

กระบวนการเตรียมความพร้อมของวัดในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม

The Process of Readiness Preparation of Temples in Promoting Elderly's Health in Nakhonpathom Province

พระครูวิบูลเจติยาภิรม (ทวี มีสุข)

Phrakhruwibunchetiyaphirom (Tawee Meesuk)

พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต (การพัฒนาสังคม) มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ประเทศไทย

Doctor of Philosophy (Social Development) Mahachulalongkornrajavidyalaya University,

Thailand

Su_cha2509@hotmail.com

Received : April 22, 2019

Revised : May 10, 2019

Accepted : May 14, 2019

บทคัดย่อ

ดุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้มีวัตถุประสงค์ ๓ ประการ คือ ๑) เพื่อศึกษาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของวัดในจังหวัดนครปฐม ๒) เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมของวัดในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม และ ๓) เพื่อวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและแนวโน้มการเตรียมความพร้อมของวัดในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม ผลการวิจัยพบว่า การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของวัดในจังหวัดนครปฐม โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ด้านสุขภาพทางกาย อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนการเตรียมความพร้อมของวัดในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม มีครบทั้ง ๔ ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพทางกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ปัญหาอุปสรรค ได้แก่ บทบาทและความสำคัญของผู้สูงอายุในสังคมมักจะถูกจำกัดให้ลดลง แนวโน้มการเตรียมความพร้อมของวัดในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม ประกอบไปด้วย ๖ องค์ประกอบ: (๑) B = Buddhist principle (หลักพุทธธรรม) (๒) L = Learning (การเรียนรู้) (๓) P= Permanence (การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง) (๔) C= Cooperation (ความร่วมมือ) (๕) C = Community elders (ชุมชนผู้สูงอายุ) และ (๖) N = Network (เครือข่าย) โดยใช้ตัวย่อว่า “BLPCCN”

คำสำคัญ : การเตรียมความพร้อม, วัด, สุขภาพ, จังหวัดนครปฐม

Abstract

The dissertation consisted of objectives: to study the promotion of elderly's well-being in the temples in Nakhonpathom Province; to study the readiness preparation of temples for promoting elderly's well-being in Nakhonpathom Province; and to analyze problems, obstacles and trends in readiness preparation of temples for promoting elderly's well-being. The findings of study are as follows: the promotion of elderly's well-being in temples in Nakhonpathom Province has been found that overall were at the highest level. Having considered each aspect, it has been found that physical well-being was found in the highest level. Meanwhile, the readiness preparation of temples for promoting elderly's well-being, Nakhonpathom Province was the 4 preparations: physical, mental, social and intellectual well-being. The problems and obstacles found were the roles and importance of the elderly in society are often limited to decline. Additionally, the trends in readiness preparation of temples for promoting elderly's well-being Nakhonpathom province consists of 8 elements: (1) B = Buddhist principles, (2) L = Learning, (3) P = Permanence (continuous practice), (4) C = Cooperation, (5) C = Community (elderly community), and (6) N = Network, using the abbreviation "BLPCCN".

Keywords : Readiness Preparation, Temples, Elderly's Health,
Nakhonpathom Province

บทนำ

ในอดีตการศึกษาของคนไทยนั้นปรัชญาและรากเหง้าเกิดจากวัดเพราะการส่งเสริมสุขภาพเกิดจากวัด คนสมัยก่อนให้พระช่วยแนะนำในการดูแลสุขภาพ และวิถีการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ผู้สูงอายุสมัยนั้นจึงมีสุขภาพกายและจิตที่ดี เพราะเขาได้รับการปลูกฝังศีลธรรมทำให้ศีลธรรมจริยธรรมซึมซับเข้าสู่สายเลือด จึงทำให้เป็นบุคคลที่มีจิตใจดีงาม มีคุณธรรมและจริยธรรม บทบาทของพระสงฆ์จึงสมควรหันมาเน้นที่การพัฒนาจิตวิญญาณคุณธรรมจริยธรรม ของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการส่งเสริมการปฏิบัติธรรมในชีวิตประจำวันเพื่อให้เขาสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาสังคมและพัฒนาตนเองและอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ในปัจจุบันสังคมได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและรวดเร็วจึงทำให้เกิดภาวะวิกฤตและปัญหามากมาย เช่น ปัญหาวิกฤตวัฒนธรรม และวิกฤติทางสังคมทำให้ประชาชนได้รับผลกระทบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๙ (พ.ศ.๒๕๔๕ – ๒๕๔๙) ระบุปัญหาสังคมที่มีความเด่นชัด คือ^๑ ปัญหาความเสื่อมถอยของเอกลักษณ์ วัฒนธรรม ค่านิยมความเป็นไทยและมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความอยู่ดีมีสุขของประชาชนเพราะหลายสิบปีที่ผ่านมา เราปล่อยให้กระบวนการศึกษาของชาติเป็นไปตามบุญตามกรรมจนสร้างความสั่นคลอนให้กับสถาบันต่าง ๆ ของชาติในทุก ๆ ด้าน แต่ถ้ามองกันให้ลึกซึ้งถึงที่มาแห่งปัญหาอันที่จริงมักเกิดมาจากคนคนคือวิกฤตของสังคมจะต้องเริ่มต้นด้วยการปฏิรูปการศึกษาด้านคนเสียใหม่คือให้มีคุณภาพมีภูมิปัญญาและคุณธรรมอยู่ในตัวเอง เพราะว่าการศึกษาของไทยในอดีตไม่ได้นำเอาพุทธธรรมมาเป็นฐานของการศึกษา แต่นำระบบและองค์ความรู้ตามโลกนิยมมาเป็นแกนในการจัดการศึกษา ทำให้หลักพุทธธรรมเองห่างเหินจากชีวิตของคนไทยยุคปัจจุบันมากขึ้น และผลจากการจัดการศึกษาที่ผ่านมา การศึกษาไทยนั้นไม่ว่าจะประเมินโดยหน่วยงานใดนอกจากจะไม่เป็นที่น่าพอใจแล้วเป็นที่ยอมรับกันว่าการศึกษาไทยไม่ได้สอนให้คนรู้จักคิดวิเคราะห์ ริเริ่มสร้างสรรค์ และปฏิบัติจริงอีกทั้งหย่อนยานเรื่องการปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมและวัฒนธรรม การศึกษาไทยจึงอยู่ในภาวะวิกฤตทางคุณภาพอย่างหนัก ถึงแม้ว่าการเรียนการสอนในอดีตที่ กระทรวงธรรมการได้กำหนดให้มีวิชาจรรยา เป็นครั้งแรกในหลักสูตรทุกชั้น เมื่อ พ.ศ. ๒๔๔๕ โดยให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก เพื่อกล่อมเกลานิสัยใจคอกุลบุตรกุลธิดาในสมัยนั้น จนถึง พ.ศ. ๒๔๗๔ ได้มีการปรับปรุงหลักสูตร วิชาจรรยาก็ขยายเป็นวิชาหน้าที่พลเมืองและศีลธรรม ถึงแม้ในเวลาต่อมาจะเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับศาสนาและจริยธรรมขึ้นอีก แต่ปัญหาเยาวชนด้านศีลธรรมก็ยังมีมากขึ้นและมีความรุนแรงโดยลำดับ

ประเทศไทย เข้าสู่ “สังคมสูงวัย” มาเป็นเวลา ๑๐ ปี นับตั้งแต่ปี ๒๕๔๘ และกำลังเข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” หากประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปี ขึ้นไป มีจำนวนมากถึง ร้อยละ ๒๐ ในปี ๒๕๖๔ หรือในอีก ๗ ปีข้างหน้า โดยข้อมูลประชากรในปี ๒๕๕๗ มีจำนวนประชากรในประเทศไทย ประมาณ ๖๘ ล้านคน หรือแบ่งเป็นประชากรที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร จำนวน ๖๕ ล้านคน ซึ่งรวมถึงประชากรสัญชาติไทย และไม่ใช้สัญชาติไทย ส่วนอีก ๓ ล้านคน เป็นประชากรที่ไม่ได้อยู่ในทะเบียนราษฎร ส่วนใหญ่เป็นแรงงานย้ายถิ่นฐานจากประเทศใกล้เคียง แม้ว่าการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรยังคงเพิ่มขึ้นต่อไป แต่เป็นการเพิ่มขึ้นอย่างช้าลง อัตราการเพิ่มประชากรในปี ๒๕๕๗ อยู่ที่ ร้อยละ ๐.๕ ต่อปีและมีแนวโน้มที่จะลดลงไปอีกจนถึงจุดอิมตัว ในปี ๒๕๕๖ ส่งผลกระทบไปที่ โครงสร้างอายุของประชากรเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน โดยประชากรผู้สูงอายุจากปี ๒๕๔๘ ที่มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุร้อยละ ๑๐ และเพิ่มขึ้น

^๑ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๙ พ.ศ. ๒๕๔๕ – ๒๕๔๙, (กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ๒๕๔๕), หน้า ๒๙.

เป็นร้อยละ ๑๕ ของประชากรทั้งหมด หรือจำนวน ๑๐ ล้านคน ในปี ๒๕๕๗ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ^๒

ปัจจุบันผู้สูงอายุในประเทศไทยนับว่ามีแนวโน้มที่เพิ่มจำนวนสูงขึ้น^๓ กล่าวคือ ในช่วง ๒๐-๓๐ ปีที่ผ่านมา จำนวนและสัดส่วนของประชากรไทยในวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า ๑๕ ปี) ลดลงในขณะที่จำนวนของประชากรในวัยแรงงาน (อายุ ๑๕-๖๔ ปี) ยังคงเพิ่มขึ้น สำหรับประชากรสูงอายุหรือประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป มีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในอนาคต กล่าวคือ ประชากรสูงอายุจะเพิ่มจากประมาณ ๕ ล้านคนในปัจจุบันเป็นประมาณ ๑๐ ล้านคนในอีก ๒๐ ปี ข้างหน้า

อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ.๒๕๔๔ โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้ดำเนินการสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จากผู้สูงอายุจำนวน ๙๗๐,๖๐๘ คน พบว่า ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยในรอบ ๖ เดือนที่ผ่านมาถึงร้อยละ ๖๒.๒๘% เรียงอันดับโรคที่ทำให้เกิดปัญหาดังนี้ โรคข้อ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หอบหืด และอัมพฤกษ์หรือก่อนหน้านั้น การสำรวจข้อมูลทางสังคมโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในเดือนพฤษภาคม ๒๕๔๒ จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดประมาณ ๕.๕ ล้านคน เป็นผู้ป่วยหรือรู้สึกตัวว่าไม่สบายในระยะ ๒ สัปดาห์ก่อนการสำรวจจำนวน ๑.๗ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๓๐.๖ ของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุหญิงมีอัตราการป่วยสูงกว่าผู้สูงอายุชาย คือ ร้อยละ ๓๓.๕ และร้อยละ ๒๗.๒ ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลมีอัตราการป่วยต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตเทศบาลเล็กน้อย คือ ร้อยละ ๒๙.๕ และร้อยละ ๓๐.๘ ของผู้สูงอายุในแต่ละเขตการปกครองตามลำดับ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มโรคที่ผู้สูงอายุป่วยหรือรู้สึกไม่สบายมากที่สุด ๕ ลำดับแรก คือ^๔

๑. โรคระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ ๒๕.๔
๒. ระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก ร้อยละ ๒๑.๙
๓. โรคหัวใจหลอดเลือด ร้อยละ ๑๕.๙
๔. โรคที่อาการไม่แน่ชัดอื่น ๆ ร้อยละ ๑๑.๐
๕. โรคของต่อมไร้ท่อ ร้อยละ ๘.๗

^๒ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, **พัฒนาผู้สูงอายุไทย ๒๕๕๘**, (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, ๒๕๕๘), หน้า ๘๘.

^๓ นิสา ชูโต, **คนชราไทย**, (กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๕), หน้า ๖๕.

^๔ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, **การสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. ๒๕๔๔**, (กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๔๔), หน้า ๑๓๒.

ภาคีรัฐบาลมีได้เน้นสนใจกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ จะเห็นได้จากงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ ๘ (พ.ศ. ๒๕๔๐-๒๕๔๔) มีวัตถุประสงค์ให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ สามารถดูแลตนเองได้ สมาชิกในครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสแสดงศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน มีการจัดตั้งหน่วยบริการ สวัสดิการอเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนโดยให้ครอบครัวและผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการเรื่องสุขภาพอนามัยให้ครอบครัวอย่างน้อยร้อยละ ๕๐ ของประชากรผู้สูงอายุทั้งประเทศไทย ส่งผลให้อายุขัยเฉลี่ยของชายเพิ่มจาก ๖๘ เป็น ๗๐ ปี และหญิงเพิ่มจาก ๗๒ เป็น ๗๕ ปี

อย่างไรก็ตาม การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจะดำเนินการโดยรัฐบาลเพียงลำพังนั้น อาจไม่เกิดผลสำเร็จเท่าที่ควร ผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน ควรมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วย โดยเฉพาะสถาบันทางศาสนา เนื่องจากสถาบันทางศาสนาเป็นทรัพยากรอันมหาศาลในการส่งเสริมสุขภาพ อย่างน้อยในด้านสุขภาพจิตและสุขภาพทางจิตวิญญาณที่มีความสำคัญยิ่ง ซึ่งนอกจากการให้พรว่า อายุ วัฒน สุขัง พลัง หรือ “ท่านจงมีสุขภาพดี” แล้ว หากมีการศึกษาให้เข้าใจจริง ๆ ว่าสุขภาพดีคืออะไร เกิดขึ้นได้อย่างไร วัดก็สามารถเป็นสถาบันส่งเสริมสุขภาพ หรือสถาบันส่งเสริมสุขภาพชีวิตอย่างแท้จริง อันเป็นการประยุกต์ธรรมะไปสู่การปฏิบัติ จนเกิดผลดีจากการปฏิบัติ หรือสุขภาพดี ซึ่งควรมีการศึกษาว่าวัดมีข้อจำกัดและศักยภาพอย่างไร และจะสนับสนุนศักยภาพหรือบทบาทวัดในการส่งเสริมความมีสุขภาพดีของประชาชนอย่างไร

ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.๒๕๔๖ ได้แบ่งช่วงวัยผู้สูงอายุ ๓ ช่วง แบ่งตาม ช่วงอายุ โดยให้คำอธิบายในแต่ละช่วง ดังนี้ วัยสูงอายุตอนต้น อายุตั้งแต่ ๖๐-๖๙ ปี เป็นช่วงที่ยังมีพลังกาย สามารถช่วยเหลือตัวเองได้วัยสูงอายุตอนกลาง ตั้งแต่อายุ ๗๐-๗๙ ปี เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง และวัยสูงอายุตอนปลาย ตั้งแต่อายุ ๘๐ ปีขึ้นไป จะเป็นช่วงวัยที่เจ็บป่วยบ่อยขึ้น อวัยวะเสื่อมสภาพ อาจมีภาวะทุพพลภาพ คำอธิบายที่กล่าวมาจะเห็นถึงความเปลี่ยนแปลงที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุโดยใช้ระดับอายุ หรือการใช้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ปัจจัยอื่นอย่างการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ แสดงออกมาทางสติปัญญา การรับรู้และการเรียนรู้ที่ถดถอยลง และใช้ภาวะทางสังคมเป็นความเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ สถานภาพในระบบสังคม ที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ^๕ โดยในปี ๒๕๕๗ ประชากรผู้สูงอายุตอนต้น มีจำนวน ๕.๖ ล้านคน หรือร้อยละ ๘.๖ ของประชากรทั้งหมด ผู้สูงอายุตอนกลางจำนวน ๓ ล้านคน หรือร้อยละ ๔.๖ และผู้สูงอายุตอนปลายจำนวน

^๕ ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา และคณะ, พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.๒๕๔๖, (กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๐), หน้า ๑๐๒.

๑.๔ ล้านคน หรือร้อยละ ๒.๑ ในอนาคตความต้องการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุก็จะสูงขึ้นตามการเป็นสังคมสูงวัยที่เพิ่มขึ้น

การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุกับครอบครัว มีรูปแบบที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมในอดีตที่สังคมไทยเป็นครอบครัวขนาดใหญ่ แต่ปัจจุบันกลายเป็นครอบครัวขนาดเล็กลง โดยเฉลี่ยของขนาดครอบครัวเหลือเพียง ๓ คนต่อ ๑ ครอบครัว เมื่อครอบครัวมีขนาดเล็กลง สถานการณ์ที่ทำนายตามมา คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังมีสัดส่วนสูงขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเผชิญปัญหาการถูกทอดทิ้ง การปล่อยให้อยู่คนเดียวตามลำพัง ประกอบกับปัญหาด้านสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องได้รับการดูแลและเฝ้าระวังอย่างยิ่ง และเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุก็เลยวัยในการเป็นแรงงานที่เป็นกลุ่มที่ขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ เมื่อวัยแรงงานลดลงก็จะส่งผลต่อภาคเศรษฐกิจของประเทศ และรัฐจะต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นในการที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ ทำให้เกิดผลกระทบต่อระบบสวัสดิการ^๖ การดำเนินชีวิตหลังเกษียณของผู้สูงอายุ หากมีการเตรียมตัวหรือได้รับความรู้เพื่อเตรียมตัว ทำให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติที่ดีต่อชีวิตหลังเกษียณ อายุส่งผลการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีความสุข ผู้สูงอายุจะมองตัวเองว่ายังมีความสามารถในการใช้ชีวิตการทำงานต่าง ๆ มี สุขภาพที่ดีดูแลตนเองได้หรือแม้แต่ท่องเที่ยวได้ตามต้องการ^๗

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลายเป็นประเด็นสำคัญจากปัจจัยทางร่างกายที่มีสมรรถนะลดลงสวนทางกับอายุที่สูงขึ้น จึงทำให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาทางสุขภาพต่าง ๆ โดยมีการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ในปี ๒๕๕๗ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาพพิการไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้อยู่ในสถานะ “ติดเตียง” ร้อยละ ๒ และผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวไม่สามารถออกจากบ้านได้โดยสะดวก หรือ “ติดบ้าน” ร้อยละ ๑๙ และผู้สูงอายุส่วนมากที่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ และออกนอกบ้านไปมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานะ “ติดสังคม” ร้อยละ ๗๙.๕ จะพบอีกว่า ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอันดับแรก คือ การเคลื่อนไหวทางร่างกาย ร้อยละ ๕๘ รองลงมา คือ ปัญหาทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ร้อยละ ๒๔ ด้านการมองเห็น ร้อยละ ๑๙ ด้านการเรียนรู้ร้อยละ ๔ ด้านจิตใจ ร้อยละ ๓ และด้านสติปัญญา ร้อยละ ๒^๘

แม้ว่าสังคมเริ่มมีการตื่นตัวและตระหนักถึง ในการเป็นสังคมสูงอายุจึงมีการแสดง ออกมาทางนวัตกรรมต่างๆ เพื่อสนับสนุนกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่จะสะดวกขึ้น โดยออกมาในรูปแบบของเทคโนโลยี

^๖ จิระวัฒน์ ปิ่นเปี่ยมรัชฎ์, สถานการณ์ผู้สูงอายุ, (กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๗), หน้า ๓๙.

^๗ พิชรภา มนูญภัทรราชย์, ชีวิตหลังเกษียณของผู้สูงอายุ, (กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสังคม, ๒๕๕๔), หน้า ๑๐๘.

^๘ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, พัฒนาผู้สูงอายุไทย ๒๕๕๘, (กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๔), หน้า ๘๙.

เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิต เช่น การจัดระบบส่งเสริม ด้านคมนาคมสาธารณะ ที่อำนวยความสะดวกต่อผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เพื่อเป็นทางที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น ยังมีความพยายามของภาครัฐในการสร้างหลักประกันและการออมให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นแนวคิดการขยายโอกาส การประกันตนของผู้สูงอายุที่มีตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไปเพื่อสนับสนุนให้ประชากรมีหลักประกันความมั่นคงทางรายได้เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในยามสูงวัย

จังหวัดนครปฐม มีผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้รับการส่งเสริมสุขภาวะเป็นจำนวนมาก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจ ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “กระบวนการเตรียมความพร้อมของวัดในการส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม” เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการจัดการและการวางแผนในการพัฒนาสังคมโดยการเผยแผ่ พระพุทธศาสนาและการใช้หลักธรรมของพระพุทธศาสนาเป็นแนวทางการพัฒนาสุขภาพ และส่งเสริม สุขภาวะของผู้สูงอายุทั้งด้านกาย ใจ สังคม และเพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดทำนโยบาย ยุทธศาสตร์ การวางแผนเพื่อพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุของคนไทยในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. เพื่อศึกษาการส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุของวัดใน จังหวัดนครปฐม
๒. เพื่อศึกษากระบวนการเตรียมความพร้อมของวัดในการส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม
๓. เพื่อวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและแนวโน้มการเตรียมความพร้อมของวัดในการส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods) คือ การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดนครปฐม

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษานี้ครั้งนี้ คือ (ก) พระภิกษุที่จำพรรษาในเขตจังหวัดนครปฐม (ข) กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตจังหวัดนครปฐม ทั้งสิ้น ๓๘๔ รูป/คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามลำดับ ขั้นตอน ดังนี้

๑. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด โดยเทียบจากตารางสำเร็จรูป Krejcie & Morgan^๙ จากประชากร จำนวนทั้งสิ้น ๑๔๓,๕๘๗ รูป/คน^{๑๐} ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓๘๔ รูป/คน

๒. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอโดยใช้วิธีการสุ่มตามลำดับชั้น (Stratified Random Sampling)^{๑๑} เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง อย่างเป็นสัดส่วนตามกลุ่มประชากร

๓. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอแล้ว ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอมีโอกาสถูกเลือกเท่าๆ กัน

ผู้ให้สัมภาษณ์รวมทั้งหมด ๑๕ รูป/คน ซึ่งเป็นพระระดับเจ้าอาวาส เจ้าอาวาสวัดพระปฐมเจดีย์ ผู้ช่วยเจ้าอาวาสวัดพระปฐมเจดีย์ เลขานุการเจ้าคณะอำเภอนครชัยศรี เลขเจ้าอาวาสวัดบางพระ, ครูสอนศีลธรรมชมรมผู้สูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ตัวแทนกลุ่มผู้สูงอายุวัดไร่ขิง ตัวแทนกลุ่มผู้สูงอายุวัดพระปฐมเจดีย์ ตัวแทนกลุ่มผู้สูงอายุตำบลสัมประทวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณไว้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire)

ลักษณะเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบของการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อใช้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย โดยแบ่งเป็น ๓ ตอน ดังนี้

ตอนที่ ๑ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ สถานภาพอายุ ลักษณะสายงาน และระดับการศึกษา ซึ่งเป็นแบบสอบถามเลือกตอบ (Check List)

ตอนที่ ๒ แบบสอบถามเกี่ยวกับสภาพทั่วไปการพัฒนาทุนมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติ กับการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) มีเกณฑ์การให้คะแนน ๕ ระดับ^{๑๒} เป็นการแสดงถึงระดับความรู้ ความเข้าใจ และการเตรียมความพร้อมของวัดในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

^๙ โกลิธส์ ศรีทอง, *ระเบียบวิธีวิจัยทางการพัฒนาสังคม*, (ลพบุรี : ร้านคุณแหวน, ๒๕๕๖), หน้า ๗๙.

^{๑๐} กรมอนามัย, *แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐*, (กรุงเทพมหานคร: กรมอนามัย, ๒๕๖๐), หน้า ๕๖๕.

^{๑๑} สงศรี ชมพวงค์, *ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์*, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (นครศรีธรรมราช : วีพีเอส, ๒๕๕๔), หน้า ๑๐๑.

^{๑๒} สุตาภรณ์ อรุณดี, *ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการวิจัย*, (เลย: รุ่งแสงธุรกิจการพิมพ์, ๒๕๕๑), หน้า ๗๒.

ตอนที่ ๓ แนวทางการพัฒนาทุนมนุษย์ตามแนวทางสติปัญญา ๔ ซึ่งเป็นคำถามแบบปลายเปิด (Open Ended Question)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ค้นหาคุณภาพของเครื่องมือโดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

๑. ขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์และผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่สร้างไว้
๒. หาความเที่ยงตรง (Validity) โดยการนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วเสนอประธาน และกรรมการที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์ เพื่อขอความเห็นชอบและนำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม จำนวน ๕ ท่าน เพื่อพิจารณาทั้งเนื้อหาสาระและโครงสร้างของคำถาม รูปแบบของแบบสอบถาม ตลอดจนภาษาที่ใช้และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องตามวัตถุประสงครายข้อ (Index of Item-Objective Congruence : IOC)^{๑๓} ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง ๐.๘-๑.๐

๓. หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (try-out) กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือผู้มีสถานภาพเป็นบรรพชิตและกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ภายในวัดอุทยาน ตำบลบางขนุน อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี จำนวน ๓๐ รูป/คน เพื่อหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach)^{๑๔} ได้ค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ ๐.๘๘๑

๔. นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์ เพื่อขอความเห็นชอบ และจัดพิมพ์แบบสอบถามเป็นฉบับสมบูรณ์เพื่อใช้ในการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลในเชิงปริมาณตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

๑. การจัดเตรียมเครื่องมือตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยให้แบบสอบถาม (Questionnaire) แยกระหว่างลักษณะสายงานในแต่ละระดับให้ตรงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ
๒. ให้ผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ เป็นผู้ตรวจสอบจำนวน ๕ ท่าน เช่น ด้านการวิจัย ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นต้น ในการตรวจเครื่องมือว่ามีความเที่ยงตรงและสามารถใช้ในการเก็บข้อมูลได้หรือไม่

^{๑๓} บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, สติติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๒), หน้า ๑๐๘.

^{๑๔} Lee J. Cronbach, *Aptitudes and Instructional Methods*. A Handbook for Research On Interactions, (New York: Wiley & Sons, 1971), p. 213.

๓. ติดต่อขอหนังสือจากหลักสูตรพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือถึงประชากรกลุ่มเป้าหมาย และออกหนังสืออนุเคราะห์ กลุ่มเป้าหมายเพื่อลงพื้นที่แจกแบบสอบถาม (Questionnaires)

๔. นำหนังสือขออนุญาตส่งและขอความร่วมมือถึงกลุ่มเป้าหมายโดยกำหนดวันที่จะไปขอแจกแบบสอบถาม (Questionnaires) ด้วยตัวเอง

๕. ตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือ แบบสอบถาม (Questionnaires) ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

๖. รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจักเริ่มต้นด้วยการนัดหมายวัน เวลาที่จะสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับขอเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวกับกิจกรรมในพื้นที่ ผู้วิจัยจะต้องศึกษาประเด็นคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล เตรียมศึกษาวิธีใช้เครื่องบันทึกเสียง สมุดจดบันทึก และอุปกรณ์ต่างๆ ให้พร้อมก่อนดำเนินการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลนั้นผู้วิจัยหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามโดยใช้การประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์เสนอข้อมูลดังนี้^{๑๕}

๑. สถานภาพส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการหาค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)

๒. ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของวัดในการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุตามหลักสัปปายะ ๗ ในจังหวัดนครปฐมใช้การวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน S.D (Standard Deviation)

๓. ข้อมูลที่ได้จากคำถามปลายเปิด นำมาจัดกลุ่มคำตอบวิเคราะห์รายข้อ วิเคราะห์โดยเทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหาประกอบบริบท (Content Analysis Techniques) นำเสนอข้อมูลโดยเขียนเป็นความเรียงประกอบตาราง

ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

๑) ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสาร ใช้วิธีการวิเคราะห์เอกสารเนื้อหา (Content Analysis Techniques) นำเสนอข้อมูลด้วยวิธีการพรรณนา

๒) ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ (Interview) ใช้วิธีวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic induction) โดยนำข้อมูลมาเรียบเรียงพร้อมจำแนกอย่างเป็นระบบแล้วจึงนำมาตีความหมายเชื่อมโยงความสัมพันธ์

^{๑๕} สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, การใช้สถิติในการวิจัยอย่างถูกต้องและได้มาตรฐานสากล, (กรุงเทพมหานคร : เพื่อฟ้า พร้นดั่ง, ๒๕๔๕) หน้า ๒๕๔.

และสร้างข้อสรุปจากข้อมูลต่าง ๆ ที่รวบรวมได้ โดยทำไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ เพื่อจะได้ศึกษาประเด็นต่าง ๆ ได้ลึกซึ้ง เมื่อวิเคราะห์ประเด็นใดแล้วไม่มีความชัดเจนก็จะตามไปเก็บข้อมูลในประเด็นต่าง ๆ เหล่านั้น เพื่อตอบคำถามหลักตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย^{๑๖}

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า

๑) การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของวัดในจังหวัดนครปฐม พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรส มีวุฒิการศึกษาระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย และมีอาชีพรับราชการ มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของวัดในจังหวัดนครปฐม โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านสุขภาวะทางกาย อยู่ในระดับมากที่สุด โดยด้านสุขภาวะทางกาย เชื่อว่า ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อย ด้านสุขภาวะทางจิต เชื่อว่า ท่านคิดว่าชีวิตมีความหวังอยู่เสมอ ด้านสุขภาวะทางปัญญา เชื่อว่า เมื่อท่านมีความจำเป็นจะต้องช่วยงานการกุศลต่างๆ ท่านไม่จำเป็นต้องพึ่งเงินจากลูกหลาน และ ด้านสุขภาวะทางสังคม เชื่อว่า คนในชุมชนให้ความเคารพนับถือท่าน อยู่ในระดับมากที่สุด

๒) การเตรียมความพร้อมของวัดในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม พบว่า มีการเตรียมความพร้อมสุขภาวะ ๔ ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาวะทางกาย มีการออกกำลังกาย การป้องกันและรักษาสุขภาพ การตรวจเช็คสุขภาพร่างกายอย่างสม่ำเสมอ ด้านสุขภาวะทางจิตใจ มีการปรับเปลี่ยนสภาพจิตใจให้มีการยอมรับ มีความเชื่อในความสามารถของตนเอง เปิดใจกว้างที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ มองโลกในแง่ดี และมีความหวัง ด้านสุขภาวะทางสังคม ให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ายังมีประโยชน์และคุณค่า เป็นที่ต้องการและยอมรับของสังคม มีการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นได้ และแบ่งปันสิ่งของหรือความรู้ที่ได้รับให้แก่ผู้อื่นเสมอ และด้านสุขภาวะทางปัญญา มี “ปัญญาบำบัด” เป็นการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและมีการพัฒนาทั้ง ๔ ด้าน เสริมสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุตามหลักพระพุทธศาสนา มีการให้ทานรักษาศีล การเจริญสติภาวนา การแผ่เมตตา และการสวดมนต์

๓) ปัญหาอุปสรรคของวัดในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม ได้แก่ บทบาทและความสำคัญของผู้สูงอายุในสังคมมักจะถูกจำกัดให้ลดลง เนื่องจากถูกมองว่าสุขภาพไม่แข็งแรง เกิดภาวะความเจ็บป่วยหรือเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย การสื่อสารกับคนทั่วไปทำได้ลำบาก ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกละเลยตนเอง ไม่มีประโยชน์ เป็นภาระให้ลูกหลาน มีความสามารถด้านการงานและด้านการใช้ชีวิตในสังคมลดลง

^{๑๖} Denzin, N. *Sociology : Methodology; Research*, (New York: Prince Hall, 1970), pp. 218-230.

แนวโน้มนการเตรียมความพร้อมของวัดในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม ประกอบไปด้วย ๖ องค์ประกอบ :

- ๑) B = Buddhist principle (หลักพุทธธรรม)
- ๒) L = Learning (การเรียนรู้)
- ๓) P = Permanence (การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง)
- ๔) C = Cooperation (ความร่วมมือ)
- ๕) C = Community elders (ชุมชนผู้สูงอายุ)
- ๖) N = Network (เครือข่าย) โดยใช้ชื่อย่อว่า “BLPCCN”

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

๑. ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย และการรับประทานอาหาร เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ลดการพึ่งพายา ต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ

๒. ให้ความรู้แก่บุตรหลาน และผู้ใกล้ชิดผู้สูงอายุ ถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สมรรถภาพ และสังคม หากบุตรหลานและผู้ใกล้ชิดเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลง ดังกล่าว และเอาใจใส่ดูแลให้มากขึ้น ช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวเข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างมีความสุข ลดภาวะความเหงา เศร้า วิตกกังวล และเพิ่มความคิด ความจำ สมาธิในการตัดสินใจหรือสามารถเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของผู้สูงอายุได้ดีขึ้น

๓. จัดโครงการโดยการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานของรัฐและเอกชน เช่น มหาวิทยาลัย โรงเรียน บริษัท ห้างร้าน ฯลฯ จัดกิจกรรมจิตอาสาไปดูแลผู้สูงอายุ ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุมากขึ้น และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมทางศาสนาและได้บำเพ็ญประโยชน์แก่สังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของตนเอง

บรรณานุกรม

กรมอนามัย. แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐. กรุงเทพมหานคร: กรมอนามัย, ๒๕๖๐.

โกนิฐ์ ศรีทอง. ระเบียบวิธีวิจัยทางพัฒนาสังคม. ลพบุรี : ร้านคุณแหวน, ๒๕๕๖.

จิระวัฒน์ ปั่นเปี่ยมรัชฎ์. สถานการณ์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๗.

ชินฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.๒๕๕๖. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๐.

นิสา ชูโต. **คนชราไทย**. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๕.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. **สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๒.

พัชรภา มนูญภัทราชัย. **ชีวิตหลังเกษียณของผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสังคม, ๒๕๔๔.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. **พัฒนาผู้สูงอายุไทย ๒๕๕๘**. กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, ๒๕๕๘.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. **พัฒนาผู้สูงอายุไทย ๒๕๕๘**. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๔.

สงศรี ชมพวงศ์. **ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ ๒. นครศรีธรรมราช : วีพีเอส, ๒๕๕๔.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **การสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ.๒๕๕๔**. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๔.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๙ พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๔๙**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ๒๕๔๕.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. **การใช้สถิติในการวิจัยอย่างถูกต้องและได้มาตรฐานสากล**. กรุงเทพมหานคร : เฟื่องฟ้า พรินติ้ง, ๒๕๔๕.

สุดาภรณ์ อรุณดี. **ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการวิจัย**. เลย: รุ่งแสงธุรกิจการพิมพ์, ๒๕๕๑.

Denzin, N. **Sociology : Methodology; Research**. New York: Prince Hall, 1970.

Lee J. Cronbach. **Aptitudes and Instructional Methods**. A Handbook for Research OnInteractions. New York: Wiley & Sons, 1971.