

The Development of a Friendly Prototype Community model for the elderly with Quality of Life of Elderly by the Participative Network Partners in the community: A Case study at Phrae Province¹

Saksun Changkenw²
Adul Wuttijurepan³
Sopawadee Saensiriwong⁴
Pimchai Srikwar⁵

Received: 11 April 2025

Accepted: 30 June 2025

Abstract

This participatory action research aimed to develop and examine the outcomes of a community-based participatory model for creating age-friendly prototype communities in Phrae Province, Thailand. The study participants included 1) 25 community leaders and stakeholders and 2) 306 older adults. Data were collected through questionnaires and focus group discussions, and analyzed using content analysis, descriptive statistics, and inferential statistics with a paired t-test.

The findings revealed that the developed model was based on participatory collaboration among community members and multi-sectoral networks, including public and private sectors, consistent with the principles of PAR. The model comprised five key steps: 1) community assessment guided by the World Health Organization's concept of age-friendly cities, 2) needs assessment and issue prioritization, 3) development planning, 4) feedback and policy advocacy through community and administrative channels and 5) evaluation and continuous reflection for sustainable improvement. This process resulted in the establishment of a prototype age-friendly community aligned with the WHO's eight domains of age-friendly cities.

Regarding outcomes, the overall quality of life scores of older adults significantly improved after the implementation ($p < 0.05$). Domain-specific analysis indicated statistically significant improvements in psychological well-being, social relationships, and environmental aspects ($p < 0.05$), while physical health scores showed a positive trend but did not reach statistical significance ($p = 0.07$).

Keywords: Age-Friendly Community, Participation, Quality of Life

¹ Academic Article

² Public Health Technical Officer, Professional Level, Phrae Provincial Public Health Office,
E-mail : saksun9721@gmail.com

³ Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Phrae

⁴ Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Phrae Provincial Public Health Office

⁵ Public Health Officer, Experienced Level, Phrae Provincial Public Health Office

การพัฒนารูปแบบชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน กรณีศึกษา จังหวัดแพร่¹

เสกสรรค์ ช้างเขียว²

อดุลย์ วุฒิจูรินทร์³

โสภาวดี แสนศิริวงศ์⁴

พิมพ์ใจ สีขาว⁵

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน จังหวัดแพร่ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) ผู้นำชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 25 คน 2) ผู้สูงอายุ จำนวน 306 คน เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม และสนทนากลุ่ม นำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหา สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบ คือ การดำเนินงานโดยมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของ PAR ได้รับการพัฒนา 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินชุมชนตามแนวคิดของเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก 2) การวิเคราะห์ความต้องการหรือประเด็นที่ต้องพัฒนา 3) การวางแผนพัฒนา 4) การคืนข้อมูลให้ชุมชน และนำเสนอต่อผู้บริหารเพื่อเสนอเป็นนโยบายและนำเข้าเทศบาลฯ 5) การประเมินผลและสะท้อนข้อมูลกลับเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เกิดรูปแบบการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุต้นแบบของจังหวัดแพร่ ตาม 8 องค์ประกอบของเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนต้นแบบ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุหลังการดำเนินงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) รายด้าน พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ ภายหลังการดำเนินงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในขณะที่คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.07$)

คำสำคัญ: ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วม คุณภาพชีวิต

¹ บทความวิชาการ

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ อีเมล saksun9721@gmail.com

³ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี แพร่

⁴ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

⁵ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

บทนำ

การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก นับเป็นประเด็นด้านสาธารณสุขที่สำคัญในศตวรรษที่ 21 โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2011) คาดการณ์ว่าภายในปี ค.ศ. 2050 จะมีผู้สูงอายุจำนวนมากกว่า 1,500 ล้านคนทั่วโลก ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2567 ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 20.70 และคาดว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-Aged Society) ในปี พ.ศ. 2578 (กรมการปกครอง, 2567) การเปลี่ยนผ่านนี้มีผลกระทบต่อโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจ และระบบสุขภาพของประเทศอย่างมีนัยสำคัญ ผู้สูงอายุมีแนวโน้มประสบปัญหาด้านสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น โรคเรื้อรัง ภาวะสมองเสื่อม ความเหงา ซึมเศร้า และการสูญเสียบทบาททางสังคม ซึ่งล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (Quality of Life) อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (สุวัฒน์ และวิระวรรณ, 2554) เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว รัฐบาลไทยได้กำหนดวิสัยทัศน์ “ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม” และจัดทำข้อตกลงร่วมระหว่าง 7 กระทรวง ผ่านหลักการ 4S ได้แก่ Social Participation, Social Security, Strong Health และ Smart Digital Innovation (สำนักผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2567) นอกจากนี้ ยังได้ผลักดันแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566–2580) เพื่อยกระดับการดูแลแบบองค์รวม โดยเน้นความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน และชุมชน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) หนึ่งในแนวทางสำคัญคือการส่งเสริมให้เกิด “เมืองหรือชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ” (Age-Friendly Cities and Communities: AFCC) ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก ซึ่งกำหนด 8 องค์ประกอบ

หลักในการประเมิน ได้แก่ อาคารและพื้นที่สาธารณะ ที่อยู่อาศัย ระบบขนส่ง การมีส่วนร่วมในสังคม การสื่อสาร การเคารพ และการยอมรับ การจ้างงาน และบริการสุขภาพ (WHO, 2017) หลักการเหล่านี้นมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตอย่างปลอดภัย เข้าถึงการบริการอย่างมีคุณภาพ และยังคงมีบทบาทในชุมชนอย่างมีคุณค่า

งานวิจัยที่ผ่านมาหลายชิ้นชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยการพัฒนาด้านสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพ การศึกษา และสิ่งแวดล้อม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างเป็นรูปธรรม (เขาวเรศ, 2558; เบญจมาศ, 2564; ญัฐติกาญจน์, 2567) โดยเฉพาะในบริบทของชุมชนชนบท หรือเมืองขนาดเล็ก การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุในชุมชนมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนอย่างยั่งยืน

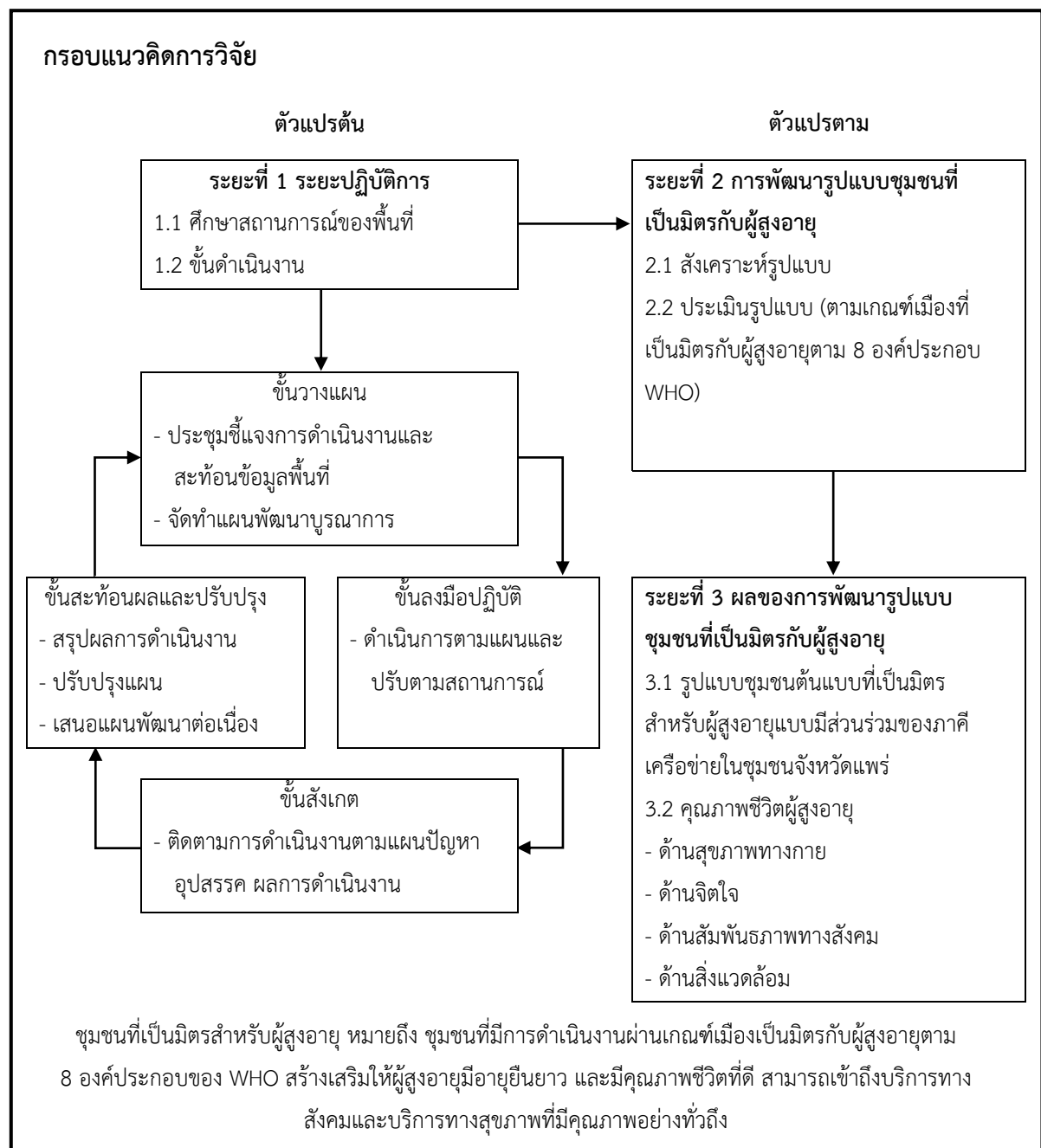
จังหวัดแพร่เป็นหนึ่งในพื้นที่ที่เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ โดยมีประชากรสูงอายุมากถึงร้อยละ 26.87 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในพื้นที่ยังคงเน้นหนักที่มีดีสุขภาพกายโดยขาดแนวทางการที่ครอบคลุมทุกมิติของคุณภาพชีวิต ได้แก่ สุขภาพจิต สังคม สิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ ซึ่งล้วนมีบทบาทต่อความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ และจังหวัดแพร่ ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนารูปแบบชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน

กรณีศึกษา จังหวัดแพร่ โดยเลือกพื้นที่ต้นแบบด้วยความสมัครใจ เป็นพื้นที่ต้นแบบในการศึกษา โดยมุ่งเน้นการบูรณาการแนวคิดขององค์การอนามัยโลก สู่การปฏิบัติจริงในระดับพื้นที่ ซึ่งไม่เพียงแต่จะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในมิติต่าง ๆ แต่ยังเป็นต้นแบบที่สามารถขยายผลได้ในจังหวัด ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน งานวิจัยนี้จึงมีเป้าหมายเพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลของการดำเนินงานชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

ในจังหวัดแพร่ โดยใช้แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อพัฒนารูปแบบชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนจังหวัดแพร่
- 2) เพื่อศึกษาผลของรูปแบบของชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนจังหวัดแพร่



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เก็บข้อมูลแบบพหุวิธี คือ เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดำเนินการตามวงจร การวิจัย 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนการวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observing) และการสะท้อนกลับ (reflecting) โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1) ขั้นตอนวางแผน 2) พัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนระยะพัฒนารูปแบบ 3) ศึกษาผลของการดำเนินงานตามรูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนต้นแบบ จำนวน 1,121 คน (HDC, 2566) จาก 8 หมู่บ้านในตำบลแม่หล่าย อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่

กลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ปฏิบัติการ ศึกษาสถานการณ์ของพื้นที่ และดำเนินการตามวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลสถานการณ์ทั่วไปของชุมชนต้นแบบ เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และผู้สูงอายุที่อาศัยในตำบลแม่หล่าย อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของท้องถิ่น เครือข่ายคณะทำงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ ในตำบลต้นแบบ และผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 25 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ที่มีบทบาทสำคัญในชุมชนและมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้นำชุมชนและผู้เกี่ยวข้องจำนวน 25 คน กลุ่มเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1

ระยะที่ 3 ผลของการพัฒนารูปแบบการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุก่อนและหลังการทำวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลแม่หล่าย อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ จำนวน 306 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) แบบโปรแกรมสุ่มอย่างง่าย เพื่อเลือกตัวอย่างจากรายชื่อผู้สูงอายุในชุมชนต้นแบบ จำนวน 8 หมู่บ้าน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางของ Krejcie & Morgan (1970)

1) เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) ได้แก่ 1. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-85 ปี ประชาชน หรือ เจ้าหน้าที่ที่อาศัยจริงในพื้นที่ตำบลแม่หล่าย 2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 3. สามารถสื่อสาร ได้ตอบ และเข้าใจภาษาไทย และ 4. มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยลงนามในใบยินยอม

2) เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria) ได้แก่ มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร และมีปัญหาด้านการเดินทางเข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) ประยุกต์ใช้ แบบประเมินชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการ (สำนักผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2567) ตาม 8 องค์ประกอบ ซึ่งเผยแพร่ให้ใช้ทั่วไปและเป็นที่ยอมรับในระดับสากลและได้รับคำแนะนำโดยผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน

2) ประเมินเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI) ของสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล (2554) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็นองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย 7 ข้อ ด้านจิตใจ 6 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 3 ข้อ และด้านสิ่งแวดล้อม 8 ข้อ การแปลผล คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน เปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้ คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่กลางๆ คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม ไปปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุขที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในการทำวิจัย จำนวน 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน โดยภายหลังจากได้รับข้อคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับแก้ไข และนำแบบสอบถามมาทดสอบความตรงตามวัตถุประสงค์ โดยการหาค่า IOC (IOC : Index of item objective congruence) รวม ได้ค่าเท่ากับ 0.88 โดยทั้งสองส่วนมีค่าเท่ากับ 0.88 ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในแบบสอบถามและ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาตามแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้

(try out) สอบถามกลุ่มตัวอย่างทดลองในพื้นที่ที่มีพื้นที่วิจัย จำนวน 30 คนเพื่อเป็นการทดสอบการใช้จริงมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยการหา Cronbach's alpha coefficient พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น 0.87

ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัย ได้ศึกษาเอกสารและรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน กำหนดรูปแบบ วิธีวิจัยแบบผสมวิธี เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมประเด็นการวิจัย ดังนี้ 1) การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม และประเมินผลรูปแบบ 2) การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ดำเนินการ โดยการประชุมและสนทนากลุ่ม ตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ในแผนการวิจัย 3) นำรายละเอียดที่ได้แต่ละขั้นตอน รวมทั้งผลลัพธ์ที่ได้ จากการพัฒนารูปแบบ นำไปทำรูปแบบนำเสนอผลงานวิจัยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้วิเคราะห์

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยมีการจัดระเบียบข้อมูล จัดกลุ่ม จัดประเภท และวิเคราะห์หาข้อสรุป

2) ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ หนังสือรับรอง

เลขที่ PPH No. 040/2567 เมื่อ วันที่ 4 มิถุนายน
2567

ผลการวิจัย

การพัฒนาารูปแบบชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตร
กับผู้สูงอายุในจังหวัดแพร่ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน
ได้แก่ขั้นตอนการวางแผน (planning) การปฏิบัติ
(action) การสังเกต (observing) และการสะท้อน
กลับ (reflecting) ดังนี้

1. ขั้นตอนศึกษาสถานการณ์และขั้นการวางแผน (Planning)

บริบทและสถานการณ์

ข้อมูลทั่วไป ปี พ.ศ. 2567 ตำบลแม่หล่าย
อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ ตั้งอยู่ห่างจากที่ว่าการ
อำเภอเมืองแพร่ 12 กิโลเมตร มีพื้นที่ 13.52 ตาราง
กิโลเมตร แบ่งเป็น 8 หมู่ มีจำนวน 2,017
หลังคาเรือน มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
1 แห่ง มี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
(อสม.) จำนวน 178 คน มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน
8 คน มี วัด 3 วัด ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1 ศูนย์ฯ
สถานศึกษา 3 แห่ง อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร
การปศุสัตว์ และค้าขายและบริการ สภาพเศรษฐกิจ
ฐานะปานกลาง รายได้ครัวเรือนเฉลี่ย 4,500 -
8,000 บาทต่อเดือน มีจำนวนประชากร จำนวน
4,327 คน เป็นผู้สูงอายุ 1,121 คน คิดเป็นร้อยละ
25.60 ของประชากร แบ่งความสามารถในการ
ดำเนินชีวิตประจำวันพื้นฐาน (Activity of Daily
Living: ADL) เป็นกลุ่มติดสังคม 1,059 คน คิดเป็น
ร้อยละ 94.47 ติดบ้าน 50 คน คิดเป็น ร้อยละ 4.46
ติดเตียง 12 คน คิดเป็นร้อยละ 1.07 (HDC,2567)
จากการประเมินสถานการณ์ชุมชนผู้สูงอายุตาม
8 องค์ประกอบ โดยการระดมความเห็นจาก
ภาคีเครือข่ายและประชาคมหมู่บ้าน เพื่อกำหนด

ประเด็นปัญหาและแนวทางพัฒนา โดยเน้นการมี
ส่วนร่วมของผู้นำชุมชน หน่วยงานภาครัฐ องค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น ชมรมผู้สูงอายุ และ อสม.
เบื้องต้นพบว่า

1) อาคารสถานที่และบริเวณภายนอก
อาคารสถานที่สาธารณะที่ผู้สูงอายุใช้บริการหรือ
รวมกลุ่มเป็นส่วนใหญ่ เช่น วัด โรงเรียนผู้สูงอายุ
ชมรมผู้สูงอายุ ที่ทำการเทศบาล โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลมีบริเวณพื้นที่ภายนอกอาคาร
และตัวอาคารมีความสะอาด ปลอดภัย แต่ยังขาด
สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ที่จอดรถ
ป้ายบอกทางห้องน้ำ ราวจับในห้องน้ำ ป้ายบอกทาง
ต่างระดับ ที่นั่งรอสำหรับผู้สูงอายุ

2) ระบบขนส่งและยานพาหนะในชุมชนเป็น
ชุมชนกึ่งเมือง มีบริการขนส่งสาธารณะที่สะดวก
และเหมาะสม และบริการพิเศษต่าง ๆ อย่างครบถ้วน
ในกรณีที่ขนส่งสาธารณะไม่เพียงพอ ยังมีบริการขนส่ง
เสริม แต่ยังขาดในเรื่อง ปรับปรุงเส้นทางให้
ชัดเจน และที่จอดรถ และจุดรับ-ส่งพิเศษสำหรับ
ผู้สูงอายุและผู้พิการ

3) ที่อยู่อาศัย จากบริบทของชุมชนกึ่งเมือง
จึงพบว่าบ้านส่วนใหญ่ในชุมชนเอื้อต่อความ
ปลอดภัยและความสะดวกสบายของผู้สูงอายุ
มีความมั่นคงและปลอดภัย แต่ยังมีบางบ้านที่ต้อง
ปรับปรุงในส่วนของราวจับบันได มีห้องส้วมเป็นแบบ
นั่งราบหรือชักโครก และมีราวจับห้องน้ำ รวมถึงการ
สนับสนุนงบประมาณให้สำหรับผู้สูงอายุในกลุ่ม
เปราะบาง

4) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ในชุมชนที่
เป็นแบบกึ่งเมืองซึ่งมีต้นทุนเดิมในพื้นที่ ผู้สูงอายุ
มีส่วนร่วมในชุมชนสูง ในกิจกรรมตาม
ขนบธรรมเนียมและประเพณีของท้องถิ่น ในวัน
สำคัญต่างๆ และการเข้าร่วมกิจกรรมของตำบล



อำเภอ และจังหวัด ควรเพิ่มกิจกรรมที่หลากหลาย และจูงใจให้ผู้สูงอายุกลุ่มต่าง ๆ ได้มาร่วมงาน รวมถึงส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่แยกตัวหรือเสี่ยงต่อการอยู่อย่างโดดเดี่ยวออกมาร่วมกิจกรรมในชุมชน

5) การให้ความเคารพและการยอมรับ เป็นชุมชนที่ให้ความเคารพผู้สูงอายุ อย่างสูงและมีการสนับสนุน และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำโครงการ และกิจกรรมต่างๆ ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม และสามารถแสดงความคิดเห็นในการจัดกิจกรรมสำคัญของชุมชน

6) การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน พบว่าได้ให้โอกาสผู้สูงอายุสร้างอาชีพและพัฒนาความสามารถของผู้สูงอายุ รวมทั้งมีการฝึกอบรมหลังเกษียณอายุราชการในด้านต่าง ๆ โดยให้คำแนะนำและมีค่าตอบแทนที่เหมาะสม แต่ยังคงขาดประเด็นในการสื่อสารรณรงค์และการรับรู้ หรือสร้างโอกาสในการจ้างงาน และมีการส่งเสริมการจ้างงานในผู้สูงอายุตามความเหมาะสม

7) การสื่อสารและการให้ข้อมูล ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและสวัสดิการทางสังคม มีการสื่อสารทางเสียงตามสาย และการจัดกิจกรรมอบรมในพื้นที่ แต่ในพื้นที่ยังขาดการเข้าถึงในช่องทางดิจิทัล โดยผู้สูงอายุที่ยังไม่มีมือถือและอินเทอร์เน็ตไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลส่วนนี้ได้

8) การบริการชุมชนและการบริการสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้การดูแลในระบบปฐมภูมิ ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและฟื้นฟู โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน และติดเตียงได้รับการดูแลระยะยาว (Long Term Care) รวมถึงจัดกิจกรรมร่วมกับโรงพยาบาลแพร์ในการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในพื้นที่ แต่ทั้งนี้ยังขาดนักกายภาพบำบัด และกายอุปกรณ์ เป็นต้น

หลังจากขั้นตอนการสำรวจสถานการณ์ ได้จัดประชุมคืบข้อมูลของชุมชน และชี้แจงแนวทางการประเมินชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุของตำบลต้นแบบ ให้กับ ผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่และมีการจัดทำแผนบูรณาการร่วมกันโดยที่ ในการประสานงานในพื้นที่

2. ขั้นตอนปฏิบัติ (Acting)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนหลักในการดำเนินงานตามแผนการดำเนินงานร่วมกันกับหน่วยงานภาครัฐ ชุมชนผู้สูงอายุ และโรงเรียนผู้สูงอายุ ในพื้นที่ ดำเนินการพัฒนาตามแผนใน 8 องค์ประกอบ เช่น การปรับพื้นที่สาธารณะให้ปลอดภัย การติดตั้งราวจับในห้องน้ำการเพิ่มไฟส่องสว่างและป้ายบอกทาง การจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม ด้านบริการสุขภาพได้พัฒนาแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน-ติดเตียง และจัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านโดยอสม. และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การดำเนินการเป็นไปตามบทบาทของแต่ละหน่วยงานและยึดตามความต้องการของชุมชน

3. ขั้นตอนการสังเกต (Observing)

จากการสังเกตและสะท้อนการดำเนินงาน จนสามารถขับเคลื่อนเป็นชุมชนต้นแบบเป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ ตาม 8 องค์ประกอบ พบว่าพื้นที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยมีข้อค้นพบปัจจัยที่ทำให้การพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ ดังนี้ 1) ด้านการเป็นผู้นำ ผู้นำท้องถิ่นและชุมชนให้ความสำคัญ ตระหนักถึงปัญหามีวิสัยทัศน์ 2) กำหนดเป้าหมายพัฒนาไปทิศทางเดียวกัน 3) ด้านการจัดการงบประมาณและทรัพยากร ขอสนับสนุนงบประมาณทั้งจากภาครัฐ

เอกชน และภาคีเครือข่าย และมีสถานที่ประจำใน
ประชุมปรึกษาในการดำเนินงาน 4) ด้านการจัดการ
ความรู้ มีวิทยากรที่มีความรู้และสามารถถ่ายทอด
ข้อมูลสุขภาพ และมีเทคโนโลยีช่วยพัฒนาด้านตลาด
และสินค้า 5) ด้านการมีส่วนร่วมและภาคีเครือข่าย
ในชุมชนและนอกชุมชนร่วมขับเคลื่อน และเรียนรู้
ร่วมกัน ซึ่งเครือข่ายในชุมชนได้เสนอแผนงาน
โครงการนำเข้าสู่เทศบาลฯ เพื่อขอรับสนับสนุน
งบประมาณอย่างยั่งยืน อุปสรรคในการทำงานซึ่งมี
ภาคีเครือข่ายในการดำเนินร่วมกัน ระยะเริ่ม
ดำเนินงานต้องให้คณะทำงานเห็นความสำคัญของ
ปัญหาในพื้นที่ และรับรู้ปัญหา และเลือก
องค์ประกอบที่จะพัฒนาร่วมกันในการพัฒนาด้าน
โครงสร้างและสิ่งแวดล้อมต้องใช้งบประมาณในการ
ดำเนินงานต้องใช้ระยะเวลาในการปรับปรุง และ
ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4. ขั้นตอนสะท้อนกลับ (Reflecting)

4.1 การประเมินชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ
และผู้พิการ (สำนักผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2567)
จากผู้ส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ จำนวน 25 คน พบว่า
ผ่านเกณฑ์ครบทั้ง 8 องค์ประกอบ ภาพรวมพบผ่าน
เกณฑ์ในระดับดีมากที่สุด 90.05 คะแนน
องค์ประกอบในระดับดีมากที่สุด โดยเฉพาะด้าน
อาคารสถานที่และบริเวณภายนอก (99.56 คะแนน)
และการให้ความเคารพและการยอมรับ (98.02
คะแนน) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (96.42
คะแนน) บริการชุมชนและบริการสุขภาพ (95.61
คะแนน) การสื่อสารและการให้ข้อมูล (90.78
คะแนน) การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและ
การจ้างงาน (90.35 คะแนน) องค์ประกอบที่ผ่าน
เกณฑ์ระดับดีมาก ได้แก่ ด้านที่อยู่อาศัย (80.11
คะแนน) และองค์ประกอบที่ผ่านเกณฑ์ระดับดี
ได้แก่ ระบบขนส่งและยานพาหนะ (73.37 คะแนน)

มีการคืนข้อมูลให้กับผู้บริหาร ชุมชนและ
ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง พร้อมกับรับฟังข้อคิดเห็น
ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
ให้ครอบคลุมในพื้นที่โดยการนำแผนงานโครงการ
เข้าสู่แผนพัฒนาท้องถิ่นในเทศบาลฯ อนุมัติขอรับ
งบประมาณในปีต่อไป

รูปแบบ คือ การดำเนินงานโดยมีส่วนร่วม
ของชุมชน และภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน
โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนหลักใน
การดำเนินงานและประสานงาน สรุป 5 ขั้นตอน
ดังนี้ 1) การประเมินชุมชนตามแนวคิดของเมือง
ที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก
วิเคราะห์ข้อมูลตาม 8 องค์ประกอบของ WHO
โดยการจัดประชุมผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชนและ
ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสำคัญของชุมชนในการดูแล
ผู้สูงอายุ ให้ทราบนโยบายและความสำคัญของการ
ดำเนินงาน วิเคราะห์สถานการณ์ของชุมชนและ
จุดที่ต้องพัฒนาตาม 8 องค์ประกอบของเมือง
ที่เป็นมิตร 2) การวิเคราะห์ความต้องการหรือ
ประเด็นที่ต้องพัฒนา โดยให้ชุมชนตกลงร่วมกันใน
การเรียงลำดับความสำคัญของการพัฒนาใน
องค์ประกอบที่จะพัฒนา 3) การวางแผนพัฒนา
จัดทำแผนพัฒนาในระยะ 1 ปี 3 ปี และมอบหมาย
ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนหลักในการ
จัดทำและประสานแผนการดำเนินงานในการพัฒนา
และมอบหมายให้หน่วยงาน ชมรมหรือโรงเรียนใน
พื้นที่รับผิดชอบตามแผนที่จัดทำไว้ 4) การคืนข้อมูล
ให้ชุมชน และนำเสนอแผนต่อผู้บริหารเพื่อเสนอเป็น
นโยบายและนำเข้าสู่เทศบาลฯ ประชุมผู้นำท้องถิ่น
ผู้นำชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสำคัญของชุมชนใน
การดูแลผู้สูงอายุ สรุปผลการดำเนินงานตามแผน
หาจุดเด่นและจุดด้อยของแผน และข้อเสนอแนะ
ที่จะพัฒนาต่อ และนำแผนงานที่ต้องใช้งบประมาณ

ที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องเข้าสู่แผนพัฒนาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อขอรับงบประมาณ 5) การประเมินผลและสะท้อนข้อมูลกลับเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนและมีการวิเคราะห์การดำเนินงานตามแผนที่ได้กำหนดการพัฒนาบรรลุตามวัตถุประสงค์หรือไม่ และประเมินผลตามเกณฑ์ใน 8 องค์ประกอบเมืองที่เป็นมิตรของผู้สูงอายุ และหาจุดพัฒนาเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่ครบตามเกณฑ์ต่อไป

4.2 ผลของการพัฒนารูปแบบของชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผลของการพัฒนารูปแบบของชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุ จำนวน 306 คน จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 197 คน ร้อยละ 64.40 มีอายุเฉลี่ย 69.17 ปี (S.D. = 6.40) ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา จำนวน 229 คน ร้อยละ 74.80 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 149 คน ร้อยละ 48.70 การพักอาศัย ส่วนใหญ่ อยู่กับคู่สมรส จำนวน 95 คน ร้อยละ 31.00 รองลงมาอยู่กับลูกจำนวน 85 คน ร้อยละ 27.80 ส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้จ่าย จำนวน 108 คน ร้อยละ 35.50 ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สิน จำนวน 85 คน ร้อยละ 27.80

ส่วนที่ 2 ผลของการพัฒนารูปแบบของชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

การประเมินผลกระทบของรูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดำเนินการโดยใช้แบบสอบถาม WHOQOL – BREF – THAI ฉบับภาษาไทย ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติหลัก ได้แก่ สุขภาพกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม การวิเคราะห์ผลลัพธ์เปรียบเทียบกับก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า

คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ จากค่าเฉลี่ยก่อนดำเนินการ 88.87 คะแนน เป็น 90.84 คะแนนหลังการดำเนินงาน ($p = 0.02$) โดยมีรายละเอียดแต่ละด้านดังนี้ 1) ด้านจิตใจ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 22.27 เป็น 22.89 ($p = 0.02$) สะท้อนถึงสุขภาวะจิตที่ดีขึ้น อาจเป็นผลจากการสื่อสาร กิจกรรมที่ให้ความเคารพและการยอมรับ และกิจกรรมที่มีความหมายทางด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คะแนนเพิ่มขึ้นจาก 9.14 เป็น 11.16 ($p < 0.00$) เป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงคุณภาพที่ชัดเจน โดยเฉพาะการมีกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุผ่านชมรม และโรงเรียนผู้สูงอายุ และการได้รับการยอมรับจากชุมชนด้านสิ่งแวดล้อม คะแนนเพิ่มขึ้นจาก 27.82 เป็น 28.46 ($p = 0.03$) แสดงถึงการเข้าถึงบริการสาธารณะ สิ่งอำนวยความสะดวก และความรู้สึกปลอดภัยในที่อยู่อาศัยที่ดีขึ้น ด้านสุขภาพกาย แม้คะแนนเฉลี่ยจะเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 23.06 เป็น 23.55 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.07$) ซึ่งอาจเป็นเพราะข้อจำกัดของระยะเวลาการดำเนินงาน โดยสุขภาพกายต้องใช้ intervention และระยะเวลานานกว่าจะเกิดผลชัดเจน



ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวมของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาแบบของชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตร (n = 306)

คุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุ	ก่อนได้รับการพัฒนาแบบ			หลังได้รับการพัฒนาแบบ			t	P-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
1. ด้านสุขภาพกาย	23.06	3.23	กลางๆ	23.55	3.65	กลางๆ	1.82	0.07
2. ด้านจิตใจ	22.27	3.68	กลางๆ	22.89	3.23	กลางๆ	2.36	0.02*
3. สัมพันธภาพทางสังคม	9.14	1.62	กลางๆ	11.16	1.57	กลางๆ	16.32	0.00*
4. สิ่งแวดล้อม	27.82	4.01	กลางๆ	28.46	3.60	กลางๆ	2.21	0.03*
โดยรวม	88.87	11.37	กลางๆ	90.84	11.08	กลางๆ	2.27	0.02*

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P-value 0.05

การอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาแบบชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ โดยใช้แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ภายใต้กรอบแนวคิดชุมชนเป็นมิตรกับผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก ทั้ง 8 องค์ประกอบ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน ด้านจิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมผ่านชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมือง การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และการปรับสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยและเอื้อต่อการดำรงชีวิต ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานของเบญจมาศ เมืองเกษม (2564) ที่ศึกษารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย โดยเน้นการพัฒนาครอบคลุมทั้ง 8 องค์ประกอบตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก และปรับประยุกต์ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทชุมชน โดยชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นพลังขับเคลื่อนหลัก พบว่าสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างชัดเจนนอกจากนี้ ยังมีความสอดคล้องกับการศึกษา

ของนาฏสินี ชัยแก้ว และมยุรี บุญทัด (2567) ที่ชี้ให้เห็นว่าการเตรียมความพร้อมของชุมชนเพื่อรองรับสังคมสูงวัยในเขตสุขภาพที่ 3 มีความสำเร็จในระดับสูงเมื่อชุมชนและภาคีเครือข่ายร่วมกันขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยเฉพาะวัดและพระอาวาสสมัครส่งเสริมสุขภาพ มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่

การที่คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุในชุมชนต้นแบบจังหวัดแพร่ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการดำเนินงานบ่งชี้ว่า รูปแบบชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น มีผลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในด้านจิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม เกิดจากการเข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ และโรงเรียนผู้สูงอายุซึ่งสามารถช่วย ลดความเหงา และสร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในฐานะพลเมือง และการจ้างงาน ช่วยเพิ่มรายได้และคุณค่าในตนเอง และการพัฒนาระบบการสื่อสารและการให้ข้อมูลที่เข้าถึงง่าย ช่วยลดความวิตกกังวลเวลาผู้สูงอายุมีปัญหา ในด้านสัมพันธภาพทางสังคมดีขึ้นอาจมาจากการที่ผู้สูงอายุได้รับการเคารพและยอมรับ



เป็นส่วนหนึ่งของสังคมและการมีโอกาสดำเนินงานหรือเป็นอาสาสมัครช่วยให้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น คุณภาพชีวิตในด้านสิ่งแวดล้อมเพิ่มมาจากการปรับปรุงอาคารสถานที่และบริเวณภายนอกและที่อยู่อาศัยให้สะอาดและปลอดภัย การสร้างสภาพแวดล้อมที่น่าอยู่และการจัดการขยะที่ดี ส่งผลให้สภาพแวดล้อมในชุมชนดีขึ้น เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตในด้านดังกล่าวดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวเรศ แดงจวง (2558) ที่พบว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตทางจิตใจ สิ่งแวดล้อม และร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของอรสุตา ดันตยานนท์ และแดนวิชัย สายรักษา (2566) ที่ศึกษาในจังหวัดมหาสารคามพบว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญด้านสิ่งแวดล้อมและสังคมสูงกว่าด้านสุขภาพกายและจิตใจ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของบริบทชุมชนในการกำหนดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเอง สำหรับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสุขภาพกาย ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากระยะเวลาการดำเนินงานยังไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพกายอย่างชัดเจน การปรับเปลี่ยนด้านสุขภาพกาย ต้องอาศัยกิจกรรมเฉพาะเจาะจงและต่อเนื่อง เช่น โปรแกรมออกกำลังกาย การส่งเสริมโภชนาการ และการจัดการโรคเรื้อรังอย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังคงสะท้อนแนวโน้มที่ดีในด้านสุขภาพกาย ซึ่งอาจเห็นผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญมากขึ้นหากมีการดำเนินงานต่อเนื่องในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับงานของ สุนทร หาญศึก (2567) ที่ชี้ว่าการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพกายจำเป็นต้องอาศัยระยะเวลายาวนาน และกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจงอย่างเป็นระบบ

การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเฉพาะในขั้นตอนการสะท้อนกลับและคืนข้อมูลสู่ชุมชน นำไปสู่การสร้างพื้นที่เรียนรู้และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับงานของณัฐติกาญจน์ สุวรรณเทพ และคณะ (2567) ที่ระบุว่าการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน สามารถพัฒนากระบวนการและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ดีขึ้นในทุกมิติ

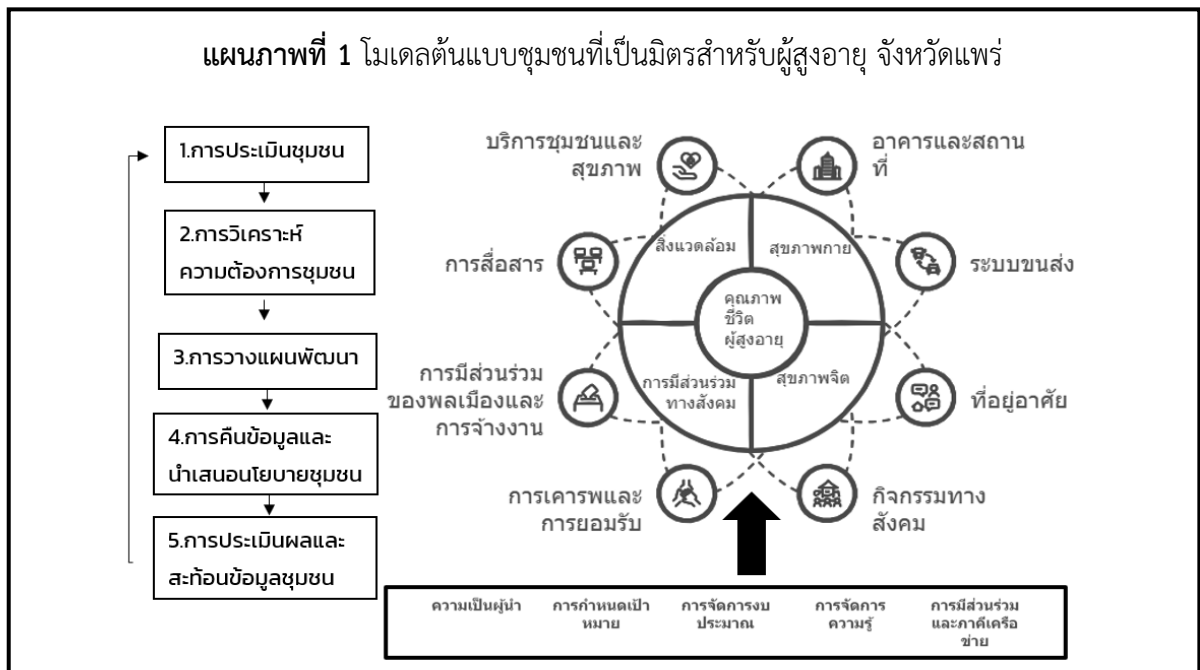
โดยสรุป ผลการศึกษาสะท้อนว่า การพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่ประยุกต์ให้เข้ากับบริบทของชุมชน สามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะในมิติที่เกี่ยวข้องกับสังคม สิ่งแวดล้อม และจิตใจ ซึ่งเป็นแนวทางที่ควรส่งเสริมและขยายผลไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน เพื่อส่งเสริมการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

สรุปผลการศึกษา

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมกับกระบวนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เป็นกลไกหลักที่ทำให้เกิดรูปธรรมในการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุของจังหวัดแพร่ โดยเฉพาะใน 5 องค์ประกอบสำคัญได้แก่ 1) ด้านการเป็นผู้นำ ผู้นำท้องถิ่นและชุมชนให้ความสำคัญ ตระหนักถึงปัญหามีวิสัยทัศน์ 2) กำหนดเป้าหมาย พัฒนาไปทิศทางเดียวกัน 3) ด้านการจัดการงบประมาณและทรัพยากร ขอสนับสนุนงบประมาณทั้งจากภาครัฐ เอกชน และภาคีเครือข่าย และมีสถานที่ประจำในประชุมปรึกษาในการดำเนินงาน 4) ด้านการจัดการความรู้ มีวิทยากรที่มีความรู้และสามารถ

ถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพ และมีเทคโนโลยีช่วยพัฒนา
ด้านตลาดและสินค้า 5) ด้านการมีส่วนร่วมและภาคี
เครือข่ายในชุมชนและนอกชุมชน ร่วมขับเคลื่อน
และเรียนรู้ร่วมกัน โดยมีการดำเนินงานแบบมีส่วน
ร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ
ภาคเอกชน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของ PAR
ในวงจร 5 ขั้นตอน ที่สำคัญได้แก่ 1) การประเมิน
ชุมชนตามแนวคิดของเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ
ขององค์การอนามัยโลก 2) การวิเคราะห์ความ
ต้องการหรือจุดที่ต้องพัฒนา 3) การวางแผนพัฒนา

4) การคืนข้อมูลให้ชุมชน และนำเสนอต่อผู้บริหาร
เพื่อเสนอเป็นนโยบายและนำเข้าเทศบัญญัติ
5) การประเมินผลและสะท้อนข้อมูลกลับเพื่อการ
พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตามแผนภาพที่ 1 ส่งผลให้
ผลการประเมินชุมชนต้นแบบใน 8 องค์ประกอบ
ขององค์การอนามัยโลก อยู่ในระดับ “ดีมากที่สุด”
ซึ่งสะท้อนศักยภาพของชุมชนต้นแบบ ในการ
ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างรอบด้าน และ
ควรนำไปขยายผลในระดับจังหวัดต่อไป



ข้อเสนอแนะ

1. การนำารูปแบบชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตร
สำหรับผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายใน
ชุมชน เป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพและ
สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนได้
จึงเป็นแนวทางขยายไปในชุมชนอื่นๆของจังหวัด
แพร่ โดยปรับให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่
ตามความเหมาะสมของชุมชน

2. การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วม
ของภาคีเครือข่ายในชุมชนอย่างต่อเนื่องและ

เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีส่วนร่วมในการ
ตัดสินใจ ในกิจกรรมต่างๆ จะช่วยให้กิจกรรมตรง
ตามความต้องการของผู้สูงอายุ

3. การบรรจุแผนการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตร
กับผู้สูงอายุเข้าไว้ในแผนพัฒนาหรือเทศบัญญัติ
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะมีงบประมาณ
ที่เพียงพอเพื่อให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและ
ยั่งยืน

4. เพิ่มการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง
เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายแก่ผู้สูงอายุ



เพิ่มเป็นองค์ประกอบที่ 9 ในการดำเนินงานชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.นิพัทธ์พงษ์ แสงด้วง นางสาวปริยารัตน์ จิระพงษ์สุวรรณ และนางสายฝน อินศรีชื่น ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่และคณะผู้บริหารที่ให้การสนับสนุน รวมทั้ง นายกเทศมนตรีเทศบาลแม่หล่ายและคณะเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ และโรงเรียนผู้สูงอายุที่ให้การสนับสนุน ประสานการเก็บข้อมูล และอาสาสมัครทุกท่านที่เสียสละเวลาให้ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). สถิติของผู้สูงอายุของประเทศไทย 77. ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2566.

<http://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/275>

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580). กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

<https://www.dop.go.th/th/laws/1/28/843>

ณัฐติกาญจน์ สุวรรณเทพ, มาลินี เอี่ยมคง และสุพรรณรัตน์ รินสาธ. (2567). การพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 4. วารสารศูนย์

อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี, 12(2), 36-52.

นาฏสินี ชัยแก้ว, & มยุรี บุญทัต. (2567). การพัฒนารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 18(1), 368-379.

บุญเชิด หนูอิม. (2561). ศักยภาพเชิงพื้นที่ของเทศบาลเมืองแสนสุขเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ. รายงานการวิจัย, วิทยาลัยบูรพา. <https://buuir.buu.ac.th/handle/1234567890/3969>

เบญจมาศ เมืองเกษม. (2564). รูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วารสาร มจร. มนุษยศาสตร์ปริทรรศน์, 7(1), 240-254.

เยาวเรศ แดงจวง. (2558). แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์. ราชภัฏเพชรบูรณ์สาร, 16(2), 85-93.

ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข. (2567). ร้อยละของ Healthy Ageing ปีงบประมาณ 2567 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 17 มกราคม 2567].

สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. (2567). ประชากรรายอายุ. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/displayData>



- สุนทร หาญศึก. (2567). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต
ของผู้สูงอายุตำบลลุง อำเภอกันทรลักษ์
จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยและพัฒนา
สุขภาพศรีสะเกษ*, 3(1), 1-12.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และวิระวรรณ ตันติพิวัฒน
สกุล. (2554). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต
องค์การอนามัยโลก ฉบับย่อ ฉบับ
ภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI).*
โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการ
สำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่.
- อรสุดา ตันตยานนท์ และแดนวิชัย สายรักษา.
(2566). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต
ผู้สูงอายุในเทศบาลเมืองมหาสารคาม
จังหวัดมหาสารคาม. *Interdisciplinary
Academic and Research Journal*,
3(6), พฤศจิกายน-ธันวาคม, 385-398.
- Cohen, J. M. (1980). *Participation's place in
rural development: Seeking clarity
through specificity.* World
Development.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970).
*Determining sample size for
research activities.* Educational
and Psychological Measurement,
30, 607-610.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The
action research planner.* Deakin
University Press.
- World Health Organization. (2017). The
WHO age-friendly cities framework
[Internet].
<https://extranet.who.int/agefriendl>
[yworld/agefriendly-cities-
framework/](https://extranet.who.int/agefriendlyworld/agefriendly-cities-framework/)
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (2000).
Participatory Action Research. In N.
Denzin & Y. Lincoln (Eds.),
Handbook of Qualitative Research
(2nd ed., pp. 567-605). Sage.