

ความต้องการพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมผู้สูงอายุ

Fundamental Needs Influencing Social Participation and Quality of Life Among the Elderly in an Aging Society

สายพิน ปันทอง

คณะบริหารธุรกิจ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์

Saiphin Panthong

Faculty of Business, Panyapiwat Institute of Management

Email: saiphinpan@pim.ac.th

(วันที่รับบทความ: 29 มิถุนายน 2568 วันที่แก้ไขบทความ: 16 กันยายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ: 22 กันยายน 2568)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุและผลกระทบที่มีต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิตและบริการดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้นการวิเคราะห์ความเชื่อมโยงของปัจจัยด้านความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุ กับการมีส่วนร่วมทางสังคมและการพัฒนาตนเอง และคุณภาพชีวิต ผ่านการวิเคราะห์เชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 400 คน และใช้การวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง เพื่อประเมินความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปร

ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมและการพัฒนาตนเอง และด้านความต้องการด้านการได้รับการยอมรับทางสังคมและคุณค่าในตนเอง มีอิทธิพลเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วมและการสร้างคุณภาพทางสังคม ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมหรือชุมชนมีความเชื่อมโยงกับการได้รับการยอมรับจากผู้อื่น การมีโอกาสนในการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง และคุณภาพชีวิตและบริการดูแลผู้สูงอายุ ในส่วนของความต้องการด้านความเป็นอิสระและความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ความต้องการด้านการได้รับการยอมรับทางสังคมและคุณค่าในตนเอง ความต้องการด้านสภาพแวดล้อมการอยู่อาศัยและความปลอดภัย มีอิทธิพลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตในระดับที่มีนัยสำคัญ มีอิทธิพลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิต ในขณะที่ความต้องการด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมและการพัฒนาตนเองกลับแสดงผลเชิงลบต่อคุณภาพชีวิต แสดงให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของความมั่นคงทางการเงินและความสามารถในการพึ่งพาตนเองในการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมและการสร้างคุณภาพทางสังคม มีอิทธิพลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิต สะท้อนถึงการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าจากสังคมมีส่วนช่วยส่งเสริมภาวะความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ เสนอให้ผู้กำหนดนโยบายพัฒนาแนวทางที่ยืดหยุ่นเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ และบูรณาการด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจเข้าด้วยกัน เพื่อส่งเสริมความมั่นคงและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุในฐานะทรัพยากรที่มีคุณค่าในสังคม

คำสำคัญ: ความต้องการพื้นฐาน, การมีส่วนร่วม, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ

Abstract

This study aims to 1) examine the fundamental needs of the elderly and their effects on social participation and quality of life and 2) investigate the relationships between elderly participation, quality of life, and elderly care services. The research focused on analyzing the interconnections among elderly basic needs, social participation, self-development, and overall well-being. A quantitative approach was employed using survey data collected from 400 elderly respondents, and the relationships among variables were tested through Structural Equation Modeling (SEM).

The findings revealed that Social Participation and Self-Development Needs (SP) and Social Recognition and Self-Worth Needs (SR) positively influenced Participation and Social Contribution (PC). This indicates that engagement in community and social activities is strongly linked to recognition from others, opportunities for continuous self-development, and improved elderly care services. Furthermore, Independence and Economic Security Needs (IE), Social Recognition and Self-Worth Needs (SR), and Living Conditions and Safety Needs (LS) were found to have significant positive effects on Quality of Life (QL). Conversely, Social Participation and Self-Development Needs (SP) showed a statistically significant negative effect on QL, suggesting that excessive expectations or pressure from participation may reduce overall well-being. The study suggests that policymakers should develop flexible, age-friendly strategies that integrate health, social, and economic dimensions in order to foster security, dignity, and recognition of older adults as valuable resources in society.

Keywords: Fundamental Needs, Social Participation, Quality of Life, Elderly

บทนำ

ปัจจุบันโลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนผ่านสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งมีสาเหตุมาจากอัตราการเกิดที่ลดลงและอายุขัยที่เพิ่มขึ้น องค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่า ภายในปี 2050 ประชากรโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นเป็น 2.1 พันล้านคน หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 22 ของประชากรทั้งหมด ในประเทศไทย ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ (WHO, 2023) ระบุว่า ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีจำนวน 13.64 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.50 ของประชากรทั้งหมด และภายในปี 2030 ประเทศไทยคาดว่าจะเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด” (Super-aged Society) ซึ่งหมายถึงประชากรมากกว่าร้อยละ 30 จะมีอายุ 65 ปีขึ้นไป การเปลี่ยนแปลงทางประชากรครั้งนี้ส่งผลกระทบในหลายมิติ ทั้งด้านความยั่งยืนทางเศรษฐกิจ ระบบสาธารณสุข และโครงสร้างทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการบริหารทรัพยากรเพื่อตอบสนองความต้องการที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ

ประเด็นสำคัญที่ต้องให้ความสนใจคือความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุซึ่งครอบคลุมด้านสาธารณสุขโภชนาการที่อยู่อาศัย การสนับสนุนทางสังคมและโอกาสในการมีส่วนร่วมทางสังคมผู้สูงอายุมีความเปราะบางเป็นพิเศษต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง (WHO, 2023) ทำให้จำเป็นต้องมีระบบสาธารณสุขที่เข้มแข็งและยั่งยืนสำหรับการดูแลระยะยาวนอกจากนี้โภชนาการที่เหมาะสมและสภาพความเป็นอยู่ที่ดียังช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคภัยไข้เจ็บและโอกาสในการเจ็บป่วย และป้องกันอุบัติเหตุ ในมิติทางสังคม งานวิจัยของ Holt-Lunstad et al. (2010) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดีมีโอกาสมีอายุยืนยาวขึ้นร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับผู้ที่ประสบภาวะโดดเดี่ยวทางสังคม ซึ่งแสดงให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ กรมกิจการผู้สูงอายุ (2561) ยังสนับสนุนแนวคิดนี้โดยระบุว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างสม่ำเสมอช่วยเพิ่มความพึงพอใจในชีวิต และสุขภาพจิตได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับผู้ที่แยกตัวออกจากสังคม สอดคล้องกับผลการศึกษาของอารีย์ จำปากลาย และคณะ (2562) โดยระบุว่า การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนมีบทบาทสำคัญในการลดภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมความมั่นคงทางอารมณ์ในกลุ่มผู้สูงอายุ นอกเหนือจากมิติทางสังคมแล้ว กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพยังเป็นปัจจัยสำคัญต่อความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ งานวิจัยของ มยุรี ลีทองอิน และคณะ (2567) พบว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกายและโปรแกรมพัฒนาทักษะทางสติปัญญาช่วยเสริมสร้างสุขภาพโดยรวม ลดความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม และช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอย่างอิสระได้นานขึ้น

จากผลการศึกษาดังกล่าว ชี้ให้เห็นว่าเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบสาธารณสุขที่ครอบคลุม เครือข่ายสนับสนุนทางสังคม และกิจกรรมที่มีโครงสร้างชัดเจนเพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุในลักษณะที่เป็นระบบและยั่งยืน ความเร่งด่วนของการปรับนโยบายระดับชาติและระดับโลก

เมื่อพิจารณาถึงสถานการณ์ปัจจุบัน การเตรียมความพร้อมสำหรับสังคมผู้สูงอายุจำเป็นต้องเป็นวาระสำคัญทั้งในระดับประเทศและระดับโลก ภาครัฐและเอกชนบริหารจัดการด้านนโยบายที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกัน ยกระดับระบบสวัสดิการ และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกิจกรรมทางสังคม นอกจากนี้ ควรมีการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างอิสระของผู้สูงอายุและยกระดับคุณภาพชีวิตของพวกเขา หากทุกภาคส่วนร่วมมือกันสร้างสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ สังคมผู้สูงอายุจะไม่ใช่ภาระ แต่กลับเป็นโอกาสในการใช้ศักยภาพของผู้สูงอายุให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมโดยรวม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุและผลกระทบที่มีต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิตและบริการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ทบทวนวรรณกรรม

โครงสร้างประชากรโลกเปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมผู้สูงอายุ การทำความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการพัฒนานโยบายและระบบสนับสนุนที่ช่วยเสริมสร้างความเป็นอยู่ที่ดีและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ สัดส่วนของประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นทั่วโลกทำให้จำเป็นต้องมีแนวทางแบบองค์รวมในการตอบสนองต่อความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม การศึกษานี้อ้างอิงแนวคิดจาก ลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow, 1943) และกรอบแนวคิดการสูงอายุอย่างกระฉับกระเฉง (Active Aging Framework) (WHO, 2002) เพื่อกำหนดปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ แนวคิดทั้งสองเน้นความสำคัญของสุขภาพ ความมั่นคง การบูรณาการทางสังคม และการเติมเต็มตนเองในการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับประชากรสูงอายุ

ความต้องการด้านสุขภาพและบริการทางการแพทย์ (Health and Medical Care Needs: HM) สุขภาพและการดูแลทางการแพทย์เป็นปัจจัยพื้นฐานของความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ เนื่องจากส่งผลโดยตรงต่ออายุขัยและความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างอิสระ องค์การอนามัยโลก (WHO, 2023) ระบุว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ จึงจำเป็นต้องมีแนวทางการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุม Beard et al. (2016) พบว่าการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่สามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเน้นความสำคัญของการดูแลเชิงป้องกัน การวินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และแผนการรักษาระยะยาว นอกจากนี้ Ramos et al. (2020) ยังระบุว่าการบูรณาการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การสนับสนุนทางการแพทย์ที่บ้าน และเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล สามารถเพิ่มการเข้าถึงและประสิทธิภาพของระบบการดูแลสุขภาพ

ความต้องการด้านสภาพแวดล้อม การอยู่อาศัยและความปลอดภัย (Living Conditions and Safety Needs: LS) สภาพแวดล้อมการอยู่อาศัยที่ปลอดภัยและเอื้อต่อผู้สูงอายุเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยรักษาความเป็นอิสระและลดความเสี่ยงจากการบาดเจ็บ แนวคิดเรื่องความต้องการด้านความปลอดภัยของมาสโลว์ (Maslow, 1943) ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของโครงสร้างพื้นฐานที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ Sixsmith & Sixsmith (2008) ระบุว่าการปรับปรุงที่อยู่อาศัย เช่น การติดตั้งราวจับ พื้นกันลื่น และการเข้าถึงเก้าอี้รถเข็น สามารถลดความเสี่ยงจากการล้มได้อย่างมาก นอกจากนี้ แนวคิดการสูงอายุในที่อยู่อาศัยของตนเอง (Aging in Place) ซึ่งได้รับการสนับสนุนโดย Wiles et al. (2012) ชี้ให้เห็นว่าการที่ผู้สูงอายุสามารถอยู่อาศัยในบ้านของตนเองได้นานขึ้นช่วยส่งเสริมความมั่นคงทางจิตใจและอารมณ์ องค์การเพื่อความร่วมมือและการพัฒนาทางเศรษฐกิจ (OECD, 2019) ยังเน้นว่าการวางแผนเมืองควรรวมโครงสร้างพื้นฐานที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เช่น ระบบขนส่งมวลชนที่เข้าถึงง่าย ทางเดินเท้าที่ปลอดภัย และระบบตอบสนองฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ

ความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological and Emotional Needs: PE) สุขภาพจิตและอารมณ์มีบทบาทสำคัญในการรักษาความพึงพอใจในชีวิตและความแข็งแกร่งทางจิตใจของผู้สูงอายุ แบบจำลองความเป็นอยู่ที่ดีทางจิตวิทยาของ Ryff (1989) เน้น

ว่าการควบคุมอารมณ์ การยอมรับตนเอง และการมีเป้าหมายในชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญของความมั่นคงทางจิตใจ Holt-Lunstad et al. (2010) พบว่าผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ทางสังคมที่มีระดับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลต่ำกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม นอกจากนี้ Choi et al. (2012) ยังเสนอว่าการใช้เทคนิคบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม (CBT) มีประสิทธิภาพในการจัดการกับความเหงาและความเครียดในผู้สูงอายุ ทำให้การสนับสนุนสุขภาพจิตเป็นสิ่งจำเป็น ดังนั้น การพัฒนาและสนับสนุนระบบบริการสุขภาพจิตและกิจกรรมเชิงป้องกันในระดับชุมชน เช่น กลุ่มสนับสนุนทางสังคม การแนะแนวทางจิตวิทยา และการเสริมสร้างคุณค่าตนเองในผู้สูงอายุ จึงควรเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงวัยในระยะยาว

ความต้องการด้านการได้รับการยอมรับทางสังคมและคุณค่าในตนเอง (SR) (Social Recognition and Self-Worth Needs: SR) การได้รับการยอมรับจากสังคมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการรักษาความภาคภูมิใจในตนเองของผู้สูงอายุ แนวคิดความต้องการด้านความภาคภูมิใจของมาสโลว์ (Maslow, 1943) ชี้ให้เห็นว่าการได้รับการยอมรับจากสังคมมีผลต่อการรับรู้คุณค่าในตนเอง Berg-Weger & Morley (2020) ระบุว่าผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและได้รับการเคารพจากสังคมมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นและมีการทำงานของสมองที่ดีกว่า นอกจากนี้ Anttonen & Karsio (2016) พบว่าโครงการเชื่อมโยงระหว่างวัยและการให้ผู้สูงอายุทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงสามารถช่วยลดอคติทางอายุและส่งเสริมการบูรณาการทางสังคม การเปิดพื้นที่ให้ผู้สูงอายุมีโอกาสแสดงออกถึงศักยภาพของตนเอง และได้รับการยอมรับจากชุมชน เป็นการยกระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self – Worth) และสร้างจุดมุ่งหมายในการดำรงชีวิต (Sense of Purpose) ซึ่งมีผลในเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว

ความต้องการด้านความเป็นอิสระและความมั่นคงทางเศรษฐกิจ (Independence and Economic Security Needs: IE) ความมั่นคงทางการเงินเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตได้อย่างอิสระ แนวคิด Life - Course Perspective ของ Elder (1994) ชี้ให้เห็นว่าความมั่นคงทางเศรษฐกิจในวัยสูงอายุได้รับอิทธิพลจากการตัดสินใจทางการเงินในช่วงวัยทำงาน OECD (2019) รายงานว่าระบบบำนาญและสวัสดิการสังคมมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ขณะที่ Lloyd-Sherlock et al. (2012) ระบุว่าผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานพาร์ทไทม์หรือมีกิจกรรมทางธุรกิจของตนเองมีแนวโน้มที่จะมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจมากกว่า ความมั่นคงทางเศรษฐกิจไม่เพียงแต่เป็นเครื่องมือสนับสนุนด้านปัจจัยพื้นฐานเท่านั้น แต่ยังเป็นตัวขับเคลื่อนที่สำคัญต่อการคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรี ความพึงพอใจในชีวิต และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

ความต้องการด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมและการพัฒนาตนเอง (Social Participation and Self-Development Needs: SP) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและการเรียนรู้ตลอดชีวิตถือเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งเสริมความมีชีวิตชีวาทางปัญญาและความผาสุกทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ กรอบแนวคิดการสูงวัยอย่างมีพลัง (Active Ageing Framework) ที่จัดทำโดยองค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของ “การเรียนรู้ตลอดชีวิต” และ “การมีส่วนร่วมในชุมชน” ในฐานะกลไกหลักในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ Findlay (2003) ได้ศึกษาโปรแกรมทางสังคมที่มีการวางแผนอย่างเป็นระบบ เช่น กิจกรรมอาสาสมัคร การเรียนรู้นอกระบบ และหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งล้วนส่งผลต่อการลดความรู้สึกลดเดี่ยว และช่วยส่งเสริมภาวะสุขภาพทางกาย จิตใจและสังคมอย่างรอบด้าน การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาทักษะที่หลากหลาย ไม่เพียงแต่ช่วยคงไว้ซึ่งความสามารถทางปัญญา แต่ยังเพิ่มพูนโอกาสในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุสามารถรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และรักษาอัตลักษณ์และคุณค่าในตนเองได้อย่างยั่งยืน

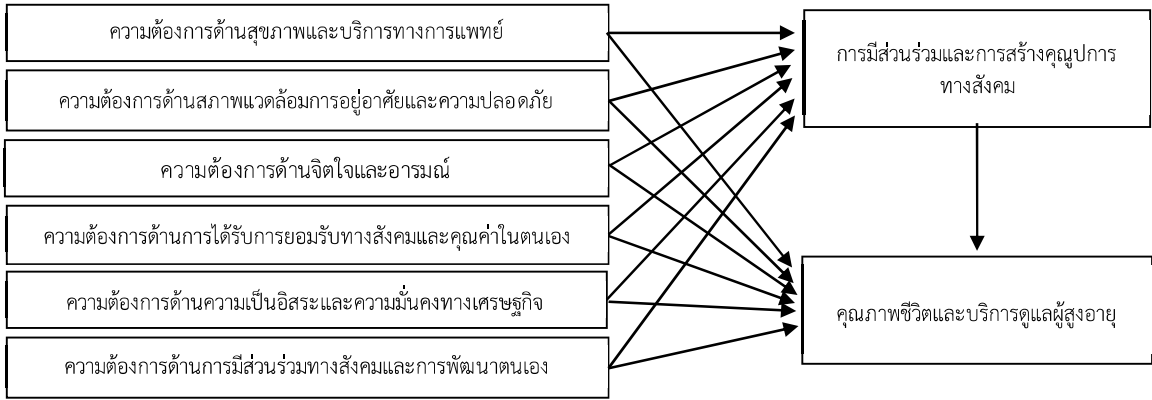
การมีส่วนร่วมและการสร้างคุณูปการทางสังคม (Participation and Social Contribution: PC) ความต้องการในการมีส่วนร่วมทางสังคมและการสร้างคุณูปการต่อสังคมยังคงเป็นหนึ่งในความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นกลไกที่ช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าและการดำรงอยู่ที่มีความหมายในช่วงปลายชีวิต แนวคิดนี้สอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคมของ Erikson (1959) ซึ่งได้เสนอว่าในระยะของชีวิตผู้ใหญ่ตอนปลาย บุคคลจะเผชิญกับภาวะ “การถ่ายทอดสิ่งดีงาม” (Generativity) หรือความปรารถนาที่จะส่งต่อความรู้ ประสบการณ์ และคุณค่าทางสังคมแก่คนรุ่นหลัง เพื่อรักษาความต่อเนื่องของตนในสังคมและสร้างความรู้สึกรับผิดชอบอย่างยั่งยืน จากการศึกษาของ Tang et al. (2019) พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมให้คำปรึกษา (Mentorship) หรือโครงการอาสาสมัครในชุมชนมักรายงานว่ามีความภาคภูมิใจในตนเอง (Self-esteem) และความเป็นอยู่ทางสติปัญญา (Cognitive Well-being) สูงกว่าผู้ที่ไม่ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าว ซึ่งบ่งชี้ว่าการมีบทบาทเชิงรุกในสังคมสามารถสร้างผลลัพธ์ทางจิตใจที่ดีต่อผู้สูงอายุ

ได้อย่างชัดเจน จากการสังเคราะห์วรรณกรรมข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมอย่างมีคุณค่าในกิจกรรมทางสังคม เช่น การเป็นอาสาสมัคร การให้คำปรึกษา หรือการมีบทบาทในองค์กรชุมชน ย่อมส่งผลเชิงบวกต่อทั้งตัวผู้สูงอายุและสังคมโดยรวม โดยเฉพาะในด้านสุขภาพจิต ความผูกพันระหว่างวัย และการลดอคติทางอายุ

คุณภาพชีวิตและบริการดูแลผู้สูงอายุ (Quality of Life and Elderly Care Services: QL) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุครอบคลุมหลายมิติ อาทิ สุขภาพกาย ความสัมพันธ์ทางสังคม ความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างอิสระ และการเข้าถึงบริการสนับสนุนต่าง ๆ องค์การอนามัยโลก (WHO, 2006) ได้พัฒนาเครื่องมือ WHOQOL-OLD ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดเฉพาะสำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงมิติที่มีผลกระทบต่อชีวิตในช่วงบั้นปลายอย่างรอบด้าน Bowling & Gabriel (2007) ระบุว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการสาธารณสุข และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่มีความหมาย ทั้งนี้ ความรู้สึกเป็นเจ้าของในสังคมและการได้รับการยอมรับจากผู้อื่นเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งเสริมความพึงพอใจในชีวิต ในบริบทของบริการดูแลผู้สูงอายุ Walker & Maltby (2012) เสนอว่า ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีความครอบคลุม เช่น การดูแลที่บ้าน (Home-based Care) ที่พักอาศัยแบบมีผู้ดูแล (Assisted Living) และโครงการสนับสนุนจากชุมชน ล้วนมีบทบาทสำคัญในการรักษาคุณภาพชีวิตของประชากรสูงวัยในสังคมที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ นอกจากนี้ Almeida et al. (2021) พบว่า การให้บริการดูแลผู้สูงอายุแบบเฉพาะบุคคล (Personalized Care Model) ส่งผลเชิงบวกต่อเสถียรภาพทางอารมณ์และความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการออกแบบบริการดูแลแบบมุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Person-centered Care) เพื่อตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะตัวของผู้สูงอายุในแต่ละราย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้จะช่วยเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งให้ข้อมูลเชิงลึกในการพัฒนานโยบายและมาตรการสนับสนุนที่เหมาะสมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชากรสูงวัยในอนาคต โดยการดำเนินการวิจัยตามกรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงโครงสร้างเพื่อตรวจสอบความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุและผลกระทบที่มีต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมและคุณภาพชีวิตในสังคมที่กำลังเข้าสู่ภาวะสูงวัย โดยใช้แนวทางการวิจัยเชิงปริมาณในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ การศึกษานี้ดำเนินการในประเทศไทย โดยเก็บข้อมูลผ่านแบบสำรวจโครงสร้างที่ออกแบบมาเพื่อสะท้อนถึงแง่มุมต่างๆ ของการมีส่วนร่วมทางสังคม ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และสุขภาวะทางจิตใจของผู้สูงวัย

การศึกษานี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของผู้สูงอายุที่เคยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคม จากหลากหลายภูมิหลังทางประชากร และเศรษฐกิจสังคม โดยมีผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด

400 คน ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป กระบวนการเก็บข้อมูลดำเนินการทั้งในรูปแบบออนไลน์และออฟไลน์ โดยใช้หน่วยงานภาครัฐ ศูนย์ชุมชน และสมาคมผู้สูงอายุ เป็นช่องทางในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย ทั้งนี้ มีการมอบสิ่งจูงใจเป็นของที่ระลึกเพื่อส่งเสริมการตอบแบบสอบถาม และมีการอธิบายวัตถุประสงค์ของงานวิจัยอย่างชัดเจนเพื่อให้ผู้เข้าร่วมเข้าใจและให้ความยินยอมอย่างมีข้อมูลครบถ้วน (Informed Consent) การเก็บข้อมูลเป็นไปตามแนวทางของ MacKenzie & Podsakoff (2012) ซึ่งรวมถึงการอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาอย่างชัดเจน การแจ้งให้ผู้เข้าร่วมทราบถึงความสำคัญ of คำถาม การตอบข้อกังขาของผู้เข้าร่วม และการรับรองความเป็นส่วนตัวและการไม่เปิดเผยตัวตนของผู้เข้าร่วม เพื่อควบคุมอคติในการตอบคำถาม (Response Bias) มีการใช้กระบวนการสุ่มสองระดับ (Two - Level Randomization) ได้แก่ การเรียงลำดับหัวข้อแบบสุ่มและการเรียงลำดับคำถามแต่ละข้อแบบสุ่มในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ได้มีการทดสอบเบื้องต้น (Pre - Test) กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 30 คน เพื่อประเมินความชัดเจนและความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม ผลการทดสอบให้ค่าอัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .870 ซึ่งบ่งชี้ว่ามีความสอดคล้องภายในที่ดีเยี่ยม

การสุ่มตัวอย่างและการเก็บข้อมูล

การศึกษานี้มีเป้าหมายเพื่อสำรวจความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุและอิทธิพลที่มีต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมและคุณภาพชีวิต ข้อมูลถูกเก็บจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 400 คนในประเทศไทย ผ่านแบบสอบถามที่มีโครงสร้างชัดเจน และดำเนินการทั้งในรูปแบบออนไลน์และออฟไลน์เพื่อให้ได้ตัวแทนที่ครอบคลุม โดยกระบวนการสุ่มตัวอย่างแบ่งชั้นภูมิจากข้อมูลที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ 120 คน องค์กรด้านสาธารณสุข 110 คน ศูนย์ชุมชน 110 คน และสมาคมผู้สูงอายุ 100 คน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายทางภูมิศาสตร์ โดยครอบคลุมทั้งพื้นที่เมืองและชนบท ในขั้นต้นมีการเก็บข้อมูลทั้งหมด 450 ชุด แต่หลังจากการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลและคัดกรอง พบว่ามีแบบสอบถามที่สมบูรณ์และสามารถนำมาวิเคราะห์ได้ 400 ชุด ในช่วงเดือนมกราคม ถึง เมษายน 2568

แบบสอบถามได้รับการออกแบบให้ใช้เวลาประมาณ 30 นาทีในการตอบ และครอบคลุมมิติสำคัญ ได้แก่ สถานะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในชุมชน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตัวแปรแต่ละตัวถูกวัดด้วยมาตร Likert 5 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ไปจนถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” เพื่อให้มั่นใจในความแม่นยำของการวัดและลดอคติในการตอบคำถาม มีการใช้กระบวนการสุ่มสองระดับ ได้แก่ การเรียงลำดับหัวข้อและคำถามแต่ละข้อแบบสุ่มเพื่อลดความเสี่ยงของอคติที่เกิดจากลำดับคำถาม (Order Bias) และความเหนื่อยล้าของผู้ตอบ (Response Fatigue)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

งานวิจัยครั้งนี้ใช้ แบบสอบถามมาตร Likert 5 ระดับ เป็นเครื่องมือหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยออกแบบให้ครอบคลุมประเด็นความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุในหลายมิติ ได้แก่ ความต้องการด้านสุขภาพและบริการทางการแพทย์ (HM) ความต้องการด้านสภาพแวดล้อมและความปลอดภัย (LS) ความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์ (PE) ความต้องการด้านการได้รับการยอมรับทางสังคมและคุณค่าในตนเอง (SR) ความต้องการด้านความเป็นอิสระและความมั่นคงทางเศรษฐกิจ (IE) รวมถึงความต้องการด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมและการพัฒนาตนเอง (SP) พร้อมทั้งวัดตัวแปรด้านการมีส่วนร่วมและการสร้างคุณภาพการทางสังคม (PC) และคุณภาพชีวิต (QL) ของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุจำนวน 400 คน ที่ได้จากวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ทั้งนี้ ก่อนนำไปใช้จริงได้มีการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้นจำนวน 30 คน เพื่อประเมินความชัดเจนและความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม ผลการทดสอบให้ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ .870 ซึ่งสะท้อนถึงความสอดคล้องภายในที่อยู่ในเกณฑ์ดี

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ทั้งสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM) โดยสถิติเชิงพรรณนาถูกนำมาใช้เพื่ออธิบายลักษณะประชากรและค่าเฉลี่ยของความต้องการพื้นฐานในแต่ละด้าน ขณะที่การวิเคราะห์สมการโครงสร้าง (SEM) ถูกใช้เพื่อทดสอบสมมติฐานและตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการวิจัย

การศึกษานี้ใช้การวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างแบบอิงความแปรปรวน (Covariance-Based Structural Equation Modeling: CB-SEM) ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหลายตัวภายในโมเดลเชิงโครงสร้าง CB-SEM ช่วยให้สามารถประเมินความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้อย่างแม่นยำในเชิงปริมาณและใช้ในการทดสอบสมมติฐานการวิเคราะห์ดำเนินการโดยใช้ซอฟต์แวร์ ซึ่งเหมาะสำหรับงานวิจัยที่ต้องการความแม่นยำสูงในการตรวจสอบความถูกต้องของโมเดลเชิงโครงสร้าง

การวิเคราะห์ดำเนินการตามแนวทางสองขั้นตอน ได้แก่

1. การประเมินโมเดลการวัด (Measurement Model Assessment)

- ตรวจสอบความน่าเชื่อถือและความตรงของตัวแปรที่ใช้วัด (Construct Validity)
- วิเคราะห์ค่า Factor Loadings, ค่าเฉลี่ยความแปรปรวนที่สกัดออกมา (Average Variance Extracted: AVE) และค่าความน่าเชื่อถือรวม (Composite Reliability: CR) เพื่อให้มั่นใจว่าตัวแปรมีความสอดคล้องกัน

2. การประเมินโมเดลโครงสร้าง (Structural Model Assessment)

- ทดสอบสมมติฐานโดยใช้ดัชนีวัดความสอดคล้องของโมเดล Chi-Square, RMSEA, CFI
- ใช้กระบวนการ Bootstrapping เพื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของความสัมพันธ์ภายในโมเดล

โมเดล CB-SEM ถูกตั้งค่าตามแนวทางของ Hair et al. (2012) ซึ่งช่วยให้มั่นใจว่าการประมวลผลข้อมูลและการทดสอบสมมติฐานเป็นไปตามมาตรฐานสากล และสามารถประเมินความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในโมเดลเชิงโครงสร้างได้อย่างถูกต้อง

การวิเคราะห์ความเชื่อมั่นและความตรงของตัวแปรแฝง

การประเมินความเชื่อมั่น (Reliability) และความตรง (Validity) ของตัวแปรแฝงในโมเดลการวัดแสดงให้เห็นถึงความสอดคล้องภายในที่แข็งแกร่ง (Internal Consistency) ความตรงเชิงรวม (Convergent Validity) และความตรงเชิงจำแนก (Discriminant Validity) ซึ่งยืนยันถึงความแข็งแกร่งของโมเดลที่เสนอ

ความต้องการด้านสุขภาพและบริการทางการแพทย์ (HM) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loadings) อยู่ในช่วง .638 ถึง 0.832 โดยมีค่าเฉลี่ยความแปรปรวนที่สกัดออกมา (AVE) เท่ากับ .540 ค่าความเชื่อมั่นรวม (CR) .940 และค่าอัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) .849 ซึ่งยืนยันถึงความเชื่อมั่นและความสอดคล้องภายในที่แข็งแกร่ง

ความต้องการด้านสภาพแวดล้อมการอยู่อาศัยและความปลอดภัย (LS) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ในช่วง .470 ถึง .856 ค่าเฉลี่ยความแปรปรวนที่สกัดออกมา (AVE) .546 ค่าความเชื่อมั่นรวม (CR) .938 และค่าอัลฟาของครอนบาค .845 ยืนยันถึงความเชื่อมั่นของตัวแปรนี้

ความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์ (PE) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ในช่วง .432 ถึง .813 ค่าเฉลี่ยความแปรปรวนที่สกัดออกมา (AVE) 0.456 ค่าความเชื่อมั่นรวม (CR) .910 และค่าอัลฟาของครอนบาค .839 แม้ว่า AVE จะต่ำกว่าค่ามาตรฐาน .50 ที่แนะนำโดย Fornell & Larcker (1981) แต่ยังคงเป็นที่ยอมรับได้ เนื่องจาก Malhotra & Dash (2011) และ Hair et al. (2010, 2017) ระบุว่า หาก CR สูงกว่า .70 แสดงถึงความเชื่อมั่นรวมที่แข็งแกร่ง

ความต้องการด้านการได้รับการยอมรับทางสังคมและคุณค่าในตนเอง (SR) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ในช่วง .606 ถึง .778 ค่าเฉลี่ยความแปรปรวนที่สกัดออกมา (AVE) .469 ค่าความเชื่อมั่นรวม (CR) .921 และค่าอัลฟาของครอนบาค .823 ตามแนวทางของ Hair et al. (2010) ค่า AVE ที่ต่ำกว่า .50 ยังคงสามารถยอมรับได้หาก CR อยู่ในระดับสูง

ความต้องการด้านความเป็นอิสระและความมั่นคงทางเศรษฐกิจ (IE) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ในช่วง .386 ถึง .927 ค่าเฉลี่ยความแปรปรวนที่สกัดออกมา (AVE) .422 ค่าความเชื่อมั่นรวม (CR) .908 และค่าอัลฟาของครอนบาค .825 ซึ่งคล้ายกับตัวแปรก่อนหน้า ค่า AVE ที่ต่ำกว่า .50 ยังคงเป็นที่ยอมรับเมื่อ CR มีค่ามากกว่า .70

ความต้องการด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมและการพัฒนาตนเอง (SP) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ในช่วง .707 ถึง .909 ค่าค่าเฉลี่ยความแปรปรวนที่สกัดออกมา (AVE) .648 ค่าความเชื่อมั่นรวม (CR) .942 และค่าอัลฟาของครอนบาค .820 ซึ่งยืนยันถึงความแข็งแกร่งของตัวแปร

การมีส่วนร่วมและการสร้างคุณภาพการทางสังคม (PC) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ในช่วง .753 ถึง .875 ค่าค่าเฉลี่ยความแปรปรวนที่สกัดออกมา (AVE) .681 ค่าความเชื่อมั่นรวม (CR) .960 และค่าอัลฟาของครอนบาค .834 ซึ่งแสดงถึงความสอดคล้องภายในที่แข็งแกร่ง

คุณภาพชีวิตและบริการดูแลสุขภาพ (QL) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ในช่วง .725 ถึง .927 ค่าค่าเฉลี่ยความแปรปรวนที่สกัดออกมา (AVE) .737 ค่าความเชื่อมั่นรวม (CR) .976 และค่าอัลฟาของครอนบาค .849 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความถูกต้องและน่าเชื่อถือของตัวแปรนี้

จากการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยความแปรปรวนที่สกัดออกมา (AVE) ของตัวแปรทั้งหมดเป็นไปตามหรือสูงกว่าค่าที่แนะนำที่ .50 ยกเว้น PE .456, SR .469 และ IE .422 อย่างไรก็ตาม ตามแนวทางของ Malhotra & Dash (2011), Hair et al. (2010, 2017) และ Fornell & Larcker (1981) ค่า AVE ที่ต่ำกว่า .50 ยังคงสามารถยอมรับได้หากค่าความเชื่อมั่นรวม (CR) สูงกว่า .70 ซึ่งเป็นกรณีของตัวแปรทั้งหมดในการศึกษาครั้งนี้ นอกจากนี้ ค่าความเชื่อมั่นรวม (CR) ของตัวแปรทั้งหมดสูงกว่า .70 ซึ่งยืนยันถึงความเชื่อมั่นรวมที่แข็งแกร่ง ค่าความสอดคล้องภายในของอัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ในทุกตัวแปรก็สูง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสอดคล้องกันของตัวแปรและยืนยันถึงความแข็งแกร่งของโมเดลการวัดสำหรับการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (SEM) ต่อไป

จากการทดสอบค่า Factor Loadings พบว่ามีบางตัวแปรที่มีค่า Factor Loadings ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน เช่น LS1 = .470 PE3 = .432 และ IE1 = .386 พิจารณาว่า Composite Reliability (CR) และ Average Variance Extracted (AVE) ของโครงสร้างที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีค่าต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด (CR < .70 และ AVE < .50) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าความเชื่อมั่น (Reliability) และความตรงเชิงบรรทัด (Convergent Validity) ของโครงสร้างดังกล่าวไม่เพียงพอ (Fornell & Larcker, 1981; Hair et al., 2010)

ดังนั้นจึงได้ดำเนินการตัดตัวแปร LS1, PE3 และ IE1 ออกจากโมเดล เพื่อปรับปรุงความเหมาะสมของโมเดลวัดให้สอดคล้องกับเกณฑ์ที่ยอมรับในเชิงวิชาการ การตัดออกนี้ช่วยให้โมเดลมีความเที่ยงตรงสูงขึ้น และเพิ่มคุณภาพของการวัดในโครงสร้างที่เหลือ ผลลัพธ์เหล่านี้สนับสนุนความน่าเชื่อถือและความตรงของโมเดลการวัด ซึ่งทำให้สามารถนำไปใช้ในการทดสอบทางสถิติและการตรวจสอบสมมติฐานได้อย่างมั่นใจ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การทดสอบค่า Factor Loadings

Constructs	Items	FACTOR Loadings	S.E.	AVE.	CR.	α
1. ความต้องการด้านสุขภาพและบริการทางการแพทย์ (HM)	HM1	.656	.039	.540	.940	.849
	HM2	.784	.033			
	HM3	.832	.033			
	HM4	.748	.034			
	HM5	.733	.033			
	HM6	.638	.036			
2. ความต้องการด้านสภาพแวดล้อมการอยู่อาศัยและความปลอดภัย (LS)	LS1	.470	.043	.546	.938	.845
	LS2	.814	.034			
	LS3	.856	.032			
	LS4	.753	.035			
3. ความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์ (PE)	PE1	.813	.046	.456	.910	.839
	PE2	.743	.044			
	PE3	.432	.037			

Constructs	Items	FACTOR Loadings	S.E.	AVE.	CR.	α
	PE4	.748	.051			
	PE5	.565	.047			
4. ความต้องการด้านการได้รับการยอมรับทางสังคมและคุณค่าในตนเอง (SR)	SR1	.677	.039	.469	.921	.823
	SR2	.778	.038			
	SR3	.606	.037			
	SR4	.666	.047			
5. ความต้องการด้านความเป็นอิสระและความมั่นคงทางเศรษฐกิจ (IE)	IE1	.386	.047	.422	.908	.825
	IE2	.927	.038			
	IE3	.509	.044			
6. ความต้องการด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมและการพัฒนาตนเอง (SP)	SP1	.707	.039	.648	.942	.820
	SP2	.755	.039			
	SP3	.909	.041			
	SP4	.835	.041			
7. ด้านการมีส่วนร่วมและการสร้างคุณูปการทางสังคม (PC)	PS1	.753	.042	.681	.960	.834
	PS2	.780	.052			
	PS3	.875	.019			
	PS4	.855	.018			
	PS5	.857	.012			
8. คุณภาพชีวิตและบริการดูแลผู้สูงอายุ (QL)	QL1	.725	.014	.737	.976	.849
	QL2	.832	.015			
	QL3	.885	.029			
	QL4	.908	.018			
	QL5	.927	.014			

การวิเคราะห์ข้อมูลประชากร (Demographic Analysis)

การวิจัยครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจำนวน 400 คน โดยพิจารณาจากลักษณะด้านเพศ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 238 คน (ร้อยละ 59.50) ขณะที่ผู้ตอบแบบสอบถามเพศชายมีจำนวน 162 คน (ร้อยละ 40.5) สะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้มีสัดส่วนของเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในด้านอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60 – 65 ปี จำนวน 143 คน (ร้อยละ 35.80) รองลงมา ได้แก่ กลุ่มอายุ 66–70 ปี จำนวน 123 คน (ร้อยละ 30.80) กลุ่มอายุ 71–75 ปี จำนวน 60 คน (ร้อยละ 15.00) กลุ่มอายุ 76–80 ปี จำนวน 44 คน (ร้อยละ 11.00) และกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 80 ปี จำนวน 30 คน (ร้อยละ 7.50) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุในช่วงต้นของวัยสูงอายุ (Early old age) สอดคล้องกับประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยในปัจจุบัน (Wikipedia, 2025) ในส่วนของระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 304 คน (ร้อยละ 76.00) ขณะที่ผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมีจำนวน 71 คน (ร้อยละ 17.80) และระดับปริญญาโท จำนวน 25 คน (ร้อยละ 6.20) ทั้งนี้ ไม่พบผู้ตอบแบบสอบถามที่มีการศึกษาระดับปริญญาเอก สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำ

ในด้านประสบการณ์การทำงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนมาก คือ 177 คน (ร้อยละ 44.30) ไม่เคยมีประสบการณ์การทำงานในองค์กรใดมาก่อน สำหรับผู้ที่มีประสบการณ์การทำงาน พบว่า มีจำนวน 75 คน (ร้อยละ 18.80) มีประสบการณ์น้อยกว่า 20 ปี จำนวน 41 คน (ร้อยละ 10.30) มีประสบการณ์ 21–25 ปี จำนวน 48 คน (ร้อยละ 12.00) มีประสบการณ์ 25–30 ปี และจำนวน 59

คน (ร้อยละ 14.80) มีประสบการณ์มากกว่า 30 ปี สะท้อนให้เห็นถึงความหลากหลายด้านประสบการณ์การทำงานของผู้สูงอายุ โดยมีสัดส่วนหนึ่งที่มีประสบการณ์ทำงานในระดับสูง และอีกสัดส่วนที่ไม่มีประวัติการทำงานในองค์กรอย่างเป็นทางการเลย

การวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาสำหรับตัวแปรแต่ละด้าน พบว่า ความต้องการด้านสุขภาพและบริการทางการแพทย์ (HM) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.369, SD = .538) แสดงให้เห็นถึงความเห็นพ้องต้องกันอย่างมากในกลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามว่า บริการด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญสูงสุด โดยค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ต่ำ สะท้อนถึงความแตกต่างของความคิดเห็นที่ค่อนข้างน้อย ซึ่งยืนยันว่าความต้องการด้านบริการทางการแพทย์ถือเป็นความจำเป็นพื้นฐานที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในกลุ่มผู้สูงอายุ

รองลงมาคือ ความต้องการด้านสภาพแวดล้อมการอยู่อาศัยและความปลอดภัย (LS) (Mean = 4.342, SD = .571) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญต่อการมีที่อยู่อาศัยที่มั่นคงและปลอดภัยในระดับสูงเช่นกัน แม้ว่าค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานจะสูงกว่าด้านสุขภาพเล็กน้อย แต่ยังคงอยู่ในระดับที่ต่ำ สะท้อนให้เห็นว่าความคิดเห็นในประเด็นนี้ยังคงมีความคล้ายคลึงกันโดยรวม อาจมีความแตกต่างบ้างขึ้นอยู่กับบริบทด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมด้านความปลอดภัยของแต่ละบุคคล

สำหรับ ความต้องการด้านความเป็นอิสระและความมั่นคงทางเศรษฐกิจ (IE) (Mean = 3.934, SD = .639) อยู่ในลำดับที่สาม สะท้อนว่าความมั่นคงทางการเงินเป็นประเด็นที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญในระดับหนึ่ง แม้อาจน้อยกว่าด้านสุขภาพและความปลอดภัยเล็กน้อย โดยค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานที่สูงขึ้น แสดงถึงความแตกต่างของสถานะทางเศรษฐกิจในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งส่งผลต่อทัศนคติต่อความเป็นอิสระทางการเงินที่หลากหลาย

ถัดมาคือ ความต้องการด้านการได้รับการยอมรับทางสังคมและคุณค่าในตนเอง (SR) (Mean = 3.773, SD = .623) ซึ่งสะท้อนว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการได้รับการยอมรับและการมีคุณค่าในฐานะสมาชิกของสังคมในระดับปานกลาง โดยมีความแตกต่างของความคิดเห็นในระดับหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นผลมาจากประสบการณ์ส่วนตัวในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมที่ไม่เท่ากัน

ในประเด็นของ คุณภาพชีวิตและบริการดูแลผู้สูงอายุ (QL) (Mean = 3.770, SD = .763) มีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกับด้านการยอมรับทางสังคม แสดงว่าผู้ตอบแบบสอบถามให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการดูแลผู้สูงอายุในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตาม ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ค่อนข้างสูง บ่งชี้ถึงความแตกต่างของประสบการณ์ในการเข้าถึงบริการดังกล่าว ซึ่งอาจสะท้อนถึงความเหลื่อมล้ำด้านการให้บริการในพื้นที่หรือกลุ่มประชากรต่าง ๆ

ด้านการมีส่วนร่วมและการสร้างคุณภาพการทางสังคม (PC) (Mean = 3.761, SD = .648) และ ความต้องการด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมและการพัฒนาตนเอง (SP) (Mean = 3.740, SD = .686) มีระดับค่าเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกัน แสดงถึงความสนใจของผู้สูงอายุในการมีบทบาทในกิจกรรมของชุมชนและการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องในระดับปานกลาง โดยค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานในระดับปานกลางถึงสูง สะท้อนถึงความแตกต่างในการมีโอกาสร่วมหรือความพร้อมในการมีส่วนร่วมทางสังคมในแต่ละบุคคล

สุดท้าย ความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์ (PE) มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean = 3.651, SD = .670) แสดงว่าประเด็นด้านสุขภาวะทางอารมณ์ได้รับความสำคัญน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับความต้องการด้านอื่น อย่างไรก็ตาม ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานที่อยู่ในระดับค่อนข้างสูง บ่งชี้ถึงความแตกต่างที่ชัดเจนในความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง อาจเป็นผลมาจากสภาวะสุขภาพจิตหรือระบบสนับสนุนทางอารมณ์ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล

การทดสอบค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตจากการใช้เมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ ที่จะนำไปใช้ในการวิเคราะห์เพื่อประมาณค่าพารามิเตอร์ต่าง ๆ ของโมเดลสมการโครงสร้างจากตัวแปรอิสระทฤษฎีการจัดการ จำนวน 8 ตัว โดยใช้เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment) เพื่อตรวจสอบว่ามีความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระเกิน .80 หรือไม่ ผลการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวพบว่า มีความสัมพันธ์ที่ไม่เกิดปัญหา Multicollinearity เนื่องจากความสัมพันธ์ไม่เกิด .80 (Kline,1994) เป็นไปตามหลักเกณฑ์การทดสอบสำหรับเพื่อดำเนินการศึกษาสมการโครงสร้างต่อไป ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกต

	HM	LS	PE	SR	IE	SP	PC	QL
HM	.540							
LS	.784	.546						
PE	.211	.315	.456					
SR	.278	.325	.678	.469				
IE	.416	.388	.388	.522	.422			
SP	.309	.344	.539	.634	.680	.648		
PC	.208	.224	.430	.510	.483	.633	.681	
QL	.252	.310	.280	.442	.471	.343	.460	.737

ผลการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM)

จากผลการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างตัวแปรในโมเดลที่เสนอ โดยตัวแปรด้านความต้องการด้านการได้รับการยอมรับทางสังคมและคุณค่าในตนเอง (SR), ความต้องการด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม และการพัฒนาตนเอง (SP) มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมและการสร้างคุณภาพการทางสังคม (PC) และความต้องการด้านสภาพแวดล้อม การอยู่อาศัยและความปลอดภัย (LS), ความต้องการด้านความเป็นอิสระและความมั่นคงทางเศรษฐกิจ (IE) ความต้องการด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมการพัฒนาตนเอง (SP) มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตและบริการดูแลผู้สูงอายุ (QL) และด้านการมีส่วนร่วม และการสร้างคุณภาพการทางสังคม (PC) มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตและบริการดูแลผู้สูงอายุ (QL) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยเฉพาะตัวแปร การมีส่วนร่วมและการสร้างคุณภาพการทางสังคม (PC) พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงบวกมากที่สุด ได้แก่ ความต้องการด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมและการพัฒนาตนเอง (SP) ($\beta = 0.437, P < .001$) และด้านความต้องการด้านการได้รับการยอมรับทางสังคมและคุณค่าในตนเอง (SR) ($\beta = 0.143, P = .018$) ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมหรือชุมชนมีความเชื่อมโยงกับการได้รับการยอมรับจากผู้อื่น และการมีโอกาในการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยบุคคลที่รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองได้รับการยอมรับและมีช่องทางในการเติบโต จะมีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมมากยิ่งขึ้น ในทางตรงกันข้าม ตัวแปร ความต้องการด้านสุขภาพและการแพทย์ (HM), ความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์ (PE) และความต้องการด้านสภาพแวดล้อมการอยู่อาศัยและความปลอดภัย (LS) ไม่แสดงอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อ การมีส่วนร่วมและการสร้างคุณภาพการทางสังคม (PC) ซึ่งบ่งชี้ว่าแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุไม่ได้ขึ้นอยู่กับสุขภาพหรือสภาพแวดล้อมทางกายภาพโดยตรง แต่ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและโอกาสในการพัฒนาตนเองมากกว่า

ความต้องการด้านความเป็นอิสระและความมั่นคงทางเศรษฐกิจ (IE) มีอิทธิพลมากที่สุดต่อคุณภาพชีวิต ($\beta = 0.406, P < .001$) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของความมั่นคงทางการเงินและความสามารถในการพึ่งพาตนเองในการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ด้านความต้องการด้านการได้รับการยอมรับทางสังคมและคุณค่าในตนเอง (SR) ยังส่งผลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน ($\beta = 0.352, P < .001$) สะท้อนว่าการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าจากสังคมมีส่วนช่วยส่งเสริมภาวะความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะเดียวกัน ความต้องการด้านสภาพแวดล้อมการอยู่อาศัยและความปลอดภัย (LS) มีอิทธิพลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตในระดับที่มีนัยสำคัญ ($\beta = 0.279, P = .002$) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการมีที่อยู่อาศัยที่มั่นคงและสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมความพึงพอใจและความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ตัวแปร ความต้องการด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมและการพัฒนาตนเอง (SP) กลับแสดงผลเชิงลบต่อคุณภาพชีวิต ($\beta = -0.305, P < .001$) ซึ่งอาจสะท้อนถึงความท้าทายที่เกิดจากความคาดหวังทางสังคมหรือความกดดันจากการมีส่วนร่วมที่มากเกินไป ทำให้ผู้สูงอายุบางกลุ่มอาจรู้สึกเหนื่อยล้าหรือขาดความพึงพอใจดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์หัตถ์ทำนายด้วยโมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM)

Path	Hypothesis	Estimate	S. E	C.R.	P-Value	สมมติฐาน
HM → PC	H1	.013	.076	.169	.866	ปฏิเสธ
PE → PC	H2	.065	.052	1.257	.209	ปฏิเสธ
LS → PC	H3	-.046	.072	-.644	.519	ปฏิเสธ
SR → PC	H4	.143	.061	2.367	.018**	ยอมรับ
IE → PC	H5	.083	.056	1.500	.134	ปฏิเสธ
SP → PC	H6	.437	.056	7.837	.000***	ยอมรับ
HM → QL	H7	-.140	.094	-1.488	.137	ปฏิเสธ
LS → QL	H8	.279	.089	3.143	.002**	ยอมรับ
PE → QL	H9	-.102	.064	-1.584	.113	ปฏิเสธ
SR → QL	H10	.352	.076	4.666	.000***	ยอมรับ
IE → QL	H11	.406	.069	5.874	.000***	ยอมรับ
SP → QL	H12	-.305	.074	-4.113	.000***	ยอมรับ
PC → QL	H13	.395	.062	6.362	.000***	ยอมรับ

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00

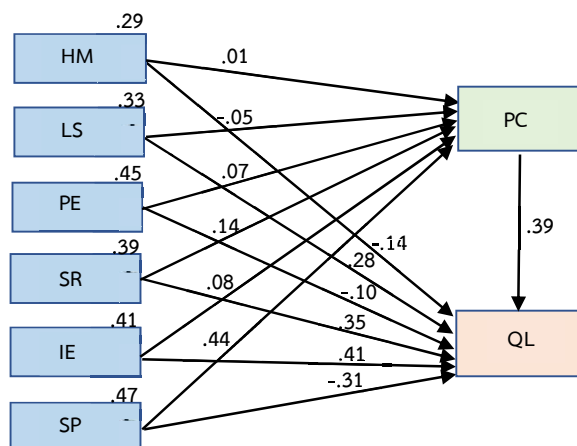
การประเมินความสอดคล้องของโมเดลเชิงโครงสร้างกับข้อมูลจริง สามารถวัดได้จากค่าดัชนีต่าง ๆ ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการวิเคราะห์ความสอดคล้อง (Goodness of Fit Indices) โดยผลการวิเคราะห์ครั้งนี้พบว่าโมเดลมีความสอดคล้องอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ตามหลักเกณฑ์สากล ค่า $\chi^2/df = 2.60$ ซึ่งไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (<3) โมเดลจึงมีความสอดคล้องที่เหมาะสมระหว่างทฤษฎีกับข้อมูลจริง

ด้านค่าดัชนีความกลมกลืน (Fit Indices) ได้แก่ GFI = .954, AGFI = .913, NFI = .918, และ IFI = .919 ซึ่งทุกค่ามีค่ามากกว่า .90 แสดงให้เห็นว่าโมเดลมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างชัดเจน ค่า RMR = .008 และ RMSEA = .020 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ($<.05$) ยืนยันว่าโมเดลมีค่าความคลาดเคลื่อนต่ำและสามารถอธิบายข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โดยสรุป ค่าดัชนีทั้งหมดแสดงถึงความสอดคล้องของโมเดลที่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้ สะท้อนว่าโมเดลเชิงโครงสร้างที่นำเสนอสามารถอธิบายข้อมูลเชิงประจักษ์ได้อย่างเหมาะสมและมีความน่าเชื่อถือ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เกณฑ์ค่าดัชนีการประเมินเปรียบเทียบกันระหว่างจำนวนองศาอิสระของตัวแบบ

ดัชนี	ค่า อยู่ระหว่าง	ตัวแบบตาม ทฤษฎีกับข้อมูล	เกณฑ์สอดคล้อง เมื่อมีค่า	ค่าสถิติ
χ^2/df	<3	สอดคล้องกัน	ไม่เกิน 3	2.600
GFI	0 ถึง 1	สอดคล้องกัน	$> .9$	.954
AGFI	0 ถึง 1	สอดคล้องกัน	$> .9$	.913
NFI	0 ถึง 1	สอดคล้องกัน	$> .9$	.918
IFI	0 ถึง 1	สอดคล้องกัน	$> .9$	.919
RMR	0 ถึง 1	สอดคล้องกัน	$< .05$	.008
RMSEA	0 ถึง 1	สอดคล้องกัน	$< .05$	.020



ภาพที่ 2 ตัวแบบสมการโครงสร้าง

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้มีส่วนสนับสนุนและเสริมสร้างองค์ความรู้จากวรรณกรรมที่มีอยู่เกี่ยวกับผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมทางสังคม พร้อมทั้งเปิดมุมมองใหม่ในการทำความเข้าใจปัจจัยที่กำหนดความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being) ของผู้สูงอายุในบริบทของประเทศไทย โดยผลลัพธ์ที่ได้สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยหลากหลายมิติที่ส่งอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ประเด็นสำคัญคือ ความต้องการด้านความเป็นอิสระและความมั่นคงทางเศรษฐกิจ (IE) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงที่สุดต่อคุณภาพชีวิตและบริการดูแลผู้สูงอายุ (QL) (ยืนยันสมมติฐาน H11) ซึ่งชี้ให้เห็นถึงบทบาทเชิงยุทธศาสตร์ของความมั่นคงทางการเงินในการส่งเสริมความสามารถในการพึ่งพาตนเอง (Autonomy) และความพึงพอใจในชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับแนวคิดของ WHO (2020) ที่เน้นย้ำว่าเศรษฐกิจมั่นคงเป็นรากฐานของการมีสุขภาวะที่ดีในสังคมสูงวัย

ผลการวิจัยยังแสดงให้เห็นว่า ด้านความต้องการด้านการได้รับการยอมรับทางสังคมและคุณค่าในตนเอง (SR) และความต้องการด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมและการพัฒนาตนเอง (SP) มีผลต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุในระดับนัยสำคัญ (สนับสนุนสมมติฐาน H6 และ H12) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคมของ Erikson (1959) โดยเฉพาะแนวคิด “Generativity” ซึ่งหมายถึงความปรารถนาในการถ่ายทอดประสบการณ์และคุณค่าให้คนรุ่นหลัง เพื่อสร้างความหมายของตนในบริบทของสังคม การได้รับการยอมรับจึงไม่เพียงแต่ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเท่านั้น แต่ยังเชื่อมโยงกับความผูกพันในความสัมพันธ์ระหว่างรุ่น และสอดคล้องกับ สายพิน ปันทอง (2565) ระบุว่าผู้สูงอายุมีความต้องการการยอมรับและเคารพยกย่องนับถือ และการแสดงออกถึงความมีคุณค่าจากสมาชิกในครอบครัว และสังคมของผู้สูงอายุ ความต้องการต้องการสร้างวิถีดำเนินชีวิตของตนเอง มุ่งสร้างความดีงามให้แก่ตนเองเพิ่มมากขึ้น ความต้องการต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว สังคมและหมู่คณะ มีความต้องการต้องการช่วยเหลือสังคมและมีบทบาทในสังคมตามความถนัด และต้องการสามารถควบคุมทางจิตใจตนเอง และอารมณ์ไปในทิศทางที่ดี

ในขณะเดียวกัน ความต้องการด้านสภาพแวดล้อมการอยู่อาศัยและความปลอดภัย (LS) ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ (สนับสนุนสมมติฐาน H8) โดยชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นของการมีโครงสร้างพื้นฐานและนโยบายที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตในชุมชนเดิม (Aging in Place) ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ Wiles et al. (2012) ที่ระบุว่าการคงอยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยช่วยส่งเสริมความมั่นคงทางจิตใจและเสถียรภาพทางอารมณ์ของผู้สูงอายุอย่างชัดเจน นอกจากนี้ ความต้องการด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมและการพัฒนาตนเอง (SP) มีผลเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วมและการสร้างคุณภาพการทางสังคม (PC) (ยืนยันสมมติฐาน H6 และ H13) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังชี้ให้เห็นว่า ความต้องการด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมและการพัฒนาตนเอง (SP) การพึ่งพาการมีส่วนร่วมทางสังคมมากเกินไป อาจส่งผลเชิงลบต่อความเป็นอยู่โดยรวม ซึ่งสะท้อนว่าการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุควรมีกลยุทธ์ที่มีโครงสร้าง และสมดุลเพื่อป้องกันความเหนื่อยล้าทางสังคมหรือการพึ่งพิงทางจิตใจ (Social Exhaustion and Dependency)

ในทางตรงกันข้าม ความต้องการด้านสุขภาพและบริการทางการแพทย์ (HM) แม้เป็นพื้นฐานสำคัญ แต่กลับไม่มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการมีส่วนร่วมทางสังคม (ไม่ยืนยันสมมติฐาน H1 และ H7) ซึ่งอาจสะท้อนว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับความมั่นคงทางสังคม และเศรษฐกิจมากกว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อมีส่วนร่วมในชีวิตชุมชน เช่นเดียวกับ ความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์ (PE) (ไม่ยืนยัน H2 และ H9) ที่แม้ไม่มีบทบาทโดยตรงต่อการมีส่วนร่วม แต่ยังคงมีความสำคัญต่อสุขภาวะโดยรวม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า เครือข่ายทางสังคม (Social Networks) และความมั่นคงทางเศรษฐกิจ อาจทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการส่งผลต่อความต้องการเหล่านี้ (Kahn & Antonucci, 1980) ยิ่งไปกว่านั้น ผลการศึกษายังพบว่า การมีส่วนร่วมและการสร้างคุณภาพทางสังคม (PC) มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อทั้ง คุณภาพชีวิต และการเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (ยืนยันสมมติฐาน H13) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Tang et al. (2019) ที่เน้นย้ำถึงประโยชน์แบบสองทาง (Reciprocal Benefits) ของการมีส่วนร่วมทางสังคม กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุได้มีบทบาทในกิจกรรมที่มีความหมาย ย่อมเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ มีเป้าหมายในชีวิต และในขณะเดียวกันก็สร้างคุณภาพให้กับสังคมอย่างเป็นรูปธรรม

โดยสรุป ผลการศึกษานี้มีส่วนสำคัญต่อการพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุในบริบทของสังคมไทย โดยแสดงให้เห็นถึงการเชื่อมโยงของปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และจิตใจในการกำหนดสุขภาวะของผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน ดังนั้น ผู้กำหนดนโยบายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียควรให้ความสำคัญกับแนวทางแบบองค์รวม (Holistic Strategies) ที่ผสานความมั่นคงทางการเงิน การสนับสนุนทางสังคม และสภาพแวดล้อมที่เข้าถึงได้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่มีคุณค่า สมศักดิ์ศรี และมีความสุขอย่างยั่งยืนในบริบทของสังคมผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ประเด็นเชิงลึกใหม่ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยกำหนดสุขภาวะของผู้สูงอายุในบริบทของประเทศไทย และชี้ให้เห็นถึงลักษณะพหุปัจจัย (Multifaceted Factors) ที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างชัดเจน โดยเสนอข้อเสนอแนะดังนี้

1. องค์กรชุมชนควรส่งเสริมกิจกรรมระหว่างรุ่น (Intergenerational Engagement) เช่น โครงการพี่เลี้ยง (Mentorship), อาสาสมัครสูงวัย (Senior Volunteering) และโครงการที่ให้คุณค่ากับบทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาสังคม
2. ผู้กำหนดนโยบายและองค์กรภาคสังคมควรออกแบบโปรแกรมที่ยืดหยุ่น (Flexible Participation) และหลากหลาย เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกมีส่วนร่วมได้ตามศักยภาพและความพึงพอใจ
3. ผู้กำหนดนโยบายควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมระบบเงินบำนาญ (Pension Systems) การจ้างงานผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับศักยภาพ และการส่งเสริมทักษะทางการเงิน (Financial Literacy) เพื่อเสริมสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจของประชากรสูงวัย
4. ควรมีการออกแบบโปรแกรมภาครัฐหรือท้องถิ่นที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในกิจกรรมพลเมือง (Civic Engagement), การเรียนรู้ตลอดชีวิต และกิจกรรมทางวัฒนธรรม เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์ร่วมระหว่างบุคคลและสังคม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional) ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูล ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น จึงไม่สามารถสะท้อนถึงความเปลี่ยนแปลงของปัจจัยด้านสุขภาวะ การมีส่วนร่วมทางสังคม และเสถียรภาพทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุที่อาจเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาได้ งานวิจัยในอนาคตควรใช้วิธีวิจัยแบบระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อศึกษาพัฒนาการและความสัมพันธ์ของตัวแปรเหล่านี้ในระยะยาว ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น
2. ควรต่อยอดงานวิจัยในรูปแบบเปรียบเทียบเชิงวัฒนธรรม (Cross-Cultural Comparative Studies) จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการขยายความเข้าใจเกี่ยวกับแนวโน้มการสูงวัยในระดับสากล

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2561). *ยุทธศาสตร์กรมกิจการผู้สูงอายุ 20 ปี ประจำปี พ.ศ. 2561-2580*. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. โรงพิมพ์สามลดา.
- มยุรี ลีทองอิน, สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์, สุทธินันท์ สุบินดี, พชร โชติชัยสถิตย์, และปรีชญา สังคพัฒน์. (2567). ประสิทธิผลของรูปแบบกิจกรรมป้องกันสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการรับรู้ของผู้สูงอายุจังหวัดขอนแก่น. *วารสารแพทยนาวิ*. 48(2), 407-419.
- สายพิน ปั่นทอง. (2565) องค์ประกอบความต้องการจำเป็นพื้นฐานที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุในสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. *วารสารศรีนครินทร์วิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 14(27), 145-150.
- อารีย์ จำปากลาย, ปัทมา วัฏฒะนาวงค์, และกรองทิพย์ ตั้งชลลาภ. (2562). การสนับสนุนจากครอบครัวและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสารประชากรศาสตร์*, 35(1), 1-20.
- Almeida, M., Caldas, C., Ayres, C. G., & Lopes, M. J. (2021). Personalized elderly care: A strategy to promote autonomy and quality of life. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(Suppl 3), e20201149.
- Anttonen, A., & Karsio, O. (2016). Elderly care policy in Finland: From universalism to managerialism. *Journal of Aging Studies*, 38, 63-72.
- Anttonen A., & Karsio, O. (2016). Eldercare ServiceRedesign in Finland: Deinstitutionalization of Long-Term Care. *Journal of Social Service Research*, 42(2), 151-166.
- Beard, J. R., Officer, A. M., de Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J. P., & Chatterji, S. (2016). The World report on ageing and health: A policy framework for healthy ageing. *The Lancet*, 387(10033), 2145-2154.
- Berg-Weger, M., & Morley, J. E. (2020). Loneliness and social isolation in older adults during the COVID-19 pandemic: Implications for gerontological social work. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24(5), 456-458.
- Bowling, A., & Gabriel, Z. (2007). Lay theories of quality of life in older age. *Ageing & Society*, 27(6), 827-848.
- Choi, N. G., Marti, C. N., & Bruce, M. L. (2012). Six-month post-intervention depression and disability outcomes of in-home telehealth problem-solving therapy for depressed, low-income homebound older adults. *Depression and Anxiety*, 29(7), 539-546.
- Elder, G. H. Jr. (1994). Time, human agency, and social change: Perspectives on the life course. *Social Psychology Quarterly*, 57(1), 4-15.
- Erikson, E. H. (1959). *Identity and the life cycle: Selected papers*. International Universities Press.
- Findlay, R. A. (2003). Interventions to reduce social isolation amongst older people: Where is the evidence? *Ageing and Society*, 23(5), 647-658.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39-50.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed.). Prentice Hall.
- Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2017). *A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM)* (2nd ed.). SAGE.
- Holt-Lunstad J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316.

- Kahn, R. L., & Antonucci, T. C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. *Life-span development and behavior*, 3, 253-286.
- Kline, P. (1994). *An Easy Guide to Factor Analysis*. Routledge.
- Lloyd-Sherlock, P., McKee, M., Ebrahim, S., Gorman, M., Greengross, S., Prince, M., & Smeeth, L. (2012). Population ageing and health. *The Lancet*, 379(9823), 1295-1296.
- MacKenzie, S. B., & Podsakoff, P. M. (2012). Common method bias in marketing: Causes, mechanisms, and procedural remedies. *Journal of Retailing*, 88(4), 542-555.
- Malhotra, N. K., & Dash, S. (2011). *Marketing Research: An Applied Orientation* (6th ed.). Pearson.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396.
- OECD. (2019). *Addressing population ageing*. OECD Publishing.
- Ramos, V., Espinoza, J., & Arellano, A. (2020). Integrated geriatric care: The role of telemedicine and home-based care. *Geriatric Nursing*, 41(6), 846-852.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Sixsmith, A., & Sixsmith, J. (2008). Ageing in place in the United Kingdom. *Ageing International*, 32(3), 219-235.
- Tang, F., Chi, I., & Dong, X. (2019). The Relationship of Social Engagement and Cognitive Function among Older Chinese Americans: A Mediation Analysis. *Journal of Aging and Health*, 31(7), 1120-1141.
- Tang, F., Zhang, W., & Silverstein, M. (2019). Intergenerational support and depressive symptoms among older adults in rural China: The moderating roles of gender and marital status. *Ageing & Society*, 39(10), 2210-2229.
- Walker, A., & Maltby, T. (2012). Active ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. *International Journal of Social Welfare*, 21(S1), S117-S130.
- WHO. (2002). *Active ageing: A policy framework*. World Health Organization.
- WHO. (2006). *WHOQOL-OLD: Measuring Quality of Life in Older Adults*. Geneva. WHO.
- WHO. (2020). *Decade of Healthy Ageing: Baseline Report*. WHO.
- WHO. (2023). *Noncommunicable diseases*. Retrieved October 6, 2024, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- WHO. (2023). *World report on ageing and health*. Geneva: World Health Organization.
- Wikipedia. (2025). *Demographics of Thailand*. Retrieved September 5, 2025, from <https://chatgpt.com/c/685e6a8c-4334-8001-b0c4-a79a99e83914>
- Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., & Allen, R. E. S. (2012). The meaning of “aging in place” to older people. *The Gerontologist*, 52(3), 357-366.