

ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรมกับสุขภาวะผู้สูงอายุ
Correlation between Social Capital, Cultural Capital
and Healthy Aging



ปิยฉัตร กลิ่นสุวรรณ
นวลใย วัฒนกุล

การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ปีการศึกษา 2558

ชื่อเรื่อง : ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรมกับสุขภาวะผู้สูงอายุ
ผู้วิจัย : ปิยฉัตร กลิ่นสุวรรณ นวลใย วัฒนกุล
สถาบัน : มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ปีที่พิมพ์ : 2560
สถานที่พิมพ์ : มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
แหล่งที่เก็บรายงานฉบับสมบูรณ์ : มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
จำนวนหน้างานวิจัย: 106 หน้า
คำสำคัญ : ทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรม และสุขภาวะผู้สูงอายุ
ลิขสิทธิ์ : มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์สุขภาวะผู้สูงอายุทางร่างกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม ทุนทางปัญญา และสุขภาวะผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน 14 หมู่บ้าน ตำบลคลองตะเกรา อำเภотаตะเกรา จังหวัดฉะเชิงเทราจำนวน 350 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณประกอบด้วยแบบวัด 3 ชุด ได้แก่ (1) ทุนทางสังคม มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.76 (2) ทุนทางวัฒนธรรม มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 และ (3) สุขภาวะผู้สูงอายุมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84 และในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย (1) การสัมภาษณ์ (2) การประชุมกลุ่มย่อย และ (3) สังเกตแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า

1) ภาพรวมของสุขภาวะของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีมาก (\bar{X} =3.28, SD=1.29) โดยเฉพาะด้านร่างกายอยู่ในระดับดีมากกว่าด้านอื่นๆ (\bar{X} =3.93, SD=1.21) รองลงมาคือสุขภาวะด้านจิตใจและสังคม (\bar{X} =3.55, SD=1.29 และ 3.04, SD=1.36 ตามลำดับ) ด้านจิตวิญญาณหรือปัญญาอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =2.60, SD=1.30) การใช้ทุนทางสังคมส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =2.83, SD=1.31) โดยมีทุนทางสังคมด้านเครือข่ายส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุได้มากกว่าด้านอื่น และน้อยที่สุดคือทุนทางสังคมด้านองค์กร สำหรับทุนทางวัฒนธรรมส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุได้ในระดับดีมาก (\bar{X} =3.68, SD=1.28) เรียงลำดับจากทุนทางวัฒนธรรมด้านบรรทัดฐานทางสังคม ด้านปัญญาและประเพณี ส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุได้ในระดับดีมาก

2) การทดสอบสมมติฐานสรุปได้ว่า ทูนทางสังคม ทูนทางวัฒนธรรม และสุขภาวะผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คู่ที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุดคือ ทูนทางสังคมด้านเครือข่ายกับสุขภาวะผู้สูงอายุด้านสังคม ($r=.67$) ความสัมพันธ์รองลงมาคือ ทูนทางวัฒนธรรมด้านประเพณีกับสุขภาวะผู้สูงอายุด้านสังคม ($r=.61$) และความสัมพันธ์ระหว่างทูนทางสังคมด้านเครือข่ายกับทูนทางวัฒนธรรมด้านบรรทัดฐานทางสังคม ($r=.50$)

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยนี้ คือ การสร้างทูนทางสังคมด้านองค์กรให้เข้มแข็ง โดยใช้วัดเป็นศูนย์กลางของการจัดกิจกรรมต่างๆอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพของตนเองและบำเพ็ญประโยชน์ต่อส่วนรวม



Research Title: Correlation between Social Capital, Cultural Capital and Healthy Aging

Researcher: Piyachat Klinsuwan Nuanyai Wattanakoon

Institution: Huachiew Chalermprakiet University

Year of Publication: 2017

Publisher: Huachiew Chalermprakiet University

Sources: Huachiew Chalermprakiet University

No. of Pages: 106 pages

Keywords: Social Capital, Cultural Capital and Healthy Aging Promotion

Copyright: Huachiew Chalermprakiet University

ABSTRACT

This research is a qualitative and quantitative research with the purpose of

- 1) analyzing the correlation between the health factors of the aging population which consists of physical health, mental health, social health, and spiritual health
- 2) analyze correlation between the social capital, cultural capital and healthy aging.

The research sample consisted of 350 senior citizens from 14 villages of Amphoe Thatakiap in Chachoengsao Province, Eastern Thailand. The quantitative research instruments implemented in this research were (1) the social capital scale, with a reliability coefficient (alpha) of 0.76 (2) the culture capital scale, with a reliability coefficient (alpha) of 0.86 and (3) the healthy aging scale, with a reliability coefficient (alpha) of 0.84. And qualitative research instruments implemented in this research were (1) Focus Group Discussion (2) In-depth Interview and (3) Non-Participant Observation.

The research findings were as the following:

- 1) Over all of health-related factors of the aging people was very good (\bar{X} =3.28, SD=1.29) especially physical health was better than the remaining factors (\bar{X} =3.93, SD=1.21), the second was mental health and social health (\bar{X} =3.55, SD=1.29 and 3.04, SD=1.36 respectively), whereas, spiritual health was middle

level (\bar{x} =2.60, SD=1.30) The social capital promotion healthy aging was middle level (\bar{x} =2.83, SD=1.31) as family-related capital within the social capital promoted health of the aging more than others, while organization of social capital was the lowest. And culture capital was the highest promoted health of the aging (\bar{x} =3.68, SD=1.28) Moreover, normative, traditional, and wisdom of culture capital were the best level.

2) Conclusion of hypothesis testing was that; social capital, cultural capital, and the healthy aging had a significant correlated at the .01. There were statistically significant positive correlation ($r= 0.67$) between family-related factors within social capital and the healthy aging. It has the highest correlation. Secondly, was the tradition in social capital and the social health in the healthy aging in ($r=.61$) and the third was the family- related factors in social capital and the normative in culture capital ($r=.50$)

Further suggestions of this research include; establishing organizations in the social capital with stability and setting activities in temples as the center for promotion group of elderly in the community to increase potential development and social participation within the community.

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรมกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้รับทุนอุดหนุนจากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ และได้รับความอนุเคราะห์จาก รศ.ดร.ชัตติยา กรรณสูต ผศ.ดร.ศิรินทร์รัตน์ กาญจนกฤษชร์ ดร.กาญจนา สุทธิเนียม และ ดร.ชลพร กองคำ ที่กรุณาให้คำแนะนำและตรวจเครื่องมือวิจัยครั้งนี้ จึงใคร่ขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

ผู้วิจัยขอขอบคุณนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ภาคที่ 2 ปีการศึกษา 2558 คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ได้ช่วยเก็บรวบรวมแบบสอบถาม/แบบวัดจากผู้สูงอายุใน ตำบลคลองตะเกรา อำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา รวมทั้งช่วยประสานงานในการประชุมกลุ่มย่อย และสัมภาษณ์ผู้สูงอายุตามหมู่บ้าน จนได้ข้อมูลมาอย่างครบถ้วน ทำให้งานวิจัยเสร็จสมบูรณ์ไปด้วยดี

ดร. ปิยฉัตร กลิ่นสุวรรณ

หัวหน้าโครงการวิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูปภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
สมมติฐานการวิจัย	3
ขอบเขตของการวิจัย	3
นิยามปฏิบัติการ	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
แนวคิดเกี่ยวกับทุนทางสังคม (Social Capital)	9
แนวคิดเกี่ยวกับทุนทางวัฒนธรรม (Culture Capital)	13
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	15
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาวะ	20
ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	27
กรอบแนวคิดการวิจัย	32

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3	
ระเบียบวิธีวิจัย	33
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	33
ขอบเขตการวิจัย	34
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	35
การเก็บรวบรวมข้อมูล	38
การวิเคราะห์ข้อมูล	40
บทที่ 4	
ผลการวิจัย	41
บริบทชุมชนในตำบลคลองตะเกรา	41
ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ	45
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	48
ทุนทางสังคมที่ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	54
ทุนทางวัฒนธรรมที่ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	61
ผลการทดสอบสมมติฐาน	66
บทที่ 5	
สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	73
สรุปผลการวิจัย	73
อภิปรายผล	75
ข้อเสนอแนะ	78
บรรณานุกรม	80
ภาคผนวก	85

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
4ก	ช่วงอายุผู้สูงอายุ และการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ แยกตามหมู่บ้าน	46
4ข	การศึกษา อาชีพ รายได้ และภาวะหนี้สินของผู้สูงอายุแยกตามหมู่บ้าน	47
4.1	ระดับพฤติกรรมสุขภาวะของผู้สูงอายุ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและ จิตวิญญาณหรือปัญญา	48
4.2	ทุนทางสังคมที่ส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุ	54
4.3	ทุนทางวัฒนธรรมที่ส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ	62
4.4	ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรมและสุขภาวะ ผู้สูงอายุ	66
4.5	ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรม และสุขภาวะผู้สูงอายุ	67

สารบัญรูปภาพ

ภาพที่		หน้า
2.1	แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง (Health Promotion Model Revised)	25
2.2	กรอบแนวคิดการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรมกับสุขภาพผู้สูงอายุ	32



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โครงสร้างทางประชากรของประเทศไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มว่าผู้สูงอายุจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ขณะที่จำนวนประชากรวัยแรงงานมีสัดส่วนลดลง เป็นตัวบ่งชี้อย่างชัดเจนว่าประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aged Society) ภายในปี 2568 ทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านต่างๆที่ส่งผลต่อภาระงบประมาณของภาครัฐและค่าใช้จ่ายของครัวเรือนในการดูแลสุขภาพอนามัยและการจัดสวัสดิการสังคม (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2554 : 13) การจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจึงเป็นเรื่องสำคัญ ภาครัฐต้องตื่นตัวกำหนดนโยบายการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และหามาตรการเรื่องของการให้บริการสาธารณสุข และงานสวัสดิการสังคมให้มากขึ้นและเป็นไปอย่างต่อเนื่องจนสามารถสร้างเสริมให้ประชากรสูงอายุในประเทศไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ในระดับที่น่าพึงพอใจ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2557)

นโยบายและมาตรการช่วยเหลือของภาครัฐ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือต่างๆ เช่น ค่าครองชีพผู้สูงอายุ เงินบำนาญ การส่งเสริมสวัสดิการ การรักษาพยาบาลด้านสุขภาพ กายและจิต และการให้บริการด้านสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการฝึกอาชีพและการทำงานที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ เป็นต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่ในครอบครัวและในชุมชนได้ด้วยมีความสุขสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจเป็นเบื้องต้น ซึ่งการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุจะนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพ (สมโภชน์ อเนกสุข และ กชกร สังขชาติ. 2548 : 95-107) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาในชุมชนจำนวนไม่น้อยที่กำลังเพิ่มภาระการพึ่งพิงให้กับสมาชิกในครอบครัว หากเป็นชุมชนเข้มแข็งที่มีระบบการบริหารจัดการที่ดี รู้จักใช้พลังชุมชนที่เกิดจากความร่วมแรงร่วมใจ และจิตสำนึกช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ใช้ความหลากหลายของความรู้สมัยใหม่ผสมผสานกับทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรม และภูมิปัญญาชาวบ้าน จะส่งเสริมสุขภาวะสมบูรณ์ของผู้สูงอายุได้ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณหรือปัญญา ลักษณะดังกล่าวคือการใช้ทุนทางสังคม และทุนทางวัฒนธรรม เป็นส่วนหนึ่งของการ

บริการงานด้านผู้สูงอายุในชุมชน ด้วยวัยที่สูงอายุได้รับ โดยไม่ใช่การปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ เท่านั้น (World Health Organization : WHO. 2000)

ทุนทางสังคม หมายถึง ทุนที่เกิดจากการรวมตัว ร่วมคิด ร่วมทำ ที่อยู่บนฐานของความไว้วางใจ สายใยความผูกพัน และวัฒนธรรมที่ดีงามของสังคมไทยผ่านระบบความสัมพันธ์ในองค์ประกอบหลัก ได้แก่ คน สถาบัน วัฒนธรรม และองค์ความรู้ ซึ่งจะเกิดเป็นพลังในชุมชนและสังคม (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2548 : 2) และที่สำคัญคือทุนทางสังคมยิ่งถูกใช้มากยิ่งเพิ่มคุณค่ามาก และไม่มีหมดสิ้นไป (Depreciation) นับได้ว่าเป็นคุณลักษณะพิเศษของทุนทางสังคม (Ostrom. 2000) ซึ่งเป็นทุนที่พิจารณาได้ทั้งในระดับปัจเจกที่เกี่ยวกับความไว้วางใจระหว่างเครือญาติ และในระดับโครงสร้างที่เป็นความสัมพันธ์กับตัวบุคคลที่หลากหลาย (Various Actors) นับว่าเป็นเครือข่ายความสัมพันธ์ในการแลกเปลี่ยน (Exchange Relations) ซึ่งกันและกัน พัฒนาไปเป็นชมรม หน่วยงาน/องค์กร เป็นต้น (Ritzer. 2003 : 193-209) ตัวอย่างของทุนทางสังคมที่เด่นชัดในเรื่องขององค์กรทางสังคม เป็นทุนที่ช่วยปรับปรุงสังคมให้มีประสิทธิภาพนั้น คือการส่งเสริมเกื้อหนุนให้ความร่วมมือดำเนินงาน (Putnam. 1993) อาจกล่าวได้ว่า ทุนทางสังคมเป็นทุนที่มีความหมายครอบคลุมทั้งเครือญาติ เครือข่ายและองค์กรนั่นเอง จึงมีแนวคิดในการใช้ทุนทางสังคมเกื้อหนุนให้เกิดความสัมพันธ์เชิงบวกกับสุขภาวะหรือใช้เป็นแนวคิดทุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Veenstra. 2000) สำหรับบริบทของความเป็นไทย ยังมีทุนทางปัญญา ทุนทางศีลธรรมเป็นส่วนหนึ่งของทุนทางวัฒนธรรมสำคัญ ที่ส่งเสริมและเกื้อหนุนความสัมพันธ์ของกลุ่มคนในชุมชนให้สามารถดำรงอยู่ได้ด้วยพึ่งพาตนเอง (เสรี พงศ์พิศ. 2552) ถึงแม้ว่าทุนทางวัฒนธรรมเป็นส่วนหนึ่งของทุนทางสังคม (กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมนิยม. 2556) แต่สามารถอธิบายความแตกต่าง แยกออกจากแนวคิดหลักของทุนทางสังคม และทุนทางวัฒนธรรมให้เห็นความแตกต่างกันได้ กล่าวคือทุนทางสังคมเน้นความสัมพันธ์ระหว่างคน เครือข่าย และองค์กร แต่ทุนทางวัฒนธรรม หมายถึง ผลผลิตทางวัฒนธรรม ทั้งที่จับต้องได้ เป็นมรดกทางวัฒนธรรม เป็นผลงานทางศิลปะแขนงต่างๆ และยังมีส่วนที่จับต้องไม่ได้ เกี่ยวข้องกับขนบธรรมเนียมประเพณี วิถีชีวิต และแนวทางปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ และมาตรการควบคุมทางสังคม ที่เรียกว่าบรรทัดฐานทางสังคม รวมทั้งภูมิปัญญาที่ถูกส่งสืบทอดสืบต่อกันมา โดยไม่ได้บันทึกไว้แต่อดีต (Throsby. 1999) นั่นคือ ประเพณี บรรทัดฐานทางสังคม และภูมิปัญญาที่ทำหน้าที่ยึดเหนี่ยวให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่ม เครือข่ายและองค์กรเข้าไว้ด้วยกัน ให้เป็นเอกลักษณ์เดียวกัน ที่สะท้อนให้เห็นศักดิ์ศรี ความภาคภูมิใจ และเป็นที่รวมแห่งองค์ความรู้ที่มีมาในอดีตทั้งหมด เป็นทุนที่ผูกพันสังคมให้คงอยู่ อย่างเหนียวแน่น

ทุนทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรม จึงเกี่ยวข้องกันเป็นระบบความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงวิถีชีวิตของคนทุกระดับ เป็นคุณค่าที่สามารถนำมาส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความสมบูรณ์ ลดภาระทางสังคมที่จะต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก และยังเป็นกระบวนการทางสังคมที่เสริมสร้างความเข้มแข็งของสังคมส่วนรวมอีกด้วย (พรชัย ตระกูลวรานนท์. 2557) ทุนทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรมจึงสามารถนำมาเป็นทุนในการขับเคลื่อนงาน ด้านการให้บริการและการดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพสมบูรณ์ และนับว่าการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ในชุมชน ที่สามารถส่งเสริมและสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้กับความเป็นผู้สูงอายุ ที่ไม่ใช่ “วัยพึ่งพิง” ให้วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีศักดิ์ศรี มีคุณค่าต่อครอบครัว ชุมชนและสังคม สะท้อนให้เห็นศักยภาพของผู้สูงอายุท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่กระทบต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมไทย (ปณิธิ บรรวณ. 2557) ผลการวิจัยดังกล่าว สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุมีคุณค่าต่อสังคม จึงควรดูแลและส่งเสริมให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์ หากผลการศึกษาพบว่าทุนทางสังคม และทุนทางวัฒนธรรมในชุมชนถูกนำมาใช้มากเท่าไร สุขภาพของผู้สูงอายุก็น่าจะสมบูรณ์มากขึ้นเท่านั้น หรือทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรมกับสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันนั่นเอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สุขภาพของผู้สูงอายุด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณหรือปัญญา
2. เพื่อวิเคราะห์ว่าทุนทางสังคม และทุนทางปัญญามีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้สูงอายุหรือไม่ และในปริมาณมากน้อยเพียงใด

สมมติฐานการวิจัย

ทุนทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้สูงอายุ

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรในการวิจัยคือ 1) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ตำบลคลองตะเกรา อำเภอกำแพงชัย จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 25 หมู่บ้าน มีจำนวนทั้งสิ้น 2,400 คน เป็นผู้สูงอายุ

ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ 54 คน พิการ 181 คน ช่วยเหลือตนเองได้ประมาณ 2,165 คน อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่มีความพร้อม และเป็นพื้นที่เหมาะสมในการวิจัย จำนวน 14 หมู่ ได้แก่ หมู่ 1 บ้านกรอกสะแก หมู่ 3 บ้านเกาะลอย หมู่ 4 บ้านวังหิน หมู่ 5 บ้านหนองขาหยั่ง หมู่ 6 บ้านธรรมรัตน์ใน หมู่ 7 บ้านร่มโพธิ์ทอง หมู่ 9 บ้านห้วยตะปอก หมู่ 10 บ้านศรีเจริญทอง หมู่ 12 บ้านทุ่งสาย หมู่ 14 บ้านเขากล้วยไม้ หมู่ 18 บ้านกระบกคู่ หมู่ 22 บ้านสันติสุข หมู่ 23 บ้านท่ามะนาว และหมู่ 25 บ้านสามพราน 2) กลุ่มผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับ ผู้สูงอายุ ตำบลคลองตะเกรา อำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา เนื่องจากพื้นที่ส่วนใหญ่ของตำบลคลองตะเกรา อำเภอท่าตะเกียบ อยู่ในเขตป่าสงวนแห่งชาติป่าแควระบม - สียัด มีน้ำตกเขาอ่างฤาไน หรือน้ำตกบ่อทอง เป็นแหล่งต้นน้ำลำธารของพื้นที่รอยต่อ 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดฉะเชิงเทรา จังหวัดจันทบุรี จังหวัดสระแก้ว จังหวัดปราจีนบุรี และ จังหวัดชลบุรี จึงเป็นแหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติที่สำคัญ ได้รับการดูแลอย่างดีจากหน่วยพิทักษ์ป่า น้ำตกบ่อทอง ที่ตั้งอยู่อย่างถาวร มีจำนวนทั้งหมด 16 หน่วย ในพื้นที่ดังกล่าว เพื่อให้คงไว้ซึ่งความหลากหลายของสังคมพืชและสังคมสัตว์ที่กลมกลืนกับวิถีชีวิตของชุมชนได้อย่างไม่เบียดเบียนซึ่งกันและกัน แม้ว่าความเจริญทางด้านเทคโนโลยีและการสื่อสารเข้าถึงไม่หมดทุกพื้นที่ การดำรงชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัวที่ยังคงไว้วัฒนธรรมพื้นบ้านและวิถีชีวิตแบบดั้งเดิมตราบเท่าทุกวันนี้ โดยอาศัยทรัพยากรธรรมชาติ และการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง จึงนับได้ว่าเป็นสถานที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย เพื่อศึกษาบริบทของชุมชน รวมทั้งสภาพปัญหาต่างๆ ที่ส่งผลต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุและครอบครัว และศึกษาว่าทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรม กับสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ และเป็นปริมาณมากน้อยเพียงใด

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Samplings) เลือก เฉพาะผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ โดยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร Yamane (1973 : 125) คือ $n = N / (1 + Ne^2)$ ในที่นี้ n คือจำนวนกลุ่มตัวอย่าง N คือ ประชากร และ e คือความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (ร้อยละ 5 หรือ 0.05) เมื่อแทนค่าตามสูตรแล้วจะได้ $2,165 / (1 + 2,165 (.05)^2)$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 337 คน แต่สามารถเก็บได้จริง จำนวน 350 คน นอกจากนี้ยังสอบถามผู้ดูแลผู้สูงอายุในจำนวนที่เท่ากัน เพื่อหาความสอดคล้องของเครื่องมือวิจัย และสอบถามบริบทของพื้นที่จากการสัมภาษณ์ผู้ทำงานด้านผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้ทำงานในชุมชน เจ้าที่ภาครัฐและเอกชน รวมทั้งอาสาสมัครที่เกี่ยวข้อง สรุปลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1) กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 350 คน
- 2) กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 350 คน
- 3) กลุ่มผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จำนวน 14 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหาในการวิจัยนี้ ศึกษาตัวแปร จำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่

- 1) ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) จำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่

1.1) ทูทางสังคม (Social Capital) ประกอบด้วยตัวแปรย่อย จำนวน 3 ตัวแปร คือ ทูเครือข่าย ทูเครือข่าย และทูองค์กร

1.2) ทูทางวัฒนธรรม (Culture Capital) ประกอบด้วยตัวแปรย่อย จำนวน 3 ตัวแปร คือ ทูประเพณี ทูบรรทัดฐานทางสังคม และทูทางปัญญา

- 2) ตัวแปรตาม (Dependent Variables) จำนวน 1 ตัวแปร ดังนี้

- การส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ ประกอบด้วยตัวแปรย่อย จำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ สุขภาวะทางร่างกาย สุขภาวะทางจิตใจ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางจิตวิญญาณหรือปัญญา

นิยามปฏิบัติการ

1. ผู้สูงอายุ (Older Person) หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่สามารถพึ่งตนเองได้

2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่ใกล้ชิดผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเป็นลูก หลาน หรือญาติของผู้สูงอายุที่คอยช่วยเหลือผู้สูงอายุเกี่ยวกับชีวิตประจำวัน เพื่ออำนวยความสะดวกในกรณีที่ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือ

3. สุขภาวะผู้สูงอายุ (Health Aging) หมายถึง กระบวนการควบคุมปรับปรุงและส่งเสริมพฤติกรรมผู้สูงอายุให้พึ่งตนเองได้ และบรรลุถึงองค์ประกอบสำคัญ 4 ส่วน คือ สุขภาวะทางร่างกาย สุขภาวะทางจิตใจ สุขภาวะทางสังคมและสุขภาวะทางจิตวิญญาณ มีความหมายดังนี้

3.1 สุขภาวะทางร่างกาย (Physical Health) หมายถึง ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ สามารถดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่ต้องมีคนช่วยเหลือ เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ตรวจรักษาร่างกายสม่ำเสมอ และการออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสมกับตนเอง

3.2 สุขภาวะทางจิตใจ (Mental Health) หมายถึง ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ไม่ซึมเศร้า รู้จักใช้เวลาว่างทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ตนเองไม่รู้สึกเสียบเหงา แม้ในเวลาที่ต้องอยู่ตามลำพังก็ตาม เช่น ฟังวิทยุ/ดูโทรทัศน์/อ่านหนังสือ เลี้ยงสัตว์ ปลูกต้นไม้ และงานฝีมือต่างๆ เป็นต้น เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลาย จิตใจเป็นสุข คิดแต่สิ่งดีๆ จนไม่เกิดความเครียดและเศร้าหมอง

3.3 สุขภาวะทางสังคม (Social Health) หมายถึง ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ รู้จักเข้าสังคม มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมรอบกายได้ เช่น มีกิจกรรมทางสังคมด้วยการเข้ามาเป็นผู้ร่วมเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรมต่างๆ ในชุมชน การร่วมงานบุญ/งานมงคล/งานสังสรรค์ การพบปะสังสรรค์กับบุคคลทั้งภายในครอบครัวเพื่อนบ้านและคนรู้จัก ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องทำร่วมกับผู้อื่น โดยไม่ต้องอยู่คนเดียวตามลำพัง

3.4 สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (Spiritual Health) หรือปัญญา หมายถึง ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้แสดงพฤติกรรมที่สะท้อนให้เห็นความรู้สึกและจิตใจละเอียดอ่อน ดึงดูดสนใจใคร่รู้สิ่งต่างๆ รอบตัวที่สนใจ ด้วยความคิดและปัญญาอย่างมีเหตุผล สามารถเรียนรู้ที่จะนำประสบการณ์ที่มีอยู่มาสร้างสรรค์สิ่งต่างๆ ให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเองและส่วนรวม เช่น ได้เรียนรู้สิ่งต่างๆ จากการท่องเที่ยว เข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ เพื่อทำประโยชน์ให้ชุมชน ความเชื่อวาทะที่สั่งสมถ่ายทอดให้คนรุ่นลูกหลานได้ใช้ประโยชน์และทันต่อเหตุการณ์ มีความทันสมัยสามารถใช้เครื่องมือสื่อสารและเทคโนโลยีต่างๆ ได้

4. ทูทางสังคม (Social Capital) หมายถึง ทูที่เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่มคน และองค์กรที่ร่วมคิดร่วมทำ บนฐานของความความผูกพัน ความไว้วางใจ ของสังคมไทย เป็นเครือข่ายทางสังคม (Social Networks) ประกอบด้วย ทูเครือข่าย ทูเครือข่าย และทุนองค์กร มีความหมายดังนี้

4.1 ทูเครือข่าย (Relative Capital) หมายถึง ทูทางสังคมที่เป็นความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มคนที่เกี่ยวข้องกันทางสายเลือด อาจเป็นลูก หลาน หรือญาติสนิทญาติห่างๆ แสดงออกต่อกันด้วยการเอาใจใส่ ดูแลและใกล้ชิด ไม่ทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังคนเดียว แม้ยามเจ็บป่วยจะพาไปหาหมอ ซึ่งเป็นการกระทำที่สะท้อนให้เห็นถึงความรักความห่วงใย ความเอื้ออาทร ความเคารพ และความเชื่อใจที่มีต่อกัน

4.2 ทูเครือข่าย (Network Capital) หมายถึง ทูทางสังคมที่เป็นความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มคนที่เป็นเครือข่าย ซึ่งอาจเกี่ยวข้องและไม่ได้เกี่ยวข้องกันทางสายเลือดเข้าร่วมกิจกรรมด้วยวัตถุประสงค์เดียวกันทั้งอย่างเป็นทางการในฐานะที่เป็นสมาชิกของกลุ่ม/ชมรม/สมาคม/มูลนิธิ หรือเรียกชื่ออื่นหรือไม่เป็นทางการ สะท้อนให้เห็นความร่วมมือ

แรงร่วมใจ และความร่วมมือเพื่อให้ได้รับประโยชน์ร่วมกัน รวมทั้งความสามัคคี ความไว้วางใจ และความช่วยเหลือเกื้อกูลต่อกัน

4.3 ทุนองค์กร (Organization Capital) หมายถึง ทุนทางสังคมที่เป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้เกี่ยวข้องกับผู้ปฏิบัติงานในองค์กร/หน่วยงานภาครัฐ เอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งในรูปแบบของสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ และด้านการบริการทางสังคม รวมทั้งสวัสดิการชุมชนซึ่งเป็นการสัมพันธ์ตามหน้าที่ที่รับผิดชอบ และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานเหล่านี้จะคอยเยี่ยมเยียน ช่วยเหลือและให้บริการต่างๆ เช่น การตรวจสอบสุขภาพทั้งในสถานพยาบาลและถึงบ้าน การป้องกันโรค และการจัดกิจกรรมนันทนาการ เป็นต้น ด้วยความเต็มใจ เอื้ออาทร และห่วงใย รวมทั้งการให้สวัสดิการสังคมตามกฎหมาย เช่น เบี้ยยังชีพ วัสดุ สิ่งของและเครื่องใช้ที่จำเป็นต่อการดำรงชีพ

5. ทุนทางวัฒนธรรม (Culture Capital) หมายถึง ทุนที่ไม่สามารถจับต้องได้และจับต้องได้ที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของคนในท้องถิ่น ได้แก่ ขนบธรรมเนียมประเพณีในท้องถิ่น ความเชื่อ และแนวทางปฏิบัติที่คนส่วนใหญ่เห็นว่าดีงามและยึดถือปฏิบัติสืบทอดกันมา เป็นบรรทัดฐานทางสังคม และภูมิปัญญาท้องถิ่นที่อยู่ในตัวบุคคลที่ฝังแน่นอยู่ภายใน แสดงออกผ่านระดับปัจเจกภายใต้กระบวนการพัฒนาตนเองเช่น ความสามารถหรือความรู้รอบรู้ในด้านต่างๆ ซึ่งทุนทางวัฒนธรรมเหล่านี้ต่างเกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่เชื่อมโยง ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งสิ้น ในการวิจัยนี้ แบ่งทุนทางวัฒนธรรมออกเป็น 3 ด้าน มีความหมายดังนี้

5.1 ทุนประเพณี (Custom or Local Traditions Capital) หมายถึง ทุนทางวัฒนธรรมที่ปรากฏให้เห็นเป็นกิจกรรมในท้องถิ่น ซึ่งคนส่วนใหญ่ศรัทธาและเห็นว่าดีงาม ยึดถือปฏิบัติสืบทอดกันมา และธำรงรักษาไว้ ด้วยการเข้ามามีส่วนร่วมกันจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น การรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุในวันสงกรานต์ ให้ของขวัญผู้สูงอายุเนื่องในวันขึ้นปีใหม่ และการทำบุญตักบาตรเนื่องในวันสำคัญทางศาสนา เป็นต้น เป็นการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งทางร่างกาย จิตใจ ทางสังคมและจิตวิญญาณหรือปัญญา

5.2 ทุนบรรทัดฐานทางสังคม (Social Norm Capital) หมายถึง ทุนทางวัฒนธรรมที่ยึดถือปฏิบัติกันมา แสดงให้เห็นแบบแผนการดำรงชีวิตในท้องถิ่น เช่น ลูกหลานดูแลผู้สูงอายุที่เป็นพ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย การแสดงความเคารพนับถือผู้สูงอายุ และความกตัญญูด้วยการพาไปเที่ยวในวันครอบครัว เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข มีกำลังใจที่จะช่วยเหลือตนเอง ไม่รู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว รู้สึกภูมิใจที่ตนเองมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับของลูกหลานและสังคม เป็นการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

5.3 ทูทางปัญญา (Wisdom Capital) หมายถึง ทูทางวัฒนธรรมที่เป็นความรู้ที่ฝังแน่นอยู่ในตัวบุคคล อาจมาจากตำนาน ประสบการณ์และความรู้ที่ถูกล้างสมองที่ถูกล้างทอดกันมาจากรุ่นสู่รุ่น จนเกิดความเชี่ยวชาญ ถ่ายทอดด้วยคำพูดและการสาธิตนำมาประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตปัจจุบัน เช่น ยาสมุนไพรรักษาโรค งานหัตถกรรม การทอผ้า การถักทอ การทำขนม และการปั้นหม้อ เป็นต้น เป็นเรื่องราวต่างๆที่เล่าสืบทอดกันมา เป็นต้น ซึ่งทูทางวัฒนธรรมเหล่านี้ เป็นทุนที่ผู้สูงอายุภาคภูมิใจ และแทรกซึมเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตที่ดำรงอยู่ และผ่านกิจกรรมส่งเสริมทั้งสุขภาพทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณหรือปัญญาของผู้สูงอายุ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลการวิจัยจะนำไปใช้ประโยชน์ในเชิงนโยบาย ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนได้ช่วยกันรักษาทุนทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรมไว้ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไปพร้อมกับพัฒนาศักยภาพชุมชน
2. ผลการวิจัยจะนำไปใช้เป็นแนวทางให้ผู้ทำงานด้านสังคมได้นำทุนทางสังคม และทุนทางวัฒนธรรมผสมผสานเทคโนโลยีสมัยใหม่ เป็นแนวคิดและวิธีการใหม่ๆ เพื่อลดภาระของการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว และเครือญาติ และยังสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน
3. ผลการวิจัยจะสามารถจุดประกายความคิดของผู้ที่สนใจได้คิดค้นการวิจัยวิธีการใช้ทุนทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรมพัฒนาชุมชนจนถึงระดับประเทศ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ แบ่งออกเป็นหัวข้อ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับทุนทางสังคม (Social Capital)
2. แนวคิดเกี่ยวกับทุนทางวัฒนธรรม (Cultural Capital)
3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ
5. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. สรุปสิ่งที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม
7. กรอบแนวคิด

ในบทนี้ ขอแนะนำเสนอไปตามลำดับดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับทุนทางสังคม (Social Capital)

ทุนทางสังคมเป็นทุนที่สำคัญและถูกหยิบยกขึ้นมาเป็นประเด็นในการพัฒนาประเทศมากที่สุด ซึ่งแนวคิดและความสำคัญของทุนทางสังคมเป็นที่ยอมรับขององค์กรพัฒนาาระหว่างประเทศต่างๆ เช่น ธนาคารโลก องค์กรความร่วมมือเพื่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจ (Organization for European Economic Co-operation : OECD) ต่างตระหนักในคุณค่าของทุนทางสังคมว่าเป็นทุนที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจ และการพัฒนาที่ยั่งยืน อันนำไปสู่ความผาสุกของคนในชาติ (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (2555-2559) ซึ่งเกี่ยวข้องทั้งมิติทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

แนวคิดและความหมายของทุนทางสังคม (Social Capital) แตกต่างกันไปตามจุดเน้นของ นักวิชาการแต่ละคน เช่น ทุนทางสังคมหมายถึง ความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relations) เชิงเครือข่ายทางสังคม (Social Networks)ที่เป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ ประกอบด้วย 3 มิติคือ ความไว้วางใจ (Trust) แบบแผนทางสังคมและภาระหน้าที่ (Social

Norms and Obligations) เครือข่ายทางสังคมที่สามารถเพิ่มศักยภาพและช่วยลดต้นทุนในการทำงานได้มากกว่าการทำงานแบบปัจเจกชน ซึ่งความสัมพันธ์ทางสังคมเชิงเครือข่ายเป็นการพึ่งพาอาศัยกัน ในลักษณะต่างตอบแทนที่ทำให้ชุมชนแข็งแกร่งและมีพลังมากขึ้น ด้วยการนำความสำเร็จร่วมกันในอดีตมาใช้ประโยชน์เพื่อสร้างความร่วมมือในอนาคต (Putnam, 1993 : 11-19) ทฤษฎีทางสังคมหมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เป็นสมาชิกเครือข่ายทางสังคม (Social Networks) มีการใช้ทรัพยากรที่ได้สะสมไว้ และพร้อมที่นำทรัพยากรนั้นไปใช้ให้เป็นประโยชน์ในลักษณะของเครือข่ายทางสังคมเชิงโครงสร้าง เช่น เครือข่ายของเพื่อนร่วมโรงเรียน เป็นต้น และในระดับปัจเจกที่มีการติดต่อสัมพันธ์กันเป็นเครือข่าย เช่น เพื่อนร่วมอาชีพ ผู้ที่ติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลสำคัญในเชิงธุรกิจ และการพัฒนาสังคม เป็นต้น (Bourdieu, 1977)

สำหรับบริบทของประเทศไทย อานันท์ กาญจนพันธุ์ (2541 : 41-43) ให้ความหมายไว้ว่า ทฤษฎีทางสังคม คือ วิธีคิด และระบบการใช้ความรู้ในการจัดการวิถีความเป็นชุมชน เช่น การจัดการทรัพยากร การจัดระบบความสัมพันธ์ในการอยู่ร่วมกันในสังคมชุมชน ซึ่งอาจเป็นจารีต กฎหมาย หรือกฎเกณฑ์ทางสังคม พร้อมทั้งการเมืองการปกครองที่เข้ามาทำหน้าที่จัดการเรื่องนั้นๆ เช่น การใช้ทรัพยากรต่างๆ การจัดการทุน เป็นต้น และทฤษฎีทางสังคมไทยได้ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในมิติทางวัฒนธรรมด้วย เห็นได้จากความสัมพันธ์ผ่านงานบุญ ประเพณี และพิธีกรรมต่างๆ ที่ย้ำเตือนให้เห็นในคุณค่าของสิ่งที่ร่วมกันรักษา ส่วนทฤษฎีทางสังคมที่อยู่บนพื้นฐานทางความคิด และอุดมการณ์ของระบบสวัสดิการสังคมไทยนั้น อยู่ภายใต้หลักการสำคัญ 2 ประการ คือ ทฤษฎีทางสังคมที่เชื่อมโยงความสัมพันธ์ของการแลกเปลี่ยนประโยชน์หรือต่างตอบแทน (Reciprocity) และการใช้ประโยชน์ร่วมกัน (Communitarity) ต่อมาสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้สังเคราะห์ความรู้และความคิดเกี่ยวกับเรื่องทฤษฎีทางสังคมจากแหล่งความรู้ทั้งในประเทศและต่างประเทศ รวมทั้งการระดมข้อคิดเห็นจากเวทีต่างๆ โดยนำมารวบรวมสรุปเป็นความหมาย และจัดแยกเป็นองค์ประกอบของทฤษฎีทางสังคมไว้ได้อย่างสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย โดยให้คำจำกัดความ ทฤษฎีทางสังคม หมายถึง ทุนที่เกิดขึ้นจากการรวมตัว ร่วมคิด และร่วมทำ บนฐานของความไว้วางใจ เชื่อใจ สายใย ความผูกพัน และวัฒนธรรมที่ดึงามของสังคมไทยผ่านระบบความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหลัก ได้แก่ คน สถาบัน วัฒนธรรม และองค์ความรู้ เกิดเป็นพลังในชุมชน และสังคม (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2548)

ทุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ *ระดับจุลภาค หรือปัจเจก (Micro or Individual Level)* เป็นทุนทางสังคมระดับบุคคลที่เกี่ยวกับวิถีคิด ความเข้าใจและการเรียนรู้ ซึ่งเป็นคุณค่าที่สังเกตได้จากพฤติกรรม แสดงให้เห็นความไว้วางใจ ความสามัคคี การต่างตอบแทน รวมทั้งค่านิยม ความเชื่อ และทัศนคติระหว่างสมาชิกในชุมชน *ระดับกลาง (Meso Level)* เป็นทุนทางสังคมเชิงโครงสร้าง (Structural Social Capital) ที่คำนึงถึงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจเจกด้วยกัน เป็นความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างองค์กรในแนวราบ (Horizontal Organization Structure) ที่ขยายลงสู่กลุ่มคน/ชุมชน/เครือข่ายในแนวราบ ได้รับประโยชน์ร่วมกัน ภายใต้ค่านิยม และบรรทัดฐานร่วมกัน (Associated Values and Norms) และกระบวนการตัดสินใจร่วมกัน (Collective/transparent Decision Making Process) ซึ่งเป็นความร่วมมือที่มีพลัง และสุดท้ายคือ *ระดับมหภาค (Macro Level)* เป็นระบบเครือข่ายเชิงโครงสร้างที่ก่อตัวขึ้นเป็นส่วนหนึ่งของระบบเศรษฐกิจ (Economic System) ระบบการเมือง (Political System) และระบบวัฒนธรรม/บรรทัดฐาน (Cultural/Normative System) มีการประสานเชื่อมโยงกันระหว่างเครือข่าย ระบบเครือข่ายเชิงโครงสร้าง จึงเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับปัจจัยทั้งภายในและภายนอก ที่อาจส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างเครือข่าย เช่น ความเป็นพลวัตของโครงสร้างเครือข่าย และการเคลื่อนย้ายเครือข่าย เป็นต้น (Bain and Hicks. 1999)

แนวคิดทุนทางสังคมที่มีนัยเป็นเครือข่ายทางสังคม (Social Network Concept) นั้น มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการแลกเปลี่ยนทางสังคม (Social Exchange Theory) ของ Homans (1958) ผู้ริเริ่มทฤษฎีดังกล่าว ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มีรูปแบบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของบุคคล เกิดขึ้นจากกระบวนการสร้างความคิด 2 ระดับ คือ *ระดับแรก (First order abstraction)* เป็นระดับของการอธิบายให้เห็นการกระทำที่แสดงออกของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น และ *ระดับที่สอง (Second order abstraction)* เป็นระดับของการอธิบายเหตุผลของการกระทำ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ ได้แก่ สถานภาพ/ตำแหน่งของบุคคล รวมทั้งปัจจัยที่อยู่ภายในตัวบุคคล เช่น ค่านิยม ความเชื่อ การรับรู้ และความศรัทธา เป็นต้น ซึ่งกระบวนการสร้างความคิดทั้งสองระดับที่กล่าวมานี้ต่างมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน และต่างส่งผลซึ่งกันและกัน โดยมีความคาดหวังว่าความสัมพันธ์จะคงอยู่ และเป็นความสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องต่อไปได้ในอนาคต Blau (1964) ได้นำแนวคิดของ Homans มาพัฒนาที่มีการวิเคราะห์เชิงโครงสร้างที่มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น เช่น โครงสร้างของกลุ่ม หรือโครงสร้างของสังคม เป็นการวิเคราะห์ในลักษณะของการบูรณาการ (Integration) โดยได้ขยายขอบเขตออกไป และผสมผสานทฤษฎีพฤติกรรมทางสังคม (Social Behavioral Theory) รวมทั้ง

ทฤษฎีข้อเท็จจริงทางสังคม (Social Fact Theory) เข้าไว้ด้วยกัน เพื่อทำความเข้าใจและอธิบายได้ เกี่ยวกับโครงสร้างสังคมที่อยู่บนพื้นฐานของการวิเคราะห์กระบวนการทางสังคม (Social Process Analysis) ที่สามารถควบคุมความสัมพันธ์ระหว่างปัจเจกบุคคล และกลุ่มคนต่างๆ ต่อมา Emerson (1976) ได้บูรณาการทฤษฎีกับพื้นฐานทางจิตวิทยา เกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนทางสังคม (Social Exchange) ของแต่ละคน รวมถึงความสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนกับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ และได้นำมาวิเคราะห์ในระดับมหภาค (Macro Level) กับความสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนโครงสร้างเครือข่าย (Network Structure) จากนั้น นำเสนอด้วยปัจจัยพื้นฐาน 3 ประการ ประกอบด้วย อำนาจ และการพึ่งพา (Power and Dependence) พฤติกรรมนิยม Behaviorism) และความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relation) ซึ่งเป็นหน่วยในการวิเคราะห์ (Social Relations as Units of Analysis) ตามทฤษฎีการแลกเปลี่ยนทางสังคมในระดับมหภาค (Macro Level Exchange Theory) ของ Emerson อาจเป็นไปได้ทั้งปัจเจกบุคคล (Individuals) หรือโดยรวมเป็นหมู่คณะ (Collectivities) เป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนามาสู่ความสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนและเครือข่าย (Exchange Relationships and Networks) ซึ่งระดับปัจเจกบุคคลหรือหมู่คณะจะมีปฏิสัมพันธ์กันในลักษณะของการแลกเปลี่ยนกันภายในเครือข่ายของตนเอง โดย Emerson เสนอว่าในเครือข่ายการแลกเปลี่ยนใดๆจะประกอบไปด้วย เครือข่ายของความสัมพันธ์ทางสังคม (Web of Social Relation) กับตัวบุคคลที่หลากหลาย (Various Actors) มีโอกาสและมีความสัมพันธ์ในการแลกเปลี่ยน (Exchange Relations) ซึ่งกันและกัน หากเป็นระดับบุคคลจะเป็นโครงสร้างเครือข่ายเดี่ยว (Single Network Structure) (Ritzer. 2003 : 193-209) นั่นคือ ศูนย์กลางการเชื่อมโยงจุลภาคกับมหภาคเข้าด้วยกัน หมายถึง การเชื่อมโยงให้ระดับปัจเจกกลายเป็นกลุ่ม และพัฒนาไปเป็นหมู่คณะ เช่น กลุ่ม ชมรม หน่วยงาน/องค์การ เป็นต้น

สรุปว่าทุนทางสังคม (Social Capital) หมายถึง ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างคนกลุ่มบุคคล และองค์กรที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกันให้บรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกัน เป็นความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติ ระหว่างเพื่อน หรือระหว่างสมาชิกในชุมชน (Choldin. 1973) ดังนั้นองค์ประกอบของทุนทางสังคม ได้แก่ ทุนเครือญาติ ทุนเครือข่าย และทุนองค์กรที่เป็นความสัมพันธ์ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งจากตัวบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กัน และปฏิสัมพันธ์ที่เกิดจากการดำเนินงานขององค์กร (Coleman. 1988)

แนวคิดเกี่ยวกับทุนทางวัฒนธรรม (Culture Capital)

ทุนทางวัฒนธรรม หมายถึง ผลผลิตทางวัฒนธรรมที่จับต้องได้ และจับต้องไม่ได้ ผลผลิตทางวัฒนธรรมที่จับต้องได้ (Tangible Culture) ได้แก่ โบราณสถาน มรดกทางวัฒนธรรม และผลงานทางศิลปะแขนงต่างๆ เช่น ภาพวาด หัตถกรรม ดนตรี ภาพยนตร์ วรรณกรรม และรวมทั้งทรัพย์สินทางปัญญาที่ถูกส่งสมมาแต่อดีต เป็นต้น ทุนทางวัฒนธรรมเหล่านี้สามารถประเมินเป็นมูลค่าได้ สึกหรอ และผู้ฝังได้ หากไม่ได้รับการดูแลรักษาให้คงสภาพ สำหรับผลผลิตทางวัฒนธรรมที่จับต้องไม่ได้ (Intangible Culture) เป็นทุนทางวัฒนธรรมที่อยู่ในรูปของทรัพย์สินทางปัญญาที่ไม่ใช่วัตถุ (Nonmaterial Culture) มีคุณค่าต่อมนุษย์และความต้องการของสังคม ได้แก่ ขนบธรรมเนียมประเพณี จารีต วิถีชีวิต ความเชื่อ แนวทางปฏิบัติ พิธีกรรม ศิลปะการแสดง รวมทั้งภูมิปัญญาที่ถูกส่งสมมาแต่อดีต ถ่ายทอดสืบต่อกันมา โดยไม่ได้บันทึกไว้ เป็นต้น (Throsby, 1999) ซึ่งมีแนวทางปฏิบัติมาจากกฎเกณฑ์ค่านิยม และความคาดหวังระหว่างสมาชิก เป็นมาตรการทางอ้อมในการควบคุมทางสังคม (Sanctions) ที่กล่าวมานี้ นับได้ว่าเป็นบรรทัดฐานทางสังคม (Social Norm) (Halpern, 2005)

สำหรับประเทศไทย ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ และคณะ (2549) ให้ความหมายของทุนทางวัฒนธรรมไว้ว่า หมายถึง ทุนที่เกี่ยวข้องกับคุณค่า ความรู้ภูมิปัญญา และงานสร้างสรรค์อันเกิดจากการค้นคว้า และค้นพบโดยผู้ทรงความรู้ในท้องถิ่น รวมทั้งค่านิยมและความเชื่อที่ผูกพันสังคมเข้าไว้ด้วยกัน เป็นการจัดระเบียบของสังคม หรือสร้างกฎ กติกาที่เป็นคุณต่อสังคมโดยรวม รวมถึงกิจกรรมการถ่ายทอดความรู้จากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง เช่นเดียวกับแนวคิดของ มิ่งสรรพ์ ขาวสะอาด (2549) ได้กล่าวถึง “ทุนทางวัฒนธรรม” ไว้ในบทความเรื่อง ทุนวัฒนธรรม : ของใคร เพื่อใคร กล่าวโดยสรุปว่า ทุนทางวัฒนธรรมเป็นสมบัติของส่วนรวม จึงไม่สามารถนำไปขึ้นทะเบียนทรัพย์สินทางปัญญาได้ หากแต่เป็นสิ่งที่ใครๆ สามารถนำไปใช้ได้ ได้แก่ ศิลปวัตถุ และรูปแบบทางสถาปัตยกรรมที่บรรพบุรุษไทยสรรค์สร้างขึ้น และสถาปัตยกรรมในวัด เช่น ชุ่มประตู่ (ชุ่มโขง) ซ่อฟ้า และเครื่องเรือน (ที่ใช้ในพิธีพุทธาภิเษก) รวมทั้งการจำลองอุโบสถ และระเบียงนาค ฯลฯ เหล่านี้ถือว่าเป็นทุนทางวัฒนธรรม หรือเอกลักษณ์ของสังคมไทย แนวคิดลักษณะนี้ มองทุนทางวัฒนธรรมเป็นสิ่งที่จับต้องได้ ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2548) ได้ระบุประโยชน์ของทุนทางวัฒนธรรมไว้ว่า เป็นที่รวมแห่งองค์ความรู้ที่มีมาแต่อดีตทั้งหมด แสดงถึงเอกลักษณ์พิเศษ และภูมิปัญญาของแต่ละท้องถิ่นที่ก่อให้เกิดความรัก ความสามัคคี ศักดิ์ศรี และความ

ภูมิใจของชุมชน และทุนทางวัฒนธรรมเป็นสิ่งที่ส่งเสริมความมั่งคั่ง นอกจากนี้ ได้แยกความสำคัญของการนำทุนทางวัฒนธรรมมาพัฒนาด้านเศรษฐกิจ สังคม ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมไว้โดยสังเขปคือ *ด้านการพัฒนาเศรษฐกิจ* เป็นการเสริมสร้างการผลิตสินค้าและบริการได้โดยนำวัฒนธรรมไทยและภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ เป็นการสร้างสรรค์คุณค่าสร้างตราสัญลักษณ์สินค้าไทยเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ วัฒนธรรม เช่น งานฝีมือและของที่ระลึกอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว ผลงานศิลปะทุกสาขา หรืออุตสาหกรรมศิลปะสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ การพัฒนาทุนมนุษย์และพิพิธภัณฑ์สถานและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นต้น *ด้านการพัฒนาสังคม* เป็นการนำระบบคุณค่า ค่านิยมความเชื่อ จารีตประเพณีที่ดีงาม เช่น ระบบเครือญาติ จิตสำนึกสาธารณะ น้ำใจและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่เข้าไปโน้มนำในสังคม ให้เข้ามามีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชนให้สังคมมีความสุข สุดท้ายคือ *ด้านการพัฒนาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม* เป็นการนำวัฒนธรรมประเพณีดั้งเดิมและภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการดำรงชีวิตได้อย่างสอดคล้องกับสภาพธรรมชาติ เพื่อช่วยกันดูแลรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมให้คงอยู่มีความสมบูรณ์ เช่น ประเพณีสืบชะตาแม่น้ำ การเคารพผีปู่ตา ฯลฯ

ความหมายของ ทุนทางวัฒนธรรม ตามแนวคิดของ มิ่งสรรพ์ ขาวสะอาด (2549) มองทุนทางวัฒนธรรมในมิติของสิ่งที่จับต้องได้ เช่น รูปแบบทางสถาปัตยกรรมไทย เป็นต้น สำหรับ ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ และคณะ (2549) มองทุนทางวัฒนธรรมเป็นทุนทางปัญญาที่มีมาแต่ดั้งเดิม ได้ถูกค้นพบโดยผู้ทรงความรู้ในท้องถิ่น รวมทั้งค่านิยม และความเชื่อที่ผูกพันสังคมเข้าไว้ ทำให้เกิดการจัดระเบียบของสังคมขึ้น แนวคิดนี้ไม่ต่างจากแนวคิดของ Halpern (2005) ที่มองทุนทางวัฒนธรรมเป็นแบบแผนทางสังคม หรือบรรทัดฐานทางสังคม (Norm) เช่นเดียวกับสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2548) ที่ให้ความสำคัญกับทุนทางวัฒนธรรมในเรื่องของการเป็นที่รวมแห่งองค์ความรู้ที่มีมาแต่อดีತ್ತັังมวล เป็นทุนที่แสดงออกถึงเอกลักษณ์พิเศษ และภูมิปัญญาของแต่ละท้องถิ่น เป็นการนำค่านิยม ความเชื่อ และวัฒนธรรมประเพณีดั้งเดิมมาใช้ในการดำรงชีวิตได้อย่างสอดคล้องกับสภาพธรรมชาติ เช่น ประเพณีสืบชะตาแม่น้ำ เป็นต้น จึงสรุปได้ว่า องค์ประกอบของทุนทางวัฒนธรรมที่สำคัญ ได้แก่ ทุนประเพณี ทุนบรรทัดฐานทางสังคม และทุนปัญญา

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ประเทศต่างๆ ทั่วโลก ได้นิยาม ผู้สูงอายุแตกต่างกันไป เช่น แบ่งออกตามอายุเกิด สังคม (Social) วัฒนธรรม (Culture) และตามสภาพร่างกาย (Functional Markers) ส่วนมาก ประเทศต่างๆ แบ่งประเภทผู้สูงอายุ โดยกำหนดอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป หรือ อาจนิยามผู้สูงอายุ คือผู้ที่เกษียณงาน ซึ่งแต่ละองค์กร/หน่วยงานจะกำหนดอายุของผู้ที่สมควรเกษียณแตกต่างกัน ไป เช่น อายุ 50 หรือ 60 หรือ 65 ปี ก็ได้แล้วแต่จะพิจารณาถึงความเหมาะสมของศักยภาพ หรือคุณลักษณะ หรือสภาพของร่างกายและความคล่องตัวในการทำงาน โดยอาจกำหนดให้สตรีสูงอายุคือผู้ที่มีอายุระหว่าง 45-55 ปี ส่วนชายสูงอายุ คือผู้ที่มีอายุระหว่าง 55-75 ปี แตกต่างกันตามเหตุผลที่กล่าวอ้าง และความเหมาะสม สุขาดา ทวีสิทธิ์ และ สวรรีย์ บุญมานนท์ (2553) ได้แบ่งออกเป็น 2 แนวคิด ได้แก่ แนวคิดด้านชีววิทยาการแพทย์ (Biomedical Gerontologist) ให้ความสำคัญกับร่างกายในฐานะเป็นองค์ประกอบทางชีววิทยา (Biological Body) เน้นความเสื่อมถอยของร่างกายและอวัยวะต่างๆ เป็นกระบวนการเข้าสู่ความชราภาพ (Aging Process) โดยใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพตรวจวัด/ประเมินศักยภาพ โดยรวมที่คงเหลืออยู่ในร่างกายที่ชราภาพ (Aged Body) ซึ่งก็คือร่างกายของคนที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป อีกแนวคิดหนึ่ง เป็นวิธีวิทยาของนักวิชาการด้านผู้สูงอายุที่เชื่อมั่นในทฤษฎีประกอบสร้างทางสังคม (Social-Constructionist Gerontologist) เชื่อว่าผู้สูงอายุในสังคมสมัยใหม่มักถูกเลือกปฏิบัติและอาจถูกรังเกียจจากสังคม รวมทั้งเป็นภาระของลูกหลานที่มีอายุไม่ย่างเข้าวัยสูงอายุ อาจจะนำไปสู่ภาวะวิกฤตของสังคม จนกลายเป็นปัญหาในอีกหลายๆด้าน จึงได้มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการเกษียณอายุ ระบบประกันสังคม ระบบการแพทย์ เกิดธุรกิจการประกันสุขภาพและประกันชีวิตขึ้นรองรับ แสดงให้เห็นว่าทั้งรัฐและสังคมตื่นตัว หามาตรการตอบสนองต่อสถานการณ์อย่างเหมาะสมให้ทันที่ และพยายามลบเลือนภาพลักษณ์เชิงลบระดมกันผลิตภาพลักษณะผู้สูงอายุเชิงบวกมากขึ้น เช่น ผู้สูงอายุที่มีร่างกายแข็งแรง สุขภาพดี มีศักยภาพในการสร้างคุณูปการต่อส่วนรวม มองเห็นคุณค่าของตัวเอง ไม่เป็นภาระของลูกหลานและสังคม แม้ว่าความเสื่อมถอยทางชีววิทยาเป็นกระบวนการธรรมชาติที่เกิดขึ้นจริง และหลีกเลี่ยงไม่ได้ นั่นผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุต่างเชื่อว่า ความชราของร่างกายตามกระบวนการชีววิทยานั้น ไม่ได้นำไปสู่ความป่วยไข้และการเป็นโรคเสมอไป แต่ความชราภาพเป็นผลรวมทางวัฒนธรรมต่างหาก จึงสรุปว่า การใช้มิติทางชีววิทยาการแพทย์เพียงมิติเดียวไม่ทำให้เราเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์อันหลากหลายของผู้สูงอายุ ที่สามารถดำรงอยู่ในวัฒนธรรมที่แตกต่างออกไปได้

ความหมายของคำว่าผู้สูงอายุ (Older Person)

องค์การสหประชาชาติ (United Nations:UN) ได้ให้นิยาม ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชากรทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป และได้แบ่งระดับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เป็น 3 ระดับ ได้แก่

1. ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) หมายถึง สังคมในประเทศนั้นๆ มีจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเกิดร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ หรือประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีเกินกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

2. ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) หมายถึงสังคมในประเทศนั้นๆ มีจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีเกินกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์

3. ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super-Aged Society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่

ทั้งนี้องค์การสหประชาชาติ คาดการณ์ว่าประชากรสูงอายุทั่วโลกจะขยายตัวอย่างรวดเร็ว และโลกกำลังจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยผู้สูงอายุวัย 60 ปีขึ้นไปที่มีจำนวน 841 ล้านคน ในปี 2013 จะเพิ่มมากกว่า 2,000,000 ล้านคน ในปี 2050 และสัดส่วน 2 ใน 3 ของโลก จะเป็นผู้สูงอายุในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นย่อมแตกต่างกันในแต่ละประเทศตามสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม และพัฒนาการทางด้านการแพทย์ และโภชนาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่กำลังพัฒนาน่าจะมีปริมาณผู้สูงอายุเพิ่มมากกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างมีนัยสำคัญ (United Nations Department of Economic and Social Affairs. 2013 : XII)

สำหรับประเทศไทย ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 กำหนดไว้ในมาตรา 3 ระบุว่า “ผู้สูงอายุ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย และประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) ภายในปี 2568 (Social Aging) (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2554 :13) แสดงว่าประเทศไทยมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมาก ซึ่งการเข้าสู่ “สังคมสูงวัย” (Aged Society) นั้น นับได้ตั้งแต่ปี 2548 เป็นต้นมา และจะเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด”

(Super Aged Society) ประมาณปี 2574 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2556 : 24)

องค์การอนามัยโลกได้แบ่งประเภทผู้สูงอายุไว้ โดยใช้ดัชนี Barthel ADL index ซึ่งย่อมาจาก Barthel Activities of Daily Living: ADL เป็นเครื่องมือในการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ หรือความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อใช้เป็นเกณฑ์พิจารณาความเหมาะสมในการดูแล ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ประยุกต์มาจากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ซึ่ง ADL มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มติดสังคม คือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะพึ่งตนเองได้ สามารถช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน คือผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองและช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนน

กลุ่มที่ 3 กลุ่มติดเตียง คือผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีสภาพพิการ หรือทุพพลภาพ มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน

การแบ่งอีกลักษณะหนึ่ง เพื่อความสะดวกในการนับจำนวนผู้สูงอายุแต่ละประเภท ประเทศไทยจึงแบ่งช่วงอายุผู้สูงอายุออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

- 1) ผู้สูงอายุวัยต้น อายุ 60-69 ปี
- 2) ผู้สูงอายุวัยกลาง อายุ 70-79 ปี
- 3) ผู้สูงอายุวัยปลาย อายุ 80 ปีขึ้นไป

(สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2556 : 25)

ความสำคัญของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมักจะคิดว่าตนเองเป็นภาระของลูกหลาน ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น อันเนื่องจากสภาพร่างกายที่เสื่อมโทรมลงตามวัยที่สูงขึ้น ส่งผลให้ความคล่องแคล่วลดลง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เคยทำงานมาโดยตลอด เมื่อพ้นจากหน้าที่การงานแล้ว อาจทำให้ขาดรายได้ หรือรายได้ลดลง กลายเป็นผู้ที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ และไม่ได้รับการยกย่องนับถือจากบุคคลอื่น เหมือนที่เคยได้รับ บทบาทในสังคมลดลง เวลาผ่านไปนานเท่าไร ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าตัวเองไม่มีคุณค่า รู้สึกสิ้นหวัง ขาดแรงจูงใจที่จะใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข เกิดความวิตกกังวลในด้านต่างๆ มีอารมณ์ฉุนเฉียวง่าย เป็นคนจู้จี้ ขี้บ่น และมีอารมณ์แปรปรวน บางคน

ซึมเศร้า หงุดหงิด หวาดระแวงและนอนไม่หลับ เป็นต้น เหล่านี้คือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุทั้งสิ้น ซึ่งลูกหลานและผู้ใกล้ชิดจะต้องเข้าใจและให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เพราะผู้สูงอายุเป็นผู้ที่เต็มไปด้วยประสบการณ์ ความรู้ เป็นบุคคลที่มีคุณค่าต่อครอบครัว และสังคมเป็นอย่างมาก ซึ่งทั่วโลกตระหนักถึงคุณค่าและความสำคัญของผู้สูงอายุ โดยองค์การสหประชาชาติกำหนดให้มีวันผู้สูงอายุโลก (International day of older persons) ตรงกับวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี และได้จัดให้ปี ค.ศ. 1999 (พ.ศ.2542) เป็นปีผู้สูงอายุสากล (International year of older persons) อีกด้วย สำหรับประเทศไทยตระหนักในคุณค่าและให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน ในฐานะที่เป็นปวงชนวัยบุคคลของครอบครัว เป็นแหล่งความรู้ ความชำนาญ และเต็มไปด้วยประสบการณ์มากมาย เป็นผู้รักษาและธำรงไว้ซึ่งขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมอันดีงาม ด้วยเหตุนี้รัฐบาลไทยจึงกำหนดให้วันที่ 13 เมษายน ของทุกปี เป็นวันผู้สูงอายุแห่งชาติ เพื่อรณรงค์ให้สังคมตระหนักในคุณค่าของผู้สูงอายุ วันดังกล่าวนี้แต่เดิมคือวันสงกรานต์ เป็นวันสำคัญที่มีการละเล่นสาดน้ำคลายร้อนและโด่งดังไปทั่วโลก และถือว่าเป็นวันขึ้นปีใหม่ของไทยมาแต่โบราณ เป็นวันที่ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ ประเพณีที่ปฏิบัติกันมาคือผู้คนจะพากันเข้าวัดทำบุญอุทิศส่วนบุญส่วนกุศลแก่ผู้ล่วงลับไปแล้ว และรวมตัวกันมารดน้ำดำหัว ขอพรจากญาติผู้ใหญ่ที่ตนนับถือ สื่อให้เห็นความสำคัญกับผู้สูงอายุ จึงกำหนดให้วันสงกรานต์เป็นวันผู้สูงอายุแห่งชาติเป็นครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2526 ตั้งแต่บัดนั้นเป็นต้นมา

ดังนั้น เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข มีความสมบูรณ์และแข็งแรงตามวัยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสิ่งจำเป็นต่างๆ โดยได้รับสิทธิตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ตามมาตรา 11 ให้ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และสนับสนุนด้านต่าง ๆ เช่น การบริการทางการแพทย์ การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพ การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ให้มีโอกาสรวมกลุ่มเป็นเครือข่ายชุมชน และได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพตามความจำเป็น เป็นต้น สำหรับในทางปฏิบัติ กำหนดไว้ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564) และกำหนดยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุไว้ในหน่วยงานภาครัฐและองค์กรต่างๆ ด้วย เพื่อใช้เป็นแนวทางพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 มาตรการหลัก ได้แก่ 1) มาตรการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเองในเบื้องต้น 2) มาตรการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ 3) มาตรการส่งเสริมด้านการงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ 4) มาตรการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ 5) มาตรการส่งเสริม สนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุและ

สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ 6) มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย

นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาคประชาสังคม ภาครัฐและเอกชน หรือเรียกว่า การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) อย่างเหมาะสมตามสภาพปัญหาและสภาพแวดล้อมทั้งทางตรงและทางอ้อมแก่ผู้สูงอายุ นับว่าเป็นสิ่งสำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ (Affective) ในลักษณะการให้ความรัก ความผูกพันและความเคารพนับถือ การสนับสนุนด้านการแสดงพฤติกรรมการยืนยันรับรอง (Affirmation) ในลักษณะของการยอมรับ เห็นด้วยทั้งในด้านการกระทำและความคิด และการให้ความช่วยเหลือ ในลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน โดยการให้ความช่วยเหลือในด้านการกระทำ การให้สิ่งของ การให้ข้อมูลข่าวสาร และการสละเวลา (Kahn. 1979b : 47-58) โดยผู้สูงอายุต้องมีอิสระที่จะดำเนินชีวิตของตนเองได้อย่างมีคุณภาพตามที่ต้องการ ได้แก่ การรู้จักดูแลตนเอง เป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพะ เพื่อการดำรงชีวิตตามแนวทางของตนเอง และความเป็นอยู่ที่ดีไว้้อย่างมีแบบแผน มีเป้าหมายในชีวิตอย่างต่อเนื่อง และเมื่อใดที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างถูกต้องครบถ้วน ก็จะทำให้มีประสิทธิภาพในการดำรงชีวิตมากยิ่งขึ้น (Pender. 1996) นอกจากนี้ ผลการวิจัยที่ยืนยันว่าระดับการศึกษา เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้จักการดูแลสุขภาพะของตนเองได้ดี เป็นผลการวิจัยของ Harris and Gluten (1979 : 17-29) ได้ศึกษาการรักษาสุขภาพะตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบด้วยกัน ได้แก่ การดูแลสุขภาพะ (Health Practices) ความปลอดภัย (Safety Practices) และการป้องกัน (Preventive Care) โดยการสัมภาษณ์ผู้ใหญ่จากกลุ่มตัวอย่าง 842 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ มีผลเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพะของตนเอง เช่น การออกกำลังกาย และการควบคุมปริมาณอาหาร เป็นต้น

ทั้งนี้ แนวทางรองรับสังคมผู้สูงอายุ (Social Aging) เพื่อให้ดำรงชีวิตอย่างมีความสุขได้อย่างเหมาะสมกับบริบทไทย อาจจำเป็นต้องใช้ความรู้สมัยใหม่ที่หลากหลายผสมผสานกับวัฒนธรรม และภูมิปัญญาชาวบ้าน เพื่อส่งเสริมสุขภาพะสมบูรณ์ทุกด้านของผู้สูงอายุ โดยใช้ทุนทางสังคม และทุนทางวัฒนธรรมช่วยในการขับเคลื่อนงานด้านการให้บริการและงานด้านผู้สูงอายุในชุมชน โดยการให้ความสำคัญในเรื่องดังกล่าว ไม่เพียงแต่คำนึงถึงเฉพาะผู้สูงอายุปราศจากโรคภัยไข้เจ็บเท่านั้น (World Health Organization : WHO. 2000) จึงควรศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพะของผู้สูงอายุ เพื่อหาแนวทางการใช้ทุนทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพะผู้สูงอายุ

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาวะ

สุขภาพ (Health) หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. 2550 : 1)

สำหรับคำนิยามขององค์การอนามัยโลก สุขภาพ หมายถึง ภาวะแห่งความสมบูรณ์ในทางดี ไม่เพียงแต่ปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น มีความหมายที่เน้นความเป็นอยู่ที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม (World Health Organization : WHO. 2000)

ตามความหมายดังกล่าว การส่งเสริมสุขภาพมีความหมายเดียวกันกับการส่งเสริมสุขภาพ ต่อมาในที่ประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2541 ได้มีมติให้เติมคำว่า “Spiritual Well-being” หรือ สุขภาวะทางจิตวิญญาณเข้าไปด้วย (Health is complete physical, mental, social and spiritual well-being) เป็นการมองสุขภาพของบุคคลในลักษณะองค์รวมที่สอดคล้องตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ให้ความหมายของสุขภาพ หมายถึง “ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และจิตวิญญาณหรือทางปัญญานั้นเอง เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

จึงสรุปได้ว่า สุขภาวะผู้สูงอายุ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ เพิ่มสมรรถนะในการควบคุม ดูแลและปรับปรุงสุขภาพของตนเองให้บรรลุซึ่งองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ส่วน ดังนี้

1. สุขภาวะทางร่างกาย (Physical Health) หมายถึง สภาพที่ดีของร่างกาย มีความแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บร่างกาย สามารถทำงานได้ตามปกติมีความสัมพันธ์กับทุกส่วนเป็นอย่างดี และมีประสิทธิภาพที่ดีในการทำงาน

2. สุขภาวะทางจิต (Mental Health) หมายถึง สภาพของจิตใจที่เบิกบาน แจ่มใส ไม่มีความขัดแย้งในจิตใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคม และสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข สามารถควบคุมอารมณ์ได้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ

3. สุขภาวะทางสังคม (Social Health) หมายถึง สภาพของความเป็นอยู่ หรือการดำเนินชีวิตของบุคคลที่มีสภาวะทางกาย และจิตใจที่สมบูรณ์ อยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่ทำให้ผู้อื่น หรือสังคมเดือดร้อน สามารถปฏิสัมพันธ์และปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้เป็นอย่างดี และมีความสุข

4. สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (Spiritual Health) หรือปัญญา หมายถึงสภาวะของปัญญาที่มีความรู้เท่าทัน สามารถแยกแยะด้วยเหตุผลแห่งความดีความชั่วความมีประโยชน์และความมีโทษซึ่งนำไปสู่ความมีจิตใจอันตั้งงามและเอื้อเพื่อผู้อื่น

สุขภาวะทางร่างกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางจิตวิญญาณหรือปัญญาของบุคคล เป็นสุขภาวะที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กัน ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ เมื่อใดที่บุคคลมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาวะสมบูรณ์ทางร่างกายย่อมส่งผลให้จิตใจเข้มแข็ง ยินดีที่จะพบปะสังสรรค์กับผู้อื่น อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ดี หรือมีสุขภาวะสมบูรณ์ทางสังคม ซึ่งนำไปสู่ความรู้คิดและปัญญาที่จะแยกแยะสภาพแวดล้อมด้วยหลักเหตุผล นั่นคือสุขภาวะสมบูรณ์ทางจิตวิญญาณนั่นเอง นับว่าบุคคลที่สมบูรณ์มีสุขภาวะที่สมดุลกันทั้ง 4 ด้านนั้น อาจเรียกได้ว่าเป็นผู้มีสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health) ผู้ที่ยืนยันความคิดนี้คือ Susan Walter เป็นประธานของ American Holistic Health Association (AHHA) ได้บรรยายคำว่าสุขภาพแบบองค์รวมไว้ใน Encyclopedia of Body Mind Disciplines ไว้ว่า สุขภาวะทุกด้านเป็นเรื่องที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันทั้งชีวิตของบุคคล มากกว่าการจัดการกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายที่เจ็บป่วย โดยบุคคลต้องให้ความสำคัญทั่วทั้งตัว โดยไม่แยกว่าส่วนไหนคือร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมถึงปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ที่มีปฏิสัมพันธ์กับคนหรือเรียกว่าสังคม

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ

การสร้างเสริมสุขภาวะที่สมบูรณ์ของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่จำเป็นในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข แนวคิดที่สำคัญคือ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะของ Pender เรียกว่า Pender's Health Promoting Model โดยใช้เครื่องมือ The Health Promotion Lifestyle Profile มาใช้ทำศึกษากับผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหัวใจในช่วงฟื้นฟูและผู้ป่วยมะเร็งปรับปรุงมาจากแนวการรู้คิด ที่มีองค์ประกอบเป็นความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของพฤติกรรม (Outcome expectancies) และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy expectancies) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะของ Pender เป็นรูปแบบที่ให้ความสำคัญกับคุณลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (Individual Characteristics and Experiences) ผลงานที่สำคัญของ Pender คือ "A conceptual model for preventing Health behavior" ถูกตีพิมพ์ ในปี 1975 ซึ่งเป็นรูปแบบที่ถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลาย Pender ได้รับทุนระยะยาวจากสถาบันสาธารณสุขแห่งชาติ (The National Institutes of Health = HIN) ประเทศสหรัฐอเมริกา

Pender ได้พัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด มีแนวความคิดส่งเสริมสุขภาพที่แสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลระหว่างลักษณะเฉพาะ และประสบการณ์ของบุคคล ผลจากการสังเคราะห์การวิจัยที่ทดสอบรูปแบบดังกล่าวของ Pender จนในปี ค.ศ. 2006 ได้รูปแบบที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์เกี่ยวกับปัจจัยจูงใจให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริม และหนังสือ Health Promotion in Nursing Practice. ได้รับการตีพิมพ์หลายครั้ง ล่าสุดในปี ค.ศ. 2017 ได้รับการตีพิมพ์เป็นครั้งที่ 7 (Pearson. 2017)

สรุปรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (Pender's Health Promoting Model) แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual Characteristics and Experiences) การรู้คิดและความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognition and Affect) และผลลัพธ์ของพฤติกรรม (Behavioral Outcome) (Pender, Murdaugh and Parsons. 2017) มีองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้

1. ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual Characteristics and Experiences) ได้แก่

1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง (Prior related behavior) ได้แก่ ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติกิจกรรมที่พึงประสงค์ โดยพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติในอดีตมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สมบูรณ์จนกลายเป็นนิสัยและได้แสดงพฤติกรรมนั้นโดยอัตโนมัติ อาศัยความตั้งใจเพียงเล็กน้อยก็จะแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สมบูรณ์ได้

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors) ประกอบด้วยปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ อายุ ช่วงอายุการหมดประจำเดือนความแข็งแรงของร่างกาย ความกระฉับกระเฉงและความสมดุลของร่างกาย ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจ การรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง และปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ สัญชาติ วัฒนธรรม และบรรทัดฐานทางสังคม เป็นต้น

2. การรู้คิดและความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognition and Affect) ประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม (Perceived Benefits of Action) หมายถึงบุคคลรับรู้ประโยชน์ของการกระทำทั้งภายใน (Intrinsic) เช่น เพิ่มความรู้สึกตื่นตัวลดความอ่อนล้า และภายนอก (Extrinsic) ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ส่วนนี้คือการรู้คิดต่อพฤติกรรม (Behavior Cognition)

2.2 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม (Perceived Barriers to Action) หมายถึง การรับรู้ว่าการแสดงพฤติกรรมที่ตั้งใจนั้น ย่อมมีอุปสรรคทั้งจากสิ่งที่ต้องการกระทำ

เช่น ต้องการพักผ่อนอย่างเพียงพอ แต่มีอาชีพกรีดตอนเที่ยงคืน เป็นอุปสรรค และกีดขวางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งสิ้น หรือมีไขมันในเลือดสูง แต่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเป็นประจำ เป็นต้น

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) หมายถึง การรับรู้และสามารถประเมินความสามารถของตนเองในการจัดการสิ่งหนึ่งสิ่งใดว่าจะมีแนวโน้มสำเร็จหรือไม่สำเร็จ ซึ่งความต้องการแสดงพฤติกรรมขึ้นอยู่กับการตัดสินใจที่อยู่บนพื้นฐาน 4 ประการ คือการถูกประเมินจากบุคคลอื่นที่คาดหวังว่าจะสามารถกระทำได้ การประเมินตนเองซึ่งมาจากการสังเกต คำพูดสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง และสภาวะทางร่างกายของตนเอง

2.4 ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม (Activity-Related Affect) หมายถึง ความรู้สึกก่อนกระทำ ระหว่างกระทำ หรือภายหลังการกระทำ เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นและมีปริมาณมากหรือน้อยเพียงไร ขึ้นอยู่กับสิ่งกระตุ้นความรู้สึก ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ สิ่งเร้า การกระทำ และสิ่งแวดล้อม ผลการวิจัยหลายฉบับได้ข้อสรุปว่า จำเป็นต้องกระตุ้นเพื่อให้รู้สึกต้องการกระทำ เมื่อได้กระทำแล้วรู้สึกสนุกย่อมมีแนวโน้มที่จะกระทำต่อไป และควรให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความสมดุลของความรู้สึกต่อการกระทำนั้นๆ ทั้งก่อนกระทำ ระหว่างกระทำ และหลังการกระทำ

2.5 อิทธิพลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) หมายถึง ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึก และการกระทำ ซึ่งแหล่งของอิทธิพล ได้แก่ อิทธิพลของบุคคลในครอบครัว อิทธิพลของเพื่อน และอิทธิพลของผู้ให้บริการ จะเป็นอิทธิพลที่เกิดขึ้นได้จากปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน และทำให้เกิดความคาดหวังต่อกัน หากเป็นความคาดหวังในเชิงบวกเรียกว่า การสนับสนุนทางสังคม สามารถใช้เป็นบรรทัดฐานทางสังคม หรือแบบแผนทางสังคมที่ทำให้บุคคลตัดสินใจจะกระทำหรือไม่กระทำสิ่งใด ในทางตรงข้าม หากเป็นความคาดหวังในเชิงลบจะทำให้บุคคลไม่กระทำสิ่งนั้นเลย

2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational Influences) หมายถึง การรับรู้สภาพแวดล้อมหรือบริบทของสถานการณ์ที่เอื้อและไม่เอื้อต่อการกระทำ มีอิทธิพลทำให้ตระหนักว่าสิ่งแวดล้อมที่ดีจะส่งผลดีต่อสุขภาพ หากบุคคลรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับสถานการณ์ ไม่มีความรู้สึกแปลกแยกมีความรู้สึกมั่นคงในจิตใจ มีความรู้สึกในสภาวะแวดล้อมที่น่าสนใจและปลอดภัย และมีพฤติกรรมสุขภาพขึ้นได้ เช่น ไม่มีใครสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ และรักษาความสะอาด เป็นต้น จะทำให้ไม่มีใครกล้าสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ และไม่ทิ้งขยะในที่ต้องห้าม เป็นต้น

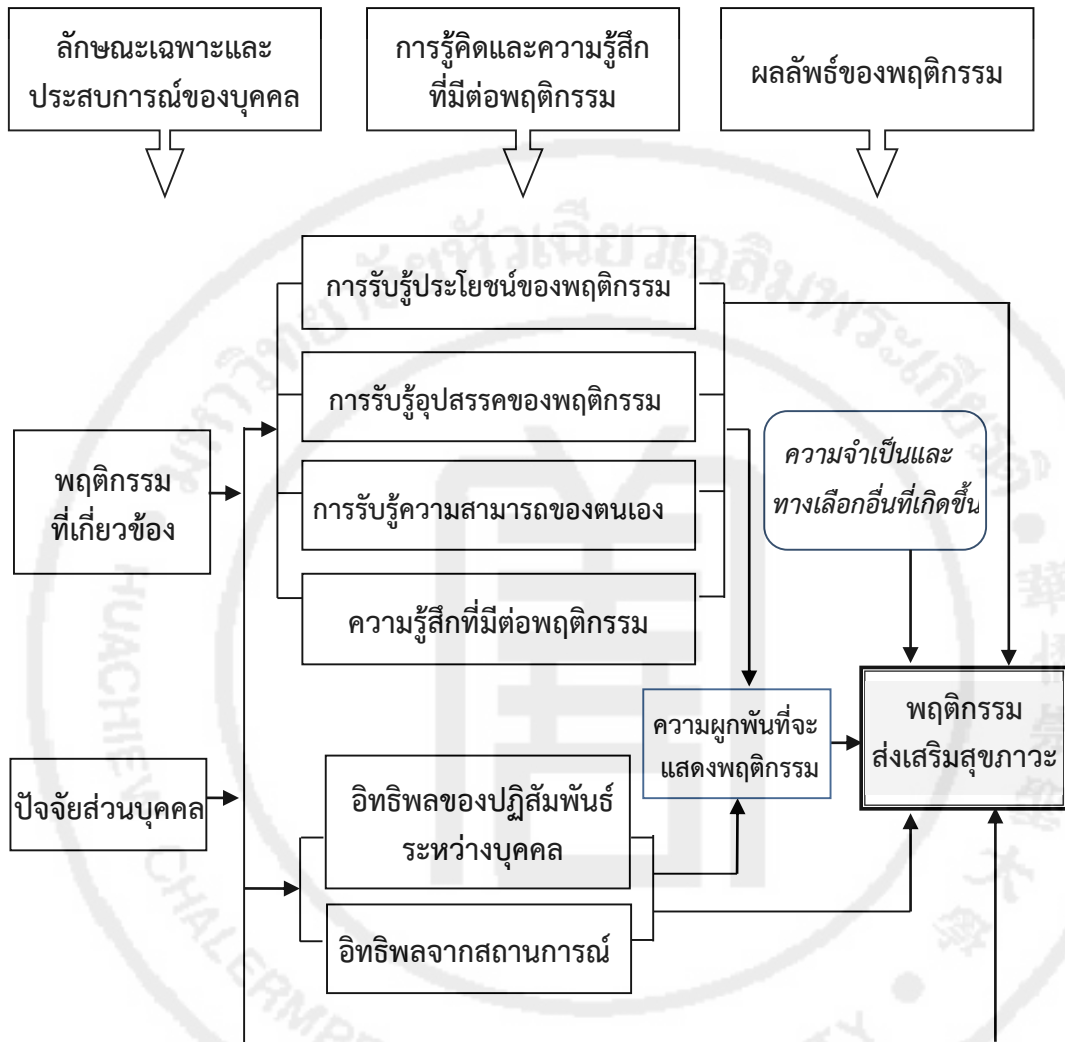
3. ผลลัพธ์ของพฤติกรรม (Behavioral Outcome) หมายถึง ความตั้งใจของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาวะให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ ปรากฏเป็นมโนทัศน์ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมเกิดขึ้นจากความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันของคุณลักษณะของบุคคล และประสบการณ์ของบุคคล การรู้คิดและอารมณ์ที่เกิดขึ้นเป็นการเฉพาะต่อพฤติกรรมใด พฤติกรรมหนึ่ง 3 ประการ คือ ความผูกพันที่จะแสดงพฤติกรรม ความจำเป็นหรือทางเลือกอื่นที่อาจเกิดขึ้นทันที และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาวะ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 ความผูกพันที่จะแสดงพฤติกรรม (Commitment to a Plan of Actions) เป็นกระบวนการคิดที่ผูกพันต่อสิ่งที่จะกระทำให้สำเร็จลุล่วง ซึ่งบุคคลเข้าใจว่าสิ่งที่จะกระทำน่าจะเป็นเรื่องง่าย หรือชอบที่จะกระทำสิ่งนั้น จึงกำหนดกลวิธีสนับสนุนการกระทำ ขณะเดียวกันหากพร้อมที่จะกระทำแต่ขาดกลวิธี อาจทำให้การกระทำล้มเหลว ความรู้สึกผูกพันที่จะแสดงพฤติกรรมนี้ จะเป็นแรงเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาวะที่สมบูรณ์ของตนเองได้

3.2 ความต้องการและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้นทันที (Immediate Competing Demands and Preferences) เช่น บุคคลตั้งใจที่จะออกกำลังกายแต่ระหว่างทางผ่านห้างสรรพสินค้า อาจเปลี่ยนใจเข้าไปเดินซื้อของ เป็นต้น ในประเด็นของ Competing Demands หากสามารถควบคุมตนเอง (Self-Regulation) ได้ ก็จะไปออกกำลังกายตามที่ตั้งใจ แต่ถ้าเดินซื้อของแทน เรียกว่าบุคคลควบคุม Competing Demands ได้ในระดับต่ำ ในขณะที่ Competing Preferences หมายถึง พลังอำนาจของบุคคลที่จะควบคุมสถานการณ์ได้ เช่น บุคคลเตรียมตัวจะไปออกกำลังกาย แต่มีงานที่ต้องทำทันทีและเป็นสิ่งที่ไม่ได้คาดไว้ล่วงหน้า และตัดสินใจทำงานแทนการออกกำลังกาย เป็นต้น ทั้งนี้ การทำงานเป็นทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้นทันที และบุคคลอาจเลือกทำงานแทนการออกกำลังกาย หรืออาจเลือกการออกกำลังกายแทนการทำงาน ด้วยเหตุผลว่าสามารถบริหารเวลาได้ ซึ่งไม่มีข้อบ่งชี้ว่าการกระทำใดดีกว่ากัน ขึ้นอยู่กับบุคคลสามารถจัดการกับปัญหาเฉพาะหน้าอย่างเรียบร้อยและเหมาะสมหรือไม่

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาวะ (Health-Promoting Behavior) เป็นการกระทำของบุคคลในการส่งเสริมสุขภาวะของตนเองอย่างต่อเนื่อง และคาดหวังต่อผลลัพธ์ของพฤติกรรม (Outcome expectancies) (Pender Murdaugh and Parsons, 2017) และขณะเดียวกันก็คาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy expectancies) ด้วย ดังนั้นเป้าหมายของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะ (Health-Promoting Model) คือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้ให้บริการต้องการ

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender ทั้ง 3 องค์ประกอบ ปรากฏตามภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง (Health Promotion Model Revised)

ที่มา: Pender, N. J., Murdaugh, C. L. & Parsons, M. A. (2017) Health promotion in nursing practice. 7th ed. New Jersey: Upper Saddle River. New Jersey : Prentice-Hall. page 60.

จากภาพที่ 2.1 แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างส่วนที่เกี่ยวข้องกันสามส่วน ได้แก่ ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล การรู้คิดและความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม และผลลัพธ์ของพฤติกรรม ส่วนแรกคือลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดส่วนที่สอง คือ การรู้คิด และความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมขึ้น ซึ่งส่วนนี้ประกอบด้วยกลุ่มของการรู้คิด และความรู้สึกที่เป็นอัตมโนทัศน์ 4 องค์ประกอบ และอีก 2 องค์ประกอบเป็นอิทธิพลของบุคคลกับสถานการณ์ รวมเป็น 6 องค์ประกอบสำคัญส่วนที่สอง ส่งผลต่อความผูกพันที่จะแสดงพฤติกรรม ซึ่งตามรูปแบบแสดงให้เห็นว่า เมื่อใดที่บุคคลมีความผูกพันต่อพฤติกรรม ย่อมส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ของพฤติกรรม เป็นส่วนที่สามขึ้นคือผลลัพธ์ของพฤติกรรม ซึ่งมีความเสี่ยงที่จะเกิดได้น้อย หากมีความจำเป็นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้นความสำเร็จที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพอาจจะไปไม่ถึงก็เป็นได้ อันเนื่องมาจากเปลี่ยนใจ กระทำทางเลือกอื่นแทน

จึงสรุปได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพะ ให้ความสำคัญกับพฤติกรรมที่บุคคลได้ปฏิบัติ จนเกิดความเคยชิน รองลงมาคือ สถานการณ์ และหากบุคคลนั้นรับรู้ด้วยหลักเหตุผลจะเกิดแรงจูงใจจนมีความผูกพันที่จะแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพะ หากไม่มีทางเลือกอื่นใดเข้ามาแทรก จนทำให้บุคคลนั้นมีความผูกพันลดลง จนเป็นเหตุให้ล้มเลิกพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพะ เสียก่อน

ในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อสร้างเสริมสุขภาพะที่สมบูรณ์ทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณหรือปัญญา จำเป็นต้องสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง ควบคู่ไปกับการให้บริการด้านต่างๆ โดยการประเมิน “ความรู้และความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพะ” ทั้ง 6 ด้าน ดังกล่าวข้างต้น ซึ่ง Pender Murdaugh and Parsons (2017) ได้พัฒนาแบบวัดวิถีการดำเนินชีวิต การสร้างเสริมสุขภาพะ (Health Promoting Life Style Profile II : HPLP - II) โดยการปรับปรุงมาจาก Walker, Sechrist and Pender. (1987) ดังนี้

- 1) การวัดความรับผิดชอบต่อร่างกาย (Health Responsibility)
- 2) การวัดกิจกรรมทางด้านร่างกาย (Physical Activity)
- 3) การวัดพฤติกรรมด้านโภชนาการ (Nutrition)
- 4) การวัดพฤติกรรมด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relation)
- 5) การวัดด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) หรือปัญญา
- 6) การวัดด้านการจัดการกับความเครียด (Stress Management)

ในการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรมกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงได้นำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในส่วนที่เกี่ยวข้องมาพัฒนาเป็นแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีทุนทางสังคมและวัฒนธรรมชุมชนเป็นทุนที่ส่งเสริมสุขภาพที่สมบูรณ์ของผู้สูงอายุ และวิเคราะห์ว่ามีความสัมพันธ์กันหรือไม่ และเป็นปริมาณมากน้อยเพียงไร

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทุนทางสังคม พบได้จากผลงานของ บัณฑิตา ชำนาญกิจ (2557) วิจัยเรื่อง การประยุกต์ใช้ทุนทางสังคมกับการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ : กรณีศึกษาป่าชุมชนบ้านห้วยสะพานสามัคคี ตำบลหนองโรง อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี เพื่อศึกษาทุนทางสังคมที่ปรากฏอยู่ใน ชุมชนบ้านห้วยสะพานสามัคคี ตำบลหนองโรง อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี การประยุกต์ใช้กับการจัดการทรัพยากรธรรมชาติของชุมชน เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยอาศัยกระบวนการและวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกับผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญจำนวน 15 ราย ร่วมกับการใช้การสังเกตการณ์ และการศึกษาทบทวนวรรณกรรมจากเอกสาร รวมทั้งใช้การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยเทคนิคสามเส้า และทำการวิเคราะห์ด้วยการจำแนกหมวดหมู่ พิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหา โดยยึดหลักตรรกะเทียบเคียงกับแนวคิด ทฤษฎีควบคู่กับบริบทของชุมชน ผลการวิจัยพบว่า ทุนทางสังคมที่ปรากฏอยู่ในชุมชนบ้านห้วยสะพานสามัคคี ประกอบด้วยมิติต่างๆ ได้แก่ 1) มิติขององค์ความรู้ และภูมิปัญญา ศักยภาพของคน และผู้นำชุมชน/ท้องถิ่น 2) มิติของความคิด ประกอบด้วยบรรทัดฐานทางสังคม และวัฒนธรรมประเพณี 3) มิติของความรัก ประกอบด้วย ความไว้วางใจ ความเอื้ออาทร ต่างตอบแทน การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รวมทั้งมิติสถาบันทางสังคม และเครือข่ายทางสังคม ทรัพยากร และการใช้ประโยชน์ร่วมกัน สำหรับในเรื่องของการประยุกต์ใช้ทุนทางสังคมของชุมชนบ้านห้วยสะพานสามัคคี แบ่งออกได้ 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การรับรู้ และการตระหนักถึงปัญหา 2) การทดลองริเริ่มให้เกิดความเปลี่ยนแปลง 3) การวางแผน และกำหนดเป้าหมายการรวมกลุ่ม 4) การสร้างเครือข่าย 5) การระดมทุน 6) การลงมือทำ และ 7) การสรุปประเมินผล

อาทิตย์ บุคตาดวง (2555) วิจัยเรื่อง ความสามารถในการนำทุนทางสังคมออกมาใช้ของชุมชนบ้านบางไพร อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานะของทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชนบ้านบางไพร และวิธีการนำทุนทางสังคมออกมาใช้ของชุมชนบ้านบางไพร รวมทั้งศึกษาปัญหาอุปสรรคในการนำทุนทางสังคมออกมาใช้ของชุมชนบ้านบางไพร เป็นการศึกษาเฉพาะกรณี โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ ข้อมูลได้มาจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกับผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ จำนวน 15 ราย ผลการศึกษาพบว่า ทุนทางสังคมที่ปรากฏเด่นชัด ได้แก่ ทุนเครือข่ายทางสังคม รองลงมาคือ ทุนความรู้ ทุนภูมิปัญญา ทุนความเห็นอกเห็นใจต่างตอบแทน และทุนความเอื้ออาทรช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทุนทางสังคมดังกล่าวได้ถูกนำไปใช้ใน 3 ระดับ คือ ระดับครอบครัว ระดับกลุ่ม และระดับเครือข่าย ซึ่งเป็นกลุ่มเครือข่ายการพัฒนาชุมชนโดยรวม สำหรับปัญหาอุปสรรคที่พบ ได้แก่ ปัญหาความขัดแย้งเกี่ยวกับผลประโยชน์ทางธุรกิจ และการสนับสนุนแบบเลือกปฏิบัติ คนทำงานทางด้านสังคมมีน้อย มีปัญหาเรื่องความปลอดภัย ลักษณะของความสัมพันธ์และสภาพที่ชุมชนพึ่งปรารถนานั้น จะต้องอาศัยกระบวนการในการขับเคลื่อน ได้แก่ การสร้างความตระหนักให้คนในชุมชนได้เริ่มคิดที่จะพัฒนาชุมชนร่วมกัน การค้นหาศักยภาพของคนในชุมชน และทุนทางสังคมในชุมชนที่เหมาะสม การสร้างผู้นำหรือแกนนำเพิ่มขึ้นเพื่อให้เกิดพลัง รวมทั้งการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน การลงมือกระทำอย่างมีส่วนร่วมเป็นความร่วมมือกันทั้งชุมชน ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน รวมไปถึงการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องและมีการขยายผล

ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทุนทางสังคมกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบได้จากผลงานวิจัยและวิทยานิพนธ์ดีเด่นด้านครอบครัว ประจำปี 2557 ของสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว ในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องทุนทางสังคมกับการพัฒนากระบวนการทางสังคมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ เป็นผลการวิจัยของ พรชัย ตระกูลวรานนท์ (2557) ผลการวิจัยพบว่า สังคมผู้สูงอายุชนบทในประเทศไทยมีความแตกต่างกันระหว่างทุนทางวัฒนธรรม และต่างมีพลังทางสังคม อันเป็นอัตลักษณ์เฉพาะถิ่น เป็นสิ่งที่เปรียบเทียบกันไม่ได้ และทุนทางวัฒนธรรมที่มีพลังนั้น ได้ถูกนำมาใช้เป็นกลไกในการขับเคลื่อนกระบวนการทางสังคม เพื่อส่งเสริมประชากรผู้สูงอายุที่มีลักษณะที่แตกต่างกันไป สิ่งที่ค้นพบจากการศึกษาคือ 1) สังคมชนบทที่มีอาชีพทางการเกษตร ผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งตนเองได้ทางเศรษฐกิจ สูงอายุในสังคมลักษณะนี้จัดเป็นประเภท “Active Ageing” หากมีปัญหาทางเศรษฐกิจมักจะเรียกร้องในเรื่องสวัสดิการจากรัฐ 2) สังคมชนบทยังเต็มไปด้วย

แบบแผนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ทางสังคมแบบระบบอุปถัมภ์ 3) ทูทางสังคม และทุนทางวัฒนธรรมท้องถิ่นแตกต่างกันไปในแต่ละภูมิภาค โดยผู้สูงอายุอาศัยฐานจากทุนทางสังคม ทุนวัฒนธรรมในแต่ละภูมิภาค เพื่อสร้างอัตลักษณ์ตัวตนใหม่ และได้ขยายทุนให้กว้างขวางออกไป เพื่อสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ 4) ทรัพยากรธรรมชาติในท้องถิ่นสูง ส่วนมากได้จากดิน น้ำ ป่า และทรัพยากรจากทะเลที่อุดมสมบูรณ์ สามารถใช้เป็นทุนในการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ และสร้างอาชีพเสริมให้สมาชิก 5) สังคมชนบทมีพื้นที่กลางของชุมชน เพื่อทำกิจกรรมและมีพลัง เช่น วัด โรงเรียน สถานีนอนามัย อาคารอเนกประสงค์ฯ เป็นต้น เป็นสถานที่ที่ส่งเสริมให้สามารถทำกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุได้มาก

สังคม ศุภรัตน์กุล (2555) วิจัยเรื่อง ความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสานเพื่อศึกษารูปแบบกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสาน เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ และในเชิงปริมาณ โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแม่บ้าน ในเขตพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเลย จังหวัดหนองบัวลำภู จังหวัดอุดรธานี และจังหวัดหนองคาย ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 400 คน ผลการวิจัยพบว่า ครอบครัวในชนบทอีสานมีรูปแบบการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ 3 รูปแบบ ประกอบด้วย การสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพผ่านครอบครัว ผ่านชุมชนและผ่านโครงสร้าง โดยมีทุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสาน ซึ่งมีอยู่ 4 กลุ่มปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ กลุ่มปัจจัยแรกคือ โครงสร้างของครอบครัว (Bonding Social Capital) หมายถึง ความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดของสมาชิกและการไว้วางใจในหมู่ญาติ ภูมิปัญญาความคิด ความเชื่อ และระบบการขัดเกลาในครอบครัว ปัจจัยที่สอง คือ ทุนทางสังคมในชุมชน (Bridging Social Capital) หมายถึง บรรทัดฐานของชุมชน ความไว้วางใจและเกื้อกูลกัน ปัจจัยที่สาม คือ กลุ่มเครือข่ายต่างๆ ในชุมชน ความเป็นมิตรที่ดีในชุมชน ในงานวิจัยนี้ หมายถึงวิถีชุมชน วัฒนธรรมชุมชน ความเป็นปึกแผ่นของชุมชน ความเกี่ยวข้องกันในชุมชน สัมพันธภาพของกลุ่มแม่บ้าน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มผู้สูงอายุ และ กลุ่มปัจจัยสุดท้ายเป็น ปัจจัยที่สี่ คือ ทุนทางสังคมจากโครงสร้าง (Linking Social Capital) หมายถึง ทุนที่ได้มาจากการสนับสนุนของผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา โรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานีนอนามัย และโรงพยาบาล นอกจากนี้เรื่องความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสาน ได้รับอิทธิพลรวมสูงสุดจากทุนทางสังคมในครอบครัว รองลงมาคือ ทุนทางสังคมจากโครงสร้างและทุนทางสังคมในชุมชน ตามลำดับ นอกจากนี้ ทุนทางสังคมสามารถร่วมกันพยากรณ์ความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวชนบทอีสานได้ถึง ร้อยละ 67.0 ($R^2 = 0.67$) และมีข้อเสนอให้กำหนดนโยบายด้าน

สุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับทุนทางสังคมที่มีอยู่ในครอบครัวชนบทให้มาก เพราะว่าทุนทางสังคมเป็นทุนที่หนุนเสริมให้เกิดกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสานได้อย่างดี ทุนทางสังคมในโครงสร้างครอบครัวในการวิจัยนี้ หมายถึงคุณลักษณะของสมาชิกในครอบครัวที่วัดได้จากจำนวนสมาชิกครอบครัว เพศ วัยแรงงาน การศึกษาของแม่บ้าน อาชีพหลัก และรายได้ครอบครัว

ปณิธิ บรรวณ (2557) วิจัยเรื่อง พหุผลพลัง : บทบาทของกลุ่มผู้สูงอายุและ “ทุน” วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อวิเคราะห์ทั้งระดับปัจเจก และกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุด้วยบทบาทในการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุในชุมชน การนำทุนประเภทต่างๆ ที่มีอยู่ทั้งภายใน และภายนอกชุมชนนำมาใช้ดำเนินกิจกรรมต่างๆ ด้านผู้สูงอายุได้อย่างไร โดยเลือกผู้สูงอายุจากจังหวัดอ่างทอง จำนวน 5 ชมรม และ จังหวัดระยอง จำนวน 3 ชมรม เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพ ผลการวิจัยพบว่า ทุนต่างๆที่มีอยู่ในชุมชนถูกนำมาใช้เสริมสร้างกระบวนการทางสังคมและขับเคลื่อนกิจกรรมต่างๆ เพื่อรองรับภาวะสังคมสูงวัย ได้แก่ ทุนทางสังคม ประกอบด้วย ทุนเครือข่าย ความไว้วางใจ (Trust) จากญาติ/เพื่อนบ้าน/คนรู้จัก และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ทุนทางเศรษฐกิจ ประกอบด้วย การได้รับบริจาคเงินจากผู้ประกอบการจากโรงงานที่ตั้งอยู่ในชุมชนและนักท่องเที่ยว ทุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบ (กศน.) วิทยาลัยพลศึกษา และสำนักงานวัฒนธรรมจังหวัด เป็นต้น สำหรับทุนทางวัฒนธรรม ประกอบด้วย ความเป็นผู้นำหน่วยงานภายใน และภายนอกชุมชน ความรู้ ประเพณี และวัฒนธรรมท้องถิ่น ทุนลำดับสุดท้ายคือ ทุนสัญลักษณ์ ได้แก่ เกียรติยศ ชื่อเสียง ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้ชมรมได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณ

ขวัญดาว กล่ำรัตน์ (2554) วิจัยเรื่อง ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย และปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อหาแนวทางพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 400 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพ มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง มีความเชื่อด้านสุขภาพ และมีความเชื่อประสิทธิภาพแห่งตน อยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีความเชื่อเกี่ยวกับวัฒนธรรมท้องถิ่น สามารถเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ มีการชี้นำตนเองอยู่ในระดับต่ำ แต่การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ปัจจัย

เชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และพบว่า การขึ้นนำตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ และความเชื่อประสิทธิภาพแห่งตน เป็นปัจจัยที่ส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความเชื่อ วัฒนธรรมท้องถิ่น ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ เป็นปัจจัยที่ส่งผลทางลบต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ และคณะ (2555) วิจัยเรื่อง กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลมาบแค ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการที่สำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 กระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างทีมแกนนำ 2) ค้นหาปัญหาและความต้องการ 3) การออกแบบกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และ 4) พัฒนาข้อตกลงร่วมกันในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน และส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ประกอบด้วย 1) เกิดการรวมกลุ่มผู้สูงอายุที่ทำให้โครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมีความเข้มแข็งขึ้น โดยกลุ่มผู้สูงอายุให้ความร่วมมือกันบริหารจัดการ 2) ปรับระบบบริการจากเชิงรับเป็นเชิงรุก มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาวะของตนเองให้มากกว่าการรักษาการเจ็บป่วยหรือรักษาโรค และ 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการดำเนินงานในโครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีผลให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการรับบริการมากขึ้น

สิ่งที่ได้จากการทบทวนผลงานวิจัย

ทุนทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรมได้ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาชีวิตและความเป็นอยู่ของชุมชน/ท้องถิ่นมาช้านาน รวมทั้งการนำมาช่วยเหลือและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ถึงแม้ว่าองค์ประกอบของทุนทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรมจะแตกต่างกันไปตามแนวคิดของแต่ละบุคคลที่กล่าวอ้างถึงด้วยผลการวิจัยและการสืบค้นจากเอกสารที่เชื่อถือได้และผลจากการทบทวนงานวิจัยสรุปได้ว่าทุนที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะผู้สูงอายุ ได้แก่ ทุนทางสังคม ประกอบด้วย ครอบครัวเครือข่ายความสัมพันธ์หน่วยงาน/องค์กรที่ให้การสนับสนุนทั้งเงินและสิ่งของ ทุนทางวัฒนธรรม ประกอบด้วย ประเพณีและวัฒนธรรมท้องถิ่น บรรทัดฐานของชุมชน และภูมิปัญญาหรือความรู้ จะเห็นว่าทุนทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรมมีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกัน หรืออาจกล่าวได้ว่า เป็นส่วนหนึ่งของกันและกันจึงกำหนดเป็นสมมติฐานดังนี้

“ทุนทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรม มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะผู้สูงอายุ” ตามภาพที่ 2.2

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 2.2 กรอบแนวคิดการวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรมกับสุขภาวะผู้สูงอายุ

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และคุณภาพ (Qualitative research) เป็นการวิจัยลักษณะทุนทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรมในเชิงลึก (Forms and Scopes of Social Capital and Cultural Capital) ในระดับจุลภาค (Micro Level) หรือระดับปัจเจก (Individual) ซึ่งมีระเบียบวิธีวิจัย ดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับ ผู้สูงอายุ ตำบลคลองตะเกรา อำเภอนาทะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทราประกอบด้วย 25 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 1 กรอกกระแสะ หมู่ 2 หนองคอก หมู่ 3 เกาะลอย หมู่ 4 วังหิน หมู่ 5 หนองขาหยั่ง หมู่ 6 ธรรมรัตน์ใน หมู่ 7 รมโพธิ์ทอง หมู่ 8 เทพประธาน หมู่ 9 หัวตะปอก หมู่ 10 ศรีเจริญทอง หมู่ 11 ห้วยโสม หมู่ 12 ทุ่งสำย หมู่ 13 เกาะกระทิง หมู่ 14 เขากล้วยไม้ หมู่ 15 หนองใหญ่ หมู่ 16 อ่างหิน หมู่ 17 เทพเจริญ หมู่ 18 กระบกคู่ หมู่ 19 เขาระดาศ หมู่ 20 ห้วยนา หมู่ 21 หัวฝาย หมู่ 22 สันติสุข หมู่ 23 ท่ามะนาว หมู่ 24 ทรัพย์เจริญ หมู่ 25 สามพราน (รายชื่อและจำนวนประชากรรวมตามภาคผนวก) มีผู้สูงอายุทั้งสิ้น 2,165 คน ช่วยเหลือตัวเองได้ 1,575 คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Samplings) เลือก 14 หมู่บ้าน ที่มีเส้นทางคมนาคมสะดวก ได้แก่ หมู่ 3 เกาะลอย หมู่ 4 วังหิน หมู่ 5 หนองขาหยั่ง หมู่ 7 รมโพธิ์ทอง หมู่ 9 หัวตะปอก หมู่ 12 ทุ่งสำย หมู่ 13 เกาะกระทิง หมู่ 14 เขากล้วยไม้ หมู่ 16 อ่างหิน หมู่ 18 กระบกคู่ หมู่ 20 ห้วยนา หมู่ 22 สันติสุข หมู่ 23 ท่ามะนาว หมู่ 25 สามพราน เจาะจงเลือกเฉพาะผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างได้คำนวณจากสูตร Yamane (1973 : 125) ดังนี้

$$n = N/1+Ne^2$$

ในที่นี้ n คือจำนวนกลุ่มตัวอย่าง N คือประชากร

e คือความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (ร้อยละ 5 หรือ 0.05) เมื่อแทนค่าแล้วได้

$$n = 2,165 / 1 + 2,165 (.05)^2 = 337$$

ดังนั้น จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 337 คน แต่เก็บได้จริง 350 คน

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร ประชากรในการวิจัยคือผู้สูงอายุทั้งสิ้น 2,165 คน ช่วยเหลือตนเองได้ 1,575 คน ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ตำบลคลองตะเกรา อำเภотаตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทราและเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Samplings) เลือกเฉพาะผู้สูงอายุที่สามารถให้ข้อมูลได้ และช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 337 คน แต่เก็บได้จริง 350 คน ซึ่งเก็บแบบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) จากกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องครบถ้วน และเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ตามข้อเท็จจริงที่น่าเชื่อถือและหาความสอดคล้อง

ขอบเขตด้านพื้นที่ การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรมกับสุขภาวะผู้สูงอายุ 14 หมู่บ้าน ตำบลคลองตะเกรา อำเภотаตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่ง ตำบลคลองตะเกราตั้งอยู่ในเขตป่าสงวนแห่งชาติป่าแควระบม - สียัด เป็นเขตรอยต่อ 5 จังหวัดในภาคตะวันออก ได้แก่ จังหวัดฉะเชิงเทรา จังหวัดชลบุรี จังหวัดระยอง จังหวัดจันทบุรี และจังหวัดสระแก้ว ในเขตป่าสงวนแห่งชาติที่มีความหลากหลายของพันธุ์พืชนานาชนิด และสัตว์ป่าหลายพันธุ์ที่อาศัยอยู่ท่ามกลางวิถีชีวิตชุมชนมาช้านาน โดยไม่เบียดเบียนซึ่งกันและกัน ความเจริญทางด้านเทคโนโลยีและการสื่อสารเข้าถึงไม่หมดทุกพื้นที่ ชุมชนจึงดำรงชีวิตอยู่แบบดั้งเดิม อาศัยทรัพยากรธรรมชาติ ความสัมพันธ์ทางสังคม และการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นทุนทางสังคม และทุนทางวัฒนธรรมที่สร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน ตำบลคลองตะเกราเป็นพื้นที่ที่มีความพร้อมในการรับนักศึกษาฝึกปฏิบัติสังคมสงเคราะห์ชุมชน

คณะสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ได้เข้าไปศึกษาบริบทชุมชน สภาพปัญหาต่างๆและความต้องการของชุมชน โดยร่วมมือกันจัดโครงการในงานสังคมสงเคราะห์ เพื่อช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุ และสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน โดยอาศัยทุนทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรมมีส่วนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ขอบเขตด้านเนื้อหา ในการวิจัยนี้ ศึกษาตัวแปร 3 ตัวแปร ประกอบด้วย ตัวแปรอิสระ 2 ตัวแปร ตัวแปรตาม 1 ตัวแปร ดังนี้

1) ตัวแปรอิสระ (independent variables) จำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่

1.1) ทุนทางสังคม ประกอบด้วยตัวแปรย่อย 3 ตัวแปรคือ ทุนเครือข่าย ทุนเครือข่าย และทุนองค์กร

1.2) ทุนทางวัฒนธรรม ประกอบด้วยตัวแปรย่อย 3 ตัวแปร คือ ทุนประเพณี ทุนบรรทัดฐานทางสังคม และทุนทางปัญญา

2) ตัวแปรตาม (Dependent Variables) จำนวน 1 ตัวแปร ได้แก่

- สุขภาวะผู้สูงอายุ ประกอบด้วยตัวแปรย่อย 4 ตัวแปร ได้แก่ สุขภาวะทางร่างกาย สุขภาวะทางจิตใจ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางจิตวิญญาณ หรือปัญญา

ขอบเขตด้านเวลา

ระยะเวลาในการวิจัย 12 เดือน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2559 - เมษายน 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพดังนี้

1) เครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณ ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การอาศัยอยู่ การศึกษา รายได้ การใช้จ่ายกรณีมีรายได้ไม่เพียงพอต่อ การดูแลรักษาสุขภาพ และแบบวัดพฤติกรรม ทุนทางสังคม/ทุนทางวัฒนธรรม สำหรับผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3 ชุด ได้แก่

1.1) แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจำนวน 15 ข้อ

1.2) แบบวัดทุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 10 ข้อ

1.3) แบบวัดทุนทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้สูงอายุ 10 ข้อ

โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินระดับของตัวแปรสำหรับข้อความเชิงบวกไว้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	<1.00	หมายถึง	ไม่เคย
คะแนนเฉลี่ย	1.00-1.99	หมายถึง	น้อย
คะแนนเฉลี่ย	2.00-2.99	หมายถึง	บ่อย/ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	3.00-3.99	หมายถึง	บ่อยมาก/มาก
คะแนนเฉลี่ย	4.00>	หมายถึง	เป็นประจำ/มากที่สุด

2) เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ สำหรับสอบถามผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 2 ชุด ได้แก่

2.1) แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion : FGD) นำไปใช้ในการสนทนากลุ่ม ณ สถานิออนามัย และห้องประชุมองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รวม 15 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ 5 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 5 คน และผู้ทำงานด้านผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน 5 คน เป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญ (Key Informant) ซึ่งมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และให้ข้อมูลได้ดีที่สุด รวมทั้งสิ้น 14 คน (ติดภารกิจไม่สามารถมาประชุมได้ 1 คน รายชื่อตามภาคผนวก) โดยคณะวิจัย ประกอบด้วย ประธานโครงการ ผู้ร่วมวิจัย และนักศึกษา 2 คน รวมผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มทั้งสิ้น 18 คน ได้กำหนดประเด็นคำถามไว้แล้ว (ตามภาคผนวก หน้า 91-93) มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบข้อมูลความต้องการของชุมชนเกี่ยวกับอนาคต และความคาดหวังของชุมชนที่มีต่อทุนทางสังคม และทุนทางวัฒนธรรม กับการส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุในชุมชน เช่น ครอบครัวที่ดีควรมีลักษณะอย่างไร ชุมชน/เครือข่ายในชุมชนที่ดีควรมีลักษณะอย่างไร องค์กรต่างๆที่เข้ามาช่วยเหลือทั้งภาครัฐและเอกชน ตามความคิดเห็นของที่ประชุม เห็นว่าองค์กรใดสามารถช่วยเหลือชุมชนได้มากที่สุด ความปรารถนาในอนาคต เพื่อชีวิตที่ดีและชุมชนที่เข้มแข็ง ทุนทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรม เช่น ทุนประเพณีท้องถิ่นที่น่าภาคภูมิใจ ทุนบรรทัดฐานทางสังคมที่ดีไม่ล้าสมัยคืออะไร และทุนทางปัญญาเชื่อมโยงและสัมพันธ์กับเทคโนโลยีสมัยใหม่ได้อย่างไร จำเป็นมากน้อยเพียงไรต่อชุมชน ประเพณีอะไรที่ชุมชนภาคภูมิใจ ควรรักษาไว้ และสรุปว่าทุนทางสังคม สังคมที่ดีไม่ล้าสมัยคืออะไร และทุนทางวัฒนธรรมที่ควรรักษาไว้ โดยให้ที่ประชุมหาคำตอบเชิงเหตุผลให้มากที่สุด

2.2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview : IDI) ใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 2 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือตนเอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้สูงอายุสุขอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ สามารถตอบคำถามได้เองเป็นส่วนมาก การสัมภาษณ์เต็มไปด้วยบรรยากาศของความเป็นกันเอง ผู้สูงอายุมักจะเล่าเรื่องต่างๆ ในชีวิตประจำวัน กิจกรรมในครอบครัว ความสุข และความคับข้องใจที่ได้รับจากลูกหลาน และญาติสนิท ผวนวกกับบริบทชุมชนที่มีทุนทางสังคม และทุนทางวัฒนธรรมอะไรบางอย่างที่ส่งเสริมสุขภาพทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณหรือปัญญาได้ ในสภาพที่เป็นจริง เป็นปริมาณมากน้อยเพียงใด เพราะเหตุใด อะไรคือข้อจำกัดของสุขภาพของผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องแก้ไข และได้ใช้ทุนทางวัฒนธรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างไร บุคคลสำคัญที่ทำให้ทุนประเพณีท้องถิ่น บรรทัดฐานทางสังคม และทุนทางปัญญาได้รับการสืบทอดกันมาคือใคร ทำอย่างไรจึงธำรงรักษาคงไว้และสืบทอดกันต่อไป มาจากรุ่นสู่รุ่น แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานในชุมชน เกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานและบริบทชุมชนเพิ่มเติมจากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน และทันสมัย เป็นการสัมภาษณ์ เพื่อต้องการทราบความสะดวกในการเดินทางของผู้มาเยือน นักท่องเที่ยว สาธารณูปโภค แหล่งน้ำ สภาพร้านค้า สถานพยาบาล ผู้รักษากฎหมาย และสภาพมลพิษจากขยะ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใดบ้างที่เข้ามาปฏิบัติงาน รวมทั้งปราชญ์ท้องถิ่นที่สร้างชื่อเสียง และข้อเสนอแนะต่างๆ

นอกจากนี้ ยังใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participation Observation) ได้แก่ การใช้ชีวิตประจำวัน การรับประทานอาหาร การแสดงท่าทาง และความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในชุมชน/ท้องถิ่น ซึ่งสัมภาษณ์ในรายชื่อที่ให้ข้อมูลได้ กระทำในช่วงการเก็บข้อมูลตามครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุจาก 14 หมู่บ้าน

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยดำเนินการหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ดังนี้

1) การหาความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยทดสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยอาศัยดุลพินิจของทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องจำนวน 4 คน (รายชื่อตามภาคผนวก) เป็นผู้ตรวจสอบจะพิจารณาความตรงด้านเนื้อหาเป็นรายข้อ ด้านความชัดเจนของการใช้ภาษา ความถูกต้องของคำถามและความครอบคลุมของเนื้อหาตามนิยามปฏิบัติการ เรียกว่าการหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องเป็นรายข้อของแบบวัด (Index of Item – Objective Congruence : IOC) มีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

ให้คะแนน +1 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องตามนิยามปฏิบัติการที่กำหนดไว้

ให้คะแนน 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องหรือไม่

ให้คะแนน -1 หมายถึง ข้อคำถามไม่มีความสอดคล้องตามนิยามปฏิบัติการที่กำหนดไว้

โดยใช้สูตรของ Rovinelli and Hambleton (1977: 49-60) ดังนี้

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

= ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

ผลการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยมีบางข้อได้คะแนน -1 และ 0 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมสอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎีและนิยามปฏิบัติการที่กำหนดไว้ ซึ่งค่า IOC ไม่ควรต่ำกว่า .60 ผลการตรวจเครื่องมือวิจัยสรุปได้ว่า แบบวัดชุดที่ 1.1, 1.2 และ 1.3 มีค่า IOC = .96, 1.00 และ .93 ตามลำดับ แสดงว่าเครื่องมือวิจัยมีความตรงด้านเนื้อหาเป็นที่ยอมรับในระดับดีมาก

2) การหาค่าความเที่ยง (Reliability) เป็นรายข้อ และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha if Item Deleted) เครื่องมือวิจัยที่มีคุณภาพนั้นควรไม่ต่ำกว่า .7 ผลการตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดชุดที่ 1.1 1.2 และ 1.3 มีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงทั้งฉบับ = .84 .76 และ .86 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าเป็นเครื่องมือวิจัยมีคุณภาพอยู่ในระดับดีถึงดีมาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย กระทำทั้งการศึกษาเอกสาร (Document Research) ที่รายงานไว้เป็นหลักฐาน บทความ และอื่นๆ ทั้งที่เป็นลายลักษณ์อักษร และข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต เกี่ยวกับบริบทของพื้นที่ วิถีชีวิต ความเป็นอยู่ อาชีพ ประเพณี วัฒนธรรม สภาพภูมิอากาศและอื่นๆ ของชุมชนในตำบลคลองตะเกรา เก็บรวบรวมจากเครื่องมือวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และเก็บรวบรวมจากผลการประชุมกลุ่มย่อย สัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ทั้งผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ทำงานในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

การเก็บรวบรวมจากเครื่องมือวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้หลักของการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าคือ การไม่ปักใจว่าแหล่งข้อมูลแหล่งใดที่ได้มาตั้งแต่แรกเป็นแหล่งที่เชื่อถือได้ จึงต้องแสวงหาข้อมูลจากแหล่งอื่น (สุภางค์ จันทวานิช. 2552: 32) สำหรับการวิจัยนี้เลือกเก็บข้อมูลจากบุคคลที่แตกต่างกัน (Data Triangulation) เป็นหน่วยบุคคลในการวิจัย (Unit of Analysis) ที่ให้ข้อมูลแตกต่างกัน 3 ฝ่าย ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ทำงานเกี่ยวข้อง

กับผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อนำมาวิเคราะห์ว่า จากคำถามเดียวกันหากเปลี่ยนผู้ตอบ จะได้คำตอบเหมือนหรือแตกต่างกัน ประกอบด้วยเครื่องมือวิจัยเชิงประมาณ 3 ชุด และในเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์ ประชุมกลุ่มย่อยและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. กำหนดขอบเขตการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ผู้รับผิดชอบเก็บข้อมูลในพื้นที่โดยอาจารย์และนักศึกษาฝึกภาคปฏิบัติ ได้ตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งสิ้น 350 ชุด ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 2 เดือน ระหว่างเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2559

ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้เก็บข้อมูลเป็นนักศึกษาและอาจารย์จากคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม ด้วยการลงพื้นที่และใช้แบบสอบถาม/แบบวัดเป็นเครื่องมือวิจัย โดยเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้คำตอบอย่างครบถ้วน ประกอบด้วยแบบวัด 3 ชุด ได้แก่ แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ แบบวัดทุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และแบบวัดทุนทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องรวม 14 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ 5 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 5 คนและผู้ทำงานด้านผู้สูงอายุ 4 คน และจัดบันทึกจากข้อมูลที่ได้จากวิธีการดังนี้

- 1) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion = FGD) ใช้เครื่องมือชุดที่ 4 แนวทางการสนทนากลุ่มย่อย ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ (ตามภาคผนวก)
- 2) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview = IDI) ใช้แบบสัมภาษณ์ ชุดที่ 3 (เฉพาะผู้สัมภาษณ์) ซึ่งได้เพิ่มเติมข้อคำถามในประเด็นอื่นๆที่ค้นพบจากการประชุมกลุ่มย่อย และส่วนที่ค้นพบจากการสังเกตในขณะสนทนากลุ่ม
- 3) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation=NPObs) ซึ่งเป็นวิธีการสังเกตจากวงนอกโดยอาจารย์ และนักศึกษา และนำมาวิเคราะห์ พิจารณา ทบทวนข้อมูลจากเอกสาร และสิ่งบันทึก (Document Review) ซึ่งกระทำควบคู่ไปกับการสัมภาษณ์เชิงลึก เช่น รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่มีในชุมชน กิจกรรมการออกกำลังกายในชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ และชมรมอื่น ๆ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แหล่งบันเทิงของผู้สูงอายุ กลุ่ม/ชมรม/สมาคม/มูลนิธิที่มีผู้สูงอายุเป็นสมาชิก การสังเกตการจัดเตรียมอาหารแต่ละมื้อ และประเภทอาหารที่ผู้สูงอายุรับประทาน การศึกษาภูมิหลังของชุมชน ลักษณะชุมชน ประชากร กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และเอกชน องค์กรภาคประชาชน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บได้ และมีการแก้ไขข้อบกพร่อง ได้แก่ ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในแบบสัมภาษณ์ ความไม่เหมาะสมของช่วงเวลา สิ่งแวดล้อม และอื่นๆ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพจะถูกนำไปแปลความหมายตีความหมายและการขยายความตามข้อเท็จจริงที่ได้จากการสัมภาษณ์ และนำไปอธิบายประกอบผลการวิจัยที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 350 คน เพื่อให้ผลการวิจัยมีความเป็นเอกภาพ ได้ข้อค้นพบทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพที่มีความสมเหตุสมผล

3. การประสานความร่วมมือระหว่างผู้เกี่ยวข้องและเครือข่ายในพื้นที่ ในกรณีที่ต้องเก็บข้อมูลเพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติในการวิเคราะห์ ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ในการตรวจสอบข้อมูล และอธิบายตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัยนี้ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation=SD) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย และทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกคือ สรุปข้อมูลที่ได้จากข้อความบรรยาย (Descriptive) การประชุมกลุ่มย่อย การสังเกต และการสัมภาษณ์ ส่วนที่สองคือ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยนำข้อมูลมาจำแนกตามหัวข้อที่กำหนดไว้ ตามเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น การตรวจสอบข้อมูล เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าข้อมูลที่เก็บรวบรวมมานั้นมีความถูกต้องก่อน และหาข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น โดยการเปรียบเทียบกับเอกสารและหลักฐานต่างๆ เช่น โครงการ การรายงานผลการดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนตำบลครองตะเกรา และสรุปในเรื่องอื่นๆ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ในบทนี้เป็นผลการวิจัย ซึ่งแบ่งออกเป็น 7 หัวข้อ ดังต่อไปนี้

1. บริบทชุมชนในตำบลคลองตะเกรา
2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ
3. สถานการณ์ผู้สูงอายุในตำบลคลองตะเกรา
4. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
5. ทูทางสังคมที่ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
6. ทูทางวัฒนธรรมที่ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
7. ผลการทดสอบสมมติฐาน

ผลการวิจัยในบทนี้ เป็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 350 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 350 คน การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุตามครัวเรือนที่เป็นที่อาศัยของผู้สูงอายุ 5 คน และผลการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion : FGD) จากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย 14 คน และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดและนำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และสมมติฐานที่วางไว้ หัวข้อที่ 1 เป็นผลการศึกษาเอกสารและการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องบางส่วน เพื่อเพิ่มเติมความสมบูรณ์ของข้อมูล หัวข้อที่ 2-3 เป็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ หัวข้อที่ 4-7 นำเสนอทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ และคุณภาพในลักษณะการบรรยายเป็นเนื้อความต่อเนื่องกันอย่างสมเหตุสมผล แยกออกเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกคือสรุปผลวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ส่วนที่สองเป็นการบรรยายเชิงคุณภาพ เป็นผลสรุปจากการสัมภาษณ์ สนทนากลุ่มย่อย และการสังเกต โดยสรุปภาพรวมของผลการวิจัยไว้ในท้ายบท โดยนำเสนอไปตามลำดับ ดังนี้

บริบทชุมชนในตำบลคลองตะเกรา

1. ความเป็นมาของชุมชน “คลองตะเกรา”

“คลองตะเกรา” มาจาก “ตะเกรา” คือชื่อไม้ชนิดหนึ่ง เรียกว่าต้นคันกราเป็นต้นไม้ที่ขึ้นอยู่เป็นจำนวนมากตามริมคลอง มีกำเนิดมาจากน้ำตกอ่างฤๅไนบนเขาตะกรับ ชาวบ้านเรียกว่า

“คลองกันเกรา” และเพี้ยนมาเป็น “คลองตะเกรา” จนถึงปัจจุบัน เป็นตำบลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 แต่เดิมขึ้นอยู่กับอำเภอสนามชัยเขต เปลี่ยนมาขึ้นกับท่าตะเกรา เมื่อได้ยกฐานะขึ้นเป็น อำเภอท่าตะเกรา ในปี พ.ศ. 2533 ตำบลคลองตะเกราประกอบด้วย 25 หมู่บ้าน (รายชื่อตามภาคผนวก) จัดตั้งเป็นองค์การบริหารส่วนตำบลคลองตะเกรา (Klongtakrao Sub district Administrative Organization) ในปี พ.ศ. 2538 ณ ที่ทำการหมู่ที่ 12 บ้านทุ่งสำย (องค์การบริหารส่วนตำบลคลองตะเกรา. 2550)

2. สภาพพื้นที่

ตำบลคลองตะเกรา มีสภาพพื้นที่เป็นทิวเขาและป่าดงดิบที่อุดมสมบูรณ์ ครอบคลุมพื้นที่ 683,750 ไร่ ตั้งอยู่ใจกลางของพื้นที่ป่าผืนใหญ่ที่เป็นรอยต่อของ 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัด ฉะเชิงเทรา จังหวัดชลบุรี จังหวัดระยอง จังหวัดจันทบุรี และจังหวัดสระแก้ว สภาพอากาศชุ่มชื้นตลอดปี พื้นที่อยู่ในเขตป่าสงวนแห่งชาติ มีควาระบบ-สียัด มีทิวเขาและลักษณะป่าดงดิบเป็นไม้ป่าเศรษฐกิจ สภาพป่าชุมชนมี 11 แห่ง รวมเนื้อที่ 3,935 ไร่ และยังมีสัตว์ป่ามากมายหลายชนิด เช่น ช้าง กระทิง วัวแดง เลียงผา กวางป่า เก้ง เสือชนิดต่างๆ นกนานาพันธุ์ และ หมูป่า ฯลฯ มีแร่ธรรมชาติ เช่น พลวง ทองคำ แกรนิต และเป็นที่ตั้งของสถานีวิจัยสัตว์ป่าแห่งแรกของภาคตะวันออก (เขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่าอ่างฤๅไนอำเภอสนามชัยเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา. 2559) มีอ่างเก็บน้ำเขาละลอก ใช้ในการอุปโภค-บริโภค และการเกษตรได้ตลอดปี และมีแหล่งน้ำธรรมชาติ 48 แห่ง นอกจากนี้ยังมีบึงและหนองธรรมชาติอีก 28 แห่ง ด้านสาธารณูปโภค มีไฟฟ้าใช้ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลคลองตะเกรา 23,910 ครัวเรือน มีโทรศัพท์ 15,000 หลังคาเรือน คิดเป็นร้อยละ 61.48 ของจำนวนหลังคาเรือนในตำบลคลองตะเกรา สำหรับการเดินทางเข้าหมู่บ้าน สามารถเดินทางได้อย่างสะดวก โดยรถยนต์หรือรถประจำทาง มีระยะทางห่างจากกรุงเทพมหานครประมาณ 110 กิโลเมตร

3. สภาพเศรษฐกิจ

ประชาชนส่วนมากประกอบอาชีพการเกษตรกรรม ได้แก่ มันสำปะหลัง สับปะรด อ้อย และสวนยางพารา ไม้ยืนต้น เช่น ยูคาลิปตัส และมีอาชีพเลี้ยงสัตว์ไว้เพื่อขาย ได้แก่ โค กระบือ สุกร เป็ด ไก่ ร้อยละ 80 นอกนั้นมีอาชีพรับจ้าง และค้าขาย ซึ่งเป็นผลผลิตจากกลุ่มอาชีพต่างๆ ในชุมชน สภาพความเป็นอยู่สะดวกพอสมควร เช่น มีร้านอาหารที่สะอาดไว้บริการชุมชนและนักท่องเที่ยวได้เพียงพอ มีตลาดสด 2-3 แห่ง และร้านขายของเบ็ดเตล็ดที่ตั้งอยู่เป็นระยะๆ

สถานที่ท่องเที่ยว

สถานที่ท่องเที่ยวที่สำคัญของตำบลคลองตะเกรา เช่น เขาถ้ำแรด บ้านห้วยตะปอก เขาตะกรับ เป็นที่ชมวิวมียน้ำตกที่สวยงาม ป่าเขาอ่างฤๅไน มีน้ำตกอ่างฤๅไน หรือน้ำตกบ่อทอง เป็นน้ำตกธรรมชาติที่สวยงามมากแห่งหนึ่งที่มีน้ำไหลตลอดปี เป็นแหล่งต้นน้ำของแม่น้ำบางปะกง มีความอุดมสมบูรณ์ทางธรรมชาติอยู่มาก และสัตว์ป่าอาศัยอยู่หลายชนิดและยังเป็นแหล่งดูนกมากกว่า 200 ชนิด

กลุ่มอาชีพ มีการรวมกลุ่มกันในรูปแบบต่างๆ ที่สร้างอาชีพจนเป็นสินค้า OTOP สามารถสร้างรายได้ให้กับสมาชิกกลุ่มวิสาหกิจ และกลุ่มอาชีพ ดังนี้

- 1) กลุ่มวิสาหกิจชุมชนพรมเช็ดเท้า หมู่ 9 บ้านห้วยตะปอก
- 2) กลุ่มวิสาหกิจชุมชนดอกไม้ประดิษฐ์ หมู่ 12 บ้านทุ่งสำ
- 3) กลุ่มวิสาหกิจชุมชนไม้มุงกล หมู่ 17 บ้านเทพเจริญ
- 4) กลุ่มอาชีพปลูกไผ่ตง หมู่ 3 บ้านเกาะลอย
- 5) กลุ่มอาชีพสตรีตัดเย็บเสื้อผ้า หมู่ 3 บ้านเกาะลอย
- 6) กลุ่มอาชีพหัตถกรรมทอเสื่อ หมู่ 3 บ้านเกาะลอย
- 7) กลุ่มอาชีพจักสาน หมู่ 4 บ้านวังหิน
- 8) กลุ่มอาชีพขนมไทย หมู่ 4 บ้านวังหิน
- 9) กลุ่มอาชีพสมุนไพรพื้นบ้าน หมู่ 7 บ้านร่มโพธิ์ทอง
- 10) กลุ่มอาชีพผักปลอดสารพิษ หมู่ 12 บ้านทุ่งสำ
- 11) กลุ่มอาชีพทำปลาร้า หมู่ 13 บ้านเกาะกระทิง
- 12) กลุ่มอาชีพไม้กวาดจากวัสดุธรรมชาติ หมู่ 25 บ้านสามพราน

นอกจากนี้ ยังมีลักษณะเป็นกลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิตกองทุนหมู่บ้าน กองทุนแม่ของแผ่นดิน กองทุนพัฒนาบทบาทสตรีหมู่บ้าน (กพสม.) กลุ่มแม่บ้านเกษตรกรกลุ่มทำไม้กวาดกลุ่มอนุรักษ์ป่าชุมชน และกลุ่มปารอยต่อ 5 จังหวัด

4. สภาพสังคม และศิลปะ วัฒนธรรม ประเพณี

ในเขตตำบลคลองตะเกรา มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 10 แห่ง โรงเรียนประถมศึกษา 1 แห่ง โรงเรียนขยายโอกาส 8 แห่ง โรงเรียนมัธยมศึกษา 2 แห่ง มีศาสนสถาน ได้แก่ วัด/สำนักสงฆ์ 19 แห่ง สถานบริการด้านสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ รพ.สต. จำนวน 7 แห่ง และมีสถานตำรวจภูธรอำเภอท่าตะเียบ คอยสอดส่องดูแลรักษาความปลอดภัย ทุกข์สุขของคนในตำบลคลองตะเกรา ประชาชนส่วนมากนับถือศาสนาพุทธ ใช้ภาษาท้องถิ่น คือ ไทยภาคอีสานร้อยละ 80 นอกนั้นใช้ภาษาอื่นร้อยละ 20

ศิลปะ วัฒนธรรม ประเพณี

เนื่องจากคนส่วนใหญ่อพยพมาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลาง ขนบธรรมเนียม ประเพณีจึงผสมผสานกัน ทั้งภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลาง ศิลปะ วัฒนธรรม ประเพณีทางอีสานที่สืบทอดมา เช่น

1) ประเพณีแห่บุญบังไฟ นับว่าเป็นประเพณีที่มีเอกลักษณ์ที่โดดเด่น จะจัดขึ้นทุกปี มีการแข่งขันขบวนแห่บังไฟ ประกวดการเอ้บังไฟ (ตกแต่ง) ที่มีการตกแต่งอย่างสวยงามอลังการ และการแข่งขันจุดบังไฟชิงเงินรางวัลและถ้วยรางวัล งานประเพณีบุญบังไฟของอำเภอท่าตะเกียบ

2) ประเพณีบุญกลางบ้านเป็นประเพณีงานบุญของชาวไทยกลุ่มวัฒนธรรมที่ราบลุ่มภาคกลาง มักจัดขึ้นในราวกลางเดือน 3 ถึงเดือน 6

3) ประเพณีบุญพระเวท (อ่านว่า บุญพะเวต) หรือที่เรียกกันโดยทั่วไปว่า บุญมหาชาติ เป็นประเพณีการบริจาคนครั่งยิ่งใหญ่ว่าจะจัดขึ้นปีละครั้ง ระหว่างเดือน 3-4 จนถึงกลางเดือน 5 พุทธศาสนิกชนจะช่วยกันตกแต่งสถานที่ทำบุญ งานเทศน์มหาชาตินิยมอัญเชิญพระอุปัชฌาย์มาแห่ ซึ่งสมมติว่าอัญเชิญมาจากสะดือทะเล เพราะชุมชนเชื่อว่าจะปกป้องคุ้มครองมิให้เกิดเหตุเภทภัยอันตรายทั้งปวง และให้โชคลาภแก่พุทธศาสนิกชนในการทำบุญมหาชาติ

4) ประเพณีบุญข้าวจีเป็นประเพณีที่ชาวบ้านช่วยกันย่างข้าวจี และขบวนแห่ในปี พ.ศ. 2559 จัดขึ้นที่บ้านทุ่งสำ ต่าบลคลองตะเกรา

5) ประเพณีทำขวัญข้าวหรือทำขวัญแม่โพสพ เป็นความเชื่อว่าแม่โพสพมีพระคุณต่อชาวนา จึงต้องกล่าวขอขมาต่อต้นข้าวทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นกับข้าว ด้วยการทำขวัญข้าว ขอบุญแม่โพสพที่ให้ความอุดมสมบูรณ์ และเรียกขวัญแม่โพสพเพื่อเป็นสิริมงคล มีอาหารหวานคาวเป็นเครื่องไหว้แม่โพสพ ซึ่งชาวนาเชื่อว่าจะทำให้ผลผลิตข้าวอุดมสมบูรณ์ นอกจากนี้ยังมีการจัดงานแสดงนาฏศิลป์ชุดบูชาพระแม่โพสพ การจัดเวทีเสวนาวิชาการการผลิตข้าว จัดให้มีตลาดนัดสินค้าการเกษตร นิทรรศการการผลิตข้าว การแจกพันธุ์พืชผักสวนครัว รวมทั้งแจกจ่ายปุ๋ยน้ำหมักชีวภาพให้ผู้ที่เข้าร่วมงาน เพื่อเป็นการอนุรักษ์และสืบสานประเพณีให้อยู่คู่ชาวนาไทยตลอดไป สำหรับประเพณีพื้นบ้านของชาวจังหวัดชลบุรีที่ได้อพยพมาตั้งถิ่นฐานในตำบลคลองตะเกรา คือ การวิ่งควายเป็นประเพณีที่สืบทอดกันมา จะจัดขึ้น ในวันแรม 5 ค่ำ เดือน 11 หลังเทศกาลออกพรรษา ของทุกปี มีการทำบุญเลี้ยงพระในช่วงเช้า ช่วงบ่ายจึงจัดให้มีการแข่งขันวิ่งควาย

6) ประเพณีทำบุญป่าชุมชนทำทุกวันที่ 12 สิงหาคม ของทุกปี ทั้งชุมชนจะมีการทำบุญให้ป่า เพื่อให้เห็นคุณค่าและความสำคัญในการอนุรักษ์ผืนป่าทั้งสิ้น ได้แก่ ทำบุญให้แม่ธรณี และปลูกต้นไม้คลุมดิน เพื่อให้ฝนตกต้องตามฤดูกาล พืชผลสมบูรณ์ ทำบุญให้แม่โพสพที่ให้ข้าวของงามสมบูรณ์ ผู้ที่กินข้าวจะเป็นแม่ที่สมบูรณ์ อยู่ดีกินดีให้กำเนิดลูกที่สมบูรณ์

7) สุขวัยเด็กเกิดใหม่ คือการรับขวัญเด็กเกิดใหม่ เพื่อให้เป็นคนดี พร้อมทั้งการมีสุขภาพพลานามัยสมบูรณ์แข็งแรง มีคนนับถือ มั่งมีเป็นมหาเศรษฐี และมีบริวารค้ำคั่ง

8) อื่นๆ เช่น วันขึ้นปีใหม่ วันสงกรานต์/วันครอบครัว และวันสำคัญทางศาสนา เป็นต้น

กลุ่ม/ชมรม เครือข่ายที่สำคัญ ได้แก่

1) สภาวัฒนธรรมตำบลคลองตะเกรา ตั้งอยู่ที่อาคารศูนย์การเรียนรู้ชุมชนวัดศรีเจริญทองตำบลคลองตะเกรา และสภาวัฒนธรรมตำบลเกาะกระตัง ตำบลคลองตะเกรา

2) ศูนย์พัฒนาครอบครัวคลองตะเกรา หมู่ 12 ท่งสาย ตำบลคลองตะเกรา

3) ชุมชนเครือข่ายป่าชุมชนรอยต่อ 5 จังหวัดได้แก่ จังหวัดฉะเชิงเทรา จังหวัดชลบุรี จังหวัดระยอง จังหวัดจันทบุรีและจังหวัดสระแก้ว

4) ชมรมสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ประจำอำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทราตั้งอยู่ที่ หมู่ 4 บ้านวังหิน ตำบลคลองตะเกราอำเภอท่าตะเกียบ

5) อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดฉะเชิงเทรา (ระดับตำบล) ประธานชมรมอาศัยอยู่ หมู่ 17 บ้านเทพเจริญ

6) อาสาสมัครดูแลคนพิการ (อพมก.) ในตำบลคลองตะเกรา แต่ไม่มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อพส.) ในตำบลคลองตะเกรา

7) สภาเด็กและเยาวชนตำบลคลองตะเกรา

5. การปกครอง

ตำบลคลองตะเกรามีฐานะเป็น องค์การบริหารส่วนตำบลคลองตะเกรา ในปัจจุบัน (พ.ศ. 2560) นายกองคการบริหารส่วนตำบลคลองตะเกรา คือ นายสนั่น คุณำ สำหรับคำขวัญของตำบลคลองตะเกรา คือ “สืบสานวัฒนธรรม เลิศล้ำการศึกษา พัฒนาคุณภาพชีวิต ยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์”

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้เป็นกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 350 คน จาก 14 หมู่บ้าน ตำบล คลองตะเกรา สุรพัตน์

จำนวนผู้สูงอายุแยกตามช่วงอายุและการอยู่อาศัย

ในการวิจัยนี้ได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุตอนต้นมีอายุ 60-69 ปี ผู้สูงอายุตอนกลางมีอายุ 70-79 ปี และผู้สูงอายุตอนปลายมีอายุ 80 ปีขึ้นไป (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2556 : 25) เพื่อให้ทราบว่าแต่ละช่วงอายุอาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติ การอยู่กับคู่สมรส และอยู่คนเดียวตามลำพัง ตามตารางที่ 4ก

ตารางที่ 4ก ช่วงอายุผู้สูงอายุและการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ แยกตามหมู่บ้าน

ลำดับที่ หมู่/ชื่อหมู่บ้าน	ช่วงอายุ				การอยู่อาศัย		
	60-69	70-79	80>	รวม	กับลูกหลาน/ญาติกับคู่สมรส	อยู่คนเดียว	
1. หมู่ 3 บ้านเกาะลอย	17	7	1	25	20	2	3
2. หมู่ 4 บ้านวังหิน	15	9	1	25	18	2	5
3. หมู่ 5 บ้านหนองขาหยั่ง	10	10	5	25	21	0	4
4. หมู่ 7 บ้านร่มโพธิ์ทอง	16	7	2	25	22	0	3
5. หมู่ 9 บ้านห้วยตะปอก	12	11	2	25	17	2	6
6. หมู่ 12 บ้านทุ่งสำ	16	6	3	25	22	0	3
7. หมู่ 13 บ้านเกาะกระทิง	10	12	3	25	19	4	2
8. หมู่ 14 บ้านเขากล้วยไม้	15	8	2	25	21	0	4
9. หมู่ 16 บ้านอ่างหิน	11	9	5	25	19	4	2
10. หมู่ 18 บ้านกระบกคู่	15	6	4	25	19	3	3
11. หมู่ 20 บ้านห้วยนา	14	9	2	25	21	0	4
12. หมู่ 22 บ้านสันติสุข	18	3	4	25	20	4	1
13. หมู่ 23 บ้านท่ามะนาว	15	5	4	25	18	4	3
14. หมู่ 25 บ้านสามพราน	12	9	4	25	18	6	1
รวม	179	104	41	350	275	31	44
(ร้อยละ)	(51.14)	(29.71)	(19.15)	(100)	(78.57)	(8.56)	(12.87)

จากตารางที่ 4ก ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจาก 14 หมู่บ้าน ในตำบลคลองตะเกรา ส่วนมากผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี 179 คน ร้อยละ 51.14 รองลงมาอายุระหว่าง 70-79 ปี 104 คน ร้อยละ 29.71 และอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป 41 คน ร้อยละ 19.15 ส่วนมากอาศัยอยู่กับลูกหลานและญาติ 275 คน ร้อยละ 78.57 รองลงมาอาศัยอยู่คนเดียว 44 คน ร้อยละ 12.87 และอาศัยอยู่กับคู่สมรส 31 คน ร้อยละ 8.56

การศึกษา อาชีพ รายได้ และภาวะหนี้สินของผู้สูงอายุ

การศึกษาของผู้สูงอายุ แยกเป็นระดับปริญญาตรี มัธยมศึกษา/ปวช.และ ปวส. อาชีพแยกออกเป็น เกษตร/เลี้ยงสัตว์ ทำสวนยางรับจ้าง/ค้าขายอื่นๆ และไม่มีอาชีพ สำหรับรายได้เฉลี่ยต่อปีต่อครอบครัว และภาวะหนี้สินของครอบครัว ณ ปัจจุบัน ตามตารางที่ 4ข

ตารางที่ 4ข การศึกษา อาชีพ รายได้ และภาวะหนี้สินของผู้สูงอายุแยกตามหมู่บ้าน

ลำดับ ที่	หมู่/ชื่อหมู่บ้าน	การศึกษา			อาชีพ						รายได้ เฉลี่ย ต่อปี	หนี้สิน เฉลี่ย ต่อคน
		มัธยม/ ป.ตรี ปวช./ ปวส.	ไม่ ได้ ศึกษา	เกษตร/ เลี้ยงสัตว์	สวน ยาง	ค้าขาย/ รับจ้าง	อื่นๆ	ไม่มี อาชีพ				
1.	หมู่ 3 บ้านเกาะลอย	0	3	20	2	12	0	12	0	1	90,000	40,000
2.	หมู่ 4 บ้านวังหิน	0	1	22	2	14	5	4	0	2	95,000	120,000
3.	หมู่ 5 บ้านหนองขาหย่าง	0	0	22	3	11	5	2	0	7	85,000	76,000
4.	หมู่ 7 บ้านร่มโพธิ์ทอง	1	1	17	6	9	0	4	0	12	105,000	56,000
5.	หมู่ 9 บ้านห้วยตะปอก	0	3	18	4	10	0	7	0	8	100,000	80,000
6.	หมู่ 12 บ้านทุ่งสาย	0	1	23	1	13	0	6	1	5	70,000	50,000
7.	หมู่ 13 บ้านเกาะกระทิง	0	2	23	0	10	1	10	0	4	80,000	60,000
8.	หมู่ 14 บ้านเขากล้วยไม้	0	1	19	5	14	0	3	0	8	100,000	200,000
9.	หมู่ 16 บ้านอ่างหิน	0	1	20	4	21	0	2	1	1	90,000	70,000
10.	หมู่ 18 บ้านกระบกคู่	0	2	24	0	9	0	9	0	7	120,000	120,000
11.	หมู่ 20 บ้านห้วยนา	1	2	22	0	16	0	5	0	4	80,000	24,000
12.	หมู่ 22 บ้านสันติสุข	1	5	19	0	12	0	10	3	0	90,000	60,000
13.	หมู่ 23 บ้านท่ามะนาว	0	2	22	0	14	0	7	0	4	70,000	60,000
14.	หมู่ 25 บ้านสามพราน	1	1	19	4	10	0	4	0	11	90,000	50,000
	รวม (ร้อยละ)	4 (1.15)	25 (7.14)	290 (82.85)	31 (8.86)	175 (50.00)	11 (3.14)	85 (24.28)	5 (1.44)	74 (21.14)	1,265,000 เฉลี่ย 90,357/ปี	1,066,000 เฉลี่ย 76,143/ปี

จากตารางที่ 4ข โดยสรุปแล้ว พบว่าผู้สูงอายุส่วนมากมีการศึกษาระดับประถมศึกษา 290 คน คิดเป็นร้อยละ 82.85 ระดับปริญญาตรีน้อยที่สุด 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.15 เท่านั้น ส่วนมากประกอบอาชีพการเกษตร รวมทั้งพืชสวนและพืชไร่ การเลี้ยงสัตว์ การประมง 175 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาคือ ผลิต/ค้าขายเองและรับสินค้ามาขาย/การรับจ้างทั่วไป รับจ้างกรีดยาง 85 คน คิดเป็นร้อยละ 24.28 ไม่ประกอบอาชีพ 74 คน คิดเป็นร้อยละ 21.14 การทำสวนยาง หมายถึง การมีที่ดินและเป็นเจ้าของสวนยาง 11 คน คิดเป็นร้อยละ 3.14 อาชีพที่ทำน้อยที่สุดคือ อาชีพอื่นๆ ได้แก่ การเป็นอาสาสมัครต่างๆ ลูกจ้างรัฐ/รัฐวิสาหกิจ และ ลูกจ้างบริษัท 5 คน คิดเป็นร้อยละ 1.44 สำหรับรายได้ของผู้สูงอายุได้รับไม่ค่อยแน่นอน มักเป็นไปตามฤดู เช่น ช่วงนี้ราคาถั่วตกต่ำทำให้รายได้ต่ำลง เป็นต้น เฉลี่ยแล้วมีรายได้ต่อปีต่อครัวเรือน 90,357 บาท และภาวะหนี้สินของผู้สูงอายุ พบว่ามีช่วงห่างมาก ตั้งแต่มีหนี้สินต่ำสุดเป็นหลักพันบาท จนถึงหลักล้าน เฉลี่ยแล้วมีภาวะหนี้สิน 76,143 บาทต่อครัวเรือน

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ 350 คน ตำบลคลองตะเกรา อำเภอกำแพงแสน จังหวัดฉะเชิงเทรา เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณหรือปัญญา พบผลตามตาราง 4.1

ตารางที่ 4.1 ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณหรือปัญญา

	พฤติกรรมสุขภาพ	\bar{X}	SD	แปลผล
สุขภาพด้านร่างกาย	1. ท่านปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง	4.55	0.87	เป็นประจำ
	2. ท่านรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้	4.31	1.00	เป็นประจำ
	3. ท่านนอนหลับอย่างน้อยคืนละ 5-6 ชั่วโมง	3.98	1.25	บ่อยมาก
	4. ท่านออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ	3.42	1.37	บ่อยมาก
	5. ท่านไปพบแพทย์ตรวจร่างกายปีละ 1-2 ครั้ง	3.40	1.44	บ่อยมาก
	รวม	3.93	1.21	บ่อยมาก

	พฤติกรรมสุขภาพ	\bar{X}	SD	แปลผล
สุขภาพด้านจิตใจ	6. ท่านใช้เวลาว่าง/ฟังวิทยุ/ดูโทรทัศน์/อ่านหนังสือเสียง สัตว์ และปลูกต้นไม้เป็นต้น	3.96	1.25	บ่อยมาก
	7. บางเวลาที่ลูกหลานไม่มาเยี่ยม ท่านมักจะไปพูดคุยกับ คนรู้จัก/เพื่อนฝูง	3.67	1.29	บ่อยมาก
	8. บางครั้งอยู่คนเดียวตามลำพัง แต่ท่านไม่เคยเครียด และเศร้าหมอง	3.24	1.40	บ่อยมาก
	9. ท่านชอบคิดแต่ในสิ่งที่ดีๆและทำให้ตนเองสบายใจ	3.94	1.08	บ่อยมาก
	10.ท่านเคยนั่งสมาธิ ทำให้รู้สึกผ่อนคลายและใจเป็นสุข	2.91	1.46	ปานกลาง
	รวม	3.55	1.29	บ่อยมาก
สุขภาพด้านสังคม	11.ท่านชอบทำกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์	3.03	1.36	บ่อยมาก
	12.ท่านมักช่วยเหลือผู้ที่ด้อยโอกาสแต่ตัวเองไม่เดือดร้อน	2.90	1.29	บ่อย
	13.ท่านไปงานสังสรรค์ และงานมงคลต่างๆ	3.31	1.36	บ่อยมาก
	14.ท่านเข้าวัดฟังเทศน์กับครอบครัว/เพื่อน/คนรู้จัก	3.24	1.40	บ่อยมาก
	15.ญาติ/เพื่อน/คนรู้จักชวนท่านไปทานอาหาร/ซื้อของ/พา เที่ยวในที่ต่างๆ	2.73	1.37	บ่อย
	รวม	3.04	1.36	บ่อยมาก
สุขภาพด้านจิตวิญญาณ	16. ถ้ามีโอกาส ท่านมักเลือกที่จะไปเที่ยวตามที่ต่างๆ เพื่อ เสริมสร้างประสบการณ์	2.91	1.32	บ่อย
	17. ท่านมักจะนำประสบการณ์มาสร้างสรรค์สิ่งที่เป็น ประโยชน์ต่อชุมชน	2.47	1.25	บ่อย
	18.ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนและได้เรียนรู้ที่ จะเสียสละเพื่อพัฒนาชุมชนให้เจริญก้าวหน้า	2.53	1.33	บ่อย
	19. ท่านพอใจที่มีโอกาสได้ใช้ความรู้ ความเชี่ยวชาญที่ สั่งสม มาถ่ายทอดให้รุ่นลูกรุ่นหลานได้นำไปใช้ให้ เกิดประโยชน์	2.56	1.28	บ่อย
	20. ท่านใช้มือถือเพื่อติดต่อกับผู้อื่น หรือเล่นอินเทอร์เน็ต/ เล่นไลน์/เล่นเกมส์	2.52	1.32	บ่อย
	รวม	2.60	1.30	บ่อย
การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุโดยรวม		3.28	1.29	บ่อย

จากตารางที่ 4.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ เป็นการวัดความสามารถในการทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวันเพื่อดูความต่อเนื่อง และความสม่ำเสมอสรุปในภาพรวมแล้ว อยู่ในระดับบ่อยมาก ($\bar{X}=3.28$, $SD=1.29$) เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทั้งสี่ด้าน พบว่าผู้สูงอายุดูแลสุขภาพทางร่างกายได้ดีที่สุด ($\bar{X}=3.93$, $SD=1.21$) รองลงมาคือทางจิตใจ ($\bar{X}=3.55$, $SD=1.29$) ทางสังคม ($\bar{X}=3.04$, $SD=1.36$) และสุดท้ายคือทางจิตวิญญาณ ($\bar{X}=2.60$, $SD=1.30$) ซึ่งน้อยกว่าทุกด้าน สรุปผลพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละด้าน พบผลดังนี้

1. สุขภาพทางร่างกาย ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพด้านร่างกายตนเอง เพื่อให้มีสภาพดี แข็งแรงสมบูรณ์ ในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ($\bar{X}=4.55$, $SD=0.87$) และทำเป็นประจำ โดยการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ได้แก่ ผักและผลไม้ ($\bar{X}=4.31$, $SD=1.00$) และการพักผ่อนของผู้สูงอายุ ซึ่งควรนอนหลับอย่างน้อยคืนละ 5-6 ชั่วโมง ในระดับบ่อยมาก ($\bar{X}=3.98$, $SD=1.25$) รองลงมาคือ ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ($\bar{X}=3.42$, $SD=1.37$) และไปพบแพทย์ตรวจร่างกายปีละ 1-2 ครั้ง ($\bar{X}=3.40$, $SD=1.44$)

ผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรง สมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ สภาพร่างกายสามารถทำงานได้ตามปกติ ซึ่งต้องเกิดจากการพึ่งตนเอง รับประทานอาหารสะอาดที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย พักผ่อนอย่างเพียงพอ ออกกำลังกายเป็นประจำและดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ เป็นปัจจัยสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพที่พึงปรารถนาของผู้สูงอายุ ผลจากการสัมภาษณ์พบว่าผู้สูงอายุส่วนมากมีอาชีพประจำและช่วยเหลือตนเองได้ดี การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่ใช่เรื่องลำบาก เช่น ได้รับประทานครบสามมื้อ ที่ปรุงจากเนื้อสัตว์ ผัก ปลา ร้า ปลาต้ม และอาหารแห้ง เป็นต้น ได้วิตามินจากผักผลไม้ นานาชนิด ไม่ค่อยได้รับประทานอาหารทะเลมากนัก สำหรับความสะอาดของอาหารและสุขลักษณะนั้น อาจต้องพิจารณาเพราะชุมชนส่วนมากทำการเกษตร ต้องมีการลงปุ๋ยในแปลงเกษตร ทำให้มีแมลงต่างๆ มากมายที่มากับปุ๋ย โดยเฉพาะแมลงวันจะมีปริมาณมากเป็นพิเศษในเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม (พ.ศ. 2559) ผู้เฒ่าผู้แก่ที่เชี่ยวชาญในเรื่องของสมุนไพร จะปลูกพืชไล่แมลง และนำเอาพืชสมุนไพรเหล่านี้ไปขายเพิ่มรายได้อีกทางหนึ่งด้วย บางส่วนเก็บพืชสมุนไพรมาทำเป็นสารไล่แมลงเป็นการเพิ่มรายได้ด้วย แต่เมื่อพ้นในช่วงนี้ไปแล้ว สภาพชุมชนจะเข้าสู่ภาวะปกติ จากการที่ชุมชนและชาวบ้านรำคาญกับแมลงต่างๆและเฉพาะแมลงวันที่มาตอมอาหาร แต่ก็สามารถปรับตัวได้ การพักผ่อนด้วยการนอนหลับของผู้สูงอายุยังไม่เพียงพอ เนื่องจากช่วงเวลาที่เหมาะสมกับวัยสูงอายุ ควรหลับสนิทต่อเนื่อง 6-8 ชั่วโมงในตอนกลางคืน แต่ผู้สูงอายุได้

นอนหลับเฉลี่ย 3 ชั่วโมง/วันเท่านั้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาชีพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอาชีพกรีดยาง ผู้สูงอายุต้องออกไปทำงานตอนเที่ยงคืนเป็นเวลาหลายชั่วโมง ซึ่งเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงมีเวลานอนกลางวันน้อย และตอนกลางวันต้องประกอบอาชีพอื่นๆ ด้วย เช่น การค้าขาย และรับจ้างทั่วไป เป็นต้น จึงไม่มีเวลานอนหลับกลางวันเพื่อชดเชยตอนกลางคืนได้ สำหรับการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุส่วนมากเข้าใจว่าการทำงานบ้านคือการออกกำลังกาย เช่น การตักน้ำ การถางหญ้า ทำสวนและปลูกต้นไม้ และเชื่อว่าตนเองมีร่างกายแข็งแรงได้เพราะการทำงานเหล่านี้ งาน/กิจกรรมที่ชอบทำมากที่สุดแตกต่างกันไปตามสิ่งแวดล้อม เช่น กลุ่มที่มีอาชีพอิสระมักชอบประดิษฐ์สิ่งต่างๆที่ใช้วัสดุดิบ เป็นผลผลิตจากป่า/สัตว์ป่า ซึ่งเพิ่มรายได้ เช่น การทำสมุนไพรพื้นบ้าน และพรมเช็ดเท้า เป็นต้น สำหรับโรคประจำตัวของผู้สูงอายุนั้น ส่วนมากเป็นโรคไขมันในเส้นเลือด ความดันโลหิต เบาหวาน ภาวะถุงพรุณ ข้อเข่าเสื่อม โรคกระเพาะอาหาร และโรคหัวใจ ซึ่งผู้สูงอายุจะไปพบแพทย์เป็นประจำอยู่แล้วทุก 3-6 เดือนและไม่คิดว่าเป็นโรคร้ายแรง จึงไม่เครียด บางรายไปพบแพทย์ตามนัดบ้าง ไม่ไปบ้าง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาชีพของผู้สูงอายุ แต่จะควบคุมตนเองไม่รับประทานอาหารที่เพิ่มไขมันในเส้นเลือดและปฏิบัติตามที่แพทย์สั่ง โดยพยายามเลี่ยงพฤติกรรมต่างๆที่อาจทำให้โรคกำเริบได้ ผู้สูงอายุบางคนบางครั้งจะไปพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกาย โดยเฉลี่ยประมาณ 1-2 ปี/ครั้ง ผู้สูงอายุเหล่านี้จึงไม่ทราบว่าตนเองมีโรคประจำตัวหรือไม่ แต่คิดว่าตราบไต่ที่ยังมีแรงทำงาน ก็ยังมั่นใจว่าตนเองมีร่างกายแข็งแรง

2. สุขภาวะทางจิตใจ พบว่าผู้สูงอายุมีสุขภาวะด้านจิตใจโดยรวมในระดับดีมาก ($\bar{X}=3.55$, $SD=1.29$) โดยเฉพาะยามว่าง กิจกรรมที่ทำบ่อยมากคือการฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ เลี้ยงสัตว์ และปลูกต้นไม้ เป็นต้น ($\bar{X}=3.96$, $SD=1.25$) รองลงมาคือ ไม่คิดแต่ในสิ่งที่ดีๆที่ทำให้ตนเองสบายใจ แม้ว่าบางครั้งอยู่คนเดียวก็ไม่เคยเครียด และเศร้าหมอง ($\bar{X}=3.94$, $SD=1.08$ และ $\bar{X}=3.24$, $SD=1.40$ ตามลำดับ) พฤติกรรมที่ทำบ่อยตามโอกาสแต่ไม่มากนักในเรื่องการนั่งสมาธิ ($\bar{X}=2.91$, $SD=1.46$)

สุขภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุ เป็นสุขภาวะที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางร่างกาย ด้วยเหตุที่ว่า ผู้ที่มีจิตใจสดชื่น แจ่มใสย่อมอยู่ในผู้ที่มีร่างกายแข็งแรง ผู้สูงอายุก็เช่นเดียวกัน หากมีสุขภาวะทางจิตใจที่สมบูรณ์นั้น ต้องปราศจากความเครียด และความเศร้าหมอง รู้จักทำกิจกรรมต่างๆ ที่ให้ความบันเทิงกับตนเอง เพื่อไม่ทำให้ตนเองอยู่ว่าง เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่เครียด โดยเฉพาะการได้ทำงานและมีรายได้ ไม่เป็นภาระของลูกหลาน ในทางตรงข้าม ความวิตกกังวลและความสงสัยในสุขภาพของตนเอง โดยการคาดเดาว่าเป็นโรคร้ายแรง ส่งผลให้จิตใจเศร้าหมองได้ จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ พบว่าความสุข ความมั่นคงปลอดภัย

และอบอุ่นใจมาจากครอบครัวที่มีพ่อ-แม่-ลูกอยู่รวมกัน บางครอบครัวไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน เพราะที่ทำงานห่างไกลเกินกว่าจะเดินทางไปกลับได้ ลูกหลานต้องไปเช่าที่พักใกล้ที่ทำงาน ช่วงเสาร์-อาทิตย์ หรือวันหยุดจึงจะมาเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่บ้านหรือ 1-2 เดือนจึงจะมาเยี่ยมสักครั้ง ระดับความบ่อยครั้งย่อมแตกต่างกันไปตามความรู้สึกของผู้สูงอายุแต่ละคน แต่เข้าใจถึงความจำเป็นในเรื่องของการทำมาหาเลี้ยงชีพ เพื่อไม่ให้มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ดังนั้นการได้พบกันเดือนละครั้งก็นับว่าบ่อยแล้ว สำหรับความเครียดมักมีสาเหตุจากรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ผู้สูงอายุมักนั่งอยู่นิ่งๆ ด้วยคิดว่าโอกาสที่จะหารายได้เพิ่มขึ้นมีน้อย สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่ชีวิตมีความหวังว่าลูกหลานจะมาเยี่ยมบ้าง บางรายในปีที่ผ่านมาเคยมาเยี่ยมเพียงสองครั้ง แต่ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียว ไม่ยอมเปิดเผยเรื่องราวของตนเอง แม้ผู้สัมภาษณ์จะซักถามก็ตาม ผู้สูงอายุอาจสะเทือนใจกับสาเหตุที่ทำให้มีความเครียดสูงมากกว่าผู้ที่อยู่ท่ามกลางลูกหลาน หากตอบคำถามอาจเกิดความรู้สึกซึมเศร้าตามมา

3. สุขภาวะทางสังคม ในภาพรวมพบว่าผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมบ่อยมาก ($\bar{X}=3.04$, $SD=1.36$) ได้แก่ ไปงานสังสรรค์ และงานมงคลต่างๆบ่อยมาก ($\bar{X}=3.31$, $SD=1.36$) การเข้าวัดฟังเทศน์กับครอบครัว/เพื่อน/คนรู้จัก ($\bar{X}=3.24$, $SD=1.40$) และการบำเพ็ญประโยชน์ ($\bar{X}=3.03$, $SD=1.36$) กิจกรรมทางสังคมที่เข้าร่วมน้อยกว่ากิจกรรมที่กล่าวมา ได้แก่ การช่วยเหลือผู้ที่ด้อยโอกาส แต่ตัวเองไม่เดือดร้อน ($\bar{X}=2.90$, $SD=1.29$) และญาติ/เพื่อน/คนรู้จักชวนไปทานอาหาร/ซื้อของ/พาเที่ยวในที่ต่างๆ ($\bar{X}=2.73$, $SD=1.37$)

สุขภาวะทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมรอบกายได้ ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นของผู้สูงอายุ เป็นสุขภาวะทางสังคมที่สัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจ พบว่าส่วนมากผู้สูงอายุที่ทำงานเลี้ยงตนเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น มักพบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้านร่วมอาชีพ หรือร่วมกิจกรรมเดียวกัน เช่น งานบริการ และงานอาสาสมัคร เป็นต้น นอกจากจะได้ทำประโยชน์เพื่อชุมชนและสังคมแล้ว ยังเป็นโอกาสได้ติดต่อสัมพันธ์ และพูดคุยกับผู้อื่น จะทำให้เปิดโลกทัศน์ของตนเองให้กว้างออก ไม่คิดท้อแท้แต่เรื่องตนเอง และการรับรู้เรื่องราวทุกข์ร้อนของผู้อื่น ที่มีปัญหาชีวิตเลวร้ายกว่าในบางเรื่อง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังโชคดีว่าในหลายๆเรื่อง ความรู้สึกท้อแท้ที่เคยรู้สึกก็จะลดลง ไม่รู้สึกเศร้าเสียใจกับสภาพที่เป็นอยู่มากนัก และมีกำลังใจต่อสู้ดิ้นรนเพื่อมีชีวิตอยู่ต่อไป จากการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล เกี่ยวกับการไปเที่ยวหาความบันเทิงให้กับตนเอง การได้สนทนาปราศรัยกับผู้คนและเข้าสังคมนั้น ผู้สูงอายุหลายคนจะให้คำตอบคล้ายกันว่า ตนเองแข็งแรงช่วยเหลือตนเองได้ และมักจะเดินทางไปไหนมาได้อย่างดี สามารถทำธุระต่างๆได้เองตามที่ต่างๆ ได้ ก็จะพบปะผู้คนไปโดยปริยาย และบางครั้งลูกหลาน/ญาติ/เพื่อนบ้านใกล้เคียงจะพา

ไป พบได้จากบริบทของหมู่บ้านที่อยู่ในเขตสังคม/ชุมชนเมือง เช่น หมู่ 13 บ้านเกาะกระทิง หมู่ 3 บ้านเกาะลอย หมู่ 22 บ้านสันติสุข และหมู่ 7 บ้านร่มโพธิ์ทอง เป็นต้น สำหรับหมู่บ้านที่ห่างไกลจากแหล่งชุมชน ที่ตั้งบ้านเรือนจะอยู่ห่างกัน ถึงแม้ว่านับเป็นกิโลเมตรจะไม่มากนัก แต่ทางคมนาคมไม่ค่อยสะดวก ถนนไม่ราบเรียบเพราะเป็นดินลูกรัง จึงมักจะใช้รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะ นอกจากบางคนที่มีฐานะดีก็จะใช้รถยนต์บรรทุกเล็ก การเดินทางสะดวกเฉพาะฤดูที่ไม่มีฝนตกชุก แต่การขับขี่ทั้งรถจักรยานยนต์และรถยนต์ต้องระมัดระวังอย่างมาก เพื่อไม่ให้ล้อไถลตกไหล่ทางได้ เหล่านี้นับว่าเป็นอุปสรรค หากการเดินทางสะดวกก็น่าที่จะทำให้ผู้สูงอายุได้ปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นในที่ต่างๆ ได้บ่อยขึ้น

สภาวะทางสังคมที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่ค่อยได้ปฏิสัมพันธ์กับคนที่ไม่ใช่ลูกหลาน และเครือญาติ อาจเป็นเพราะอาศัยอยู่ในพื้นที่ค่อนข้างห่างไกลจากแหล่งชุมชน นานๆ ครั้งจึงจะเดินทางมารวมกลุ่มทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การบริการตรวจสอบสุขภาพ และกิจกรรมนันทนาการ เป็นต้น ณ ศูนย์กลางที่เป็นแหล่งรวมชุมชน ซึ่งอาจไม่บ่อยนัก เนื่องจากไม่ค่อยว่างจากงานอาชีพที่ทำเป็นประจำ ด้วยเกรงว่าหากหยุดงานจะทำให้ตนเองลำบาก และผู้สูงอายุที่อยู่โดยลำพังอย่างโดดเดี่ยวก็ มักจะปิดกั้นตนเอง นานๆ ครั้งจึงออกไปพูดคุยกับชาวบ้านที่สามารถเดินทางไปหาได้สะดวก ยกเว้นมีงานบุญ ทอดกฐิน และทอดผ้าป่าสามัคคี ถึงจะอาศัยอยู่ห่างไกลเพียงใดก็พยายามไปร่วมทำบุญ ด้วยแรงศรัทธาที่มีต่อศาสนาที่ตนเองนับถือ ซึ่งส่วนมากนับถือศาสนาพุทธ และการไปร่วมงานมงคลต่างๆ ผู้สูงอายุที่อาศัยหมู่บ้านที่ค่อนข้างห่างไกลชุมชน เช่น หมู่ 25 บ้านสามพรานและหมู่ 12 บ้านทุ่งสาย เป็นต้น

4. สภาวะทางจิตวิญญาณ ในภาพรวมพบว่าผู้สูงอายุมีสภาวะทางจิตวิญญาณหรือการแสดงออกที่สะท้อนให้เห็นว่าได้ใช้ปัญญาในการดำเนินชีวิตบ่อย ($\bar{X}=2.60$, $SD=1.30$) ไม่เป็นประจำและไม่บ่อยเกินไป ได้แก่ เมื่อมีโอกาสมักจะไปเที่ยวตามที่ต่างๆ ($\bar{X}=2.91$, $SD=1.32$) พอใจที่มีโอกาสได้ใช้ความรู้ ความเชี่ยวชาญที่มีอยู่ ทำประโยชน์เพื่อชุมชนและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนมากเท่าไร จะยิ่งเรียนรู้ที่จะเสียสละเพื่อพัฒนาชุมชนให้เจริญก้าวหน้ามากขึ้น ($\bar{X}=2.56$, $SD=1.28$ และ $\bar{X}=2.53$, $SD=1.33$ ตามลำดับ) สำหรับการใช้มือถือเพื่อติดต่อกับผู้อื่น หรือเล่นอินเทอร์เน็ต/เล่นไลน์/เล่นเกมส้อมอยู่ในระดับบ่อย ($\bar{X}=2.52$, $SD=1.32$)

สภาวะทางจิตวิญญาณ เป็นด้านที่เกี่ยวกับปัญญาที่มุ่งกระทำสิ่งต่างๆ ด้วยความคิดและอย่างมีเหตุผล พร้อมทั้งจะทำความดี เสียสละ ลดละความเห็นแก่ตัว อยากทำบุญช่วยเหลือผู้อื่น และบำเพ็ญประโยชน์เพื่อสังคม รวมถึงการปฏิบัติตัวให้ทันต่อข้อมูลข่าวสาร และรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของสังคมในปัจจุบัน ยอมรับและปรับตัวต่อเทคโนโลยีสมัยใหม่

นำมาสร้างสรรค์ให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเองและส่วนรวม ผู้สูงอายุเล่าว่าเมื่อลูกหลานมาเยี่ยม ซึ่งบางคนระบุว่ามาเยี่ยมทุกสัปดาห์บ้าง เดือนละ 2 ครั้งบ้าง และสองเดือนมาครั้งบ้าง ซึ่งเป็นโอกาสให้ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ มากขึ้นจากการพูดคุยกับลูกหลาน และญาติสนิท นอกจากนี้ การได้เข้าร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน และการทำประโยชน์เพื่อชุมชน ไม่ว่าจะเป็นการขอความร่วมมือจากผู้นำชุมชน หรือหน่วยงานจากที่ต่างๆ เข้ามาให้ความรู้และรณรงค์ให้คนในชุมชนทำประโยชน์เพื่อผืนป่า และช่วยกันอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติไม่ให้ถูกทำลาย และการไม่ดักสัตว์เพื่อนำไปขาย การไม่ทำร้ายสัตว์ป่าด้วยความคึกคะนอง เป็นการเตือนให้สำนึกว่าคนกับสัตว์สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างไม่เบียดเบียนซึ่งกันและกัน ผู้สูงอายุจะภูมิใจและรู้สึกว่าคุณค่ามากขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุจะคอยเตือนลูกหลานและบรรดาเด็กและเยาวชนในชุมชนให้ช่วยกันอีกแรงหนึ่งด้วย สำหรับเวลาว่างจะดูโทรทัศน์ ฟังเพลง อ่านหนังสือต่างๆ เป็นบางครั้ง ซึ่งส่วนมากเป็นหนังสือธรรมะ หนังสือและสมุดคู่มือการดูแลสุขภาพเบื้องต้น และคู่มือการจดบันทึกการไปพบแพทย์ การปฏิบัติตนตามที่แพทย์สั่ง ฯลฯ ส่วนมากผู้สูงอายุเป็นสมาชิกโครงการส่งเสริมสุขภาพ สำหรับการใช้เทคโนโลยี เช่น โทรศัพท์มือถือ ผู้สูงอายุเห็นว่ามีความประโยชน์มาก ราคาไม่แพง ได้ติดต่อกับลูกหลาน/ญาติและคนรู้จักได้สืบค้นวิธีทำอาหารต่างๆ บ้าง พบมากในผู้สูงอายุที่มีการศึกษาค่อนข้างสูง หรือเป็นสมาชิกชมรม/กลุ่มต่างๆ ในหมู่บ้านในแหล่งชุมชนที่เจริญ เช่น ชมชมรมโพธิ์ทอง ชมชมรมสันติสุข ชมชมรมเกาะกระตัง และชมชมรมเกาะลอย เป็นต้น

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีมาก โดยเฉพาะทางร่างกาย รองลงมาคือทางจิตใจ ด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณหรือทางปัญญา ซึ่งผู้สูงอายุเชื่อว่าการได้ทำงานหาเลี้ยงชีพทำให้ร่างกายแข็งแรง การได้ใกล้ชิดลูกหลานเป็นเสมือนน้ำหล่อเลี้ยงจิตใจให้มีพลังและมีความสุข ทำให้อยากเข้าสังคม และเมื่อใดร่างกายแข็งแรง จิตใจสดชื่น ย่อมทำให้อยากพูดคุยกับคนอื่น ๆ และเกิดความคิดในสิ่งดีงาม โดยเฉพาะอยากทำบุญและทำประโยชน์ต่อสังคม

ทุนทางสังคมที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ทุนทางสังคมที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 350 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ ทุนเครือญาติ ทุนเครือข่าย และทุนองค์กร พบตามตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ทูทางสังคมที่ส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุ

	ทูทางสังคมที่ส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุ	\bar{X}	SD	แปลผล
ทูทางเครือญาติ	1. สถานที่ที่ท่านพัก/บ้านยังมีผู้ดูแลท่าน และยังมีลูกหลาน ญาติ และเพื่อนสนิทมาเยี่ยมท่าน	3.71	1.35	บ่อยมาก
	2. ท่านไม่เคยถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังคนเดียว	2.90	1.50	บ่อย
	3. เวลาเจ็บป่วย จะมีคนใกล้ชิดพาไปหาหมอ	3.82	1.23	บ่อยมาก
	4. ท่านรู้สึกเสมอว่าสมาชิกในครอบครัวมีความรักห่วงใยและไว้วางใจกัน	3.87	1.21	บ่อยมาก
	5. ท่านมั่นใจว่า ลูกหลานและคนใกล้ชิดในครอบครัวให้ความเคารพและศรัทธาท่าน	3.73	1.30	บ่อยมาก
	รวม	3.61	1.32	บ่อยมาก
ทูทางเครือข่าย	6. การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม/เครือข่ายทำให้ท่านมีโอกาสได้พัฒนาศักยภาพ และได้ประโยชน์ตอบแทน	2.57	1.42	บ่อย
	7. ทั้งขณะทำงานและยามว่าง ท่านมักติดต่อพูดคุย ไปมาหาสู่กับกับเพื่อนๆ และคนรู้จักเสมอ	3.50	1.41	บ่อยมาก
	8. ท่านเคยร่วมเสวนาเสนอความคิดเห็นในเวทีชาวบ้าน/ชุมชน	2.64	1.38	บ่อย
	9. การรู้จักผู้คนที่เพิ่มขึ้น ทำให้ท่านรับรู้ข่าวสาร และการเคลื่อนไหวของสังคม	2.60	1.37	บ่อย
	10. ยิ่งรู้จักคนมากขึ้นเท่าไร ทำให้ท่านรู้จักการติดต่อ สื่อสารกันทางโทรศัพท์มือถือ/e-mail/วีดีโอคอล	2.48	1.49	บ่อย
	รวม	2.76	1.44	บ่อย

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

	ทุนทางสังคมที่ส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ	\bar{X}	SD	แปลผล
ทุนองค์กร	11. เจ้าหน้าที่ของพัฒนาสังคมจังหวัด(พมจ)คอยเยี่ยมเยียน และให้คำแนะนำท่านให้ไปรับบริการด้านต่างๆ ที่รัฐจัดให้	2.11	1.30	บ่อย
	12. เจ้าหน้าที่จากภาครัฐและเอกชนมักจะติดต่อให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆและให้คำแนะนำท่านเป็นอย่างดี	1.92	1.17	น้อย
	13. ยามท่านเดือดร้อนและขาดแคลน ท่านเคยขอให้เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานต่างๆเข้ามาช่วยเหลือ	2.25	1.23	บ่อย
	14. ท่านเคยได้รับการตรวจร่างกาย และคำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพ	2.15	1.13	บ่อย
	15. ผู้นำชุมชนมักเชิญชวนให้ท่านเข้ารับบริการจากภาครัฐและเอกชน	2.21	1.17	บ่อย
	รวม	2.13	1.73	บ่อย
	ทุนทางสังคมที่ส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุโดยรวม	2.83	1.31	บ่อย

จากตารางที่ 4.2 ทุนทางสังคมส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับบ่อย ($\bar{X}=2.83$, $SD=1.31$) เท่านั้น เมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างทุนทางสังคมแต่ละด้านแล้ว พบว่า ทุนเครือข่ายได้ถูกนำมาส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุบ่อยมาก ($\bar{X}=3.61$, $SD=1.32$) มากกว่าทุนทางสังคมด้านอื่นที่นำมาใช้บ่อย ได้แก่ ทุนเครือข่าย ($\bar{X}=2.76$, $SD=1.44$) และทุนที่นำมาใช้น้อยคือ ทุนองค์กร ($\bar{X}=2.13$, $SD=1.73$) เป็นทุนที่ส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุได้น้อยที่สุด สรุปดังนี้

1. ทุนเครือข่าย เป็นทุนทางสังคมที่นำมาส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุได้มากโดยเฉพาะความรู้สึกว่าสมาชิกในครอบครัวมีความรัก ห่วงใยและไว้วางใจกัน ($\bar{X}=3.87$, $SD=1.21$) เวลาเจ็บป่วยคนในครอบครัวจะพาไปหาหมอ ($\bar{X}=3.82$, $SD=1.23$) คนในครอบครัวให้ความเคารพและศรัทธา ($\bar{X}=3.73$, $SD=1.30$) แม้จะอยู่ห่างไกลก็ยังมีลูกหลาน ญาติ และเพื่อนสนิทมาเยี่ยม ($\bar{X}=3.71$, $SD=1.35$) เคยถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังบ้าง ($\bar{X}=2.90$, $SD=1.50$)

ทุนทางสังคมเป็นทุนที่ให้น้ำหนักกับความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relations) และความสัมพันธภาพทางสังคมแรกที่สำคัญ คือครอบครัวและหมู่ญาติ ประกอบไปด้วย ความรัก ความผูกพัน ความไว้วางใจ ความเชื่อถือ ความศรัทธา ความสามัคคี และความเสียสละ ที่สมาชิกในครอบครัวต่างเรียนรู้ และเรียนแบบซึ่งกันและกัน จากการให้สัมภาษณ์ของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญในเรื่องของจิตใจมากกว่าร่างกาย และมักจะพูดเป็นเสียงเดียวกันว่าความรู้สึกที่อบอุ่นเป็นสิ่งสำคัญที่สุดคือ การที่ลูกหลาน/ญาติให้ความรัก ความเคารพ และอยู่อย่างใกล้ชิด ซึ่งจะพบในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่พร้อมหน้ากัน ได้แก่ พ่อแม่ลูก ลูก และหลานๆ บางครอบครัวที่ที่พ่อแม่ลูกอาศัยอยู่กันคนละแห่ง ต่างแวะเวียนมาเยี่ยมเยียน ผู้สูงอายุที่เป็นพ่อแม่หรือญาติผู้ใหญ่บ่อยครั้ง แม้ว่าจะมีเหตุจำเป็นต้องไปพักอาศัยในสถานที่ไกลที่ทำงาน ซึ่งผู้สูงอายุบางคนรู้สึกว่าการที่ลูกหลานมาเยี่ยมเดือนละครั้งนั้นน้อยไป อยากให้มาหาเดือนละหลายครั้ง และครอบครัวที่พ่อแม่อยู่กันสองคนตามลำพัง และบางบ้านมีผู้สูงอายุอยู่คนเดียว จะรู้สึกเหงา ซึ่งอาจเป็นครอบครัวที่มีลูกหลาน/ญาติแต่ไม่ค่อยมาหา หรือไม่เคยมาเยี่ยมเยียนเลยก็ตาม แต่สภาพที่เป็นจริงคือ ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวเล่าว่าลูกหลานส่งเงินมาให้บ้าง แต่มาเยี่ยมเพียงปีละครั้งหรือสองครั้งเท่านั้น บางคนลูกหลานหายเงียบไปและไม่เคยส่งเงินมาให้เลย ผู้สูงอายุบางคนเป็นหม้าย เพราะสามีหรือภรรยาเสียชีวิตและไม่มีลูก มีชีวิตไปวันหนึ่งๆตามมีตามเกิด โดยไม่คาดหวังอะไรมากนัก นอกจากมีกินมีใช้ไปมีอยู่หนึ่งๆเท่านั้น สำหรับครอบครัวที่ผู้สูงอายุต้องการมากที่สุด คือการเป็นครอบครัวที่อยู่พร้อมหน้ากันทั้งลูกหลานและญาติสนิท

2. ทุนเครือข่าย โดยรวมพบว่าเป็นทุนทางสังคมที่นำมาส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุบ่อยหรือระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.77$, $SD=1.44$) เป็นทุนที่ส่งเสริมสุขภาพได้มากขณะทำงาน และยามว่าง ผู้สูงอายุจะมีเครือข่ายเป็นเพื่อนบ้าน คนรู้จักที่ได้ติดต่อพูดคุย ไปมาหาสู่กันบ่อยๆ ($\bar{X}=3.50$, $SD=1.41$) ในบางครั้งผู้สูงอายุเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรมต่างๆ การเข้าร่วมเสวนาเสนอความคิดเห็นในเวทีชาวบ้าน/ชุมชน ($\bar{X}=2.64$, $SD=1.38$) การรู้จักผู้คนเพิ่มขึ้น มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ข่าวสาร และการเคลื่อนไหวของสังคม ($\bar{X}=2.60$, $SD=1.3$) การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม/เครือข่าย ทำให้ท่านมีโอกาสได้พัฒนาศักยภาพ และได้รับประโยชน์ตอบแทน ($\bar{X}=2.57$, $SD=1.42$) และการรู้จักคนมากขึ้นเท่าไรจะยิ่งทำให้รู้จักการติดต่อสื่อสารกันทางโทรศัพท์มือถือ/e-mail /วีดีโอคอล ($\bar{X}=2.48$, $SD=1.49$) มากขึ้นเท่านั้น

ทุนเครือข่ายเป็นทุนทางสังคมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทั้งอย่างไม่เป็นทางการ เช่น ติดต่อพูดคุย ไปมาหาสู่กันระหว่างเพื่อนๆ/คนรู้จัก ร่วมกิจกรรมเดียวกัน และการเสวนาเสนอความคิดเห็นในเวทีชาวบ้าน/ชุมชน เป็นต้น และการเข้าร่วม

อย่างเป็นทางการ เช่น การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม/เครือข่าย และอาสาสมัคร ทำให้รู้จักคน
 หลากหลายและรับรู้ข่าวสารการเคลื่อนไหวของสังคม และผู้สูงอายุยังได้รู้จักผู้คนมากขึ้นเท่าไร
 ยิ่งทำให้รู้จักการติดต่อสื่อสารกันทางโทรศัพท์มือถือ/e-mail /วิดีโอคอล ได้มากขึ้นเท่านั้น
 ภายใต้ความเอื้ออาทรการแบ่งปัน ความร่วมแรงร่วมใจ และการต่างตอบแทน ระหว่างการเป็น
 สมาชิกในเครือข่ายเดียวกัน ได้ร่วมกิจกรรมบริการชุมชน/ท้องถิ่น ประกอบด้วย กำนัน
 ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) เทศบาล/ อบต./ อบจ/ อบท./
 หรืออื่นๆ ที่เป็นแกนนำหลักในการจัดบริการในชุมชน/ท้องถิ่นเครือข่ายในตำบลคลองตะเกรา
 ได้แก่ เครือข่ายบริการสุขภาพ ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
 โรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายบริการสังคม พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดและ
 องค์กรพัฒนาภาคเอกชน (NGO) นับได้ว่าทุนองค์กรเป็นทุนที่สำคัญไม่น้อย เป็นทุนที่สร้าง
 ความสมดุลระหว่างผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม กับการนำศักยภาพของผู้สูงอายุมา
 ใช้ให้เกิดประโยชน์ ดังนั้นจึงไม่ใช่เพียงการเห็น "คุณค่า" ของผู้สูงอายุ ด้วยการให้ความนับถือ
 ยกย่อง หรือการเอาใจใส่ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ต้องยอมรับในคุณค่าที่คู่กับภูมิความรู้
 ความเชี่ยวชาญที่ถูกสั่งสมมาทั้งชีวิตอย่างยากที่จะพบในคนรุ่นใหม่ ผลการสัมภาษณ์ พบว่าใน
 เวลาทำงาน และยามว่างผู้สูงอายุมักติดต่อพูดคุย ไปมาหาสู่กับเพื่อนๆ และคนรู้จักเสมอ นับว่า
 เป็นเครือข่ายระหว่างบุคคล แม้ว่าจะไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรมที่เป็นทางการ แต่เมื่อใดที่
 ชุมชนต้องการความร่วมมือ ผู้สูงอายุและเพื่อนร่วมรุ่นจะให้ความร่วมมือทำงานเพื่อประโยชน์
 ของชุมชนทันที และจะไปร่วมทุกครั้ง จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า ผู้สูงอายุในตำบลคลองตะเกรา
 ให้ความสำคัญกับการเข้าสังคมไม่น้อย และเชื่อว่าการรู้จักกับบุคคลหลากหลายย่อมเป็น
 โอกาสที่จะได้รับความช่วยเหลือ และได้ช่วยเหลือผู้อื่นด้วย สำหรับผู้ที่ผู้สูงอายุให้ความเชื่อถือ
 ศรัทธามากที่สุด ได้แก่ พระสงฆ์ที่ประพฤติปฏิบัติดี เป็นที่ศรัทธาของคนในหมู่บ้านและชุมชน
 รองลงมาคือปราชญ์ชาวบ้าน เช่น นายวิบูลย์ เข้มเฉลิม ผู้บุกเบิกการทำสวนวนเกษตรของ
 จังหวัดฉะเชิงเทรา และสร้างกระบวนการเรียนรู้เรื่องวนเกษตรให้เกิดขึ้นในสังคมไทย แต่เพิ่ง
 เสียชีวิตไป เมื่อวันที่ 13 มิถุนายน 2559 ในวัย 80 ปี และผู้สูงอายุเชื่อถือศรัทธาระดับ
 รองลงมาจากปราชญ์ชาวบ้านคือ เจ้าหน้าที่ภาครัฐที่คุ้นเคย ได้แก่ เจ้าหน้าที่ของกรมป่าไม้
 ผู้สูงอายุเล่าว่ามีการลักลอบตัดไม้กัน ส่วนมากเป็นไม้พะยุงและดักสัตว์ต่างๆในเขตรักษาพันธุ์
 สัตว์ป่าเขาอ่างฤๅไนป่าแควระบม ป่าสียัด และป่าเขากระดาศบ่อยครั้ง แต่ถูกจับไปดำเนินคดี
 ตามกฎหมาย

3. ทุนองค์กร เป็นระบบความสัมพันธ์ที่เกิดจากการได้รับสวัสดิการสังคม บริการทาง
 สังคม และระบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานในองค์กรและหน่วยงานทั้งภาครัฐและ

เอกชน ทั้งที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรง และเกี่ยวข้องโดยอ้อมกับผู้สูงอายุ คอยมาเยี่ยมเยียน ให้บริการ ให้คำแนะนำ และช่วยเหลือให้คลายทุกข์ ได้แก่ พัฒนาสังคมจังหวัด องค์กรเอกชน เพื่อสังคมโดยไม่หวังผลกำไร (NGO) เช่น สมาคม/ชมรมต่างๆ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ประจำตำบล (รพ.สต.) สถานีอนามัย สาธารณสุขตำบล ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุได้รับ บริการจากองค์กร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยรวมอยู่ในระดับบ่อย (\bar{X} =2.13, SD=1.73) ได้รับความช่วยเหลือจาก NGO และจากภาครัฐอยู่ในระดับบ่อย (\bar{X} =2.25, SD=1.23 และ \bar{X} =2.21, SD=1.17 ตามลำดับ) และได้รับน้อยที่สุดคือ การเยี่ยมเยียนและให้คำแนะนำจาก NGO (\bar{X} =1.92, SD=1.17)

ทุนองค์กรเป็นทุนที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานของ ภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง ที่ให้ความช่วยเหลือและเอื้ออำนวยความสะดวกให้กับชุมชน และไม่นิ่งดูดายกับความเดือดร้อนที่เกิดขึ้นกับคนในชุมชน รวมทั้งผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นเรื่องที่ องค์กรหรือบุคลากรหรือผู้ปฏิบัติงานสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างทันท่วงที ซึ่งองค์กร/ หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง เช่น พัฒนาสังคมจังหวัดฉะเชิงเทรา สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น และสมาคม/มูลนิธิต่างๆของเอกชนที่ทำงานเพื่อสังคม เป็นต้น มักจะให้ความ ช่วยเหลือโดยจัดเป็นโครงการต่างๆมีวัตถุประสงค์เพื่อบำบัดทุกข์ บำรุงสุข ให้ความช่วยเหลือ ผู้ที่เดือดร้อนในสังคมจากการให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับทุนองค์กรของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรม/ กลุ่มต่างๆในชุมชน พบว่ายังมีทุนองค์กรที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ค่อนข้างมาก ในช่วง เวลา 1-2 ปีที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงานจากองค์กร/หน่วยงานได้เข้ามาช่วยเหลือชุมชน คลองตะเกราในด้านต่างๆ ซึ่งผู้สูงอายุจะคุ้นเคยเฉพาะหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ที่ให้บริการตรวจ ร่างกายโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่ไม่บ่อยนัก และมักไม่ค่อยจะ

ทราบความเป็นมาของการช่วยเหลือของหน่วยงาน/องค์กรเหล่านี้ แต่จากการให้สัมภาษณ์ผู้ที่ เข้ามาพัฒนาชุมชน ผู้ทำงานที่เกี่ยวข้องกับชุมชนในตำบลคลองตะเกรา ได้ให้ข้อมูลทั้งคำบอก เล่าและหลักฐาน พบว่าชุมชนแห่งนี้หลายชุมชนเป็นเป้าหมายของการพัฒนาของภาครัฐ เนื่องจากวิถีชีวิตของชุมชนเกี่ยวข้องกับป่าสงวนและสัตว์ป่าค่อนข้างมาก นอกจากนี้ ยังมีการ ตัดไม้ทำลายป่าเป็นประจำ รวมทั้งปัญหาสังคม เช่น สารเสพติด ความรุนแรงในครอบครัว การ ตีมัสสุรา แต่การทะเลาะวิวาทกลับมีน้อย สำหรับทุนองค์กรที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติในพื้นที่ทั้งที่เกี่ยวข้องโดยตรงและโดยอ้อมกับผู้สูงอายุ พร้อมหลักฐาน กิจกรรม/โครงการต่างๆ ที่ดำเนินการ สรุปโดยสังเขปดังนี้

สมาคมทันตแพทย์เอกชนแห่งประเทศไทย (Private Dentist Association of Thailand) ได้มีการออกหน่วยแพทย์ฯ ครั้งที่ 1/2558 (ครั้งที่ 41) จังหวัดฉะเชิงเทรา (ระหว่างวันที่ 19-22 มีนาคม 2558 เวลา 08:00-17:00 น.) ซึ่งกำหนดตำบลคลองตะเกรา อำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้ติดต่อขอรับบริการจากสมาคมจาก ในวันเวลาดังกล่าว กำหนดตำบลคลองตะเกรา และชาวบ้านในพื้นที่ต่างช่วยอำนวยความสะดวก และให้บริการแก่กลุ่มทันตแพทย์เอกชน เป็นอย่างดี เนื่องจากชาวบ้านส่วนมากประกอบอาชีพ ชาวไร่ ชาวนา และอาศัยอยู่ห่างจากจุดให้บริการสาธารณสุขของรัฐ และมีฐานะยากจน การได้รับบริการในครั้งนี้ถือว่าเป็นทุนองค์กรที่สำคัญ

ทุนองค์กรที่ป้องกันผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นในชุมชน เช่นโครงการ “วันรณรงค์ให้ปลอดภัยจากไฟป่า” จัดให้มีขึ้น เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2557 โดยสำนักงานป่าไม้จังหวัดฉะเชิงเทรา ร่วมกับสถานีควบคุมไฟป่าจังหวัดฉะเชิงเทราและศูนย์ปฏิบัติการไฟป่าฉะเชิงเทรา ในพื้นที่หมู่บ้านที่ล่อแหลมต่อการเกิดไฟป่า จำนวน 52 หมู่บ้าน เพื่อรณรงค์ให้ประชาชนงดการจุดไฟเผาป่า ด้วยการสร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องให้กับประชาชนได้ตระหนักถึงอันตรายและผลกระทบของควันพิษที่เกิดจากไฟป่าป้องกันการสูญเสียทรัพยากรป่าไม้ และสัตว์ป่าที่เกิดจากสาเหตุของไฟป่าและสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐกับประชาชน

ทุนองค์กรที่ส่งเสริมเรื่องนันทนาการ เช่น กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารตำบลคลองตะเกรา ได้จัดโครงการโรดกายฟิตพิชิตยาเสพติด ครั้งที่ 7 ขึ้นในเดือน มีนาคม 2559 เป็นการแข่งกีฬาประเภทต่างๆ และแจกรางวัล เป็นกิจกรรมของวัยหนุ่มสาวมากกว่าที่ผู้สูงอายุจะเข้าร่วมได้ แต่ก็มีผู้สูงอายุไม่น้อยที่เข้าชมและร่วมสนุกสนานด้วย

ทุนองค์กรที่ส่งเสริมวิถีชีวิตคนในชุมชน ท่ามกลางสภาพป่าชุมชนกับการอาศัยผลผลิตจากป่า เช่น ศูนย์วนศาสตร์ชุมชนเพื่อคนกับป่าของประเทศไทย (หรือ RECOFTC-Thailand) ภายใต้การดำเนินงานของศูนย์วนศาสตร์ชุมชนเพื่อคนกับป่า โดยมีเป้าหมายเพื่อสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์กับการขับเคลื่อนงานด้านป่าชุมชน ทั้งในระดับพื้นที่ และระดับนโยบาย ภายใต้การเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศ การจัดการทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้องค์กรชุมชน และผู้ปฏิบัติงานทั้งรัฐ เอกชน และองค์กรชุมชน ให้สามารถจัดการทรัพยากรดิน น้ำ ป่า ในพื้นที่ที่ชุมชนดูแลจัดการได้อย่างยั่งยืนมากเท่าไร เท่ากับสร้างความมั่นคงของวิถีชีวิตของคนในชุมชนมากขึ้นเท่านั้น และการจัดระบบนิเวศสำหรับชุมชนท้องถิ่นในประเทศไทย โดยคำนึงถึงสิทธิชุมชน วัฒนธรรม และองค์ความรู้ท้องถิ่น ในการจัดการภูมินิเวศป่าไม้อย่างมีส่วนร่วมและมีประสิทธิภาพ ภายใต้

การสนับสนุนของภาครัฐและระบบกฎหมาย ได้แก่ กรมอุทยานแห่งชาติ สำนักรักษาพันธุ์สัตว์ป่า
ดูแลและบำรุงรักษาป่าชุมชนบ้านร่มโพธิ์ทอง ที่มีสภาพพื้นที่เป็นภูเขาสลับที่ราบ มีความอุดม
สมบูรณ์ ใช้ถนนและร่องน้ำเป็นแนวเขตถาวรกั้นแนวเขตป่าชุมชนกับเขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่าเขา
อ่างฤๅไนอย่างชัดเจน การเข้าไปเที่ยวชมสัตว์ป่าในเขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่า จะต้องทำหนังสือขอ
อนุญาตผู้อำนวยการสำนักอนุรักษ์สัตว์ป่า กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่าและพันธุ์พืช

ทุนองค์กรที่รับเรื่องแจ้งทุกข์ บำบัดความเดือดร้อนเมื่อคราวจำเป็น เช่น โครงการ
นายอำเภอพบประชาชน หรือ ศูนย์ดำรงธรรม อำเภออัมมเคลื่อนที่ โดยผู้ใหญ่บ้านเกาะลอย ได้
จัดขึ้นเมื่อเดือนมิถุนายน 2559 เพื่อเพิ่มพูนความรู้ สายตรงนายอำเภอฯ พร้อมผู้ช่วย
ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นำชาวบ้านเข้าร่วม
ประชุมร่วมกันทุกหลังคาเรือน เพื่อร่วมรับฟังข้อราชการ และร่วมแจ้งทุกข์ได้โดยตรง
สาระสำคัญหลักๆ คือขอให้หยุดกระทำผิดต่อกฎหมายในทุกๆเรื่อง โดยเฉพาะหยุดการทำที่ดัก
สัตว์ และได้ทำถนนดำไร่ฝุ่นให้หมู่บ้าน แสดงให้เห็นว่าหน่วยงานเป็นทุนองค์กรที่ยังเอื้ออำนวย
ความสะดวก และได้จัดการช่วยเหลือชุมชนเป็นประจำ และมีการแจ้งว่า ได้จัดตั้งโครงการป่า
ชุมชนที่ หมู่ที่ 25 บ้านสามพราน ตำบลคลองตะเกรา อำเภอท่าตะเกรา จังหวัดฉะเชิงเทรา
เมื่อเดือนพฤษภาคม 2559

ทุนองค์กรจากสถาบันการศึกษา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษา
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
จำนวน 126 คน ได้เข้าไปฝึกปฏิบัติด้านสังคมสงเคราะห์ชุมชน ณ ตำบลคลองตะเกรา ใน
ชุมชน 14 หมู่บ้าน (รายชื่อตามภาคผนวก) มีบทเรียนที่ต้องเรียนรู้ที่สำคัญคือ การศึกษาวิถี
ชีวิตความเป็นอยู่ของชุมชน โดยพยายามหาวิธีการสงเคราะห์ชุมชนตรงกับความต้องการ เน้น
กลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ โดยการเยี่ยมเยียน สัมภาษณ์ สังเกต และใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคนในชุมชน
ตั้งแต่วันที่ 8 มิถุนายน- 15 กรกฎาคม 2559 รวม 38 วัน เป็นช่วงเวลาสั้นๆ แต่ผู้สูงอายุพึง
พอใจ และชอบเล่าเรื่องชีวิตแต่อดีตของตนเองให้นักศึกษาฟังยามว่างจากการทำมาหาเลี้ยงชีพ
ตนเอง การฝึกภาคปฏิบัติชุมชนของนักศึกษาในครั้งนี้ เพิ่มสีสันในชีวิตผู้สูงอายุที่อยู่อย่างโดด
เดี่ยวตามลำพังให้หายเหงา และมีความสุขขึ้น ยิ่งไปกว่านั้นนักศึกษายังหาวิธีการช่วยเหลือ/
สงเคราะห์ผู้สูงอายุด้วยการจัดกิจกรรม/โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นกิจกรรมที่ไม่มี
รูปแบบ แต่กลับเป็นส่วนกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุให้มีกำลังใจที่จะดำรงชีวิต
ต่อไป นับได้ว่าเป็นโอกาสของผู้สูงอายุที่ได้รับทุนองค์กร ผ่านการจัดกิจกรรมของนักศึกษา
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม ที่ได้เข้ามาจัดโครงการและกิจกรรมส่งเสริม

สุขภาพด้านต่างๆของผู้สูงอายุ หรืออาจเรียกได้ว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) นั้นเอง

ทุนองค์กรที่ผู้สูงอายุได้รับ เช่น โครงการนายอำเภอพบประชาชน โครงการวันรณรงค์ให้ปลอดควันพิษจากไฟป่าและการดูแลสุขภาพฟันให้กับชุมชนของสมาคมทันตแพทย์เอกชน เป็นต้น เป็นกิจกรรมทางสังคมที่ให้ประโยชน์กับผู้สูงอายุจากภาครัฐบ่อยครั้ง แต่ได้รับจากภาคเอกชนน้อย เป็นการให้ความช่วยเหลือไม่ต่อเนื่อง และส่วนมากผู้สูงอายุไม่ค่อยเข้าใจวิธีการปฏิบัติงานของหน่วยงานต่างๆ มากนัก แต่ยอมรับว่าการทำงานของหน่วยงาน/องค์กรต่างๆ จุดประกายการอนุรักษ์ป่าไม้ให้เกิดขึ้นในจิตใจ กระตุ้นให้รู้จักคุณค่าของผืนป่า สำนึกของการเสียสละเพื่อประโยชน์ส่วนรวมของชุมชน และลูกหลานที่อาศัยอยู่ เป็นการเสียสละที่คุ้มค่า ทุนองค์กรจึงเป็นทุนที่ส่งเสริมสุขภาพสมบูรณ์ด้านจิตวิญญาณหรือปัญญาของผู้สูงอายุให้รู้จักคิดแต่สิ่งดีงาม สำนึกในคุณค่าของวิถีชีวิตที่ต้องอาศัยผลผลิตจากป่าและสัตว์ป่า เป็นความสัมพันธ์ต่อกันโดยไม่เบียดเบียน อย่างพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ท่ามกลางช้างป่า นกป่า และสัตว์ป่าบางชนิด เป็นวิถีชีวิตที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ และทุนองค์กรมีส่วนช่วยจัดระเบียบคนในชุมชนให้ช่วยกันอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติไม่ให้อ่อนแอ ทั้งสัตว์ป่า พันธุ์พืช และแร่ธาตุต่างๆ ให้คงอยู่ สำหรับการฝึกภาคปฏิบัติในชุมชนของนักศึกษาคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคมในครั้งนี้ เป็นกิจกรรมพิเศษที่สร้างประสบการณ์ที่มีคุณค่าทางใจให้กลุ่มผู้สูงอายุจดจำไว้เป็นน้ำหล่อเลี้ยงชีวิตให้ดำเนินต่อไปอย่างมีความหวัง

สรุปได้ว่า ทุนทางสังคมเป็นทุนที่ส่งเสริมสุขภาพทุกด้านของผู้สูงอายุ ได้แก่ ทุนเครือข่าย เป็นทุนทางสังคมที่ได้รับมากที่สุด ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพด้านร่างกายตนเองและยังส่งผลต่อด้านจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข มั่นคงปลอดภัยและอบอุ่น รองลงมาคือทุนเครือข่าย และทุนองค์กรได้รับน้อยแต่กลับส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณหรือปัญญาได้มาก

ทุนทางวัฒนธรรมที่ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ทุนทางวัฒนธรรมที่ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จาก 14 หมู่บ้าน ต. คลองตะเกรา อ. ท่าตะเกรา จ. ฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 350 คน ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ทุนประเพณี ทุนบรรทัดฐาน และทุนทางปัญญา ผลการวิเคราะห์พบตามตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ทูทางวัฒนธรรมที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

	ทูทางวัฒนธรรมที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	\bar{X}	SD	แปลผล
ทูประเพณี	1. ลูกหลานจะมาเยี่ยมเยียนท่าน/พาไปเที่ยวในวันสำคัญ เช่นขึ้นปีใหม่ สงกรานต์และวันครอบครัว เป็นต้น	3.95	1.25	บ่อยมาก
	2. ท่านมีความสุขที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมวันสำคัญทาง ศาสนาและงานประเพณีในชุมชน	3.64	1.26	บ่อยมาก
	3. ท่านได้รับเชิญให้ไปร่วมงานสังสรรค์ งานแต่งงาน และงานอื่นๆ ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีความสำคัญ และมีคุณค่า	3.43	1.20	บ่อยมาก
	4. เวลาว่าง ท่านชอบไปงานทำบุญ/ตักบาตร/เวียนเทียน	3.17	1.30	บ่อยมาก
	5. ท่านได้พบผู้คน/พูดคุยกันในงานต่างๆ ทำให้ท่านมีความสุข	3.77	1.17	บ่อยมาก
	รวม	3.65	1.30	บ่อยมาก
ทูบรรทัดฐานทางสังคม	6. ท่านมีความสุขที่ลูกหลานเคารพเชื่อฟังท่าน	4.00	1.16	เป็นประจำ
	7. มีคนเคยช่วยเหลือท่าน แม้จะเป็นที่สาธารณะก็ตาม	3.66	1.17	บ่อยมาก
	8. ท่านพูดจาอ่อนหวาน และแสดงความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณให้ลูกหลานได้เห็นเป็นแบบอย่าง	3.91	1.13	บ่อยมาก
	9. เมื่อมีความขัดแย้ง/ทะเลาะกับลูกหลานในครอบครัว แต่ไม่เคยมีใครก้าวร้าวท่าน	3.25	1.53	บ่อยมาก
	10. การได้เสียสละ และแบ่งปันกัน ทำให้ท่านมีจิตใจอ่อนโยน รู้สึกว่าคุณค่า	3.90	1.19	บ่อยมาก
	รวม	3.74	1.25	บ่อยมาก
ทูทางปัญญา	11. มีโอกาสได้นำความรู้และความเชี่ยวชาญในงานอาชีพมาถ่ายทอดให้รุ่นลูกหลานได้เรียนรู้	3.54	1.43	บ่อยมาก
	12. ท่านภูมิใจที่ชุมชนเชื่อถือและศรัทธาในความรู้ความสามารถและความเชี่ยวชาญของท่าน	3.75	1.24	บ่อยมาก
	13. ความรู้และความเชี่ยวชาญของท่าน ยังคงใช้ประโยชน์ได้แพร่หลายจนถึงยุคปัจจุบัน	3.59	1.40	บ่อยมาก
	14. ท่านมั่นใจว่าการบริโภคอาหารที่บ้าน และอยู่ในบ้านที่มีอากาศบริสุทธิ์ทำให้ท่านแข็งแรง	4.33	1.02	เป็นประจำ
	15. ก่อนที่ท่านจะบริโภคอาหารสมุนไพรเพื่อบำรุงร่างกาย ท่านได้ศึกษาอย่างละเอียดรอบคอบ	3.31	1.57	บ่อยมาก
	รวม	3.71	1.34	บ่อยมาก
ทูทางวัฒนธรรมที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวม		3.68	1.28	บ่อยมาก

จากตารางที่ 4.3 พบว่าทุนทางวัฒนธรรมที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับน้อยมาก ($\bar{X}=3.68$, $SD=1.28$) เมื่อเปรียบเทียบกับแต่ละด้านอยู่ในระดับน้อยมากทั้ง 3 ด้าน เรียงไปตามลำดับ ได้แก่ ทุนบรรทัดฐานทางสังคม ทุนทางปัญญา และทุนประเพณี ($\bar{X}=3.74$, $SD=1.25$, $\bar{X}=3.71$, $SD=1.34$ และ $\bar{X}=3.65$, $SD=1.30$ ตามลำดับ) สรุปแต่ละด้านของทุนทางวัฒนธรรม ดังนี้

1. ทุนบรรทัดฐานทางสังคม เป็นทุนทางวัฒนธรรมที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และได้รับการปฏิบัติบ่อยมาก ($\bar{X}=3.74$, $SD=1.15$) ที่ทำเป็นประจำคือลูกหลานเคารพเชื่อฟังผู้สูงอายุ ($\bar{X}=4.00$, $SD=1.16$) การปฏิบัติที่ผู้สูงอายุได้รับบ่อยมากคือ บรรดาลูกหลานพูดจาอ่อนหวาน ค่อยช่วยเหลือ เป็นการแสดงความกตัญญู ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่ผู้สูงอายุแสดงให้เห็นเป็นแบบอย่าง ($\bar{X}=3.91$, $SD=1.13$) เช่นเดียวกับการที่ผู้สูงอายุรู้จักการเสียสละและแบ่งปันให้คนอื่น ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีจิตใจอ่อนโยน และมีคุณค่า ($\bar{X}=3.90$, $SD=1.19$) การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นๆ ได้แก่ มีคนเคยช่วยเหลือ แม้จะเป็นที่สาธารณะก็ตาม ($\bar{X}=3.66$, $SD=1.17$) และเมื่อมีความขัดแย้งหรือทะเลาะกับลูกหลานในครอบครัว แต่ไม่เคยมีใครแสดงกริยาก้าวร้าว ($\bar{X}=3.25$, $SD=1.53$)

ทุนบรรทัดฐานทางสังคม เป็นผลผลิตทางวัฒนธรรมทั้งที่จับต้องได้และจับต้องไม่ได้ เห็นได้จากวิถีประเพณี การยอมรับว่าเป็นสิ่งดีงาม เป็นระเบียบแบบแผนที่ยึดถือปฏิบัติสืบต่อกันมา เช่น การเคารพนับถือผู้สูงอายุ ความกตัญญู มารยาทในการรับประทานอาหาร การกล่าวคำขอบคุณเมื่อได้รับสิ่งของหรือความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และการไม่ทำผิดกฎหมาย เป็นต้น จากการสัมภาษณ์ในเรื่องดังกล่าว ผู้สูงอายุส่วนมากที่อาศัยกับลูกหลาน/ญาติไม่เคยพบว่าสมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรมที่ขัดต่อบรรทัดฐานทางสังคม และขัดต่อศีลธรรม บางครอบครัวมีหัวหน้าครอบครัวที่ชอบดื่มสุรา แต่ไม่เคยพบว่าได้ใช้ความรุนแรงกับคนในครอบครัว ผู้นำชุมชนกล่าวว่าในทุกชุมชนย่อมมีการทะเลาะเบาะแว้งเป็นธรรมชาติของมนุษย์ แต่ในชุมชนตำบลคลองตะเกราเป็นส่วนใหญ่มีคนส่วนน้อย คนส่วนใหญ่มุ่งทำมาหาเลี้ยงชีพมากกว่าก่อความเดือดร้อน ส่วนมากจะแก้ปัญหาโดยพูดคุยกันด้วยเหตุผล คนส่วนใหญ่ใช้ชีวิตความเป็นอยู่อย่างเรียบง่าย มีความสามัคคี พึ่งตนเอง และช่วยเหลือเกื้อกูลกัน พร้อมทั้งจะให้ความร่วมมือร่วมใจกันแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน มีความสามัคคีและสร้างความเจริญให้กับชุมชน

2. ทุนทางปัญญา เป็นทุนทางวัฒนธรรม ที่เป็นผลผลิตของความรู้และภูมิปัญญาของบุคคลในชุมชน หรือได้ชื่อว่าเป็นปราชญ์ท้องถิ่น ทั้งที่ฝังแน่นในตัวบุคคล (Intrinsic Intelligence) และจับต้องได้ (Extrinsic Intelligence) เป็นความรู้ และภูมิปัญญาที่ถูกนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ และผลักดันให้แสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่า โดยรวมแล้ว ทูทางปัญญาเป็นทุนที่นำมาใช้ส่งเสริมสุขภาพะบ่อยมาก ($\bar{X}=3.71$, $SD=1.34$) โดยผู้สูงอายุมั่นใจว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้องมากที่สุดและปฏิบัติเป็นประจำทุกวันคือ การรับประทานอาหารที่บ้านและอยู่ในบ้านที่มีอากาศบริสุทธิ์ ($\bar{X}=4.33$, $SD=1.02$) รองลงมาคือความภูมิใจที่ชุมชนเชื่อถือและศรัทธาในความรู้ ความสามารถและความเชี่ยวชาญยังคงใช้ประโยชน์ได้แพร่หลายจนถึงปัจจุบัน และมีโอกาสได้นำความรู้ ความเชี่ยวชาญในงานอาชีพถ่ายทอดให้ลูกหลานได้เรียนรู้ ($\bar{X}=3.75$, $SD=1.24$ $\bar{X}= 3.59$, $SD=1.40$ และ $\bar{X}=3.54$, $SD=1.43$ ตามลำดับ) สุดท้ายคือ ก่อนที่จะบริโภคอาหารสมุนไพรเพื่อบำรุงร่างกาย ผู้สูงอายุได้ศึกษาอย่างละเอียดรอบคอบแล้ว ($\bar{X}=3.31$, $SD=1.57$)

ทุนทางปัญญาของผู้สูงอายุมีด้วยกันสามส่วน ส่วนแรกคือ ส่วนที่เป็นความรู้ความสามารถจากประสบการณ์ที่สั่งสมมาใช้ประโยชน์ชีวิตประจำวัน และในการประกอบอาชีพ เช่น การปรุงยาจากสมุนไพร การผลิตอาหารจากสมุนไพร เป็นสินค้าระดับตำบลที่สร้างชื่อเสียง ส่วนที่สองคือ ภูมิปัญญาเฉพาะที่ฝังแน่นอยู่ในตัว เกิดจากความรู้ และความเชี่ยวชาญที่ยากจะหาได้จากผู้ใด นับวันก็จะศูนย์ลึนไปตามผู้เฒ่าผู้แก่ที่ลึนไปตามอายุขัย หากลูกหลานไม่ได้รับการถ่ายทอด หรือไม่สนใจเรียนรู้ และนำไปใช้ประโยชน์ อาจทิ้งไว้เพียงตำนานที่เล่าขานสืบต่อกันมา ส่วนที่สามคือ ภูมิปัญญาที่มาจากความรู้ ความเชี่ยวชาญในการประยุกต์ใช้สิ่งต่างๆที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคลผสมผสานกับบริบทของชุมชน รวมทั้งทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม ผลจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ได้เล่าให้ฟังว่าชุมชนส่วนมากจะรู้จักปราชญ์ชาวบ้านคนสำคัญคือ นายวิบูลย์ เข้มเฉลิม ผู้บุกเบิกการทำสวนวนเกษตร ของ จังหวัดฉะเชิงเทรา ผู้สร้างกระบวนการเรียนรู้เรื่องวนเกษตรให้เกิดขึ้นในสังคมไทย (เสียชีวิตแล้ว เมื่อวันที่ 13 มิถุนายน 2559 ในวัย 80 ปี) ผู้ปฏิบัติงานด้านการพัฒนาชุมชน หน่วยงานด้านส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมอาชีพและสวัสดิการชุมชน รวมทั้งชุมชนร่วมมือกันแก้ปัญหาเพื่อให้ชุมชนอยู่ได้กับสภาพป่าชุมชน สัตว์ป่า ภูมิประเทศและภูมิอากาศ ผสานเข้ากับวิถีชีวิตชุมชนแบบพึ่งพา ไม่เบียดเบียนกัน เป็นความร่วมมือที่ช่วยลดความกดดันกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับป่าและชีวิตมนุษย์ จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ป่าไม้ สรุปสาระโดยสังเขป ดังนี้

2.1 บริบทที่เป็นสภาพป่าชุมชนกับผลผลิตจากป่า เป็นพื้นที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือศูนย์วนศาสตร์ชุมชนเพื่อคนกับป่าของประเทศไทย (หรือ RECOFTC-Thailand) มีหน้าที่คอยดูแล เพื่อส่งเสริมความรู้ที่เป็นประโยชน์ในการทำงานด้านป่ากับชุมชน และนำกระบวนการเรียนรู้เรื่องวนเกษตรของ นายวิบูลย์ เข้มเฉลิม มาใช้เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศ เพื่อให้เกิดการรักษาทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมให้ยั่งยืน ได้แก่ ป่า

ชุมชนบ้านร่มโพธิ์ทองมีพื้นที่เป็นภูเขาสลับที่ราบ มีความอุดมสมบูรณ์ใช้ถนน และร่องน้ำเป็นแนวเขตถาวรกันแนวเขตป่าชุมชนกับเขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่าเขาอ่างฤๅไนอย่างชัดเจน

2.2 บริบทที่เป็นสภาพป่าชุมชนและสัตว์ป่า เช่น ชุมชนสามพราน เป็นต้น ชาวบ้านมีชีวิตอยู่กับสัตว์ป่าใช้ผลผลิตเพื่อปัจจัย 4 ได้แก่ แหล่งอาหาร ที่อยู่อาศัย สมุนไพรต่างๆที่นำมาเป็นยารักษาโรค และเครื่องนุ่งห่ม มีรายได้เสริมจากการเกษตร การอาศัยน้ำที่มีต้นธารจากป่าเพื่อการเกษตร วิถีชีวิตชุมชนไม่อาจแยกออกจากป่าเป็นเวลานานแล้ว กลายเป็นวัฒนธรรม ประเพณีดูแลรักษาป่า เช่น ความเชื่อเรื่องผีที่ดูแลป่า การจัดพิธีกรรมต่างๆ เป็นกุศโลบายรักษาความสมบูรณ์ของป่า แตกต่างกันไปตามสภาพพื้นที่และวัฒนธรรมแต่ละแห่ง แต่กระนั้นป่าไม้ก็ยังลดลงและมีการทำลายป่ากันอยู่บ่อยครั้ง

2.3 บริบทที่เป็นพื้นที่พัฒนาพื้นที่โครงการปารอยต่อ 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัด ฉะเชิงเทรา จังหวัดระยอง จังหวัดจันทบุรี จังหวัดชลบุรี และจังหวัดสระแก้ว เป็นพื้นที่อนุรักษ์ที่สำคัญแห่งหนึ่งของประเทศไทย ประกอบด้วย อุทยานแห่งชาติและเขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่า จำนวน 5 แห่ง คือ เขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่า เขาอ่างฤๅไน เขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่าเขาสอยดาว อุทยานแห่งชาติเขาคิชฌกูฏ อุทยานแห่งชาติเขาชะเมา - เขาวง และอุทยานแห่งชาติเขา 15 ชั้น ประชาชนที่ตั้งถิ่นฐานอยู่รอบพื้นที่เขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่ามีวิถีชีวิต และวัฒนธรรมที่ต้องพึ่งพิงทรัพยากรป่าไม้ มีจิตสำนึกการอนุรักษ์พันธุ์ไม้พืชสมุนไพร และสัตว์ป่าอย่างยั่งยืนในท้องถิ่นตนเอง ในปัจจุบันมีเครือข่ายป่าชุมชน ของตำบลคลองตะเกรา อำเภอกำแพงแสน จังหวัดฉะเชิงเทราเกิดขึ้นหลายหมู่บ้าน (รายชื่อตามภาคผนวก)

3. **ทุนประเพณี** เป็นทุนทางวัฒนธรรมที่ส่งเสริมผู้สูงอายุให้รู้จักส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้ในระดับน้อยมาก ($\bar{X}=3.65$, $SD=1.30$) โดยเฉพาะลูกหลานมักจะมาเยี่ยมเยียนในสำคัญๆ เช่น วันขึ้นปีใหม่ วันสงกรานต์และวันครอบครัวในระดับน้อยมาก ($\bar{X}=3.95$, $SD=1.25$) รองลงมาคือได้พบปะผู้คน พูดคุยกันในงานต่างๆ ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองมีความสำคัญ และรู้สึกว่าคุณค่า ($\bar{X}=3.77$, $SD=1.17$) มีความสุข ($\bar{X}=3.64$, $SD=1.26$) จากการได้รับเชิญไปร่วมงานสังสรรค์ งานแต่งงานและงานอื่นๆ ($\bar{X}=3.43$ $SD=1.20$) และการได้ไปงานทำบุญ/ตักบาตร/เวียนเทียน ($\bar{X}=3.17$, $SD=1.30$)

ทุนประเพณีเป็นทุนที่ชาวบ้านส่วนใหญ่ยึดถือปฏิบัติสืบทอดกันมา เสมือนสิ่งเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของชุมชนเข้าเป็นหนึ่งเดียว เนื่องจากตำบลคลองตะเกราที่มีผู้คนอพยพมาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือตอนล่างมาตั้งรกรากอยู่เป็นจำนวนมาก วิถีชีวิตของคนในชุมชนมีทั้งคล้ายและแตกต่างกัน ทั้งความเชื่อ ค่านิยม ขนบธรรมเนียมและประเพณี แต่กลับดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันได้อย่างผสมผสานกลมกลืน ได้แก่ ประเพณีบุญกลางบ้าน วัน

สงกรานต์ บุญบั้งไฟ วิ่งควาย เทศน์มหาชาติ สู่ขวัญเด็กเกิดใหม่ ทำขวัญข้าว และการทำบุญป่า เป็นต้น ผู้สูงอายุและผู้นำชุมชนให้สัมภาษณ์ว่า ประเพณีเหล่านี้สร้างความภาคภูมิใจให้กับชุมชน จะจัดเป็นประจำทุกปี เช่น ประเพณีบุญบั้งไฟ ที่สร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนได้เข้าร่วมสืบสาน ด้วยการประกวดคำขวัญ เรียงความ และประกวดรำเซิ้ง ประเพณีบุญข้าวจีเป็นประเพณีที่ชุมชนร่วมกันทำข้าวจีไปถวายพระ เพื่อรักษาวัฒนธรรมประเพณีบุญข้าวจี ส่งเสริมทั้งเด็ก เยาวชนและชุมชนให้ตระหนักถึงคุณค่าในประเพณีงานบุญที่สร้างความผูกพัน รักใคร่และความสามัคคีกันในชุมชน ตลอดจนเป็นการส่งเสริมการท่องเที่ยวอีกด้วย ประเพณีที่สร้างความภาคภูมิใจให้ผู้สูงอายุมากที่สุดมีหลายประเพณี ไม่สามารถระบุได้ว่าประเพณีใดดีที่สุดหรือสำคัญมากกว่ากัน และต่างเห็นว่าควรรักษาไว้ให้คงอยู่ทุกประเพณี โดยไม่มีประเพณีใดที่ส่งผลกระทบต่อทางลบ ผลเสียที่เกิดขึ้นมาจากพฤติกรรมของคนมากกว่า เช่น การเล่นการพนัน การดื่มสุรา และการทะเลาะวิวาทระหว่างงานประเพณี เป็นต้น

ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐาน “ทุนทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรมมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะผู้สูงอายุ”
ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรม และสุขภาวะผู้สูงอายุ พบผลตามตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรมและสุขภาวะผู้สูงอายุ

	ทุนทางสังคม	ทุนทางวัฒนธรรม	สุขภาวะ
ทุนทางสังคม	1		
ทุนทางวัฒนธรรม	.49**	1	
สุขภาวะผู้สูงอายุ	.67**	.61**	1
\bar{X}	42.50	55.19	65.59
SD	10.02	11.14	12.89

** $p < .01$

จากตารางที่ 4.4 ผลการทดสอบพบว่า สอดคล้องตามสมมติฐานที่วางไว้ ได้แก่ ทุนทางสังคมกับสุขภาวะผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันมากที่สุด ($r=.67$) รองลงมาคือทุนทางวัฒนธรรมกับสุขภาวะผู้สูงอายุ ($r=.61$) และทุนทางสังคมกับทุนทางวัฒนธรรม ($r=.49$) ต่างมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้ง 3 คู่

ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรมและสุขภาพของผู้สูงอายุ

เป็นการทดสอบเปรียบเทียบความสัมพันธ์เป็นรายคู่ ระหว่างองค์ประกอบของทุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ ทุนเครือข่าย (SO1) ทุนเครือข่าย (SO2) และทุนองค์กร (SO3) ทุนทางวัฒนธรรม 3 ด้าน ได้แก่ ทุนประเพณี (CU1) ทุนบรรทัดฐานทางสังคม (CU2) และทุนทางปัญญา (CU3) และสุขภาพผู้สูงอายุ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (HE1) ด้านจิตใจ (HE2) ด้านสังคม (HE3) และด้านจิตวิญญาณหรือปัญญา (HE4) รวมทั้งสิ้น 45 คู่ ตามตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรม และสุขภาพผู้สูงอายุ

	SO1	SO2	SO3	CU1	CU2	CU3	HE1	HE2	HE3	HE4
SO1	1									
SO2	.29**	1								
SO3	.04	.30**	1							
CU1	.47**	.35**	.08	1						
CU2	.50**	.30**	.15**	.38**	1					
CU3	.14**	.14**	.28**	.29**	.48**	1				
HE1	.36**	.29**	.15**	.32**	.44**	.25**	1			
HE2	.41**	.38**	.17**	.39**	.40**	.22**	.54**	1		
HE3	.41**	.60**	.29**	.55**	.44**	.25**	.47**	.52**	1	
HE4	.19**	.47**	.42**	.41**	.24**	.36**	.26**	.26**	.53**	1
\bar{X}	18.07	13.79	10.64	17.95	18.72	18.52	19.66	17.72	15.21	12.99
SD	4.34	4.94	5.23	4.70	4.67	5.15	3.10	3.92	5.11	4.77

** p < .01

จากตารางที่ 4.5 ผลการทดสอบความสัมพันธ์เป็นรายคู่ระหว่างองค์ประกอบของ ทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรม และสุขภาพผู้สูงอายุ สรุปเป็นหัวข้อย่อยดังนี้

1. ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมด้านทุนเครือข่าย ทุนเครือข่ายและทุนองค์กร

จากตารางที่ 4.5 พบว่าทุนเครือข่ายมีความสัมพันธ์กับทุนเครือข่าย และทุนเครือข่ายมีความสัมพันธ์กับทุนองค์กร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.29$ และ

$r=.30$ ตามลำดับ) แต่ทวนเครือญาติกับทวนองค์กรมีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีความสำคัญทางสถิติ ($r=.04$)

วิเคราะห์ได้ว่าทวนเครือญาติกับทวนองค์กรมีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีความสำคัญทางสถิติ หรือเรียกว่าไม่มีความสัมพันธ์กันนั้น เนื่องจากทวนองค์กรคือทวนทางสังคมที่เป็นระบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานในองค์กร/หน่วยงานภาครัฐ เอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับผู้สูงอายุ ในลักษณะของสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ และบริการทางสังคมรวมทั้งสวัสดิการชุมชน จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ได้ทราบว่าได้พบเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ กันแบบตัวต่อตัวนานๆ ครั้ง หากไม่มีโครงการต่างๆ ที่เข้ามาดำเนินการในชุมชนโดยมีผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมาย ก็จะไม่มีโอกาสได้พูดคุยกัน แตกต่างจากการพบลูกหลานและญาติพี่น้อง จะถี่ขึ้นในช่วงวันหยุดนักขัตฤกษ์ จึงอาจสรุปได้ว่า เจ้าหน้าที่จากหน่วยงาน/องค์กรต่างๆ มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุน้อยกว่าความสัมพันธ์กับลูกหลานและญาติพี่น้องที่คอยมาเยี่ยมเยียนและคอยห่วงใย

2. ความสัมพันธ์ระหว่างทวนทางวัฒนธรรมด้านทวนประเพณี ทวนบรรทัดฐานทางสังคม และทวนปัญญา

จากตารางที่ 4.5 พบว่าระหว่างทวนประเพณี ทวนบรรทัดฐานทางสังคม และทวนทางปัญญารวม 3 คู่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกคู่ ได้แก่ ทวนบรรทัดฐานทางสังคมกับทวนปัญญา ทวนบรรทัดฐานทางสังคมกับทวนประเพณี และทวนประเพณีกับทวนปัญญา ($r=.48$, $r=.38$ และ $r=.29$ ตามลำดับ)

ทวนประเพณี หมายถึง ทวนทางวัฒนธรรมที่คนส่วนใหญ่ศรัทธาและเห็นว่าเป็นสิ่งที่ดีงาม จึงยึดถือปฏิบัติสืบทอดกันมา เช่น ทุกเทศกาลวันขึ้นปีใหม่ วันสงกรานต์ และวันสำคัญทางศาสนาที่ผู้สูงอายุนับถือ เป็นต้น ซึ่งผู้สูงอายุเห็นว่าประเพณีที่ปฏิบัติสืบทอดกันมา มีความสำคัญเท่าเทียมกัน สร้างความภาคภูมิใจให้กับทุกคนในชุมชน เป็นแนวปฏิบัติที่แทรกอยู่กับวิถีชีวิตของชุมชน สำหรับทวนบรรทัดฐานทางสังคมเป็นส่วนหนึ่งของทวนทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของคนในชุมชน ควบคุมและจัดระเบียบสังคมให้คนในชุมชนอยู่ร่วมกันอย่างสงบและสันติ เช่น การแสดงความกตัญญูด้วยการพาผู้สูงอายุไปเที่ยวในวันครอบครัว เป็นต้น และทวนทางปัญญาเกิดจากประสบการณ์และสั่งสมความรู้ที่ถ่ายทอดกันมาจากรุ่นสู่รุ่น จนถึงรุ่นปัจจุบันมีความรู้ ความเชี่ยวชาญอย่างยากที่จะค้นพบได้จากแหล่งความรู้ทั่วไป ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้เฒ่าผู้แก่หรือผู้สูงอายุ มักจะเล่าอย่างภาคภูมิใจว่าตนเองมีภูมิปัญญาที่ฝังอยู่ในตัวมากมาย ต้องใช้การอธิบายถึงจะสามารถเรียนรู้ได้ เพราะมีเคล็ดลับมากมาย แต่ก็มั่นใจว่าทวนทางปัญญาจะไม่เลือนหายไปจากชุมชน เช่น การ

ผสมสมุนไพรเป็นยารักษาโรค/ยาอายุวัฒนะ และอาหารโบราณที่คนรุ่นนี้ยากจะเคยพบเห็น เป็นต้น เป็นทุนที่หายาก หากได้ถ่ายทอดสืบทอดต่อกันมากก็จะไม่สูญสิ้นไป แต่ละท้องถิ่นย่อมมีทุนทางปัญญาแตกต่างกันไป สะท้อนวิถีชีวิตของคนในชุมชนนั้นๆ ได้เป็นอย่างดี ผู้สูงอายุที่เป็นปราชญ์ท้องถิ่น มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ จะเป็นที่รู้จักและได้รับความเชื่อถือศรัทธาจากคนในชุมชนทั้งผู้ใหญ่ วัยรุ่นและเด็ก ทุกปีจะรวมตัวกันมาเยี่ยมเยียน ให้ของขวัญ กราบไหว้เพื่อเป็นสิริมงคลทุกเทศกาลงานบุญ และทุกโอกาสที่มีงานต่างๆ จึงได้ข้อสรุปว่าทุนทั้งสามด้านที่เป็นองค์ประกอบของทุนทางวัฒนธรรมเหล่านี้ต่างสัมพันธ์กัน

3. ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ หรือปัญญาของผู้สูงอายุ

จากตารางที่ 4.5 พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะของผู้สูงอายุด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณหรือปัญญารวม 6 คู่ มีความสัมพันธ์กันในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกคู่ ผลการวิจัยนี้ยืนยันว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะสมบูรณ์ด้านใดด้านหนึ่งจะมีสุขภาวะสมบูรณ์ด้านอื่นๆ ด้วย จะเห็นวาระหว่างสุขภาวะด้านร่างกายกับด้านจิตใจมีความสัมพันธ์กันมากกว่าความสัมพันธ์อื่นๆ รองลงมาคือ ด้านสังคมกับด้านจิตวิญญาณหรือปัญญา ($r=.54$ และ $r=.53$ ตามลำดับ) ด้านจิตใจกับด้านสังคม และด้านร่างกายกับด้านสังคม ($r=.52$ และ $r=.47$ ตามลำดับ) สำหรับด้านร่างกายกับจิตวิญญาณ และด้านจิตใจกับด้านจิตวิญญาณหรือปัญญา มีความสัมพันธ์กัน ($r=.26$ และ $r=.26$ ตามลำดับ) เป็นลำดับสุดท้าย

ผลการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเกี่ยวกับการเข้าสังคมและการดูแลตนเอง สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้ดีจะมีสุขภาวะด้านจิตใจดีตามไปด้วย เช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่เข้าสังคมพบปะผู้คนมากเท่าไร จะมีสุขภาวะด้านจิตวิญญาณหรือปัญญามากขึ้นเท่านั้น เป็นการเสริมสร้างทักษะการสนทนา ยังฝึกการใช้ความคิด และกระตุ้นให้รู้จักดูแลตนเองมากขึ้นด้วยการได้พบปะเพื่อนฝูงและญาติมิตรเป็นประจำ มักจะได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน กระตุ้นให้กระตือรือร้นและมีกำลังใจดูแลตนเองมากขึ้น แม้ว่าจะไม่มีกิจกรรมทางสังคมอย่างเป็นทางการ เช่น การเป็นสมาชิกชมรม เป็นต้น ซึ่งเข้าร่วมได้ไม่บ่อยนัก เพราะข้อจำกัดต่างๆ ทั้งการเดินทางไม่สะดวก และไม่กล้าทิ้งบ้าน การพูดคุยกับเพื่อนบ้านใกล้เคียงก็ช่วยเสริมพลังผู้สูงอายุให้รู้สึกถึงคุณค่าและความสำคัญของตนเองได้มากกว่าการนั่งจิบเบียร์อยู่กับบ้าน เช่นเดียวกับการไปตรวจร่างกายที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่รู้สึกเบื่อหน่าย เพราะได้พบเพื่อนๆ หรือคนรู้จักบ้าง ได้สนทนาปราศรัยจะรู้สึกผ่อนคลาย ทั้งแพทย์และพยาบาลมักเอาใจ แนะนำการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุจะรู้สึกมีกำลังใจที่จะดูแลตัวเองมากขึ้นด้วย

4. ความสัมพันธ์ระหว่างด้านต่างๆของสุขภาวะผู้สูงอายุ กับองค์ประกอบของทุนทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรม

จากตารางที่ 4.5 พบผลดังนี้

สุขภาวะผู้สูงอายุด้านต่างๆ มีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบของทุนทางสังคม 12 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คู่ที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุดคือสุขภาวะด้านสังคมกับทุนทางสังคมด้านเครือข่าย ($r=.60$)

สุขภาวะผู้สูงอายุด้านต่างๆ มีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบของทุนทางวัฒนธรรม 12 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกัน พบว่าคู่ที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุดคือสุขภาวะด้านสังคมกับทุนทางวัฒนธรรมด้านประเพณี ($r=.55$)

นอกจากนี้ ยังพบว่าระหว่างองค์ประกอบของทุนทางสังคม ได้แก่ ทุนเครือข่าย ทุนเครือข่าย และทุนองค์กร กับองค์ประกอบของทุนทางวัฒนธรรม ได้แก่ ทุนประเพณี ทุนบรรทัดฐานทางสังคม และทุนปัญญา มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จำนวน 32 คู่ จาก 33 คู่ คู่ที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุดและรองลงมา ได้แก่ สุขภาวะด้านสังคมกับทุนเครือข่าย สุขภาวะด้านสังคมกับทุนประเพณี และทุนเครือข่ายกับทุนบรรทัดฐานทางสังคม ($r=.60$, $r=.55$ และ $r=.50$ ตามลำดับ) แต่ทุนองค์กรกับทุนประเพณี เพียงคู่เดียวมีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุส่วนมากที่อาศัยรวมกันกับคู่สมรส และลูกหลาน ได้คำตอบเหมือนกันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาวะตนเองเป็นกิจวัตรที่ทำมาตั้งแต่ยังหนุ่มสาวจนอายุมากกว่า 60 ปี รู้สึกว่าการอะไรด้วยตนเอง เช่น การอาบน้ำ การซักผ้า รีดผ้า ทำความสะอาดบ้าน และการเดินทางไปสถานพยาบาลด้วยตนเอง เป็นต้น จะทำให้ร่างกายแข็งแรง และจิตใจเบิกบาน มีกำลังใจที่จะออกไปเที่ยวและสนทนากับเพื่อนบ้าน โดยเฉพาะเพื่อนบ้านที่มีอารมณ์ขัน จะทำให้คลายเครียด มีความสุข ยิ่งได้เข้าร่วมพบปะผู้คนมากขึ้น เข้าร่วมเครือข่ายกิจกรรม เช่น กลุ่มอาชีพ เครือข่ายงานบุญ จะรู้สึกจิตใจอิมเอบ อ่อนโยน ไม่รู้สึกยึดติดและพร้อมที่จะปล่อยวางกับปัญหาอุปสรรค

นอกจากนี้ มีข้อเสนอแนะของผู้สูงอายุ โดยสรุปดังนี้

1. สุขภาวะของผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ หรือปัญญา ผู้สูงอายุเชื่อว่าสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ดี เนื่องจากวิถีชีวิตและความ เป็นอยู่บังคับให้ต้องทำอะไรทุกอย่าง ทั้งกิจวัตรประจำวัน การดูแลหลานเล็กๆ และการทำมาหา เลี้ยงชีพ ส่วนมากผู้สูงอายุจะทำงานกันไป トラบเท่าที่มีกำลัง จนกว่าร่างกายจะหมดกำลัง

ดังนั้น รัฐบาลและองค์กรต่างๆควรเข้ามาดูแลอย่างสม่ำเสมอ โดยเพิ่มค่าเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุให้เพียงพอ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ลูกหลานไม่เลี้ยงดู

2. ทูทางสังคม ประกอบด้วย ทูนเครือญาติ ทูนเครือข่าย และทูนองค์กร เป็นสิ่งที่ดี ผู้สูงอายุอยากให้ช่วยกันรักษาไว้ โดยเฉพาะทูนเครือญาติ แต่ยั้งนับวันเวลาผ่านไปนานเท่าไร ครอบครัวที่เคยอยู่รวมกันตั้งแต่รุ่นปู่ย่า ตายาย และลูกหลานยิ่งจะเหลือน้อยลง เพราะต่างฝ่ายแยกย้ายไปมีอาชีพของตนเอง และมักจะอาศัยอยู่ใกล้ที่ทำงาน วันหยุดจึงจะมาเยี่ยมผู้สูงอายุ จะเห็นว่าลักษณะของครอบครัวขยายจะน้อยลง กลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทูนที่สำคัญรองลงมาจากทูนเครือญาติ คือทูนเครือข่าย มักจะประกอบด้วยคนที่รู้จักกัน และอาศัยอยู่ใกล้กันมากกว่าเครือข่ายต่างถิ่น ถือเป็นเครือข่ายที่ติดต่อกันยาวนานกว่าเครือข่ายที่เป็นทางการ เช่น สมาชิกกลุ่ม/ชมรม/หรือมีชื่อเรียกอย่างอื่นมีน้อย รวมทั้งผู้ปฏิบัติงานทั้งในพื้นที่และนอกพื้นที่ ซึ่งมักจะรู้จักกันอย่างผิวเผิน หมดภารกิจก็มักจะไม่ได้ติดต่อกัน เครือข่ายลักษณะนี้คล้ายทูนองค์กร ต่างกันที่ความสัมพันธ์ระหว่างคนในชุมชนกับผู้ปฏิบัติงาน ไม่ใช่ตัวต่อตัว แต่เป็นความสัมพันธ์ที่ต้องผ่านระบบและกระบวนการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักอนุรักษ์สัตว์ป่า กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช หน่วยพิทักษ์ป่า น้ำตกบ่อทอง องค์การบริหารส่วนตำบล และองค์กรภาคเอกชนต่างๆ ที่สงเคราะห์คนยากไร้ เข้ามาช่วยเหลือผู้สูงอายุยากไร้ที่ถูกทอดทิ้งในชุมชนห่างไกลให้ดำรงชีพอยู่ได้ท่ามกลางผลผลิตจากป่าได้อย่างไม่เดือดร้อน ไม่เบียดเบียน และพึ่งพากัน และสามารถเข้าถึงสวัสดิการสังคมด้านต่างๆได้

3. ทูทางวัฒนธรรม ประกอบด้วย ทูนประเพณี ทูนบรรทัดฐานทางสังคม และทูนปัญญา เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุภาคภูมิใจ โดยเฉพาะทูนประเพณี ชุมชนมักจะจัดงานประเพณีเพื่อดำรงรักษาไว้ ซึ่งผู้สูงอายุไม่สามารถระบุได้ว่าประเพณีใดสำคัญที่สุด หรือสำคัญมากกว่ากัน เนื่องจากทุกประเพณีมีประวัติและที่มาที่ไป นับว่าเป็นส่วนหนึ่งที่ผูกพันคนในชุมชนเข้าไว้ด้วยกัน แต่ผู้สูงอายุกังวลใจกับทูนบรรทัดฐานทางสังคม ด้วยพบว่าหนุ่มสาวรุ่นใหม่บางคนไม่ยึดถือและละเลย มักแสดงพฤติกรรมที่ไม่ใช่บรรทัดฐานทางสังคมที่ปฏิบัติกันมา เช่น มีกิริยาก้าวร้าว และไม่เคารพเชื่อฟังผู้ใหญ่ เป็นต้น ความเกรงใจผู้ใหญ่เริ่มลดลงไปทุกวัน เด็กและเยาวชนต่อปากต่อคำผู้ใหญ่มากขึ้น ดูถูกความไม่ทันสมัยในการใช้เทคโนโลยีของคนรุ่นเก่า กลายเป็นเรื่องขบขันของคนรุ่นปัจจุบัน และสุดท้ายคือทูนทางปัญญาที่ผู้สูงอายุอยากให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาช่วยเหลือ และช่วยหาวิธีสืบทอดภูมิปัญญาของผู้เฒ่าผู้แก่ไว้ เพราะบางคนที่เป็นปราชญ์ท้องถิ่นมีภูมิความรู้มากมาย อาจหมดสิ้นไปตามอายุของผู้เฒ่า เนื่องจากลูกหลานไม่สนใจ และไม่วิธีโน้มน้าวให้ใครได้สืบทอดภูมิปัญญาที่ควรรักษาไว้

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรมกับสุขภาวะผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สุขภาวะผู้สูงอายุทางร่างกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณหรือปัญญา และวิเคราะห์ว่าทุนทางสังคม และทุนทางปัญญา มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะผู้สูงอายุหรือไม่ และในปริมาณมากน้อยเพียงใด โดยกำหนดสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

“ทุนทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรมมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะผู้สูงอายุ”

สำหรับวิธีดำเนินการวิจัย มีประชากรในการวิจัยเป็นผู้สูงอายุใน ตำบลคลองตะเกรา อำเภอกาตาปะเดียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจาก 14 หมู่บ้าน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 350 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2559 โดยใช้เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัด 3 ชุด ได้แก่ แบบวัดสุขภาวะผู้สูงอายุ แบบวัดทุนทางสังคมและแบบวัดทุนทางวัฒนธรรม และสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง โดยมีการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) และให้สัมภาษณ์ในคราวเดียวกัน ผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อย ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในพื้นที่ดังกล่าว 14 คน ผู้สูงอายุ 9 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 7 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 350 คน จาก 14 หมู่บ้าน ตำบลคลองตะเกรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ส่วนมากเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 51.14 (n=179) รองลงมาอายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 29.71 (n=104) และอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 19.15 (n=41) อาศัยอยู่กับลูกหลานและญาติ ร้อยละ 78.57 (n=275) รองลงมาอาศัยอยู่คนเดียว ร้อยละ 12.87 (n=44) และอาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 8.56 (n=31) ผู้สูงอายุส่วนมากมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 82.85 (n=290) ประกอบอาชีพการเกษตร ซึ่งรวมทั้งพืชสวนและพืชไร่

การเลี้ยงสัตว์ ร้อยละ 50.00 (n=175) รองลงมาไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 21.14 (n=74) รายได้เฉลี่ย 90,357 บาท/คน/ปี มีภาวะหนี้สินเฉลี่ย 76,143 บาทต่อครัวเรือน

ผลการวิเคราะห์สภาวะผู้สูงอายุ โดยรวมพบว่าสภาวะของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านร่างกาย โดยเฉพาะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นประจำ และรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ผัก ผลไม้ ดีกว่าสภาวะด้านอื่นๆ มีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ตรวจสอบสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ แต่ไม่ออกกำลังกาย สำหรับการดูแลสุขภาพตนเองในเบื้องต้นนั้น ผู้สูงอายุจะตรวจร่างกายเป็นประจำ ส่วนมากทราบว่าตนเองมีโรคประจำตัวอะไรบ้าง เช่น โรคไขมันในเส้นเลือด ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคข้อเข่าเสื่อม แต่ดูแลเอาใจใส่ตัวเองได้ดี ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี พึ่งตนเองได้และประกอบอาชีพ ส่วนมากเป็นผู้สูงอายุวัยต้น สอดคล้องกับผลการวิจัยของ วรชัย ทองไทย และคณะ (2551) พบว่าคนไทยที่อายุอยู่ในช่วง 60-64 ปี ส่วนใหญ่ยังมีสุขภาพดี และอย่างน้อย 2 ใน 3 ของคนในกลุ่มอายุนี้อยู่เป็นแรงงานที่สามารถทำงานเพิ่มผลผลิต

ผลการวิเคราะห์ทุนทางสังคมที่ส่งเสริมสภาวะของผู้สูงอายุ ในภาพรวมผู้สูงอายุได้รับทุนทางสังคม เป็นทุนที่ส่งเสริมให้รู้จักการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 2.83, SD=1.31) ทุกด้านแตกต่างกัน ได้แก่ ทุนเครือข่ายเป็นทุนที่มีองค์ประกอบ คือ ความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ ความเคารพ และความศรัทธา ที่สมาชิกในครอบครัวและเครือข่ายมีให้แก่กัน แสดงออกด้วยการใกล้ชิด เอาใจใส่ดูแล พาไปหาหมอยามเจ็บป่วย แม้ว่าจะอยู่ห่างไกลก็มาเยี่ยมเยียนเป็นประจำ ผู้สูงอายุเล่าว่าเคยถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังบ้างเป็นบางครั้ง แต่ไม่บ่อยนัก ทุนเครือข่ายเป็นทุนที่ส่งเสริมสภาวะผู้สูงอายุได้มาก (\bar{X} = 3.61, SD=1.32) ทุนเครือข่าย เป็นทุนที่ส่งเสริมสภาวะผู้สูงอายุในระดับปานกลาง (\bar{X} = 2.76, SD=1.44) เกิดจากความสัมพันธ์ทั้งอย่างไม่เป็นทางการ เช่น ติดต่อกันพูดคุย ไปมาหาสู่กับเพื่อนๆ และคนรู้จัก ได้ร่วมเสวนาเสนอความคิดเห็นในเวทีชาวบ้าน/ชุมชน เป็นต้น และอย่างเป็นทางการ เช่น การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม/เครือข่าย และอาสาสมัคร ทำให้รู้จักคนหลากหลายและรับรู้ข่าวสารการเคลื่อนไหวของสังคม และยิ่งรู้จักคนมากขึ้นเท่าไร ยิ่งทำให้รู้จักการติดต่อ สื่อสารกันทางโทรศัพท์มือถือ/e-mail /วิดีโอคอลและสุดท้ายคือทุนองค์กรเป็นทุนที่ส่งเสริมสภาวะผู้สูงอายุในระดับปานกลาง (\bar{X} = 2.13, SD=1.73) เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในองค์กรและหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงและเกี่ยวข้องโดยอ้อมกับผู้สูงอายุ ด้วยการมาเยี่ยมเยียน ให้บริการ ให้คำแนะนำ และช่วยเหลือให้คลายทุกข์

ผลการวิเคราะห์ทุนทางวัฒนธรรมที่ส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ ในภาพรวมทุนทางวัฒนธรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับมาก ($\bar{X}=3.68$, $SD=1.28$) ทุกด้าน ได้แก่ ทุนบรรทัดฐานทางสังคม ($\bar{X}=3.74$, $SD=1.25$) เป็นผลผลิตทางวัฒนธรรมทั้งที่จับต้องได้และจับต้องไม่ได้ สืบเกิดได้จากวิถีประชาที่ยอมรับว่า เป็นแบบแผนทางสังคมที่ดั่งงามและยึดถือปฏิบัติกันมา ความสำคัญของทุนลักษณะนี้อยู่ที่การรับรู้ของผู้สูงอายุว่า เมื่อใดที่ตนเองยังได้รับความเชื่อถือ ศรัทธาจากลูกหลาน และชุมชน ก็จะรู้ตนเองสำคัญและมีค่า มีกำลังใจที่จะดูแลสุขภาพภาวะตนเองให้สมบูรณ์ ทุนทางปัญญา ($\bar{X}=3.71$, $SD=1.34$) เป็นผลผลิตของความรู้และภูมิปัญญาที่สั่งสมมาจากประสบการณ์ เป็นภูมิปัญญาเฉพาะตัวบุคคลที่ฝังแน่นอยู่ในตัวผู้สูงอายุที่เกิดจากความรู้และความเชี่ยวชาญที่ยากจะหาได้จากผู้ใด หากทุนปัญญาไม่มีการสืบทอด ก็อาจสูญสิ้นไปตามอายุผู้เฒ่าผู้แก่ เป็นภูมิปัญญาที่ประยุกต์ใช้กับสภาพแวดล้อมและวิถีชีวิตชุมชนแบบพึ่งพาและไม่เบียดเบียนกัน สุดท้ายคือทุนประเพณี ($\bar{X}=3.65$, $SD=1.30$) เป็นทุนที่ชาวบ้านส่วนใหญ่ยึดถือปฏิบัติสืบทอดกันมา เชื่อมโยงความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวและชุมชนให้เป็นหนึ่งเดียว ทุนประเพณี ได้แก่ วันขึ้นปีใหม่ สงกรานต์/วันครอบครัว วันสำคัญทางศาสนา งานแต่งงาน และงานประเพณีในชุมชนเป็นต้น วันสำคัญ และงานบุญดังกล่าวจะมีลูกหลานมาเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุและพาไปเที่ยว ทำให้รู้สึกว่าคุณค่า มีความสำคัญ มีคุณค่า และเป็นโอกาสให้พบปะผู้คน พุดคุยและสังสรรค์กันในงานต่างๆ

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่าผลการทดสอบสอดคล้องตามสมมติฐานที่วางไว้ กล่าวคือทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรม และสุขภาวะผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

ตำบลคลองตะเกรา เป็นตำบลที่มีสภาพพื้นที่เต็มไปด้วยเป็นทิวเขาและป่าดงดิบที่อุดมสมบูรณ์ เป็นตำบลที่ตั้งอยู่ใจกลางของพื้นที่ป่าผืนใหญ่ของรอยต่อ 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดฉะเชิงเทรา จังหวัดชลบุรี จังหวัดระยอง จังหวัดจันทบุรี และจังหวัดสระแก้ว พื้นที่ดังกล่าวนี้ส่วนใหญ่อยู่ในเขตป่าสงวนแห่งชาติ มีอากาศชุ่มชื้นตลอดปี ทำให้มีพรรณไม้ต่างๆ ขึ้นเป็นจำนวนมากมาย ลักษณะเป็นป่าเศรษฐกิจและเป็นที่อยู่อาศัยของสัตว์ป่าหลากหลายพันธุ์ รวมทั้งนกนานาพันธุ์ มีน้ำตกที่สวยงาม และเป็นที่ตั้งของสถานีวิจัยสัตว์ป่าแห่งแรกของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย บริบทของพื้นที่แห่งนี้เป็นเรื่องที่น่าศึกษาว่า คนในชุมชนดำรงชีวิตอยู่ท่ามกลางป่าและสัตว์ป่าได้อย่างไร โดยเฉพาะผู้สูงอายุ การวิจัยนี้จึงใช้วิธีวิจัยทั้งเชิง

ปริมาณและคุณภาพ มีการเก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม แบบวัด และแบบสัมภาษณ์ รวมทั้งการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) ซึ่งข้อมูลส่วนมากได้จากผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-90 ปี โดยคาดการณ์ว่าในเชิงปริมาณจะเก็บข้อมูลเพิ่มจากผู้ดูแลผู้สูงอายุได้บ้างบางส่วน เพื่อซ่อมแซมข้อมูลที่อาจขาดหายไป กรณีผู้สูงอายุตอบได้ไม่ครอบคลุม แต่กลับพบว่าเก็บได้จากผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 90 สำหรับขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ ซึ่งได้คำนวณไว้ 343 คน แต่สามารถเก็บได้ 350 คน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ คณะวิจัยใช้วิธีสัมภาษณ์ในประเด็นต่างๆที่อาจเข้าใจไม่ตรงกัน และเพิ่มเติมข้อมูลที่สำคัญ โดยวางแผนสัมภาษณ์ไว้แบบมีโครงสร้าง

ข้อมูลส่วนบุคคล สรุปลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 350 คน ในพื้นที่จำนวน 14 หมู่บ้าน ตำบลคลองตะเกรา อำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 60-69 ปี และประมาณเศษหนึ่งส่วนสี่ของกลุ่มตัวอย่าง มีอายุระหว่าง 70-79 ปี ผู้ที่อายุมากที่สุดมีอายุ 90 ปี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่กับลูกหลานและญาติ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพการเกษตรและเลี้ยงสัตว์มากกว่าครึ่ง แต่ยังมีอาชีพเสริมเกือบทุกราย เนื่องจากมีรายได้เฉลี่ย 90,357 บาท/คน/ปี เท่านั้น ขณะที่ภาวะหนี้สินเฉลี่ยถึง 76,143 บาทต่อครัวเรือน

ผลการวิเคราะห์สุขภาพผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่าสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก สามารถพึ่งตนเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เป็นอย่างดี รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ พักผ่อนอย่างเพียงพอ ตรวจสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ แต่ไม่ค่อยออกกำลังกาย กำลังกายเป็นประจำ มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคไขมันในเส้นเลือด ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคข้อเข่าเสื่อม แต่พยายามควบคุมอาหารที่เสี่ยงต่อการเป็นโรค สอดคล้องกับข้อค้นพบว่า ผู้ที่รับรู้สถานภาพสุขภาพของตนอยู่ในเกณฑ์ดี จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองได้ดีกว่าผู้อื่น (Weitzel. 1989 : 99-104) และการรับรู้สถานภาพสุขภาพของตนเองไม่ดีก็จะเอาใจใส่ในเรื่องอาหารและผ่อนคลายความเครียดมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีลักษณะดังกล่าว (Duffy. 1988 : 358-362) การดูแลตนเองด้านจิตใจ นับว่าเป็นเรื่องรองจากสุขภาพะด้านร่างกาย ผู้สูงอายุจะมีความสุขหากได้อยู่พร้อมกันกับลูกๆและหลานๆ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ เบญจมาศ นาควิจิตร (2551) พบว่าการเอาใจใส่จากลูกหลานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเอง เช่นเดียวกับ ผู้สูงอายุมีสุขภาพะทางสังคมเป็นพฤติกรรมที่กระทำบ่อยมาก หากเมื่อใดที่มีความสุข และสบายใจก็พร้อมที่จะพูดคุยและร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น สอดคล้องกับงานวิจัยของ ขวัญดาว กล่ำรัตน์ (2554) พบว่าการรู้จัก

ดูแลรักษาสุขภาพทางด้านร่างกาย และจิตใจของตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญประการหนึ่ง ที่เป็นสาเหตุของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ และสุดท้ายคือทางจิตวิญญาณหรือปัญญา พบว่าหากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลรักษาสุขภาพทางด้านร่างกายตนเองได้อย่างดี ไม่เครียด และรู้จักร่วมกิจกรรมในสังคม จะส่งผลให้มีสุขภาพทางจิตวิญญาณหรือปัญญาดีไปพร้อมกัน ซึ่ง Berggren-Thomas and Griggs (1999) ยืนยันว่าสิ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ เป็นผลสืบเนื่องมาจากสุขภาพทางด้านร่างกายที่แข็งแรง จิตใจแจ่มใส การได้รู้จักปฏิสัมพันธ์กับผู้คน เป็นพื้นฐานที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพทางจิตวิญญาณหรือปัญญาสมบูรณ์ไปด้วย ซึ่งลักษณะนี้ แสดงให้เห็นว่าสุขภาพทุกด้านของผู้สูงอายุมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน สอดคล้องกับความหมายของคำว่า สุขภาพหรือสุขภาพหมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และทางปัญญา เชื่อมโยงกันอย่างเป็นองค์รวม (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. 2550 : 1)

ผลการวิเคราะห์ทุนทางสังคมที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบในภาพรวมว่า ผู้สูงอายุได้รับทุนทางสังคมเกือบทุกด้านส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ประกอบด้วยทุน เครือญาติ ทุนเครือข่าย และทุนองค์กร กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุมีร่างกายที่แข็งแรง มีความสุขทางจิตใจ อันเนื่องมาจากการได้รับการดูแล การเอาใจใส่จากครอบครัวและญาติ จิตใจจะสบายและพร้อมที่จะพูดคุยกับคนรู้จัก เพื่อนบ้าน มักจะร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมต่างๆเมื่อมี โอกาส ซึ่งเป็นทุนเครือข่ายที่ส่งเสริมสุขภาพสมบูรณ์ทางสังคม สำหรับทุนองค์กรเป็นทุนที่ ผู้สูงอายุรับรู้ที่ได้รับน้อยที่สุดนั้น เนื่องจากการรับรู้ข่าวสารข้อมูลน้อยลง สอดคล้องกับ การศึกษาของ Kanfer and Ackerman (2004) พบว่าผู้สูงอายุสนใจสิ่งรอบตัวน้อยลง เปิดใจรับสิ่งใหม่ลดลง แต่ผลจากการสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุยอมรับว่าทุนองค์กรส่งเสริมสุขภาพสมบูรณ์ ทางจิตวิญญาณได้อย่างมาก กระตุ้นให้คิดแต่ในสิ่งดีงาม สำนึกในคุณค่าของวิถีชีวิตที่สัมพันธ์ กับสิ่งแวดล้อม โดยไม่เบียดเบียนกัน มีส่วนเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุให้เป็นพลังทั้งทาง เศรษฐกิจและสังคมไทย สอดคล้องกับผลการวิจัยของ พัชรี ตันติวิภาวิน (2555) พบว่าทุน ทางสังคมในบริบทของสังคมไทย แสดงออกมาในรูปของกฎเกณฑ์ กติกา ที่ทำหน้าที่จัด ระเบียบสังคม และกำหนดความสัมพันธ์ทางสังคมให้ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกันได้ และเป็นพลัง ขับเคลื่อนชุมชนไปสู่การพึ่งตนเองได้ในระยะยาว

ผลการวิเคราะห์ทุนทางวัฒนธรรมที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมี การดูแลรักษาสุขภาพตนเองในระดับดีมาก ทั้งทุนประเพณี ทุนบรรทัดฐานทางสังคม และทุนทาง ปัญญา สอดคล้องกับผลงานของ สังคม ศุภรัตน์กุล. (2555) พบว่าสุขภาพของครอบครัวใน

ชนบทมีความมั่นคงได้นั้น นอกจากมาจากครอบครัวที่ให้การดูแลแล้ว ยังมาจากวัฒนธรรมชุมชน บรรทัดฐานของชุมชน และภูมิปัญญาอีกด้วย

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่าระหว่างทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรม และสุขภาวะผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องตามสมมติฐานที่วางไว้โดยเฉพาะทุนทางสังคมกับสุขภาวะผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันมากที่สุด ($r=.67$) รองลงมาคือทุนทางวัฒนธรรมกับสุขภาวะผู้สูงอายุ ($r=.61$) และสุดท้ายคือความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมกับทุนทางวัฒนธรรม ($r=.49$)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบด้านต่างๆของทุนทางสังคม และองค์ประกอบของทุนทางวัฒนธรรม กับสุขภาวะผู้สูงอายุ โดยสรุปพบว่า ระหว่างทุนเครือข่าย ทุนเครือข่าย และทุนองค์กรต่างมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยเฉพาะทุนเครือข่ายกับทุนเครือข่ายและทุนเครือข่ายกับทุนองค์กร มีความสัมพันธ์กันสูง สอดคล้องกับผลการวิจัยของ อาทิตย์ บุคตาดวง (2555) พบว่าการนำทุนทางสังคมออกมาใช้ในชุมชน ส่วนมากคือทุนเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ ทุนระดับครอบครัว/เครือข่าย ทุนระดับกลุ่มหรือเครือข่าย และทุนระดับเครือข่ายในการพัฒนาชุมชน

ระหว่างทุนประเพณี ทุนบรรทัดฐานทางสังคม และทุนทางปัญญา ซึ่งเป็นองค์ประกอบของทุนทางวัฒนธรรม พบว่าต่างมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับผลงานของ พรชัย ตระกูลวรานนท์ (2557) พบว่าระหว่างทุนทางวัฒนธรรมที่เป็นอัตลักษณ์เฉพาะถิ่น เป็นพลังที่นำมาขับเคลื่อนกระบวนการทางสังคม โดยเฉพาะสังคมเกษตร ทำให้มีแบบแผนทางสังคม หรือทุนบรรทัดฐานทางสังคมที่มีส่วนส่งเสริมในกระบวนการสังคมเกษตร และผลงานของ บัณฑิตา ชำนาญกิจ (2557) พบว่าประเพณีและภูมิปัญญา เป็นทุนที่ส่งเสริมให้ชุมชนเข้มแข็ง

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัย พบว่าผู้สูงอายุส่วนมากดูแลช่วยเหลือตนเองได้ดีและมีงานทำเป็นส่วนมาก ทุนทางสังคมด้านทุนเครือข่ายและทุนเครือข่ายเป็นทุนที่เข้มแข็ง และทุนทางวัฒนธรรม ที่ประกอบด้วยทุนประเพณีต่างๆ ยังคงเหนียวแน่นอยู่กับชุมชน ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยมีดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่อยู่โดดเดี่ยวตามลำพังและอาจมีฐานะยากจน หรืออยู่กันสองคนกับคู่ชีวิต ชุมชนควรมีมาตรการช่วยเหลือ เพื่อให้ดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล ร่วมกับผู้นำชุมชน อาจใช้วัด สถานศึกษา ศาลาเอนกประสงค์ และสถานที่ของหน่วยงานอื่นๆ เป็นทุนทางสังคมด้านทุนองค์กรเป็นศูนย์กลางให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน

2. ควรให้ชุมชนรวมตัวกันสร้างเครือข่ายพัฒนาครอบครัว และเครือข่ายอาชีพ เพื่อจัดกิจกรรมร่วมกัน โดยให้ผู้นำชุมชนเป็นแกนนำ จัดทั้งกิจกรรมบันเทิง และจัดงานประเพณี โดยความร่วมมือของคนในชุมชน เชื่อมโยงกับกิจกรรมส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ ให้มีโอกาสได้ใช้ประสบการณ์และภูมิปัญญาถ่ายทอดให้กลุ่มคนต่างวัยได้เรียนรู้และสืบทอด เพื่อให้กลุ่มคนต่างวัยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้ภูมิปัญญา และแลกเปลี่ยนมุมมองที่แตกต่างระหว่างกัน อาจใช้สถานศึกษาในชุมชนเป็นสถานที่จัดกิจกรรมผู้สูงอายุตามความเหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุนำศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ในชุมชนให้มากที่สุด โดยเฉพาะผลผลิตที่ใช้ทรัพยากรในชุมชนนำมาประดิษฐ์คิดค้น เป็นนวัตกรรมจากภูมิปัญญาผู้สูงอายุ เพื่อเป็นสินค้าประจำชุมชนและส่งเสริมการท่องเที่ยว จะส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกเจ็บเหงาและตัดตนเองจากโลกภายนอก

3. สำหรับข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยสาเหตุของทุนทางสังคม และทุนทางวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อสุขภาวะผู้สูงอายุ เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุได้ตรงประเด็นยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการเข้าถึงเทคโนโลยีสารสนเทศและการติดต่อสื่อสาร เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการหาแนวทางให้ผู้สูงอายุได้ใช้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับบางหมู่บ้านอยู่ในพื้นที่ที่ไม่มีสัญญาณโทรศัพท์ และไม่สามารถใช้บริการอินเทอร์เน็ตได้ ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องของภาครัฐ ให้เข้ามาจัดบริการให้คนในหมู่บ้านเข้าถึงเทคโนโลยีสารสนเทศตามความจำเป็น

บรรณานุกรม

- กมลทิพย์ ชลิ่งธรรมเนียม. (กันยายน 2555 - กุมภาพันธ์ 2556) “การใช้ทุนทางสังคมเพื่อการดูแล
สุขภาพชุมชน” วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 24 (1) หน้า 65-72.
- ขวัญดาว กล่ำรัตน์. (2554) “ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาค
ตะวันตกของประเทศไทย” วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. 7 (3) หน้า
93-103.
- เขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่าเขาอ่างฤๅไน. (2559) [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <https://www.sadoodta.com/info/เขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่าเขาอ่างฤๅไน> (4 ธันวาคม 2559)
- แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2550 [ออนไลน์]
แหล่งที่มา : http://www.acfs.go.th/km/download/act_healthy_2550.pdf
(4 ธันวาคม 2559)
- ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ และคณะ. (2549) การสำรวจสถานะองค์ความรู้และแนวทางการพัฒนา
ทุนวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์. พิษณุโลก :
คณะวิทยาการจัดการและสารสนเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- เบญจมาศ นาควิจิตร. (2551). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ
ตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัด
สำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร. ปรินญาณีพนธ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
ประยุกต์) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- บัณฑิตา ชำนาญกิจ. ((พฤษภาคม – สิงหาคม 2557) “การประยุกต์ใช้ทุนทางสังคมกับการจัดการ
ทรัพยากรธรรมชาติ : กรณีศึกษาป่าชุมชนบ้านห้วยสะพานสามัคคี ตำบลหนองโรง
อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี” วารสารวิทยบริการมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
25 (2) หน้า 25-36.
- ปณิธี บราวน์. (กันยายน-ธันวาคม 2557) “พดุมพลัง : บทบาทของกลุ่มผู้สูงอายุและ “ทุน”
ที่ใช้ในการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุ” วารสารมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์. 31 (3) หน้า
97-120.
- พรชัย ตระกูลวรานนท์. (2557) ทุนทางสังคมกับการพัฒนากระบวนการทางสังคมเพื่อรองรับ
สังคมผู้สูงอายุ. คณะสังคมและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. (2550) [ออนไลน์] แหล่งที่มา :
http://www.acfs.go.th/km/download/act_healthy_2550.pdf
(4 พฤศจิกายน 2559)

บรรณานุกรม (ต่อ)

- พัชรี ตันติวิภาวิน. (มิถุนายน - กันยายน 2555) “บทบาทภาครัฐในการเสริมสร้างผู้สูงอายุให้เป็นพลังทางเศรษฐกิจและสังคม” วารสารร่วมพฤษภ. 30 (3) หน้า 54 – 70.
- เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ. (พฤษภาคม-สิงหาคม 2555) “กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลมาบแค” วารสารพยาบาลทหารบก. 13 (2) หน้า 8-17.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (2557) **สังคมผู้สูงอายุ : นัยต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ.**
[ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.stou.ac.th/stouonline/lom/data/sec/Lom12/05-01.html> (21 ธันวาคม 2559)
- มิ่งสรรพ ขาวสะอาด. (2549) **ทุนวัฒนธรรม : ของใคร เพื่อใคร.** เชียงใหม่ : สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2557) **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557.**
กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- วรชัย ทองไทย. (2549) **อายุเริ่มต้นของผู้สูงอายุไทย.** ในการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2549, สมาคมนักประชากรไทย. หน้า 217 – 227.
- สมโภชน์ อเนกสุข และกชกร สังขชาติ. (2548) “รูปแบบการดำรงชีวิตของผู้สูงวัยอายุเกิน 100 ปี จังหวัดชลบุรี” วารสารศึกษาศาสตร์. 17 (1) หน้า 95-107.
- สังคม ศุภรัตน์กุล. (พฤษภาคม - มิถุนายน 2555) “ความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสาน” มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 31 (3) หน้า 139-150.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2548) **การเสริมสร้างทุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนในแผนพัฒนาฉบับที่ 10.** หน้า 2 [ออนไลน์] แหล่งที่มา : www.nesdb.go.th/portals/0/news/plan/p10/plan10/data/...ne/03.pdf (13 มีนาคม 2559)
- (2554) **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559.**
หน้า 13 [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <http://www.nesdb.go.th/Portals/0/news/plan/p11/plan11.pdf> (1 กุมภาพันธ์ 2559)

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556) **การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583.** [ออนไลน์]
แหล่งที่มา : <http://social.nesdb.go.th/social/Portals/0/Documents/%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B8%B2%E0%B8%94%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B0%E0%B8%A1%E0%B8%B2%E0%B93%20e-book.pdf> (1 กุมภาพันธ์ 2560)
- สุชาดา ทวีสิทธิ์ และสวรัย บุญยमानนท์. (2553) **ประชากรและสังคม 2553 คุณค่าผู้สูงอายุในสังคมไทย.** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2552) **วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ 17 กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสรี พงศ์พิศ. (2552) **วิถีสู่วิตพอเพียง.** กรุงเทพมหานคร : พลังปัญญา.
- อบต. คลองตะเกรา. (2550) **ประวัติตำบลคลองตะเกรา** [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.klongtakrao.go.th/default.php?bmodules=html&html=history> (3 กุมภาพันธ์ 2559)
- อาทิตย์ บุตดาตวง. (2555) “ความสามารถในการนำทุนทางสังคมออกมาใช้ของชุมชนบ้านบางไพร อำเภอบางคนทีจังหวัดสมุทรสงคราม” **วารสารสมาคมนักวิจัย.** 17 (1) หน้า 29-41.
- อานันท์ กาญจนพันธุ์ (2541) **การระดมทุนเพื่อสังคม.** กรุงเทพมหานคร : สถาบันชุมชน. หน้า 41-43.
- Bain, K. and Hicks, N. (1999) **Neighborhood difference in social capital: A Compositional artifact or a contextual construct?** [Online] Available : http://www.academia.edu/22943028/Neighborhood_differences_in_social_capital_a_compositional_artifact_or_a_contextual_construct. (1 กุมภาพันธ์ 2559)
- Berggren-Thomas, P. and Griggs, M. J. (1999) “Spirituality in ageing : Spirituality need or spirituality journey?” **Journal of Gerontological Nursing.** 21 (3) page 5-10.
- Blau, P. M. (1964) **Exchange and power in social life.** New York : John Wiley and Sons.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Bourdieu, P. (1977) **Outline of a theory of practice**. Cambridge. Massachusetts : Cambridge University Press.
- Choldin, H. M. (1973) "Kinship networks in the migration process" **The International Migration Review**. 7 (2) page 163-175.
- Coleman, J. (1988) "Social capital in the creation of human capital" **American Journal of Sociology**. 94 (Supplement) page 95-120.
- Duffy. M. E. (1988) "Determinants of health promotion in midlife women" **Nursing Research**. 37 (6) page 358-362.
- Emerson, R. M. (1976) "Social exchange theory" **Annual Review of Sociology**. 2 (1976) page 335-362.
- Halpern, D. (2005) **Social capital**. Cambridge : Polity Press.
- Harris, D. M. and Gluten, S. (1979) "Health protective behavior : An exploratory Study" **Journal of Health and Social Behavior**. 17 (4) page 17-29.
- Homans, G. C. (1958) "Social behavior as exchange" **American Journal of Sociology**. 63 (6) page 597-606.
- Kahn, R. L. (1979) "Aging and social support" **Medical Care**. 15 page 47-58.
- Kanfer, R. and Ackerman, P. L. (2004) "Ageing, adult development, and work Motivation" **The Academy of Management Review**. 29 (3) page 440 - 458.
- Ostrom, E. (2000) "Collective action and the evolution of social norms" **Journal of Economic Perspectives**. 14 (3) page 137-158.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L. and Parsons, M. A. (2017) **Health promotion in nursing practice**. 7th ed. New Jersey : Upper Saddle River. page 60.
- Pearson (2017) **Health promotion in nursing practice**. 7th ed. [Online] Available : <https://www.pearson.com/us/higher-education/program/Pender-Health-Promotion-in-Nursing-Practice-7th-Edition/PGM70848.html> (3 March 2017)
- Putnam, R. D. (1993) "The Prosperous community : Social capital and public life" **The American Prospect**. 4 (13) page 11-19.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Ritzer, G. (2003) “Rethinking globalization : glocalization/globalization and something/nothing” **Sociological Theory**. 21 (3) page 193-209.
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977) On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. **Dutch Journal of Educational Research**. 1977 (2) page 49-60.
- Throsby, C. D. (1999). **Cultural capital**. [Online] Available : <http://www.springerlink.com/content/t302712w63xi1528/fulltext.pdf>. (1 February 2016)
- United Nations Department of Economic and Social Affairs. (2013) **World population ageing 2013**. page XII [Online] Available : <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf> (14 July 2017)
- Veenstra, G. (2000) “Social capital, SES and health : An individual-level analysis” **Social Science & Medicine**. 50 (5) page 619–629.
- Walker, S. N, Sechrist, K. R. and Pender, N. J. (1987) “The health-promoting lifestyle Profile : Development and psychometric characteristics” **Nursing Research**. 36 (2) page 76-81.
- Weitzel, M. H. (1989) “A test of the health promotion model with blue collar workers” **Nursing Research**. 38 (2) page 99-104.
- World Health Organization : WHO. (2000) **Ageing and health : a Health promotion approach for developing countries**. World Health Organization Regional Office for the Western Pacific.
- Yamane, T. (1973) **Statistics: an introductory analysis**. 2nd ed. Tokyo : John Weather -Hill. p. 125



ภาคผนวก

แบบสอบถามและแบบวัด

คำชี้แจง แบบสอบถามและแบบวัดนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัย จึงขอความอนุเคราะห์ให้ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุได้ตอบคำถาม และตอบแบบวัดโดยไม่ต้องระบุชื่อ ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามและแบบวัดประกอบด้วย 2 ตอน

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 9 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมผู้สูงอายุ ทักษะสังคมและทักษะวัฒนธรรม

ชุดที่ 1

แบบสอบถามและแบบวัด

ผู้ตอบคือ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพ สมรส โสด หม้าย
 หย่า แยกกันอยู่ อื่นๆ(ระบุ).....
4. การอาศัยอยู่ คนเดียว อยู่กับลูกหลาน/ญาติจำนวน.....คน
ชาย.....คน หญิง.....คน
5. การศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา
 อนุปริญญา/ปวช/ปวส ปริญญาตรี
 อื่นๆ (ระบุ).....
6. รายได้ หาได้ด้วยตนเอง จำนวน.....บาท/เดือน
 เบี้ยยังชีพ จำนวน.....บาท/เดือน
 ได้จากลูกหลาน/ญาติ จำนวน.....บาท/เดือน
7. การใช้จ่าย เพียงพอ ไม่พอใช้ มีเงินเหลือเก็บ
8. กรณีมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ได้รับความช่วยเหลือจาก.....
เป็นเงิน.....บาท ได้รับสิ่งซึ่ง เครื่องใช้ ได้แก่.....
9. การดูแลรักษาสุขภาพ
 ตรวจร่างกายเป็นประจำสม่ำเสมอ ไปเอง มีคนพาไป ได้แก่.....
 มีบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ ตรวจสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยเท่านั้น
 อื่นๆ (ระบุ).....
10. โรงพยาบาล/สถานพยาบาล/คลินิกที่ไปรักษา คือ.....

ตอนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมผู้สูงอายุ ทูทางสังคมและทูทางวัฒนธรรม

คำชี้แจง ตอนที่ 2 ประกอบด้วย 3 แบบวัดได้แก่ แบบวัดที่ 2.1-2.3 ซึ่งแต่ละแบบวัดมีข้อความแสดงพฤติกรรมของผู้สูงอายุและมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ตั้งแต่ เป็นประจำบ่อยครั้งบ่อยน้อยไม่เคย กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ตามที่ท่านคิดว่าเป็นจริงที่สุดเพียงข้อเดียว ดังตัวอย่างดังนี้

พฤติกรรม	เป็นประจำ	บ่อยมาก	บ่อย	น้อย	ไม่เคย
1) ท่านรับประทานผักและผลไม้	✓				

หมายเหตุ: กรณีที่ท่านทำ ✓ ช่องแรก มีความหมายว่า “ท่านรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ”

2.1 แบบวัดพฤติกรรมผู้สูงอายุเกี่ยวกับสุขภาวะต่างๆ

สุขภาวะสมบูรณ์ทางร่างกาย

ข้อความ	เป็นประจำ	บ่อยมาก	บ่อย	น้อย	ไม่เคย
1. ท่านปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง					
2. ท่านรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้					
3. ท่านนอนหลับอย่างน้อยคืนละ 5-6 ชั่วโมง					
4. ท่านออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ					
5. ท่านไปพบแพทย์ตรวจร่างกายปีละ 1-2 ครั้ง					

สุขภาวะสมบูรณ์ทางจิตใจ

6. ท่านใช้เวลาว่าง/ฟังวิทยุ/ดูโทรทัศน์/อ่านหนังสือ/เลี้ยงสัตว์ และปลูกต้นไม้เป็นต้น					
7. บางเวลาที่ลูกหลานไม่มาเยี่ยม ท่านมักจะไปพูดคุยกับคนรู้จัก/เพื่อนฝูง					
8. บางครั้งท่านอยู่คนเดียวตามลำพัง แต่ท่านไม่เคยเครียดและเศร้าหมอง					
9. ท่านชอบคิดแต่ในสิ่งที่ดีๆ และทำให้ตนเองสบายใจ					
10. ท่านเคยนั่งสมาธิ ทำให้รู้สึกผ่อนคลายและใจเป็นสุข					

สุขภาวะสมบูรณ์ทางสังคม

11. ท่านชอบทำกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์					
12. ท่านมักช่วยเหลือผู้ที่ด้อยโอกาสแต่ตัวเองไม่เดือดร้อน					
13. ท่านไปงานสังสรรค์ และงานมงคลต่างๆ					
14. ท่านเข้าวัดฟังเทศน์กับครอบครัว/เพื่อน/คนรู้จัก					
15.ญาติ/เพื่อน/คนรู้จักชวนท่านไปทานอาหาร/ซื้อของ/พาเที่ยวในที่ต่างๆ					

สภาวะสมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ

ข้อความ	เป็นประจำ	บ่อยมาก	บ่อย	น้อย	ไม่เคย
16. ถ้ามีโอกาส ท่านมักเลือกที่จะไปเที่ยวตามที่ต่างๆ เพื่อเสริมสร้างประสบการณ์					
17. ท่านมักจะนำประสบการณ์มาสร้างสรรค์สิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน					
18. ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนและได้เรียนรู้ที่จะเสียสละเพื่อพัฒนาชุมชนให้เจริญก้าวหน้า					
19. ท่านพอใจที่มีโอกาสได้ใช้ความรู้ ความเชี่ยวชาญที่สั่งสมมาถ่ายทอดให้คนรุ่นลูกหลานได้นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์					
20. ท่านใช้มือถือเพื่อติดต่อกับผู้อื่น หรือเล่นอินเทอร์เน็ต/เล่นไลน์/เล่นเกมส์					

2.2 แบบวัดทุนทางสังคม

ทุนเครือญาติ

21. สถานที่ที่ท่านพัก/บ้านยังมีผู้ดูแลท่าน และยังมีลูกหลาน ญาติ และเพื่อนสนิทมาเยี่ยมท่าน					
22. ท่านไม่เคยถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังคนเดียว					
23. เวลาเจ็บป่วย จะมีคนใกล้ชิดพาไปหาหมอ					
24. ท่านรู้สึกเสมอว่าสมาชิกในครอบครัวมีความรักห่วงใยและไว้วางใจกัน					
25. ท่านมั่นใจว่าลูกหลานและคนใกล้ชิดในครอบครัวให้ความเคารพและศรัทธาท่าน					

ทุนเครือข่าย

26. การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม/เครือข่าย ทำให้ท่านมีโอกาสได้พัฒนาศักยภาพและได้รับประโยชน์ตอบแทน					
27. ทั้งขณะทำงานและยามว่าง ท่านมักติดต่อพูดคุยไปมาหาสู่กับกับเพื่อนๆ และคนรู้จักเสมอ					
28. ท่านเคยร่วมเสวนาเสนอความคิดเห็นในเวทีชาวบ้าน/ชุมชน					
29. การรู้จักผู้คนที่เพิ่มขึ้น ทำให้ท่านรับรู้ข่าวสาร และการเคลื่อนไหวของสังคม					
30. ยิ่งรู้จักคนมากขึ้นเท่าไร ทำให้ท่านรู้จักการติดต่อสื่อสารกันทางโทรศัพท์มือถือ/e-mail/วีดีโอคอล					

ทุนองค์กร

ข้อความ	เป็นประจำ	บ่อยมาก	บ่อย	น้อย	ไม่เคย
31. เจ้าหน้าที่ของพัฒนาสังคมจังหวัดเคยเยี่ยมและให้คำแนะนำให้บริการด้านต่างๆ ที่รัฐจัดให้					
32. เจ้าหน้าที่จากภาครัฐและเอกชนมักจะติดต่อให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ และให้คำแนะนำท่านเป็นอย่างดี					
33. ยามท่านเดือดร้อนและขาดแคลนท่านเคยขอให้เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานต่างๆ เข้ามาช่วยเหลือ					
34. ท่านเคยได้รับการตรวจร่างกาย และคำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพ					
35. ผู้นำชุมชนมักเชิญชวนให้ท่านเข้ารับบริการจากภาครัฐและเอกชน					

2.3 แบบวัดทุนทางวัฒนธรรม

ทุนประเพณี

36. ลูกหลานจะมาเยี่ยมเยียนท่านและพาไปเที่ยวในวันสำคัญ เช่น วันขึ้นปีใหม่ สงกรานต์และวันครอบครัว เป็นต้น					
37. ท่านมีความสุขที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมวันสำคัญทางศาสนาและงานประเพณีในชุมชน					
38. ท่านได้รับเชิญให้ไปร่วมสังสรรค์/งานแต่งงาน/อื่นๆ รู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ และมีคุณค่า					
39. เวลาว่าง ท่านมักไปงานบุญ/ตักบาตร/เวียนเทียน					
40. ท่านได้พบผู้คน พุดคุยกันในงานต่างๆ ทำให้ท่านมีความสุข					

ทุนบรรทัดฐานทางสังคม

41. ท่านมีความสุขที่ลูกหลานเคารพเชื่อฟังท่าน					
42. มีคนเคยช่วยเหลือท่าน แม้จะเป็นที่สาธารณะก็ตาม					
43. ท่านพูดจาอ่อนหวาน และแสดงความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณให้ลูกหลานได้เห็นเป็นแบบอย่าง					
44. เมื่อมีความขัดแย้ง/ทะเลาะกับลูกหลานในครอบครัว แต่ไม่เคยมีใครก้าวร้าวท่าน					
45. การได้เสียสละ และแบ่งปันกัน ทำให้ท่านมีจิตใจอ่อนโยน รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า					

ทุนทางปัญญา

ข้อความ	เป็นประจำ	บ่อยมาก	บ่อย	น้อย	ไม่เคย
46. มีโอกาสได้นำความรู้และความเชี่ยวชาญในงานอาชีพมาถ่ายทอดให้รุ่นลูกหลานได้เรียนรู้					
47. ท่านภูมิใจที่ชุมชนเชื่อถือและศรัทธาในความรู้ความสามารถและความเชี่ยวชาญของท่าน					
48. ความรู้และความเชี่ยวชาญของท่าน ยังคงใช้ประโยชน์ได้แพร่หลายจนถึงยุคปัจจุบัน					
49. ท่านมั่นใจว่าการบริโภคอาหารพื้นบ้าน และอยู่ในบ้านที่มีอากาศบริสุทธิ์ทำให้ท่านแข็งแรง					
50. ก่อนที่ท่านจะบริโภคอาหารสมุนไพรเพื่อบำรุงร่างกาย ท่านได้ศึกษาอย่างละเอียดรอบคอบ					

ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ ที่ท่านตอบคำถามอย่างครบถ้วน

เก็บข้อมูลเมื่อ...../...../.....

ชุดที่ 2 (เฉพาะผู้สัมภาษณ์)
แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมผู้สูงอายุ

ผู้ให้สัมภาษณ์ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

1. กิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ (กินข้าว อาบน้ำ กินยา งานอดิเรก หามือ ฯลฯ)

ทำเอง มีคนทำให้ คือ.....

ได้แก่.....

ชอบทำมากที่สุด คือ.....

เพราะ.....

- เคยเข้าร่วมวันสำคัญทางศาสนา หรือเทศกาลงานบุญ (ทอดกฐิน ทอดผ้าป่า ทำบุญ 9 วัด ฯลฯ) การเดินทาง ไปเอง มีคนพาไป คือ.....

- วันสำคัญทางศาสนา ได้แก่.....

- เทศกาลงานบุญ ได้แก่.....

ชอบมากที่สุด คือ.....

เพราะ.....

2. ผู้สูงอายุเชื่อมั่นว่าไม่ถูกทอดทิ้งเพราะ.....

3. ความสามารถพิเศษของผู้สูงอายุคือ.....

4. บุคคลที่ผู้สูงอายุรัก เชื่อมั่น ศรัทธามากที่สุด คือ.....

5. สถานที่ที่ชอบไปมากที่สุด.....

6. เหตุการณ์ที่ประทับใจมากที่สุด.....

เพราะ.....

7. สวัสดิการที่ได้รับ ได้แก่.....

.....
.....
.....

สัมภาษณ์เมื่อ...../...../.....

ชุดที่ 3 (เฉพาะผู้สัมภาษณ์)
แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานและบริบทชุมชน

ผู้ให้สัมภาษณ์คือ ผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ

- 1) การเดินทางเข้าหมู่บ้านระยะทางจากตัวเมืองถึงหมู่บ้าน.....กิโลเมตร
การเดินทาง สะดวก ไม่สะดวก เพราะ.....
- 2) สาธารณูปโภค
 - ไฟฟ้า มี ไม่มี
 - ประปา มี ไม่มี
 - โทรศัพท์สาธารณะ มี ไม่มี
- 3) แหล่งน้ำสำหรับเพาะปลูกจำนวน.....แห่ง มีพอเพียงหรือไม่
สถานที่ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต
- 4) ร้านอาหารมี.....แห่ง สะดวก/สะอาด สะดวก/ไม่สะอาด
 ไม่สะดวก/ไม่สะอาดเพราะ.....
- 5) ร้านขายของชำมี.....แห่ง พอเพียง ไม่พอเพียง
- 6) มีสหกรณ์ สหกรณ์ออมทรัพย์ สหกรณ์การเกษตร
 สหกรณ์อื่นๆ (ระบุ).....
- 7) สถานพยาบาลมี.....แห่ง พอเพียง/สะดวก ไม่พอเพียง/ไม่สะดวก
- 8) สถานีตำรวจ ปฏิบัติหน้าที่ดีเยี่ยม ต้องปรับปรุงด้าน.....
- 9) ที่ทิ้งขยะ จัดไว้เป็นที่เป็นทาง/มีระเบียบ/ไม่ส่งกลิ่นเหม็น
 จัดไว้ไม่เป็นที่เป็นทาง/ส่งกลิ่นเหม็น
- 10) หน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือ/สนับสนุนเป็นประจำ ได้แก่อะไรบ้าง
- 11) พฤติกรรมที่ไม่ดีของคนในชุมชนได้แก่อะไรบ้าง
- 12) ประชาชนท้องถิ่นที่มีชื่อเสียง และน่าเชื่อถือศรัทธาคือใคร
- 13) ข้อเสนอแนะอื่นๆ.....

สัมภาษณ์เมื่อ...../...../.....

ชุดที่ 4 (แนวทางการสนทนากลุ่มย่อย)

ความคิดเห็นเกี่ยวกับทุนทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรมที่นำมาใช้ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้ให้สัมภาษณ์คือ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
 ผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ

1. ครอบครัวที่ดีควรมีลักษณะอย่างไร
2. ชุมชน/เครือข่ายที่ดีควรมีลักษณะอย่างไร
3. องค์กรที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ (ช่วยเหลือได้มาก) ได้แก่.....
4. ประเพณีที่ท้องถิ่น/ชุมชนภูมิใจคืออะไร เกี่ยวข้องอย่างไรกับส่งเสริมสุขภาพและเพณีที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนมากที่สุด ได้แก่อะไร และส่งผลกระทบอย่างไร
5. ภูมิปัญญาท้องถิ่น/ชุมชนที่ควรสืบทอด ได้แก่อะไรบ้าง ควรรักษาไว้อย่างไร
6. อินเทอร์เน็ต มือถือ เทคโนโลยีสมัยใหม่ ส่งผลเสียหรือผลดีต่อครอบครัว ชุมชนและประเพณี อย่างไรบ้าง นำมาใช้ส่งเสริมสุขภาพได้อย่างไร
7. ความคิดเห็นอื่นๆ

สนทนากลุ่มย่อยเมื่อ...../...../.....

คุณภาพของเครื่องมือวิจัยด้านความตรงด้านเนื้อหา
แสดงค่าสัมประสิทธิ์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เป็นรายชื่อ

แบบวัดสุขภาวะของผู้สูงอายุ

ข้อคำถาม	IOC (คนที่ 1)	IOC (คนที่ 2)	IOC (คนที่ 3)	IOC (คนที่ 4)	รวม
สุขภาวะทางร่างกาย					
1.	1	1	1	1	1
2.	1	1	1	1	1
3.	1	1	1	1	1
4.	1	1	1	1	1
5.	1	1	1	1	1
สุขภาวะทางจิตใจ					
6.	1	1	1	1	1
7.	1	1	1	0	.75
8.	1	1	1	1	1
9.	1	1	1	1	1
10.	1	1	1	1	1
สุขภาวะทางสังคม					
11.	1	1	1	1	1
12.	1	0	1	1	.75
13.	1	1	1	1	1
14.	1	1	1	1	1
15.	1	1	1	1	1
สุขภาวะทางจิตวิญญาณ หรือปัญญา					
16.	1	0	1	1	.75
17.	1	1	1	1	1
18.	1	1	1	1	1
19.	1	1	1	1	1
20.	1	1	1	1	1
รวม					.96

คุณภาพของเครื่องมือวิจัยด้านความตรงด้านเนื้อหา
แสดงค่าสัมประสิทธิ์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เป็นรายชื่อ

แบบวัดทุนทางสังคม

ข้อคำถาม	IOC (คนที่ 1)	IOC (คนที่ 2)	IOC (คนที่ 3)	IOC (คนที่ 4)	รวม
ทุนเครือญาติ					
1.	1	1	1	1	1
2.	1	1	1	1	1
3.	1	1	1	1	1
4.	1	1	1	1	1
5.	1	1	1	1	1
ทุนเครือข่าย					
6.	1	1	1	1	1
7.	1	1	1	1	1
8.	1	1	1	1	1
9.	1	1	1	1	1
10.	1	1	1	1	1
ทุนองค์กร					
11.	1	1	1	1	1
12.	1	1	1	1	1
13.	1	1	1	1	1
14.	1	1	1	1	1
15.	1	1	1	1	1
รวม					1

คุณภาพของเครื่องมือวิจัยด้านความตรงด้านเนื้อหา
แสดงค่าสัมประสิทธิ์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เป็นรายข้อ

แบบวัดทุนทางวัฒนธรรม

ข้อคำถาม	IOC (คนที่ 1)	IOC (คนที่ 2)	IOC (คนที่ 3)	IOC (คนที่ 4)	รวม
ทุนประเพณี					
1.	1	1	1	1	1
2.	1	1	1	1	1
3.	1	1	1	1	1
4.	1	1	1	1	1
5.	1	1	1	1	1
ทุนบรรทัดฐานทางสังคม					
6.	1	1	1	1	1
7.	1	0	1	1	.75
8.	1	1	1	1	1
9.	1	0	1	1	.75
10.	1	1	1	1	1
ทุนทางปัญญา					
11.	1	1	1	1	1
12.	1	1	1	1	1
13.	1	1	1	1	1
14.	1	1	1	1	1
15.	1	-1	1	1	.50
รวม					.93

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ค่าความเชื่อมั่น (Reliability หรือค่า Cronbach's Alpha if Item Deleted) และค่า
อำนาจจำแนก (Discriminant หรือค่า Corrected Item-Total Correlation=CITC)

แบบวัดสุขภาวะสมบูรณ์ของผู้สูงอายุ

ข้อคำถาม	ค่าความเชื่อมั่น (Reliability)	ค่าอำนาจจำแนก (Discriminant)
สุขภาวะทางร่างกาย		
1.	0.84	0.24
2.	0.84	0.35
3.	0.84	0.23
4.	0.84	0.28
5.	0.84	0.26
สุขภาวะทางจิตใจ		
6.	0.84	0.37
7.	0.84	0.40
8.	0.84	0.22
9.	0.83	0.44
10.	0.84	0.39
สุขภาวะทางสังคม		
11.	0.82	0.65
12.	0.82	0.66
13.	0.83	0.63
14.	0.83	0.50
15.	0.83	0.51
สุขภาวะทางจิตวิญญาณหรือปัญญา		
16.	0.83	0.50
17.	0.83	0.56
18.	0.84	0.31
19.	0.83	0.47
20.	0.83	0.44
ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = 0.84		-

ค่าความเชื่อมั่น (Reliability หรือค่า Cronbach's Alpha if Item Deleted) และค่า
อำนาจจำแนก (Discriminant หรือค่า Corrected Item-Total Correlation=CITC)

แบบวัดทุนทางสังคม

ข้อคำถาม	ค่าความเชื่อมั่น (Reliability)	ค่าอำนาจจำแนก (Discriminant)
ทุนเครือข่าย		
1.	0.75	0.36
2.	0.79	0.20
3.	0.76	0.30
4.	0.75	0.34
5.	0.75	0.39
ทุนเครือข่าย		
6.	0.75	0.37
7.	0.75	0.40
8.	0.74	0.44
9.	0.74	0.51
10.	0.76	0.29
ทุนองค์กร		
11.	0.74	0.43
12.	0.75	0.42
13.	0.74	0.48
14.	0.74	0.51
15.	0.74	0.47
ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = 0.76		-

ค่าความเชื่อมั่น (Reliability หรือค่า Cronbach's Alpha if Item Deleted) และค่า
อำนาจจำแนก (Discriminant หรือค่า Corrected Item-Total Correlation=CITC)

แบบวัดทุนทางวัฒนธรรม

ข้อคำถาม	ค่าความเชื่อมั่น (Reliability)	ค่าอำนาจจำแนก (Discriminant)
ทุนประเพณี		
1.	0.86	0.41
2.	0.86	0.42
3.	0.86	0.44
4.	0.86	0.39
5.	0.85	0.64
ทุนบรรทัดฐานทางสังคม		
6.	0.85	0.55
7.	0.85	0.56
8.	0.85	0.52
9.	0.86	0.45
10.	0.85	0.58
ทุนทางปัญญา		
11.	0.85	0.61
12.	0.84	0.69
13.	0.85	0.58
14.	0.85	0.51
15.	0.87	0.27
ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = 0.86		-

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. รศ.ดร.ชัตติยา กรรณสูต กรรมการหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารสวัสดิการสังคม
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
2. ผศ.ดร.ศิรินทร์รัตน์ กาญจนกุญชร รองคณบดีฝ่ายวางแผนและพัฒนา คณะสังคม
สงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
3. ดร.กาญจนา สุทธิเนียม อาจารย์ประจำคณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
4. ดร.ชลพร กองคำ อาจารย์ประจำคณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา



รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group)

เจ้าหน้าที่ ผู้นำชุมชน ผู้เข้าร่วมประชุมและให้สัมภาษณ์ จำนวน 30 คน ประกอบด้วย ผู้ปฏิบัติเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในพื้นที่ดังกล่าว 14 คน ผู้สูงอายุ 9 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 7 คน ดังนี้

- | | |
|--|--|
| 1. นายธรรมบุญ แจ่มใส | นายอำเภอท่าตะเียบ |
| 2. นายสนั่น คำคำ | นายกองค์การบริหารส่วนตำบลคลองตะเกรา |
| 3. ว่าที่ร้อยเอกวัชรชัย โฉมอินทร์ | ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลคลองตะเกรา |
| 4. นายยงยุทธ วัฒนกุล | รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลคลองตะเกรา |
| 5. จำสับเอก ปราโมทย์ ชนะชัย | หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป |
| 6. นางชุลีพร แก้วอัครชาติ | หัวหน้าสำนักปลัด (นักบริหารงานทั่วไป ระดับต้น) |
| 7. นายธวัช เกียรติเสรี | นักวิชาการเผยแพร่ พัฒนาวนศาสตร์ชุมชน |
| 8. นายสมชาย โพธิ์สัตย์ | ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ 4 บ้านวังหิน |
| 9. นายทง ศิริเล็ก | ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ 5 บ้านหนองขาหย่าง |
| 10. นางสาวลี รักษาศรี | หมู่ 7 บ้านร่มโพธิ์ทอง |
| 11. นายอิทธิกร นัทธี | หมู่ 8 บ้านอ่างหิน |
| 12. นางวาสนา ชุมพังกา | หมู่ 9 บ้านห้วยตะปอก |
| 13. นายทวีสุข นิลสว่าง | หมู่ 12 บ้านทุ่งสำ |
| 14. นายสุวิน พ่วงแพ | ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ 22 บ้านสันติสุข |
| 15. ผู้สูงอายุ หมู่ 3 บ้านเกาะลอย | 1 คน |
| 16. ผู้สูงอายุ หมู่ 13 เกาะกระตัง | 1 คน |
| 17. ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล หมู่ 14 เขากล้วยไม้ | 2 คน |
| 18. ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล หมู่ 16 บ้านอ่างหิน | 2 คน |
| 19. ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล หมู่ 18 บ้านกะบกคู่ | 2 คน |
| 20. ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล หมู่ 20 บ้านห้วยนา | 2 คน |
| 21. ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล หมู่ 22 บ้านสันติสุข | 2 คน |
| 22. ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล หมู่ 23 บ้านท่ามะนาว | 2 คน |
| 23. ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล หมู่ 25 บ้านสามพราน | 2 คน |

รายชื่อหมู่บ้าน ตำบลคลองตะเกรา อำเภอกำแพงแสน จังหวัดฉะเชิงเทราจำนวน 25 หมู่บ้าน

หมู่	ชื่อหมู่บ้าน	จำนวน ประชากร	ชาย	หญิง	จำนวน หลังคาเรือน	ขนาดพื้นที่ (ไร่)	ขนาดพื้นที่ (ตร.กม.)
1	กรอกกระแสด	435	235	200	115	5,625.0	9.000
2	หนองคอก	2,361	1,172	1,189	1,028	5,000.0	8.000
3	เกาะลอย*	2,201	1,133	1,068	566	4,375.0	7.000
4	วังหิน*	953	489	464	381	20,000.0	32.00
5	หนองขาหยั่ง*	1,406	721	685	478	27,187.5	43.05
6	ธรรมรัตน์ไฉ	613	297	316	241	8,125.0	13.00
7	ร่มโพธิ์ทอง*	1,726	879	847	438	90,000.0	144.0
8	เทพประธาน	1,895	1,000	895	605	12,500.0	20.00
9	ห้วยตะปอก*	1,140	577	563	288	5,625.0	9.000
10	ศรีเจริญทอง	712	385	327	212	16,875.0	27.00
11	ห้วยโสม	920	478	442	211	8,750.0	14.00
12	ทุ่งสำ*	1,027	511	516	243	7,500.0	12.00
13	เกาะกระติง*	893	437	456	228	2,500.0	4.000
14	เขากล้วยไม้*	883	457	426	263	34,375.0	55.00
15	หนองใหญ่	986	507	479	237	6,562.5	10.05
16	อ่างหิน*	748	375	373	199	15,000.0	24.00
17	เทพเจริญ	862	443	419	219	7,812.5	12.05
18	กระบกคู่*	745	351	394	201	18,750.0	30.00
19	เขาระดาศ	430	210	220	135	5,000.0	8.000
20	ห้วยนา*	907	453	454	203	11,250.0	18.00
21	หัวฝาย	685	359	326	143	5,000.0	8.000
22	สันติสุข*	620	298	322	146	2,500.0	4.000
23	ท่ามะนาว*	401	206	195	120	5,625.0	9.000
24	ทรัพย์เจริญ	350	155	195	84	3,125.0	5.000
25	สามพราน*	498	261	237	163	84,062.5	134.5
	รวม	24,397	12,389	12,008	7,147	-	-

ที่มา: องค์การบริหารส่วนตำบลคลองตะเกราข้อมูล ณ วันที่ 1 เมษายน 2545 สืบค้นได้จาก

<http://www.klongtakrao.go.th/default.php?bmodules=html&html=villag>

หมายเหตุ : * หมู่บ้านที่เลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุ 14 หมู่บ้าน

สถานที่สำคัญ ตำบลคลองตะเกรา อำเภอกำแพงแสน จังหวัดฉะเชิงเทรา

รายชื่อวัดสำคัญในตำบลคลองตะเกรา

1. วัดเทพนาราม ตำบลคลองตะเกรา
2. วัดกรอกสะแก ตำบลคลองตะเกรา
3. วัดเขาถ้ำแรด ตำบลคลองตะเกรา
4. วัดท่ามะนาว ตำบลคลองตะเกรา
5. วัดไทรงาม ตำบลคลองตะเกรา
6. วัดแปลงราษฎร์สามัคคี ตำบลคลองตะเกรา
7. วัดหนองคอก ตำบลคลองตะเกรา

รายชื่อโรงเรียนมัธยมศึกษาตำบล 1 แห่ง ได้แก่

โรงเรียนมัธยมสิริวัณวรี 3 ฉะเชิงเทรา

รายชื่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 10 แห่ง/โรงเรียนประถมศึกษาตำบล 10 แห่ง ตามตาราง

รายชื่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	โรงเรียนประถมศึกษาตำบล
1. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านกรอกสะแก	1. โรงเรียนบ้านหนองคอก
2. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านวังหิน	2. โรงเรียนบ้านกรอกสะแก
3. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านหนองขาหยั่ง	3. โรงเรียนบ้านศรีเจริญทอง (ขยายโอกาส)
4. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านธรรมรัตน์ใน	4. โรงเรียนบ้านทุ่งสำ (ขยายโอกาส)
5. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านร่มโพธิ์ทอง	5. โรงเรียนบ้านวังหิน (ขยายโอกาส)
6. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านเทพประทาน	6. โรงเรียนบ้านหนองขาหยั่ง (ขยายโอกาส)
7. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านห้วยตะปอก	7. โรงเรียนบ้านห้วยตะปอก (ขยายโอกาส)
8. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านศรีเจริญทอง	8. โรงเรียนบ้านธรรมรัตน์ใน (ขยายโอกาส)
9. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านทุ่งสำ	9. โรงเรียนบ้านเทพประทาน (ขยายโอกาส)
10. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดเทพนาราม	10. โรงเรียนบ้านร่มโพธิ์ทอง (ขยายโอกาส)

โครงการป่าชุมชน ตำบลคลองตะเกรา อำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา

ปีที่เริ่ม	โครงการ	สถานที่	เนื้อที่ (ไร่-งาน-ตารางวา)
2559	ป่าชุมชนบ้านสามพราน*	บ้านสามพราน (หมู่ 25)	32-0-3
2554	ป่าชุมชนบ้านท่ามะนาว*	บ้านท่ามะนาว (หมู่ 23)	48-2-83
2550	ป่าชุมชนบ้านหนองขาหย่าง*	บ้านหนองขาหย่าง (หมู่ 5)	51-3-40
2550	ป่าชุมชนบ้านกระบกคู่*	บ้านกระบกคู่ (หมู่ 18)	356-0-55
2545	ป่าชุมชนบ้านเทพประทาน	บ้านเทพประทาน (หมู่ 8)	68-0-0
2545	ป่าชุมชนบ้านห้วยตะปอก*	บ้านห้วยตะปอก (หมู่ 9)	46-0-0
2545	ป่าชุมชนบ้านธรรมรัตน์ใน	บ้านธรรมรัตน์ใน (หมู่ 6)	450-0-0
2545	ป่าชุมชนพ่วงแพ (บ้านสันติสุข)*	บ้านสันติสุข (หมู่ 22)	49-0-20
2544	ป่าชุมชนบ้านเขากล้วยไม้*	บ้านเขากล้วยไม้ (หมู่ 14)	527-3-82
2544	ป่าชุมชนบ้านร่มโพธิ์ทอง*	บ้านร่มโพธิ์ทอง (หมู่ 7)	1,350-0-0
2544	ป่าชุมชนเกาะลอย* (วัดเขาน้อย)	เขาน้อย (หมู่ 3)	148-2-45
2543	ป่าชุมชนบ้านวังหิน*	บ้านวังหิน (หมู่ 4)	222-2-52
2543	ป่าชุมชนบ้านศรีเจริญทอง	บ้านศรีเจริญทอง (หมู่ 10)	60-0-81

ที่มา : ข้อมูลสารสนเทศ [ออนไลน์] สืบค้นได้จาก <http://forestinfo.forest.go.th/55/fCom.aspx?prov=24&zone=18&year=-1&eyear=-1&type=-1>

หมายเหตุ : * เลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล ดร.ปิยฉัตร กลิ่นสุวรรณ

ประวัติการศึกษา

ระดับปริญญาตรี : การศึกษาระดับบัณฑิต วิชาเอกคณิตศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
กรุงเทพมหานคร

ระดับปริญญาโท : พัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม วิชาเอกวิเคราะห์
นโยบายและการวางแผนทางสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
กรุงเทพมหานคร

ระดับปริญญาเอก: ปรัชญาดุุษฎีบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการบริหารจัดการ
(Ph.D. in Psychology for Management)
มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต กรุงเทพมหานคร

สถานที่ติดต่อ

สถานที่ทำงาน คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
โทรศัพท์ 0-2312-6300 ต่อ 1483 โทรสาร 02-312-6418
e-mail : pklinsuwan@gmail.com

ที่อยู่ปัจจุบัน 40 ถนนบางบอน 3 ซอย 12 แขวงหลักสอง
เขตบางแค กรุงเทพมหานคร 10160

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล นางนวลใย วัฒนกุล

ประวัติการศึกษา

ระดับปริญญาตรี : สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ระดับปริญญาโท : Social Development Ateneo de Manila U. The Phillipines

สถานที่ติดต่อ

สถานที่ทำงาน คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

โทรศัพท์ 0-2312-6300 ต่อ 1595 โทรสาร 02-312-6418

e-mail : nuanyaisw@gmail.com

ที่อยู่ปัจจุบัน 94/483 หมู่ 2 ตำบลบางเสาธง อำเภอบางเสาธง

จังหวัดสมุทรปราการ 10540