

การพัฒนาารูปแบบเป็นชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 2 Development of a Participatory Model for Age-Friendly Community by Multi-Sectoral Collaboration in Health Region 2

(Received: November 21,2025 ; Revised: December 1,2025 ; Accepted: December 3,2025)

รัชฎา จอปา¹ ดวงทิพย์ เชื้อผู้ดี¹

Ratchada Jopa¹, Tuangthip Chuaphudee¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบเป็นชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 2 และ (2) ประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานรูปแบบดังกล่าวในพื้นที่ต้นแบบที่เป็นตัวแทนของประชากรในเขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ เทศบาลตำบลทุ่งหลวง จังหวัดสุโขทัย ซึ่งเป็นพื้นที่กึ่งชนบท และเทศบาลเมืองวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งเป็นพื้นที่กึ่งเมือง ภายใต้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ตามแนวทางของ Crane และ O'Regan เพื่อให้ได้แนวทางพัฒนาและรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน กระบวนการดำเนินงานยี่ดหลัก 5 ขั้นตอน ได้แก่ การสังเกต การสะท้อนคิด การวางแผน การปฏิบัติ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ คือ (1) การศึกษาสถานการณ์และบริบทพื้นที่ (2) การสร้างและพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และ (3) การประเมินผลและถอดบทเรียนรูปแบบการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods)

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 2 เกิดจากความร่วมมือของหลายภาคส่วน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพ องค์กรศาสนา ภาคเอกชน และประชาชนในชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนตามกรอบขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2007) ครอบคลุมทั้ง 8 ด้านของชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลทุ่งหลวงเน้นการขับเคลื่อนผ่านกลไกชุมชนและอาสาสมัคร ส่วนเทศบาลเมืองวิเชียรบุรีเน้นการบูรณาการระบบบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ผลการประเมินหลังดำเนินโครงการพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งสองพื้นที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ครอบคลุมทุกมิติ ได้แก่ สุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม โดยเทศบาลตำบลทุ่งหลวงมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มจาก 93.15 (SD = 10.53) เป็น 119.51 (SD = 6.17) ขณะที่เทศบาลเมืองวิเชียรบุรีเพิ่มจาก 91.64 (SD = 14.28) เป็น 98.58 (SD = 7.92) แสดงให้เห็นว่า รูปแบบดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน

คำสำคัญ: ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย, คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ, เขตสุขภาพที่ 2

Abstract

This study aimed (1) to examine the development process of an age-friendly community model through the participation of network partners in Health Region 2, and (2) to evaluate the outcomes of its implementation in two representative communities of the region: Thung Luang Subdistrict Municipality, Sukhothai Province (semi-rural area), and Wichian Buri Municipality, Phetchabun Province (semi-urban area). Research design was applied under the conceptual framework of Participatory Action Research (PAR) following the guideline of Crane and O'Regan. The process consisted of five key steps—Observe, Reflect, Plan, Act, and Share—and was implemented in three phases: (1) situational and contextual analysis, (2) participatory development of the age-friendly community model, and (3) evaluation and lesson learned of the model. Data were analyze by mixed method.

The study found that the development of an age-friendly community model through the participation of network partners in Health Region 2 resulted from collaboration among multiple sectors, including local administrative organizations, health service units, religious institutions, private sectors, and community

¹ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

members. A participatory approach was applied throughout all stages based on the World Health Organization's Age-friendly Cities Framework (WHO, 2007), covering eight domains of age-friendly communities. Thung Luang Subdistrict Municipality emphasized community mechanisms and volunteer participation, while Wichian Buri Municipality focused on integrating health service systems and environmental management. The post-implementation evaluation revealed that the quality of life among older adults in both areas significantly improved ($p < .001$) across all dimensions: physical health, psychological well-being, social relationships, and environment. In Thung Luang Subdistrict Municipality, the mean quality of life score increased from 93.15 (SD = 10.53) to 119.51 (SD = 6.17), while in Wichian Buri Municipality, it increased from 91.64 (SD = 14.28) to 98.58 (SD = 7.92). These findings indicate that the developed model effectively enhanced the overall well-being and quality of life of older adults in a comprehensive and sustainable manner = 14.28) to 98.58 (SD = 7.92), with notable improvements in physical health and environmental domains.

Keywords: Age-friendly community, Network participation, Quality of life of older adults, Health Region 2

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด” (Super-aged society) อย่างสมบูรณ์ โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2574 ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 28.00 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ส่งผลกระทบโดยตรงต่อหลายมิติ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และระบบสุขภาพของประเทศ¹ การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้สูงอายุทำให้ประเทศไทยต้องเผชิญกับความท้าทายใหม่ในการวางแผนรองรับทั้งด้านการจัดบริการสุขภาพ การพัฒนาสภาพแวดล้อม และการปรับโครงสร้างทางสังคมให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ ปีพ.ศ. 2567² ระบุว่า เขตสุขภาพที่ 2 มีแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 22.90 ในปี พ.ศ. 2562 เป็นร้อยละ 24.60 ในปี พ.ศ. 2566 ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับประเทศ โดยเฉพาะจังหวัดอุดรธานีที่มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 28.40 ถือเป็นจังหวัดที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดแล้ว ส่วนจังหวัดสุโขทัย พิษณุโลก และเพชรบูรณ์ มีสัดส่วนผู้สูงอายุในระดับสังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์ (complete-aged society) ที่ร้อยละ 27.50, 25.60 และ 24.40 ตามลำดับ ขณะที่

จังหวัดตากยังอยู่ในระดับสังคมผู้สูงอายุ (aged society) ร้อยละ 17.50 เมื่อจำแนกตามกลุ่มการพึ่งพิง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม “ติดสังคม” ร้อยละ 96.80 ซึ่งยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ รองลงมาคือกลุ่ม “ติดบ้าน” ร้อยละ 2.60 และกลุ่ม “ติดเตียง” ร้อยละ 0.60 ซึ่งต้องพึ่งพาผู้อื่นในชีวิตประจำวัน ปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด ได้แก่ การมองเห็นเสื่อม ร้อยละ 6.60 ปัญหาสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 4.30 และการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 3.80 ปัจจัยเหล่านี้เกิดจากการเสื่อมตามวัย พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมถึงขาดความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) และการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อความปลอดภัย ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรง³

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้รัฐบาลไทยให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยมีการจัดทำ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2525 และพัฒนาต่อเนื่องจนถึง แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566–2580) ซึ่งมุ่งเน้นให้ทุกภาคส่วนร่วมกันยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในทุกมิติ ทั้งด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม¹ แผนดังกล่าวแบ่งแนวทางดำเนินงานออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ (1) การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ (2) การยกระดับคุณภาพชีวิตอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม (3) การ

ปฏิรูประบบบริหารจัดการเพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ และ (4) การพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ทั้งนี้ แนวทางดังกล่าวยังสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580) ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม และการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์⁴ นอกจากนี้ รัฐบาลยังได้จัดทำแผนบูรณาการความร่วมมือ 7 กระทรวง (พ.ศ. 2565–2569) ภายใต้วิสัยทัศน์ “ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม” โดยมีกรอบแนวคิดสำคัญ 4S ได้แก่ การมีส่วนร่วมทางสังคม (Social Participation) ความมั่นคงทางสังคม (Social Security) สุขภาพที่เข้มแข็ง (Strong Health) และการใช้เทคโนโลยีอย่างชาญฉลาด (Smart Digital and Innovation) เพื่อยกระดับระบบบริการและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุในทุกมิติ⁵

แนวคิด “เมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ” (Age-Friendly Cities: AFC) ซึ่งริเริ่มโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ถูกนำมาปรับใช้ในประเทศไทย โดยกรมอนามัยได้กำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานภายใต้กรอบ PIRAB ได้แก่ P – Partner and Build alliance (สร้างภาคีเครือข่ายความร่วมมือ), I – Invest (การลงทุนในโครงสร้างพื้นฐาน), R – Regulate and legislate (การออกกฎหมายและข้อกำหนดสนับสนุน), A – Advocacy (การสร้างความรู้ความตระหนักรู้และการมีส่วนร่วมของสังคม), และ B – Build Capacity (การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร)^{6,7} โดยมีเป้าหมายให้ท้องถิ่นทุกแห่งสามารถออกแบบเมืองและชุมชนที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุได้จริงในทุกมิติ นอกจากนี้ ประเด็นทางนโยบายแล้ว การสร้าง “ความรู้ด้านสุขภาพ” (Health Literacy) ถือเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เข้าใจข้อมูลสุขภาพและสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมในยุคดิจิทัล⁸ การส่งเสริม Health Literacy ยังช่วยลดความเสี่ยงจากโรคติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable

Diseases: NCDs) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพหลักของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน

องค์การสหประชาชาติ (United Nations) ได้เน้นย้ำถึงการพัฒนาเมืองและชุมชนที่ยั่งยืนในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) โดยเฉพาะ เป้าหมายที่ 3 การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี และเป้าหมายที่ 11 เมืองและชุมชนที่ยั่งยืน⁹ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุของไทย การออกแบบเมืองในลักษณะดังกล่าวไม่เพียงแต่เอื้อต่อผู้สูงอายุ แต่ยังส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกช่วงวัย ทั้งนี้ การพัฒนาเมืองและชุมชนให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดำเนินนโยบายระดับพื้นที่ เช่น เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล ชมรมผู้สูงอายุ และหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่ต้องร่วมกันออกแบบและดำเนินโครงการให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อมของชุมชน⁷ การบูรณาการแนวคิดดังกล่าวจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปลอดภัย มีศักดิ์ศรี และมีส่วนร่วมในสังคมอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบเป็นชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 2
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานรูปแบบเป็นชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 2

สมมุติฐานการวิจัย

ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในพื้นที่ที่เข้าร่วมกระบวนการพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 2 จะมีคะแนนคุณภาพชีวิตหลังเข้าร่วม

โครงการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัย ภายใต้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ตามแนวทางของ Crane และ O'Regan⁶ เพื่อให้ได้แนวทางพัฒนาและรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน กระบวนการดำเนินงานประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การสังเกต (Observe) การสะท้อนคิด (Reflect) การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Share) ทั้งนี้ การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และบริบทพื้นที่ (Observe)

ระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบเป็นชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (Reflect, Plan, Act, Observe, Share)

ระยะที่ 3 การประเมินผลและถอดบทเรียนรูปแบบเป็นชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 2

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ภายในเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งครอบคลุมจังหวัดพิษณุโลก สุโขทัย อุตรดิตถ์ ตาก และเพชรบูรณ์ เพื่อคัดเลือกพื้นที่ที่สะท้อนบริบทและความหลากหลายของเขตสุขภาพได้จริง โดยพิจารณาจากศักยภาพในการขับเคลื่อนงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ และลักษณะเชิงพื้นที่ที่แตกต่างกัน พื้นที่ศึกษา 2 แห่ง ได้แก่

1. เทศบาลตำบลทุ่งหลวง อำเภอศรีมาศ จังหวัดสุโขทัย เป็นตัวแทนพื้นที่กึ่งชนบท
2. เทศบาลเมืองวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นตัวแทนพื้นที่กึ่งเมือง

กลุ่มตัวอย่างเทศบาลตำบลทุ่งหลวง
แบ่งเป็น 2 กลุ่มหลัก: 1) กลุ่มภาคีเครือข่าย (20 คน) ประกอบด้วยบุคลากรผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน/ผู้แทน คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอสม.ในพื้นที่ 2) กลุ่มผู้สูงอายุ คำนวณโดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan¹⁰ จากประชากร 1,554 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง 339 คน

กลุ่มตัวอย่างเทศบาลเมืองวิเชียรบุรี
แบ่งเป็น 2 กลุ่มหลัก: 1) กลุ่มภาคีเครือข่าย (20 คน) ประกอบด้วยบุคลากรผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน/ผู้แทน คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและ อสม. ในพื้นที่ 2) กลุ่มผู้สูงอายุ คำนวณโดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan¹⁰ จากประชากร 4,691 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง 373 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้เครื่องมือทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพตามระยะของการดำเนินงาน โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: ศึกษาสถานการณ์และบริบทพื้นที่ ใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) และแบบสังเกต (Observation Form) เพื่อศึกษาบริบทและกระบวนการดำเนินงานของชุมชน ทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม รวมถึงแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) จำนวน 26 ข้อ เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุก่อนการเข้าร่วมโครงการ

ระยะที่ 2: การสร้างและพัฒนารูปแบบ การปฏิบัติการ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ใช้กระบวนการจัดเวทีระดมความคิดเห็นแบบมีส่วนร่วม

(Participatory Workshop Process) เพื่อให้ภาคีเครือข่ายร่วมวิเคราะห์ วางแผน และออกแบบร่างรูปแบบชุมชน โดยใช้ “คู่มือการดำเนินงานชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการ” ของกรมอนามัยเป็นกรอบแนวทาง และใช้แบบประเมินชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการของสำนักผู้สูงอายุ กรมอนามัย เพื่อประเมินผลการดำเนินงานหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ

ระยะที่3: การประเมินผลและถอดบทเรียนใช้กระบวนการจัดเวทีแบบมีส่วนร่วมตามแนวทาง After Action Review (AAR) เพื่อประเมินผลลัพธ์และถอดบทเรียนการดำเนินงาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity): เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และนักวิชาการสาธารณสุข เพื่อประเมินความครอบคลุม ความเหมาะสมของเนื้อหา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ผลการประเมินพบว่า เครื่องมือมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ 0.87 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability): แบบวัด WHOQOL-BREF-THAI ผ่านการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษา จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.84 การตรวจสอบความเหมาะสมเชิงบริบท (Contextual Validation): ตรวจสอบความเหมาะสมของกระบวนการจัดเวทีฯ ความสอดคล้องของการนำคู่มือฯ มาประยุกต์ใช้ และความเหมาะสมของแบบประเมินฯ กับกลุ่มเป้าหมายและบริบทการวิจัย โดยทีมวิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory

Action Research: PAR) ตามแนวทางของ Crane และ O'Regan⁶ ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การสังเกต (Observe) การสะท้อนคิด (Reflect) การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Share) โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะที่ 1: การศึกษาสถานการณ์และบริบทพื้นที่ (Observe)

ผู้วิจัยดำเนินการทบทวนเอกสารวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำความเข้าใจบริบทด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และสุขภาพของผู้สูงอายุ จากนั้นเก็บข้อมูลภาคสนามโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างกับภาคีเครือข่ายร่วมกับการสังเกตสภาพชุมชนจริง และประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วยแบบวัด WHOQOL-BREF-THAI เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนดำเนินการพัฒนารูปแบบ

2. ระยะที่ 2: การสร้างและพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Reflect-Plan-Act-Share)

ผลจากการศึกษาสถานการณ์ในระยะที่ 1 นำมาสู่การจัดเวทีสะท้อนคิดร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของชุมชนแบบมีส่วนร่วม จากนั้นดำเนินการระดมความคิดเห็นเพื่อออกแบบร่าง “รูปแบบเป็นชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ” โดยใช้กรอบแนวคิดองค์การอนามัยโลก (WHO Age-friendly Cities Framework) ซึ่งกำหนดองค์ประกอบหลัก 8 ด้าน ได้แก่

1. อาคารสถานที่และบริเวณภายนอก (Outdoor Spaces and Buildings)
2. ระบบขนส่งและยานพาหนะ (Transportation)
3. ที่อยู่อาศัย (Housing)
4. การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Social Participation)
5. การให้ความเคารพและการยอมรับ (Respect and Social Inclusion)
6. การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน (Civic Participation and Employment)

7. การสื่อสารและการให้ข้อมูล (Communication and Information)

8. การบริการชุมชนและการบริการสุขภาพ
(Community Support and Health Services)
เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางในการพัฒนารูปแบบและ
กำหนดกิจกรรมให้ครอบคลุมทุกมิติของการ
ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.1 การตรวจสอบความเหมาะสมของร่าง
รูปแบบ: ร่างรูปแบบดังกล่าวได้นำเสนอแก่
ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล
และนักวิชาการสาธารณสุข เพื่อประเมินความ
เหมาะสม ความครอบคลุม และความเป็นไปได้ของ
องค์ประกอบทั้ง 8 ด้านตามกรอบขององค์การ
อนามัยโลก

2.2 การปรับปรุงรูปแบบ: ผู้วิจัยสังเคราะห์
ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิและภาคีเครือข่าย
เพื่อนำมาปรับปรุงรูปแบบในด้านองค์ประกอบ
กิจกรรม เกณฑ์การประเมิน และแนวทางปฏิบัติให้
สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ก่อนนำเสนอเพื่อ
ยืนยันความถูกต้องในรอบที่สอง

2.3 การนำรูปแบบไปใช้จริง: ชุมชนเป้าหมาย
ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบเป็นเวลา 12 สัปดาห์
ภายใต้การติดตามและให้คำปรึกษาทางวิชาการ
โดยทีมวิจัย ผ่านการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มี
ส่วนร่วม รวมถึงการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง เพื่อ
สนับสนุนการดำเนินงานตามแผนในแต่ละ
องค์ประกอบทั้ง 8 ด้านอย่างต่อเนื่องและบูรณา
การ

2.4 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสะท้อนผล
(Reflect on Action): หลังสิ้นสุดการดำเนินงาน
ผู้วิจัยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อถอดบทเรียน
และสะท้อนผลร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยอาศัย
ข้อมูลจากการสังเกต การสัมภาษณ์ และการ
ประเมินแบบฟอรัมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ
รวมถึงการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุซ้ำหลัง
การดำเนินงาน เพื่อสรุปผลการพัฒนาในแต่ละ
องค์ประกอบและใช้เป็นแนวทางขยายผลในพื้นที่
อื่นต่อไป

3. ระยะที่ 3: การประเมินผลและถอด บทเรียน (Evaluation and Reflection)

ผลการดำเนินงานจากทั้งสองพื้นที่นำมา
วิเคราะห์และสังเคราะห์เชิงเนื้อหา พร้อมจัดเวที
ประเมินผลและถอดบทเรียนแบบมีส่วนร่วม (After
Action Review: AAR) เพื่อสรุปปัจจัยแห่ง
ความสำเร็จ อุปสรรค และแนวทางพัฒนา
ตลอดจนจัดทำรูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ
แบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 2
ที่สมบูรณ์และสามารถนำไปขยายผลในพื้นที่อื่นได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ: จากการสัมภาษณ์
แบบกึ่งโครงสร้าง การสังเกต และการสนทนากลุ่ม
วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดย
กระบวนการวิเคราะห์จะดำเนินการควบคู่ไปกับการ
เก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว (Data
Saturation)

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ: จากแบบวัด
WHOQOL BREF – THAI และแบบประเมินชุมชน
ฯ

2.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive
Statistics): วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมถึงคะแนนคุณภาพชีวิต

2.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics):
วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของแบบวัด
คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับ
ภาษาไทย (WHOQOL BREF – THAI) ใช้ประเมิน
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลัง
การเข้าร่วมในการพัฒนารูปแบบเป็นเมืองที่เป็นมิตร
สำหรับผู้สูงอายุโดยใช้สถิติทดสอบทีแบบไม่อิสระ
(Paired Samples t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ
0.05

จริยธรรมการวิจัย

วิจัยฉบับนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจาก
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย รหัส
โครงการวิจัย 55/2025 วันที่ 24 กรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย

1. กระบวนการพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 2

กระบวนการพัฒนาใช้แนวทาง วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยให้ภาคีเครือข่ายในแต่ละพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การสะท้อนคิด การวางแผน การดำเนินงาน การสังเกตผล และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อร่วมกันสร้างแนวทางการพัฒนาที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น ผลการดำเนินงานใน 2 พื้นที่ ได้แก่ เทศบาลตำบลทุ่งหลวง จังหวัดสุโขทัย (ชุมชนกึ่งชนบท) และเทศบาลเมืองวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ (ชุมชนกึ่งเมือง) ส่งผลให้เกิด “รูปแบบการพัฒนาเป็นชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย” ครอบคลุม 8 องค์ประกอบตามกรอบแนวคิดองค์การอนามัยโลก (WHO, 2007) ดังนี้

1. ด้านอาคารสถานที่และบริเวณภายนอก (Outdoor Spaces and Buildings): ทั้ง 2 พื้นที่ได้ดำเนินการปรับปรุงและพัฒนาสถานที่ที่ผู้สูงอายุใช้ร่วมกันเป็นประจำ ได้แก่ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ วัด ชมรมผู้สูงอายุ สถานบริการสาธารณสุข และหน่วยงานราชการ ให้มีความปลอดภัย เข้าถึงได้ และเหมาะสมกับการใช้งานของผู้สูงอายุทุกกลุ่ม โดยมีการติดตั้ง ทางลาด ราวจับ ห้องน้ำมาตรฐานสำหรับผู้สูงอายุ ระบบไฟส่องสว่างในจุดเสี่ยง รวมถึงการปรับพื้นผิวทางเดินให้เรียบ ลดสิ่งกีดขวาง และที่นั่งเฉพาะสำหรับการมาใช้บริการ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว นอกจากนี้ ยังได้จัดสรร พื้นที่สีเขียวและสวนสุขภาพ สำหรับกิจกรรมออกกำลังกาย และกิจกรรมสันทนาการ เพื่อสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและส่งเสริมสุขภาพกาย ใจ ของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

โดยสรุป ทั้งสองพื้นที่ที่มีการพัฒนาอาคารและพื้นที่สาธารณะที่ผู้สูงอายุใช้ร่วมกันให้มีความปลอดภัยและเหมาะสมต่อการใช้ชีวิตประจำวันอย่างเป็นรูปธรรม โดย เทศบาลตำบลทุ่งหลวง เน้น “การปรับปรุงพื้นที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตให้เป็นศูนย์กลางกิจกรรมชุมชน” ส่วน เทศบาลเมืองวิเชียรบุรี เน้นในด้าน “การจัดระบบโครงสร้างพื้นฐานและพื้นที่สาธารณะในเขตเมืองให้ปลอดภัยและเข้าถึงได้” ซึ่งสะท้อนถึงการพัฒนาเชิงกายภาพที่สอดคล้องกับแนวคิด “ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ” ขององค์การอนามัยโลก

2. ด้านระบบขนส่งและยานพาหนะ (Transportation): ทั้ง 2 พื้นที่ได้พัฒนาระบบขนส่งที่เอื้อต่อการเดินทางของผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพและกิจกรรมในชุมชนอย่างปลอดภัยและทั่วถึง ในพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งหลวง มีการจัดบริการ รถรับ-ส่งผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง สำหรับเข้ารับบริการสุขภาพและร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ โดยมีเยาวชนอาสาและอสม.เป็นผู้ดูแลร่วมกับเทศบาล นอกจากนี้ ได้ดำเนินการ อบรบผู้ขับขี่เพื่อส่งเสริมความปลอดภัย ติดตั้ง ป้ายจราจร กระຈกนูน และไฟสัญญาณเตือนกว่า 30 จุด รวมถึงกำหนด เขตจำกัดความเร็ว 30 กิโลเมตรต่อชั่วโมง ตามข้อเสนอของกลุ่มเยาวชนในชุมชน ส่วน เทศบาลเมืองวิเชียรบุรี มีระบบ EMS ตลอด 24 ชั่วโมง พร้อมบริการรถรับ-ส่งผู้สูงอายุและผู้ป่วย จัดตั้ง ป้ายจราจร สัญญาณไฟกระຈกนูน และไฟส่องสว่างทั่วเขตเทศบาล เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการสัญจรของผู้สูงอายุในเขตเมือง

โดยสรุป ทั้ง 2 พื้นที่มีระบบขนส่งที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม โดย ทุ่งหลวง เน้น “การจัดการเดินทางเชิงชุมชนและการมีส่วนร่วมของเยาวชน” ขณะที่วิเชียรบุรี เน้นด้าน “ระบบ EMS และมาตรการความปลอดภัยทางถนน” ซึ่งช่วยลดข้อจำกัดด้านการเดินทางและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปลอดภัยและมีส่วนร่วมมากขึ้น

3. ด้านที่อยู่อาศัย (Housing): ทั้ง 2 พื้นที่ได้มีการสำรวจและปรับปรุงบ้านผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง โดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รวมถึงภาคีเอกชน (CSR) เพื่อให้บ้านมีความปลอดภัยและเหมาะสมต่อการใช้ชีวิตประจำวัน โดยได้ปรับสภาพบ้านให้อยู่ในมาตรฐานที่ปลอดภัย เช่น การติดตั้งราวจับในห้องน้ำ การทำทางลาด พื้นกันลื่น การปรับระดับพื้นบ้านให้เท่ากัน และการติดตั้งไฟฟ้าให้เพียงพอในบริเวณที่มีความเสี่ยงต่อการมองเห็นไม่ชัด ในพื้นที่เทศบาลตำบลทุ่งหลวง ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และภาคีเครือข่าย CSR ในการซ่อมแซมบ้านผู้สูงอายุยากไร้ ขณะที่ เทศบาลเมืองวิเชียรบุรี มีการจัดทำ “โครงการบ้านปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ” โดยบูรณาการร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและจิตอาสาในพื้นที่ เพื่อช่วยปรับสภาพบ้านและติดตามความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง

โดยสรุป ทั้ง 2 พื้นที่ที่มีการจัดการด้านที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัยและเหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ โดย เทศบาลตำบลทุ่งหลวง เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับชุมชน ส่วนเทศบาลเมืองวิเชียรบุรี เน้นการสร้างระบบติดตามและสนับสนุนจากหน่วยงานท้องถิ่น ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญในการลดการเกิดอุบัติเหตุและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่มั่นคงของผู้สูงอายุในระยะยาว

4. ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Social Participation): ทั้ง 2 พื้นที่ มีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมที่หลากหลายและเหมาะสมกับศักยภาพ เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ การออกกำลังกายประจำสัปดาห์ กิจกรรมเพื่อนเยี่ยมเพื่อน และกิจกรรมทางศาสนาในวัด รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อ

เสริมสร้างความสัมพันธ์และลดความโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุ โดยในพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งหลวง มีการจัดกิจกรรมออกกำลังกายทุกเช้าในสวนสุขภาพ การเรียนรู้ในโรงเรียนผู้สูงอายุ และกิจกรรม “เพื่อนเยี่ยมเพื่อน” เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง ส่วนพื้นที่เทศบาลเมืองวิเชียรบุรี มีกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ การรำไม้พลอง การรำกลองยาว และการจัดงานประเพณีวันผู้สูงอายุร่วมกับวัดและหน่วยงานท้องถิ่น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้แสดงออกและมีส่วนร่วมในสังคมอย่างต่อเนื่อง

โดยสรุป ทั้ง 2 พื้นที่ที่สามารถสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุได้อย่างเป็นรูปธรรม โดย เทศบาลตำบลทุ่งหลวง เน้นด้านการดูแลแบบอบอุ่นในชุมชน ส่วนเทศบาลเมืองวิเชียรบุรี เน้นด้านกิจกรรมสร้างสุขในเขตเมือง ซึ่งช่วยส่งเสริมสุขภาพกายและใจ และสร้างคุณค่าในตนเองให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมอย่างแท้จริง

5. ด้านการให้ความเคารพและการยอมรับ (Respect and Social Inclusion): ทั้ง 2 พื้นที่ มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมทัศนคติที่ดีและยกย่องผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่มีคุณค่าในสังคม โดยเน้นการสร้างคามภาคภูมิใจและการยอมรับจากชุมชนผ่านกิจกรรมเชิดชูเกียรติและการสืบสานภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง ในพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งหลวง มีการจัดกิจกรรม “วันผู้สูงอายุแห่งชาติ” การยกย่อง “ผู้สูงอายุต้นแบบ” และกิจกรรม “ปราชญ์ชาวบ้าน” เพื่อเผยแพร่คุณค่าของประสบการณ์ชีวิตและภูมิปัญญาท้องถิ่นสู่คนรุ่นหลัง ส่วนพื้นที่ เทศบาลเมืองวิเชียรบุรี มีการจัดกิจกรรม “ผู้สูงวัยต้นแบบสร้างแรงบันดาลใจ” เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุถ่ายทอดเรื่องราว ประสบการณ์และบทเรียนชีวิตให้แก่เยาวชน รวมทั้งกิจกรรมเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างวัยที่ส่งเสริมความเข้าใจและความเคารพซึ่งกันและกัน

โดยสรุป ทั้งสองพื้นที่ที่มีการขับเคลื่อนกิจกรรมที่สะท้อนการยอมรับในศักยภาพและคุณค่าของผู้สูงอายุ ช่วยเสริมสร้างความภาคภูมิใจ

ในตนเองและสร้างภาพลักษณ์เชิงบวกของผู้สูงอายุในสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่เน้นให้ชุมชนเป็นพื้นที่แห่งการเคารพการมีส่วนร่วม และการอยู่ร่วมกันของคนทุกช่วงวัยอย่างเท่าเทียม

6. ด้านการมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน (Civic Participation and Employment): ทั้ง 2 พื้นที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในการพัฒนาชุมชนและสร้างรายได้ตามศักยภาพของตนเอง โดยจัดกิจกรรมฝึกอาชีพและตลาดนัดผู้สูงอายุ เพื่อจำหน่ายผลิตภัณฑ์จากภูมิปัญญาท้องถิ่นและสินค้าชุมชน ในพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งหลวง มีการจัด “ตลาดนัดสุขภาพผู้สูงอายุ” เพื่อให้ผู้สูงอายุจำหน่ายสินค้าจากผลผลิตทางการเกษตรและผลิตภัณฑ์ชุมชน ส่วนพื้นที่ เทศบาลเมืองวิเชียรบุรี มีการส่งเสริมอาชีพตามความถนัดของผู้สูงอายุ เช่น งานหัตถกรรมพื้นบ้าน และการทำผลิตภัณฑ์จากวัสดุธรรมชาติ เพื่อสร้างรายได้เสริมและใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์

โดยสรุป ทั้ง 2 พื้นที่ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างเหมาะสม โดย ทุ่งหลวง เน้นกิจกรรมเชิงชุมชนที่เกิดจากความร่วมมือของภาคี ส่วน วิเชียรบุรี เน้นการสร้างงานจากภูมิปัญญาและการส่งเสริมอาชีพเชิงสร้างสรรค์ ซึ่งช่วยเพิ่มคุณค่าและความภาคภูมิใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

7. ด้านการสื่อสารและการให้ข้อมูล (Communication and Information): ทั้ง 2 พื้นที่ ได้พัฒนาระบบสื่อสารเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการต่าง ๆ ได้อย่างทั่วถึง โดยผลานการใช้สื่อดั้งเดิมและสื่อดิจิทัลให้เหมาะกับบริบทของชุมชน โดยเทศบาลตำบลทุ่งหลวง พัฒนาระบบสื่อสารชุมชน ผ่านเสียงไร้สาย เว็บไซต์ เฟซบุ๊ก ไลน์กลุ่ม และบริการ E-Service จากศูนย์ดิจิทัลชุมชน และจัดอบรมการใช้สื่อออนไลน์และความปลอดภัยไซเบอร์แก่ผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มทักษะการสื่อสารในยุคดิจิทัล ในส่วนของเทศบาลเมืองวิเชียรบุรี ขับเคลื่อนจาก องค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLO) สู่

ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLC) ใช้สื่อสมัยใหม่ เช่น TikTok จอ LED เสียงตามสาย และสื่อสิ่งพิมพ์ตัวใหญ่ รวมถึงบริการ One Stop Service เพื่อเผยแพร่ข้อมูลและรับฟังข้อเสนอจากประชาชน

โดยสรุป ทั้ง 2 พื้นที่มีระบบสื่อสารเพื่อสุขภาพที่เข้าถึงง่ายและครอบคลุม ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยและสามารถปรับตัวสู่สังคมดิจิทัลได้อย่างมั่นใจ

8. ด้านบริการชุมชนและบริการสุขภาพ (Community Support and Health Services): ทั้ง 2 พื้นที่ มีระบบบริการสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุที่ครอบคลุม โดยเน้นการบูรณาการระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งหลวง มีการจัดตั้ง “ธรรมนูญสุขภาพตำบล” เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ และมีกิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ การคัดกรองสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ขณะที่ เทศบาลเมืองวิเชียรบุรี มีระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัย โดยเฉพาะการใช้เทคโนโลยี Telemedicine และระบบ EMS ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุ

โดยสรุป ทั้ง 2 พื้นที่มีระบบบริการสุขภาพและบริการชุมชนที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ผลลัพธ์ของการดำเนินงานรูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 2

การดำเนินงานรูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ส่งผลให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางกาย สังคม และบริการสุขภาพให้เหมาะสมต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นใน 4 มิติหลัก ได้แก่ สุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของผลการวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลทุ่งหลวง
จำแนกคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

คุณภาพชีวิต	คะแนนก่อน (SD)	ระดับ	คะแนนหลัง (SD)	ระดับ	t	p-value
ด้านสุขภาพกาย	24.65 (2.87)	คุณภาพชีวิต ปานกลาง	31.84 (2.00)	คุณภาพชีวิตที่ดี	-37.46	< .001
ด้านจิตใจ	22.99 (2.98)	คุณภาพชีวิต ปานกลาง	28.19 (1.71)	คุณภาพชีวิตที่ดี	-28.54	< .001
ด้านสัมพันธภาพ ทางสังคม	9.46 (1.63)	คุณภาพชีวิต ปานกลาง	13.41 (1.24)	คุณภาพชีวิตที่ดี	-36.55	< .001
ด้านสิ่งแวดล้อม	28.89 (3.73)	คุณภาพชีวิต ปานกลาง	36.77 (2.08)	คุณภาพชีวิตที่ดี	-34.08	< .001
คุณภาพชีวิต โดยรวม	93.15 (10.53)	คุณภาพชีวิต ปานกลาง	119.51 (6.17)	คุณภาพชีวิตที่ดี	-39.52	< .001

จากตาราง พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
ตำบลทุ่งหลวงหลังเข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยรวมจาก
93.15 (SD = 10.53) เป็น 119.51 (SD = 6.17)
เปลี่ยนระดับจากปานกลางเป็นดีทุกมิติ โดยเฉพาะ
ด้านสัมพันธภาพทางสังคมที่เพิ่มขึ้นสูงสุด แสดงถึง
การมีส่วนร่วมและการสื่อสารทางสังคมของ

ผู้สูงอายุที่ดีขึ้น ขณะที่ด้านสุขภาพกายและจิตใจ
สะท้อนถึงการพัฒนาสมรรถภาพและความมั่นคง
ทางอารมณ์ ส่วนด้านสิ่งแวดล้อมแสดงถึงการรับรู้
ต่อความปลอดภัยและการสนับสนุนจากชุมชนที่
เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดี
ขึ้นอย่างชัดเจนหลังการดำเนินโครงการ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของผลการวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเทศบาลเมืองวิเชียรบุรี
จำแนกคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

คุณภาพชีวิต	คะแนนก่อน (SD)	ระดับ	คะแนนหลัง (SD)	ระดับ	t	p-value
ด้านสุขภาพกาย	20.35 (3.33)	คุณภาพชีวิต ปานกลาง	24.44 (3.01)	คุณภาพชีวิตที่ดี	-22.54	< .001
ด้านจิตใจ	22.41 (3.55)	คุณภาพชีวิต ปานกลาง	23.92 (2.49)	คุณภาพชีวิตที่ดี	-9.74	< .001
ด้านสัมพันธภาพ ทางสังคม	9.63 (2.10)	คุณภาพชีวิต ปานกลาง	12.27 (1.24)	คุณภาพชีวิตที่ดี	-26.04	< .001
ด้านสิ่งแวดล้อม	28.47 (5.04)	คุณภาพชีวิต ปานกลาง	30.17 (2.79)	คุณภาพชีวิตที่ดี	-6.43	< .001
คุณภาพชีวิต โดยรวม	91.64 (14.28)	คุณภาพชีวิต ปานกลาง	98.58 (7.92)	คุณภาพชีวิตที่ดี	-10.36	< .001

จากตารางพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน
พื้นที่เทศบาลเมืองวิเชียรบุรีหลังเข้าร่วมโครงการ
เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดย

ค่าเฉลี่ยรวมจาก 91.64 (SD = 14.28) เป็น 98.58
(SD = 7.92) ระดับคุณภาพชีวิตเปลี่ยนจากปาน
กลางเป็นดีทุกมิติ โดยเฉพาะด้านสัมพันธภาพทาง

สังคมซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงเด่นชัดที่สุด แสดงถึงการมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุที่ดีขึ้น ขณะที่ด้านสุขภาพกายและจิตใจสะท้อนถึงสมรรถภาพและสภาวะอารมณ์ที่มั่นคงมากขึ้น ส่วนด้านสิ่งแวดล้อมแสดงถึงการรับรู้ต่อความปลอดภัยและสิ่งอำนวยความสะดวกในชุมชนที่ดีขึ้นโดยรวม ผลการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่าโครงการสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเทศบาลเมืองวิเชียรบุรีได้อย่างเป็นรูปธรรม

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้พบว่า การพัฒนารูปแบบเป็นชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 2 ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในทุกมิติ ทั้งสุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่เทศบาลตำบลทุ่งหลวง (กิ่งชนบท) ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มจาก 93.15 เป็น 119.51 สะท้อนการมีส่วนร่วมทางสังคมและความสัมพันธ์ในชุมชนที่เข้มแข็ง ส่วนเทศบาลเมืองวิเชียรบุรี (กิ่งเมือง) ค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 91.64 เป็น 98.58 แสดงถึงการพัฒนาซึ่งมีจุดเด่นในด้านสุขภาพกายและสิ่งแวดล้อม โดยรวมรูปแบบการดำเนินงานที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนสามารถเสริมสร้างสุขภาวะและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยทั้งสองข้อ ซึ่งมุ่งศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานดังกล่าวในเขตสุขภาพที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผลลัพธ์ที่ได้แสดงให้เห็นว่า การดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมสามารถเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งในมิติสุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งยืนยันสมมุติฐานของการวิจัยนี้ว่าการพัฒนารูปแบบชุมชน

ที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุมีผลต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

กระบวนการพัฒนาโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพ องค์กรศาสนา ภาคเอกชน และประชาชนในชุมชน สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ของ Crane และ O'Regan⁶ ซึ่งมุ่งเน้นการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างนักวิจัยและชุมชนผ่านการปฏิบัติจริงและการสะท้อนผลอย่างต่อเนื่อง อันช่วยสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของและเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงานในระยะยาว นอกจากนี้ การขับเคลื่อนตามแนวทาง 8 ด้านของชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก⁴ ยังสะท้อนถึงการพัฒนาที่ครอบคลุม ทั้งด้านอาคารสถานที่ การขนส่งที่อยู่อาศัย การมีส่วนร่วมทางสังคม และบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างเป็นรูปธรรม

เมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างพื้นที่ พบว่าพื้นที่เทศบาลตำบลทุ่งหลวง ซึ่งเป็นชุมชนกิ่งชนบท มีความโดดเด่นด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นกับเครือข่ายชุมชนและเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ที่อธิบายว่าการมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นกลไกสำคัญในการคงไว้ซึ่งสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุ^{11,12} ส่วนพื้นที่เทศบาลเมืองวิเชียรบุรี ซึ่งเป็นชุมชนกิ่งเมือง มีความก้าวหน้าในด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการบูรณาการระบบบริการสุขภาพ EMS ตลอด 24 ชั่วโมง การจัดการสาธารณสุขปศุสัตว์ และการปรับปรุงพื้นที่สาธารณะให้ปลอดภัยและเข้าถึงได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Tavares และคณะ¹³ ที่ชี้ว่าการจัดระบบสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพและลดข้อจำกัดในการดำรงชีวิต

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของภาวดี อังศุสิงห์ และพัฒน์ดา ศรีกุมาร^{14,15} ซึ่งพบว่า การออกแบบพื้นที่สาธารณะและที่อยู่อาศัยให้สอดคล้องกับสภาพร่างกายและสมรรถภาพของผู้สูงอายุ เช่น การจัดท่าทางลาด ราวจับ ห้องน้ำมาตรฐาน และการจัดพื้นที่สีเขียว เป็นปัจจัยสนับสนุนสำคัญที่ส่งผลเชิงบวกต่อสุขภาวะทั้งทางกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ผลการศึกษพบว่าผู้สูงอายุสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตได้อย่างต่อเนื่องภายหลังเข้าร่วมโครงการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ที่อธิบายว่าการคงไว้ซึ่งกิจกรรมที่คุ้นเคย และการรักษาความสัมพันธ์ทางสังคมในชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางจิตใจ รู้สึกมีคุณค่า และยังคงบทบาทของตนในสังคมได้อย่างเหมาะสม¹⁶

ผลลัพธ์ที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาต่างประเทศ โดย Hong, Kim และ Canham รายงานว่าการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ช่วยส่งเสริมสุขภาวะและความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ¹⁷ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Zhou และคณะ ซึ่งพบว่าสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ มีผลเชิงบวกต่อสุขภาพกายและจิต¹⁸ ผลการศึกษานี้จึงสะท้อนให้เห็นว่าการดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งประกอบด้วยพื้นที่กิ่งเมืองและกิ่งชนบท สามารถเป็นต้นแบบการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในระดับเขตได้

โดยสรุป การวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 2 สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงบวก

ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสามารถใช้เป็นแนวทางขยายผลการดำเนินงานสู่พื้นที่อื่นเพื่อสร้างสังคมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. เชิงนโยบายและการปฏิบัติ

1.1 หน่วยบริการสุขภาพร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชน ขยายผลรูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุไปยังพื้นที่อื่นในเขตสุขภาพที่ 2 และบูรณาการเป็นแผนการดูแลผู้สูงอายุที่ต่อเนื่อง ครอบคลุมสุขภาพกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

1.2 ควรสนับสนุนกองทุนหรือภาคีเครือข่ายท้องถิ่น (เช่น CSR) ให้ร่วมส่งเสริมกิจกรรมและปรับสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเข้าถึงได้สำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม

2. เชิงวิชาการและการวิจัยในอนาคต

ควรติดตามผลระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโครงการ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ที่ให้การสนับสนุนและความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย ขอขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ข้อมูลอันมีคุณค่า ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้บรรลุผลสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2566). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ.
2. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ.(2567). รายงานผลคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 2. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงได้จาก: <https://datacatalog.anamai.moph.go.th/dataset/agingregion2>
3. United Nations Population Fund Thailand.(2023). Thailand's Ageing Population Report 2023. Bangkok: UNFPA. เข้าถึงได้จาก: <https://www.unfpa.org/data/transparency-portal/unfpa-thailand>
4. World Health Organization (WHO).(2007). Global age-friendly cities: A guide. Geneva: WHO. เข้าถึงได้จาก: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43755>

5. กระทรวงสาธารณสุข.(2565). แผนบูรณาการความร่วมมือ 7 กระทรวง พ.ศ. 2565–2569. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
6. Crane P, O'Regan M.(2010). On PAR: Using participatory action research to improve early intervention. Canberra: Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs.
7. สำนักผู้สูงอายุ กรมอนามัย.(2567). แนวทางการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย.
8. United Nations.(2015). Sustainable Development Goals: 17 Goals to Transform Our World. New York: United Nations.
9. Krejcie RV, Morgan DW.(1970). Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970;30(3):607–610.
10. Eliopoulos C. Gerontological Nursing.(2010). 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
11. Grossman G, Lange JW.(2006). Theories of aging as basis for assessment. MEDSURG Nursing. 2006;15(2):77–83.
12. Tavares J, Santinha G, Rocha NP.(2021). Age-friendly health care: A systematic review. Healthcare. 2021;9(1):83.
13. ภาวดี อังสุสิงห์.(2565). สภาพแวดล้อมนอกอาคารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเมืองน่าอยู่กรุงเทพมหานคร. หน้าจั่วว่าด้วยประวัติศาสตร์สถาปัตยกรรมและสถาปัตยกรรมไทย. 2565;19(1):316–353.
14. พณิศา ศรีกุมาร, ไตรรัตน์ จารุทัศน์.(2567). แนวทางการพัฒนาสภาพแวดล้อมภายนอกสำหรับผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาชุมชนในกรุงเทพมหานคร. วารสารสถาปัตยกรรมศาสตร์ สารสถาปัตย์. 2567;38(1):55–72.
15. ศิริรัตน์ ปานอุทัย.(2561). การพยาบาลผู้สูงอายุ เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: สมาร์ทโคตติ้ง แอนด์ เซอร์วิส; 2561.
16. Hong A, Kim JY, Canham SL.(2023). Age-friendly community interventions for health and social outcomes: A scoping review. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(3):2554.
17. Zhou JJ, Kang R, Bai X.(2022). A meta-analysis on the influence of age-friendly environments on older adults' physical and mental well-being. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(21):13813.