

ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรม กับการส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ*

ปิยฉัตร กลิ่นสุวรรณ**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์สุขภาวะผู้สูงอายุ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรม และสุขภาวะผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน ตำบลคลองตะเกรา อำเภอกาบัง จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 350 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบวัด 3 ชุด ได้แก่ (1) ทุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 (2) ทุนทางวัฒนธรรม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 และ (3) การส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า 1) สุขภาวะของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}=3.28$, $SD=1.29$) โดยเฉพาะทางด้านร่างกายอยู่ในระดับดีมากกว่าสุขภาวะด้านอื่น ($\bar{X}=3.93$, $SD=1.21$) ทางด้านจิตวิญญาณหรือปัญญาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.60$, $SD=1.30$) สำหรับการใช้จ่ายทุนทางสังคมส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.83$, $SD=1.31$) ทุนทางวัฒนธรรมส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุได้ในระดับดีมาก ($\bar{X}=3.68$, $SD=1.28$) 2) ผลการทดสอบสมมติฐาน สรุปได้ว่า ทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรม และสุขภาวะผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สำหรับข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยนี้ คือ การสร้างทุนทางสังคมด้านองค์กรให้เข้มแข็ง โดยใช้วัดเป็นศูนย์กลางของการจัดกิจกรรมต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพของตนเองและบำเพ็ญประโยชน์ต่อส่วนรวม

คำสำคัญ : ทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรม สุขภาวะของผู้สูงอายุ

* งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

** อาจารย์ประจำคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

Correlation between Social Capitals, Cultural Capitals and Healthy Aging Promotion

Piyachat Klinsuwan

ABSTRACT

This research is a qualitative and quantitative research with the purpose of 1) analyzing the correlation between the health factors of the aging population which consists of physical health, mental health, social health, and spiritual health 2) analyze the social capital, cultural capital and well-being of the elderly.

The research sample consisted of 350 senior citizens of Amphoe Thatakiap in Chachoengsao Province, Eastern Thailand. The research instruments implemented in this research were (1) the social capital scale, with a reliability coefficient (alpha) of 0.76 (2) the culture capital scale, with a reliability coefficient (alpha) of 0.86 and (3) the healthy aging promotion scale, with a reliability coefficient (alpha) of 0.84

The research findings were as the following: 1) Over all of health-related factors of the aging people was very good ($\bar{X}=3.28$, $SD=1.29$), especially physical health was better than the remaining factors ($\bar{X}=3.93$, $SD=1.21$), whereas, spiritual health was middle level. ($\bar{X}=2.60$, $SD=1.30$) The social capital promotion healthy aging was middle level ($\bar{X}=2.83$, $SD=1.31$). And culture capital was the highest promoted health of the aging ($\bar{X}=3.68$, $SD=1.28$) 2) Conclusion of hypothesis Testing was that; social capital, cultural capital, and the healthy aging had a significant correlated at the .01. Further suggestions of this research include; establishing organizations in the social capital with stability and setting activities in temples as the center for promotion group of elderly in the community to increase potential development and social participation within the community.

Keywords: Social Capital, Cultural Capital, Healthy Aging Promotion

บทนำ

ประเทศไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มว่าผู้สูงอายุจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ขณะที่จำนวนประชากรวัยแรงงานมีสัดส่วนลดลง เป็นตัวบ่งชี้ชัดเจนว่าประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Social Aging) ภายในปี 2568 ส่งผลต่อการงบประมาณของภาครัฐและค่าใช้จ่ายของครัวเรือนในการดูแลสุขภาพอนามัยและการจัดสวัสดิการสังคม (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2554 : 13) เป็นเหตุให้ภาครัฐต้องตื่นตัวกำหนดนโยบายการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และมาตรการการด้านการให้บริการสาธารณสุขและงานสวัสดิการสังคมให้มากขึ้นและอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและส่งเสริมกระบวนการทางสังคมที่สร้างความเข้มแข็งของสังคมส่วนรวม (พรชัย ตระกูลวรานนท์. 2557 : 11) จนสามารถสร้างเสริมให้ประชากรสูงอายุในประเทศไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระดับที่น่าพึงพอใจ

ถึงแม้ว่า นโยบายและมาตรการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ผ่านมา ไม่ว่าจะเป็นค่าครองชีพผู้สูงอายุ เงินบำนาญ การส่งเสริมสวัสดิการ การรักษาพยาบาลด้านสุขภาพกายและจิต และการให้บริการด้านสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการฝึกอาชีพและการทำงานที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่ช่วยทำให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและในชุมชนได้อย่างมีความสุขสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจเป็นเบื้องต้นนั้น แต่ด้วยอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุจะนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพ (สมโภชน์ อเนกสุข และ กชกร สังขชาติ. 2548 : 95-107) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาในชุมชนจำนวนไม่น้อยที่เพิ่มภาระการพึ่งพิงให้กับสมาชิกในครอบครัว หากเป็นชุมชนเข้มแข็ง รู้จักใช้พลังชุมชนที่เกิดจากความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องทุกส่วนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยใช้ความรู้สมัยใหม่ผสมผสานกับทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรม และภูมิปัญญาชาวบ้านประกอบกัน จะส่งเสริมสุขภาวะสมบูรณ์ของผู้สูงอายุได้ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณหรือปัญญา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ทุนทางสังคม และทุนทางวัฒนธรรม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการบริการงานด้านผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อสุขภาวะสมบูรณ์ของผู้สูงอายุ ด้วยนัยที่ผู้สูงอายุได้รับ โดยไม่ใช้การปราศจากโรคภัยไข้เจ็บเท่านั้น (World Health Report 1998. 1998 : 5) ซึ่งทุนทางสังคม หมายถึง ทุนที่เกิดจากการรวมตัว ร่วมคิด ร่วมทำ บนฐานของความไว้วางใจ สายใยความผูกพัน และวัฒนธรรมที่ดีงามของสังคมไทยผ่านระบบความสัมพันธ์ในองค์ประกอบหลัก ได้แก่ คน สถาบัน วัฒนธรรม และองค์ความรู้ ซึ่งจะเกิดเป็นพลังในชุมชนและสังคม ที่สำคัญคือทุนทางสังคมยิ่งถูกใช้มากยิ่งเพิ่มคุณค่ามากขึ้น และไม่มีหมดสิ้นไป (Depreciation) นับได้ว่าเป็นคุณลักษณะพิเศษของทุนทางสังคมที่เกื้อหนุนให้เกิดความสัมพันธ์เชิงบวกกับสุขภาวะของผู้สูงอายุ ตัวอย่างของทุนทางสังคมที่เด่นชัดในเรื่องขององค์กรทางสังคม เช่น ทุนเครือข่าย (Networks) (Putnam. 1993 : 11-19) สำหรับทุนทางสังคมในลักษณะทุนเครือข่ายและเครือข่าวนั้น เป็นความสัมพันธ์ของชาวบ้าน ต่างให้ความเคารพผู้อาวุโสในชุมชน ด้วยการทักทายปราศรัยถามสารทุกข์สุกดิบระหว่างกัน เป็นความสัมพันธ์แบบพี่น้องหรือเครือญาติ (ศักดิ์ แสงฉาย และคณะ. 2557 : 79-92) สำหรับทุนทางสังคมด้านทุนองค์กรต่างๆ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วน และหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ ที่มีบทบาทดูแลสุขภาพของคนในชุมชน รวมทั้งผู้สูงอายุในชุมชนด้วย (ชินิษฐา นันทบุตร และคณะ.

2551 : 7-9) นอกจากนี้มีทุนทางวัฒนธรรมที่สำคัญ ได้แก่ ทุนทางปัญญาที่ส่งเสริมและเกื้อหนุนความสัมพันธ์ของกลุ่มคนในชุมชนให้สามารถดำรงอยู่ได้ด้วยพึ่งพาตนเอง (เสรี พงศ์พิศ. 2552 : 9-10) การแสดงความคิดเห็นถึงบรรพบุรุษผู้มีพระคุณ เป็นสิ่งที่ลูกหลานต้องปฏิบัติต่อบิดามารดา ครู-อาจารย์ นับว่าเป็นบรรทัดฐานทางสังคม รวมทั้งการสืบสานขนบธรรมเนียมและประเพณีในท้องถิ่นก็เป็นทุนทางวัฒนธรรมที่นำมาขับเคลื่อนการให้บริการและดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ชุมชนและสังคมมีภาพลักษณ์ที่ดีต่อผู้สูงอายุที่ไม่ใช่ “วัยพึ่งพิง” แต่เป็นวัยที่มีศักดิ์ศรี มีคุณค่าต่อครอบครัว ชุมชนและสังคม สะท้อนศักยภาพของผู้สูงอายุที่ยังนำมาใช้ประโยชน์ได้ ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมที่กระทบต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมไทย (ปณิธิ บราวน์. 2557 : 107-120)

สรุปผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น ทำให้ทราบคุณลักษณะพิเศษของทุนทางสังคม และทุนทางวัฒนธรรม ที่ควรมีการศึกษาและทบทวนว่า องค์ประกอบของทุนทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรมที่สำคัญมีอะไรบ้างที่มีคุณค่า และมีพลังส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุให้สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณหรือปัญญาได้อย่างครบถ้วน และเป็นทุนเกื้อหนุนที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่โดยไม่เป็นภาระกับสังคม รวมทั้งทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรม กับสุขภาวะของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันในทิศทางใด และเป็นความสัมพันธ์ในปริมาณมากหรือน้อย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สุขภาวะผู้สูงอายุด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณหรือปัญญา
2. เพื่อวิเคราะห์ทุนทางสังคม และทุนทางวัฒนธรรมที่สัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ

สมมติฐานการวิจัย

ทุนทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรมมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะผู้สูงอายุ

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรในการวิจัยคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ตำบลคลองตะเกรา อำเภอนาทะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทราจำนวน 25 หมู่บ้าน มีจำนวนทั้งสิ้น 2,400 คน ในหมู่บ้านที่มีความพร้อมและเป็นพื้นที่ที่เหมาะสมในการวิจัยจำนวน 14 หมู่ ได้แก่ หมู่ 1 บ้านกรอกสะแก หมู่ 3 บ้านเกาะลอย หมู่ 4 บ้านวังหิน หมู่ 5 บ้านหนองขาหยั่ง หมู่ 6 บ้านธรรมรัตน์ใน หมู่ 7 บ้านร่มโพธิ์ทอง หมู่ 9 บ้านห้วยตะปอก หมู่ 10 บ้านศรีเจริญทอง หมู่ 12 บ้านทุ่งสำล หมู่ 14 บ้านเขากล้วยไม้ หมู่ 18 บ้านกระบกคู่ หมู่ 22 บ้านสันติสุข หมู่ 23 บ้านท่ามะนาว และหมู่ 25 บ้านสามพราน และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ในตำบลคลองตะเกรา อำเภอนาทะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Samplings) เลือกเฉพาะผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร Yamane (1973 : 125) คือ

$n = N/1 + Ne2$ คิดเป็นกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 350 คน โดยจะสอบถามทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุในจำนวนที่เท่ากัน เพื่อหาความสอดคล้องของเครื่องมือวิจัย ทั้งนี้ในการสอบถามบริบทชุมชนและสัมภาษณ์ผู้ทำงานด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ผู้ทำงานในชุมชนที่เป็นเจ้าที่ภาครัฐและเอกชน รวมทั้งอาสาสมัครที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ประสานงานในเบื้องต้นแล้ว มีผู้ให้ความร่วมมือจำนวน 50 คน

ตัวแปรที่ศึกษา 3 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) จำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่ พุนทางสังคมประกอบด้วยตัวแปรย่อย 3 ตัวแปร คือ พุนเครือญาติ พุนเครือข่าย และพุนองค์กร สำหรับพุนทางวัฒนธรรม ประกอบด้วยตัวแปรย่อย 3 ตัวแปร คือ พุนประเพณี พุนบรรทัดฐานทางสังคม และพุนทางปัญญา ตัวแปรตาม (Dependent Variables) จำนวน 1 ตัวแปร ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยตัวแปรย่อย 4 ตัวแปร คือ สุขภาวะทางร่างกาย สุขภาวะทางจิตใจ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางจิตวิญญาณหรือปัญญา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย (1) พุนทางสังคม มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.76 (2) พุนทางวัฒนธรรม มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 และ (3) การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84 สำหรับเครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย (1) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion; FGD) (2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview; IDI) โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติในการวิเคราะห์

ประกอบด้วย สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) เป็นสถิติที่ใช้ในการอธิบายตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation=SD) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสรุปข้อมูลที่ได้จากการบรรยาย (Descriptive) การประชุมกลุ่มย่อย การสังเกต การสัมภาษณ์ จดบันทึก และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากข้อมูลเอกสาร

สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล

1. บริบทของตำบลคลองตะเกรา

ผลการวิจัยพบว่า ตำบลคลองตะเกรา มีสภาพพื้นที่เป็นทิวเขาและป่าดงดิบที่อุดมสมบูรณ์ ตั้งอยู่ใจกลางของพื้นที่ป่าผืนใหญ่รอยต่อ 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดฉะเชิงเทรา จังหวัดชลบุรี จังหวัดระยอง จังหวัดจันทบุรี และจังหวัดสระแก้ว ประชาชนส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกรรมส่วนใหญ่เป็นพืชไร่ได้แก่ มันสำปะหลัง สับปะรด อ้อย และทำสวนยางพารา มีขนบธรรมเนียมประเพณีผสมผสานกันทั้งภาคตะวันออก

เฉียงเหนือ และภาคกลาง ศิลปะ วัฒนธรรม ประเพณีทางอีสานที่สืบทอดมา เช่น ประเพณีแห่บุญบังไฟ ประเพณีบุญกลางบ้าน ประเพณีบุญพระเวท ประเพณีบุญข้าวจี ประเพณีทำขวัญข้าว ประเพณีทำบุญป่า ชุมชนและอื่น ๆ เช่น วันขึ้นปีใหม่ วันสงกรานต์/วันครอบครัว และวันสำคัญทางศาสนา เป็นต้น กลุ่ม/ชมรม เครือข่ายที่สำคัญ ได้แก่ สภาวัฒนธรรมตำบลคลองตะเกรา ศูนย์พัฒนาครอบครัวคลองตะเกรา ชุมชนเครือข่ายป่าชุมชน สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ประจำอำเภอท่าตะเียบจังหวัดฉะเชิงเทรา อาสาสมัคร พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดฉะเชิงเทรา (ระดับตำบล) อาสาสมัครดูแลคนพิการ (อพมก.) ในตำบลคลองตะเกรา และสภาเด็กและเยาวชนตำบลคลองตะเกรา

2. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 350 คน จาก 14 หมู่บ้าน ส่วนมากมีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 51.14 (n=179) รองลงมา มีอายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 29.71 (n=104) และอายุตั้งแต่ 80 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 19.15 (n=41) อาศัยอยู่กับลูกหลานและญาติ ร้อยละ 78.57 (n=275) รองลงมาอาศัยอยู่คนเดียว ร้อยละ 12.87 (n=44) และน้อยที่สุดอาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 8.56 (n=31) มีการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 82.85 (n=290) ประกอบอาชีพการเกษตรซึ่งรวมทั้งพืชสวนและพืชไร่ การเลี้ยงสัตว์ ร้อยละ 50.00 (n=175) รองลงมาไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 21.14 (n=74) รายได้เฉลี่ย 90,357 บาท/คน/ปี มีภาวะหนี้สินเฉลี่ย 76,143 บาทต่อครัวเรือน

3. ผลการวิเคราะห์สุขภาวะผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่า โดยรวมผู้สูงอายุมีสุขภาวะอยู่ในระดับมาก เรียงตามลำดับ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ สังคมและด้านจิตวิญญาณหรือด้านปัญญา สรุปตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พฤติกรรมสุขภาวะของผู้สูงอายุ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

พฤติกรรมสุขภาวะของผู้สูงอายุ	$\bar{X}$	แปลผล	แปลผล
1. ด้านร่างกาย	3.93	1.21	มาก
2. สุขภาวะด้านจิตใจ	3.55	1.29	มาก
3. ด้านสังคม	3.04	1.36	มาก
4. ด้านจิตวิญญาณ	2.60	1.30	ปานกลาง
การดูแลสุขภาวะตนเองของผู้สูงอายุโดยรวม	3.28	1.29	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 สรุปดังนี้

1) สุขภาวะด้านร่างกายของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ผัก ผลไม้ เป็นต้น ซึ่งผู้สูงอายุดูแลตนเองดีกว่าด้านอื่น ๆ มีการพักผ่อน

อย่างเพียงพอ แต่ไม่ออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังตรวจสอบสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ พบว่ามีโรคประจำตัว เช่น ไขมันในเส้นเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น สำหรับผู้สูงอายุวัยต้นส่วนมากมีสุขภาพดี สามารถพึ่งตนเองและประกอบอาชีพ ไม่ต่างจากผลการวิจัยของ วรชัย ทองไทย (2549 : 327-346) พบว่าคนไทยที่อายุอยู่ในช่วง 60-64 ปี ซึ่งเป็นผู้สูงอายุวัยต้นส่วนใหญ่ยังมีสุขภาพดี และอย่างน้อย 2 ใน 3 ของคนในกลุ่มอายุนี้อยู่เป็นแรงงานที่สามารถทำงานเพิ่มผลผลิต หากได้รับรู้สถานภาพสุขภาพของตนเอง จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองได้ดีกว่าผู้อื่น (Weitzel. 1989 : 99-104) และขณะเดียวกัน หากได้รับรู้สถานภาพสุขภาพของตนเองไม่ดีก็จะพยายามเอาใจใส่ในเรื่องอาหารและผ่อนคลายความเครียดมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีลักษณะดังกล่าว (Duffy. 1988 : 358-362)

2) สุขภาวะด้านจิตใจ พบว่าผู้สูงอายุมีความสุขกับการอยู่พร้อมหน้าพร้อมตากับลูกๆ และหลาน ๆ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ เบญจมาศ นาควิจิตร (2551 : 37) พบว่าการเอาใจใส่จากลูกหลานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพของตนเอง

3) สุขภาวะด้านสังคม เป็นพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุกระทำบ่อยมาก เมื่อรู้สึกสบายใจก็พร้อมที่จะพูดคุยและร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น สอดคล้องกับงานวิจัยของ ขวัญดาว กล่ำรัตน์ (2554 : 93-103) พบว่าการรู้จักดูแลรักษาสุขภาวะด้านร่างกายและจิตใจของตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งที่เป็นสาเหตุของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ

4) สุขภาวะด้านจิตวิญญาณหรือปัญญา พบว่าผู้สูงอายุดูแลสุขภาพร่างกายตนเองได้อย่างดี ไม่มีความเครียด และรู้จักร่วมกิจกรรมในสังคม ส่งผลให้มีจิตวิญญาณหรือปัญญาดีไปพร้อมกันด้วย ซึ่ง Berggren-Thomas and Griggs (1999 : 5-10) ยืนยันว่าผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้นั้น เป็นผลมาจากสุขภาวะด้านร่างกายที่แข็งแรง จิตใจแจ่มใส และการรู้จักปฏิสัมพันธ์กับผู้คน นับว่าเป็นพื้นฐานที่ส่งเสริมให้มีสุขภาวะทางจิตวิญญาณหรือปัญญาสมบูรณ์ไปด้วย แสดงให้เห็นว่าสุขภาวะผู้สูงอายุเชื่อมโยงสัมพันธ์กันทุกด้าน ซึ่งสอดคล้องกับความหมายของ สุขภาพหรือสุขภาวะหมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสังคม เชื่อมโยงกันอย่างเป็นองค์รวม (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. 2550 : 1)

4. ทูทางสังคมที่ส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่า ในภาพรวมของทูทางสังคมที่ส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุเกือบทุกด้านอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ทูทางสังคมที่ส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุ

ทูทางสังคมที่ส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1. ทูเครือข่าย	3.61	1.32	มาก
2. ทูเครือข่าย	2.76	1.44	ปานกลาง
3. ทูองค์กร	2.13	1.73	ปานกลาง
รวม	2.83	1.31	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 สรุปดังนี้

1) ทูเครือข่ายส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุได้มาก ($\bar{X}=3.61$, $SD=1.32$) ประกอบด้วยความรักและความห่วงใย ความไว้วางใจ ความเคารพและความศรัทธาที่สมาชิกในครอบครัว ได้แก่ ลูกหลานและญาติที่มีความรู้สึกต่อผู้สูงอายุและแสดงออกด้วยการอยู่ใกล้ชิด เอาใจใส่ดูแล พาไปหาหมอเมื่อเจ็บป่วย แม้อยู่ห่างไกลก็จะแวะเวียนมาเยี่ยมเยียนเป็นประจำ

2) ทูเครือข่ายส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.76$, $SD=1.44$) เป็นความสัมพันธ์ทั้งอย่างไม่เป็นทางการ เช่น การติดต่อพูดคุย การไปมาหาสู่กัน และการเสนอความคิดเห็นในเวทีชาวบ้าน/ชุมชน เป็นต้น และอย่างเป็นทางการ เช่น การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม/เครือข่าย และอาสาสมัคร เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุรู้จักคนหลากหลายและรับรู้ข่าวสารการเคลื่อนไหวของสังคม ได้พูดคุยกันแบบเผชิญหน้า และมีการสื่อสารกันทางโทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ/e-mail/วิดีโอคอล ทำให้ผู้สูงอายุมีเครือข่ายเพิ่มมากขึ้น

3) ทูองค์กรส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.13$, $SD=1.73$) เป็นระบบของความสัมพันธ์ในรูปแบบของสวัสดิการสังคม บริการสังคมของรัฐและเอกชน รวมทั้งระบบความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ปฏิบัติงานในองค์กรและหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกันโดยตรงและโดยอ้อมกับผู้สูงอายุ คอยเยี่ยมเยียนให้คำแนะนำ และช่วยเหลือให้คลายทุกข์

สรุปได้ว่า ทูเครือข่ายส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะสมบูรณ์ทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณหรือปัญญา รองลงมาคือทูเครือข่าย และทูองค์กรซึ่งผู้สูงอายุรับรู้ว่ามีสุขภาวะน้อยกว่าทูด้านอื่น ๆ เนื่องจากผู้สูงอายุรับรู้ข่าวสารข้อมูลน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Kanfer and Ackerman (2004 : 440-458) พบว่าผู้สูงอายุสนใจสิ่งรอบตัวและเปิดใจรับสิ่งใหม่ลดลง แต่จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุบางคนยอมรับว่าทูองค์กรมีส่วนส่งเสริมสุขภาวะสมบูรณ์ด้านจิตวิญญาณหรือปัญญาของผู้สูงอายุอย่างมาก ทูองค์กรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุคิดแต่สิ่งดีงาม สำนึกในคุณค่าของวิถีชีวิตที่สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เช่น สัตว์ป่า และทรัพยากรธรรมชาติ โดยไม่เบียดเบียนซึ่งกันและกัน ทูลักษณะนี้มีส่วนเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุให้เป็นพลังทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมไทย สอดคล้องกับผลการวิจัยของ พัทรี ต้นติวิภาวิน (2555 : 54-70) พบว่าทูทางสังคมในบริบทของสังคมไทย แสดงออกมาในรูปแบบของกฎเกณฑ์ กติกา ที่ทำหน้าที่จัดระเบียบสังคม และกำหนดความสัมพันธ์ทางสังคมให้ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกันได้ และเป็นพลังขับเคลื่อนชุมชนไปสู่การพึ่งตนเองได้ในระยะยาว

5. ทนทางวัฒนธรรมที่ส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่า ทนทางวัฒนธรรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.68$, $SD=1.28$) ทุกด้าน ได้แก่ ทนบรรทัดฐานทางสังคม ทนประเพณี และทนทางปัญญา ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ทนทางวัฒนธรรมที่ส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ

ทนทางวัฒนธรรมที่ส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1. ทนประเพณี	3.65	1.30	มาก
2. ทนบรรทัดฐานทางสังคม	3.74	1.25	มาก
3. ทนทางปัญญา	3.71	1.34	มาก
รวม	3.68	1.28	มาก

จากตารางที่ 3 สรุปผลดังนี้

1) ทนบรรทัดฐานทางสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=3.74$, $SD=1.25$) เป็นผลผลิตทางวัฒนธรรมทั้งที่จับต้องได้และจับต้องไม่ได้ สังเกตได้จากวิถีชีวิตที่ยอมรับกันว่าเป็นแบบแผนทางสังคมที่ชุมชนยึดถือปฏิบัติสืบทอดกันมา เช่น ความเชื่อถือ ศรัทธาผู้สูงอายุ แสดงด้วยการกราบไหว้ และรดน้ำดำหัวในเทศกาลสงกรานต์ เป็นต้น ทนลักษณะนี้จึงอยู่ที่ผู้สูงอายุรับรู้ ว่า หากลูกหลานและชุมชนยังให้ความเคารพและนับถือ ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองมีความสำคัญ มีคุณค่า และส่งเสริมให้มีกำลังใจดูแลสุขภาพตนเองให้สมบูรณ์

2) ทนทางปัญญาอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=3.71$, $SD=1.34$) เป็นผลผลิตของความรู้และภูมิปัญญาที่สั่งสมมาจากประสบการณ์ในอดีต เป็นเรื่องเฉพาะตัวบุคคล ซึ่งจะฝังแน่นอยู่ในตัวผู้สูงอายุ เป็นทุนที่เกิดจากความรู้และความเชี่ยวชาญที่ยากจะหาได้จากผู้อื่น และยังไม่มีปรากฏว่าถูกบรรจุไว้ในแหล่งความรู้ใด หากทนทางปัญญาไม่ได้มีการสืบทอดก็อาจสูญสิ้นไปตามอายุของผู้เฒ่าผู้แก่ในชุมชน และนับว่าเป็นความรู้ที่ประยุกต์ใช้กับสภาพแวดล้อมและวิถีชีวิตชุมชนมาช้านาน ในแบบพึ่งพาและไม่เบียดเบียนกัน

3) ทนประเพณีอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=3.65$, $SD=1.30$) เป็นทุนที่ชาวบ้านส่วนใหญ่ยึดถือปฏิบัติสืบทอดกันมาและเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวและชุมชนให้เป็นหนึ่งเดียว ได้แก่ งานวันขึ้นปีใหม่ สงกรานต์/วันครอบครัว วันสำคัญทางศาสนา และงานประเพณีในชุมชน เป็นต้น ซึ่งเกือบทุกเทศกาลจะมีลูก ๆ หลาน ๆ มาเยี่ยมเยียนและพาไปเที่ยว มีโอกาสได้พบปะผู้คน ได้พูดคุยได้ตอบและร่วมสังสรรค์กันในงานต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองมีความสำคัญ และมีคุณค่า ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของ สังคม ศุภรัตน์กุล และคณะ (2555 : 138-150) พบว่าด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทมีความมั่นคงได้นั้น นอกจากมาจากครอบครัวให้การดูแลแล้วยังมาจากประเพณี วัฒนธรรมชุมชน และบรรทัดฐานของชุมชน

4) ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ระหว่างทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรม และสุขภาวะผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรมและสุขภาวะผู้สูงอายุ

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

** $p < .01$

จากตารางที่ 4 พบว่า ทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรม และสุขภาวะผู้สูงอายุ ต่างมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จำนวน 3 คู่ ได้แก่ สุขภาวะผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันมากที่สุด ($r=.67$) รองลงมาคือทุนทางวัฒนธรรมกับสุขภาวะผู้สูงอายุ ($r=.61$) และความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมกับทุนทางวัฒนธรรม ($r=.49$) ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานที่วางไว้ และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ อาทิตย์ บุคตาดวง (2555 : 29-41) กล่าวคือ ทุนทางสังคมที่ถูกนำมาใช้ในชุมชน ส่วนมากเป็นทุนเครือข่าย ได้แก่ ทุนระดับครอบครัว/เครือญาติ ระดับกลุ่มคือเครือข่ายการพัฒนาชุมชน สำหรับทุนทางวัฒนธรรมที่ถูกนำมาใช้นั้น มีทั้งทุนประเพณี ทุนบรรทัดฐานทางสังคม และทุนทางปัญญาต่างมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับผลการวิจัยของ พรชัย ตระกูลวรานนท์ (2557 : 7) พบว่าระหว่างทุนทางวัฒนธรรมในชุมชนที่เป็นอัตลักษณ์เฉพาะถิ่น เป็นพลังที่นำมาขับเคลื่อนกระบวนการทางสังคม โดยมีแบบแผนทางสังคมหรือทุนบรรทัดฐานทางสังคมส่งเสริมให้เกิดการขับเคลื่อน และผลการวิจัยของ บัณฑิตา ชำนาญกิจ (2557 : 25-36) พบว่าบรรทัดฐานทางสังคม ประเพณี และความเชื่อทางสังคมเป็นมิติของความดีหรือเป็นทุนทางวัฒนธรรมและภูมิปัญญา ความเป็นผู้นำของคนในชุมชนหรือเรียกว่าทุนทางปัญญา เป็นมิติของความรู้ที่ส่งเสริมให้ชุมชนเข้มแข็ง

ข้อเสนอแนะ

1. ในระดับปฏิบัติ

ชุมชนควรมีมาตรการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่โดดเดี่ยวตามลำพังและมีฐานะยากจนหรืออยู่กันสองคนกับคู่ชีวิต ควรมีวิธีการช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้ดำรงชีพได้อย่างปกติสุข อาจใช้วัดเป็นทุนทางสังคมด้านทุนองค์กรเป็นศูนย์กลางให้ความช่วยเหลือ

2. ในระดับนโยบาย

ภาครัฐควรมีงบประมาณสนับสนุน องค์กรเครือข่ายผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้เป็นเครือข่ายที่เข้มแข็งสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุทั้งในการดูแลสุขภาพและส่งเสริมอาชีพได้อย่างต่อเนื่อง

3. ในเชิงวิชาการ

ผู้ศึกษาควรศึกษาปัจจัยสาเหตุของทุนทางสังคม และทุนทางวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อสุขภาวะผู้สูงอายุ เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุได้ตรงประเด็นยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการเข้าถึงเทคโนโลยีสารสนเทศและการติดต่อสื่อสาร เพื่อเป็นข้อมูลหาแนวทางให้ผู้สูงอายุได้ใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

บรรณานุกรม

- ชนิษฐา นันทบุตร และคณะ. (2551). ข้อเสนอบทบาทพยาบาลชุมชนที่เท่าทันสภาวะการณระบบสุขภาพที่เปลี่ยนไป. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : ftp://hrm.moph.go.th/virtual_users/gishealth/healthmap/upload/document/work_07487_301016_184246.pdf หน้า 7-9 (13 พฤศจิกายน 2559)
- ขวัญดาว กล้ารัตน์. (2554) “ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย” วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. 7 (3) หน้า 93-103.
- บัณฑิตา ชำนาญกิจ. (2557) “การประยุกต์ใช้ทุนทางสังคมกับการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ : กรณีศึกษาป่าชุมชนบ้านห้วยสะพานสามัคคี ตำบลหนองโรง อำเภอนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี” วารสารวิทยบริการมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 25 (2) หน้า 25-36.
- เบญจมาศ นาควิจิตร. (2551) ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. ปริญญาานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ปณิธิ บรรวณ. (2557) “พลพพลัง : บทบาทของกลุ่มผู้สูงอายุและ “ทุน” ที่ใช้ในการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงวัย” วารสารมนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์. 31 (3) หน้า 97-120.
- พรชัย ตระกูลวรานนท์. (2557) ทุนทางสังคมกับการพัฒนากระบวนการทางสังคมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงวัย. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://socanth.tu.ac.th/wp-content/uploads/2014/06/pornchai-2557.pdf> หน้า 11 (13 พฤศจิกายน 2559)
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (2550) [ออนไลน์] แหล่งที่มา : http://www.acfs.go.th/km/download/act_healthy_2550.pdf (4 พฤศจิกายน 2559)
- พัชรี ดันติวิภาวิน (2555) “บทบาทภาครัฐในการเสริมสร้างผู้สูงอายุให้เป็นพลังทางเศรษฐกิจและสังคม” วารสารร่มพญักษ์. 30 (3) หน้า 54 – 70.
- วรชัย ทองไทย. (2549) “ผลกระทบของโรคเรื้อรังต่ออายุขัยเฉลี่ยที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพในประชากรสูงอายุไทย” วารสารวิธีวิทยาการวิจัย. 19 (3) หน้า 327-346

- สมโภชน์ อเนกสุข และกชกร สังขชาติ. (2548) “รูปแบบการดำรงชีวิตของผู้สูงวัยอายุเกิน 100 ปี จังหวัดชลบุรี” **วารสารศึกษาศาสตร์**. 17 (1) หน้า 95 –107.
- สัคพัศ แสงฉาย และคณะ. (2557) “ทุนทางสังคมกับการพัฒนาชุมชนบางนางลี่ อำเภอมัญจาคีรี จังหวัด สมุทรสงคราม” **วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่**. 6 (3) หน้า 79-92.
- สังคม ศุภรัตน์กุล, ดุษฎี อายุวัฒน์ และ พีระศักดิ์ ศรีฤๅชา. (2555) “ความมั่นคงด้านสุขภาพของ ครอบครัวในชนบทอีสาน” **วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหาสารคาม**. 31 (3) หน้า 138-150.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2554) **แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.nesdb.go.th/Portals/0/news/plan/p11/plan11.pdf> (1 กุมภาพันธ์ 2559)
- เสรี พงศ์พิศ. (2552) **คู่มือทำวิสาหกิจชุมชน**. กรุงเทพมหานคร : พลัสปัญญา.
- อาทิตย์ บุคตาตวง. (2555) “ความสามารถในการนำทุนทางสังคมออกมาใช้ของชุมชนบ้านบางไพร อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม” **วารสารสมาคมนักวิจัย**. 17 (1) หน้า 29-41.
- Berggren-Thomas, P. and Griggs, M. J. (1999) “Spirituality in ageing: Spirituality need or spirituality journey?” **Journal of Gerontological Nursing**. 21 (3) page 5-10.
- Duffy. M. E. (1988). “Determinants of health promotion in midlife women” **Nursing Research**. 37 (6) page 358-362.
- Kanfer, R. and Ackerman, P. L. (2004) “Ageing, adult development, and work motivation ” **The Academy of Management Review**. 29 (3) page 440 - 458.
- Putnam, R. D. (1993) “The Prosperous community: Social capital and public life” **The American Prospect**. 4 (13) page 11-19.
- Weitzel, M. H. (1989) “A test of the health promotion model with blue collar Workers.” **Nursing Research**. 38 (2) page 99-104.
- World Health Report 1998. (1998). **The age of aging: implication for nursing**. [online] Available : <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1> (13 Marc 2016)