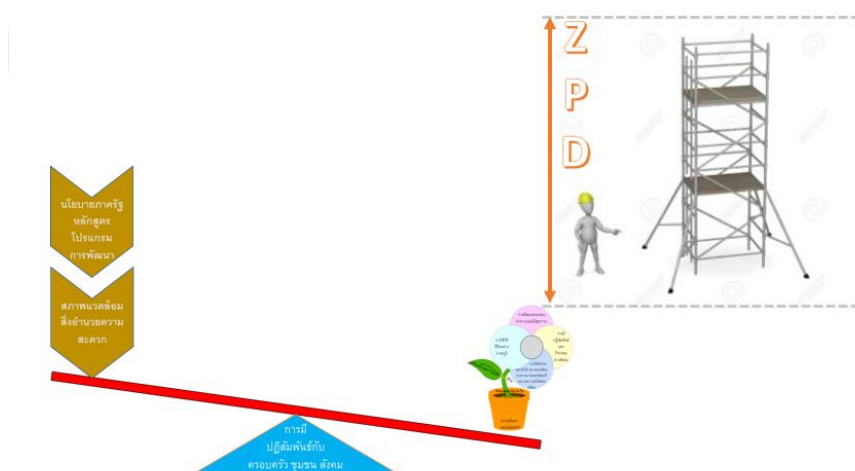
1. ความรู้ความเข้าใจในการอธิบายความหมายและองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพในระยะที่ 1 เป็นจุดเริ่มในการช่วยสร้างโครงสร้างเชิงทฤษฎี

เพื่อนำมากำหนดเนื้อหาสาระ (concourse) ซึ่งสำคัญอย่างยิ่งสำหรับวิธีวิทยาในการวิจัยระยะที่ 2

2. ช่วยในการตรวจสอบสามเฝ้าผลการวิจัยที่ได้จากวิธีการวิจัยที่แตกต่าง (method triangulation) ขององค์ประกอบคุณภาพชีวิตซึ่งได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพในระยะที่ 1 และมุมมององค์ประกอบคุณภาพชีวิตที่ได้จากการวิจัยเชิงปริมาณในระยะที่ 2

3. ได้สารสนเทศที่มีความจำเพาะเหมาะสมกับบริบทชุมชนวัดบางปรอง จังหวัดฉะเชิงเทราเพื่อใช้สร้างโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เหมาะสม ตรงตามความต้องการและปัญหาที่ได้จากผู้สูงอายุในชุมชนวัดบางปรองที่มีลักษณะออกแบบเฉพาะ (tailor made) ซึ่งหากใช้วิธีวิจัยเชิงเดียวจะไม่สามารถทำได้

4. ผู้วิจัยสรุปและนำเสนอโมเดลที่บูรณาการจากผลการวิจัยผสมวิธี เพื่อให้ได้มาซึ่งโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เหมาะสมสำหรับชุมชนวัดบางปรอง ดังภาพประกอบต่อไปนี้



ภาพประกอบ 27 แนวคิด “นั่งร้านยก กระดกคาน ดอกไม้ (บาน) คุณภาพชีวิต

สามารถอภิปรายผลการวิจัยจากการวิจัยผสมวิธีทั้ง 2 ระยะ เริ่มตั้งแต่ การวิจัยช่วงที่ 1 ระยะที่ 1 ที่ผู้วิจัยเสนอแนวคิด “ดอกไม้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ” ไว้ว่า โดยที่คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เปรียบเสมือน ดอกไม้ เพราะดอกไม้คือผลลัพธ์เป็นผลผลิตของพืชพันธุ์ ประกอบเป็นดอกไม้ 4 กลีบ แทน 4 ความหมายและองค์ประกอบ ได้แก่ 1) การได้ใช้ชีวิตอย่างภาคภูมิใจ 2) การมีสมรรถนะของร่างกายและมีสุขภาพะ 3) การมีปฏิสัมพันธ์และกิจกรรมทางสังคม และ 4) การได้

เข้าร่วมและเข้าถึง สภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมที่เหมาะสม รวมถึงสังคมเสมือน ซึ่งทั้งความหมายและองค์ประกอบนั้น ไม่สามารถแยกกันไม่ได้ เปรียบเสมือนดอกไม้ หากแยกแต่กลีบดอกแต่ละกลีบ เราไม่อาจเรียกกลีบดอกว่าดอกไม้ได้ สภาพความเป็นดอกไม้จึงหายไป เพราะสภาพความเป็นดอกไม้เป็นสภาพผุดบังเกิดเมื่อน้ำกลีบแต่ละกลีบมารวมกัน ดังนั้นแต่ละกลีบจึงจำเป็นต้องอยู่ร่วมกัน พึ่งพาอาศัยกัน ภาวะสภาพของ “ดอกไม้” จึงจะเกิดขึ้นได้ และเมื่อนำผลการวิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุและเงื่อนไขที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่ามีปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกประกอบกันเข้าจึงจะทำให้เกิดดอกไม้หรือคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุได้ ปัจจัยภายใน หมายถึง การควบคุมคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม ซึ่งประกอบด้วย 1) การเตรียมตัวและวางแผนตลอดชีวิต เปรียบเสมือนลำต้น ก้าน ใบ ที่จะเป็นท่อนหล่อเลี้ยงต้นไม้ไปสู่ดอกไม้ ถ้าลำต้น ก้าน และใบดี ดอกไม้ก็จะมีความเป็นไปได้ที่จะดีตาม มีโอกาสผลิดอกได้ต่อไป 2) การรักษาสุขภาพกาย ใจ และจิตปัญญา เป็นเสมือนดินน้ำและปุ๋ยที่จะบำรุงส่งอาหารผ่าน ลำต้น ก้าน และใบ หากดินดี น้ำดี ปุ๋ยดี สมดุล ไม่มากเกินไปน้อยไป จะส่งผลต่อดอกไม้ว่าจะออกดอกหรือไม่ หรือออกดอกมากน้อยตามระดับการดูแลรักษาและบำรุง 3) ความมั่นคง และปลอดภัย เป็นดังกระถางต้นไม้ ที่จะป้องกัน คุ่มภัย จากฐานรากทำให้ต้นไม้มีความมั่นคง เพราะถ้าต้นไม้ไม่มั่นคง โกงเงน ก็จะไม่สามารถผลิดอกได้เช่นกัน ในขณะที่ปัจจัยภายนอก หมายถึง การสร้างเสริมระบบนิเวศทางสังคมและวัฒนธรรม ประกอบด้วย 1) การมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ชุมชน สังคม เปรียบได้ดังจุดหมุน (สามเหลี่ยม) ของไม้กระดก ถ้าขยับจุดหมุนเข้าไปใกล้ทางกระถาง หมายถึง ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ใกล้ชิดหรือระดับมาก กับครอบครัว ชุมชน สังคม ก็จะสามารถเพิ่มเติม ส่งเสริมสนับสนุนคุณภาพชีวิต ส่งผลให้ปัจจัยภายนอกอีกประการ คือ 2) สภาพแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก และ 3) นโยบายภาครัฐ หลักสูตร โปรแกรมการพัฒนา ซึ่งแทนด้วยลูกศรชี้ลง ทำให้ออกแรงน้อยในการที่จะให้คานสมดุล ในทางตรงกันข้าม หากขยับจุดหมุน (สามเหลี่ยม) ไกลออกไปจากกระถาง ยิ่งต้องออกแรงสนับสนุนของลูกศรชี้ลงมากยิ่งขึ้นตามระยะทางที่ห่าง นั่นคือ ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ชุมชน สังคม น้อยหรือในระดับต่ำ หรือการปลีกตัวออกจากสังคม (isolate) หรือโดนทอดทิ้ง ดังนั้นเพื่อให้กระถางต้นไม้มั่นคง จึงต้องรักษาสมดุลของคานกระดก ก็คือ การรักษาสมดุลของปัจจัยต่าง ๆ เพื่อที่จะให้กระถางต้นไม้สมดุล มั่นคง ส่งผลให้ต้นไม้ ออกดอก หรือเทียบได้กับการมีคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุนั่นเอง

สำหรับโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เปรียบได้ดั่งนั่งร้านนั้น กล่าวคือ เมื่อต้องการยกระดับคุณภาพชีวิตตามความประสงค์ หรือต้องการแก้ปัญหาที่รบกวนคุณภาพชีวิต การมีพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาควบคู่กับโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี เปรียบได้ดั่งนั่งร้านที่ช่วย

ยกให้กระถางต้นไม้ที่ออกดอกนั้นสูงขึ้นไปยังระดับเบ้าประสงค์ ทั้งหมดนี้จึงเป็นคำอธิบายของแนวคิด “นั่งร้านยก กระถกคาน ดอกไม้ (บาน) คุณภาพชีวิต”

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ความรู้ที่ได้จากการการศึกษาเรื่องนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ทั้งต่อตัวผู้สูงอายุ โดยอาศัยกรอบความหมายและปัจจัยสาเหตุเงื่อนไขที่จะนำไปสู่คุณภาพชีวิต เป็นแนวทางในการปฏิบัติตน ทั้งนี้เพราะได้ความรู้ที่ได้นั้นผลกันทั้งความรู้ได้ผลจริงจาก “ผู้เป็น” หรือ ผู้สูงวัยอย่างมีพลัง ที่ผ่านประสบการณ์และการปฏิบัติตนจนเป็นที่ประจักษ์แล้วว่ามีความคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนอีกแหล่งความรู้ที่มาจาก “ผู้รู้” หรือผู้เชี่ยวชาญ เป็นความรู้ที่สั่งสมมายาวนานตลอดการทำงาน ค้นคว้าและวิจัยในสาขาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุนั้น ยิ่งไปกว่านั้นกิจกรรมต่าง ๆ ที่ให้ทดลองในการวิจัยระยะที่ 4 สามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนหลับได้จริงและมีประสิทธิผล ดังเช่นผลการวิจัยที่ได้นำเสนอ

อีกทางหนึ่งสามารถให้ภาครัฐ เอกชน ชุมชน และท้องถิ่น นำความรู้ที่ได้จากการศึกษาไปเป็นแนวทางในการวางแผน ประเมินความต้องการจำเป็น จัดการและปฏิบัติ ได้อย่างสอดคล้องกับบริบทที่สนใจไปพัฒนา เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในมิติต่าง ๆ ที่พึงประสงค์ เพราะกระบวนการในการวิจัยช่วงที่ 1 มิได้มีข้อจำกัดเกี่ยวกับมิติใดมิติหนึ่ง หรือเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นเฉพาะ ดังนั้น ข้อค้นพบตามแต่ละขั้นตอนของการวิจัย โดยเฉพาะช่วงที่ 1 ระยะที่ 2 และ 3 นั้น สอดรับกับความต้องการ และปัญหาจากตัวบริบทโดยแท้จริง

นอกจากนี้ การพัฒนาและยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำเป็นต้องบูรณาการทรัพยากรในภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุ เกิดความเข้าใจตนเองและผู้อื่น ส่งเสริมและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการได้บำเพ็ญตนให้เป็นประโยชน์แก่ผู้อื่น และผลักดันให้ครอบครัว ชุมชน และสังคมมีส่วนร่วมและตระหนักถึงการสร้าง ส่งเสริม และสนับสนุน ความมั่นคง ปลอดภัย รวมถึงระบบนิเวศทางสังคมวัฒนธรรมที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดังสะท้อนจากมุมมององค์ประกอบคุณภาพชีวิตตามทัศนะของผู้สูงอายุที่ได้ให้ไว้ในการศึกษา ระยะที่ 2

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

นำองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัย ไปประยุกต์เป็นเนื้อหาของการวิจัยที่ใช้วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการทั้งแบบมีส่วนร่วมหรือแบบมีส่วนร่วมเชิงวิพากษ์ (PAR or Critical PAR research) ที่มีฐานคิดของปรัชญาแบบทฤษฎีวิพากษ์ (critical theory) อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง ที่มีผลผลิตมีความยุติธรรม เสมอภาค และยั่งยืน

ในกรณีที่ต้องการนำองค์ประกอบที่ได้จากการวิจัย ที่มาจากทัศนะของผู้สูงอายุในชุมชนวัดบางปรองธรรมโชติการามด้วยวิธีวิทยาคิว มายืนยันว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้จากวิธีวิทยานี้ เป็นโครงสร้างเชิงทฤษฎีที่สามารถนำไปใช้กับบริบทอื่น ๆ ได้หรือไม่ ก็สามารถนำองค์ประกอบต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัย ไปเป็นตัวแปรจัดกระทำเพื่อการวิจัยเชิงทดลองหรือการวิจัยและพัฒนา ยกตัวอย่างเช่น การใช้ชีวิตอย่างภาคภูมิ นำตัวแปร “การเห็นคุณค่าในตนเอง” มาพัฒนาเป็นชุดกิจกรรมหรือโครงการเพื่อพัฒนาและยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นต้น



บรรณานุกรม



กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2555). ข้อมูลสถิติประชากร ปี 2555. (ออนไลน์).

แหล่งที่มา: <http://stat.bora.dopa.go.th/xstat/year55.html> วันที่สืบค้น

14 เมษายน 2560.

กรมการพัฒนาชุมชน. (2559ก). คู่มือการจัดเก็บข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน ปี 2560-2564.

กรุงเทพฯ: คณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน (พชช.)

กรมฯ.

----- (2559ข). คู่มือโปรแกรมบันทึกและประมวลผลข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน

(จปฐ.) ปี 2560-2564. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิต
ของประชาชน (พชช.) กรมฯ.

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2015). ทะเบียนรายชื่อ วิทยาการ/ผู้ทรงคุณวุฒิด้านผู้สูงอายุ. (ออนไลน์).

แหล่งที่มา:

http://intranet.dop.go.th/intranet_older/fls/fls_uploads/51993/a+%C3%BAa+%C2%A6a+%C3%B3a+%C3%A8a++a%C2%A6%C3%AAa+%C2%A1a+%C2%A3a+%C2%A6a%C2%A6%C3%ABa+%C3%B9a+%C3%BAa+%C3%A7a+%C3%A4a++a%C3%B4a+%C2%BAa++a%C3%86a+%C2%A6.docx วันที่สืบค้น 30 พฤษภาคม 2560.

กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงมหาดไทย. (2525, ฉบับพิเศษ). ให้ความรัก พิทักษ์อนามัย

ผู้สูงอายุ อายุยืน. *คู่มือพิเศษ*. 7(ฉบับพิเศษ): 11-17.

กวรรณ ยอดไม้. (2556). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตต่อคุณภาพชีวิต
ผู้สูงอายุ

อำเภอช้าง จังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย. สารานุกรมสุขภาพสตรีฉบับพิมพ์

(สารานุกรมสุขภาพสตรี). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553). พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ

พ.ศ. 2546 (ฉบับแก้ไข พ.ศ. 2553). พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมและ

พิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงฯ

----- (2555). ทำเนียบองค์กร ชมรมด้านผู้สูงอายุ พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริม
และพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงฯ

กฤษณ์ วงศ์เกิด. (2550). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลกระแสนบน

อำเภอแกลง จังหวัดระยอง . รายงานการศึกษาอิสระ รัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต

(การปกครอง). ขอนแก่น: วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

กุลยา ตันติผลาชีวะ. (2525). การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เจริญผล.

กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ. (2559, ต.ค.-ธ.ค.). ความสัมพันธ์ของกิจกรรมทางกายกับสุขภาวะทางจิต







ภาคผนวก ก

- รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ – โปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต

ตาราง xxx รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ – โปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/สถานที่ปฏิบัติงาน
1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศันสนีย์ จันทร์สถิตย์พร	ข้าราชการเกษียณฯ อาจารย์พิเศษ สาขาวัดผลและวิจัยการศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายฝน เสกขุนทด	อาจารย์ประจำ ระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ เชี่ยวชาญสาขาการวัดและประเมินผล การศึกษา
3. นางนฤพร พงษ์คุณากร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พิเศษ และ อาจารย์สังกัด ภาควิชาสุขภาพจิตและการ พยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราช ชนนี นครลำปาง สถาบันพระบรมราชชนก

ภาคผนวก ข

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (องค์การอนามัยโลก) ฉบับภาษาไทย
- แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิทส์เบิร์ก ฉบับภาษาไทย
(Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI))
- แบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ ฉบับภาษาไทย
(dysfunction belief and attitude about sleep: DBAS-16)

{ 1 }

แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ

ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี

เบอร์โทรที่ติดต่อได้.....

คำแนะนำ: แบบสอบถามนี้ใช้ประเมินคุณสมบัติการนอนส่วนใหญ่ของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา กรุณาตอบคำถามเหล่านี้ให้ตรงกับความเป็นจริงของช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา และกรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ

1. ใน 1 เดือนที่ผ่านมาส่วนใหญ่ท่านเข้านอนในเวลาใด
เวลาที่เข้านอนปกติ คือ
2. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา เมื่อท่านเริ่มเข้านอน ท่านใช้เวลากี่นาที ท่านถึงจะหลับจริง
จำนวนนาที
3. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมักจะตื่นนอนเวลาใด
เวลาตื่นนอนปกติคือ
4. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ท่านจะหลับได้จริง รวมได้กี่ชั่วโมง
(อาจจะไม่เท่ากับจำนวนชั่วโมงที่ท่านอยู่บนเตียง)
จำนวนชั่วโมงที่นอนหลับได้จริง ต่อคืน

ในแต่ละคำถามต่อไปนี้ กรุณาทำเครื่องหมายกากบาทหน้าตัวเลือกที่ถูกต้องที่สุดเพียงตัวเลือกเดียว กรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ

5. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาในการนอนหลับบ่อยแค่ไหน
เนื่องจาก.....
(ทำเครื่องหมายกากบาท หน้าตัวเลือกที่ถูกต้องเพียงตัวเลือกเดียว สำหรับแต่ละคำถาม)

- 5.1) ไม่สามารถหลับได้ภายใน 30 นาที
☐ ไม่มีเลย ☐ มีน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง ☐ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ☐ สัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไป

[2]

5.2) ตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ามากกว่าปกติ

☐ ไม่มีเลย ☐ มีน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง ☐ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ☐ สัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไป

5.3) ต้องตื่นมาเข้าห้องน้ำระหว่างการนอน

☐ ไม่มีเลย ☐ มีน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง ☐ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ☐ สัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไป

5.4) หายใจไม่สะดวก

☐ ไม่มีเลย ☐ มีน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง ☐ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ☐ สัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไป

5.5) ไอหรือกรนเสียงดัง

☐ ไม่มีเลย ☐ มีน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง ☐ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ☐ สัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไป

5.6) รู้สึกหนาวหรือเย็นเกินไป

☐ ไม่มีเลย ☐ มีน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง ☐ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ☐ สัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไป

5.7) รู้สึกร้อนเกินไป

☐ ไม่มีเลย ☐ มีน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง ☐ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ☐ สัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไป

5.8) ผื่นร้าย

☐ ไม่มีเลย ☐ มีน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง ☐ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ☐ สัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไป

5.9) มีอาการปวด

☐ ไม่มีเลย ☐ มีน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง ☐ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ☐ สัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไป

5.10) เหตุผลอื่น ๆ ที่รบกวนนอนของท่าน โปรดระบุ

.....

.....

ในระหว่างเดือนที่ผ่านมาผู้ป่วยมีปัญหานอนเนื่องจากสาเหตุต่าง ๆ ข้างต้นนี้บ่อยแค่ไหน

☐ ไม่มีเลย ☐ มีน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง ☐ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ☐ สัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไป

{ 3 }

6. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านคิดว่าคุณภาพการนอนโดยรวมของท่านเป็นอย่างไร

☐ ดีมาก ☐ ค่อนข้างดี ☐ ค่อนข้างแย่ ☐ แย่มาก

7. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านต้องใช้ยานอนหลับ (ทั้งที่ตัวเอง และ/หรือ ตามที่แพทย์สั่ง) เพื่อที่จะช่วยให้
นอนหลับบ้างหรือไม่

☐ ไม่มีเลย ☐ มีน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง ☐ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ☐ สัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไป

8. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการง่วงนอนขณะขับรถ ขณะรับประทานอาหารหรือขณะมีกิจกรรม
ทางสังคมอื่น ๆ บ้างหรือไม่

☐ ไม่มีเลย ☐ มีน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง ☐ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ☐ สัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไป

9. ใน 1 เดือนที่ผ่านมาท่านคิดว่ามีปัญหามากน้อยแค่ไหนจากการทำงานไม่สำเร็จเนื่องจากขาดความ
กระตือรือร้น

☐ ไม่มีเลย ☐ มีน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง ☐ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ☐ สัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไป

10) ปกติแล้ว ท่านใช้โทรศัพท์มือถือด้วยตนเองหรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

11) ลูก-หลาน หรือสมาชิกในครอบครัวที่อยู่กับท่าน ที่ผู้วิจัยสามารถติดต่อสอบถามถึงตัวท่านได้

ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี

เบอร์โทรที่ติดต่อได้.....

กราบขอบพระคุณอย่างสูงในการตอบแบบประเมิน



เรียน ผู้ตอบแบบประเมินที่เคารพ

ด้วยกระผม นายเอกพล เคราเซ นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชา
การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
“การพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มี
ประสิทธิภาพ: การวิจัยผสมวิธี” ขณะนี้อยู่ในขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบ
ประเมินฉบับนี้ เพื่อเป็นประโยชน์ และแนวทางในการพัฒนาโปรแกรม
การพัฒนาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป คำตอบของท่านจะไม่มี
ผลกระทบใด ๆ กับตัวท่านทั้งสิ้น และข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ

กราบขอบพระคุณอย่างสูงที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตอบ
แบบประเมินมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

นายเอกพล เคราเซ

ผู้วิจัย

แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (องค์การอนามัยโลก)

คำถามต่อไปนี้ ถามถึงการมีประสบการณ์ในเรื่องต่าง ๆ ที่ระบุในข้อคำถามแต่ละข้อว่ามีมากน้อยเพียงใด ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ที่	คำถาม	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
1	การเสื่อมถอยของระบบการรับรู้ / สัมผัส (เช่น การได้ยินเสียง, การมองเห็น, การได้กลิ่น, การรับรส, การสัมผัส) มีผลต่อคุณภาพชีวิตของท่าน เพียงใด					
2	การสูญเสียระบบการรับรู้ / สัมผัส (เช่น การได้ยินเสียง, การมองเห็น, การได้กลิ่น, การรับรส, การสัมผัส) มีผลต่อความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เพียงใด					
3	ท่านมีอิสระในการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ด้วยตัวเองเพียงใด					
4	ท่านรู้สึกที่ท่านสามารถควบคุมอนาคตของตัวเองได้เพียงใด					
5	ท่านรู้สึกว่ามีคนรอบตัวท่าน เคารพความเป็นอิสระของท่าน เพียงใด					
6	ท่าน กังวลว่าท่านจะตายอย่างไร มากน้อย เพียงใด					
7	ท่าน กลัวว่าท่านจะไม่สามารถควบคุมความตายของตน ได้มากนักเพียงใด					
8	ท่าน กลัวการตายที่จะเกิดขึ้นกับท่าน เพียงใด					
9	ท่าน กลัวการเจ็บปวดก่อนการตาย เพียงใด					

ชื่อ-สกุล.....ชื่อเล่น..... โทรศัพท์ติดต่อกับ.....

คำถามต่อไปนี้ ถามถึงการมีประสบการณ์ในเรื่องต่าง ๆ ของท่าน ที่ระบุในข้อคำถามแต่ละข้อ
ว่ามีมากน้อยเพียงใด ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ที่	คำถาม	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
10	ระบบการรับรู้ / สัมผัส (เช่น การได้ยินเสียง, การมองเห็น, การได้กลิ่น, การรับรส, การสัมผัส) ของการรับประทานอาหาร มีผลต่อการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเพียงใด					
11	ท่านสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ท่านอยากทำได้ มากน้อย เพียงใด					
12	ท่านมีความพึงพอใจกับโอกาสที่ท่านได้รับ อันจะนำไปสู่ความสำเร็จของชีวิตของท่าน เพียงใด					
13	ท่านรู้สึกที่ท่านสมควรได้รับการยอมรับเห็นคุณค่าของชีวิต เพียงใด					
14	ท่านรู้สึกที่ท่านมีครบ หรือมีพอ ต่อการดำรงชีวิตแต่ละวัน เพียงใด					
15	ท่านมีความพึงพอใจกับความสำเร็จในชีวิต เพียงใด					
16	ท่านมีความพึงพอใจกับการใช้ชีวิตตามแบบของท่านเพียงใด					
17	ท่านมีความพึงพอใจกับระดับความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของท่าน เพียงใด					
18	ท่านมีความพึงพอใจต่อโอกาสที่ตนได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน เพียงใด					
19	ท่าน มีความสุขในสิ่งที่ท่านรอคอยข้างหน้า เพียงใด					
20	ท่าน คิดว่าการทำงานของระบบ การรับรู้ / สัมผัส (เช่น การได้ยินเสียง, การมองเห็น, การได้กลิ่น, การรับรส, การสัมผัส) ของท่าน เป็นอย่างไร					

คำถามต่อไปนี้ถามถึงการมีประสบการณ์ในเรื่องต่างๆ ของท่าน ที่ระบุในข้อคำถามแต่ละข้อ
ว่ามีมากน้อยเพียงใด ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ที่	คำถาม	ไม่ เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
21	ท่านรู้สึกว่า ท่านมีเพื่อนชีวิต (ไม่ได้อยู่คนเดียว) มากน้อย เพียงใด					
22	ในชีวิตของท่าน ท่านเคยมีประสบการณ์ความรัก มากน้อย เพียงใด					
23	ในชีวิตของท่าน ท่านมีโอกาสที่จะรัก (ในสิ่งต่าง ๆ) มากน้อย เพียงใด					
24	ท่านมีโอกาสได้รับความรัก มากน้อย เพียงใด					

แบบสอบถามประเมินความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับ

ข้อ 1 การนอนวันละ 8 ชั่วโมงในตอนกลางคืนจะทำให้รู้สึกสดชื่นและสามารถทำงานต่าง ๆ ได้ดีในระหว่างวัน

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง										เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อ 2 เมื่อฉันนอนหลับได้ไม่เพียงพอในคืนใดคืนหนึ่ง ฉันต้องนอนซดเซยในวินค่อไปโดยการรีบหลับตอนกลางวัน หรือนอนให้นานขึ้นในคืนต่อไป

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง										เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อ 3 การนอนไม่หลับเรื้อรังจะทำให้เกิดผลเสียร้ายแรงต่อสุขภาพร่างกาย

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง										เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อ 4 ฉันรู้สึกกังวลว่าฉันจะไม่สามารถควบคุมการนอนหลับของฉันได้

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง										เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อ 5 การนอนหลับได้ไม่เต็มตื่นตอนกลางคืน จะทำให้รบกวนการทำงานกิจกรรมต่าง ๆ ในวันต่อมา

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง										เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อ 6 ฉันควรงีบนอนหลับในคืนที่ฉันนอนไม่หลับ เพื่อวันรุ่งขึ้นฉันจะตื่นตัวและทำงานได้ตามปกติ

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง										เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อ 7 ฉันคิดว่าถ้าหากฉันนอนหลับได้ไม่เต็มตื่นตอนกลางคืนที่ผ่านมานี้ จะทำให้ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย ซึมเศร้า หรือวิตกกังวลในระหว่างวันนั้น

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง										เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อ 8 เมื่อฉันนอนหลับได้ไม่เต็มตื่นคืนหนึ่ง ฉันรู้ว่าจะรบกวนการนอนหลับของฉันไปตลอดสัปดาห์

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง										เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อ 9 ฉันคิดว่าถ้าฉันนอนหลับไม่เพียงพอในตอนกลางคืน ฉันแทบจะทำอะไรไม่ได้ในวันถัดไป

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง										เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อ 10 ฉันไม่สามารถคาดเดาได้เลยว่าฉันจะนอนหลับได้ดีหรือนอนหลับได้ไม่ดีในตอนกลางคืน

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง										เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อ 11 ฉันมีความสามารถเพียงน้อยนิดในการจัดการกับผลเสียที่เกิด หลังจากการนอนหลับได้ไม่ดี

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง										เห็นด้วยอย่างยิ่ง

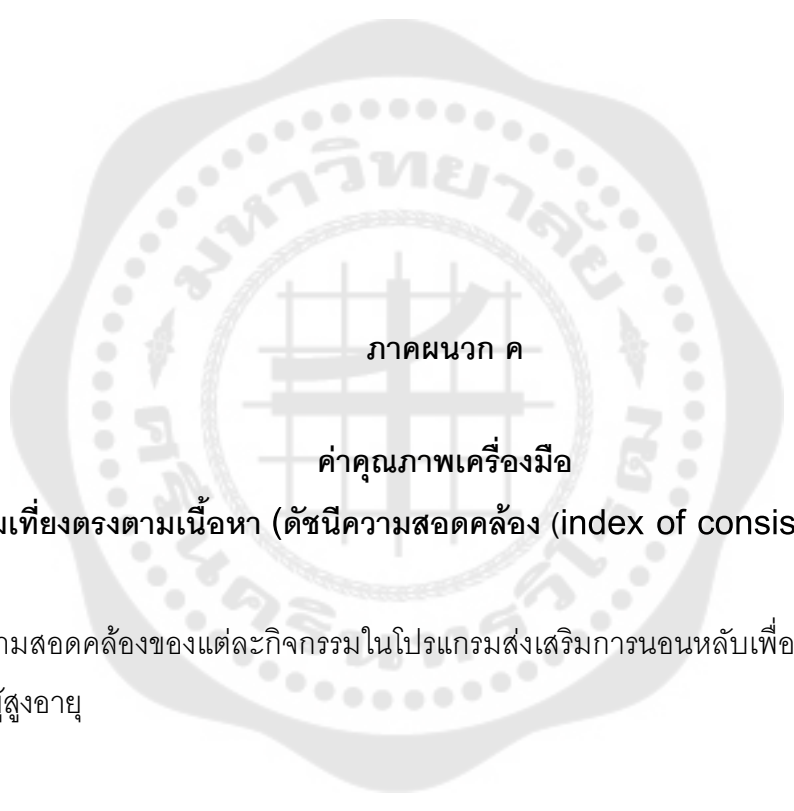
ข้อ 12 เมื่อฉันรู้สึกเหนื่อย ไม่มีแรง หรือเพียงแค่ดูเหมือนจะทำงานต่าง ๆ ได้ไม่ดีในระหว่างวัน ส่วนมากเป็นเพราะว่าฉันนอนหลับได้ไม่ดีในคืนก่อนหน้านั้น

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง										เห็นด้วยอย่างยิ่ง

คะแนนรวมของชั้นทั้ง 16 ชั้น = คะแนน

คะแนนเฉลี่ยของชั้น = คะแนน





ภาคผนวก ค

ค่าคุณภาพเครื่องมือ

ค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (ดัชนีความสอดคล้อง (index of consistency: IOC))

- ดัชนีความสอดคล้องของแต่ละกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ตาราง 59 ดัชนีความสอดคล้องของแต่ละกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

กิจกรรม ที่	ชื่อกิจกรรม	ผู้เชี่ยวชาญ			ผลการประเมิน	
		ท่านที่ 1	ท่านที่ 2	ท่านที่ 3	IOC	ผล
1	นอนหลับนั้น คืออะไร	1	1	1	1	ผ่าน
2	ถูกใจเป็นนาย และกายเป็นบ่าว	1	1	1	1	ผ่าน
3	เร็ว ๆ เข้า ตั้งปณิธานกัน	1	1	1	1	ผ่าน
4	บ้านของฉัน น่านอนหลับ	1	1	1	1	ผ่าน
5	แกว่งแขนขยับ พากันหลับโดยง่าย	1	1	1	1	ผ่าน
6	นวดเท้าสบาย ๆ ฝ่อนคลายด้วยลูกแก้ว	1	1	1	1	ผ่าน
7	ขึ้นใจกันแล้ว เคลิ้มหลับโดยพลัน	1	1	1	1	ผ่าน
8	ทุกคืนทุกวัน เพลงกล่อมเราเข้านิทรา	1	1	1	1	ผ่าน
9	โทรศัพท์พูดคุย ติดตามถาม และชื่นชม	1	1	1	1	ผ่าน

ภาคผนวก ง

หนังสือยืนยันการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



MF-04-version-2.0

วันที่ 18 ต.ค. 61



หนังสือยืนยันการยกเว้นการรับรอง
คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

(เอกสารนี้เพื่อแสดงว่าคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ ได้พิจารณาโครงการวิจัยนี้)

ชื่อโครงการวิจัย : การพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ: การวิจัยผสมผสานวิธี
ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : นายเอกพล เคราเซ
หน่วยงานต้นสังกัด : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
รหัสโครงการวิจัย : SWUEC-G-074/2562X

โครงการวิจัยนี้เป็นโครงการวิจัยที่เข้าข่ายยกเว้น (Research with Exemption from SWUEC)

วันที่ยืนยัน : 29 เมษายน 2562

ยืนยันโดย : คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ดำเนินการรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

ออกให้ ณ วันที่ 13 พฤษภาคม 2562

ลงชื่อ).....

(นายปิยชาติ บุญเพ็ญ)

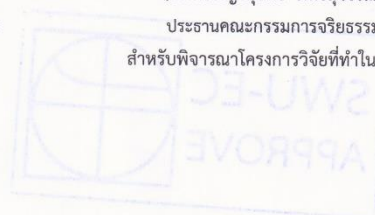
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรม
สำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

หมายเลขรับรอง : SWUEC/X/G-074/2562

(ลงชื่อ).....

(แพทย์หญิงสุรพร ภัทรสุวรรณ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรม
สำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	เอกพล เคราเซ
วัน เดือน ปี เกิด	12 พฤศจิกายน 2521
สถานที่เกิด	ชลบุรี
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2543 บริหารธุรกิจบัณฑิต (บธ.บ.) สาขาวิชาการบัญชี คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พ.ศ.2551 การศึกษามหาบัณฑิต (กศ.ม.) สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พ.ศ.2562 ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (ปร.ด.) สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ที่อยู่ปัจจุบัน	45/38 ซอยพิมพะจันทร์ ถนนประชาสรรค์ 1/6 ตำบลหน้าเมือง อำเภอ เมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา