

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 4

ณัฐติกาญจน์ สุวรรณเทพ^{1*}

มาลินี เอี่ยมคง²

สุพรรณารัตน์ รินสาร³

(วันที่รับบทความ 22 สิงหาคม 2567, วันที่แก้ไขบทความ 25 กันยายน 2567, วันที่ตอบรับบทความ 26 กันยายน 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ศึกษาสถานการณ์ในพื้นที่ 2. พัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก และ 3. ประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) แก่นนำชุมชนเป็นผู้ที่มีส่วนได้เสีย จำนวน 20 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างและวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา 2) ผู้สูงอายุ จำนวน 64 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.80 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test ผลการศึกษา ดังนี้

1. สถานการณ์ในพื้นที่ที่มีการเตรียมความพร้อมในการรองรับเข้าสู่สังคมสูงอายุ มีแผนดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเปราะบาง แต่ยังไม่มีการนำ 8 องค์ประกอบเมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) มาใช้

2. เกิดรูปแบบการทำงานแบบมีส่วนร่วม 6 ขั้นตอนคือ 1) ศึกษาสถานการณ์ชุมชนตาม 8 องค์ประกอบ และค้นหาข้อมูลเพื่อร่วมออกแบบกิจกรรม 2) พัฒนารูปแบบการดำเนินการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนโดยการนำของท้องถิ่นด้วยการร่วมออกแบบกิจกรรม ร่วมดำเนินงาน และร่วมประเมินผลกับทุกภาคส่วนในชุมชน 3) รวบรวมข้อมูลและระบุผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 4) ดำเนินงานตามแผน 5) การวิเคราะห์ รายงานผล 6) ประเมินผล

3. ผลการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงาน โดยภาพรวมคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4.4 คะแนน (95%CI=1.87-5.43, p-value <0.001) แยกรายด้านพบทุกด้านมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ดังนี้ 1) ด้านสุขภาพกาย 2.2 คะแนน (95%CI=1.51-4.59, p-value <0.001) 2) ด้านจิตใจ 3.3 คะแนน (95%CI=1.47-5.32, p-value <0.001) 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม 1.2 คะแนน (95%CI=1.13-2.23, p-value 0.024) และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม 2.3 คะแนน (95%CI=1.77-4.78, p-value <0.001)

สรุปผลการศึกษา การพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน สามารถพัฒนากระบวนการและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ดีขึ้น จึงเป็นแนวทางการดำเนินงานที่สามารถนำไปขยายผลการดำเนินงานต่อไป

คำสำคัญ: ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วม ชุมชนเป็นฐาน คุณภาพชีวิต

^{1,2,3} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี

* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: modmod4122@gmail.com

Research article

Development of Model of Age-Friendly Community at Health Region 4

Natthikarn Suwannatthep^{1*}

Malinee Aimkong²

Supannarat Rinsathorn³

(Received: August 22 2024; Revised: September 25 2024; Accepted: September 26 2024)

Abstract

This research aims to 1) study the local situation, 2) develop an elderly-friendly community model based on the eight elements of the WHO's Age-Friendly Cities framework, and 3) assess the quality of life of the elderly. The study employs a participatory action research (PAR) approach, community-based, with two main sample groups: 20 key stakeholders, comprising community leaders and interested parties, with data collected through semi-structured interviews and analyzed using content analysis. 64 elderly individuals, with data collected using the WHOQOL-BREF-THAI quality of life questionnaire, which had a Cronbach's alpha reliability coefficient of 0.80 and validity coefficient of 0.84. Data were analyzed using the Paired t-test. The results were as follows:

1. The local community is preparing to adapt to an aging society, with plans to promote health among vulnerable groups. However, the WHO's eight elements for age-friendly cities have not yet been implemented.

2. A six-step participatory model was developed, consisting of 1) studying the community's situation according to the eight elements and conducting joint activities, 2) co-designing, Implementing, and evaluating the community's participatory model, 3) gathering data and identifying key participants, 4) implementing the plan, 5) analyzing and reporting the results, and 6) conducting an evaluation.

3. The quality of life assessment showed a statistically significant overall improvement of 4.4 points (95% CI=1.87-5.43, p-value <0.001) post-implementation. Significant increases were observed in physical health (2.2 points, 95% CI=1.51-4.59, p-value <0.001), psychological health (3.3 points, 95% CI=1.47-5.32, p-value <0.001), social relationships (1.2 points, 95% CI=1.13-2.23, p-value 0.024), and environment (2.3 points, 95% CI=1.77-4.78, p-value <0.001).

In conclusion, the development of a participatory, community-based elderly-friendly model effectively improves the quality of life for the elderly in the area, providing a viable approach for future expansion.

Keyword: Elderly-friendly community, participation, community-based, quality of life

^{1,2,3} Registered Nurse , Professional Level, Regional Health Promtion Center 4 Saraburi

* Corresponding Author Email: modmod 4122@gmail.com

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุทั่วโลกในปัจจุบันเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้ผู้คนมีชีวิตยืนยาวขึ้น ในปี พ.ศ. 2564 ทั่วโลกมีผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 1,082 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในปี 2593 ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าหรือ 2.1 พันล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรโลกทั้งหมด⁽¹⁾ และในประเทศไทยก็กำลังประสบกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็วเช่นเดียวกัน โดยปัจจุบันประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์โดยข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2567 มีผู้สูงอายุถึง 13,450,391 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 20.70⁽²⁾ และคาดว่าจะเติบโตเป็น 20 ล้านคนภายในปี 2050 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 36 ของประชากร^(3, 4) ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดภาระโรคและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้นและจากรายงานผู้สูงอายุไทยใช้สิทธิกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมากถึงร้อยละ 81 ด้านภาระโรค ผู้สูงอายุจะเกิดความเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม อาจเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ อาทิ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น และผู้สูงอายุหนึ่งคน อาจมีโรคร่วมหลายโรค ดังนั้นการเตรียมความพร้อมในการรองรับสังคมสูงวัย ควรเริ่มดำเนินการและพัฒนาร่วมกันในทุกภาคส่วนเพื่อให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีการรองรับสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แบบครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณและยังเผชิญปัญหาสุขภาพชีวิตความเป็นอยู่ และระบบการดูแลที่ไม่ได้มาตรฐาน รวมถึงความมั่นคงทางด้านรายได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มาจากพื้นฐานครอบครัวที่ยากจน นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังขาดการพัฒนาทักษะทั้งในการทำงานและการดำรงชีวิตในสังคมให้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลก⁽⁵⁾

จากข้อมูลประชากร ปี 2566 เขตสุขภาพที่ 4 มีผู้สูงอายุจำนวน 1,047,317 คน คิดเป็นร้อยละ 19.3 และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) คือ สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งมีแนวโน้มของจำนวนและสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จากการคัดกรองประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 4 ด้วยการประเมินการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Activities of Daily Living: ADL) จำนวน 645,143 คน คิดเป็นร้อยละ 70.11 จำแนกเป็นกลุ่มติดสังคม จำนวน 626,752 คน (ร้อยละ 97.15) กลุ่มติดบ้าน จำนวน 13,679 คน (ร้อยละ 2.12) และกลุ่มติดเตียง จำนวน 4,712 คน (ร้อยละ 0.73) โดยที่ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีแผนส่งเสริมสุขภาพดีร้อยละ 71⁽⁶⁾ มีการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพทั้งหมด 685 ชมรม จากจำนวนตำบลทั้งหมด 713 ตำบล ซึ่งยังไม่ครอบคลุมทุกตำบลในเขตสุขภาพที่ 4 (ร้อยละ 96.1) มีการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 88.7⁽⁷⁾ จากสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมโดยรวม การส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ยังมีสุขภาพดีให้มีสุขภาพแข็งแรงเพื่อยืดเวลาที่จะเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือการเข้าสู่ภาวะทุพพลภาพออกไป รวมถึงการเตรียมการเพื่อรองรับสภาพปัญหาดังกล่าวจึงมีความสำคัญ การเพิ่มจำนวนของประชากรผู้สูงวัยทั่วโลก ทำให้องค์การอนามัยโลก จัดทำแนวทางที่จะเสนอแนะให้เมืองต่างๆ ได้มีการพัฒนานำไปสู่ความเป็นเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ Active ageing เป็นกระบวนการที่สร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสาธารณสุข การมีส่วนร่วมและการได้รับความปลอดภัย เพื่อให้คุณภาพชีวิตที่ดี ในการประชุมเกี่ยวกับพหุวิทยาในปี ค.ศ. 2005 โดยองค์การอนามัยโลกได้สร้างกรอบแนวคิดและให้ความหมายในการสร้างเมืองสำหรับผู้สูงวัยไว้ว่า เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงวัยเป็นการกระตุ้นให้เกิดภาวะพหุพลังเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของสุขภาพ การมีส่วนร่วมและการรักษาความปลอดภัย เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงวัย ทำให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตร่วมกันกับทุกคนในสังคมได้อย่าง เท่าเทียม สะดวก และปลอดภัย สามารถอธิบาย ได้ 3 วิธี ดังนี้ 1) ด้านสังคม 2) ด้านเศรษฐกิจ 3) ด้านสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ปัจจุบันทั่วโลกมีเมืองที่จัดเป็นเมือง

ที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุมีจำนวน 541 เมือง โดยนวัตกรรมการกับเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกได้แก่ 1. อาคารสถานที่และบริเวณภายนอก (Outdoor spaces and building) 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)⁽⁸⁾

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งตามนิยามขององค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิต คือการรับรู้ความพึงพอใจและการรับรู้สถานะของบุคคลในการดำเนินชีวิตในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของตนเอง ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม รวมทั้งเรื่องการเมืองการปกครองของสังคมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่⁽⁹⁾ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีเป้าหมายการพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 4 คือการทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี อยู่ในครอบครัวและสังคมที่เอื้ออาทร มีสภาพแวดล้อมที่ดี มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต ได้รับสวัสดิการและการบริการทางสุขภาพอย่างเหมาะสม อยู่อย่างมีคุณค่ามีศักดิ์ศรี สามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยในเขตสุขภาพที่ 4 มีการขับเคลื่อนชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 4 ได้มีการดำเนินงานตั้งแต่ปี 2563 ปัจจุบันได้มีชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 33 แห่ง และในปี 2566 มีพื้นที่ดำเนินการขับเคลื่อนงานชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการทั่วประเทศจำนวน 126 แห่งรวมกรุงเทพมหานคร โดยมีพื้นที่ที่ดำเนินการครบทั้ง 8 องค์ประกอบจำนวน 31 แห่ง และในเขตสุขภาพที่ 4 มีพื้นที่ที่ดำเนินการครบทั้ง 8 องค์ประกอบจำนวน 2 แห่ง คือ องค์การบริหารส่วนตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง และ องค์การบริหารตำบลท่างาม อำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ทั้งนี้ในเขตสุขภาพที่ 4 ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงได้เลือกพื้นที่ต้นแบบ 1 แห่งโดยความสนใจคือ องค์การบริหารส่วนตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง เป็นพื้นที่วิจัยในครั้งนี้ เพื่อพัฒนาเป็นต้นแบบที่เหมาะสมกับชุมชนและแนวทางเสริมสร้างคุณภาพของผู้สูงอายุ มีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงวัยในพื้นที่ และทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมไทยได้อย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรีต่อไป

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ชุมชนผู้สูงอายุตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทองตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO)
2. เพื่อพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทองตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO)
3. เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเปรียบเทียบก่อนและหลัง การพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทองตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO)

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทองตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO)



* องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) กำหนดองค์ประกอบเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุไว้ 8 องค์ประกอบ⁽¹⁰⁾ ดังนี้

1. อาคารสถานที่และบริเวณภายนอก (Outdoor spaces and building)
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)

4. วิธีการดำเนินการวิจัย

4.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน Community Based Participatory Action Research: CBPAR)^(11, 12) เพื่อพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ตำบลนารสิงห์ อำเภอบำเหน็จ จังหวัดอำนาจทองตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากชุมชน ตำบลนารสิงห์ อำเภอบำเหน็จ ประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุตอนต้น (60-64 ปี) และผู้สูงอายุตอนกลาง (65-89 ปี) จำนวน 64 คน และ 2) แกนนำชุมชน เป็นผู้ที่มีส่วนได้เสียในการพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. พระภิกษุ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 20 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน มกราคม-มิถุนายน 2567

4.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้ที่มีส่วนได้เสียในการพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

เป็นแกนนำชุมชนเป็นผู้ที่มีส่วนได้เสียในการพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ สุ่มแบบเจาะจง (Purposive random sampling) เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญในชุมชน (Key informant) ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 4 คน กำนัน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน 8 คน อสม. 4 คน พระภิกษุ 2 รูป และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน รวมเป็นจำนวน 20 คน

2) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในชุมชน ผู้สูงอายุตาม 8 จากชุมชน ตำบลนารสิงห์ อำเภอบำเหน็จ จังหวัดอำนาจทอง ประกอบด้วย ผู้สูงอายุตอนต้น (60-64 ปี) และผู้สูงอายุตอนกลาง (65-89 ปี)

4.3 การคำนวณขนาดตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในเขตสุขภาพที่ 4 คัดเลือกจากชุมชน ตำบลนารสิงห์ อำเภอบำเหน็จ จังหวัดอำนาจทอง ประกอบด้วย ผู้สูงอายุตอนต้น (60-64 ปี) และผู้สูงอายุตอนกลาง (65-89 ปี) เป็นช่วงวัยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ยังเพิ่มความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันได้ และยังไม่สูญเสียความสามารถในการเรียนรู้และความเข้าใจ เลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 98 คนในชุมชน

4.4 การสุ่มขนาดตัวอย่าง

สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งผ่านเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ จำนวน 64 คน

4.4.1 เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-89 ปี
2. ผู้ให้ข้อมูลอยู่ที่ชุมชนเป้าหมาย เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี
3. สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี
4. ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. ผู้เข้าร่วมประสงค์ยกเลิกเข้าร่วมโครงการ
2. ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ป่วยติดเตียง หรือมีอาการทางระบบประสาทและความจำ

4.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

4.5.1 เครื่องมือเชิงคุณภาพ

1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ชุมชนผู้สูงอายุตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในเขตสุขภาพที่ 4 ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ด้วยแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure questionnaire) ประกอบด้วยแนวคำถาม 1) ข้อมูลเกี่ยวกับบริบทชุมชน 2) วิถีชีวิตวัฒนธรรม 3) สถานการณ์ชุมชนผู้สูงอายุตาม 8 องค์ประกอบ กลุ่มผู้ให้ข้อมูล (Key information group) ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน พระภิกษุ อสม. แกนนำชมรมผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2) เพื่อประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในเขตสุขภาพที่ 4 ใช้การสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus group interview) ด้วยแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure questionnaire) ประกอบด้วยแนวคำถาม 1) การพัฒนาชุมชนเป็นมิตรกับผู้สูงอายุทั้ง 8 องค์ประกอบ 2) แผนการดำเนินงานและงบประมาณ 3) การสร้างการมีส่วนร่วมและบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วนในชุมชน 4) การสนับสนุนและบริการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 5) กระบวนการ/วิธีการจัดการรูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตาม 8 องค์ประกอบ 6) ผลการดำเนินงานรูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตาม 8 องค์ประกอบ 7) ความภาคภูมิใจในและความสำเร็จในการดำเนินงาน 8) ปัญหาอุปสรรค 9) การแก้ไขและการดำเนินการต่อไปในอนาคต

4.5.2 เครื่องมือเชิงปริมาณ

เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเปรียบเทียบก่อนและหลัง การพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในเขตสุขภาพที่ 4 ใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อยฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)⁽¹³⁾ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็นองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย 7 ข้อ ด้านจิตใจ 6 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 3 ข้อ และด้านสิ่งแวดล้อม 8 ข้อ สำหรับข้อ 1 และข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิต และสุขภาพโดยรวม การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2, 9, 11 องค์ประกอบทางด้านสุขภาพกาย ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24 องค์ประกอบทางด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23 องค์ประกอบทางด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25 องค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 สำหรับข้อ 1 และข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิต และสุขภาพโดยรวมจะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบ 4 ด้านนี้ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน เปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26 – 60 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
คะแนน 61 – 95 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ
คะแนน 96 – 130 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านแบ่งออกเป็น ดังนี้

ระดับคะแนนคุณภาพชีวิต	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลางๆ	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพกาย	7 – 16	17 – 26	27 – 35
2. ด้านจิตใจ	6 – 14	15 – 22	23 – 30
3. ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม	3 – 7	8 – 11	12 – 15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8 – 18	19 – 29	30 – 40

4.6 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

4.6.1 การตรวจสอบเครื่องมือเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure questionnaire) ที่ผู้วิจัยและทีมวิจัยร่วมกันจัดทำขึ้นส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบเพื่อให้ข้อเสนอแนะที่เหมาะสมความตรงตามวัตถุประสงค์ และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย และจัดทำฉบับสมบูรณ์สำหรับใช้เก็บข้อมูลผลการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC หลังการปรับปรุงแล้ว อยู่ระหว่าง 0.60-1.00 และมีค่า IOC เฉลี่ย เท่ากับ 0.80

4.6.2 การหาคุณภาพของเครื่องมือเชิงปริมาณ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) รวมทั้งความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย นายพนิตเทพ ทัพพะรังสี ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข) นางพัชรารณ พัฒนา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ และ นางสาวมาลินี เอี่ยมคง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ เมื่อพิจารณาความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาแล้ว จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณค่าตรงความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าเท่ากับ 0.84 คือ ผ่านเกณฑ์การพิจารณา

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน มาทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยผู้วิจัยเลือกทดลองใช้เครื่องมือในพื้นที่อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรีได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.8025

4.7 การรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ระหว่างเดือน มีนาคม – มิถุนายน 2567 โดยทีมผู้วิจัย มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

4.7.1 ระยะก่อนดำเนินการ

1. เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) เพื่อแสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ชุมชนผู้สูงอายุที่ได้รับทราบการดำเนินงานตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) จะเจาะลึกถึงบริบทของชุมชน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และความพร้อมความเข้าใจก่อนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในเขตสุขภาพที่ 4

2. เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณก่อนการดำเนินงานแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)

4.7.2 ระยะหลังมีการดำเนินงาน

1. เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus group interview) เป็นการประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อแสดงให้เห็นกระบวนการการมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาต้นแบบการดำเนินงานชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในเขตสุขภาพที่ 4

2. เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณหลังการดำเนินงานแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

3. ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลและนำข้อมูลไปวิเคราะห์ประมวลผล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

4.8 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล 2 ประเภท โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ดังนี้

ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) และการสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus group interview) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการพรรณนาการจัดกลุ่ม และอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ร้อยละ และในการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) ใช้สถิติ Paired t-test

5. การพิจารณาด้านจริยธรรม

การรับรองผลงานวิจัย ผู้วิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย วันที่พิจารณารับรอง 5 กรกฎาคม 2567 รหัสโครงการ 737

6. ผลการวิจัย

สถานการณ์ชุมชนผู้สูงอายุตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทองตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO)

บริบทชุมชน 9 ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง ข้อมูลทั่วไปปี 2567 มีพื้นที่ 10.64 ตารางกิโลเมตร แบ่งเป็น 8 หมู่ ประกอบด้วย หมู่ 1 บ้านยางแพ หมู่ 2 บ้านตะพุ่น หมู่ 3 บ้านตะพุ่น หมู่ 4 บ้านตะพุ่น หมู่ 5 บ้านบางแพ หมู่ 6 บ้านลาดเค้า หมู่ 7 บ้านลาดเค้า จำนวน 795 หลังคาเรือน มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่ง มี อสม. จำนวน 65 คน มีวัดในชุมชนจำนวน 4 แห่ง ได้แก่ วัดลาดเค้า วัดปราสาท วัดกุญชรชาติการาม(วัดช้าง) และวัดนรสิงห์ อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรกรรมสภาพเศรษฐกิจปานกลาง รายได้ครัวเรือนเฉลี่ย 5000-20,000 บาทต่อเดือน มีจำนวนประชากรจำนวน 2,781 คน เป็นผู้สูงอายุ 572 คน คิดเป็นร้อยละ 20.67 ของประชากรแบ่งความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันพื้นฐาน (Activity of Daily Living: ADL) เป็นกลุ่มติดสังคม 550 คน ติดบ้าน 14 คน ติดเตียง 8 คน จากการประเมินสถานการณ์ชุมชนผู้สูงอายุตาม 8 องค์ประกอบ พบว่า

1) อาคารสถานที่และบริเวณภายนอก (Outdoor spaces and building) อาคารสถานที่ในชุมชนที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุยังไม่เพียงพอครบถ้วนทุกแห่งโดยเฉพาะอาคารสถานที่สำหรับผู้สูงอายุใช้งานเป็นประจำจำเป็นต้องเพิ่มหรือปรับปรุงทางลาด ห้องน้ำที่มีราวจับ รวมทั้งเพิ่มพื้นที่สาธารณะสำหรับการพักผ่อนและจัดกิจกรรมที่มีความสะอาดและปลอดภัยเพิ่มเติมในชุมชน แต่ทั้งนี้ก็มีข้อเสนอให้ท้องถิ่นต้องเพิ่มการจัดสรรงบประมาณรวมถึงองค์ความรู้ในการออกแบบพื้นที่ที่เหมาะสม

2) ระบบขนส่งและยานพาหนะ (Transportation) ในชุมชนเป็นชุมชนขนาดเล็ก การเดินทางส่วนใหญ่จะใช้รถส่วนตัวในครอบครัว การเข้าถึงบริการรถโดยสารมีความสะดวกสบาย และกรณีฉุกเฉินมีรถพยาบาลเพียงพอในชุมชน ทั้งนี้ได้มีการสำรวจกลุ่มเปราะบางเพื่อนำข้อมูลใช้เพื่อวางระบบในการดูแลรับส่งเมื่อเจ็บป่วยเพิ่มเติมสำหรับบุคคลที่มีความต้องการพิเศษ

3) ที่อยู่อาศัย (Housing) จากข้อจำกัดของรายได้ครัวเรือนและขาดสนับสนุนจากรัฐ จึงพบว่าบ้านส่วนใหญ่ในชุมชนยังไม่เอื้อต่อความปลอดภัยและความสะดวกสบายของผู้สูงอายุ ที่ควรมีห้องนอนสำหรับผู้สูงอายุที่ชั้นล่าง มีห้องน้ำในตัวพื้นที่ไม่ลื่น มีราวจับห้องน้ำและบันได รวมถึงบางหลังยังทรุดโทรม การให้ความรู้ในการออกแบบและการสร้างหรือปรับปรุงบ้านจึงมีความจำเป็น รวมถึงการสนับสนุนงบประมาณสำหรับผู้สูงอายุที่ยากจนที่มีความต้องการพิเศษอีกด้วย

4) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Social Participation) ในชุมชนมีทุนเดิม ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดกิจกรรมต่างๆ เป็นประจำทุกเดือนในกลุ่มผู้สูงอายุที่ให้ความสนใจเข้าร่วม ดังนั้นควรมีการกระตุ้นและจัดกิจกรรมที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุทุกคนให้เข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้น จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุมีความต้องการจัดอบรมทักษะอาชีพและการเพิ่มรายได้ เป็นต้น

5) การให้ความเคารพและการยอมรับ (Respect and social inclusion) ในชุมชนมีการจัดกิจกรรมตามประเพณีที่ให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วม จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุยังต้องการการยอมรับในกิจกรรมอื่นๆ นอกเหนือจากกิจกรรมงานประเพณี เช่น กีฬาชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ การได้รับการศึกษาและฝึกอบรมทักษะใหม่ๆ

6) การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน (Civic participation and employment) พบว่ายังเป็นประเด็นที่ขาดการสนับสนุนในชุมชน ด้วยศักยภาพและทักษะที่เป็นประโยชน์ของผู้สูงอายุต่อชุมชน แต่ยังขาดการสนับสนุนและส่งเสริมจากชุมชนท้องถิ่น

7) การสื่อสารและการให้ข้อมูล (Communication and information) การสื่อสารข้อมูลที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและสวัสดิการสังคมยังมีข้อจำกัด จากการสัมภาษณ์

ผู้สูงอายุต้องการการจัดกิจกรรมการให้ความรู้ในด้านสวัสดิการและข้อมูลสุขภาพสำหรับผู้ดูแลและผู้สูงอายุเอง และสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องก็ยังพบปัญหาด้านองค์ความรู้จึงต้องพัฒนาบุคลากรท้องถิ่นให้มีความรู้เพิ่มเติมอีกด้วย

8) การบริการชุมชนและการบริการสุขภาพ (Community support and health services) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้การดูแลในระบบปฐมภูมิ ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและฟื้นฟู กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนติดบ้านและติดเตียงได้รับการดูแลระยะยาว (Long term care) และมีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลรวมถึงการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน แต่ทั้งนี้ยังพบว่ามีความต้องการนักกายภาพบำบัดและกายอุปกรณ์ เป็นต้น บริบทและสถานการณ์ในชุมชนตาม 8 องค์ประกอบเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ได้สรุปรายงานและเป็นข้อมูลนำเข้าเพื่อออกแบบการวางแผนพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทองต่อไป

การพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง ตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO)

การพัฒนาชุมชนเป็นมิตรกับผู้สูงอายุทั้ง 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) หลังมีการสำรวจสถานการณ์ได้จัดการประชุมคืบข้อมูลบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วนในชุมชนและชี้แจงแนวทางการการประเมินชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตำบลนรสิงห์ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง กับชุมชนในทุกระดับในชุมชน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนนำสำคัญในการประชุมร่วมกับ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน พระภิกษุ อสม. แกนนำชมรมผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้เสนอให้มีการจัดกระบวนการวางแผนการดำเนินงานและจัดทำโครงการชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตำบลนรสิงห์ โดยมีการแบ่งหน้าที่กันอย่างชัดเจน เพื่อร่วมจัดทำแผนการดำเนินงานและงบประมาณแบบบูรณาการด้วยแนวคิดการสร้างการมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน Community Based Participatory Action Research: CBPAR)^(10, 11) ได้ออกแบบกิจกรรมและโครงการตามแผนการดำเนินงานร่วมกันทั้ง 8 องค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

องค์ประกอบที่ 1 อาคารสถานที่และบริเวณภายนอก (Outdoor spaces and building) จัดทำกิจกรรมร่วมทำความสะอาดชุมชนทุกวันพระประชาสัมพันธ์และสนับสนุนอุปกรณ์โดยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จัดทำโครงการปรับปรุงพื้นที่สาธารณะในชุมชนให้เอื้อต่อสุขภาพ ความสะดวกสบายของผู้สูงอายุและคนในชุมชน ประกอบด้วย การปรับปรุงทางลาด ราวจับ พื้นไม่ลื่นในพื้นที่สาธารณะ และสถานที่ราชการ ประเมินและปรับปรุงห้องน้ำสาธารณะผ่านมาตรฐานสาธารณะ (HAS) เพิ่มไฟส่องสว่างในชุมชน และปรับปรุงส่วนสาธารณะให้มีความร่มรื่น จัดที่จอดรถสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการในสถานที่ติดต่อกับงานสำคัญในชุมชน

องค์ประกอบที่ 2 ระบบขนส่งและยานพาหนะ (Transportation) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำแผนเพิ่มการจัดบริการชุมชนในกลุ่มที่มีความต้องการพิเศษและสามารถร้องขอ ได้จัดรถขนส่งให้บริการฟรีเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุและผู้พิการ

องค์ประกอบที่ 3 อยู่อาศัย (Housing) ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำโครงการสำรวจบ้านผู้สูงอายุ และออกแบบกิจกรรมร่วมกัน ประกอบด้วยกลุ่มแกนนำและ อสม. ออกให้คำแนะนำในการปรับปรุงห้องน้ำ ราวจับและพื้น และสภาพแวดล้อมบริเวณบ้านสะอาด ต้องไม่มีน้ำขัง หรือเป็นแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์และแมลงพาหะนำโรค สำหรับกลุ่มที่มีความต้องการพิเศษองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีการสนับสนุนงบประมาณซ่อมบ้านสำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุ ซึ่งดำเนินการแล้วเสร็จไปแล้วในปี 2566 จำนวน 2 หลังและมีแผนปรับปรุงเพิ่มเติมในปี 67 อีกจำนวน 2 หลัง

องค์ประกอบที่ 4 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Social participation) ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมเพื่อจิตใจผู้สูงอายุในชุมชนที่ยังไม่เคยเข้ามามีส่วนร่วมเข้าร่วมกิจกรรม โดยการออกเยี่ยมประชาสัมพันธ์และกระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ประกอบด้วย โรงเรียนผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมประชุม กิจกรรมสวดมนต์นั่งสมาธิ งานกีฬาชุมชนโดยเพิ่มประเภทกีฬาที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนทุกกลุ่มวัย

องค์ประกอบที่ 5 การให้ความเคารพและการยอมรับ (Respect and social inclusion) เดิมในชุมชนมีการจัดกิจกรรมตามประเพณีที่ให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมเท่านั้น และเพื่อสร้างความเคารพและการยอมรับชุมชนได้ออกแบบได้ออกแบบกิจกรรมส่งเสริมปราชญ์ชาวบ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ความรู้ในแขนงต่างๆ เช่น การประกอบอาชีพ แพทย์พื้นบ้าน ประวัติศาสตร์ท้องถิ่น มาถ่ายทอด ให้ความรู้ ให้แก่คนในชุมชนทุกกลุ่มวัย ในโรงเรียนและจัดเวทีตามวาระการจัดกิจกรรมต่างๆ

องค์ประกอบที่ 6 การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน (Civic participation and employment) ได้มีการจัดตั้งชมรมเพิ่มรายได้สำหรับผู้สูงอายุ จัดอบรมเพิ่มทักษะวิชาชีพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการเพิ่มรายได้ โดยมีทุนเดิมในเรื่องการทำขนมไทย ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เข้ามาช่วยเหลือการออกแบบผลิตภัณฑ์และส่งเสริมการตลาดให้กว้างขึ้น และในส่วนราชการท้องถิ่นมีการส่งเสริมการจ้างงานในผู้สูงอายุตามความเหมาะสม และกำหนดค่าตอบแทนที่เหมาะสม เช่น จ้างให้ดูแลอนุสาวรีย์พันท้ายนรสิงห์ จ้างทำงานดูแลระบบประปา เป็น อพปร. และทำงานเป็นแม่บ้านที่ รพ.สต.นรสิงห์ เป็นต้น

องค์ประกอบที่ 7 การสื่อสารและการให้ข้อมูล (Communication and information) ได้รับการสนับสนุนคู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและข้อมูลสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จึงนำข้อมูลมาจัดกิจกรรมแจ้งข่าวสารที่น่าสนใจสำหรับผู้สูงอายุผ่านการประชุมและมีกิจกรรมเสียงตามสายให้ความรู้สำหรับผู้สูงอายุโดยทีมงานโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชนเป็นประจำทุกสัปดาห์ และสื่อสารผ่านช่องทางออนไลน์ รวมถึงองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นได้การจัดบริการอินเทอร์เน็ตสาธารณะในชุมชนไม่มีค่าใช้จ่าย

องค์ประกอบที่ 8 การบริการชุมชนและการบริการสุขภาพ (Community support and health services) สนับสนุนกายอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ และในการดูแลเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเพิ่มองค์ความรู้ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุจากทีมสหวิชาชีพ เน้นเรื่องกิจกรรมกายภาพบำบัดและการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในชุมชน ในสถานบริการจัดการบริการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกคน และให้บริการรักษาแบบ One stop service ด้วยทีมสหวิชาชีพ จัดบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วยการตรวจคัดกรองสุขภาพ การรักษาจ่ายยาโดยเฉพาะโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ และการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุแบบครบวงจรเพื่ออำนวยความสะดวกและเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมได้จัดกิจกรรมชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการทำความสะดวกชุมชนเป็นประจำทุกวันพระ

จากการดำเนินงานกิจกรรมตามแผนงานโครงการดังกล่าวได้นำไปบรรจุในแผนการพัฒนาชุมชนขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง และคณะทำงานได้วางแผนการกำกับติดตามงานเดือนละ 1 ครั้ง โดยมีนายกองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นประธาน ผลลัพธ์การดำเนินงาน ในระยะ 3 เดือนแรก พบว่า แผนงานโครงการที่ต้องการใช้งบประมาณสามารถบรรจุเข้าในแผนการดำเนินงานขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเพิ่มเติม และในส่วนกิจกรรมโครงการที่มีอยู่เดิมเช่น การแจ้งข่าวสารด้านสุขภาพและสวัสดิการมีแผนการส่งเสริมความรู้เป็นประจำทุกสัปดาห์ การดูแลเยี่ยม

บ้านได้เน้นกิจกรรมกายภาพบำบัดและส่งเสริมความรู้การดูแลสุขภาพ ได้มีการรายงานผลการดำเนินงาน และประชุมติดตาม และประเมินเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนก่อนและหลังการดำเนินงาน จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลใส่ใจ ได้เข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมากขึ้นและมีการชักชวนผู้สูงอายุในชุมชนจากที่ไม่เคยมาให้มาเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าและเกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีกับกลุ่มวัยอื่นๆ รวมถึงหน่วยงานที่ดูในชุมชน แต่ทั้งนี้ยังพบปัญหาอุปสรรคด้านองค์ความรู้ด้านการออกแบบ และอารยสถาปัตย์ได้แก้ไขโดยการวางแผนการส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรม และอุปสรรคในการสร้างรายได้เพิ่มเติมที่เป็นความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนที่ยังขาดบุคลากรที่จะมาส่งเสริมโดยเฉพาะ การพัฒนาผลิตภัณฑ์ขนมไทยและการส่งเสริมการตลาดให้กว้างขึ้น ซึ่งในอนาคตจะมีการประเมินโครงการที่รอดำเนินการและโครงการที่ดำเนินการไปแล้วเป็นระยะเพื่อยกระดับต้นแบบชุมชนชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง ต่อไป

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทองตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO)

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 42 คน ร้อยละ 65.63 เป็นเพศชาย 22 คน ร้อยละ 34.37 มีอายุเฉลี่ย 69.54 ปี (S.D.=8.23) ระดับการศึกษาน้อยกว่าระดับมัธยมศึกษาจำนวน 21 ร้อยละ 32.81 สูงกว่าระดับมัธยมศึกษาจำนวน 43 คน ร้อยละ 67.19 เป็นส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกรและรับจ้างทั่วไป จำนวน 38 คน ร้อยละ 59.38 ข้าราชการบำนาญจำนวน 9 คน ร้อยละ 14.06 และอื่นๆ จำนวน 17 คน ร้อยละ 26.56 และรายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 10,000 บาท จำนวน 25 คน ร้อยละ 39.06 รายได้ 10,000 - 30,000 บาท จำนวน 34 คน ร้อยละ 53.13 และมากกว่า 30,000 บาท จำนวน 5 คน ร้อยละ 7.81 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล (n=64)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	42	65.63
หญิง	22	34.37
อายุ (ปี)		
ผู้สูงอายุตอนต้น (60-64 ปี)	31	48.44
ผู้สูงอายุตอนกลาง (65-89 ปี)	33	51.56
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	69.54 (8.23)	
การศึกษา		
น้อยกว่าระดับมัธยมศึกษา	21	32.81
สูงกว่าระดับมัธยมศึกษา	43	67.19
การประกอบอาชีพ		
เกษตรกรและรับจ้างทั่วไป	38	59.38
ข้าราชการและข้าราชการบำนาญ	9	14.06
อื่นๆ (ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว)	17	26.56
รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า 10,000 บาท	25	39.06
10,000 - 30,000 บาท	34	53.13
กว่า 30,000 บาท	5	7.81

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง

ผลการประเมินคุณภาพชีวิตเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการดำเนินงานโดยภาพรวมก่อนการดำเนินงานมีคุณภาพชีวิตกลางๆ (81.6) หลังการดำเนินงานแม้จะมีคุณภาพชีวิตกลางๆ (86.0) แต่คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มมากขึ้นอย่างมีทางสถิติ 4.4 คะแนน (95%CI=1.87-5.43, p-value <0.001) แยกรายด้านพบทุกด้านมีค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ดังนี้ 1) ด้านสุขภาพกายก่อนการดำเนินงานมีคุณภาพชีวิตกลางๆ (22.6) หลังการดำเนินงานมีคุณภาพชีวิตดี (24.8) คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 2.2 คะแนน (95%CI=1.51-4.59, p-value <0.001) 2) ด้านจิตใจก่อนการดำเนินงานมีคุณภาพชีวิตกลางๆ (20.4) หลังการดำเนินงานมีคุณภาพชีวิตดี (23.7) คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 3.3 คะแนน (95%CI=1.47-5.32, p-value <0.001) 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคมก่อนการดำเนินงานมีคุณภาพชีวิตกลางๆ (8.9) หลังการดำเนินงานมีคุณภาพชีวิตกลางๆ (10.1) คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 1.2 คะแนน (95%CI=1.13-2.23, p-value 0.024) และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อมก่อนการดำเนินงานมีคุณภาพชีวิตดี (29.7) หลังการดำเนินงานมีคุณภาพชีวิตดี (27.4) คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 2.3 คะแนน (95%CI=1.77-4.78, p-value <0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังโดยรวมและแยกรายด้าน

คุณภาพชีวิต	คะแนนก่อน (SD)	แปล ผล	คะแนนหลัง (SD)	แปล ผล	Mean Diff.	95%CI	P-value
สุขภาพทางกาย	22.6 (3.2)	กลางๆ	24.8 (2.5)	ดี	2.2	1.51-4.59	<0.001
ด้านจิตใจ	20.4 (3.6)	กลางๆ	23.7 (3.2)	ดี	3.3	1.47-5.32	<0.001
สัมพันธภาพ ทางสังคม	8.9 (2.2)	กลางๆ	10.1 (1.8)	กลางๆ	1.2	1.13-2.23	0.024
สิ่งแวดล้อม	27.4 (4.1)	ดี	29.7 (5.3)	ดี	2.3	1.77-4.78	<0.001
โดยรวม	81.6 (6.9)	กลางๆ	86.0(5.4)	กลางๆ	4.4	1.87-5.43	<0.001

7. สรุปและอภิปรายผล

ในบริบทชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 20.67 ของประชากร นับได้ว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และใกล้เคียงกันกับประชากรสูงอายุโดยเฉลี่ยของประชากรไทย ในปี 2567 คิดเป็นร้อยละ 20.70⁽²⁾ ในชุมชนจึงเลือกใช้กระบวนการพัฒนาชุมชนผู้สูงอายุตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในการการปรับปรุงและพัฒนาสิ่งอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตได้อย่างมั่นคง สามารถพึ่งพาตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเพื่อให้เป็นต้นแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุทั้งการจัดสวัสดิการ การบริการและสภาพแวดล้อม จึงได้จัดกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Participatory Action Research: CBPAR)^(10, 11) ประกอบด้วย 1) ศึกษาสถานการณ์ชุมชนตาม 8 องค์ประกอบฯ และออกกระบวนการกิจกรรม 2) พัฒนารูปแบบการดำเนินการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนโดยต้องการนำของท้องถิ่นด้วยการ ร่วมออกแบบกิจกรรม ร่วมดำเนินงาน และร่วมประเมินผลกับทุกภาคส่วนในชุมชน 3) รวบรวมข้อมูลและระบุผู้มีส่วนร่วมสำคัญ 4) ดำเนินงานตามแผน 5) การวิเคราะห์ รายงานผล และ 6) ประเมินผล ในระยะเวลาการศึกษา 3 เดือน ผลลัพธ์ที่ได้จากกระบวนการส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุรายด้านและภาพรวมในชุมชนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งกระบวนการสำคัญของการมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน สอดคล้องกับหลายการศึกษาในประเทศไทยที่ใช้กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชุมชนให้มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพิสมัย ศรีเนตรและคณะ⁽¹⁴⁾

ที่นำกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมและทุนชุมชนกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยดอน อำเภอลำดวน จังหวัดอุบลราชธานี ส่งผลให้ชุมชนมีการรื้อฟื้นและขยายความสัมพันธ์เกื้อกูลในสังคมเพื่อดูแลผู้สูงอายุ มีพื้นที่กลางแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกิดความสัมพันธ์แบบภาคีของหน่วยงานในพื้นที่ และขยายความร่วมมือสู่ภาคีเครือข่ายนอกพื้นที่ และการศึกษาของบังอร เบ็ญจาธิกุล และคณะ⁽¹⁵⁾ ได้นำการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลบางขนุน อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี ซึ่งประกอบด้วยการพัฒนาयरระดับการมีส่วนร่วม 6 ด้าน คือด้านสุขภาพอนามัย ด้านการศึกษา ด้านนันทนาการ ด้านที่อยู่อาศัย ด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และด้านการแก้ไขปัญหาความยากจนและด้อยโอกาส ในชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน และการศึกษาของวสันต์ ปวนปันวัง⁽¹⁶⁾ เรื่องนโยบายและแนวทางพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษาเทศบาลเมืองอรัญญิก จังหวัดพิษณุโลก ที่พบว่าปัจจัยสำคัญที่จะดูแลผู้สูงอายุประสบความสำเร็จคือ ความร่วมมือระหว่างองค์กรภาครัฐ ชุมชน และครอบครัว จากการศึกษาเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถยกระดับการพัฒนาชุมชนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และการศึกษาในต่างประเทศที่ได้นำมาบูรณาการดำเนินการทั่วโลกที่สามารถยืนยันได้ว่ากระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนเป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาชุมชน โดย Fitzgerald KG และ Caro FG⁽¹⁷⁾ ได้ทบทวนข้อมูลแนวคิดการพัฒนาเมืองและชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมทั่วโลกที่ดำเนินการเพื่อตอบสนองต่อสังคมที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมและบริการที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) ตัวอย่างเมืองและชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุทั่วโลก เช่น เมืองโตเกียว ประเทศญี่ปุ่นเป็นเมืองที่มีระบบขนส่งสาธารณะที่ยอดเยี่ยม ที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย และบริการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุม เมืองโคเปนเฮเกน ประเทศเดนมาร์กเป็นเมืองที่มีถนนที่กว้าง พื้นที่สาธารณะที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และบริการทางสังคมที่ครอบคลุม เมืองบาร์เซโลนา ประเทศสเปนเป็นเมืองที่มีสวนสาธารณะ ศูนย์ชุมชน และกิจกรรมทางวัฒนธรรมที่หลากหลายสำหรับผู้สูงอายุ และเมืองแวนคูเวอร์ ประเทศแคนาดาเป็นเมืองที่มีโครงการที่อยู่อาศัย การขนส่ง และบริการที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นต้น ดังนั้นเมืองและชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่จำเป็นต่อสังคมที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การสร้างสภาพแวดล้อม บริการ และกิจกรรมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตและช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างเต็มที่ และการศึกษาของ Rémillard-Boilard S และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่มีการศึกษาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุผ่านเครือข่าย Global Network of Age-Friendly Cities and Communities ซึ่งเชื่อมโยง 1,114 เมืองและชุมชนทั่วโลก (ข้อมูลปี 2020) ผลการศึกษาระบุลำดับความสำคัญ 4 ประการที่ควรพิจารณาเพื่อพัฒนา ได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้สูงอายุในชุมชน 2) การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักต่อผู้สูงอายุ (3) การตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลายของผู้สูงอายุ และ (4) การปรับปรุงการวางแผนและการดำเนินโครงการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และได้ยืนยันผลการพัฒนากระบวนการสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ว่าการใช้ 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) ทำให้เกิดการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับรายงานการศึกษาการใช้กระบวนการ 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในประเทศไทย ของเบญจมาศ เมืองเกษม⁽¹⁹⁾ เรื่อง รูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยมีปรับประยุกต์ตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทชุมชน ซึ่งชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นพลังขับเคลื่อนในการสร้างเมืองที่เป็นมิตรเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้สำเร็จ โดยเฉพาะบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ควรจะต้องมีบทบาทในการนำเนื่องจากอยู่ใกล้ชิด

กับประชาชนและมีอำนาจตามพระราชบัญญัติที่หลากหลาย⁽²⁰⁻²²⁾ ซึ่งในการศึกษาในครั้งนี้การมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน องค์การบริหารส่วนตำบลนารายณ์ ได้มีบทบาทที่สำคัญกับการเป็นแกนนำหลักในการพัฒนากระบวนการร่วมกับชุมชน ทำให้ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) และบรรลุเป้าหมายสำคัญคือการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนดีขึ้น

ผลการประเมินคุณภาพชีวิตเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการดำเนินงาน โดยภาพรวมค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4.4 คะแนน (95%CI=1.87-5.43, p-value <0.001) แยกรายด้านพบทุกด้านมีค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ดังนี้ 1) ด้านสุขภาพกาย 2.2 คะแนน (95%CI=1.51-4.59, p-value <0.001) 2) ด้านจิตใจ 3.3 คะแนน (95%CI=1.47-5.32, p-value <0.001) 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม 1.2 คะแนน (95%CI=1.13-2.23, p-value 0.024) และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม 2.3 คะแนน (95%CI=1.77-4.78, p-value <0.001) สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ของศิริประภา หล้าสิงห์และคณะ⁽²³⁾ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีภาวะสุขภาพปกติดีขึ้น ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีปัญหาด้านสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพดีขึ้น ผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพดีขึ้น และภาคีเครือข่ายในชุมชนมีบทบาทในการร่วมกันพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาการพัฒนากระบวนการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ของจุฑารัตน์ บุตรดีขันน⁽²⁴⁾ พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ได้จากศึกษา คือการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในทุกขั้นตอน และในประเทศญี่ปุ่น⁽²⁵⁾ มีการศึกษาที่มุ่งเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ พบว่า เป็นปัจจัยที่นำไปสู่สภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน โดยสรุปสามารถยืนยันได้เบื้องต้นว่ากระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) เป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพและสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนได้ จึงเป็นต้นแบบที่ควรนำไปขยายผลในพื้นที่อื่นๆ ให้สอดคล้องกับนโยบายและบริบทของแต่ละชุมชนเพื่อรองรับการเป็นสังคมสูงวัยของประเทศไทย

8. ข้อเสนอแนะ

8.1 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งนี้

1. กระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) เป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพและสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนได้ จึงเป็นต้นแบบที่ควรนำไปขยายผลในพื้นที่อื่นๆ
2. การดึงพลังของชุมชนทุกภาคส่วนด้วยการมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนนำในการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนและผู้สูงอายุที่เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ต้องนำมาพัฒนากระบวนการเมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในทุกขั้นตอน

8.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประเด็นทางเศรษฐกิจ และหาแนวทางมาตรการที่มีความสัมพันธ์ต่อความเหลื่อมล้ำเพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้นรวมถึงการดูแลสุขภาพตนเอง
2. ควรพัฒนามาตรการและติดตามในระยะยาวหลังเสร็จสิ้นการดำเนินงานเพื่อประเมินความยั่งยืนของกิจกรรม
3. ควรมีการประเมินทางเศรษฐศาสตร์พิจารณาความคุ้มค่าของการลงทุนในกระบวนการดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในบริบทชุมชนของประเทศไทย

9. เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. 2022. [cited 2023 Mar 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. ประชากรรายอายุ. กรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 15 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/displayData>
3. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การประเมินผลกระทบและความยั่งยืนของการบริโภคของผู้สูงอายุภายใต้ระบบบำนาญของประเทศไทย. กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม; 2566.
4. Treeratanaporn T, Keton S, Roengketgorn K, Phoonthongkham B, editors. Application of fall detection for the elderly: a case study of Thailand. 2021 Research, Invention, and Innovation Congress: Innovation Electricals and Electronics (RI2C); 2021. IEEE.
5. มุลนิธิและสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ ปี 2565.
6. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC). จำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 1 มี.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51
7. ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข. ผู้สูงอายุพึ่งพิง [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 1 มี.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ltc.anamai.moph.go.th/>
8. World Health Organization. The WHO Age-friendly Cities Framework [Internet]. 2017. [cited 2023 Mar 2]. Available from: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/age-friendly-cities-framework/>
9. World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life [Internet]. 2012. [cited 2023 Mar 5]. Available from: <https://www.who.int/tools/whoqol>
10. World Health Organization. Global age-friendly cities: a guide. World Health Organization [Internet]. 2007. [cited 2023 Feb 22]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/43755>
11. Hills M, Mullett J, Carroll S. Community-based participatory action research: transforming multidisciplinary practice in primary health care. Revista Panamericana de Salud Publica. 2007;21:125-35.
12. Burns JC, Cooke DY, Schweidler C. A short guide to community-based participatory action research: A Community Research Lab Guide. Healthy City [Internet]. 2011. [cited 2023 Feb 22]. Available from: <https://advancementprojectca.org>
13. Mahatnirunkul S. The construction of Suan Prung stress test for Thai population. Bulletin of Suan Prung. 1997;13:1.
14. พิสมัย ศรีเนตร, กิ่งกาญจน์ สำนวนเย็น, ศิริพร จันทนสกุลวงศ์, อรุณี สันธิติวณิชย์, กรุงเทพฯ นพรัตน์. ทุณชุมชนกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: กระบวนการปรับประยุกต์ใช้ทุนชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบลหัวดอน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสังคมศาสตร์ปัญญาพัฒนา. 2024;6(1):421-34.

15. บังอร เบ็ญจาธิกุล, จรินทร์ สวนแก้ว, ชินวัจน์ กัลยาณมิตร, ชูชีพ เปียदनอก, เอรารัตน์ ทับพลี, อัมพร ปัญญา. การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลบางขนุน อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี. วารสารมติเชษฐารามวัดจอมมณี. 2023;6(2):113-28.
16. วสันต์ ปวนปิ่นวงศ์. แนวคิดอารยสถาปัตย์: นโยบายและแนวทางพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษาเทศบาลเมืองอรัญญิก จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิทยาลัยสงฆ์ นครลำปาง. 2022;11(3):162-80.
17. Fitzgerald KG, Caro FG. An overview of age-friendly cities and communities around the world. *Journal of aging & social policy*. 2014;26(1-2):1-18.
18. Rémillard-Boilard S, Buffel T, Phillipson C. Developing age-friendly cities and communities: Eleven case studies from around the world. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(1):133.
19. เบญจมาศ เมืองเกษม. รูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตตำบลบ้านคู่อำเภอเมือง จังหวัด เชียงราย. วารสาร มจร มนุษยศาสตร์ปริทรรศน์. 2565;7(1):239-54.
20. นลินดา สุวรรณประสพ, นิจ ตันติศิริพันธ์. การประเมินความเหมาะสมและแนวทางการพัฒนาพื้นที่เมืองให้เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุทางด้านกายภาพ: กรณีศึกษาเทศบาลนครรังสิต. วารสารวิจัยและสาระสถาปัตยกรรม/การผังเมือง. 2563;17(1):157-72.
21. ดุลคนิต ดุรงฤทธิ์. บทบาทขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่อำเภอเมืองระยองในการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ. *จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*; 2564.
22. อัญญา แก่ท่าขาม. แนวทางการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี. *พัฒน์นวมรัง มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์*. 2024;1(1):94-122.
23. ศิริประภา หล้าสิงห์, สุมัทนา กลางคาร, ศิรินาถ ตงศิริ. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*. 2020;6(02):29-40.
24. จุฑารัตน์ บุตรดีขันธ. การศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัย สิ่งแวดล้อม*. 2023;17(3):1092-107.
25. Aung MN, Koyanagi Y, Ueno S, Tiraphat S, Yuasa M. Age-friendly environment and community-based social innovation in Japan: A mixed-method study. *The Gerontologist*. 2022;62(1):89-99.