

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้และการมีส่วนร่วม
ในการดำเนินงานชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 1**
**Factors related to perception and participation in age-friendly community
operations in Health Region 1**

พัชรี รำไพ^{1*}, วริษฐา พุ่มทอง ²

Patcharee Ramphai^{1*}, Varittha Poomtong ²

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ^{1,2}

Reginal Health Promotion Centre 1 Chiangmai.^{1,2}

¹Corresponding author, E-mail: olderadults68@gmail.com

(Received: May 6, 2025; Revised: May 14, 2025; Accepted: September 8, 2025)

บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 1 ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเผชิญปัญหาด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และการอยู่ลำพัง การสร้างเมืองและชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตามแนวทางองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) จึงเป็นแนวทางสำคัญเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงนี้อย่างมีคุณภาพและยั่งยืน การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 1 กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 424 ราย คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างตามความสะดวก เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย (1) ข้อมูลทั่วไป (2) ระดับการรับรู้ และ (3) การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหามากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ทุกข้อและ ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.97 การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนมกราคมถึงกรกฎาคม พ.ศ.2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติไคสแควร์ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ (58.3%) และการมีส่วนร่วม (44.1%) อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อการรับรู้ ได้แก่ เพศ ($p = 0.001$) อายุ ($p = 0.011$) จังหวัดที่อาศัย ($p = 0.041$) รายได้ครัวเรือนต่อเดือน ($p = 0.048$) ตำแหน่งหรือบทบาทในชุมชน ($p = 0.001$) และรูปแบบการปกครองท้องถิ่น ($p = 0.035$) ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ได้แก่ ระดับการศึกษา ($p < 0.001$) การเป็นสมาชิกชมรม ($p = 0.005$) ตำแหน่งหรือบทบาทในชุมชน ($p < 0.001$) และการเป็นคณะกรรมการชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ / ผู้พิการ ($p = 0.002$) พบว่าระดับการรับรู้มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยผู้สูงอายุที่มีการรับรู้สูงมีแนวโน้มมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนถึงร้อยละ 65.3

ดังนั้น การสนับสนุนบทบาทผู้สูงอายุ และการส่งเสริมการรับรู้ผ่านช่องทางที่เข้าถึงง่าย (เช่น สื่อประชาสัมพันธ์ กิจกรรมให้ความรู้) จะช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมกันนี้ควรพัฒนานโยบายและโครงสร้างพื้นฐานที่เอื้อต่อการสร้างชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุอย่างยิ่ง

คำสำคัญ: ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ, เขตสุขภาพที่ 1, ผู้สูงอายุ, การรับรู้, การมีส่วนร่วม

ABSTRACT

Thailand is rapidly transitioning into a super-aged society, particularly in Health Region 1, where the elderly population is increasing and facing challenges related to health, economic hardship, and social isolation. Developing age-friendly cities and communities in accordance with World Health Organization (WHO) guidelines is therefore a crucial strategy to support this demographic shift in a quality and sustainable manner. This cross-sectional study aimed to examine older adults' perception and participation levels, and factors associated with age-friendly community implementation in Health Region 1. Selected via convenience sampling. A questionnaire covering (1) demographic data, (2) perception level, and (3) participation in age-friendly community. The content validity of all items was verified with a score of 0.50 or higher, and the reliability of the questionnaire was confirmed with a Cronbach's Alpha Coefficient of 0.97. Data were collected from January to July 2024 and analyzed using chi-square tests with statistical significance at $p < 0.05$.

Results found that most participants had moderate levels of perception (58.3%) and participation (44.1%). Factors significantly associated with perception included gender ($p = 0.001$), age ($p = 0.011$), province of residence ($p = 0.041$), monthly household income ($p = 0.048$), community role ($p = 0.001$), and local Administrative Organization structure ($p = 0.035$). Participation levels were linked to education ($p < 0.001$), membership in senior clubs ($p = 0.005$), community role ($p < 0.001$), and committees' membership in age and disability -friendly community ($p = 0.002$). In addition, the high perception levels correlated with greater participation ($p < 0.001$), with 65.3% of highly perceptive individuals actively engaged.

Therefore, supporting the roles of older adults, as well as promoting awareness via accessible channels (e.g., public relations media and educational activities), can effectively enhance their participation. In parallel, it is essential to develop policies and infrastructure that facilitate the creation of age-friendly communities in a sustainable manner.

KEYWORDS: Age - friendly communities, Health Region 1, Elderly, Perception, Participation

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางประชากรนับเป็นความท้าทายสำคัญที่ทั่วโลกกำลังเผชิญ โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) คาดว่า ระหว่าง ปีพ.ศ. 2558-2593 สัดส่วนประชากรโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปีจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าจากร้อยละ 12 เป็นร้อยละ 22 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงทางประชากรศาสตร์ที่กำลังเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว⁽¹⁾

สำหรับประเทศไทยพบว่าประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากรายงานทางสถิติขององค์การอนามัยโลกพบว่า

ประชากรในประเทศจำนวนทั้งหมด 67 ล้านคน มีประชากรจำนวน 12 ล้านคนเป็นผู้สูงอายุ และจากการศึกษารายงานของกรมกิจการผู้สูงอายุยังพบว่าสถานการณ์และแนวโน้มสังคมผู้สูงอายุไทยในช่วงปี พ.ศ. 2564 – 2566 มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 18.80 และ 18.94 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.08 ตามลำดับ จากสถิติดังกล่าวทำให้ประเทศไทยถูกจัดให้อยู่ในหมวดสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และคาดว่าจำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นไปจนถึงร้อยละ 28 ส่งผลให้ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) และเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super

Aged Society) ในปี พ.ศ. 2574 และจากการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติประชากรผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 1 ประจำปี 2566 พบว่า มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 24.73 ซึ่งมากกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ โดยเมื่อพิจารณาในระดับจังหวัดพบว่า จังหวัดลำปางมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากที่สุด ร้อยละ 28.01 ตามมาด้วยจังหวัดแพร่และลำพูนที่มีสัดส่วนใกล้เคียงกันที่ร้อยละ 27.46 และ 27.37 ตามลำดับ ที่น่าสนใจคือทั้งสามจังหวัดนี้ไม่เพียงมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ 1 เท่านั้น แต่ยังติดอันดับสามจังหวัดแรกที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงที่สุดในระดับประเทศ⁽²⁾ อีกทั้งข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติยังพบว่าผู้สูงอายุประสบปัญหาด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และการอยู่อาศัย โดยผู้สูงอายุจำนวนมากอาศัยลำพังหรืออยู่กับครอบครัวที่ไม่ใช่คู่สมรส และผู้สูงอายุยังมีเงินออมต่ำต้องพึ่งพาบุตรหลานทางการเงิน สะท้อนความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ ส่วนในด้านสุขภาพพบปัญหาหลักจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย⁽³⁾ และเมื่อศึกษาข้อมูลการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 96.17 อยู่ในกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 2.91 เป็นกลุ่มติดบ้าน และร้อยละ 0.92 เป็นกลุ่มติดเตียง⁽⁴⁾ จากสภาพปัญหาดังกล่าวควรพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม พร้อมทั้งส่งเสริมการรับรู้และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในสังคม การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งมีแนวโน้มจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged Society)

ในปี ค.ศ. 2005 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้มีแนวคิดสร้างเมืองและชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งสร้างความมั่นคงและความปลอดภัยในชีวิต โดยมุ่งเน้นการปรับปรุงสภาพแวดล้อมและบริการต่าง ๆ ในเมืองและ

ชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ⁽⁵⁾ ในส่วนของประเทศไทยรัฐบาลได้นำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ ภายใต้วิสัยทัศน์ "ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม" เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย จากทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 5 พบว่าผู้สูงอายุรับรู้เมืองเป็นมิตรในระดับมาก ด้านที่มีคะแนนระดับสูงที่สุดคือบริการชุมชนและสุขภาพซึ่งอยู่ในระดับมากแต่รับรู้ด้านการคมนาคมขนส่งและการสัญจรมีระดับต่ำที่สุดแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงหน่วยบริการดูแลสุขภาพในชุมชนได้ทั่วถึง แต่การให้บริการระบบขนส่งสาธารณะไม่เอื้อต่อผู้สูงอายุ⁽⁶⁾ อีกทั้งยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีข้อจำกัดในการใช้ประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวกในชุมชน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 พบว่ามีการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุในด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ การศึกษา สังคม และสิ่งแวดล้อม และพบว่าความสามารถของชุมชนในการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อพัฒนาสู่เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่อยู่ในระดับมากที่สุด คือ ด้านการมีส่วนร่วม เพราะมีรูปแบบในการพัฒนาโดยตั้งศักยภาพของชุมชนให้มีส่วนร่วมในการร่วมวางแผน ดำเนินการและประเมินผลเป็นความต้องการของชุมชนโดยแท้จริง ด้านที่อยู่ในระดับน้อย ได้แก่ ด้านการเดินทางและด้านสารสนเทศ⁽⁷⁾ ส่วนในเขตสุขภาพที่ 1 มีการศึกษารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เขตบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่าชุมชนมีการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุในด้านสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพ และการศึกษา ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการดำเนินงานเพื่อช่วยเหลือและดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง การจัดสภาพแวดล้อมสู่เมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่ความสามารถการจัดการของชุมชนอยู่ในระดับมาก อีกทั้งมีการประยุกต์รูปแบบการดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรกับ

ผู้สูงอายุตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO) ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ซึ่งมีชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นพลังในการขับเคลื่อน⁽⁸⁾

อย่างไรก็ตามแม้จะมีนโยบายส่งเสริมชุมชนรองรับสังคมผู้สูงอายุจากทั้งรัฐบาลและองค์การอนามัยโลก (WHO) มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ยังคงประสบกับปัญหาในหลายมิติ โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพ ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ และปัญหาการอยู่อาศัยโดยลำพัง ซึ่งปัญหาเหล่านี้ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อวงกว้างต่อสังคมและระบบเศรษฐกิจของประเทศโดยรวม โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 1 เนื่องจากพื้นที่นี้กำลังเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงสำคัญเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged Society) หมายถึงสังคมที่มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงนี้จึงต้องการเตรียมความพร้อมและการปรับตัวของทุกภาคส่วนในสังคมอย่างเร่งด่วน และเมื่อพิจารณาถึงการศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในอดีต แม้จะมีรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุในระดับชาติที่จัดทำขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงขาดการศึกษาที่ความครอบคลุมเกี่ยวกับการรับรู้และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 1

ดังนั้นเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ จำเป็นต้องได้รับรู้ข้อมูลสิทธิประโยชน์ บทบาท และทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับตน รวมถึงมีโอกาสแสดงบทบาทในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของแนวคิด “ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ” การศึกษาระดับการรับรู้และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง การศึกษาครั้งนี้จะช่วยสะท้อนให้เห็นปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและพัฒนากิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 1 ครอบคลุมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา เชียงราย และแม่ฮ่องสอน

ประชากร

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 1 ประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา เชียงราย และแม่ฮ่องสอน จำนวน 1,167,140 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 8 จังหวัด ประกอบด้วย เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา เชียงราย และแม่ฮ่องสอน จำนวน 424 คน ตามสูตรประมาณค่าสัดส่วนของ Wayne W.D. (1995)⁽⁹⁾

$$n = \frac{Np(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 385 คน และเพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลผู้ศึกษาวางแผนปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 424 คนแยกเป็นรายจังหวัดตามสัดส่วนประชากร ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบตามความสะดวก (Convenience Sampling) โดยมีการกำหนดจำนวน

กลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัดตามสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ โดยคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 ตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป สื่อสาร ฟัง พูด ภาษาไทยได้ และมีความยินดีเข้าร่วมในการศึกษาด้วยความสมัครใจ เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจาก การวิจัย คือไม่สามารถตอบคำถามได้ด้วยตนเอง หรือไม่สามารถสื่อสารเพื่อทำแบบสอบถามได้ ไม่สามารถตอบคำถามได้ด้วยตนเองหรือไม่สามารถสื่อสารเพื่อทำแบบสอบถามได้, ไม่สะดวกในการทำแบบสอบถาม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่รหัสโครงการวิจัย 10/2567 อนุมัติวันที่ 26 มกราคม 2567 - 26 มกราคม 2567

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ระดับการรับรู้ และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุต่อชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดย ส่วนที่ 1 และ 3 ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ส่วนที่ 2 ใช้เกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก ซึ่งผ่านการปรับปรุงพัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระดับการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ มีทั้งหมด 8 องค์ประกอบ ประกอบด้วย 1) อาคารสถานที่และบริเวณภายนอก 2) ระบบขนส่งและยานพาหนะ 3) ที่อยู่อาศัย 4) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 5) การให้ความเคารพและการยอมรับ 6) การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน 7) การสื่อสารและการให้ข้อมูล 8) การบริการชุมชนและการบริการสุขภาพ รวมทั้งหมดจำนวน 67 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยผู้ตอบแสดงความคิดเห็นได้ 3 ระดับ คือ ระดับ

การรับรู้มาก ระดับการรับรู้ปานกลาง ระดับการรับรู้ น้อย โดยให้เลือกตอบตัวเลือกที่ตรงกับความคิดเห็น ในคำถามที่ผู้ตอบเลือกเพียงข้อเดียว

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ของผู้สูงอายุต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ พัฒนาแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วยการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนกิจกรรม การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นได้ 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด โดยให้เลือกตอบตัวเลือกที่ตรงกับความคิดเห็นในคำถามที่ผู้ตอบเลือกเพียงข้อเดียว

จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ โดยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับแก้เพื่อให้เกิดความถูกต้องเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา ผลการตรวจสอบพบว่ามีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ≥ 0.5 ทุกข้อ

จากนั้นหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างของการศึกษารั้งนี้จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.97

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระดับการรับรู้ของผู้สูงอายุ และข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

2) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้และการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 1 โดยสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 357 คน คิดเป็นร้อยละ 84.2 อายุเฉลี่ย 65 ปี อายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 86 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 67.7 ส่วนมากไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 53.1 และไม่มี ความพิการร้อยละ 96.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา จำนวน 186 คน คิดเป็นร้อยละ 43.9 ส่วนใหญ่ประกอบ อาชีพเกษตรกรและรับจ้างทั่วไป จำนวน 262 คน คิดเป็นร้อยละ 61.8 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของ ครอบครัวน้อยกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 81.6 ทั้งนี้ ในส่วนของการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุพบว่าส่วนใหญ่ ไม่เข้าร่วม ร้อยละ 53.1 ส่วนการดำรงตำแหน่งทาง สังคมส่วนใหญ่เป็นผู้มีตำแหน่งทางด้านสาธารณสุข เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.), ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) มากที่สุดร้อยละ 61.3 และส่วนใหญ่ไม่ได้ ดำรงตำแหน่งคณะกรรมการเมืองหรือชุมชนที่เป็น มิตรกับผู้สูงอายุร้อยละ 68.2 และส่วนใหญ่อาศัยอยู่ ในเขตเทศบาลตำบลร้อยละ 61.8

1. จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และคะแนน ระดับการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อชุมชนที่เป็นมิตรกับ ผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีระดับการรับรู้ ต่อชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในระดับปานกลาง (2.03 ± 0.65) องค์ประกอบที่ผู้สูงอายุรับรู้ใน ระดับที่สูงที่สุด คือองค์ประกอบที่ 8 การเข้าถึงบริการ ชุมชนและบริการสุขภาพ (2.12 ± 0.04) องค์ประกอบที่ผู้สูงอายุรับรู้ในระดับต่ำที่สุด คือ องค์ประกอบที่ 6 การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและ การจ้างงาน (1.86 ± 0.04)

2. จำนวน ร้อยละ ระดับการมีส่วนร่วมของ ผู้สูงอายุต่อชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จาก การศึกษาพบว่าโดยรวมผู้สูงอายุมีระดับการมีส่วน ร่วมต่อชุมชนในระดับปานกลาง (2.14 ± 0.74) เมื่อ พิจารณารายด้านพบว่า การมีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจและวางแผนกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (2.11 ± 0.75) รองลงมาด้านการมีส่วนร่วมในการ ประเมินผล (2.16 ± 0.79) และด้านการมีส่วนร่วมใน การรับผลประโยชน์มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (2.03 ± 0.76)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ของผู้สูงอายุต่อชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ พบ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ เพศ ($p = 0.001$) อายุ ($p = 0.011$) ปัจจัยด้านจังหวัด ($p = 0.041$) ปัจจัย ด้านรายได้ของครอบครัวต่อเดือน ($p = 0.048$) ส่วน ปัจจัยด้านตำแหน่งหรือการปฏิบัติหน้าที่ที่มี ความสัมพันธ์กับการรับรู้ของผู้สูงอายุอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และปัจจัยด้าน รูปแบบการปกครองส่วนท้องถิ่นที่อาศัยอยู่ ($p = 0.035$) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยการวิเคราะห์ข้อมูลแบบไคสแควร์ (Chi-Square) (n = 424)

ปัจจัย	ระดับการรับรู้						Chi-Square	p-value
	น้อย		ปานกลาง		มาก			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. เพศ								
- ชาย	24	35.8	30	44.8	13	19.4	14.0	0.001*
- หญิง	58	16.2	217	60.8	82	23.0		
2. อายุ								
- 60-69 ปี	62	17.1	223	61.4	78	21.5	13.1	0.011*
- 70-79 ปี	17	31.5	21	38.9	16	29.6		
- 80 ปีขึ้นไป	3	42.9	3	42.9	1	14.3		
3. จังหวัด								
- เชียงใหม่	23	20.0	67	58.3	25	21.7	24.4	0.041*
- ลำปาง	12	19.0	44	69.8	7	11.1		
- ลำพูน	7	19.4	25	59.4	4	11.1		
- เชียงราย	15	17.2	43	49.4	29	33.3		
- พะเยา	12	31.6	17	44.7	9	23.7		
- แพร่	3	8.1	25	67.6	9	24.3		
- น่าน	9	25.09	17	47.2	10	27.8		
- แม่ฮ่องสอน	1	8.3	9	75.0	2	16.7		
4. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท)								
- น้อยกว่า 20,000	62	17.9	212	61.3	72	20.8	9.6	0.048*
- 20,000 - 40,000	16	30.2	23	43.4	14	26.4		
- มากกว่า 40,000	4	16.0	12	48.0	9	360.0		
5. ตำแหน่ง หรือการปฏิบัติหน้าที่								
- ตำแหน่งทางการเมือง	2	18.2	5	45.5	4	36.4	25.3	0.000**
- คณะกรรมการผู้สูงอายุ	15	21.1	32	45.1	24	33.8		
- ตำแหน่งทางสาธารณสุข	37	14.2	168	64.6	55	21.2		
- ไม่ดำรงตำแหน่งใด	28	34.1	42	51.2	12	14.6		
6. รูปแบบการปกครองส่วนท้องถิ่นที่อาศัยอยู่								
- อบต.	32	24.6	63	50.0	32	28.2	13.6	0.035*
- เทศบาลตำบล	45	17.2	167	63.7	50	19.1		
- เทศบาลเมือง	4	13.3	15	50.0	11	36.7		
- เทศบาลนคร	2	33.3	2	33.3	2	33.3		

*p < 0.05, ** p-value < 0.001

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุต่อชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ปัจจัยด้านระดับการศึกษาสูงสุดมีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) และปัจจัยด้านการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุหรือโรงเรียนผู้สูงอายุ ($p = 0.005$) ทั้งนี้ยังพบว่าผู้มีตำแหน่งหรือปฏิบัติ

หน้าที่มีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยดำรงตำแหน่งทางการเมือง เป็นคณะกรรมการผู้สูงอายุและมีตำแหน่งทางสาธารณสุขมีส่วนร่วมในระดับมากกว่าผู้ที่ไม่ดำรงตำแหน่ง นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นคณะกรรมการเมืองหรือชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุต่อชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลแบบไคสแควร์ (Chi-Square) ($n = 424$)

ปัจจัย	ระดับการมีส่วนร่วม						Chi-Square	p-value
	น้อย		ปานกลาง		มาก			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. ระดับการศึกษาสูงสุด								
- ไม่ได้รับการศึกษา	2	28.6	1	14.3	4	57.1	30.5	0.001*
- ปฐมศึกษา	54	29.0	87	46.8	45	24.2		
- มัธยมศึกษา / ปวช.	23	14.2	82	46.3	70	39.5		
- อนุปริญญา ปวส.	2	10.5	2	47.4	2	42.1		
- ปริญญาตรีขึ้นไป	8	16.0	15	30.0	27	54.0		
2. เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ /โรงเรียนผู้สูงอายุ (คน)								
- ไม่เข้าร่วม	57	25.3	104	46.2	64	28.4	10.6	0.005*
- เข้าร่วม	32	16.1	83	41.7	84	42.2		
3. ตำแหน่ง หรือการปฏิบัติหน้าที่								
- ตำแหน่งทางการเมือง	1	9.1	4	36.4	6	54.5	19.3	0.000**
- คณะกรรมการผู้สูงอายุ	6	8.5	25	35.2	40	56.3		
- ตำแหน่งทางสาธารณสุข	57	21.9	116	44.6	87	33.5		
- ไม่ดำรงตำแหน่งใด	24	30.8	40	51.3	14	17.9		
4. เป็นคณะกรรมการเมืองหรือชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการ								
- เป็น	17	12.6	57	42.2	61	45.2	12.8	0.002*
- ไม่เป็น	72	24.9	130	45.0	87	30.1		

* $p < 0.05$, ** $p\text{-value} < 0.001$

5. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 1 การรับรู้และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุมี

ความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) พบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการรับรู้มาก จะมีระดับการมีส่วนร่วมในระดับมาก ร้อยละ 65.3 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการรับรู้ต่ำ มีระดับ

การมีส่วนร่วมในระดับน้อยร้อยละ 45.7
กลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการรับรู้ปานกลาง มีระดับ

การมีส่วนร่วมในระดับปานกลางร้อยละ 53.6
ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 1 (n = 424)

ระดับการรับรู้	ระดับการมีส่วนร่วม						Chi-Square	p-value
	น้อย		ปานกลาง		มาก			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับน้อย	37	45.7	28	34.6	16	19.8	79.3	0.000**
ระดับปานกลาง	45	18.1	133	53.6	70	28.2		
ระดับมาก	7	7.4	26	27.4	62	65.3		

*p < 0.05 , ** p-value < 0.001

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเรียงองค์ประกอบพบว่า องค์ประกอบด้านการให้บริการชุมชนและบริการสุขภาพ มีระดับการรับรู้มากที่สุด ในขณะที่องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงานมีระดับการรับรู้ต่ำที่สุด ในส่วนของการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุพบว่าส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนกิจกรรมมีระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด ส่วนด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์มีระดับการมีส่วนร่วมต่ำที่สุด ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการรับรู้ พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ, อายุ, จังหวัด, รายได้ของครอบครัวต่อเดือน, ตำแหน่งหรือการปฏิบัติหน้าที่ และรูปแบบการปกครองส่วนท้องถิ่น สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ระดับการศึกษาสูงสุด, การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุหรือโรงเรียนผู้สูงอายุ, ตำแหน่งหรือการปฏิบัติหน้าที่, และการเป็นคณะกรรมการเมืองหรือชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ส่วนการศึกษาความสัมพันธ์ระดับการรับรู้กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุต่อชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุพบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยพบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการรับรู้มาก มีระดับการมีส่วนร่วมในระดับมาก

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 1 อภิปรายผลการศึกษา ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

1) ระดับการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ผลพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้เกี่ยวกับชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านการเข้าถึงข้อมูลหรือการประชาสัมพันธ์ที่ยังไม่ครอบคลุม สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ของมนุษย์ที่ระบุว่า การรับรู้เป็นผลลัพธ์จากปัจจัยด้านสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อม ประสบการณ์เดิม และระดับความสนใจของบุคคล^(10,11) ดังนั้นผู้สูงอายุที่ขาดการรวมกิจกรรมของชุมชน ไม่ได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่อง อาจมีระดับการรับรู้ต่ำ^(12,13) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Gibson ที่เน้นว่าการรับรู้เป็นกระบวนการที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม⁽¹⁴⁾ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาเรียงองค์ประกอบพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับการรับรู้สูงในด้านการเข้าถึงบริการชุมชนและบริการสุขภาพมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงหน่วยบริการดูแลสุขภาพในชุมชนได้ทั่วถึง ในทาง

ตรงกันข้ามการรับรู้ในด้านการมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงานอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ อายุ รวมถึงการรับรู้ของผู้สูงอายุเองว่าบทบาทเหล่านี้ไม่เหมาะสมกับตน สอดคล้องกับทฤษฎีการถอนตัว (Disengagement Theory) ที่อธิบายว่าผู้สูงอายุมีกลดบทบาททางสังคมลงตามวัย อีกทั้งยังอาจได้รับผลกระทบจากการขาดความเชื่อมั่นในตนเอง⁽¹⁵⁾ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานการศึกษาเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 5⁽⁶⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุรับรู้บทบาทของเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในระดับมาก โดยเฉพาะในด้านบริการสุขภาพ แต่กลับมีระดับการรับรู้ต่ำในด้านคมนาคมขนส่ง เนื่องจากข้อจำกัดด้านรายได้ รวมถึงการเข้าถึงโอกาสทางเศรษฐกิจที่จำกัดสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรและไม่ได้มองว่าตนควรกลับเข้าสู่ตลาดแรงงาน ทั้งนี้แม้ว่าผู้สูงอายุจะให้ความสำคัญกับบริการด้านสุขภาพและตระหนักถึงประโยชน์ของบริการชุมชน แต่ยังมีข้อจำกัดด้านส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน ซึ่งควรได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ

2) ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้สูงอายุมีส่วนร่วมมากที่สุดในด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนกิจกรรม ซึ่งสะท้อนถึงความพร้อมของผู้สูงอายุในการมีบทบาทในการกำหนดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับตนเอง อย่างไรก็ตามด้านที่มีการมีส่วนร่วมน้อยที่สุดคือ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ซึ่งอาจแสดงให้เห็นถึงข้อจำกัดในการเข้าถึงทรัพยากรหรือบริการที่มุ่งส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของวนิดา รุ่งโยธิน⁽¹⁶⁾ ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนในเทศบาลตำบลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี พบว่าระดับการมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการประเมินผล รองลงมาคือการตัดสินใจ ซึ่งอยู่ในระดับมากเช่นกัน ขณะที่การรับผลประโยชน์

และการปฏิบัติการอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเห็นว่าปัญหาดังกล่าวอาจเป็นพบได้ทั่วไปในบริบทของประเทศไทย ซึ่งต่างจากการศึกษาของนาฏสินี ชัยแก้วและ มยุรี บุญหัด⁽⁷⁾ ที่ได้ศึกษาการพัฒนาแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 ซึ่งพบว่า ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ร่วมมือในการเตรียมความพร้อมในการรองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในด้านสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพและการศึกษา ความสามารถของชุมชนในการจัดสภาพแวดล้อมสู่เมืองที่เป็นมิตรของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับมากที่สุด อาจเกิดจากปัจจัยด้านการเตรียมความพร้อมและบริบทที่ต่างกันอีกทั้งบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการบริหารจัดการแตกต่างกัน

3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับการรับรู้ของผู้สูงอายุในการดำเนินงานชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เมื่อวิเคราะห์แยกรายด้าน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ เพศ อายุ จังหวัด รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ตำแหน่งหรือการปฏิบัติหน้าที่ และรูปแบบการปกครองส่วนท้องถิ่นที่อาศัยอยู่ แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ควรคำนึงถึงความแตกต่างด้านเพศ อายุ ภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ บทบาทในชุมชน และระบบปกครองท้องถิ่น เพื่อออกแบบการสื่อสารและกิจกรรมให้เข้าถึงทุกกลุ่ม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Wong และคณะ⁽¹⁷⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในฮ่องกง พบว่าเพศ อายุ และรายได้มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมักมีระดับการรับรู้ที่ดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Park และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อชุมชนในเกาหลีใต้ พบว่าอายุและรูปแบบการปกครองท้องถิ่นมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่ที่มีการบริหารจัดการที่ดีมักมีระดับการรับรู้ที่ดีกว่า

4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุต่อชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์แยกรายด้าน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ระดับการศึกษา การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ ตำแหน่ง หรือการปฏิบัติหน้าที่ และการเป็นคณะกรรมการเมืองหรือชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เมื่อวิเคราะห์รายด้านแสดงให้เห็นว่าระดับการศึกษาสูงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น เนื่องจากผู้ที่ได้รับการศึกษาสูงมักมีทักษะการสื่อสารที่ดี มีความมั่นใจในการแสดงความคิดเห็น และมีความรู้เกี่ยวกับสิทธิและโอกาสในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ วิบุรณกุล และปิยากร หวังมหาพร⁽¹⁹⁾ ซึ่งศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่ามักมีความสามารถในการตัดสินใจและเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากกว่าเนื่องจากมีความเข้าใจถึงประโยชน์ของการมีส่วนร่วม อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาเลยก็สามารถมีส่วนร่วมในระดับสูงได้เช่นกัน สะท้อนถึงปัจจัยอื่น ๆ เช่น ประสบการณ์ชีวิต หรือบทบาทในชุมชนที่ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วม ส่วนปัจจัยด้านการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงให้เห็นว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุต่อชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมชมรมหรือโรงเรียนผู้สูงอายุจึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยอาศัยกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในสังคม ส่วนปัจจัยด้านตำแหน่ง หรือการปฏิบัติหน้าที่ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ดำรงตำแหน่งคณะกรรมการเมืองหรือชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน แสดงให้เห็นว่าการมีตำแหน่งทางสังคมสามารถกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมกับชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วียะดา รัตนสุวรรณ และคณะ⁽²⁰⁾ พบว่าบทบาทผู้นำชุมชนถือเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ได้รับบทบาทเป็นผู้นำหรือมีตำแหน่งในองค์กรชุมชนจะทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะพลติพลัง มีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนมากขึ้น

5) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 1 พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการรับรู้มาก จะมีระดับการมีส่วนร่วมในระดับมาก ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการรับรู้ต่ำ จะมีระดับการมีส่วนร่วมในระดับน้อย แสดงให้เห็นว่า ระดับการรับรู้ของผู้สูงอายุมีผลโดยตรงต่อระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน และการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและสังคมสามารถช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการดำเนินงานชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับการศึกษาของภริดา ชัยรัตน์⁽²²⁾ ที่พบว่า การรับรู้ของประชาชนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมและมีความสัมพันธ์กับความต้องการของประชาชน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ นำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการขับเคลื่อนการดำเนินงานชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในระดับเขตสุขภาพ ภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานแรงงาน ส่วนราชการต่าง ๆ ในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน เพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาพ สังคม และสวัสดิการ ดังนี้

1) การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและบริการสาธารณะ โดยส่งเสริมโครงสร้างพื้นฐานที่เหมาะสม

สำหรับผู้สูงอายุ การจัดทำทางเดิน ทางลาดสำหรับรถเข็น และการปรับปรุงระบบขนส่งสาธารณะที่เอื้อต่อการใช้งานของผู้สูงอายุ รวมถึงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเชิงรุกที่เข้าถึงได้ง่าย สอดคล้องกับแนวคิดของ Lawton & Nahemow ที่ว่า วัยสูงอายุแบบสภาพแวดล้อมให้สอดคล้องกับศักยภาพของผู้สูงอายุ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽²¹⁾

2) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งในชมรมและโรงเรียนผู้สูงอายุ การจัดการฝึกอบรมที่เหมาะสมพร้อมทั้งสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในชุมชนหรือมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาชุมชนสอดคล้องกับแนวคิดแนวคิดพฤษภาคม (Active Ageing) ขององค์การอนามัยโลก ที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ⁽¹⁵⁾

3) การพัฒนาเศรษฐกิจและโอกาสการจ้างงานของผู้สูงอายุ โดยการเสนอแนะให้สร้างโอกาสการจ้างงานที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุทั้งในภาครัฐและเอกชน เช่นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในโครงการสร้างรายได้ในชุมชน เช่น งานหัตถกรรมและเกษตรกรรมสอดคล้องกับแนวคิดการสูงวัยอย่างมีคุณค่า (Productive Aging) โดยเน้นให้ผู้สูงอายุมีบทบาทสร้างคุณค่าทางเศรษฐกิจและสังคม⁽¹²⁾

4) ภาครัฐและท้องถิ่นสนับสนุนนโยบายเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จัดทำแผนยุทธศาสตร์ทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ จัดตั้งคณะกรรมการประสานงานด้านผู้สูงอายุเพื่อบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงาน รวมถึงสนับสนุนงบประมาณและจัดตั้งกองทุนสนับสนุนกิจกรรมของผู้สูงอายุ โดยอาศัยแนวคิดการกระจายอำนาจ ที่มุ่งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอิสระในการกำหนดนโยบายตามบริบทของตน

5) การสร้างความตระหนักและการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ การจัดกิจกรรมวันผู้สูงอายุแห่งชาติ และการกระตุ้นให้ภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาสินค้าและบริการที่รองรับความต้องการของผู้สูงอายุ รวมถึงการสนับสนุนโครงการสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด ความรอบรู้ด้าน

สุขภาพที่มุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลและนำไปใช้ได้จริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษารูปแบบการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จ โดยเน้นการวิเคราะห์แนวทางที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควบคู่ไปกับการวิเคราะห์เชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยทางจิตวิทยา สังคม และวัฒนธรรมที่มีผลต่อการรับรู้และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ รวมถึงการระบุอุปสรรคและแรงจูงใจที่เกี่ยวข้อง

2) ควรศึกษาวิจัยแบบผสมผสานระหว่างเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจประเด็นเชิงลึก โดยเฉพาะการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มที่จะช่วยสะท้อนมุมมองของผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องได้อย่างชัดเจน

3) พัฒนาแนวทางเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในชุมชน ในรูปแบบของโปรแกรมหรือกิจกรรมที่ออกแบบเฉพาะบริบท ซึ่งสามารถเสริมสร้างบทบาทของผู้สูงอายุในกระบวนการพัฒนาท้องถิ่นอย่างยั่งยืน และสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ต.ค. 18]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/know/1>
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2567 [cited 2025 Aug 7]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf

4. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. ระบบรายงานข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธ.ค. 22]. เข้าถึงได้จาก: https://lookerstudio.google.com/reporting/35d29ac5-04e4-4ca1-b4ab-fa6d03d44858/page/p_etrijz7id
5. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการประจำปีงบประมาณ 2567.
6. เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, เพ็ญจมาศ คำชนะ, จิรียา อินทนา, ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง, ลักคณา บุญมี, สุภาภรณ์ วรอรุณ. การศึกษาเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 5. วารสารพยาบาลทหารบก. 2566;24(2):446-55.
7. นาฏสินี ชัยแก้ว และมยุรี บุญทด. การพัฒนารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2024;18(1):366-79. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/266544>
8. เพ็ญจมาศ เมืองเกษม. รูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วารสาร มจร มนุษยศาสตร์ปริทรรศน์. 2021;7(1):239-54.
9. Wayne WD. Biostatistics: a foundation of analysis in the health sciences. 6th ed. New York: John Wiley & Sons; 1995. p. 180.
10. Goldstein EB. Sensation and perception. 10th ed. Boston: Cengage Learning; 2017.
11. Gregory RL. Perceptions as hypotheses. Philosophical Transactions of the Royal Society B. 1980;290(1038):181-197.
12. Kosslyn SM, Thompson WL. When is early visual cortex activated during visual mental imagery? Psychological Bulletin. 2003;129(5):723-746.
13. Reed SK. Cognition: theories and applications. 9th ed. Boston: Wadsworth; 2013.
14. Gibson JJ. The ecological approach to visual perception. Boston: Houghton Mifflin; 1979.
15. World Health Organization. Active Ageing: A Policy Framework. Geneva: WHO; 2002.
16. วนิตา รุ่งโยธิน. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนของเทศบาลตำบลบ้านบึง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี. งานนิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต, คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา; 2561.
17. Wong, M., Yu, R., & Woo, J. Perceptions of neighborhood environment and sense of community among older adults in Hong Kong. Journal of Aging and Health, 30(5) ; 2018. P. 817-835.
18. Park, S., Lee, S., & Kim, Y. (2020). Factors influencing the perception of age-friendly communities among older adults in South Korea. Journal of Aging Studies, 52, 100834. ; 2020.
19. เสาวลักษณ์ วิบุรณ์กาล, ปิยากร หวังมหาพร. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี. วารสารมนุษยสังคมปริทัศน์. 2564;23(2):171-185
20. วิยะดา รัตนสุวรรณ, วรทยา กุลนิธิชัย, วิมลทิพย์ พวงเข้ม. บทบาทผู้นำชุมชนกับการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ (Journal of Nursing and Health Research). 2023;24(1):135-46.
21. Lawton M.P., Nahemow L. Ecology and the aging process. In: Eisdorfer C, Lawton MP, editors. Psychology of adult development and aging. Washington (DC): American Psychological Association; 1973. p. 619-74.doi:10.1037/ 10044-020.
22. ภริดา ชัยรัตน์. การรับรู้และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาเชิงพื้นที่ชุมชนตรอกวังหลัง เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร. MCU SSR [อินเทอร์เน็ต]. 2022 ธ.ค. 7 [อ้างถึง 17 มีนาคม 2568];11(6):168-181. เข้าถึงได้จาก: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jssr/article/view/259091>