

การพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง
Development of a Process for Driving the Improvement of Older Adults' Quality of
Life in Yan Ta Khao District, Trang Province

กรรณิกา รัตนกุล

Kannika Rattanakul

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง

(Received: March 25, 2026; Accepted: April 10, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนากระบวนการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง 2) ประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และคุณภาพการขับเคลื่อนตามเกณฑ์ UCCARE ของกระบวนการที่พัฒนาขึ้น และ 3) เปรียบเทียบแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้กระบวนการขับเคลื่อนที่พัฒนาขึ้น ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart จำนวน 1 วงรอบ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล บูรณาการร่วมกับการวัดผลแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง ดำเนินการในพื้นที่ตำบลทุ่งกระปือ อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน 21 คน คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) จำนวน 25 คน และผู้สูงอายุ จำนวน 301 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแนวคำถามสนทนากลุ่ม แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ และแบบประเมินคุณภาพการขับเคลื่อนตามเกณฑ์ UCCARE วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Paired Samples t-test และ Wilcoxon Signed-Rank Test ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการขับเคลื่อนที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ โครงสร้างกลไกการขับเคลื่อนผ่าน พชอ. และ พชต. ขั้นตอนการดำเนินงาน 3 ระยะ กิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตครอบคลุม 5 มิติ ระบบข้อมูลเชื่อมโยง การยกย่องชื่นชมและแบ่งปันทรัพยากร และการถอดบทเรียนเพื่อสร้างความยั่งยืน ผลการประเมินความเหมาะสมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.02$) ความเป็นไปได้อยู่ในระดับสูง ($M = 3.88$) และคุณภาพการขับเคลื่อนตามเกณฑ์ UCCARE อยู่ในระดับสูง ($M = 3.93$) ภายหลังจากดำเนินกระบวนการขับเคลื่อน ผู้สูงอายุมีแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 3.56 เป็น 3.71 และคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 3.66 เป็น 3.77 ทุกมิติมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมิติสังคมมีคะแนนเพิ่มขึ้นมากที่สุด

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ; การวิจัยเชิงปฏิบัติการ; คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ



Abstract

This research aimed to 1) develop a process for driving the improvement of older adults' quality of life in Yan Ta Khao District, Trang Province; 2) evaluate the appropriateness, feasibility, and quality of the developed process based on UCCARE criteria; and 3) compare social support and quality of life among older adults before and after implementing the developed process. An action research methodology based on Kemmis and McTaggart's framework was employed, consisting of one cycle of four phases: planning, action, observation, and reflection, integrated with a one-group pretest–posttest design. The study was conducted in Thung Krabue Subdistrict, Yan Ta Khao District, Trang Province. Participants were divided into three groups: 21 members of the District Health Board (DHB), 25 members of the Subdistrict Quality of Life Development Subcommittee, and 301 older adults selected through proportional stratified random sampling. Research instruments included focus group discussion guides, in-depth interview guides, a social support questionnaire (Cronbach's alpha = 0.87), a quality of life questionnaire covering five dimensions (Cronbach's alpha = 0.84–0.86), an appropriateness and feasibility assessment form (Cronbach's alpha = 0.86), and a UCCARE quality assessment form (Cronbach's alpha = 0.88). Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, Paired Samples t-test, and Wilcoxon Signed-Rank Test at the .05 significance level. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The findings revealed that the developed process comprised six key components: a driving mechanism through DHB and subcommittee structures, a three-phase operational procedure, quality of life development activities covering five dimensions, an integrated data system, appreciation and resource sharing, and lesson-learned sessions for sustainability. The overall appropriateness was rated at a high level ($M = 4.02$), feasibility at a high level ($M = 3.88$), and UCCARE quality at a high level ($M = 3.93$). After implementation, social support among older adults significantly increased ($p < .001$), with mean scores rising from 3.56 to 3.71. Overall quality of life also significantly improved ($p < .001$), with mean scores increasing from 3.66 to 3.77. All five dimensions showed statistically significant improvement, with the social dimension demonstrating the greatest increase (mean difference = 0.21), followed by the technology and learning dimension (mean difference = 0.20).

Keywords: quality of life of older adults; action research; District Health Board

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และปัจจุบันมีผู้สูงอายุมากกว่า 12 ล้านคน หรือประมาณ 1 ใน 6 ของประชากรทั้งหมด โดยมีแนวโน้มก้าวสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอดในอนาคต อันเป็นผลจากอัตราการเกิดที่ลดลงอย่างต่อเนื่องร่วมกับอายุคาดเฉลี่ยที่สูงขึ้น (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2560; สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2566) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในด้านการเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรัง ความต้องการบริการสุขภาพและการดูแลระยะยาว ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ตลอดจนภาระการดูแลของครอบครัวและสังคม ขณะเดียวกันผู้สูงอายุยังเผชิญปัญหาทางจิตสังคม เช่น ความโดดเดี่ยวทางสังคมและภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความผาสุกในระยะยาว (Kallestrup-Lamb et al., 2024; Reiner & Steinhoff, 2024; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567; Aung et al., 2021)

ในเชิงนโยบาย แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566–2570) มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพชีวิตและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ทุกช่วงวัย (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2566) แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ซึ่งกำหนดให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกหลักในการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ภายใต้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2561) ทั้งนี้ การดำเนินงานพัฒนาดังกล่าวมักประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) และเกณฑ์ UCCARE ซึ่งประกอบด้วย การทำงาน

เป็นทีม การมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมาย การมีส่วนร่วมของชุมชน การชื่นชมและให้คุณค่า การแบ่งปันทรัพยากร และพัฒนาบุคลากร และการดูแลที่จำเป็น (กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

สำหรับบริบทจังหวัดตรัง ข้อมูลปี พ.ศ. 2566 พบสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปร้อยละ 20.66 ซึ่งถือเป็นสังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ (Aged Society) และคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอดในปี พ.ศ. 2578 (สำนักงานสถิติจังหวัดตรัง, 2567) เช่นเดียวกับพื้นที่อำเภอยานตาขาวที่มีผู้สูงอายุจำนวน 11,238 คน (ร้อยละ 20.09) นอกจากนี้ ฐานข้อมูลการดูแลระยะยาว (Long Term Care: 3C) ปี พ.ศ. 2567 ระบุว่าผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงจำนวน 423 คน หรือร้อยละ 3.76 ของผู้สูงอายุทั้งหมด สถานการณ์นี้สะท้อนถึงภาระการดูแลระยะยาวในระดับครัวเรือนและชุมชนที่เพิ่มสูงขึ้น (ระบบข้อมูลบุคลากรการดูแลระยะยาวและแผนการดูแลรายบุคคล Long Term Care: 3C, 2567)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระดับพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรมจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการบริหารจัดการที่มีเอกภาพภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจ บูรณาการทรัพยากร และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง (กิตติ กรรภิรมย์, 2560; วัฒนา นันทะเสน, 2558; ธเนศ ภัทรวินกุล, 2560) แม้มีงานวิจัยระบุว่าการใช้กลไก พชอ. เป็นปัจจัยสำคัญสู่ความสำเร็จ (ณัด ไบยา และยุพิน แต่งอ่อน, 2565; ปัญญา พละศักดิ์, 2564) แต่อย่างไรก็ตาม งานศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่มักเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ขณะที่การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนผ่านกลไก พชอ. และประเมินผลอย่างเป็นระบบยังมีจำกัด

แม้พื้นที่อำเภอยานตาขาวจะขับเคลื่อนงาน พชอ. อย่างต่อเนื่อง แต่ยังเผชิญข้อจำกัดด้านความ

ชัดเจนของบทบาทหน้าที่ งบประมาณ ความต่อเนื่องของบุคลากรผู้รับผิดชอบ รวมถึงทักษะการวิเคราะห์ปัญหา การสร้างการมีส่วนร่วม และการถอดบทเรียน (วาระการประชุม พชอ. 2/2567, 2567) ข้อจำกัดเหล่านี้ชี้ให้เห็นความจำเป็นในการพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนที่ชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนตามกรอบแนวคิด DHS และ UCCARE (กระทรวงสาธารณสุข, 2561; สมยศ ศรีจารนัย, 2561)

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาการพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง โดยประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (2005) เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ พร้อมประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และคุณภาพการขับเคลื่อนตามเกณฑ์ UCCARE ตลอดจนเปรียบเทียบแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินงาน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระดับพื้นที่อย่างยั่งยืนต่อไปวิธีดำเนินการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง
2. เพื่อประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และคุณภาพการขับเคลื่อนตามเกณฑ์ UCCARE ของกระบวนการที่พัฒนาขึ้น
3. เพื่อเปรียบเทียบแรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจต่อการจัดบริการของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้กระบวนการขับเคลื่อนที่พัฒนาขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (2005) โดยดำเนินการจำนวน 1 วนรอบ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้บูรณาการการประเมินผลลัพธ์รูปแบบกลุ่มเดี่ยววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ เพื่อเปรียบเทียบแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการดำเนินการขับเคลื่อนที่พัฒนาขึ้น โดยกำหนดระยะเวลาดำเนินการวิจัยในพื้นที่ตำบลทุ่งกระบือ อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) ผู้มีบทบาทขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระดับอำเภอและระดับตำบล และ 2) ประชากรผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่ตำบลทุ่งกระบือ จำนวน 1,384 คน สำหรับการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน 21 คน ดำเนินการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคำสั่งแต่งตั้งอย่างเป็นทางการ

กลุ่มที่ 2 คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตำบลทุ่งกระบือ จำนวน 25 คน ดำเนินการคัดเลือกแบบเจาะจงตามคำสั่งแต่งตั้ง โดยกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และ 2 (รวมจำนวน 46 คน) มีบทบาทสำคัญในการร่วมพัฒนากระบวนการขับเคลื่อน

พร้อมทั้งประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และคุณภาพการดำเนินงานตามเกณฑ์ UCCARE

กลุ่มที่ 3 ประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลทุ่งกระปือ จำนวน 301 คน ซึ่งกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากประชากรทั้งหมด (1,384 คน) โดยใช้สูตรของ Krejcie and Morgan (1970) และดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิเป็นสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) จำแนกตามสัดส่วนประชากรในพื้นที่ทั้ง 9 หมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างนี้ทำหน้าที่ให้ข้อมูลในขั้นตอนการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Pre-test และ Post-test) โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกันทั้งสองครั้ง

เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีภูมิลำเนาในพื้นที่ตำบลทุ่งกระปือ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้อย่างชัดเจน รวมถึงยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ หรือย้ายออกจากพื้นที่ในระหว่างดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจำแนกเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ 1) เครื่องมือสำหรับพัฒนากระบวนการขับเคลื่อน และ 2) เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือสำหรับพัฒนากระบวนการขับเคลื่อน ประกอบด้วย แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) จำนวน 6 ประเด็นรวม 14 ข้อ แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) จำนวน 8 ข้อ แบบบันทึกการสังเกตการณ์ จำนวน 8 ประเด็น อุปกรณ์บันทึกเสียง

และแบบบันทึกการประชุมสะท้อนผลเพื่อสรุปผลการดำเนินงาน

ทั้งนี้ เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และได้รับการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Reliability) ด้วยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation)

2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล จำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ สถานภาพทางการเงิน ภาระหนี้สิน ลักษณะครอบครัว ภาวะสุขภาพหรือโรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การครอบครองที่อยู่อาศัย ลักษณะที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ลักษณะห้องน้ำ อาชีพ และประวัติการเกี่ยวข้องกับสารเสพติด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ประยุกต์จากแนวคิดของ House (1981) จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ การแปลผลใช้เกณฑ์คะแนนเฉลี่ยของ Best (1977) จำแนกเป็น ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68–5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.67) และระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.87

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ ครอบคลุม 5 มิติ ได้แก่ มิติสุขภาพ (15 ข้อ) มิติสภาพแวดล้อม (2 ข้อ) มิติเศรษฐกิจ (3 ข้อ) มิติสังคม (4 ข้อ) และมิติเทคโนโลยีและการเรียนรู้ (6 ข้อ) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และแปลผลตามเกณฑ์ของ Best (1977)

เช่นเดียวกับส่วนที่ 2 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาครายมิติ ดังนี้ มิติสุขภาพเท่ากับ 0.85 มิติสภาพแวดล้อมเท่ากับ 0.84 มิติเศรษฐกิจเท่ากับ 0.86 มิติสังคมเท่ากับ 0.84 และมิติเทคโนโลยีและการเรียนรู้เท่ากับ 0.85

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของกระบวนการขับเคลื่อน สำหรับเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการ พขอ. และ พชต. จำนวน 46 คน รวมทั้งสิ้น 16 ข้อ แบ่งเป็นด้านความเหมาะสมจำนวน 8 ข้อ และด้านความเป็นไปได้จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลตามเกณฑ์ของ Best (1977) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86

ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพการขับเคลื่อนตามเกณฑ์ UCCARE ประยุกต์จากแบบประเมินของกระทรวงสาธารณสุข (2567) สำหรับเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการ พขอ. และ พชต. จำนวน 46 คน รวมทั้งสิ้น 18 ข้อ ครอบคลุม 6 องค์ประกอบ (องค์ประกอบละ 3 ข้อ) ได้แก่ การทำงานเป็นทีม (Unity Team) การมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมาย (Customer Focus) การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation) การแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development) และการดูแลที่จำเป็น (Essential Care) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลตามเกณฑ์ของ Best (1977) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณ

เครื่องมือเชิงปริมาณทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อติตรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตรัง สาธารณสุขอำเภอยานตาขาว และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ซึ่งผลการประเมินพบว่าค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวไปทดลองใช้ (Try-out) กับประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง จำนวน 30 คน ซึ่งมีบริบทและลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นการวางแผน ขั้นการปฏิบัติ ขั้นการสังเกตการณ์ และขั้นการสะท้อนผล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นการวางแผน (Planning) ผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยงานในพื้นที่เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) และคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา อุปสรรค ตลอดจนแนวทางการพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้รับมาพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

2. ขั้นการปฏิบัติ (Action): ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 301 คน ด้วยรูปแบบสอบถาม พร้อมทั้งกำหนดรหัสประจำตัวเพื่อจับคู่ข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง หลังจากนั้นจึงนำ

กระบวนการขับเคลื่อนที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติจริงร่วมกับ พชอ. พชต. และภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่

3. ขั้นการสังเกตการณ์ (Observation): ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลผ่านการสังเกตการดำเนินกิจกรรมในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุกลุ่มเดิม นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ให้คณะกรรมการ พชอ. และ พชต. ประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และคุณภาพการขับเคลื่อนตามเกณฑ์ UCCARE

4. ขั้นการสะท้อนผล (Reflection): ผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และจัดประชุมสะท้อนผลร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค ตลอดจนข้อเสนอแนะสำหรับการปรับปรุงกระบวนการขับเคลื่อนให้มีความเหมาะสมและเกิดความยั่งยืนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไป แรงแสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และคุณภาพการขับเคลื่อนตามเกณฑ์ UCCARE สำหรับการเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการดำเนินกระบวนการ ผู้วิจัยทดสอบการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution) เพื่อพิจารณาเลือกสถิติทดสอบหากข้อมูลแจกแจงแบบปกติจะใช้สถิติทดสอบค่าที่แบบกลุ่มตัวอย่างไม่อิสระจากกัน (Paired Samples t-test) แต่หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นจะใช้สถิติทดสอบวิลคอกซอน (Wilcoxon Signed-Rank Test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ข้อมูลเชิงคุณภาพที่รวบรวมจากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตการณ์ ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยจัดหมวดหมู่และสังเคราะห์ข้อมูลตามประเด็นสำคัญ เพื่ออธิบายกระบวนการขับเคลื่อน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค ตลอดจนข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาต่อไป

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง หมายเลขการรับรอง IRB of BCNC 8/2568 ลงวันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 301 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.15 มีอายุเฉลี่ย 68.63 ปี (SD = 9.37) โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 51.83 นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 53.49 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนปลายร้อยละ 60.13 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 67.11 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 47.18 มีรายได้เฉลี่ย 6,967 บาทต่อเดือน มีสถานภาพทางการเงินเพียงพอแต่ไม่มีเงินออมร้อยละ 43.52 ไม่มีภาระหนี้สินร้อยละ 62.79 มีลักษณะครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 73.42 มีโรคประจำตัวร้อยละ 53.82 ครอบครัวกรรมสิทธิ์ที่อยู่อาศัยร้อยละ 93.69 อาศัยในบ้านที่มีลักษณะเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุร้อยละ 88.37 และสมาชิกในครอบครัวไม่มีประวัติเกี่ยวข้องกับสารเสพติดร้อยละ 94.35

2. ผลการพัฒนากระบวนการขับเคลื่อน ผลการสนทนากลุ่มร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะอนุกรรมการพัฒนา

คุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) จำนวน 46 คน สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้ ประเด็นปัญหาหลัก ประกอบด้วย การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง การขาดแคลนผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด และข้อจำกัดด้านงบประมาณ นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมสนทนามีข้อเสนอแนะให้กำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน จัดการประชุมรายไตรมาส กำหนดตัวชี้วัดที่สามารถวัดผลได้อย่างเป็นรูปธรรม ตลอดจนจัดกิจกรรมถอดบทเรียนอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

สำหรับกระบวนการขับเคลื่อนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Planning, Action, Observation, Reflection: PAOR) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) โครงสร้างกลไกการขับเคลื่อนผ่าน พขอ. และ พชต. 2) ขั้นตอนการ

ดำเนินงาน 3 ระยะ ซึ่งใช้ระยะเวลารวม 6 เดือน 3) กิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตครอบคลุม 5 มิติ 4) ระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงผ่านระบบ Trang Care 5) การยกย่องชื่นชมและการแบ่งปันทรัพยากร และ 6) การถอดบทเรียนเพื่อสร้างความยั่งยืน

ทั้งนี้ ผู้วิจัยนำผลที่ได้จากขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) มาปรับปรุงกระบวนการขับเคลื่อนฉบับสมบูรณ์ใน 7 ประเด็น ได้แก่ การขยายระยะเวลาดำเนินการ การพัฒนาระบบฐานข้อมูล การเพิ่มกิจกรรมเพื่อยกย่องชื่นชม การบูรณาการงบประมาณข้ามแหล่งทุน การเพิ่มกิจกรรมเชิงรุกสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน การจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติงาน ตลอดจนการถอดบทเรียนอย่างต่อเนื่องทุก 6 เดือน

3. ผลการประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และคุณภาพการขับเคลื่อนตามเกณฑ์ UCCARE

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และคุณภาพการขับเคลื่อนตามเกณฑ์ UCCARE (n = 46)

ความเหมาะสม	M	SD	ระดับ	ความเป็นไปได้	M	SD	ระดับ
1. องค์ประกอบกระบวนการ	4.30	0.66	สูง	1. การนำไปใช้จริงในพื้นที่	3.89	0.56	สูง
2. ขั้นตอนการดำเนินงาน	4.11	0.56	สูง	2. ศักยภาพบุคลากร	3.93	0.67	สูง
3. บทบาทหน้าที่	3.87	0.68	สูง	3. ความเพียงพอของงบประมาณ	3.54	0.77	ปานกลาง
4. กลไกการประสานงาน	3.98	0.68	สูง	4. ความเพียงพอของทรัพยากร	3.70	0.72	สูง
5. ตัวชี้วัด	3.78	0.69	สูง	5. ความพร้อมของภาคีเครือข่าย	4.00	0.72	สูง
6. กิจกรรม 5 มิติ	4.13	0.68	สูง	6. ความพร้อมของชุมชน	4.15	0.69	สูง
7. ระยะเวลา	3.76	0.70	สูง	7. ความยั่งยืนของกระบวนการ	4.02	0.74	สูง
8. ความสอดคล้องกับนโยบาย พขอ.	4.24	0.56	สูง	8. การขยายผล	3.78	0.75	สูง
รวม	4.02	0.23	สูง	รวม	3.88	0.24	สูง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพการขับเคลื่อนตามเกณฑ์

คุณภาพการขับเคลื่อนตามเกณฑ์ UCCARE	M	SD	ระดับ
U: Unity Team	4.12	0.37	สูง
C: Customer Focus	3.90	0.51	สูง
C: Community Participation	3.91	0.42	สูง
A: Appreciation	3.88	0.41	สูง
R: Resource Sharing	3.86	0.37	สูง
E: Essential Care	3.89	0.37	สูง
รวม UCCARE	3.93	0.19	สูง

จากตารางที่ 1 พบว่า การประเมินความเหมาะสมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (M = 4.02) เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า องค์ประกอบกระบวนการมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (M = 4.30) รองลงมาคือความสอดคล้องกับนโยบาย พขอ. (M = 4.24)

ด้านความเป็นไปได้ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (M = 3.88) โดยประเด็นความพร้อมของชุมชนมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (M = 4.15) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า ความเพียงพอของงบประมาณเป็นเพียงประเด็นเดียวที่อยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.54)

จากตารางที่ 2 คุณภาพการขับเคลื่อนตามเกณฑ์ UCCARE ในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับสูง (M = 3.93) โดยองค์ประกอบด้านการทำงานเป็นทีม (Unity Team) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (M = 4.12) ในขณะที่องค์ประกอบด้านการแบ่งปันทรัพยากร (Resource Sharing) มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (M = 3.86)

4. ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการดำเนินกระบวนการขับเคลื่อน

ภายหลังการดำเนินกระบวนการขับเคลื่อนผู้สูงอายุมีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($W = 3949.50, p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.56 (ระดับปาน

กลาง) เป็น 3.71 (ระดับสูง) คิดเป็นค่าเฉลี่ยผลต่างเท่ากับ 0.16 (95% CI [0.138, 0.180]) สำหรับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมพบว่า ภายหลังการดำเนินการกระบวนการขับเคลื่อนมีระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 13.29, p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.66 (ระดับปานกลาง) เป็น 3.77 (ระดับสูง) คิดเป็นค่าเฉลี่ยผลต่างเท่ากับ 0.11 (95% CI [0.092, 0.124]) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตเป็นรายมิติ พบว่า ทุกมิติมีคะแนนเฉลี่ยภายหลังการดำเนินการกระบวนการขับเคลื่อนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) โดยมีมิติสังคมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยผลต่าง 0.21, 95% CI [0.171, 0.244]) ซึ่งเพิ่มจาก 3.57 (ระดับปานกลาง) เป็น 3.78 (ระดับสูง) รองลงมาคือ มิติเทคโนโลยีและการเรียนรู้ (ค่าเฉลี่ยผลต่าง 0.20, 95% CI [0.160, 0.232]) เพิ่มจาก 3.54 (ระดับปานกลาง) เป็น 3.74 (ระดับสูง) และมิติสภาพแวดล้อม (ค่าเฉลี่ยผลต่าง 0.13, 95% CI [0.071, 0.185]) เพิ่มจาก 3.66 (ระดับปานกลาง) เป็น 3.79 (ระดับสูง) ตามลำดับ ในส่วนของมิติเศรษฐกิจ (ค่าเฉลี่ยผลต่าง 0.09, 95% CI [0.049, 0.129]) มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 3.08 เป็น 3.17 ซึ่งยังคงอยู่ในระดับปานกลาง

เช่นเดียวกับมิติสุขภาพ (ค่าเฉลี่ยผลต่าง 0.05, 95% CI [0.034, 0.074]) ที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงทั้งก่อน

การทดลอง (3.83) และหลังการทดลอง (3.89) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินกระบวนการขับเคลื่อน (n = 301)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง M (SD)	หลังการทดลอง M (SD)	Mean Diff.	95% CI	สถิติ	p-value
แรงสนับสนุนทางสังคม	3.56 (0.51)	3.71 (0.46)	0.16	[0.138, 0.180]	3949.50 ¹	< .001*
คุณภาพชีวิตโดยรวม	3.66 (0.50)	3.77 (0.45)	0.11	[0.092, 0.124]	13.29 ²	< .001*
มิติสุขภาพ	3.83 (0.57)	3.89 (0.53)	0.05	[0.034, 0.074]	11541.50 ¹	< .001*
มิติสภาพแวดล้อม	3.66 (0.67)	3.79 (0.73)	0.13	[0.071, 0.185]	5139.50 ¹	< .001*
มิติเศรษฐกิจ	3.08 (0.75)	3.17 (0.80)	0.09	[0.049, 0.129]	6431.00 ¹	< .001*
มิติสังคม	3.57 (0.60)	3.78 (0.61)	0.21	[0.171, 0.244]	3349.50 ¹	< .001*
มิติเทคโนโลยีและการเรียนรู้	3.54 (0.65)	3.74 (0.62)	0.20	[0.160, 0.232]	4333.00 ¹	< .001*

หมายเหตุ: *p < .05, 1 =Wilcoxon Signed-Rank Test 2=Paired Samples t-test

อภิปรายผล

1. การพัฒนากระบวนการขับเคลื่อน

กระบวนการขับเคลื่อนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีลักษณะเด่นประการสำคัญคือ การเปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (2005) นอกจากนี้ การบูรณาการกลไก พชอ. และ พชต. ที่มีอยู่เดิมแทนการจัดตั้งกลไกใหม่ ส่งผลให้กระบวนการดังกล่าวมีความเป็นไปได้สูงในการนำไปปฏิบัติจริง ประเด็นนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ถนัด ไบยา และยุพิน แดงอ่อน (2565) ที่พบว่ารูปแบบการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จมักอาศัยคณะกรรมการระดับอำเภอเป็นกลไกหลัก ตลอดจนสอดคล้องกับ ปัญญา พลศักดิ์ (2564) ที่ระบุว่า การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนถือเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ

การจัดกิจกรรมที่ครอบคลุมทั้ง 5 มิติยังสะท้อนถึงแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม สอดคล้องกับหลักการตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ที่กำหนดให้ พชอ. มีบทบาทหน้าที่ยกระดับคุณภาพชีวิตประชาชนในทุกมิติ ทั้งนี้ ข้อค้นพบที่น่าสนใจคือ การนำผลสะท้อนกลับมาปรับปรุงกระบวนการขับเคลื่อนใน 7 ประเด็น โดยเฉพาะการจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) เพื่อบูรณาการงบประมาณนั้น สอดคล้องกับแนวคิดของ สมยศ ศรีจารณัย (2561) ที่ระบุว่า การขับเคลื่อนงานผ่าน พชอ. จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการที่ชัดเจนและเป็นระบบ

2. ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และคุณภาพการขับเคลื่อนตามเกณฑ์ UCCARE

ผลการประเมินความเหมาะสมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.02$) โดยประเด็นองค์ประกอบกระบวนการมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.30$) รองลงมาคือความสอดคล้องกับนโยบาย พขอ. ($M = 4.24$) ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การออกแบบกระบวนการบนฐานกลไกเดิมควบคู่กับการเชื่อมโยงนโยบายระดับชาติ ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานตระหนักถึงความเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปริญดา ทุนคำ (2563) สำหรับด้านความเป็นไปได้ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 3.88$) โดยประเด็นความพร้อมของชุมชนมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.15$) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเข้มแข็งของทุนทางสังคมในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ประเด็นความเพียงพอของงบประมาณกลับมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดและอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.54$) ประเด็นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Nagaya et al. (2017) ที่พบข้อจำกัดด้านงบประมาณเช่นเดียวกัน ส่วนคุณภาพการขับเคลื่อนตามเกณฑ์ UCCARE ในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับสูง ($M = 3.93$) โดยองค์ประกอบด้านการทำงานเป็นทีม (Unity Team) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.12$) สะท้อนให้เห็นถึงจุดแข็งด้านการบูรณาการการทำงานข้ามหน่วยงาน ซึ่งสอดคล้องกับ ถนัด ไบยา และยุพิน แดงอ่อน (2565) ในขณะที่องค์ประกอบด้านการแบ่งปันทรัพยากร (Resource Sharing) มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M = 3.86$) แม้จะยังอยู่ในเกณฑ์ระดับสูงแต่ก็เป็นประเด็นที่ควรได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับ ปัญญา พละศักดิ์ (2564) ที่ชี้ให้เห็นว่า การบูรณาการทรัพยากรเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จ

3. การเปรียบเทียบแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลอง

3.1 แรงสนับสนุนทางสังคม ภายหลังจากการดำเนินกระบวนการขับเคลื่อน ผู้สูงอายุมีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($W = 3949.50$, $p < .001$, 95% CI [0.138, 0.180]) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.56 (ระดับปานกลาง) เป็น 3.71 (ระดับสูง) ผลลัพธ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า กระบวนการขับเคลื่อนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมที่เอื้อต่อการเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมในหลากหลายรูปแบบ อาทิ ระบบเพื่อนเยี่ยมเพื่อน กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ และการสร้างความเชื่อมโยงภายในครอบครัว ซึ่งครอบคลุมแรงสนับสนุนทั้ง 4 ด้านตามแนวคิดของ House (1981) ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านเครื่องมือ สิ่งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยา มั่นล้วน และคณะ (2566) ที่พบว่าแรงสนับสนุนด้านอารมณ์และด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตลอดจนสอดคล้องกับ ชยภรณ์ บุญเรืองศักดิ์ และเสน่ห์ แสงเงิน (2568) ที่ระบุว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับแบบจำลองผลกระทบหลัก (Main Effect Model) ของ Cohen and Wills (1985) ที่อธิบายว่า แรงสนับสนุนทางสังคมส่งผลดีต่อสุขภาพและสุขภาวะโดยตรง โดยไม่จำเป็นต้องอาศัยความเครียดเป็นตัวแปรส่งผ่าน (Mediator)

3.2 คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายมิติ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมภายหลังการดำเนินกระบวนการขับเคลื่อนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 13.29$, $p < .001$, 95% CI [0.092, 0.124]) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.66 (ระดับปานกลาง) เป็น 3.77 (ระดับสูง) การเปลี่ยนแปลงระดับคะแนนเฉลี่ยจากปานกลางไปสู่ระดับสูง สะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการขับเคลื่อนที่ครอบคลุมทั้ง 5 มิติ สามารถยกระดับคุณภาพชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ณฐ

นนท์ ทวีสิน และคณะ (2566) ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบองค์รวมในทุกมิติ เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตเป็นรายมิติ ผู้วิจัยพบประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

1) มิติสังคม มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงสุด (ค่าเฉลี่ยผลต่าง 0.21, 95% CI [0.171, 0.244]) จาก 3.57 (ระดับปานกลาง) เป็น 3.78 (ระดับสูง) ($W = 3349.50, p < .001$) ผลลัพธ์นี้อธิบายได้ว่ากระบวนการขับเคลื่อนมีกิจกรรมที่ส่งเสริมชีวิตนี้โดยตรง เช่น การสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมเชื่อมความสัมพันธ์ในครอบครัว การดูแลกลุ่มเปราะบาง และการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิต กิจกรรมเหล่านี้ช่วยเพิ่มปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับ Samadarshi et al. (2022) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต

2) มิติเทคโนโลยีและการเรียนรู้ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นรองลงมา (ค่าเฉลี่ยผลต่าง 0.20, 95% CI [0.160, 0.232]) จาก 3.54 (ระดับปานกลาง) เป็น 3.74 (ระดับสูง) ($W = 4333.00, p < .001$) ปัจจัยสนับสนุนหลักมาจากกิจกรรมการถ่ายทอดความรู้ การป้องกันมิฉ้อฉลออนไลน์ และการพัฒนาศูนย์เรียนรู้ในชุมชน ผลการศึกษาข้อนี้แนะนำให้เห็นว่า การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านเทคโนโลยี (Digital Literacy) สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในยุคดิจิทัล และควรเป็นประเด็นที่ได้รับความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตต่อไป

3) มิติสภาพแวดล้อม มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น (ค่าเฉลี่ยผลต่าง 0.13, 95% CI [0.071, 0.185]) จาก 3.66 (ระดับปานกลาง) เป็น 3.79 (ระดับสูง) ($W = 5139.50, p < .001$) ซึ่งเป็นผลสัมฤทธิ์จากกิจกรรมการปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เป็นมิตรกับ

ผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลทั่วไปชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.37) อาศัยอยู่ในบ้านที่มีความเหมาะสมอยู่แล้ว การปรับปรุงสภาพแวดล้อมจึงมุ่งเน้นไปที่สถานบริการสาธารณะเป็นหลัก

4) มิติเศรษฐกิจ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น (ค่าเฉลี่ยผลต่าง 0.09, 95% CI [0.049, 0.129]) จาก 3.08 เป็น 3.17 ($W = 6431.00, p < .001$) แม้การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่คะแนนเฉลี่ยยังคงอยู่ในระดับปานกลาง และเป็นเพียงมิติเดียวที่ไม่มีการเปลี่ยนระดับการแปลผลผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับข้อมูลสถานะทางการเงินที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ หรือเพียงพอแต่ไม่มีเงินออม ปัญหาด้านเศรษฐกิจจึงถือเป็นปัญหาเชิงโครงสร้างที่จำเป็นต้องอาศัยนโยบายระดับมหภาคและระยะเวลาในการแก้ไข ซึ่งสอดคล้องกับ Nagaya et al. (2017) ที่ระบุว่าข้อจำกัดด้านงบประมาณและทรัพยากรเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในชนบท

5) มิติสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ยผลต่าง 0.05, 95% CI [0.034, 0.074]) โดยคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงทั้งก่อนการทดลอง (3.83) และหลังการทดลอง (3.89) ($W = 11541.50, p < .001$) การเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยนี้สามารถอธิบายได้ด้วยปรากฏการณ์เพดาน (Ceiling Effect) กล่าวคือ คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองของมิตินี้อยู่ในระดับสูงสุดเมื่อเทียบกับมิติอื่น จึงมีช่องว่างสำหรับการพัฒนาน้อยลง นอกจากนี้ยังสะท้อนถึงความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ที่เป็นทุนเดิม สอดคล้องกับ พยาม การดี และคณะ (2559) ที่พบว่าผู้สูงอายุในชนบทให้ความสำคัญกับแรงสนับสนุนทางจิตใจจากครอบครัว วัด และโรงพยาบาลเป็นหลัก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำกระบวนการขับเคลื่อนฉบับสมบูรณ์ไปปฏิบัติจริง โดยบูรณาการการทำงานผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ที่มีอยู่เดิม เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน

1.2 ควรบูรณาการงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ผ่านการจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าประเด็นด้านความเพียงพอของงบประมาณเป็นข้อจำกัดสำคัญ ($M = 3.54$ อยู่ในระดับปานกลาง)

1.3 ควรจัดกิจกรรมถอดบทเรียนอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยทุก 6 เดือน พร้อมทั้งผลักดันกระบวนการดังกล่าวให้ได้รับการบรรจุลงในแผนพัฒนาท้องถิ่นเพื่อสร้างความยั่งยืน

1.4 ภาครัฐและภาคีเครือข่ายควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตในมิติเศรษฐกิจ

เป็นกรณีพิเศษ เนื่องจากเป็นมิติที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (ก่อนการทดลอง 3.08, หลังการทดลอง 3.17) โดยควรเชื่อมโยงการดำเนินงานเข้ากับนโยบายการส่งเสริมอาชีพและการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ

1.5 ควรเสริมสร้างกลไกการแบ่งปันทรัพยากร (Resource Sharing) ระหว่างหน่วยงานข้ามสังกัด เนื่องจากเป็นองค์ประกอบตามเกณฑ์ UCCARE ที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($M = 3.86$) ตลอดจนพัฒนาระบบฐานข้อมูลของแต่ละหน่วยงานให้มีความเชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างน้อย 2 วงรอบ เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของกระบวนการขับเคลื่อนฉบับสมบูรณ์ และติดตามผลการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลลัพธ์ในมิติเศรษฐกิจและมิติสุขภาพ

2.2 ควรขยายพื้นที่การศึกษาไปยังตำบลหรืออำเภออื่นที่มีบริบทแตกต่างออกไป เพื่อประเมินความเป็นไปได้และข้อจำกัดในการขยายผล (Scaling Up) ของรูปแบบการดำเนินงาน

2.3 ควรเพิ่มการศึกษาถึงปัจจัยเชิงสาเหตุอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อาทิ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยระดับครอบครัว และปัจจัยระดับชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แนวทางการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (พชอ.)*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กัลยา มั่นล้วน, ดวงรัตน์ เหลืองอ่อน, และนฤนาท กาญจนคลอด. (2566). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี. *Journal of Roi Kaensam Academi*, 8(5), 348–360.
- กิตติ กรรภิรมย์. (2560). แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 26(ฉบับเพิ่มเติม 2), 154–162.

- ชยภรณ์ บุญเรืองศักดิ์, และเสน่ห์ แสงเงิน. (2568). แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*, 5(3), 145–158.
- ถนัด ไบยา, และยุพิน แดงอ่อน. (2565). การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จังหวัดน่าน. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 18(1), 59–68.
- ธเนศ ภัทรวรินกุล. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.). *วารสารวิจัยและระบบสาธารณสุข*, 11(2), 245–258.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2560). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปริญดา ทนคำ. (2563). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 14(3), 312–325.
- ปัญญา พละศักดิ์. (2564). การศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 3(2), 40–53.
- พยาม การดี, พรรณพิมล สุขวงษ์, และดาว เวียงคำ. (2559). การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบทภาคเหนือตอนบน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 24(1), 29–39.
- วัฒนา นันทะเสน. (2568). การประเมินผลการพัฒนางานระบบสุขภาพอำเภอของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 7(3), 105–113.
- สมยศ ศรีจารนัย. (2561). การพัฒนารูปแบบการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ. *วารสารวิชาการเขต* 12, 29(1), 45–58.
- สำนักงานสถิติจังหวัดตรัง. (2567). *รายงานสถิติจำนวนประชากรและสัดส่วนผู้สูงอายุจังหวัดตรัง ประจำปี 2566*. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567*.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566–2570)*.
- สำนักนายกรัฐมนตรี. (2561, 9 มีนาคม). ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. *ราชกิจจานุเบกษา*, 135(ตอนพิเศษ 54 ง), 1–6.
- ระบบข้อมูลบุคลากรการดูแลระยะยาวและแผนการดูแลรายบุคคล Long Term Care: 3C. (2567). *รายงานสรุปผลการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง*. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- วาระการประชุม พชอ. 2/2567. (2567). *รายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ครั้งที่ 2/2567*. อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง.
- Aung, M. N., Moolphate, S., Koyanagi, Y. N., Suwanrat, S., Kitajima, T., & Muto, T. (2021). Caregiver burden and associated factors for the respite care needs among the family caregivers of community-dwelling senior citizens in Chiang Mai, Northern Thailand. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4999. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094999>
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice Hall.



- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
- Kallestrup-Lamb, M., Marin, A. O. K., Menon, S., & Sogaard, J. (2024). Aging populations and expenditures on health. *Journal of the Economics of Ageing*, 29, 100518. <https://doi.org/10.1016/j.jeoa.2024.100518>
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (2005). Participatory action research: Communicative action and the public sphere. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research* (3rd ed., pp. 559–603). Sage.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610.
- Nagaya, M., Tachibana, T., Sumi, Y., & Itoh, T. (2017). Quality of care for the elderly in rural Japan: A literature review. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi. Japanese Journal of Geriatrics*, 54(4), 513–521.
- Reiner, A., & Steinhoff, P. (2024). The association of social networks and depression in community-dwelling older adults: A systematic review. *Systematic Reviews*, 13, 161. <https://doi.org/10.1186/s13643-024-02581-6>
- Samadarshi, S. C. A., Das, R., & Sahoo, K. C. (2022). Challenges and opportunities in elderly care: A systematic review of community-based interventions. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 9(3), 1450–1458.