



การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุ  
กรณีศึกษาชุมชนบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี  
DEVELOPMENT OF AN APPROPRIATE HEALTH CARE SYSTEM FOR  
THE AGING SOCIETY: A CASE STUDY OF BANGKAJA COMMUNITY,  
MUANG DISTRICT, CHANTHABURI PROVINCE

ดุษฎีนิพนธ์

ของ

รัชชนก กลิ่นชาติ

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสหวิทยาการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน  
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

กรกฎาคม 2564

การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุ  
กรณีศึกษาชุมชนบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี  
DEVELOPMENT OF AN APPROPRIATE HEALTH CARE SYSTEM FOR  
THE AGING SOCIETY: A CASE STUDY OF BANGKAJA COMMUNITY,  
MUANG DISTRICT, CHANTHABURI PROVINCE

ดุษฎีนิพนธ์  
ของ  
รัชชนก กลิ่นชาติ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสหวิทยาการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

กรกฎาคม 2564



## ใบรับรองคุณวุฒิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุ  
กรณีศึกษาชุมชนบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี

Development of an Appropriate Health Care System for the Aging Society:  
A Case Study of Bangkaja Community, Muang District, Chanthaburi Province

รัชชนก กลิ่นชาติ

คณะกรรมการสอบคุณวุฒิพนธ์

(ดร.ชดช้อย วัฒนะ)

ประธานสอบคุณวุฒิพนธ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญศิริ เจริญทรัพย์)

ประธานที่ปรึกษาคุณวุฒิพนธ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธรรณา จิตต์สงวน)

กรรมการที่ปรึกษาคุณวุฒิพนธ์

(รองศาสตราจารย์ ดร.ทรงศักดิ์ มีมกระโทก)

กรรมการสอบคุณวุฒิพนธ์

ได้รับอนุมัติจากมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี ให้นำเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาสาธารณสุขการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชวงค์ อุบาลี)

คณบดีคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์

วันที่ 27 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2564

รัชชชก กลิ่นชาติ. (2564). การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุ กรณีศึกษา  
ชุมชนบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. คุษฎีนิพนธ์ ปร.ค. (สหวิทยาการเพื่อ  
การพัฒนาที่ยั่งยืน). จันทบุรี : มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี.

#### คณะกรรมการที่ปรึกษาคุษฎีนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญศิริ เจริญทรัพย์

ประธานกรรมการ

ปร.ค. (การพัฒนารรมาภิบาล)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธันวา จิตต์สงวน

กรรมการ

Ph.D. (Economics)

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีเป้าประสงค์โดยรวมคือ การเตรียมความพร้อมในแนวทางขับเคลื่อนเข้าสู่  
สังคมสูงอายุของไทย จากการประยุกต์ใช้แนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุขององค์การ  
อนามัยโลก กับข้อมูลของชุมชนกรณีศึกษาแห่งหนึ่งใน จ.จันทบุรี ที่ได้รับการพิจารณาว่า เป็นชุมชน  
สูงอายุแบบสมบูรณ์ โดยมีวัตถุประสงค์ประสงค์ 4 ประการคือ 1) ศึกษาสภาพการณ์ปัจจุบันของระบบ  
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่กรณีศึกษา 2) วิเคราะห์องค์ความรู้เชิงสหวิทยาการเพื่อสังเคราะห์  
ระบบการดูแลสุขภาพชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง 3) เสนอแนวทางขับเคลื่อน  
ระบบการดูแลสุขภาพชุมชน จากบริบทขององค์กรภาคชุมชนและภาครัฐ และ 4) วิเคราะห์  
การประเมินผลก่อนการดำเนินการจริงของ โครงการด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่มีนัยสำคัญในชุมชน  
กระบวนการวิจัยเป็นแบบผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง  
ผู้สูงอายุ 240 คน ผ่านแบบสัมภาษณ์ที่มีค่าความเชื่อมั่น 0.93 และการวิจัยเชิงคุณภาพจากการ  
วิเคราะห์เนื้อหา ในบทสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 33 คน และบทสัมภาษณ์  
ผู้เชี่ยวชาญ 7 คน รวมทั้งการระดมความคิดผ่านเวทีชุมชน 2 ครั้ง ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุ  
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และบุคลากรภาครัฐที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างกลยุทธ์แบบถ่วงน้ำหนักและคัดเลือก  
โครงการเพื่อนำเสนอ

ผลการวิจัยที่สอดคล้องตามวัตถุประสงค์ข้างต้น มีดังนี้ 1) สภาพการณ์ปัจจุบันของระบบ  
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่กรณีศึกษา ยังไม่มีการนำแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุที่  
ครอบคลุมลักษณะการพัฒนาด้านต่าง ๆ มาใช้อย่างจริงจัง แต่ที่ปรากฏว่า ชุมชนได้มีการพัฒนาใน  
ทิศทางภาพรวมที่สอดคล้องกับแนวคิดสากลในระดับค่อนข้างดี โดยมีกิจกรรมสังคมและการให้  
ความเคารพยกย่องผู้สูงอายุอยู่ในระดับสำคัญที่สูงสุด 2) องค์ความรู้เชิงสหวิทยาการ ได้แก่

มิติการพยาบาล มิติสังคมวิทยา และมิติเศรษฐศาสตร์ นับเป็นมิติวิชาการที่มีนัยสำคัญยิ่ง สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการสร้างระบบการดูแลสุขภาพชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยมีบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายการพัฒนาที่เกี่ยวข้อง 3 ภาคส่วนคือ สมาชิกชุมชน องค์กรท้องถิ่น และหน่วยงานภายนอก 3) แนวทางขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพชุมชนจากบริบทขององค์กรภาคชุมชนและภาครัฐ ควรมีปฏิสัมพันธ์แบบ 2 ทาง ผ่านการเชื่อมโยงระหว่าง 3 ภาคส่วนการพัฒนา ดังกล่าว 4) การประเมินผลก่อนดำเนินการจริงของโครงการด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่มีนัยสำคัญในชุมชน แสดงถึงความเป็นไปได้ที่จะลงทุนดำเนินการใน 9 โครงการที่นำเสนอโดยชุมชน ภายใต้ข้อสมมุติว่า ผลสัมฤทธิ์ของโครงการต่าง ๆ จะนำไปสู่การช่วยประหยัดต้นทุนด้านสุขภาพแก่กลุ่มผู้สูงอายุ และสมาชิกชุมชนทั้งหมด โดยมีดัชนีชี้วัดทางเศรษฐศาสตร์แสดงความเหมาะสมที่จะดำเนินงานโครงการได้

ผลการศึกษาในภาพรวมที่ค้นพบ จึงนำไปสู่การอภิปรายสรุปที่ชัดเจนได้ว่า แนวคิดการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ มีนัยสำคัญจากการวิเคราะห์มิติสหวิทยาการ สมควรจะดำเนินการให้จริงจังยิ่งขึ้น สำหรับชุมชนกรณีศึกษา เช่นเดียวกับนำไปประยุกต์สู่ชุมชนอื่น ๆ อีกทั้งยังมีความสอดคล้องกับผลงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศอีกด้วย การศึกษานี้ จึงได้เสนอแนะนโยบายทั้งในระดับมหภาคและจุลภาค เพื่อสนับสนุนการแปลงแนวความคิดเช่นนี้ ไปสู่การกระทำให้มากขึ้น

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี



Rudchanok Klinchat. (2564). **Development of an Appropriate Health Care System for the Aging Society: A Case Study of Bangkaja Community, Muang District, Chanthaburi Province.** Ph.D. Dissertation (Interdisciplinarity of Sustainable Development). Chanthaburi : Rambhai Barni Rajabhat University.

**Dissertation Advisor**

Assistant Professor Dr.Kwansiri Charoensup

Chairman

Ph.D. (Good Governance Development)

Assistant Professor Dr.Thanwa Jitsanguan

Member

Ph.D. (Economics)

**Abstract**

The overall goal of this research aimed at preparing the movement approach into the aging society of Thailand due to the concept of Age-friendly Community (AFC) of the World Health Organization (WHO). The research employed the data base of a selected community in Chanthaburi Province which was considered the complete-aged society as the case study. Accordingly, there were 4 main objectives including: 1) to investigate the current situation of elderly health care system in the case studied community, 2) to apply the interdisciplinary knowledge in creating a community health care system through participation of involved sectors, 3) to suggest the movement approach for the health care system from the local and public contexts, and 4) to analyze the ex-ante evaluation of the elderly health care projects significantly selected by the community. The research procedure consisted of mixed methods of quantitative and qualitative analyses. The quantitative part involved interviews with a sample group of 240 elderly people with a reliability coefficient of 0.93. The qualitative part, on the other hand, was related to the content analysis of interviews with a group of 33 elderly people and 7 experts. Also, 2 brainstorming meetings were created among elderly, elderly family members and officials in order to justify the weighted strategies and then the proposed projects.

The results of research in accordance with the objectives were as follows: 1) the current situation of health care system in the case studied community was not intensively referred to the AFC concept which included various development aspects. However, the overall direction of community development towards such the global concept was generally at the satisfactory level. The promotion of

social activities and respect value for the elderly people were relatively the most important among all, 2) interdisciplinary knowledge consisting of nursing, sociology and economics were significantly applied in constructing the health care system with AFC as the core center from roles and functions of 3 involved development sectors including community members, local organizations, and external agencies, 3) the movement approach of health care system between the context of community and government should be in the two-way interaction through the linkage among those 3 mentioned development sectors, and 4) the ex-ante evaluation of the significant health care projects also revealed the sign of investment feasibility in 9 projects proposed by community. Accordingly, the result of all projects were assumed to help reduce the health cost of elderly people as well as all members in the community. Economic indicators were finally shown as the key reasons to implement the projects.

The overall findings of this research would therefore lead to the final discussion that the development concept of Age-friendly Community with participation of involved sectors was obviously significant from the interdisciplinary analysis. The concept should thus be more intensively implemented in the case studied community as well as applied to other communities. In addition, the result of this research was also in line with other similar researches both in domestic and international levels. The research therefore strongly suggested various macro and micro policies in supporting the transformation of such a concept into more practice.

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

## กิตติกรรมประกาศ

การทำคุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้ นับเป็นความท้าทายต่อทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งจากคณะกรรมการที่ปรึกษาคุษฎีนิพนธ์ และตัวผู้ทำการศึกษาเอง เพราะเป็นงานวิชาการประยุกต์ในมิติค่อนข้างใหม่ในประเทศไทย และจากการบูรณาการของสาขาวิชา 3 มิติเข้าด้วยกัน อย่างไรก็ตาม คุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลือแนะนำเป็นอย่างดี จากผู้มีพระคุณหลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญศิริ เจริญทรัพย์ ประธานที่ปรึกษาคุษฎีนิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธันวา จิตต์สงวน กรรมการที่ปรึกษาคุษฎีนิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านเศรษฐศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ดร.ชดช้อย วัฒนะ ประธานสอบคุษฎีนิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ทรงศักดิ์ มีมกระโทก กรรมการสอบคุษฎีนิพนธ์ และรองอธิการบดี มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี รวมทั้ง ดร.อุไรวรรณ วุฒิกษ กรรมการสอบเค้าโครงคุษฎีนิพนธ์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ไวคุณท์ ทองอร่าม อธิการบดี มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี ที่กรุณาให้กำลังใจตลอดการศึกษา คณะผู้เชี่ยวชาญ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการสัมภาษณ์ คณะผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาให้คำแนะนำในการปรับแก้แบบสัมภาษณ์ ผู้อำนวยการ และบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะ ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 1 หมู่ที่ 4 และหมู่ที่ 6 ตำบลบางกะจะ อาจารย์พัชนี เอมะนาวิน และอาจารย์รัชสุรีย์ จันทเพชร รวมทั้งบุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี เทศบาลตำบลบางกะจะ และสำนักงานพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ ตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และที่สำคัญที่สุดคือกลุ่มผู้สูงอายุทุกคน ที่ได้เต็มอกเต็มใจให้ข้อมูล และข้อคิดเห็น ที่เป็นหัวใจของการศึกษาครั้งนี้ ทั้งจากการสัมภาษณ์ และการระดมความคิดเห็นในเวทีชุมชน แม้ว่าบางท่านได้จากโลกนี้ไปแล้ว ก่อนที่คุษฎีนิพนธ์จะสำเร็จลง

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณ อาจารย์กาญจนา ร้อยนาค และ ดร.มณฑนา เหมชะญาติ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ที่ได้สนับสนุนทุนการศึกษาครั้งนี้ คุณพ่อสวาง คุณแม่มาลัย กลิ่นชาติ และนางสาวกัจจิรา สิทธิเวช ที่เป็นกำลังใจอันสำคัญยิ่งของผู้ทำการศึกษา ทำให้คุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

รัชชนก กลิ่นชาติ

กรกฎาคม 2564



## สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของการวิจัย.....	1
คำถามการวิจัย.....	7
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
ประโยชน์ของการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	12
2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	15
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	16
แนวคิดการสูงอายุอย่างมีคุณภาพ.....	16
แนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ.....	19
แนวคิดสุขภาพผู้สูงอายุ.....	22
แนวคิดการศึกษาแบบสหวิทยาการ.....	25
แนวคิดการพัฒนาที่ยั่งยืน.....	25
ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง.....	29
แนวทางการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม.....	33
แนวคิดการวางแผนกลยุทธ์.....	36
แนวทางการคิดเชิงระบบ.....	38
แนวคิดการวิจัยแบบผสมผสาน.....	39
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	42
งานวิจัยต่างประเทศ.....	42
งานวิจัยในประเทศ.....	45
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	53
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	59
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	61

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 (ต่อ)	
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	66
ภูมิสังคมของพื้นที่กรณีศึกษา.....	67
ความคิดเห็นของกลุ่มผู้สูงอายุต่อลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่.....	70
การสัมภาษณ์เชิงปริมาณของกลุ่มผู้สูงอายุ.....	70
การสัมภาษณ์เชิงคุณภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ.....	86
องค์ความรู้ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเชิงบูรณาการ.....	98
การระดมสมองจากเวทีชุมชน.....	123
การวิเคราะห์กลยุทธ์การพัฒนาชุมชน.....	125
การจัดลำดับความสำคัญของ โครงการพัฒนาชุมชน.....	139
การประเมินผลสัมฤทธิ์เชิงระบบของ โครงการ.....	140
ความเป็นไปได้ทางเศรษฐศาสตร์ในการลงทุน โครงการเพื่อสังคมสูงอายุ.....	154
การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ.....	154
การประมาณการลงทุนใน โครงการ.....	164
ความเป็นไปได้ของ โครงการในการดำเนินการจริง.....	167
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	171
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	172
ภาพรวมวิธีดำเนินการวิจัย.....	172
สรุปผลการวิจัย.....	174
สภาพการณ์ปัจจุบันของระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษา.....	174
องค์ความรู้เชิงสหวิทยาการและสังเคราะห์ระบบการดูแลสุขภาพชุมชน	
โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง.....	179
แนวทางขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพชุมชน จากบริบทขององค์กร	
ภาคชุมชนและภาครัฐที่เกี่ยวข้อง.....	188

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
5 (ต่อ)	การประเมินผลก่อนการดำเนินการของโครงการด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มีนัยสำคัญในชุมชนกรณีศึกษา.....	191
	ปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนกลไกระบบการดูแลสุขภาพ ชุมชน.....	195
	อภิปรายผล.....	198
	ข้อเสนอแนะ.....	206
	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการพัฒนา.....	207
	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในกรณีศึกษา.....	213
	ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัยต่อไป.....	217
	บรรณานุกรม.....	222
	ภาคผนวก.....	228
	ภาคผนวก ก ข้อมูลของผู้ทรงคุณวุฒิ.....	229
	ภาคผนวก ข ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์.....	235
	ภาคผนวก ค แบบสัมภาษณ์.....	242
	ภาคผนวก ง ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์.....	254
	ภาคผนวก จ ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก.....	255
	ภาคผนวก ฉ แบบสังเกต.....	257
	ภาคผนวก ช หนังสือรับรองผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	258
	ประวัติย่อผู้วิจัย.....	259

## สารบัญญัตินำ

ตาราง	หน้า	
1	จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิโดยคิดสัดส่วนจากประชากร	57
2	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการเก็บข้อมูลจริง.....	57
3	ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างจากการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์.....	70
4	ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษาเทียบกับแนวคิดสากล (AFC/WHO)ในภาพรวมแต่ละประเด็น.....	72
5	ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่จำแนกตามรายชื่อ ในประเด็นที่ 1 การมีพื้นที่ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุใช้ประโยชน์ร่วมกัน.....	73
6	ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่จำแนกตามรายชื่อ ในประเด็นที่ 2 การมีระบบคมนาคมและยานพาหนะที่สนับสนุนผู้สูงอายุ.....	74
7	ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่จำแนกตามรายชื่อ ในประเด็นที่ 3 การมีบ้านที่อยู่อาศัยและเครื่องใช้ในสภาพที่เหมาะสม.....	76
8	ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่จำแนกตามรายชื่อ ในประเด็นที่ 4 การมีกิจกรรมสังคมและระบบที่สนับสนุนผู้สูงอายุ.....	77
9	ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่จำแนกตามรายชื่อ ในประเด็นที่ 5 การได้รับการเคารพยกย่องและการยอมรับในสังคม.....	79
10	ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่จำแนกตามรายชื่อ ในประเด็นที่ 6 การมีส่วนร่วมในโอกาสการทำงานและจิตอาสา.....	80
11	ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่จำแนกตามรายชื่อ ในประเด็นที่ 7 การสื่อสารและให้ข้อมูลที่ได้ผลแก่ผู้สูงอายุ.....	81
12	ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่จำแนกตามรายชื่อ ในประเด็นที่ 8 การสนับสนุนและให้บริการสุขภาพจากชุมชน.....	83
13	ลักษณะย่อยชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่เพิ่มเติม.....	97
14	สถานที่ วันเวลา การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ.....	99
15	มติสหวิทยาการจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ.....	116
16	สรุปประเด็นการส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) จากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ.....	119

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
17	วัตถุประสงค์การจัดเวทีชุมชน..... 123
18	ผลการจัดลำดับประเด็น AFC/WHO จากการระดมสมองในเวทีชุมชนครั้งที่ 1.... 124
19	ผลการให้ระดับความสำคัญปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาชุมชน จากการระดมสมองในเวทีชุมชนครั้งที่ 1..... 126
20	สรุปความสัมพันธ์ของมิติ AFC กับลำดับความสำคัญปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนา (SWOT) ..... 128
21	ผลการวิเคราะห์กลยุทธ์การพัฒนาชุมชนจากการระดมสมอง ในเวทีชุมชนครั้งที่ 1..... 130
22	ความสอดคล้องของโครงการกับแนวทางปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง..... 137
23	ผลการจัดลำดับความสำคัญของโครงการพัฒนาชุมชนจากการระดมสมอง ในเวทีชุมชนครั้งที่ 2..... 139
24	ผลสัมฤทธิ์เชิงระบบของโครงการ..... 141
25	ความสอดคล้องของโครงการกับ SDGs/UN และ AFC/WHO ..... 146
26	ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประเทศไทย ใน พ.ศ. 2558..... 156
27	ค่าใช้จ่ายรายหัวในการรักษาพยาบาลของประเทศไทย ใน พ.ศ. 2558..... 157
28	ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของชุมชนบางกะจะ..... 159
29	ผลการวิเคราะห์ความอ่อนไหว (Sensitivity Analysis) ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ ของชุมชนบางกะจะ..... 162
30	มูลค่าคิดลด (Discounted value) ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ (Benefit : B) ของชุมชนบางกะจะ..... 163
31	มูลค่าคิดลด (Discounted value) ต้นทุนในการดำเนินงานโครงการ (Cost : C).... 166
32	ประโยชน์ที่ได้รับกับการลงทุนในการดำเนินโครงการ..... 168
33	สรุปประเด็นของชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเรียงตามลำดับความคิดเห็นของ สมาชิกชุมชน..... 178
34	หุ้นส่วนการพัฒนาชุมชนผู้สูงอายุและบทบาทหน้าที่หลัก..... 187
35	ปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนกลไกระบบการดูแลสุขภาพชุมชน.. 197



## สารบัญภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุ กรณีศึกษา ชุมชนบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี.....	14
2 สรุปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง.....	32
3 แผนที่แสดงชุมชนบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี.....	55
4 ไยแมงมุมแห่งความสมดุล (Balanced Cobweb) ของลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับ ผู้สูงอายุ.....	85
5 ความสอดคล้องของ โครงการกับ SDGs/UN และ AFC/WHO .....	147
6 ความสอดคล้องของยุทธศาสตร์ด้านผู้สูงอายุกับ โครงการในชุมชนกรณีศึกษา .....	153
7 แนวทางการขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุ กรณีศึกษาชุมชนบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี.....	190
8 ผลสัมฤทธิ์ 3 ระดับ จากการขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม กับสังคมสูงอายุ กรณีศึกษาชุมชนบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี.....	193

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาของการวิจัย

การเตรียมพร้อมรับประชากรที่เข้าสู่วัยสูงอายุเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกและระดับชาติ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุหรือสังคมสูงอายุเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก นับวันอัตราส่วนประชากรผู้สูงอายุต่อจำนวนประชากรทั้งหมดจะยิ่งเพิ่มมากขึ้น แสดงว่าสังคมนั้นเข้าสู่ยุคสังคมสูงอายุ (Aging Society) ซึ่งหมายถึงสังคมที่ประชากรกำลังมีอายุสูงขึ้น ประเมินได้จากอัตราส่วนร้อยละของประชากรสูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยประชากรสูงอายุ หมายถึง ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป หากสังคมใดมีประชากรสูงอายุอัตราส่วนมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด แต่ไม่ถึงร้อยละ 20 เรียกว่าเป็นสังคมสูงอายุ (Aged Society) และถ้าอัตราส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 แต่ไม่ถึง ร้อยละ 28 เรียกว่า สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete-aged Society) หากมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นไปกว่านั้นคือ อัตราส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 28 จะกลายเป็นสังคมสูงอายุนระดับสุดยอด (Super-aged Society) (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2562 : 11)

ใน ค.ศ. 2018 (พ.ศ. 2561) ประชากรโลกทั้งหมดมีประมาณ 7,633 ล้านคน มีประชากรตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป 990 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.97 และยังมีการคาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุของโลกจะเพิ่มเป็น 1.5 พันล้านคน ใน ค.ศ. 2050 (พ.ศ. 2593) (United Nations : UN. Online. 2019) กล่าวได้ว่า ภาพรวมของโลกเป็นสังคมสูงอายุ และในอนาคตผู้สูงอายุจะมีจำนวนเพิ่มขึ้น ยิ่งทำให้มองเห็นได้ชัดเจนว่า การเตรียมพร้อมรับประชากรที่เข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นปัญหาสำคัญระดับโลกที่ต้องรีบดำเนินการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

สำหรับสถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทยใน พ.ศ.2561 พบว่า ประชากรทั้งหมด 66 ล้านคน มีผู้สูงอายุ 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.18 แสดงให้เห็นว่า ประเทศไทยเป็นสังคมสูงอายุแล้ว โดยมีการคาดการณ์ว่าอีกไม่เกิน 4 ปี ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ และในอีก 20 ปี ข้างหน้า ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุมากถึง 20 ล้านคน ในขณะที่สถานการณ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพอยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ กล่าวคือ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ คิดเป็นร้อยละ 19 ของผู้สูงอายุในวัยเดียวกัน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2562 : 3)

ผลกระทบจากการเป็นสังคมสูงอายุมีทั้งในด้านการเปลี่ยนแปลงทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม การขยายตัวของเขตเมือง และระบบโครงสร้างพื้นฐานของประเทศ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว มีผลต่อวิถีชีวิตของประชาชนชัดเจนขึ้นเรื่อย ๆ อาทิ ระบบขนส่ง ถนนทางเดินเท้า การเดินทางเพื่อทำงาน การย้ายถิ่น สภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิต การบริโภคอาหาร สุรา ยาเสพติด กิจกรรมการออกกำลังกาย การพักผ่อน และค่านิยมของการดำรงชีวิต รวมทั้งยังมีปัญหามลพิษ สารปนเปื้อน และสารก่อมะเร็ง ยังเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย ทั้งจากภาคอุตสาหกรรมและเกษตรกรรม จากการขนส่งและการใช้ยานพาหนะ การใช้สารต่าง ๆ ในครัวเรือนและในการประกอบอาชีพ (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2558 : 2) ซึ่งทำให้ต้องมีการปรับตัวในการดำเนินชีวิตอย่างมาก จึงจะดำรงไว้ซึ่งชีวิตที่มีคุณภาพได้ หากปรับตัวไม่ได้จะก่อให้เกิดปัญหาตามมาหลายประการด้วยกัน

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุสภาพร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชราทำให้เกิดโรค อาทิ ต้อกระจก ต่อมลูกหมากโต สมองเลื่อม ประสาทหูเสื่อม ข้อเข่าเสื่อม กระดูกพรุน (วีระศักดิ์ เมืองไพศาล, 2561 : 73-77) แต่หากมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และสภาพแวดล้อมที่ไม่ดีต่อสุขภาพ จะยิ่งทำให้มีความเสื่อมของร่างกายรวดเร็วมากขึ้นไปอีก อาจก่อให้เกิดความเครียดซึ่งมีผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุมาก ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของจิตใจที่พบคือ การรับรู้ พบว่าผู้สูงอายุจะยึดติดกับความคิด และเหตุผลของตัวเอง การรับรู้สิ่งใหม่ ๆ จึงเป็นไปได้ยากความจำก็เสื่อมลง นอกจากนี้การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้สูงอายุยังเกี่ยวข้องกับ การสนองความต้องการของจิตใจ และต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกต่อตนเองในแง่ต่าง ๆ ส่วนใหญ่เป็นความท้อแท้ น้อยใจ โดยรู้สึกว่าสังคมไม่ให้ความสำคัญกับตนเอง เหมือนที่เคยเป็นมาก่อนทำให้มีอารมณ์ไม่มั่นคง การกระทบกระเทือนใจเพียงเล็กน้อยจะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ หงุดหงิดหรือโกรธง่าย ผู้สูงอายุต้องการการยอมรับ เคารพ ยกย่องนับถือ และการแสดงออกถึงความมีคุณค่าของผู้สูงอายุ โดยสมาชิกในครอบครัวสังคมของผู้สูงอายุ สำหรับความสนใจสิ่งแวดลอม ผู้สูงอายุจะสนใจสิ่งแวดลอม เฉพาะที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ และตรงกับความต้องการของตนเองเท่านั้น (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, ออนไลน์, มปป.)

โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มักเป็นวัยพึ่งพิงในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ ซึ่งผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป มักมีภาวะติดเตียงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.6 จากช่วงอายุ 60 - 64 ปี ที่มีเพียงร้อยละ 0.9 ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มสูงขึ้นตามไปอีกด้วย ขณะเดียวกันผู้สูงอายุมิแนวโน้มอยู่คนเดียวมากขึ้น รวมทั้งระบบสาธารณสุขยังไม่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ และส่วนใหญ่ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ อาทิ ทางลาด บันไดมีราวจับ ห้องสุขาที่สภาพเหมาะสมกับผู้สูงอายุ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560

: 41-42) จากสถานการณ์และผลกระทบดังกล่าว ประเทศไทยจึงหนีไม่พ้นที่ต้องเผชิญกับการเตรียมพร้อมรับประชากรที่เข้าสู่วัยสูงอายุอันเป็นปัญหาระดับชาติที่ต้องแก้ไขเช่นกัน

จากการที่เทคโนโลยีและความก้าวหน้าทางการแพทย์มีความทันสมัย และเจริญก้าวหน้ามากขึ้น ประชากรจึงมีอายุยืนยาวมากขึ้น หากแต่การมีอายุที่ยืนยาวโดยไม่มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น เป็นเรื่องที่น่าเศร้าใจอย่างยิ่ง ลำพังสภาพผู้สูงอายุที่อวัยวะต่าง ๆ ต้องเสื่อมถอยไปตามกาลเวลาแล้ว ยังมีสภาพจิตใจที่พบว่าผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังมากขึ้น มีภาวะซึมเศร้า และฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น ทำให้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากการที่สังคมโลกเข้าสู่ยุคสังคมสูงอายุที่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น และถึงแม้ว่าจะเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง ฟังฟังตนเองและเป็นที่พึ่งผู้อื่นได้ก็ตาม ผู้สูงอายุไม่ควรจะต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยวควรมีลูกหลานคอยดูแลเอาใจใส่ และใช้ชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี สมกับเป็นผู้สูงอายุตามวัฒนธรรมของสังคมไทย เพราะผู้สูงอายุในวันนี้ ในอดีตคือผู้ดูแลลูกหลานในวัยเด็กให้เติบโตจนเป็นผู้ใหญ่ ท่านเป็นผู้มีพระคุณอย่างยิ่งของลูกหลาน ซึ่งตามปกติผู้สูงอายุ 1 คน ควรจะมีลูกหลานดูแลอย่างน้อย 1 คน ดังนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงควรมีจำนวนเพียงพอที่จะกลับมาตอบแทนพระคุณของท่านได้ แต่พบว่า ในขณะที่จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลับมีจำนวนลดลง ยังเป็นการทำให้ปัญหาที่มีความซ้ำซ้อนมากยิ่งขึ้น

ไม่ว่าผู้สูงอายุจะอยู่คนเดียวหรืออยู่กับครอบครัวก็เกิดปัญหาได้เช่นกัน เพียงแต่รูปแบบปัญหาอาจแตกต่างกันตามบริบทที่เป็น ผู้สูงอายุบางคนอยู่กับครอบครัว มีลูกหลานที่ต่างวัยต่างความคิด ถ้าไม่มีการสื่อสารพูดคุยให้เข้าใจกันก็จะทำให้เกิดปัญหาในการอยู่ร่วมกันได้ เพราะผู้สูงอายุทุกคนต้องมีการเกี่ยวข้องกับผู้อื่น ถึงแม้ว่าจะมีผู้สูงอายุบางคนต้องอยู่บ้านคนเดียวก็ตาม แต่แท้จริงแล้วผู้สูงอายุมิได้อยู่ตามลำพังหากแต่ต้องอยู่ภายใต้สังคมที่ตนเองอาศัยอยู่ การจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น จึงมิได้ขึ้นอยู่กับตัวผู้สูงอายุเพียงฝ่ายเดียวเท่านั้น สภาพแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นทางกายภาพ เศรษฐกิจ สังคม หรือสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ล้วนแล้วแต่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งสิ้น

ทุกคนนั้นไม่สามารถหลีกเลี่ยงจากสภาพสังคมสูงอายุได้ และในวันหนึ่งทุกคนก็ต้องเป็นผู้สูงอายุ การเตรียมรับมือให้พร้อมจึงเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นหากมีความร่วมมือของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และคนในชุมชน ก็จะสามารรถร่วมกันเตรียมความพร้อม และพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจึงควรเห็นความสำคัญและมีความใส่ใจอย่างจริงจังในการรับมือกับภาวะสังคมสูงอายุซึ่งเป็นปัญหาระดับโลก โดยเฉพาะในประเด็นเรื่องสุขภาพ เพราะการมีสุขภาพที่ดีจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งเป็นผลมาจากการมีระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) เป็นองค์กรที่รับผิดชอบหลักในเรื่องสุขภาพของประชากรทั่วโลกได้เสนอให้ใช้แนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly Community : AFC) หรือ (AFC/WHO) พื้นฐานของแนวคิดนี้มาจากหลักการ 3 ด้านคือ สุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคงปลอดภัย อันนำไปสู่เป้าหมายการมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อสูงอายุ มีองค์ประกอบหลัก 8 ประเด็น ได้แก่ 1) พื้นที่ภายนอกอาคารและตัวอาคาร 2) การคมนาคมขนส่งและการสัญจร 3) ที่อยู่อาศัย 4) การมีส่วนร่วมทางสังคม 5) การเคารพและการยอมรับในสังคม 6) การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน 7) การสื่อสารและการให้ข้อมูล 8) การสนับสนุนของชุมชนและการให้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งได้มีการนำแนวคิดนี้ไปใช้แพร่หลายทั่วโลก มีตัวอย่างกรณีศึกษาที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาเมืองหรือชุมชนเป็นมิตรกับผู้สูงอายุจากหลายประเทศในแต่ละชุมชน (UN. Online. 2017)

นอกจากนี้องค์การสหประชาชาติ (United Nations : UN) ยังได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) หรือ (SDGs / UN) ซึ่งใช้เป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาประเทศที่เป็นสมาชิกทั่วโลก เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนอย่างรอบด้านอีกด้วย โดยระบุเป้าหมายในการพัฒนาที่ยั่งยืนออกเป็น 17 ด้าน และพิจารณาได้ว่าเกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้สูงอายุในหลายด้าน ได้แก่ SDGs#3 สุขภาพดีและชีวิตที่เป็นสุข SDGs#4 คุณภาพการศึกษา SDG#10 ลดความไม่เท่าเทียมกัน SDGs#11 ชุมชนและเมืองยั่งยืน SDGs#16 สันติภาพ ความยุติธรรมและความเข้มแข็งในสังคม และ SDGs#17 การเป็นหุ้นส่วนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งแนวคิดขององค์การอนามัยโลกและขององค์การสหประชาชาตินี้ นับได้ว่าเป็นระเบียบวาระของโลกในการจัดการประเด็นปัญหาสุขภาพในสังคมสูงอายุ

การขับเคลื่อนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ตามวาระการพัฒนาที่ยั่งยืน (The 2030 Sustainable Development Agenda) ของ UN ของประเทศไทย ดำเนินการโดยมีกลไกหลักคือ คณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ตั้งแต่ใน พ.ศ. 2558 โดยมีกรอบคิดที่ใช้หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง (Sufficiency Economy Philosophy : SEP) มาเป็นกรอบแนวคิดการส่งเสริมความเข้าใจและประเมินผลการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งยึดหลักการว่า “เป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืนเป็นผลลัพธ์ของการขับเคลื่อน โดยใช้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2560 : 7, 15)

ดังนั้น ในการเตรียมพร้อมรับประชากรที่เข้าสู่ผู้สูงอายุของประเทศไทย จึงได้มีการนำแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC/WHO) และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs/UN) รวมทั้งหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง (SEP) ใช้เป็นข้อมูลนำเข้าในการดำเนินการจัดทำยุทธศาสตร์และแผนของประเทศถ่ายทอดไปยังจังหวัดและพื้นที่ต่าง ๆ ซึ่งมีการกำหนดยุทธศาสตร์



ที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมเพื่อให้สูงอายุอย่างมีคุณภาพที่ดำเนินการโดยหน่วยงานต่าง ๆ ในระดับชาติ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) และมาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (พ.ศ. 2561) โดยมีการถ่ายทอดแผนระดับชาติลงมาสู่กระทรวงหลักต่าง ๆ 6 กระทรวง ได้แก่ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม และถ่ายทอดไปยังระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ ทั้งนี้ผู้รับผิดชอบหลักในระดับพื้นที่ ได้แก่ เทศบาลตำบลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2557) ได้มีการแปลและเรียบเรียงคู่มือการดำเนินการเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุฉบับภาษาไทย โดยแปลจากฉบับภาษาอังกฤษของ WHO ซึ่งทางกระทรวงมหาดไทยรับผิดชอบหลัก โดยกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ได้นำมาใช้สำหรับการตรวจสอบสภาพเมือง หรือชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุของทุกจังหวัด อย่างไรก็ตามยังไม่มีการพัฒนาแบบตรวจสอบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในระดับตำบลที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนอย่างแท้จริง ซึ่งการใช้แนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุนำมาประยุกต์ใช้ในระดับพื้นที่นั้น ความร่วมมือระหว่างคนในชุมชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญในการจะพัฒนาแผนงาน โครงการ กิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบท

เมื่อมองเชิงระบบแล้วจะเห็นได้ว่า มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างมีคุณภาพ ทั้งในเรื่องสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม การเลือกพื้นที่กรณีศึกษาให้ทราบถึงสภาพการณ์ปัจจุบันที่มีอยู่ของระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และวิเคราะห์เทียบเคียงกับแนวทางพัฒนาที่เหมาะสม เพื่อใช้เป็นข้อมูลนำเข้าสำหรับการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้บริบทและข้อจำกัดที่มีอยู่ จากการออกแบบในพื้นที่กรณีศึกษาเพื่อให้ได้ทางเลือกของระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมสามารถปฏิบัติได้จริง ซึ่งเป็นทางออกหนึ่งของปัญหาสังคมสูงอายุที่มีแนวโน้มว่าจะมีปัญหามากขึ้นหากไม่มีการเตรียมพร้อมที่ดี

การศึกษานี้เลือกพื้นที่กรณีศึกษา ได้แก่ หมู่ที่ 1 หมู่ที่ 4 และหมู่ที่ 6 ตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี เฉพาะที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะ ใช้ชื่อเรียกพื้นที่ขอบเขตดังกล่าวในการศึกษาครั้งนี้ว่า “ชุมชนบางกะจะ” สาเหตุที่ศึกษาในชุมชนนี้ เนื่องจากมีทุนหลายมิติ อาทิ ทุนทางสังคม (Social Capital) ทุนทางสุขภาพ (Health Capital) และทุนทางเศรษฐกิจ (Economic Capital) อันเป็นพื้นฐานการพัฒนาที่มีความเพียงพออยู่แล้ว โดยในทุนทางสังคมนั้นเป็นชุมชนเก่าแก่ทางประวัติศาสตร์ มีประชากรอาศัยมาตั้งแต่โบราณ ทำให้เกิดระบบชุมชนที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะเป็นชุมชนแหล่งรวมพลผู้ชาติในสมัยสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

เมื่อ พ.ศ. 2310 มีผู้นำชุมชนที่ขับเคลื่อนโครงการพัฒนาผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง มีประชากรทั้งหมด 2,879 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 583 คน (เทศบาลตำบลบางกะจะ. 2562 : 1) อัตราส่วนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 20.25 นั้นหมายถึงชุมชนนี้เป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete-aged Society)

ส่วนทุนทางสุขภาพ ได้แก่ การมีชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วัดพลับ วัดสิงห์ วัดโบสถ์พลอยแหวน โรงเรียนวัดพลับ โรงเรียนวัดสิงห์ โรงเรียนบางกะจะ เป็นต้น ซึ่งได้มีการขับเคลื่อนทั้งบ้าน วัด โรงเรียน (ตามแนวคิด “บวร”) โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้ดำเนินโครงการหลักในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน นอกจากนี้ ยังมีทุนทางเศรษฐกิจจากการเป็นแหล่งต้นกำเนิดไม้ผลที่มีชื่อเสียงของจังหวัดจันทบุรี อาทิ สละเนืวมัง สละสุมาลี มีพลอยบุษราคัมและเขียวส่องที่มีชื่อเสียงมากที่สุดในประเทศ ทำให้ประชากรมีรายได้ การลงทุนและการออมที่มีนัยสำคัญทั้งจากการขายผลผลิต และการเป็นชุมชนท่องเที่ยว ดังนั้น พื้นที่ชุมชนบางกะจะ จึงเป็นหนึ่งในตัวอย่างการเข้าสู่ชุมชนผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในจังหวัดจันทบุรี ซึ่งมีอัตราส่วนผู้สูงอายุมากกว่าระดับจังหวัด เป็นชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากการเป็นสังคมสูงอายุ แต่ยังสามารถรวมตัวกันทำกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ และพัฒนาเป็นโรงเรียนผู้สูงอายุได้

อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุยังคงมีความเสื่อมถอยของร่างกายไปตามวัย หากไม่ได้รับการดูแลสุขภาพที่ดีจะทำให้เกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้ ดังนั้น การดูแลด้านสุขภาพจึงยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เป็นสังคมสูงอายุที่มีคุณภาพ ซึ่งการที่จะทำให้สุขภาพดีอย่างยั่งยืนแม้สูงอายุได้นั้น ระบบดูแลสุขภาพควรเกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาครัฐ โดยแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเป็นแนวคิดหนึ่งที่เป็นนโยบายระดับชาติ ซึ่งได้ถ่ายทอดลงมาในระดับพื้นที่ให้ทุกจังหวัดมีการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ แต่ขณะนี้ระบบการดูแลสุขภาพของชุมชนบางกะจะนั้นมาจากภาครัฐ และยังมีได้มีการนำแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุมาใช้ จึงนับเป็น โอกาสดีที่จะได้มีการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาครัฐที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางแห่งความคิดในการศึกษา ซึ่งพื้นที่กรณีศึกษานี้เป็นชุมชนที่มีศักยภาพ พร้อมจะพัฒนาเป็นชุมชนต้นแบบในการดูแลสุขภาพ ภายใต้แนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และยังสามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่น ๆ ในจังหวัดจันทบุรี หรือจังหวัดอื่น ๆ ในประเทศไทยได้อีกด้วย

จากการพัฒนาเชื่อมโยงแนวคิดในระดับโลก (Global level) ระดับชาติ (National level) และถ่ายทอดลงมาในระดับพื้นที่ (Local level) โดยมีการประยุกต์ใช้แนวคิดหลายประการ อาทิ แนวคิดการพัฒนาที่ยั่งยืน แนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

แนวทางการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม แนวคิดการวางแผนกลยุทธ์ และแนวทางการคิดเชิงระบบ การศึกษาในครั้งนี้จึงจัดได้ว่าเป็นการค้นคว้าวิจัยในแนวทางสหวิทยาการ (Interdisciplinary Research) โดยมีการประยุกต์ใช้ความรู้ในหลากหลายสาขาวิชาที่นำมาบูรณาการร่วมกันอย่างน้อย ในขอบเขต 3 สาขาวิชา ได้แก่ สาขาวิชาการพยาบาล สังคมวิทยา และเศรษฐศาสตร์ เพื่อให้เกิด บริบทในการสร้างนโยบาย และข้อเสนอแนะในทางวิชาการ และทางปฏิบัติที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

### คำถามการวิจัย

ระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุในชุมชนบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี มีอะไรบ้าง และควรเป็นอย่างไร

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้
1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ปัจจุบันของระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่กรณีศึกษา
  2. เพื่อวิเคราะห์ห้วงค์ความรู้เชิงสหวิทยาการและสังเคราะห์ระบบการดูแลสุขภาพชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
  3. เพื่อเสนอแนวทางขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพชุมชน จากบริบทขององค์กร ภาครวมชนและภาครัฐที่เกี่ยวข้อง
  4. เพื่อประเมินผลก่อนการดำเนินการของ โครงการด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่มีนัยสำคัญใน ชุมชนกรณีศึกษา

### ประโยชน์ของการวิจัย

ประโยชน์ในเชิงวิชาการ ได้องค์ความรู้ใหม่ (New Knowledge Body) จากการสังเคราะห์ ของตัวอย่างชุมชนบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ผ่านการวิเคราะห์เชิงสหวิทยาการขององค์ ความรู้ เป็นบทเรียนการพัฒนาของระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุจากการมีส่วนร่วม ของชุมชนและภาครัฐในทุกกระบวนการศึกษา รวมทั้งนำไปใช้ต่อยอดและขยายผลใน กรณีศึกษาอื่น ๆ

ประโยชน์ในเชิงนโยบาย ทำให้มีความเข้าใจในความเป็นจริงของบริบทการพัฒนา คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนต้นแบบ จากกรณีศึกษาชุมชนบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัด จันทบุรี ทั้งความสำเร็จ การท้าทาย และข้อจำกัดที่เป็นอยู่ ทำให้เกิดการเรียนรู้จากกรณีศึกษาเป็น

ต้นแบบ เพื่อประยุกต์ใช้ในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาผู้สูงอายุ รวมทั้งเป็นแนวทางของภาครัฐในการสร้างนโยบายจากโอกาสของการใช้ศักยภาพท้องถิ่นที่มี และการแก้ไขอุปสรรคของแนวทางการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมระหว่างชุมชนและภาครัฐ

### ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตในด้านช่วงเวลาของการศึกษา ศึกษาพรมแดนความรู้ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เมื่อเริ่มต้นการมีแนวคิดผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ซึ่งพัฒนาต่อมาเป็นแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จนถึง พ.ศ. 2563

2. ขอบเขตในด้านพื้นที่ของการศึกษา คือพื้นที่ หมู่ที่ 1 หมู่ที่ 4 และหมู่ที่ 6 ตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี เฉพาะที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะ

3. ขอบเขตในด้านเนื้อหาของการศึกษาเน้นการศึกษาเพื่อให้ทราบถึงประเด็นต่าง ๆ โดยสรุปดังนี้

#### 3.1 ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data)

3.1.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) สถานการณ์ของผู้สูงอายุและระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนบางกะจะ จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชนบางกะจะ จำนวน 240 คน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling)

3.1.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) แนวทางการส่งเสริมและพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ 7 คน และผู้สูงอายุในชุมชนบางกะจะ 33 คน ข้อมูลการวางแผนกลยุทธ์ แผนงาน โครงการที่เหมาะสม จัดลำดับความสำคัญของโครงการ และการประเมินผลก่อนการดำเนินงานของโครงการต่าง ๆ ในระบบการดูแลสุขภาพตามแนวคิดเชิงระบบ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาครัฐในพื้นที่จากการระดมสมองในการจัดเวทีชุมชน 2 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างครั้งละ 44 คน บุคลากรภาคชุมชน ได้แก่ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ บุคลากรภาครัฐ ได้แก่ ผู้รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพชุมชนบางกะจะ จากเทศบาลตำบลบางกะจะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี และสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้จากการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

3.2 ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) สถานการณ์ของผู้สูงอายุและระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนบางกะจะ จากเอกสารของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เทศบาล

ตำบลบางกะจะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี และสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดจันทบุรี

3.3 ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ นำมาวิเคราะห์องค์ความรู้เชิงสหวิทยาการ สังเคราะห์ระบบการดูแลสุขภาพชุมชน แนวทางขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพชุมชน และประเมินผลก่อนการดำเนินงานของโครงการ

4. ขอบเขตในด้านหน่วยของการศึกษา คือ หน่วยชุมชนหมู่ที่ 1 หมู่ที่ 4 และหมู่ที่ 6 ตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี เฉพาะที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะ ซึ่งในการศึกษานี้จะรวมเรียกว่า “ชุมชนบางกะจะ”

### นิยามศัพท์เฉพาะ

เพื่อเป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษานี้ จึงได้กำหนดนิยามศัพท์เฉพาะ ดังนี้

1. หลักการสากลด้านสุขภาพ (Global Health) หมายถึง หลักการสากลด้านสุขภาพที่ใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั่วโลก โดยเฉพาะแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก (AFC/WHO) และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ (SDGs/UN)

2. ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง (Sufficiency Economy Philosophy : SEP) หมายถึง การใช้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ตามแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระมหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร อันประกอบด้วย 3 คุณลักษณะคือ ความพอประมาณ ความมีเหตุผล และการมีภูมิคุ้มกันตนเอง และ 2 เงื่อนไข คือ ความรู้ และคุณธรรม ซึ่งเป็นแนวคิดหนึ่งในการวางกรอบยุทธศาสตร์ของรัฐ และได้นำมาใช้เป็นเกณฑ์องค์ประกอบร่วมเพื่อตัดสินลำดับความสำคัญของโครงการที่ได้จากการวิเคราะห์หลักยุทธศาสตร์ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ร่วมกันตัดสินใจ

3. กรอบยุทธศาสตร์ด้านผู้สูงอายุของรัฐ (National Strategic Framework) หมายถึง ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับชาติ ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ แผนผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี แผนผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะ และแผนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลบางกะจะ จังหวัดจันทบุรี

4. แนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly Community) หมายถึง แนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุฉบับภาษาไทยของกรมอนามัย ที่แปลจากฉบับภาษาอังกฤษของ



องค์การอนามัยโลก ซึ่งผู้ศึกษานำมาปรับแก้ไขให้มีความเหมาะสมกับระดับพื้นที่ โดยมี 8 ประเด็น ดังนี้

4.1 การมีพื้นที่ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุใช้ประโยชน์ร่วมกัน (Outdoor Spaces and Buildings) หมายถึง ลักษณะของพื้นที่ภายนอกอาคารและตัวอาคารที่เป็นพื้นที่สาธารณะของชุมชนที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย สภาพแวดล้อมสะอาด ปลอดภัย มีพื้นที่สีเขียวมีที่นั่งพัก มีทางเดินเท้าสำหรับผู้สูงอายุที่ปลอดภัย มีโอกาสของการใช้ประโยชน์พื้นที่ของผู้สูงอายุ อาคารสะดวกสบายสำหรับการใช้ของผู้สูงอายุ มั่นคง ปลอดภัย มีห้องน้ำสาธารณะ ถูกสุขลักษณะและพอเพียง มีแสงสว่างเพียงพอเหมาะสมทำให้เกิดความปลอดภัย

4.2 การมีระบบคมนาคมและยานพาหนะที่สนับสนุนผู้สูงอายุ (Transportation) หมายถึง ลักษณะของการคมนาคมขนส่งและการสัญจรภายในชุมชนที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย จุดรับส่งและการให้บริการรถสำหรับผู้สูงอายุกรณีในชีวิตประจำวันเพียงพอ สะดวก และปลอดภัย ค่าบริการมีความเหมาะสม เส้นทางจราจร รถที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีความปลอดภัย มีการแจ้งเหตุและการขนส่งสำหรับผู้สูงอายุกรณีฉุกเฉินที่สะดวก รวดเร็ว รวมทั้งมีการซ่อมการขนส่งกรณีฉุกเฉินเป็นประจำ

4.3 การมีบ้านที่อยู่อาศัยและเครื่องใช้ในสภาพที่เหมาะสม (Housing) หมายถึง ลักษณะของที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุในชุมชนที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความปลอดภัยของบ้านและบริเวณบ้าน การมีสิ่งอำนวยความสะดวกภายในบ้าน พื้นที่ใช้สอยต่าง ๆ ห้องน้ำ ห้องครัว ถูกสุขลักษณะ และเหมาะสมกับการใช้งานของผู้สูงอายุ มีความปลอดภัย มั่นคง แข็งแรง

4.4 การมีกิจกรรมสังคมและระบบที่สนับสนุนผู้สูงอายุให้เข้าร่วม (Social Participation) หมายถึง ลักษณะของชุมชนที่ทำให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย โอกาสที่ทำให้ผู้สูงอายุได้ไปร่วมกิจกรรมที่มีในชุมชนเพิ่มขึ้น จัดให้มีสถานที่ที่สะดวกสบายต่อการมาร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ ช่วงเวลาการจัดกิจกรรมเหมาะสมเข้าร่วมได้ทุกคน โดยไม่จำกัดกิจกรรม มีความครอบคลุมหลากหลายเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีความชอบต่างกัน มีการให้ความช่วยเหลือของคนในชุมชนในการให้ผู้สูงอายุได้ไปร่วมกิจกรรม รวมทั้งการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของคนในชุมชนของผู้สูงอายุ

4.5 การได้รับการเคารพยกย่องและการยอมรับในสังคม (Respect and Social Inclusion) หมายถึง ลักษณะของชุมชนที่แสดงออกถึงการให้ความสำคัญ และการยอมรับในสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความพร้อมของผู้ให้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บางที่จะ มีการให้เกียรติและพร้อมช่วยเหลือผู้สูงอายุ การมีความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อผู้สูงอายุ

คนอื่นในเชิงบวก การมีความสัมพันธ์ที่ดีของผู้สูงอายุกับครอบครัวและคนในชุมชน การมีกิจกรรมร่วมกับคนในวัยต่าง ๆ และการที่ผู้สูงอายุได้รับการเคารพนับถือจากคนในวัยต่าง ๆ

4.6 การมีส่วนร่วมในโอกาสการทำงานและจิตอาสา (Civic Participation and Employment) หมายถึง ลักษณะของชุมชนที่ทำให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน ประกอบด้วย มีทางเลือกหลากหลายให้ผู้สูงอายุได้อาสาสมัครเข้าร่วมกิจกรรมที่ก่อให้เกิดรายได้ หรือกิจกรรมที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ ค่าตอบแทนในการจ้างงานต้องมีความยุติธรรมและเหมาะสม การเป็นพลเมืองที่ดีทั้งในชุมชนและนอกชุมชนของผู้สูงอายุ

4.7 การสื่อสารและให้ข้อมูลที่ได้ผลแก่ผู้สูงอายุ (Communication and Information) หมายถึง ลักษณะของการสื่อสารและการให้ข้อมูลขององค์กรในชุมชนที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การสื่อสารขั้นพื้นฐานที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เข้าถึงได้ทุกคน ข่าวสารน่าเชื่อถือ ใช้ภาษาที่เหมาะสม ชัดเจน เข้าใจตรงกัน มีอุปกรณ์การสื่อสารหลายชนิดและเหมาะสม ในการสื่อสารกับผู้สูงอายุ

4.8 การสนับสนุนและให้บริการสุขภาพจากชุมชน (Community Support and Health Services) หมายถึง ลักษณะของการสนับสนุนของชุมชนและการให้บริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การบริการด้านสุขภาพและคุณภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะ มีแผนฉุกเฉินในการช่วยเหลือผู้สูงอายุขององค์กรในชุมชน มีการซ่อมแผนเจ้าหน้าที่ได้รับการอบรม มีรถบริการฟรีเมื่อฉุกเฉิน มีแหล่งสนับสนุนด้านสุขภาพผู้สูงอายุทั้งในด้านการออกกำลังกาย อาหาร และทางศาสนา รวมถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีการเยี่ยมบ้าน มีการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

5. การประยุกต์ใช้แนวคิดในระดับพื้นที่ (Area-based Application) หมายถึง การนำแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุมาประยุกต์ใช้ในชุมชนบางกะจะ โดยนำแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (ฉบับภาษาไทย) มาปรับตามความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย และผู้ทรงคุณวุฒิจากนั้นนำไปให้กลุ่มตัวอย่างสมาชิกชุมชนได้ร่วมกันพิจารณา ให้มีความเหมาะสมกับชุมชนบางกะจะ ในการสร้างเป็นระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุ

6. การมีส่วนร่วมแบบบูรณาการ (Integrated Participation) หมายถึง การให้กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมกันพิจารณาลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่ วางแผนงานและโครงการต่าง ๆ ในระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุ รวมทั้งจัดลำดับความสำคัญของโครงการที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

7. การวางแผนกลยุทธ์ในชุมชน (Local Strategic Planning) หมายถึง การให้กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมกันวิเคราะห์สภาพแวดล้อม (SWOT Analysis) วิเคราะห์ถึงจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคของระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนบางที่จะ เพื่อให้ได้กลยุทธ์ แผนงาน และโครงการต่าง ๆ ในระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุ โดยมีการถ่วงน้ำหนักปัจจัย (Weighted factors) ในด้านต่าง ๆ และจัดลำดับความสำคัญ (Priority) ของโครงการที่เกิดขึ้น

8. การประเมินผลโครงการก่อนการดำเนินงานตามแนวคิดเชิงระบบ (Systematic Ex-ante Evaluation) หมายถึง การให้กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่กรณีศึกษา ได้ร่วมกันประเมินผลก่อนการดำเนินงานของโครงการในระบบการดูแลสุขภาพ โดยใช้แนวคิดเชิงระบบในการพิจารณา ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบของแต่ละโครงการเพื่อจัดลำดับนัยสำคัญของโครงการ

9. ระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุ (Appropriate Health Care System for the Aging Society) หมายถึง ภาพรวมของระบบการดูแลสุขภาพที่สังเคราะห์ได้มาจากการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างผ่านแนวคิดการผสมผสานของการวางแผนกลยุทธ์ ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และการประเมินผลโครงการก่อนการดำเนินงานตามแนวคิดเชิงระบบ

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

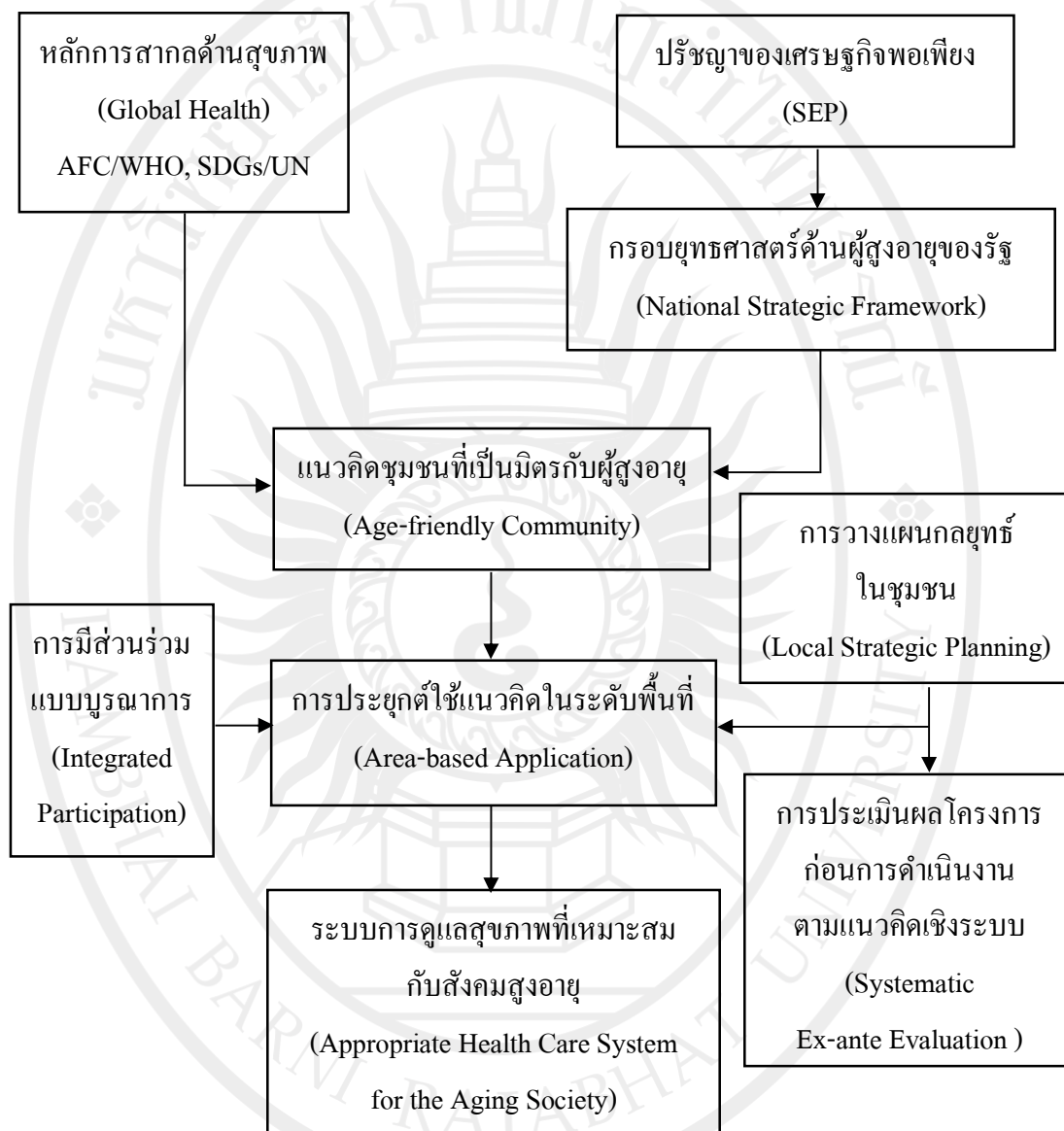
จากหลักการสากลด้านสุขภาพ (AFC/WHO) และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs/UN) ซึ่งเป็นแนวคิดระดับโลกที่นำมาใช้ในการรับมือกับสถานการณ์สังคมสูงอายุของประเทศไทย โดยมีกรอบการปฏิบัติของภาครัฐ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับชาติ ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ ซึ่งมีการนำปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นฐานคิดในการวางแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี อันเป็นแผนแม่บทกรอบการปฏิบัติของภาครัฐ ทั้งนี้กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้นำ AFC/WHO ซึ่งมีหลักการสำคัญใน 8 ประเด็น แปลเป็นภาษาไทย ถ่ายทอดมายังระดับจังหวัด เมื่อนำสู่การประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ในระดับพื้นที่ ของชุมชนกรณีศึกษาดำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ได้มีการปรับแก้ไขให้มีความเหมาะสมตามความเห็นของคณะผู้ทรงคุณวุฒิ และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จากนั้นจึงให้สมาชิกในชุมชนได้มีส่วนร่วมแบบบูรณาการในการพิจารณาลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่ทั้ง 8 ประเด็น และร่วมกันกับภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ในการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมในบริบทด้านต่าง ๆ ให้น้ำหนักปัจจัยสภาพแวดล้อมเพื่อให้ได้กลยุทธ์ที่แปลงเป็นรูปธรรม คือ โครงการพัฒนาด้านต่าง ๆ ร่วมกันประเมินผลโครงการก่อนการดำเนินงาน (Ex-ante Evaluation) โดยพิจารณาในเชิงระบบ (System Approach) ในด้านปัจจัยนำเข้า (Input) โครงการ (Project)

ผลผลิต (Output) ผลลัพธ์ (Outcome) และผลกระทบ (Impact) ของแต่ละโครงการ รวมทั้งนำหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้เป็นเกณฑ์องค์ประกอบร่วม เพื่อตัดสินใจจัดลำดับความสำคัญของโครงการที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาครัฐอย่างแท้จริง สุดท้ายจึงสังเคราะห์ให้ได้ภาพรวมของระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุของชุมชนบางกะจะ โดยสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพประกอบ 1



ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

### กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุ

กรณีสึกษา ชุมชนบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี



## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุ ควรมีการนำแนวคิดระดับโลกมาประยุกต์ใช้ในพื้นที่ของประเทศไทย และมีการบูรณาการความรู้จากหลายสาขาเพื่อพัฒนาให้ได้องค์ความรู้ใหม่ สำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยหลักการสากลด้านสุขภาพที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ได้แก่ AFC/WHO และ SDGs/UN ซึ่งการนำ AFC มาประยุกต์ใช้ในระดับพื้นที่นั้น การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อร่วมกันพัฒนาให้ได้แผนงาน โครงการที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มีความสอดคล้องกับปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง โดยใช้แนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางในการคิด

ดังนั้นการศึกษานี้ จึงได้มีการทบทวนองค์ความรู้ทางด้านแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

#### แนวคิดที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
  - 1.1 แนวคิดการสูงอายุอย่างมีคุณภาพ
  - 1.2 แนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ
  - 1.3 แนวคิดสุขภาพผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาแบบสหวิทยาการ
  - 2.1 แนวคิดการพัฒนาที่ยั่งยืน
  - 2.2 ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง
  - 2.3 แนวทางการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม
  - 2.4 แนวคิดการวางแผนกลยุทธ์
  - 2.5 แนวทางการคิดเชิงระบบ
  - 2.6 แนวคิดการวิจัยแบบผสมผสาน

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยต่างประเทศ
2. งานวิจัยในประเทศ

## แนวคิดที่เกี่ยวข้อง

### 1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

เป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ คือ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี คำว่าคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นวาทกรรมที่มีความหมายแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับว่าจะใช้แนวคิดใดในการประเมินและพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สำหรับประเทศไทยได้มีการนำแนวคิดระดับโลกของ WHO มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ แนวคิดการสูงอายุอย่างมีคุณภาพ (Active Aging) และแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly Community : AFC) สำหรับแนวคิด Active Aging มีการใช้คำภาษาไทยที่หลากหลาย เช่น วุฒิวัย พุฒิปพลัง ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ และผู้สูงอายุมีพลัง โดยองค์ประกอบสำคัญของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี คือ การมีสุขภาพดี กระทั่งสวัสดิการสุข ซึ่งเป็นองค์กรหลักของภาครัฐที่รับผิดชอบสุขภาพของประชากรทั้งประเทศ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงได้มีการประยุกต์ใช้แนวคิดสุขภาพผู้สูงอายุ มาเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วย ดังนั้น จึงนำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 3 แนวคิด ได้แก่ แนวคิดการสูงอายุอย่างมีคุณภาพ แนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และแนวคิดสุขภาพผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

#### 1.1 แนวคิดการสูงอายุอย่างมีคุณภาพ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ริเริ่มแนวคิดการสูงอายุอย่างมีคุณภาพ (Active Aging) โดยนำเสนอให้ใช้แนวคิดนี้มาตั้งแต่ในปี ค.ศ. 2002 การสูงอายุอย่างมีคุณภาพนี้เน้นที่บุคคลคือ ตัวผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

WHO (2002 : 12) ได้ให้ความหมายของการสูงอายุอย่างมีคุณภาพไว้ว่า หมายถึง กระบวนการของการเพิ่มโอกาสทางสุขภาพ การมีส่วนร่วม และความปลอดภัย เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตเมื่อสูงอายุ สามารถประยุกต์ใช้ได้ทั้งกับบุคคลและกลุ่มคน มีเป้าหมายเพื่อให้ทุกคนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ถึงแม้ว่าจะสูงอายุ อ่อนแอ พิกการ รวมทั้งผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคคลอื่นด้วย สุขภาพที่ดีในที่นี้ หมายถึง การมีชีวิตที่เป็นสุข ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้น แนวคิดการสูงอายุอย่างมีคุณภาพ จึงเป็น โปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตและสัมพันธภาพที่ดีในสังคม ซึ่งมีความสำคัญที่ทำให้สุขภาพทางกายดีขึ้นด้วย

WHO (2002 : 45-53) กำหนดองค์ประกอบหลักของแนวคิดการสูงอายุอย่างมีคุณภาพว่าประกอบด้วยสามเสาหลัก ได้แก่ สุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคงปลอดภัย ตามรายละเอียด ดังนี้

1.1.1 สุขภาพ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี เพราะสุขภาพส่วนบุคคลนั้นเป็นสิ่งสำคัญ หากบุคคลมีสุขภาพแข็งแรงจะเป็นเงื่อนไขแรกของการดำรงอยู่อย่างเป็นอิสระและพึ่งพาตนเองได้ อันเป็นลักษณะสำคัญของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีแข็งแรงหรือไม่ขึ้น เกี่ยวข้องกับทั้งปัจจัยด้านบุคคล ครอบครัว และสังคมแวดล้อม ซึ่งการมีสุขภาพดีมีแนวทาง ดังนี้

1) การป้องกันและลดภาระจากความพิการ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมีแนวทาง ได้แก่ ตั้งเป้าหมายในการทำให้สุขภาพดีขึ้น การให้ความสำคัญต่อการทำให้สุขภาพดีขึ้น มีการป้องกัน โรคและการรักษาที่มีประสิทธิภาพ มีระบบคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ มีสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรและปลอดภัย มีการสร้างศูนย์การดูแลสุขภาพที่ได้มาตรฐาน มีการป้องกันการได้รับบาดเจ็บ การหกล้ม และทำให้การเดินทางปลอดภัย ลดการได้ยินบกพร่อง มีการประเมินและสนับสนุนช่วยเหลือถ้ามีการสูญเสียการได้ยิน ลดการสูญเสียการมองเห็น จัดหาบริการการดูแลสุขภาพสายตาที่เหมาะสม ลดอุปสรรคในการดำเนินชีวิตที่อยู่อาศัยต้องเหมาะสมสำหรับคนพิการ ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการขนส่งสาธารณะ พัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นในผู้พิการและเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีผู้ดูแล มีบริการกายภาพบำบัด และมีการสนับสนุนของชุมชน การสนับสนุนทางสังคม ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการ โดดเดี่ยวและแยกตัวจากสังคม มีกลุ่มในชุมชนที่ดำเนินการ โดยผู้สูงอายุ มีการช่วยเหลือกันภายในกลุ่มและช่วยเหลือกันระหว่างกลุ่ม มีผู้ดูแลผู้ติดเขื่อเอชไอวี และเด็กกำพร้าจากการติดเชื่อนี้ต้องได้รับการดูแล มีการส่งเสริมให้มีสุขภาพจิตดีตลอดชีวิต สิ่งแวดล้อมสะอาด ประชาชนทุกคนมีน้ำสะอาดสำหรับอุปโภค บริโภค อย่างเท่าเทียมกัน อาหารถูกสุขลักษณะและสภาพอากาศปลอดภัย

2) การลดปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคที่สำคัญและเพิ่มปัจจัยที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีตลอดชีวิตมีแนวทาง ได้แก่ มีการควบคุมตลาดและการสูบบุหรี่หาแนวทางที่ช่วยให้เลิกบุหรี่ได้ การมีกิจกรรมทางกายให้ข้อมูลและการศึกษาแก่ประชาชนและมีผู้เชี่ยวชาญในการมีกิจกรรมทางกาย เพื่อให้มีกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ดูแลให้มีภาวะโภชนาการที่ดี ป้องกันภาวะขาดสารอาหาร มีความมั่นคงและความปลอดภัยทางอาหาร มีการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ พัฒนาให้มีการรับประทานอาหารที่เหมาะสม มีการดูแลสุขภาพในช่องปาก ส่งเสริมให้มีสุขภาพในช่องปากที่ดี ยังคงมีฟันตามธรรมชาติ จัดบริการการดูแลสุขภาพในช่องปากจัดการกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิต โดยส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีทักษะต่าง ๆ เช่น ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการปรับตัว เป็นต้น เพื่อให้มี

สุขภาพจิตที่ดีขึ้น ลดการใช้ยาที่ผิดและการใช้สารเสพติด รวมทั้งได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ โดยเท่าเทียมกัน

3) การพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพและบริการทางสังคมที่สามารถจ่ายได้และมีคุณภาพสูง โดยจัดให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต การเข้าถึงบริการที่สามารถจ่ายได้ และมีคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน มีผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ และเป็นทางการที่มีคุณภาพ มีการบริการด้านสุขภาพจิต มีการประสานงานระหว่างระบบการดูแลสุขภาพ และระบบการบริการทางสังคม ป้องกันการเกิดโรคหรือความพิการที่มาจากกระบวนการวินิจฉัยและรักษาโรค รวมทั้งมีการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชน

4) การฝึกทักษะและให้ความรู้แก่ผู้ดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว ผู้ให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ

1.1.2 การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม โดยมีแนวทาง ได้แก่ จัดให้มีโอกาสทางการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต มีการส่งเสริมให้มีความรู้และความสามารถในการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งที่มีรายได้และไม่มีรายได้ กิจกรรมที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ กิจกรรมในครอบครัว ชุมชนและสังคม กิจกรรมจิตอาสา เป็นผู้ดำรงไว้ซึ่งสิทธิมนุษยชนและวัฒนธรรมของสังคม การสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ นอกจากจะรู้สึกถึงความมีคุณค่า มีเกียรติภูมิแล้วยังรู้สึกถึงความเป็นผู้มีศักดิ์ศรี และเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของบุตรหลาน ซึ่งจะช่วยให้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุดีขึ้น อันส่งผลต่อสุขภาพกายอีกด้วย

1.1.3 ความมั่นคงปลอดภัย หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นคงปลอดภัยทั้งจากสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย และการมีความมั่นคงทางการเงิน โดยมีแนวทาง ได้แก่ มีมาตรการที่ทำให้ผู้สูงอายุมั่นใจได้ว่าการอาศัยอยู่ในสังคม ตลอดจนสถานที่ต่าง ๆ ที่ต้องไปใช้บริการ มีความปลอดภัยต่อร่างกายและชีวิต มีการออม มีรายได้ ที่ทำให้ผู้สูงอายุมั่นใจว่าสามารถดำเนินชีวิตในบั้นปลายอย่างมีคุณภาพ

จึงกล่าวได้ว่า การสูงอายุอย่างมีคุณภาพ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความพร้อมทั้งด้านสุขภาพกายและใจ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมที่ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีความมั่นคงปลอดภัยในการดำเนินชีวิต สามารถอยู่ได้ด้วยตนเองถึงแม้ว่าจะเจ็บป่วยหรือพิการก็สามารถอยู่ได้อย่างมีความสุข และมีได้หมายความว่าถึงสุขภาพทางกายเท่านั้น แต่ยังรวมถึงด้านจิตใจซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่ง ดังคำกล่าวที่ว่า “จิตเป็นนายกายเป็นบ่าว” เมื่อมีใจในการดูแลสุขภาพจะมีความพร้อมในการแสวงหาความรู้ และเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแล

สุขภาพที่ถูกต้องตามมา เกิดผลลัพธ์คือการมีสุขภาพดี อันเป็นรากฐานที่สำคัญของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง

การศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุมาใช้เป็นหลัก (AFC/WHO) ซึ่งเป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากแนวคิดการสูงอายุอย่างมีคุณภาพ (Active Aging) และมีเป้าหมายสุดท้าย คือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีเช่นเดียวกัน

## 1.2 แนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly Community : AFC) เป็นแนวคิดที่องค์การอนามัยโลกพัฒนามาจากแนวคิดการสูงอายุอย่างมีคุณภาพ โดยเน้นที่สภาพแวดล้อมต่าง ๆ ซึ่งช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นแนวทางหนึ่งในการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการเข้าสู่สังคมสูงอายุที่ทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น

WHO (2007 : 5, 9) ; Handler (2014 : 7, 15) ได้ให้ความหมายของชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุไว้ว่า ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ หรือเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly Community, Age-friendly City : AFC) หมายถึง ชุมชนที่มีสภาพแวดล้อมที่มีความเป็นมิตรทั้งในเรื่องนโยบาย การบริการ โครงสร้างทางสังคม และกายภาพ เอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ดำเนินชีวิตด้วยความมั่นคง ปลอดภัย และมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งมีองค์ประกอบหลักเช่นเดียวกับแนวคิดการสูงอายุอย่างมีคุณภาพ ได้แก่ สุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคงปลอดภัย โดยมีรายละเอียดในการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ 8 ประเด็น ประกอบด้วย พื้นที่ภายนอกอาคารและตัวอาคาร การคมนาคมขนส่งและการสัญจร ที่อยู่อาศัย การมีส่วนร่วมทางสังคม การเคารพและการยอมรับในสังคม การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการทำงาน การสื่อสารและการให้ข้อมูล การสนับสนุนของชุมชนและการให้บริการด้านสุขภาพ

WHO (2007 : 12-71) ; Handler (2014 : 61-64) อธิบายถึงลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุใน 8 ประเด็นสำคัญ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.2.1 พื้นที่ภายนอกอาคารและตัวอาคาร (Outdoor Spaces and Buildings) หมายถึง ลักษณะของพื้นที่ภายนอกอาคารและตัวอาคารที่เป็นพื้นที่สาธารณะที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยมีสภาพแวดล้อมที่อยู่สบายและสะอาด มีพื้นที่สีเขียว มีที่นั่งพัก มีทางเดินสำหรับผู้สูงอายุ ทางม้าลายที่ปลอดภัย มีโอกาสของการใช้ประโยชน์พื้นที่ของผู้สูงอายุ สภาพแวดล้อมของทางเดินเท้าและทางจักรยานที่ปลอดภัย อาคารสะดวกสบายสำหรับการใช้ของผู้สูงอายุ มีห้องน้ำสาธารณะถูกสุขลักษณะและพอเพียง รวมทั้งตั้งอยู่ในทำเลที่สะดวก ปลอดภัย และมีแสงสว่างเพียงพอ



1.2.2 การคมนาคมขนส่งและการสัญจร (Transportation) หมายถึง ลักษณะของการคมนาคมขนส่งและการสัญจรภายในชุมชนที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีค่าบริการขนส่งมวลชนที่ราคาเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ดิคราคาแสดงให้เห็นชัดเจน มีจุดหมายปลายทางที่ครอบคลุมจุดสำคัญที่จำเป็น เช่น โรงพยาบาล สวนสาธารณะ ห้างสรรพสินค้า ธนาคาร เป็นต้น มีระบบบริการขนส่งมวลชนครอบคลุมทุกพื้นที่และมีปริมาณเพียงพอ มีระบบการเชื่อมต่อในเมืองนอกเมืองและระหว่างเมือง ขานพาหนะเอื้อต่อการใช้บริการของผู้สูงอายุและผู้พิการ สะอาด สภาพดี มีที่นั่งพิเศษสงวนไว้สำหรับผู้สูงอายุ มีการออกแบบป้ายจอดรับส่งผู้โดยสารที่ดี โดยอยู่ใกล้บริเวณที่ผู้สูงอายุพักอาศัย มีที่นั่งพร้อมร่มเงา สะอาด ปลอดภัย แสงสว่างเพียงพอ มีที่จอดรถที่เสียค่าบริการเหมาะสม มีที่จอดรถเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ มีจุดรับส่งผู้สูงอายุและผู้พิการ

1.2.3 ที่อยู่อาศัย (Housing) หมายถึง ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุ โดยที่อยู่อาศัยมีราคาที่สามารถจ่ายได้ มีการออกแบบให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ก่อสร้างด้วยวัสดุที่แข็งแรง ทนทาน มั่นคง มีพื้นที่ให้เคลื่อนไหวได้เหมาะสม มีทางเดิน ห้องน้ำ ห้องนอน ห้องครัวเหมาะกับผู้สูงอายุ รวมทั้งมีอุปกรณ์เสริมที่ช่วยอำนวยความสะดวกภายในบ้าน มีบริการบำรุงรักษาอย่างสม่ำเสมอ มีการออกแบบให้ผู้สูงอายุได้เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน และมีความรู้สึกลดภัยในการดำรงชีวิตอยู่ในแต่ละวัน

1.2.4 การมีส่วนร่วมทางสังคม (Social Participation) หมายถึง ลักษณะของชุมชนที่ทำให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยจัดให้มีสถานที่ที่สะดวกสบายต่อการมาร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ สามารถนำเพื่อนมาร่วมกิจกรรมได้ ช่วงเวลาการจัดกิจกรรมเหมาะสม เข้าร่วมได้ทุกคนโดยไม่จำกัดว่าต้องเป็นสมาชิก การเสียค่าเข้าร่วมกิจกรรมต้องมีความเหมาะสม เป็นธรรม ผู้สูงอายุสามารถจ่ายได้ กิจกรรมมีความครอบคลุมหลากหลาย เหมาะกับผู้สูงอายุที่มีความชอบต่างกัน และมีสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมรวมทั้งกิจกรรมและสถานที่จัดมีความปลอดภัย

1.2.5 การให้ความเคารพและการยอมรับในสังคม (Respect and Social Inclusion) หมายถึง ลักษณะของชุมชนที่แสดงออกถึงการให้ความสำคัญและการยอมรับในสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุ โดยผู้ให้บริการแก่ผู้สูงอายุมีการให้เกียรติและพร้อมช่วยเหลือผู้สูงอายุ สื่อต่าง ๆ นำเสนอภาพลักษณ์ของผู้สูงอายุในเชิงบวกต่อสาธารณะ มีการทำกิจกรรมระหว่างกลุ่มวัยและปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น มีกิจกรรมที่ทำร่วมกันในคนต่างวัย กิจกรรมสร้างความสุขและความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว ชุมชนอย่างสม่ำเสมอ มีการเรียนการสอนเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงเมื่อสูงอายุ ผู้สูงอายุได้มีโอกาสถ่ายทอดความรู้ให้แก่คนวัยต่าง ๆ ในสังคมและมีส่วน

ร่วมในการตัดสินใจของชุมชนหรือเมืองที่มีผลต่อผู้สูงอายุโดยรวม ให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าได้รับการยอมรับนับถือ

1.2.6 การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน (Civic Participation and Employment) หมายถึง ลักษณะของชุมชนที่ทำให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน มีทางเลือกหลากหลายให้ผู้สูงอายุได้อาสาสมัครเข้าร่วมกิจกรรมที่ก่อให้เกิดรายได้ หรือกิจกรรมที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ โดยค่าตอบแทนในการจ้างงาน ต้องมีความยุติธรรม และเหมาะสม

1.2.7 การสื่อสารและการให้ข้อมูล (Communication and Information) หมายถึง ลักษณะของการสื่อสาร และการให้ข้อมูลขององค์กรในชุมชนที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ จัดให้มีระบบการสื่อสารขั้นพื้นฐานที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เข้าถึงได้ทุกคน ข่าวสารน่าเชื่อถือ ชัดเจน อ่านง่าย มีอุปกรณ์อัตโนมัติที่เหมาะสมและเพียงพอ เพื่อให้ผู้สูงอายุสะดวกในการใช้งาน มีการใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและเข้าใจตรงกันทุกคน รวมทั้งจัดบุคลากรคอยให้ความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น

1.2.8 การสนับสนุนของชุมชนและการให้บริการด้านสุขภาพ (Community Support and Health Services) หมายถึง ลักษณะการสนับสนุนของชุมชนและการให้บริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยมีการบริการด้านสุขภาพและสังคมที่เหมาะสม เพียงพอต่อความต้องการของผู้สูงอายุ มีความครอบคลุมความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต และมีการจัดแผนรองรับกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน

การพัฒนาชุมชนให้มีลักษณะของชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุทั้ง 8 ประเด็น เป็นการจัดการสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีความมั่นคงปลอดภัย และสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม อย่างไรก็ตาม สามารถปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน โดยจะเห็นได้ว่า ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุจะมีความเป็นมิตรกับทุกคน ด้วยเช่นกัน ซึ่งลักษณะดังกล่าวเป็นปัจจัยทั้งด้านกายภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่ช่วยเอื้อให้ทุกคนมีสุขภาพที่ดีขึ้นได้ นั้นย่อมหมายถึง การเป็นชุมชนสุขภาพดีด้วย ดังนั้น การพัฒนาชุมชนให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จึงมีความจำเป็นที่ต้องตรวจสอบและดำเนินการให้ครอบคลุมทั้ง 8 ประเด็น เพื่อเตรียมพร้อมเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างมีคุณภาพ

การศึกษาครั้งนี้จึงได้นำแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุมานำใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมผู้สูงอายุ โดยนำมาประยุกต์ใช้ในระดับพื้นที่ตามบริบทของชุมชนครบทั้ง 8 ประเด็น

### 1.3 แนวคิดสุขภาพผู้สูงอายุ

แนวคิดผู้สูงอายุสุขภาพดี (Healthy Aging) เป็นแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ที่มุ่งเน้นให้เห็นว่าภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ขึ้นอยู่กับปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้งภายในและภายนอกของผู้สูงอายุ การที่จะให้สูงอายุอย่างมีสุขภาพดี จึงต้องมีความสมดุลกันทั้งสองปัจจัย

WHO (2015 : 12-13) ; WHO (2016 : 3) ได้ให้ความหมายของแนวคิดผู้สูงอายุสุขภาพดี หรือภาวะสูงอายุอย่างมีสุขภาพดี (Healthy Aging) ไว้ว่าหมายถึง กระบวนการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่เพื่อให้มีชีวิตที่เป็นสุขในวัยสูงอายุ โดยความสามารถในการทำหน้าที่ของแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับปฏิสัมพันธ์ของ 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความสามารถภายในตัวบุคคล ซึ่งเป็นผลรวมของความสามารถทางร่างกายและทางจิตใจ 2) ปัจจัยสภาพแวดล้อมต่าง ๆ อันรวมถึง นโยบาย ระบบและการบริการที่เกี่ยวข้องกับการคมนาคมขนส่ง ที่อยู่อาศัย การป้องกันทางสังคม ถนน สวนสาธารณะ สวัสดิการทางสังคม สุขภาพ การดูแลระยะยาว สัมพันธภาพระหว่างเพื่อน ครอบครัว และผู้ดูแล วัฒนธรรม ทักษะคิดและคุณค่าในสังคม ถึงแม้ว่าความสามารถทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุจะลดลง แต่หากมีสภาพแวดล้อมที่ช่วยสนับสนุนให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขได้ ก็ถือได้ว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี

การจัดสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ หรือการพัฒนาชุมชนให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จึงช่วยส่งเสริมให้สามารถเป็นผู้สูงอายุที่สุขภาพดีได้ อย่างไรก็ตาม สุขภาพมิได้ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมเท่านั้น ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในที่มีความต่างกันด้วย ผู้สูงอายุแต่ละคนจึงมีความแตกต่างกัน แม้จะเป็นฝาแฝดกัน เป็นโรคเดียวกัน แต่มิได้หมายความว่า ใช้วิธีการเดียวกันในการดูแลแล้วจะได้ผลเหมือนกัน การดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีนั้น จึงควรดูแลให้เหมาะสมกับสภาพผู้สูงอายุแต่ละคน โดยต้องคำนึงถึงความเป็นองค์รวมในการดูแลผู้สูงอายุด้วยเสมอ

อีลิโอ โปลิปัส (Eliopoulos, 2014 : 88) บาบารา และ ลินนี (Barbara and Lynne, 2014 : 3) ให้ความหมายของคนในเชิง “องค์รวม” ไว้ว่า เป็นความสัมพันธ์ของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้อย่างเด็ดขาด และคนยังมีความสัมพันธ์กับบริบท และสิ่งแวดล้อมที่จะหล่อหลอมเป็นคนหนึ่งคน การดูแลคนจึงต้องให้ความสำคัญกับทุกมิติ ดังนั้น เป้าหมายของการพยาบาลผู้สูงอายุ จึงเป็นการดูแลในภาพรวมของคน ทั้งคนที่มิใช่เพียงแต่การรักษาให้หายจากโรคเท่านั้น การดูแลแบบองค์รวมจึงต้องใช้ความรู้และทักษะจากหลายสาขาวิชา

ในการดูแลผู้สูงอายุมีเป้าหมายเหมือนกันคือ ต้องดูแลให้ครบองค์รวม อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันในรายละเอียดของแต่ละด้านที่มีความสัมพันธ์กันไม่สามารถแยก

ออกจากกันได้อย่างเด็ดขาด ซึ่งได้หล่อหลอมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพต่างกัน เป้าหมายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแต่ละคน จึงขึ้นอยู่กับระดับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้วย

กรเอก มนัสวานิช และบาศบน มโนมัยพิบูลย์ (2561 : 79-92) กำหนดเป้าหมายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามภาวะสุขภาพ 5 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ได้แก่ ผู้สูงอายุที่สุขภาพแข็งแรง หรือมีโรคประจำตัวแต่ควบคุมได้ดี ใช้ชีวิตได้ตามปกติด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพิงใคร มีเป้าหมายการดูแลเพื่อคงภาวะสุขภาพดีให้นานที่สุด ชะลอความเสื่อมโดยการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

ระดับที่ 2 ผู้สูงอายุที่เป็น โรคเรื้อรัง หรือมีภาวะเสี่ยงต่อโรค ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตเล็กน้อย หรือมีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่ทำให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนทางสุขภาพ มีเป้าหมายการดูแลเพื่อควบคุมโรคประจำตัว ร่วมกับคัดกรองและจัดการความเสี่ยง โดยการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

ระดับที่ 3 ผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือมีกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือเกิดภาวะฉุกเฉิน หรือมาพบแพทย์ด้วยกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ เช่น หกล้ม บัสสาวะเล็ด น้ำหนักลด มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาหลายชนิด ฟังตนเองได้ ถดถอยลงคล้ายเป็นเด็ก มีเป้าหมายการดูแลเพื่อประเมินและให้การรักษาอย่างครอบคลุม โดยให้การวินิจฉัยปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ทันทีที่ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากปัญหานั้น และให้การฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อยกระดับความสามารถให้กลับคืนมาได้มากที่สุด

ระดับที่ 4 ผู้สูงอายุที่เปราะบาง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมของร่างกายชัดเจน ทั้งจากความชรา หรือจากโรคต่าง ๆ ทำให้ต้องพึ่งพิงคนอื่นอย่างมาก ไม่สามารถใช้ชีวิตเพียงลำพัง มีเป้าหมายการดูแล เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นการดูแลระยะยาวที่ต้องประสานการดูแลต่าง ๆ เข้าด้วยกัน ทั้ง โดยการควบคุมโรคไม่ให้มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขึ้น และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงการดูแลครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุด้วย

ระดับที่ 5 ผู้สูงอายุที่เข้าสู่ระยะท้ายและระยะสุดท้ายของชีวิต ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ความชราภาพสูงสุด หรือมีโรคที่เข้าสู่ระยะท้ายของโรค ไม่สามารถรักษาให้หายได้ หรือผู้สูงอายุที่กำลังจะเสียชีวิต มีภาวะพึ่งพิงสูงมาก ต้องให้คนอื่นดูแลทั้งหมด มีเป้าหมายการดูแลเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และเสียชีวิตโดยทุกข์ทรมานน้อยที่สุด โดยการดูแลแบบประคับประคอง และการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต

การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพ จึงต้องคำนึงถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละระดับ ดังนั้น การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุให้ถูกต้อง และครอบคลุมจึงจำเป็นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวมจะทำให้ได้ข้อมูลเพื่อนำมาวางแผนและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของแต่ละคน

ประเสริฐ อัสสันตชัย (2560 : 7, 10-12) อธิบายถึงการประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวมใน 4 ด้าน สรุปได้ดังนี้

ด้านที่ 1 การประเมินสุขภาพกาย ได้แก่ การซักประวัติเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ประวัติส่วนตัว ประวัติการใช้ยา ประวัติการหกล้ม ข้อมูลด้านโภชนาการ และอาการต่าง ๆ ในกลุ่มอาการผู้สูงอายุ รวมทั้งการตรวจสภาพร่างกาย เช่น ตรวจการมองเห็น การได้ยิน สุขภาพในช่องปาก และฟัน เป็นต้น

ด้านที่ 2 การประเมินสุขภาพจิต ได้แก่ การประเมินสภาวะทางจิต การตรวจคัดกรองสภาวะทางจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะสับสนเฉียบพลัน

ด้านที่ 3 การประเมินสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ประเมินผู้ดูแลผู้สูงอายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สังคมรอบตัวผู้สูงอายุ บรรยากาศภายในบ้าน ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวและชุมชน

ด้านที่ 4 การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน เช่น การอาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน การเดิน และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์ เช่น การปรุงอาหาร การจ่ายตลาด การจัดการรับประทาน

ทั้งนี้ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นระบบที่มีความใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุดในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนรวมทั้งผู้สูงอายุด้วย หากเกินขีดความสามารถจะมีระบบการส่งต่อไปสถานพยาบาลที่มีความพร้อมต่อไป โดยการส่งเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในเบื้องต้นสามารถดำเนินการ ได้ตามแนวคิด 4 Smart

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (ออนไลน์, 2561) ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ ความรอบรู้สำหรับประชาชนผ่านแอปพลิเคชันสูงวัย สมองดี คู่มือส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและป้องกันภาวะสมองเสื่อม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ด้วยแนวคิด 4 Smart ได้แก่



Smart Walk ออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน วันละ 30 นาที  
 Smart Brain & Emotional ฝึกทักษะทางสมอง ส่งเสริมสุขภาพจิตและอารมณ์  
 โดยเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ ธรรมรงค์และส่งเสริมพฤติกรรม การไม่สูบบุหรี่

Smart Sleep นอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 7-8 ชั่วโมง

Smart Eat รับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ ครบ 5 หมู่ ลดหวาน มัน เค็ม เน้นผัก ผลไม้ เลือกรับประทานอาหารที่มีโปรตีนคุณภาพสูง เช่น ปลาทะเล ส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ดี

การดูแลให้ผู้สูงอายุมีความสุขที่ดี จำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือกันของ สหสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง เพื่อดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม และ จิตวิญญาณ หรือกล่าวได้ว่าดูแลให้ครอบคลุมองค์รวมนั่นเอง โดยวิธีการป้องกัน ดูแลรักษา ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพให้เหมาะสมกับระดับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงจะทำให้ผู้สูงอายุมีอายุ ยืนอย่างมีความสุขที่ดีได้

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้นำแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุมาใช้เป็นศูนย์กลาง ความคิดในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมผู้สูงอายุ จึงมีความเกี่ยวข้องกับ แนวคิดสุขภาพผู้สูงอายุด้วย เพราะต่างก็ต้องการให้ผู้สูงอายุมีความสุขที่ดี

## 2. แนวคิดการศึกษาแบบสหวิทยาการ

การมีความสุขที่ดีได้นั้น มิได้ใช้องค์ความรู้เพียงด้านเดียวเท่านั้น หากแต่ต้องมีการนำ องค์ความรู้จากหลายสาขานำมาบูรณาการร่วมกัน จึงจะส่งเสริมทำให้มีความสุขที่ดีได้ อันนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน ซึ่งการนำองค์ความรู้ต่าง ๆ มาบูรณาการร่วมกันแล้วเกิด เป็นองค์ความรู้ใหม่นั้น เป็นแนวคิดการศึกษาแบบสหวิทยาการนั่นเอง อันเป็นหัวใจสำคัญของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุตามแนวทาง การวิจัยแบบสหวิทยาการ นอกจากจะใช้องค์ความรู้ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุแล้ว ยังได้มีการนำความรู้เรื่อง อื่น ๆ มาประยุกต์ใช้ด้วยอีก 6 แนวคิด ได้แก่ แนวคิดการพัฒนาที่ยั่งยืน ปรัชญาของเศรษฐกิจ พอเพียง แนวทางการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม แนวคิดการวางแผนกลยุทธ์ แนวทางการคิดเชิงระบบ และแนวคิดการวิจัยแบบผสมผสาน โดยสรุปประเด็นสำคัญแต่ละแนวคิดได้ดังนี้

### 2.1 แนวคิดการพัฒนาที่ยั่งยืน

แนวคิดการพัฒนาที่ยั่งยืนเป็นแนวคิดระดับโลก หลายประเทศมีการนำแนวคิดนี้ ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาประเทศรวมทั้งประเทศไทยด้วย โดยจุดเริ่มต้นแนวคิดการพัฒนา ที่ยั่งยืนมาจากการดำรงชีวิตของชนพื้นเมืองในเคนยา ที่อยู่บนพื้นฐานความสมดุลของมนุษย์และ

ธรรมชาติ การพัฒนาที่เกิดขึ้นนั้นจึงไม่ควรมองเพียงด้านเดียว แต่ต้องมองให้รอบด้าน เพื่อให้เป็นการพัฒนาที่ยั่งยืนส่งต่อโลกที่ยังคงมีความสมดุลกันลูกหลานได้ ซึ่งการพัฒนาที่ยั่งยืนต้องมองให้ครอบคลุมองค์รวมจึงจะสามารถพัฒนาได้อย่างยั่งยืนแท้จริง

คณะกรรมการ บรันด์แลนด์ (Brundtland Commission. Online. 1987) ได้เขียนหนังสือ Our Common Future ซึ่งเป็นหนังสือเล่มแรกที่ทำให้ความหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development) ไว้ว่า เป็นการพัฒนาที่ตอบสนองต่อความต้องการของคนรุ่นปัจจุบัน โดยไม่ทำให้คนรุ่นต่อไปในอนาคตต้องประนีประนอมความสามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการของพวกเขาเอง

ธันวา จิตต์สงวน (2560 : 8) ได้อธิบายถึงการพัฒนาที่ยั่งยืนว่าควรมีคุณสมบัติ 3 ประการ ได้แก่

ประการที่ 1 การสร้างความเจริญเติบโต (Growth) คือ การเพิ่มขึ้นของเป้าหมายอันพึงประสงค์ที่ดี

ประการที่ 2 มีการกระจายที่เท่าเทียม (Distribution) คือ มีการกระจายผลที่เกิดขึ้นในกลุ่มเศรษฐกิจและสังคมต่าง ๆ ที่แตกต่างกันให้ลดลง

ประการที่ 3 ส่งผ่านข้ามเวลาได้ (Transfer) คือ เกิดพลังขับเคลื่อนผลการพัฒนาจากปัจจุบันสู่นาคตได้ หรือการส่งต่อผ่านไปยังรุ่นต่อรุ่นนั่นเอง

ดังนั้น การที่จะบอกว่าการพัฒนาที่เกิดขึ้นนั้นมีความยั่งยืน ต้องตรวจสอบได้ว่าเกิดผลลัพธ์และผลกระทบครบทั้ง 3 ประการ สำหรับแนวคิดการพัฒนาที่ยั่งยืนที่ใช้กันทั่วโลกนั้น มาจากการระดมความคิดเห็นของประเทศสมาชิก โดยมีองค์การสหประชาชาติเป็นแกนนำในการดำเนินการ เพื่อให้เกิดความร่วมมือกันของสมาชิกเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

UN (Online. 2017) ได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ในการประชุมสุดยอดการพัฒนาอย่างยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ เมื่อเดือนกันยายนปี ค.ศ. 2015 (พ.ศ. 2558) และได้มีการประกาศวาระการพัฒนาที่ยั่งยืน ค.ศ. 2030 (The 2030 Sustainable Development Agenda) เป็นวาระการพัฒนาใหม่ที่เข้ามาแทนที่เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษนับเป็นวาระการพัฒนาระดับโลกโดยเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ประกอบด้วย 17 เป้าหมาย ดังนี้

เป้าหมายที่ 1 ไม่มีความยากจน (No Poverty) ความยากจนสิ้นสุดลงในทุกหนทุกแห่ง

เป้าหมายที่ 2 ไม่มีความหิวโหย (Zero Hunger) ความหิวโหยสิ้นสุดลง ประสบความสำเร็จในเรื่องความมั่นคงทางอาหาร ภาวะโภชนาการดีขึ้น และส่งเสริมการเกษตรอย่างยั่งยืน

เป้าหมายที่ 3 สุขภาพดี และชีวิตที่เป็นสุข (Good Health and Well-being) ทำให้มั่นใจว่ามีชีวิตที่สุขภาพดีและชีวิตเป็นสุขในทุกช่วงวัย

เป้าหมายที่ 4 คุณภาพการศึกษา (Quality Education) ทำให้มั่นใจว่ามีคุณภาพการศึกษาที่เท่าเทียม และส่งเสริมโอกาสการเรียนรู้ตลอดชีวิตสำหรับทุกคน

เป้าหมายที่ 5 ความเท่าเทียมทางเพศ (Gender Equality) ประสบความสำเร็จในความเท่าเทียมทางเพศ ให้พลังอำนาจแก่ผู้หญิงและเด็ก

เป้าหมายที่ 6 น้ำสะอาดและถูกหลักสุขาภิบาล (Clean Water and Sanitation) ทำให้มั่นใจว่ามีการบริหารจัดการน้ำที่พร้อมใช้งาน ยั่งยืนและถูกหลักสุขาภิบาลสำหรับทุกคน

เป้าหมายที่ 7 พลังงานสะอาดที่ราคาไม่แพง (Affordable and Clean Energy) ทำให้มั่นใจว่าสามารถเข้าถึงความยั่งยืนของพลังงาน และพลังงานที่ทันสมัยสำหรับทุกคน

เป้าหมายที่ 8 การทำงานที่เหมาะสมและการเติบโตทางเศรษฐกิจ (Decent Work and Economic Growth) ส่งเสริมการเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างยั่งยืน มีการจ้างงานและการทำงานที่เหมาะสมสำหรับทุกคน

เป้าหมายที่ 9 อุตสาหกรรม นวัตกรรมและโครงสร้างพื้นฐาน (Industry, Innovation and Infrastructure) สร้างโครงสร้างพื้นฐานให้เหมาะสม ส่งเสริมอุตสาหกรรมและนวัตกรรมอย่างยั่งยืน

เป้าหมายที่ 10 ลดความไม่เท่าเทียมกัน (Reduced Inequalities) ลดความไม่เท่าเทียมกันภายในประเทศหรือระหว่างประเทศ

เป้าหมายที่ 11 ชุมชนและเมืองยั่งยืน (Sustainable cities and Communities) ทำให้เมืองและคนที่อาศัยอยู่มีความปลอดภัย ยืดหยุ่น และมีความยั่งยืน

เป้าหมายที่ 12 การบริโภคและการผลิตที่มีความรับผิดชอบ (Responsible Consumption and Production) ทำให้มั่นใจว่ารูปแบบการบริโภคและการผลิตมีความยั่งยืน

เป้าหมายที่ 13 ปฏิบัติการสิ่งแวดล้อม (Climate Action) การปฏิบัติที่ต่อสู้กับภาวะโลกร้อนและผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดจากภาวะโลกร้อน

เป้าหมายที่ 14 ชีวิตใต้ทะเล (Life Below Water) อนุรักษ์และใช้ทรัพยากรในมหาสมุทร ในทะเล และใต้ทะเลเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

เป้าหมายที่ 15 ชีวิตบนแผ่นดิน (Life on Land) ปกป้องและรักษาความหลากหลายทางชีวภาพ ให้มีการจัดการป่าอย่างยั่งยืน ต่อสู้กับการทำลาย หยุดการกระทำที่เลวร้ายต่อแผ่นดินและการสูญเสียทางชีวภาพ

เป้าหมายที่ 16 สันติภาพ ความยุติธรรม และความเข้มแข็งในสังคม (Peace, Justice and Strong Institutions) ส่งเสริมสันติภาพและสังคมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน จัดการให้เกิดความยุติธรรมสำหรับทุกคน และสร้างจิตสำนึกความรับผิดชอบต่อสังคมในทุกระดับ

เป้าหมายที่ 17 การเป็นหุ้นส่วนเพื่อให้อบรรลุเป้าหมาย (Partnerships for the Goals) การลงมือปฏิบัติและการเป็นหุ้นส่วนทั่วโลกเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

ทีม SDG Move (ออนไลน์, 2561) ได้แปลและเรียบเรียงแนวทางการพัฒนา SDGs ในระดับพื้นที่ไว้ว่า การจะทำให้บรรลุ SDGs ทั้ง 17 เป้าหมายได้นั้น จะต้องมีการบูรณาการนำเอา SDGs ไปปฏิบัติในพื้นที่ โดยต้องมีการบูรณาการกับยุทธศาสตร์การดำเนินงานเรื่อง SDGs ของประเทศ เพราะเป้าหมายทั้งหมดเกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบของหน่วยงานในระดับท้องถิ่น ซึ่งการนำ SDGs ไปปฏิบัติในพื้นที่นั้นควรมี 4 ส่วน ได้แก่ การสร้างความตระหนักรู้เรื่อง SDGs การรวมบทเรียนหรือความเห็นของท้องถิ่นเข้าไปในยุทธศาสตร์ SDGs ระดับประเทศ มีการนำ SDGs ไปปฏิบัติจริงในระดับพื้นที่ และมีการติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการ ทั้งนี้ประเทศไทยได้ลงมติรับรองเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนปี 2559-2573 ภายใต้ความร่วมมือขององค์การสหประชาชาติ เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2558 โดยเป้าหมายนี้ต้องบรรลุภายในปี พ.ศ. 2573 เป็นแนวคิดที่เร่งให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน และทำให้การดำเนินกิจกรรมทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ตลอดจนการประกอบธุรกิจทั้งภาครัฐและเอกชนต้องปรับตัว มีการพัฒนานำองค์กรสู่ความยั่งยืน

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2560 : 59) ได้มีการระบุว่า ประเทศไทยต้องนำเอา SDGs มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาประเทศ โดยมีการกำหนดนโยบาย และยุทธศาสตร์การพัฒนาที่ยั่งยืน เพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลงความร่วมมือระหว่างประเทศสมาชิก และส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ มีการถ่ายทอดเป้าหมายจากระดับชาติสู่ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ เพื่อให้บรรลุข้อตกลงดังกล่าวภายในระยะเวลาที่กำหนด

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนทั้ง 17 เป้าหมาย มีความครอบคลุมทั้งด้านกายภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยการที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายทั้งหมดได้นั้น ต้องมีการดำเนินการทั้งภาครัฐ เอกชน และชุมชนท้องถิ่นซึ่งสิ่งสำคัญในทางปฏิบัติคือ จะต้องมีการนำ SDGs ไปปฏิบัติจริงในพื้นที่ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ มีการลงไปปฏิบัติในพื้นที่ โดยมี SDGs#3 สุขภาพดีและชีวิตที่เป็นสุข เป็นเป้าหมายหลัก SDGs#4 คุณภาพการศึกษา SDGs#10 ลดความไม่เท่าเทียมกัน SDGs#11 ชุมชนและเมืองยั่งยืน SDGs#16 สันติภาพความยุติธรรมและความเข้มแข็งในสังคม และ SDGs#17 การเป็นหุ้นส่วนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เป็นเป้าหมายรองลงมา ซึ่งทั้ง 6 เป้าหมายนี้เป็นเป้าหมายที่สัมพันธ์กัน อันจะช่วยเติมเต็ม และส่งเสริมให้ SDGs#3 สุขภาพดีและชีวิตที่เป็นสุข บรรลุเป้าหมายได้ เพราะระบบการดูแลสุขภาพจากการศึกษานี้ ใช้นวัตกรรมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางความคิด ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และมีความสอดคล้องกับหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

ดังนั้น นอกจากจะทำให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดี และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีแล้ว การให้ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ยังก่อให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชน ความร่วมมือกันทั้งภายในและภายนอกชุมชน เป็นหุ้นส่วนการพัฒนาทำให้มีการจัดการศึกษาที่มีคุณภาพ ให้โอกาสในการเรียนรู้ตลอดชีวิต ลดความไม่เท่าเทียมกันภายในประเทศได้ ซึ่งช่วยส่งเสริมให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

## 2.2 ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

แนวคิดที่นับได้ว่าเป็นความภาคภูมิใจของคนไทย และได้มีการเผยแพร่สู่ระดับโลกมากขึ้น นั่นก็คือ ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง หรือปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งเป็นแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระมหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ที่พระราชทานมาตั้งแต่ พ.ศ. 2517 เป็นต้นมา และได้มีการสรุปใจความของปรัชญาให้ชัดเจนขึ้น ใน พ.ศ. 2540 ในขณะที่ประเทศไทยกำลังประสบกับวิกฤตด้านเศรษฐกิจอย่างรุนแรง และแพร่ขยายผลไปยังอีกหลายประเทศ

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2542 : 13-23) ได้เผยแพร่รายละเอียดโดยสังเขป ของปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ตามบริบทหลักที่สำคัญ ตั้งแต่หลักแนวคิดของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วนคือ กรอบแนวคิด คุณลักษณะ ค่านิยม เงื่อนไข และแนวทางปฏิบัติ รวมทั้งเศรษฐกิจพอเพียงกับทฤษฎีใหม่ ตามแนวพระราชดำริ ใน 3 ขั้นตอน และการสร้างขบวนการขับเคลื่อนเศรษฐกิจพอเพียง โดยใจความปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงสรุปไว้ดังนี้



“เศรษฐกิจพอเพียง เป็นปรัชญาชี้ถึงการดำรงอยู่และปฏิบัติตนของประชาชน ในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับครอบครัว ระดับชุมชน จนถึงระดับรัฐ ทั้งในการพัฒนาและบริหาร ประเทศ ให้ดำเนินไปในทางสายกลาง โดยเฉพาะการพัฒนาเศรษฐกิจ เพื่อให้ก้าวทันต่อยุค โลกภิวัตน์ ความพอเพียง หมายถึง ความพอประมาณ ความมีเหตุผล รวมถึงความจำเป็นที่จะต้องมี ระบบภูมิคุ้มกันในตัวที่ดีพอสมควรต่อการมีผลกระทบใด ๆ อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้ง ภายนอกและภายใน ทั้งนี้ จะต้องอาศัยความรอบรู้ ความรอบคอบ และความระมัดระวังอย่างยิ่งใน การนำวิชาการต่าง ๆ มาใช้ในการวางแผนและการดำเนินงานทุกขั้นตอน และขณะเดียวกัน จะต้อง เสริมพื้นฐานจิตใจของคนในชาติ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ของรัฐ นักทฤษฎี และนักธุรกิจในทุกระดับ ให้มีสำนึกในคุณธรรม ความซื่อสัตย์ มีสติปัญญา และความรอบคอบเพื่อให้สมดุล และพร้อมต่อ การรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและกว้างขวาง ทั้งด้านวัตถุ สังคม สิ่งแวดล้อม และ วัฒนธรรมจากโลกภายนอกได้เป็นอย่างดี”

ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง เป็นแนวคิดที่ตั้งอยู่บนรากฐานของวัฒนธรรมไทย และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้กับทุกสถานการณ์ โดยหลักการปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมี องค์ประกอบสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ ความพอประมาณ ความมีเหตุผล การมีภูมิคุ้มกันตนเอง ความรู้ และคุณธรรม

ธันวา จิตต์สงวน (2560 : 30-35) ; มุลนิธิชัยพัฒนา (ออนไลน์, มปป.) ; พลาดิษฐ์ สิทธิรัฐกิจ (2563 : 177) ได้อธิบายถึงองค์ประกอบปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง สรุปได้ดังนี้

2.2.1 ความพอประมาณ มีการวิเคราะห์และประเมินอัตรภาพที่เหมาะสม วิเคราะห์ ตนเอง เวลา ทุนและทรัพยากรเพื่อการจัดสรรอย่างเหมาะสมตามอัตรภาพ ทำตามอัตรภาพของแต่ละ กลุ่ม มีพัฒนาการอย่างค่อยเป็นค่อยไป ไม่ก้าวกระโดดพัฒนาจากเล็กไปหาใหญ่อย่างเป็นขั้นตอน

2.2.2 ความมีเหตุผล ต้องสามารถอธิบายความชอบธรรมและศักยภาพที่มีความเหมาะสมกับความสามารรถ ทักษะ ฐานทรัพยากร สภาพสิ่งแวดล้อม ความหลากหลายทาง ชีวภาพ ภูมิปัญญาท้องถิ่น เทคโนโลยีที่เหมาะสมตามสภาวะเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมประเพณี มีความได้เปรียบโดยการเปรียบเทียบ มีความสามารถในการแข่งขัน เป็นศักยภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน หรือสามารถจะพัฒนาในอนาคตได้

2.2.3 การมีภูมิคุ้มกันตนเอง เป็นการเตรียมตัวอย่างระมัดระวังให้พร้อมรับ ผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น ในลักษณะของความเสถียรและความไม่ แน่นนอน โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ของสถานการณ์ต่าง ๆ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต

2.2.4 ความรู้ คือ ความเข้าใจในสิ่งที่จะทำอย่างแท้จริง ใช้ความรู้ รอบคอบ ระมัดระวัง พิจารณาในองค์รวม เป็นวิทยาศาสตร์ พิสูจน์ได้ ไม่มมงายตามกระแสข้อมูลที่หลงไหลท่วมท้นในปัจจุบัน ประกอบด้วย ความรอบรู้เกี่ยวกับวิชาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องรอบด้าน ความรอบคอบที่จะนำความรู้เหล่านั้น มาพิจารณาให้เชื่อมโยงกัน เพื่อประกอบการวางแผนและความระมัดระวังในการปฏิบัติ

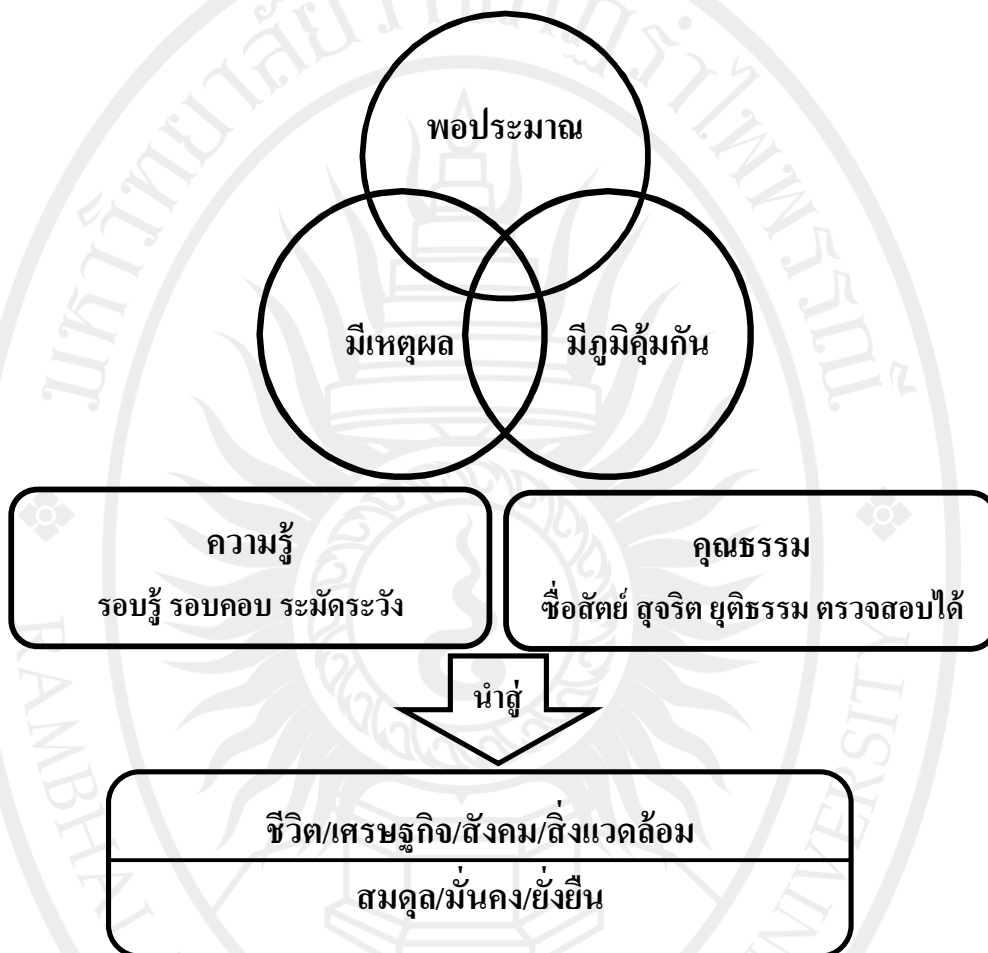
2.2.5 คุณธรรม คือ กรอบปฏิบัติที่ยึดมั่นในความดี ความถูกต้อง เป็นสำคัญ ซื่อสัตย์ สุจริต ยุติธรรม ตรวจสอบได้ ไม่โลภจนเกินตัว และเชื่อว่าทำดีย่อมได้ดีเสมอ

คำถามง่าย ๆ ทั่วไปในปรัชญาของความพอประมาณ คือ How ทำอย่างไร ทำได้ไหม ความมีเหตุผล คือ Why รู้ว่าจะทำอะไร ทำไมจึงควรทำ เพราะเหตุใดจึงต้องทำ ส่วนการมีภูมิคุ้มกันตนเอง คือ What if จะทำอะไรถ้ามีความเสี่ยงเกิดขึ้น และจะป้องกันความเสี่ยงได้อย่างไร โดยกระทำอย่างมีความรู้และมีคุณธรรม ซึ่งแนวคิดปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงถือได้ว่าเป็นแนวคิดทางสายกลางที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย เป็นคำตอบให้กับปัญหาต่าง ๆ ได้ หากแต่ต้องมีความเข้าใจแนวคิดอย่างแท้จริงจึงจะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ อย่างถูกต้อง และเหมาะสมกับสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

โดยสรุปปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงได้ ดังภาพประกอบ 2

## ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

### แนวคิดทางสายกลาง



ภาพประกอบ 2 สรุปปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

ที่มา : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (ออนไลน์. มปป.)

การศึกษาครั้งนี้ ใช้คำว่าปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง โดยนำหลักการ ทั้ง 5 ด้าน มาใช้เป็นเกณฑ์องค์ประกอบร่วมในการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของโครงการที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

### 2.3 แนวทางการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม

การพัฒนาที่จะตอบสนองความต้องการของชุมชนได้อย่างแท้จริงนั้น จำเป็นต้องให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ และผู้ที่ดำเนินการเพื่อให้ประชาชน หรือชุมชนมีส่วนร่วมนั้น ควรมีความเข้าใจแนวทางในการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม อีกทั้งประชาชนเองก็ต้องมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และเรื่องที่จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมด้วย

ธันวา จิตต์สงวน และคณะ (2551 : 13-23) ได้ศึกษาแนวทางขับเคลื่อนปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ในกรณีศึกษา 4 หมู่บ้าน ของ 4 ภูมิภาคในประเทศไทย และพบว่า การพัฒนาที่ดีควรมีเป้าหมายของการขับเคลื่อนของปรัชญาจากนามธรรมสู่รูปธรรมและดำรงแนวทางพัฒนาดังกล่าวไว้ในฐานะวิถีชีวิตของบุคคล และวิถีการพัฒนาชุมชน โดยทั่วไป ซึ่งเป็นวิถีวัฒนธรรมที่ยั่งยืน ไม่ใช่การพัฒนาจากเพียงการบรรลุเป้าหมายของโครงการหรือกิจกรรมเท่านั้น

ด้วยเหตุฉะนั้น การศึกษาจึงวิเคราะห์ถึงปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคในการพัฒนาชุมชน ซึ่งนักพัฒนาทั้งหลายจะต้องนำมาพัฒนาในการวางแผนพัฒนาให้เหมาะสมรวมทั้งมิติภาพรวมของชุมชนไทย ที่มีการพัฒนาตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงรวม 8 ประการ กล่าวคือ 1) มีความมั่นคงทางอาหาร 2) มีระบบการผลิตที่เหมาะสมกับภูมิสังคม 3) มีครอบครัวอบอุ่นในชุมชนเข้มแข็ง 4) มีสภาพเศรษฐกิจสังคมที่มั่นคง 5) มีความพร้อมของปัจจัยพื้นฐาน 6) มีระบบกลุ่มและองค์กรสวัสดิภาพ 7) มีกระบวนการเรียนรู้และภูมิปัญญา และ 8) มีการจัดสรรใช้ประโยชน์ทรัพยากรชุมชนอย่างยั่งยืน

โดยการศึกษาได้สนับสนุนให้มีขั้นตอนการขับเคลื่อนในลำดับ จากความคิดของสมาชิกชุมชนสู่การสร้างเป็นวิถีการพัฒนาที่ยั่งยืน ตลอดจนเสนอแนะนโยบายด้านต่าง ๆ เพื่อรองรับการขับเคลื่อนในระยะยาว รวมทั้งการนำไปประยุกต์ใช้กับการพัฒนาในชุมชนอื่น ๆ ต่อไป

พจนาด อินทรมานนท์ (ออนไลน์. มปป.) ได้ระบุไว้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในท้องถิ่นหรืออาจเรียกว่าชุมชน ในการพัฒนาท้องถิ่นนั้น มีความสำคัญและจำเป็นในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนได้อย่างแท้จริง นับเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาอย่างยั่งยืน เพราะการที่คนในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนของตนเองตามความต้องการ ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น จะทำให้ค้นหาสาเหตุของปัญหาที่แท้จริงได้ เมื่อทราบถึงต้นตอของปัญหา ก็จะจัดการแก้ไขปัญหานั้นได้ตรงจุด ทำให้มีโอกาสเพิ่มขึ้นในการที่จะประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหานั้น นอกจากนี้ เมื่อชุมชนเป็นผู้มีส่วนร่วมในการคิดหาทางแก้ไขปัญหาคด้วยตนเอง นับเป็นการใช้ศักยภาพของชุมชนให้เป็นประโยชน์ และยังเป็นการเสริมสร้างความรักความสามัคคี

ในชุมชนได้ สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือ จะทำให้เกิดความตระหนัก และอาจปลูกจิตสำนึก ให้มีความรับผิดชอบร่วมกันในการแก้ไขปัญหาได้มากขึ้น

อย่างไรก็ตาม พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ให้ความสนใจที่จะแก้ปัญหามุมชน ด้วยตนเอง เนื่องจากคิดว่าเป็นหน้าที่ของภาครัฐ และยังมีปัญหาเรื่องงบประมาณ โดยมีการศึกษา จากงานวิจัยหลาย ๆ เรื่อง สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะที่ได้จากชุมชน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้

2.3.1 ดำเนินงานโดยยึดหลักการประชาธิปไตย เห็นประโยชน์ของส่วนรวม มากกว่าส่วนตนหรือพวกพ้อง ควรมีการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนส่วนใหญ่ในพื้นที่ ประชาชนต้องรับทราบปัญหา และความต้องการของชุมชน ที่สอดคล้องกับความเป็นจริง

2.3.2 การศึกษาการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหามุมชนโดยคนในชุมชนนั้น ควรใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ทางออกที่เกิดจากความคิดของเจ้าของปัญหา และคนในชุมชนเอง

2.3.3 มีการพัฒนาภาวะผู้นำให้กับผู้บริหารองค์กรส่วนท้องถิ่น และตัวแทนคนในชุมชน เพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนของตนเอง สามารถพัฒนาให้คนในชุมชน เป็นตัวแทนของประชาชนที่ทำหน้าที่ตรวจสอบการดำเนินการต่าง ๆ ได้

2.3.4 ใช้กระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างผู้บริหารในท้องถิ่นและประชาชน โดยผู้บริหารต้องเห็นความสำคัญของทุกคนในชุมชน

2.3.5 ผู้บริหารควรมุ่งสร้างอำนาจแก่ประชาชนเพื่อทำให้เกิดการกระจายอำนาจไปสู่คนในชุมชน ทำให้อำนาจจากส่วนกลางไปสู่ท้องถิ่นได้อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น

ข้อเสนอแนะดังกล่าว เป็นพื้นฐานสำคัญที่ควรปฏิบัติในการดำเนินการเพื่อให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม และในการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น สามารถเข้าร่วมได้หลายระดับ ขึ้นอยู่กับประเด็น หรือเรื่องที่ต้องการให้มีส่วนร่วม

พัชรี ลิโรต (2560 : 16) ได้ระบุไว้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นมีหลายระดับ ต้องตระหนักว่าในเรื่องนั้นจะให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในระดับใดได้บ้าง โดยแบ่งระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนได้ 5 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 การมีส่วนร่วมในระดับให้ข้อมูลข่าวสาร (Inform) เช่น การมี พ.ร.บ. ข้อมูลข่าวสาร จะต้องให้ข้อมูลแก่ประชาชนซึ่งเป็นเพียงการให้ประชาชนร่วมรับรู้ข้อมูลเท่านั้น

ระดับที่ 2 การมีส่วนร่วมในระดับการรับฟังและปรึกษาหารือ (Consult) เช่น จะทำอะไรต้องรับฟังประชาชน ปรึกษาประชาชน แต่ภาครัฐตัดสินใจ รัฐธรรมนูญกำหนดว่าเรื่อง



ใดที่ประชาชนได้รับผลกระทบ จะต้องมีการรับฟัง ปรีกษาหารือ ไม่ใช่แค่ให้ข้อมูล เช่น การทำประชาพิจารณ์

ระดับที่ 3 การมีส่วนร่วมในระดับการเข้ามามีบทบาท (Involve) เช่น ดึงประชาชนมาร่วมเป็นกรรมการ

ระดับที่ 4 การมีส่วนร่วมในระดับการสร้างความร่วมมือ (Collaborate) มีการทำสัญญากับประชาชนว่าจะให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจภาครัฐและประชาชน 50:50 มีการตัดสินใจร่วมกัน

ระดับที่ 5 การมีส่วนร่วมในระดับให้อำนาจแก่ประชาชน (Empower) ภาครัฐทำตามประชาชนบอกเท่านั้น เช่น การทำประชาคมติ

แนวทางการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม เป็นวิธีการให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนได้มีส่วนร่วมในระดับต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับว่าประเด็นที่ต้องการให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นนั้น ต้องการความคิดเห็นของประชาชนมากน้อยแค่ไหนและอย่างไร โดยแนวทางสำคัญในการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมคือ การดำเนินการตามหลักการประชาธิปไตย การยอมรับความคิดเห็นของทุกคน การกระจายอำนาจให้ทุกคนมีสิทธิ์ มีเสียง และมีอำนาจเท่า ๆ กัน การยอมรับว่าทุกคนมีความสำคัญในการพัฒนาชุมชนท้องถิ่นของตนเอง และมีการทำงานเป็นทีมระหว่างผู้บริหารและประชาชน รวมทั้งมีการพัฒนาประชาชนให้มีภาวะผู้นำสามารถเป็นผู้ตรวจสอบได้ และต้องไม่ลืมนำทุนด้านต่าง ๆ ที่มีอยู่ในสังคมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมด้วย

การศึกษาครั้งนี้จึงได้ให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุของชุมชนบางกะจะในพื้นที่ ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเทศบาลตำบลบางกะจะ ส่วนนอกพื้นที่ ได้แก่ เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดจันทบุรี และสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี ให้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เพื่อพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาชุมชน วางแผนงาน โครงการ และจัดลำดับโครงการที่มีนัยสำคัญต่อชุมชน

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

## 2.4 แนวคิดการวางแผนกลยุทธ์

แนวคิดการวางแผนกลยุทธ์ เป็นแนวคิดในการบริหารองค์กรให้สามารถแข่งขันและอยู่รอดได้ในสภาวะแวดล้อมที่องค์กรต้องเผชิญ โดยหากมีแผนกลยุทธ์ที่ดีจะเป็นเครื่องมือให้กับผู้บริหารทุกระดับได้

อุทิส ขาวเขียว (2561 : 1-11) ; แคปแลน และ นอร์ตัน (Kaplan and Norton. Online. 1996) ได้ระบุถึงแนวคิดการวางแผนกลยุทธ์ไว้ว่า การวางแผนกลยุทธ์ หมายถึง การพิจารณาและตัดสินใจเลือกแนวทางที่ดีกว่าเดิม ในการนำพาองค์กรไปสู่วิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้ โดยแผนกลยุทธ์จะช่วยชี้แนะแนวทางให้ผู้บริหารใช้กระบวนการตัดสินใจ ในการบริหารได้อย่างถูกต้อง และเป็นทางเลือกที่เหมาะสมกว่าช่วยให้เกิดผลสัมฤทธิ์ โดยจะสามารถร่างกลยุทธ์ที่ดีได้นั้น จะต้องมียุทธศาสตร์ประกอบทั้งด้านศาสตร์ ศิลป์ และประสบการณ์ ซึ่งศาสตร์สำคัญประการหนึ่ง นั่นก็คือ การบริหารที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ โดยเน้นผลลัพธ์จาก 4 มุมมอง (Balanced Scorecard) ได้แก่ การตอบสนองความต้องการของลูกค้า การบริหารจัดการที่ดี การมีประสิทธิภาพประสิทธิผล ความคุ้มค่า และการมีระบบการเรียนรู้ เทคโนโลยีสารสนเทศ ข้อมูล พัฒนาเครือข่ายระบบงานงานวิจัยนวัตกรรม ซึ่งมีขั้นตอนในการวางแผนกลยุทธ์ ดังนี้

2.4.1 การวิเคราะห์ภาวะแวดล้อมภายนอกและภายในพร้อมลำดับความสำคัญ (SWOT Analysis) เป็นการวิเคราะห์ภาวะที่เป็นจริง มุ่งอธิบายเพียงสถานการณ์เดียวในแต่ละประเด็นและกำหนดให้เจาะจง หากการวิเคราะห์ภาวะแวดล้อมทำผิดก็จะมีอะไรถูก จึงต้องใช้เวลาและความอดทนเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริง โดยสรุปขั้นตอนการวิเคราะห์ภาวะแวดล้อมมีดังนี้

1) จัดหาข้อมูลสถานการณ์ วิเคราะห์และหรือจากการประเมินสถานการณ์ภารกิจ บทบาท หน่วยงานที่เด่น ที่สำคัญเป็นภารกิจหลักและเงื่อนไขและต้องทำในช่วงปัจจุบันมองเห็นได้ในระยะเวลา 3-5 ปี

2) แปลงให้เป็นกรอบชี้้นำในการวิเคราะห์ ต้องรู้ว่าทำอะไร แค่ไหน เพียงใด และอย่างไร กรอบนี้เป็ภารกิจหลักขององค์กรและเงื่อนไขที่ต้องทำ และเป็นสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ

3) ดึงประเด็นสำคัญจากกรอบชี้้นำในการวิเคราะห์ เพื่อให้เห็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวโดยตรง

4) สรุปเป็นตารางรวมภาวะแวดล้อม เป็น โอกาส ภาวะคุกคาม จุดอ่อน จุดแข็ง และตรวจสอบความพอเพียง ผลงานการวิเคราะห์ โดยเพิ่มตัวแปรในการวิเคราะห์ได้

5) คัดเลือกและรวบรวมภาวะแวดล้อมขององค์กรแต่ละด้าน เพื่อจัดทำเป็นตารางผลการวิเคราะห์ภาวะแวดล้อมแต่ละด้าน เพื่อนำมาให้คะแนนในการจัดลำดับความสำคัญต่อไป

2.4.2 กำหนดทิศทางพัฒนาองค์กรด้านวิสัยทัศน์ พันธกิจ วัตถุประสงค์หลัก วิสัยทัศน์เป็นสิ่งที่พึงปรารถนาที่สุดอย่างมีเหตุผลและเหมาะสม เป็นสิ่งที่กำหนดเป็นประเด็นแรก จากนั้นจึงกำหนดพันธกิจ ซึ่งเป็นภารกิจที่สำคัญอย่างยิ่งยวด ถ้าไม่ทำไม่ได้ เพราะหากไม่ทำ วิสัยทัศน์จะไม่เกิด และประเด็นสุดท้าย กำหนดวัตถุประสงค์หลักให้มีความสอดคล้องกับพันธกิจ ให้เห็นว่าควรบรรลุวัตถุประสงค์อะไร ทำอย่างไร แค่นั้น มีเกณฑ์ที่ต้องการบรรลุ ที่นำไปสู่การกำหนดตัวชี้วัด เพื่อการติดตามและประเมินผลได้อย่างชัดเจน

2.4.3 การยกร่างและกำหนดกลยุทธ์การพัฒนา ต้องนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ภาวะแวดล้อมและการตัดสินความสำคัญของแต่ละประเด็นมาใช้เลือกพิจารณา ประเด็นที่มีความสำคัญสูงมาใช้ในการยกร่าง ซึ่งยุทธศาสตร์ที่กำหนดต้องรองรับวัตถุประสงค์หลัก ไม่ขัดแย้งกับพันธกิจและต้องเป็นยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนกว่ามีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับองค์กร อาจเป็นเชิงรุกหรือเชิงรับขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์

2.4.4 กำหนดยุทธวิธีการดำเนินงานและมาตรการเสริม เป็นการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกว่า มีความเป็นไปได้มากกว่าและเป็นแนวทางที่ดีกว่าแนวทางอื่น เพื่อให้องค์กรอยู่รอดและแข่งขันได้เกิดผลสัมฤทธิ์มากกว่า ควรมีการผสมผสานทางเลือกที่เหมาะสมให้เกิดแนวคิดใหม่ท่ามกลางสภาวะใหม่ขององค์กร

2.4.5 ปรับการดำเนินการด้านกลไกและติดตามประเมินผล เพื่อให้มีการพัฒนา และปรับกลไกการขับเคลื่อนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดคือ วิสัยทัศน์ ผู้บริหารองค์กรหรือผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อนองค์กรไปสู่วิสัยทัศน์ จึงมีความจำเป็นในการติดตามและประเมินเพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการปรับปรุง วิธีดำเนินงาน แผนงาน โครงการงานวิจัยสู่เป้าหมาย เพื่อการวางยุทธศาสตร์อย่างต่อเนื่อง และมีการประชาสัมพันธ์ต่อสาธารณะ

แนวคิดการวางแผนกลยุทธ์ เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้องค์กรอยู่รอดได้ท่ามกลางโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และการวิเคราะห์ภาวะแวดล้อมที่เป็นจริง เป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญที่สุด หากผิดพลาดก็จะทำให้ขั้นตอนอื่น ๆ ผิดพลาดด้วยเช่นกัน ดังนั้น จึงต้องทำด้วยความระมัดระวัง และพิจารณาอย่างรอบคอบ เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมกันวิเคราะห์ภาวะแวดล้อม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงมากที่สุด โดยขั้นตอนในการทำเริ่มจากการมีกรอบชี้แนะ

การวิเคราะห์ภาวะแวดล้อม จากนั้นวิเคราะห์ตัวแปรที่เป็นปัจจัยภายในและภาวะภายนอก จัดลำดับความสำคัญ และกำหนดกลยุทธ์ แผนงาน โครงการเพื่อให้เห็นแนวทางการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม การศึกษาครั้งนี้ จึงให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่จริงทั้งภาครัฐ ชุมชน และปัจเจกชน ได้ร่วมกันวิเคราะห์ภาวะแวดล้อม วางแผนกลยุทธ์ และวางแผนโครงการ จากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดมาเรียบเรียงและคืนข้อมูลสู่ชุมชนอีกครั้ง เพื่อจัดลำดับความสำคัญของแต่ละแผนงาน โครงการที่เหมาะสมสำหรับพื้นที่ต่อไป

## 2.5 แนวทางการคิดเชิงระบบ

แนวทางการคิดเชิงระบบ (System Thinking Approach) เป็นแนวคิดที่เริ่มต้นจากสาขารัฐศาสตร์ โดยกระบวนการคิดเชิงระบบนั้น เริ่มจากปัจจัยนำเข้าไปสู่กระบวนการออกเป็นผลผลิตในระยะสั้น เป็นผลลัพธ์ และผลกระทบที่เกิดในระยะยาว รวมทั้งมีการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้เกิดการปรับปรุงและพัฒนาต่อไป

อาร์โนลด์ และ เวด (Arnold and Wade, 2015 : 675) ได้ให้นิยามเกี่ยวกับการคิดเชิงระบบไว้ ดังนี้

2.5.1 ระบบ (Systems) หมายถึง กลุ่มคน หรือการรวมตัวกันของสิ่งที่มีความสัมพันธ์กัน มีการพึ่งพาซึ่งกันและกัน หรือมีองค์ประกอบที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กันซึ่งหลอมรวมเข้าไว้ด้วยกัน

2.5.2 การสร้างพลังร่วม (Synergistic) เป็นคุณลักษณะของการรวมกันโดยมีปฏิสัมพันธ์กันในแต่ละองค์ประกอบ เมื่อมารวมกันแล้ว ผลผลิตที่ได้มีมากกว่าการเอาองค์ประกอบแต่ละด้านมารวมกันเท่านั้น

2.5.3 การคิดวิเคราะห์ (Analytical Skills) เป็นทักษะที่เป็นความสามารถในการสังเกต แก้ไขปัญหาที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน มีแนวคิดและความสามารถในการตัดสินใจบนพื้นฐานข้อมูลที่เป็นจริงในขณะนั้น รวมถึงทักษะในการสาธิตย้อนกลับ และความสามารถในการประยุกต์ใช้โดยเป็นการคิดที่มีเหตุผลเพื่อรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูล การออกแบบและทดลองแนวทางในการแก้ไขปัญหา

2.5.4 การแยกแยะข้อมูล (Identify) เป็นการระลึกได้ว่าของสิ่งนั้นมีลักษณะเฉพาะอย่างไร

2.5.5 ความเข้าใจ (Understand) เป็นความเข้าใจอย่างทะลุปรุโปร่ง มีความชัดเจนในลักษณะและธรรมชาติของสิ่งนั้น ๆ

2.5.6 การพยากรณ์ (Predict) เป็นการคาดการณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ล่วงหน้า

2.5.7 การทำให้ดีขึ้น (Devise Modifications) เป็นการประดิษฐ์ วางแผน เปลี่ยนแปลง หรือตัดสินใจ เพื่อปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้นกว่าเดิม

ฤทัยรัตน์ ชิดมงคล และ สมยศ ชิดมงคล (2560 : 209-222) ได้ศึกษาขั้นตอน การคิดเชิงระบบจากนักการศึกษาหลายท่านในประเทศไทย พบว่า มีขั้นตอน 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การระบุประเด็นปัญหา ขั้นตอนที่ 2 การรวบรวมข้อมูลและศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ปัญหา ขั้นตอนที่ 3 การพิจารณาความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของปัจจัยและตัวแปรต่าง ๆ และการสร้างสรรค์แผน ขั้นตอนที่ 4 การแก้ปัญหาและพิจารณาความเป็นไปได้ เป็นขั้นตอน การพิจารณาแนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดจากการมองปัญหาแบบองค์รวม

แนวทางการคิดเชิงระบบนั้น เป็นการคิดอย่างลึกซึ้งที่มองแบบองค์รวม แต่ละส่วนมีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกัน มีการเปลี่ยนแปลงได้ตามบริบทที่เปลี่ยนไป ถ้ามองให้ ครอบคลุมและมีความเข้าใจอย่างถ่องแท้ จะสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ ซึ่งทำให้สามารถ วางแผนได้อย่างถูกต้อง และเป็นแผนตามแนวคิดใหม่ ที่มีการปรับปรุงให้ดีกว่าเดิม และทำได้จริง

การศึกษาครั้งนี้ ได้ประยุกต์ใช้แนวทางการคิดเชิงระบบ ในการวิเคราะห์ โครงการที่เกิดจากการมีส่วนร่วม ที่ได้จากการจัดเวทีชุมชนว่า โครงการเหล่านี้ หากได้ดำเนินการ จะก่อให้เกิดผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบอะไรบ้าง รวมทั้งประยุกต์ใช้ในการสังเคราะห์ระบบ การดูแลสุขภาพชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอีกด้วย

## 2.6 แนวคิดการวิจัยแบบผสมผสาน

การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research : MMR) เป็นรูปแบบการ วิจัยที่ได้รับความนิยมมากขึ้นในวงการวิจัย หากคำถามการวิจัยไม่สามารถตอบได้ครบถ้วนด้วย รูปแบบการวิจัยในเชิงปริมาณ หรือคุณภาพ เพียงอย่างเดียว นั้นแสดงว่า ต้องใช้การวิจัยแบบ ผสมผสานในกระบวนการวิจัย เพื่อค้นหาคำตอบของคำถามการวิจัยให้ครอบคลุม

เครสเวลล์ (Creswell, 2015 : 2-3) ได้ให้ความหมายของการวิจัยแบบผสมผสาน ไว้ว่าการวิจัยแบบผสมผสาน หมายถึง แนวทางหนึ่งในการวิจัยทางสังคม พฤติกรรม และ วิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยรวมข้อมูลทั้งที่ได้จากการวิจัยเชิงปริมาณซึ่งเป็นคำถามปลายปิด และ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด มีการบูรณาการข้อมูลร่วมกัน แล้วดึง ข้อมูลมาใช้ในการตีความบนพื้นฐานของการผสมรวมกันของชุดข้อมูลทั้งสองวิธี เพื่อทำความเข้าใจปัญหาวิจัย โดยลักษณะสำคัญของการวิจัยแบบผสมผสาน (Core Characteristics of Mixed Methods) มีดังนี้



ลักษณะที่ 1 การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการตอบคำถามวิจัย

ลักษณะที่ 2 การใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพอย่างเข้มงวด

ลักษณะที่ 3 การรวมกันหรือการบูรณาการในการใช้ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพตามรูปแบบของการผสมผสานแต่ละชนิดรวมทั้งการตีความในการบูรณาการ

ลักษณะที่ 4 บางครั้งกรอบการออกแบบการวิจัยจะอยู่ภายใต้ปรัชญาหรือทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

ลักษณะทั้งหมดนี้ เป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึง และตระหนักอยู่เสมอในการใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน เพื่อให้คำตอบที่ได้มานั้น มีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ และสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ต่อไป อย่างไรก็ตามคำในภาษาไทยที่ใช้แทนคำว่า MMR ยังมีความแตกต่างกันบ้าง ดังนี้

ศิริพร จีรวัดน์กุล (2558 : 9) ได้ระบุไว้ว่าการวิจัยแบบผสมผสานบางครั้งอาจเรียกว่า การวิจัยแบบผสานวิธี หรือการวิจัยเชิงผสมผสาน รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานเหมาะสำหรับการศึกษา ทำความเข้าใจสถานการณ์หรือปรากฏการณ์ที่มีความซับซ้อน ต้องการคำอธิบายจากหลายมุมมอง หลายมิติ มีคำถามการวิจัยทั้งที่เป็นจำนวนในเชิงปริมาณและที่เป็นคำอธิบายสำหรับตอบคำถามว่า ทำไม และอย่างไร ซึ่งเป็นเชิงคุณภาพในงานวิจัยนั้น

เมื่อพิจารณาแล้วว่า งานวิจัยต้องใช้การวิจัยแบบผสมผสาน ขึ้นต่อไปจะต้องเลือกรูปแบบการวิจัยให้เหมาะสม เพราะการวิจัยแบบผสมผสานมีหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับว่าต้องใช้รูปแบบใดจึงจะทำให้ได้คำตอบการวิจัยที่ครอบคลุม และลึกซึ้งมากพอ

เครสเวลล์ (Creswell. 2015 : 6-7) ได้ระบุไว้ว่า รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานมีหลากหลาย แต่ที่พบว่ามีการใช้บ่อยแบ่งออกเป็น 6 รูปแบบ โดย 3 รูปแบบแรกเป็นแบบพื้นฐาน ส่วน 3 รูปแบบหลัง เป็นแบบขั้นสูง ได้แก่

2.6.1 การวิจัยแบบพร้อมกันหรือการวิจัยแบบคู่ขนาน (Convergent, Parallel Design) เป็นการวิจัยที่มีการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณพร้อมกัน ให้ความสำคัญกับการวิจัยทั้งสองแบบเท่ากัน เก็บข้อมูลแยกกัน วิเคราะห์แยกกัน และนำผลการวิจัยที่ได้จากการวิจัยทั้งสองแบบมารวมกัน โดยรวมเนื้อหาที่เหมือนกันและเปรียบเทียบเนื้อหาที่แตกต่างกัน บูรณาการร่วมกันเป็นสรุปผลการวิจัย

2.6.2 การวิจัยแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย (Explanatory Sequential Design) เป็นการวิจัยที่แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน มีการดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณเป็นหลัก โดยทำวิจัยเชิงปริมาณก่อนเพื่อ

ตอบปัญหาการวิจัย และต่อด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อช่วยในการอธิบายผลให้ชัดเจนขึ้น การสรุปผลจะสรุปเป็นขั้นตอนเริ่มจากการวิจัยเชิงปริมาณจากการวิเคราะห์สถิติและการวิจัยเชิงคุณภาพจากการวิเคราะห์เนื้อหา จากนั้นจึงสรุปผลการวิจัยเชิงคุณภาพที่นำมาอธิบายผลการวิจัยเชิงปริมาณ

2.6.3 การวิจัยแบบขั้นตอนเชิงสำรวจ (Exploratory Sequential Design) เป็นการวิจัยที่แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ลักษณะเช่นเดียวกับการวิจัยแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย แต่สลับวิธีการวิจัย โดยมีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลัก จึงเริ่มทำวิจัยเชิงคุณภาพก่อนเพื่อสำรวจข้อมูล แล้วจึงทำวิจัยเชิงปริมาณเพื่อยืนยันข้อมูลและนำผลมาใช้ได้กว้างขวางขึ้น การสรุปผลการวิจัยจะสรุปเป็นขั้นตอน เริ่มจากการวิจัยเชิงคุณภาพตามด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ และสรุปรวมเป็นการนำผลการวิจัยเชิงปริมาณไปยืนยันผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

2.6.4 การวิจัยแบบฝังข้อมูลภายใน (Embedded, Intervention Design) เป็นการวิจัยที่มีการวิจัยย่อย ๆ เป็นเชิงคุณภาพหรือเชิงปริมาณก็ได้ ภายในการวิจัยหลักอีกวิธีหนึ่งซึ่งจะเป็นเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพก็ได้เช่นกัน แต่ต้องไม่ใช่การวิจัยแบบเดียวกันในวิจัยย่อยและวิจัยหลัก สรุปผลการวิจัยตามปัญหาการวิจัยโดยเน้นผลการวิจัยที่เหมือนกัน เพื่อให้การวิจัยย่อย ๆ สนับสนุนการวิจัยหลักให้มีคุณภาพมากขึ้น

2.6.5 การวิจัยแบบปฏิรูป (Social Justice, Transformative Design) เป็นการวิจัยแบบใดก็ได้ที่กล่าวมาข้างต้น แต่มีกรอบแนวคิดในการวิจัยแบบผสมผสานที่มีจุดเน้นแตกต่างกัน และให้ความสำคัญกับวัตถุประสงค์ในการศึกษา เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงชีวิตของคนในสังคมที่ดีขึ้น มีการรวมผลการวิจัยในรูปแบบต่าง ๆ เข้าด้วยกัน การวิเคราะห์และสรุปผลเป็นไปตามวิธีการเก็บข้อมูล โดยมุ่งเน้นให้เกิดความยุติธรรมในสังคม

2.6.6 การวิจัยแบบประเมินผลหลายระดับ (Multistage Evaluation Design) เป็นการวิจัยที่มีหลายช่วง และหลายรูปแบบ อาจมีทั้งแบบเป็นขั้นตอน แบบพร้อมกันในช่วงระยะเวลาภายในโปรแกรมที่ศึกษา หรือในภาพรวมของวัตถุประสงค์โปรแกรม สรุปผลตามช่วงระยะเวลาของการวิจัย เพื่อตอบปัญหาการวิจัยให้ครบถ้วน

การวิจัยแบบผสมผสาน เป็นแนวทางในการวิจัยที่มีข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยต้องมีความถูกต้องแม่นยำในระเบียบวิธีการวิจัยทั้งสองวิธี และมีการบูรณาการข้อมูลให้ถูกต้องตามรูปแบบของการผสมผสานแต่ละรูปแบบ เพื่อให้สามารถตอบปัญหาการวิจัยได้ถูกต้อง ลึกซึ้งและมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ขึ้นอยู่กับคำถามการวิจัยและวัตถุประสงค์การวิจัยว่าต้องใช้รูปแบบใดจึงจะเหมาะสมที่สุด

การศึกษาครั้งนี้ ใช้การวิจัยแบบผสมผสานในรูปแบบแรกคือ การวิจัยแบบกลุ่มขนาน โดยเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแยกกัน โดยมีการสรุปผลแบบบูรณาการร่วมกัน เพื่อตอบคำถามการวิจัยว่า ระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุในชุมชนบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี มีอะไรบ้าง และควรเป็นอย่างไร เหตุผลที่เลือกใช้การวิจัยแบบกลุ่มขนาน เพราะสามารถตอบคำถามการวิจัยได้ครบถ้วน โดยมีได้นำข้อมูลจากการวิจัยเชิงปริมาณ หรือเชิงคุณภาพ มาเป็นจุดเริ่มต้นในการหาคำตอบที่ต่อเนื่องกัน ต้องการทราบถึงคำตอบที่ได้จากการวิจัยแต่ละรูปแบบ และนำมาสังเคราะห์รวมกัน ซึ่งทำให้ตอบคำถามการวิจัยได้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การวิจัยที่กำหนดไว้

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการสำรวจงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่ามีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ดังนี้

### 1. งานวิจัยต่างประเทศ

1.1 อีเมลท์ และ โมเชรี (Emlet and Mocerri, 2012) ได้วิจัยเรื่อง ความสำคัญของความเชื่อมโยงทางสังคมในการสร้างชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ วิธีการศึกษา เชิงคุณภาพ ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างอายุ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 23 คน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนทางวอชิงตันตะวันตก ประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่า

ความเชื่อมโยงทางสังคมในการสร้างชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุมิมีความสำคัญเพราะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนระหว่างกันทางสังคม และมีปฏิสัมพันธ์ที่มีความหมายต่อกัน โดยความเชื่อมโยงทางสังคม เป็นสัมพันธ์ภาพทั้งกับครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน ซึ่งมีความสำคัญในการสร้างชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยการเสริมแรงเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความเชื่อมโยงทางสังคม เพื่อสร้างชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ผู้ที่เกษียณอายุราชการ ยังคงมีความต้องการที่จะรักษาความเชื่อมโยงทางสังคมกับชุมชนของตนเอง ผู้สูงอายุต้องการรู้สึกชื่นชมยินดีกับงานที่ทำได้ด้วยตนเอง มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความเชี่ยวชาญ ต้องการเป็นจิตอาสาตอบแทนในชุมชน เพื่อให้เป็นที่จดจำได้ของคนในชุมชน

การมาร่วมกิจกรรมในชุมชนสามารถช่วยสร้างความเชื่อมโยงทางสังคมได้ แต่ต้องมีการเสริมแรง เพราะผู้สูงอายุจะมาร่วมกิจกรรมมากขึ้น เมื่อมีกิจกรรมที่สนใจ ได้รับสิ่งของ ได้รับโอกาสทางการศึกษา มีความสะดวกในการเดินทาง จัดให้มีรถรับส่ง จึงควรมีผู้สนับสนุนในการเสริมแรง และภาครัฐต้องมีนโยบายสำหรับองค์กรที่ไม่หวังผลกำไร องค์กรผู้สูงอายุที่อายุ

65 ปีขึ้นไป ซึ่งมีรายได้จำกัด โดยมีการลดค่าธรรมเนียมในการเป็นสมาชิกองค์กร ซึ่งจะช่วยให้มีโอกาสในการสร้างความเชื่อมโยงทางสังคมให้มากขึ้น

1.2 จาคอบ และคณะ (Jacob and et al. 2015) ได้วิจัยเรื่อง เศรษฐศาสตร์ของการดูแลเป็นทีมในการควบคุมความดันโลหิตตามแนวปฏิบัติในชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ วิธีการศึกษา ศึกษาจากงานวิจัยที่มีการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ที่ถูกต้องจำนวน 31 เรื่อง ระหว่าง ค.ศ. 1980 – 2012 ผลการศึกษาพบว่า

การควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการดูแลเป็นทีมของสหสาขาวิชาชีพ ในระยะเวลา 1 ปี กรณีคิดอัตราส่วนผลประโยชน์ที่ได้ต่อการลงทุน ได้ค่าเท่ากับ 12 : 1 ถือได้ว่ามีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ซึ่งทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย พยาบาล เกษัชกร และบุคลากรทางสุขภาพอื่น ๆ ที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูง โดยการประมาณการลงทุนทางสุขภาพ เป็นค่าใช้จ่ายจากการที่ผู้ป่วยมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก การใช้จ่าย การนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การตรวจที่ห้องฉุกเฉิน และระยะเวลาในการป่วย การดูแลโดยสหวิชาชีพตามแนวปฏิบัตินี้ เกิดผลประโยชน์ที่ได้หลายประการ กล่าวคือ ประหยัดค่าใช้จ่ายในการลงทุนทางสุขภาพ เพิ่มผลผลิตจากการที่สามารถไปทำงานได้ตามปกติ ลดความดันโลหิตของผู้ป่วย เพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ ลดอัตราการตายจากโรคความดันโลหิตสูง และเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพของผู้ป่วย

1.3 ลีออน และคณะ (Leon and et al. 2015) ได้วิจัยเรื่อง การสร้างแบบจำลองการสูงอายอย่างมีคุณภาพและการมีความจำที่แม่นยำ วิธีการศึกษา ใช้การวิจัยเชิงปริมาณ ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 184 คน ที่เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีจากชุมชนในมาดริด วิเคราะห์โครงสร้างโดยใช้แบบจำลองการสูงอายอย่างมีคุณภาพและการมีความจำที่แม่นยำ ผลการศึกษาพบว่า

การมีความจำที่แม่นยำไม่มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิต แต่มีผลทางอ้อมต่อความพร้อมในการใช้ทรัพยากรทางสังคม ทรัพยากรทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความจำ อารมณ์ และการรับรู้คุณภาพชีวิตเมื่อสูงอายุ การกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมทางสังคมไม่เพียงแต่เป็นกุญแจสำคัญในการทำให้ความจำดีขึ้นเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อคุณภาพชีวิตในการสูงอายอย่างมีคุณภาพด้วย การสร้างแบบจำลองการสูงอายอย่างมีคุณภาพ ควรจัดให้มีการการรับรู้ถึงทรัพยากรทางสังคมที่สามารถช่วยให้อุ่นใจว่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อสูงอายุ รวมทั้งมีการป้องกันไม่ให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม และส่งเสริมให้มีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

1.4 ออร์พานา และคณะ (Orpana and et al. 2016) ได้วิจัยเรื่อง การพัฒนาตัวชี้วัด สำหรับการประเมินชุมชนเป็นมิตรกับผู้สูงอายุในแคนาดา กระบวนการและผลที่ได้รับ วิธีการศึกษาเชิงการสำรวจโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียศึกษาในแคนาดา จากกลุ่มตัวอย่าง 191 คน ในครั้งที่ 1 และ 49 คน ในครั้งที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า

ประเด็น AFC 8 ประเด็น ยังคงได้รับการตัดสินใจว่ามีความสำคัญในการประเมินชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก แต่มีการแยกเพิ่มเติมในแต่ละประเด็นเป็นหัวข้อย่อย และมีตัวชี้วัด 39 ตัวชี้วัด โดยเพิ่มอีก 4 ตัวชี้วัด ที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพระยะยาวและผลที่ได้รับทางสังคม รวมเป็น 43 ตัวชี้วัด ซึ่งตัวชี้วัดที่มีผลโดยตรงต่อสุขภาพและผลที่ได้รับทางสังคมของผู้สูงอายุได้แก่ ระดับของสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ระดับของความพึงพอใจในชีวิตทั่ว ๆ ไป ระดับของการรู้สึกโดดเดี่ยว และระดับความพึงพอใจกับสัมพันธภาพทางสังคม

1.5 ร็อคซิโอ และคณะ (Rocio and et al. 2017) ได้วิจัยเรื่อง บทบาทของการรับรู้ที่แตกต่างกันในการสูงอายุอย่างมีคุณภาพ วิธีการศึกษา คือ ใช้การวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 2,000 คน สุ่มตัวอย่างจากชาวเยอรมัน เม็กซิโก และสเปน ผลการศึกษาพบว่า

กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญความของการสูงอายุอย่างมีคุณภาพ เน้นที่ภาวะสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต และการรับรู้ตนเองว่าเข้าสู่วัยสูงอายุ บทบาทของการรับรู้ที่แตกต่างกันในการสูงอายุอย่างมีคุณภาพมีอิทธิพลต่อการสูงอายุอย่างมีคุณภาพ การรับรู้อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสูงอายุอย่างมีคุณภาพ นั่นคือ หากรับรู้ว่าคุณเองสูงอายุก็น่าจะมีความพึงพอใจในชีวิตลดลง

1.6 ฮอลลีย์ และคณะ (Holly and et al. 2020) ได้วิจัยเรื่อง การใช้กลยุทธ์การวิจัยแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐานตามแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เพื่อแก้ปัญหาความท้าทายในการเคลื่อนไหว วิธีการศึกษา วิจัยแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่มหาวิทยาลัยที่จะสนับสนุนการพัฒนาทางเลือกในการคมนาคมขนส่งของเมืองแฟรนคลิน รัฐโอไฮโอ สหรัฐอเมริกา ได้แก่ ผู้วางแผนการคมนาคมขนส่ง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูงอายุ นักสังคมสงเคราะห์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการสงเคราะห์ นักสาธารณสุข และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมืองนี้ ผลการศึกษาพบว่า

การวิจัยแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ตามแนวคิดชุมชนเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ช่วยแก้ปัญหาการเดินทางของผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเดินทางและการเดินทางได้



สิ่งแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคในการเดินทาง หรือ การขาดสิ่งสนับสนุนด้านโครงสร้างพื้นฐาน ทำให้มีข้อจำกัดในการเดินทางและการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ สิ่งสำคัญคือ ความไม่ปลอดภัย เช่น ไม่มีทางเดินเท้า ไม่มีที่นั่งพักขณะรอรถ ไม่มีสัญญาณไฟให้ข้ามถนน ดังนั้น ต้องมีการพัฒนาการคมนาคมขนส่งที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นใจและปลอดภัย การใช้รูปแบบทางเลือกของการเดินทางช่วยให้ผู้สูงอายุยังคงมีกิจกรรมในชุมชนได้ โครงสร้างของสิ่งแวดล้อมที่ช่วยสนับสนุนการเดินทางจะช่วยเพิ่มการเรียนรู้ และการใช้ชีวิตที่เป็นสุขของผู้สูงอายุได้

อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุมีความหลากหลาย บางคนใช้เทคโนโลยีได้ดี บางคนต้องมียาหรืออุปกรณ์อื่น จึงจำเป็นต้องมีข้อมูลของผู้สูงอายุเพื่อจัดการทางเลือกที่เป็นไปได้ และใช้ประโยชน์ได้เต็มที่ การเข้าถึงผู้สูงอายุเพื่อให้มีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผน และการตัดสินใจจึงเป็นพื้นฐานสำคัญในการวิจัยแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

## 2. งานวิจัยในประเทศ

2.1 วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ (2556) ได้วิจัยเรื่อง โครงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2550 - 2554) วิจัยแบบผสมผสาน ผลการศึกษาพบว่า

ผลการติดตามและประเมินการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุตามดัชนีชี้วัดในแผนผู้สูงอายุฯ ฉบับปรับปรุง ในช่วงปี พ.ศ. 2550 - 2554 ในภาพรวมมีดัชนีที่ผ่านการประเมิน 26 ดัชนี จากดัชนีที่สามารถประเมินได้ 51 ดัชนี คิดเป็นร้อยละ 51.0 ยังผ่านในระดับที่ค่อนข้างต่ำและต้องปรับปรุง เมื่อพิจารณาในรายละเอียดจำแนกตามยุทธศาสตร์พบว่า ยุทธศาสตร์ที่ยังไม่ผ่านและต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างมาก คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ผ่านร้อยละ 28.6 ซึ่งยุทธศาสตร์นี้ ถือเป็นหัวใจสำคัญของแผนผู้สูงอายุฯ ฉบับปรับปรุง สำหรับยุทธศาสตร์ที่ 2 ดัชนีที่ยังไม่ผ่านการประเมินเกี่ยวเนื่องกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและดูแลตนเองเบื้องต้น การส่งเสริมการอยู่ร่วมกัน และการสร้างความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุ การส่งเสริมสนับสนุนสื่อเพื่อผู้สูงอายุ และการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมปลอดภัย

ในการประเมินครั้งนี้ตัวชี้วัดหลายตัวเป็นเชิงปริมาณ ประเมินแค่ว่ามีหรือไม่มี การดำเนินงานในเรื่องนั้น ๆ จึงมีแนวโน้มที่จะผ่านการประเมิน แต่หากพิจารณาในมิติคุณภาพของการดำเนินงานจะพบว่าไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มากกว่าร้อยละ 90 มีแผนงาน โครงการหรือกิจกรรมด้านผู้สูงอายุ แต่กิจกรรมส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมตามประเพณีตามเทศกาล ไม่ได้ส่งเสริมคุณภาพชีวิตหรือพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ

2.2 เพ็ญจันทร์ ประดับมุข-เซอร์เรอร์ และคณะ (2557) ได้วิจัยเรื่อง โครงการขยายการคุ้มครองทางสังคม : การสร้างภูมิคุ้มกันภัยทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ การศึกษานี้ใช้วิธีการแบบผสมผสาน กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ 2,553 คน การวิจัยเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า

ภัยทางสังคมเป็นปัญหาที่พบในทุกพื้นที่ศึกษา โดยปัญหาเรื่องภัยด้านจิตใจเป็นปัญหาที่มีอยู่สูงกว่าภัยอื่น ๆ และภัยด้านทรัพย์สิน เป็นอันดับรองลงมา ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครประสบภัยทางสังคมด้านร่างกาย ด้านการถูกบังคับ ด้านการหลอกลวงทรัพย์สิน การถูกละเลยสูงกว่าภาคอื่น ๆ ในขณะที่สะท้อนให้เห็นรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลง โครงสร้างครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลอย่างสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครประสบภัยทางสังคมดังกล่าวมากกว่าพื้นที่อื่น ในขณะที่ผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือประสบภัยด้านจิตใจสูง ปัญหาภัยทางสังคมของผู้สูงอายุเกิดในบริบทครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ โดยผู้กระทำเป็นหลักคือบุตรและคู่สมรส โดยปัจจัยกำหนดภัยทางสังคม พบว่าปัจจัยด้านเพศ อายุ และถิ่นที่อยู่อาศัย มีผลต่อการประสบภัยทางสังคม

ภัยทางสังคมของผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่ยังซ่อนอยู่ โดยพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 91.4 ไม่ทำอะไรเมื่อประสบภัยทางสังคมเพราะไม่ทราบว่าจะทำอย่างไร รองลงมาคือ คิดว่าเป็นเรื่องปกติ ไม่ใช่เรื่องใหญ่และคิดว่าคนอื่นคงช่วยอะไรไม่ได้ ที่ไม่ได้ขอความช่วยเหลือจากคนอื่น เพราะกลัวไม่มีคนเลี้ยงดู เพราะการอยู่ในภาวะพึ่งพิง การไม่มีความรู้ถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือ และที่สำคัญการมองว่าเป็นเรื่องปกติ ไม่ใช่เรื่องใหญ่ ทำให้ปัญหาเรื่องนี้ไม่ถูกรับรู้ทางสังคม

2.3 ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์ (2557) ได้วิจัยเรื่อง การส่งเสริมการใช้มาตรฐานการส่งเสริมสวัสดิภาพและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับพื้นที่ โดยใช้วิธีการศึกษาข้อมูลจากเอกสารรายงานผลการดำเนินงานและจากประสบการณ์ตรงของผู้ศึกษาที่ได้มีส่วนร่วมในกระบวนการนำมาตรฐานผู้สูงอายุไปส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีการนำไปปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่า

ใน พ.ศ. 2552 - 2556 สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุได้ขยายผลการนำมาตรฐานผู้สูงอายุไปสู่การปฏิบัติในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอีกจำนวน 63 แห่ง กระจายอยู่ในทุกภาค โดยสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุได้สนับสนุนคู่มือมาตรฐานผู้สูงอายุฉบับพกพาเข้าใจง่าย และให้การสนับสนุนงบประมาณในการสำรวจข้อมูล (พ.ศ. 2554 - 2556 สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุได้ให้การสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับจัดทำโครงการ และกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุนอกเหนือจากงบประมาณในการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุ) ซึ่งตลอดกระบวนการ

ดำเนินงานสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานที่เลี้ยงดูโดยให้คำปรึกษา แนะนำ และร่วมคิดร่วมแก้ไขปัญหา รวมทั้งร่วมอำนวยความสะดวก เพื่อให้การสำรวจข้อมูล มาตรฐานฯ ผู้สูงอายุ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ทำให้ทุกพื้นที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ร่วม ดำเนินการมีข้อมูลผู้สูงอายุที่เป็นปัจจุบัน อีกทั้งยังทราบถึงปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ รวมทั้งข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ใช้ข้อมูลผู้สูงอายุ จากการสำรวจในการวางแผนเสนอโครงการและกิจกรรม ที่มีความสอดคล้องและตรงกับปัญหาและความ ต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งย่อมนำไปสู่การยกระดับและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง

2.4 ทิวาพร หงส์ร้อน (2557) ได้วิจัยเรื่อง ประสบการณ์ทางจิตใจของผู้สูงอายุที่มี ศักยภาพในการดำเนินชีวิตและมีความเชื่อมโยงกับธรรมชาติผ่านการทำสวน วิธีการศึกษาคือวิจัย เชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุ 8 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ เชิงลึก ผลการศึกษาพบว่า

1) การเห็นประโยชน์ของต้นไม้และการทำสวน ประกอบด้วย 4 ประเด็นย่อยคือ การรับรู้ว่ามีประโยชน์ต่อชีวิต การทำสวนเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับร่างกาย ผู้สูงอายุ ต้นไม้และการทำสวนสามารถตอบสนองความต้องการเฉพาะบุคคล และการปลูกต้นไม้ มีประโยชน์เชิงเศรษฐกิจ 2) ความรู้สึกรักและผูกพันกับต้นไม้ ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย คือ ความรัก ความผูกพันกับต้นไม้ การใส่ใจดูแลอย่างเข้าใจ และการดูแลตระหนักถึงคุณค่าของต้นไม้ 3) ความสุขที่เกิดจากต้นไม้และการทำสวน ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อยคือ เป็นสุขคลายทุกข์ ขณะที่อยู่กับต้นไม้ สุขใจจากความงอกงาม และต้นไม้เป็นเพื่อนใจ คลายเหงา และปรับทุกข์ 4) ต้นไม้เป็นแบบอย่างในการใช้ชีวิต ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อยคือ เรียนรู้ที่จะดูแลตนเอง เรียนรู้ การอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างเข้าใจและยอมรับ และเรียนรู้การใช้ชีวิตให้เป็นประโยชน์ 5) ความสัมพันธ์ เชื่อมโยงกับผู้คน ชีวิต และธรรมชาติ ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อยคือ การระลึกถึงเรื่องราวและ บุคคลที่สำคัญในชีวิต สานสัมพันธ์กับคนใกล้ตัว และการเข้าถึงธรรมชาติและสัจธรรม

2.5 สุภักษ์ แสงประจักษ์สกุล (2557) ได้วิจัยเรื่อง วุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทย : ระดับ แนวโน้มและปัจจัยกำหนด วิธีการศึกษาคือใช้ข้อมูลปฐมภูมิที่มาจากการสำรวจประชากรสูงอายุใน ไทย พ.ศ. 2554 ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้ตัวอย่างทั้งสิ้น 23,884 คน นำข้อมูลมาสร้างดัชนีองค์ประกอบภาวะวุฒิวิัย (Active aging) โดยใช้แบบจำลองโพรบิตตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าร้อยละ การวิเคราะห์การถดถอยด้วยแบบจำลองโพร บิตตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่า

ผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ. 2554 มีดัชนีวุฒิวิัยอยู่ในระดับปานกลาง วิเคราะห์สมการถดถอยพบว่า ปัจจัยที่กำหนดภาวะวุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คืออายุ เขตที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อปี การทำงาน การตรวจสุขภาพ การดูแลปรนนิบัติ และการออกกำลังกาย ปัจจัยที่มีผลต่อระดับวุฒิวิัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีความสัมพันธ์ทางบวก ได้แก่ ระดับการศึกษาที่สูงกว่า การสมรสและคู่สมรสอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน รายได้ต่อปีสูงกว่า 10,000 บาท การทำงาน การตรวจสุขภาพ และการออกกำลังกายประจำ ความสัมพันธ์ทางลบได้แก่ อายุที่มากขึ้น ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเทศบาล และผู้สูงอายุที่มีผู้อื่นดูแลปรนนิบัติ ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่สมรสและคู่สมรสอยู่ในครัวเรือนเดียวกันมีความน่าจะเป็นที่จะมีวุฒิวิัยเพิ่มขึ้นร้อยละ 16.93

2.6 คำรณรงค์ จันโททัย และคณะ (2557) ได้วิจัยเรื่อง การบริหารจัดการเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในสังคมไทย โดยศึกษาใน 9 เมือง อันเป็นเมืองที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงที่สุดใน 5 ภูมิภาค ศึกษาเชิงปริมาณจากผู้สูงอายุรวม 3,451 คน กับการศึกษาในเชิงคุณภาพ ทั้งการสัมภาษณ์เจาะลึก การสัมภาษณ์เชิงกลุ่ม และการสังเกตการณ์สภาพเมือง โดยวิเคราะห์ผ่านกรอบมโนทัศน์ที่กำหนด ผลการศึกษาพบว่า

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมืองมีความพึงพอใจในปัจจัยด้านสภาวะแวดล้อมของเมืองที่รองรับสังคมผู้สูงอายุในระดับที่ปานกลางค่อนข้างน้อย โดยภาพรวม เมืองมีความสามารถในการจัดการสังคมผู้สูงอายุในด้านสุขภาพอนามัยและการส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม แต่ยังคงขาดความสามารถในการจัดการเพื่ออำนวยความสะดวกในการออกไปสู่สังคม เช่น การจัดระเบียบทางเดินเท้า การสร้างระบบการขนส่งที่มีประสิทธิภาพ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสทำงาน

ในเชิงเปรียบเทียบเมืองในแต่ละภูมิภาค พบว่า เมืองขนาดใหญ่ เช่น เทศบาลนคร เป็นต้น มีศักยภาพสูงด้านการก่อสร้างสิ่งอำนวยความสะดวกทางกายภาพ แต่เมืองขนาดกลางและเล็กจะมีความโดดเด่นด้านการสร้างเวทีทางสังคมให้ผู้สูงอายุ ในขณะที่โดยรวมยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาการบุกรุกที่สาธารณะ เช่น ทางเดินเท้า และสถานที่สาธารณะที่อำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุได้ และประเด็นสุดท้าย การสร้างเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในสังคมไทยยังคงสอดคล้องและสามารถอาศัยกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกได้ เพียงแต่จำเป็นต้องปรับปรุงในการปฏิบัติบางประการ เช่น การสร้างการยอมรับนับถือและการมีศักดิ์ของผู้สูงอายุในสังคม การปลูกฝังค่านิยมหรือทัศนคติใหม่ที่ยอมรับบทบาทของผู้สูงอายุอย่างมีความหมายมากขึ้น ควรเวทีการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุในเมืองทุกชุมชน โดยเน้นการเข้าถึงได้และการมีกิจกรรม



ที่มีชีวิตชีวา โดยอยู่บนหลักการที่เคารพในเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เมืองควรสร้างบ้านพักผู้สูงอายุที่สามารถให้บริการในเชิงอเนกประสงค์ เทศบาลจำเป็นต้องเข้ามาดูแลในด้านเศรษฐกิจ การจ้างงาน และการออมของผู้สูงอายุให้มีวิถีชีวิต และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการมีโอกาสได้ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารสมัยใหม่

2.7 วริยา จันทรักษา และคณะ (2558) ได้วิจัยเรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง กรณีศึกษา : องค์การบริหารส่วนตำบลท่างาม อำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี วิธีการศึกษา คือการวิจัยเชิงคุณภาพในชุมชน โดยใช้เครื่องมือการประเมินชุมชนเชิงชาติพันธุ์ วรรณกรรมแบบเร่งด่วน กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง จำนวน 105 คน ข้อมูลที่ได้มีการตรวจสอบแบบสามเส้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้กระบวนการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เปรียบเทียบเรื่องราว และวิเคราะห์แบบตารางเปรียบเทียบ ผลการศึกษาพบว่า

ฐานคิดเพื่อสร้างชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ ขององค์การบริหารส่วนตำบลท่างาม ประกอบด้วย 1) การสร้างการมีส่วนร่วม โดยร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผลประโยชน์ ผ่านเวทีประชาคม และนำข้อมูลมาใช้ในการตัดสินใจดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ 2) การใช้วิกฤตให้เป็นโอกาส ด้วยปัญหาของการดูแลผู้สูงอายุเป็นวิกฤตของตำบลท่างาม นายกองการบริหารส่วนตำบลท่างามจึงมองเห็นปัญหานี้ และเห็นความจำเป็นในการระดมความคิดและทรัพยากรต่าง ๆ โดยมีความเชื่อว่า การใช้วิกฤตให้เป็นโอกาส จะทำให้แก้ไขปัญหาได้ ทั้งนี้มีการสำรวจปัญหา ศึกษาปัญหาอย่างรอบด้าน เรียงลำดับความสำคัญของปัญหาที่ผู้สูงอายุต้องการ ค้นหาวิธีแก้ปัญหา จัดลำดับการแก้ปัญหาด้วยทุนในพื้นที่ก่อน สร้างกลุ่มจิตอาสาให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากเพื่อนบ้าน จัดกิจกรรมแบบมีส่วนร่วม ให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกัน และคิดแก้ปัญหาด้วยตนเอง และ 3) การจัดการตนเอง เป็นผลลัพธ์ขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการมีส่วนร่วมให้ผู้สูงอายุมองว่าปัญหาของตนเองต้องจัดการด้วยตนเอง เห็นศักยภาพภายในและภายนอกพื้นที่ การประสานงานระดับเครือข่ายการดูแลกับหน่วยงานด้านสุขภาพ ทั้งนี้ มีทุนคน ทุนโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพ และทุนเครือข่าย โดยใช้การบูรณาการร่วมกัน

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนเพื่อสร้างชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา มีการสำรวจ และบันทึกในระบบฐานข้อมูล เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน พัฒนาทักษะผู้ดูแล ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอก มีทีมสหวิชาชีพ และอาสาสมัครร่วมกันวางแผนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นรายบุคคล รวมทั้งจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ 2) การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุด้านการเรียนรู้ มีงานทำ และมีรายได้ มีกิจกรรม



ถ่ายทอดภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ กิจกรรมสร้างความตระหนักถึงความห่วงใยผู้สูงอายุ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 3) การพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนวัยสูงอายุ มีกิจกรรมตลาดนัดการเรียนรู้ การเตรียมตัวเตรียมใจก่อนวัยสูงอายุ 4) การจัดปรับอาคาร สถานที่ และสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ มีโครงการบ้านน่าอยู่สำหรับผู้สูงอายุ

2.8 วิชา ภูจินดา และคณะ (2560) ได้วิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อม โดยผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทของประเทศไทย วิธีการศึกษาแบบผสมผสาน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 400 ราย องค์กรบริหารส่วนตำบล 100 แห่ง ลงพื้นที่ศึกษา 8 แห่ง และทำการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่า

การดำเนินการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า การจัดสรรทรัพยากรในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุอยู่ในเกณฑ์ดีมาก โดยปัจจัยที่เอื้อต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมากที่สุด คือ การดำเนินงานอาสาสมัครหรือจิตอาสา ปัญหามลพิษหรือปัญหาสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาด้านภัยธรรมชาติ เช่น น้ำท่วม ภัยแล้ง พายุ การดำเนินการดูแลหรือจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวก การบังคับใช้กฎหมายมีประสิทธิภาพอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง สภาพปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อดำรงชีวิตของผู้สูงอายุมากที่สุด คือ เรื่องรายได้ของครอบครัวไม่มั่นคง พฤติกรรมในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ และความต้องการของผู้สูงอายุต่อการจัดสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิตประจำวันอยู่ในระดับมาก

จากการนำคู่มือไปใช้ในการทดสอบและจัดกิจกรรมให้ความรู้กับกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้ง 5 พื้นที่ พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียนผู้สูงอายุ และชุมชน ได้ให้ความสนใจในด้านนโยบายเรื่องการจัดการสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะเรื่องการจัดการขยะ การประเมินรูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมโดยผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทของประเทศไทย โดยการนำคู่มือไปใช้ พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อมไว้อย่างชัดเจน รวมทั้งการดำเนินโครงการและกิจกรรมด้านการดูแลสิ่งแวดล้อมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน เช่น โครงการจัดตั้งธนาคารขยะ โครงการรณรงค์การจัดการขยะชุมชนอย่างมีส่วนร่วม กิจกรรมเพิ่มพื้นที่ป่าในชุมชน เป็นต้น

2.9 สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ และคณะ (2560) ได้วิจัยเรื่อง การวิจัยเชิงสังเคราะห์เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ของนโยบายคลินิกหมอครอบครัว วิธีการศึกษาเป็นการประเมินผลได้ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นก่อนการดำเนินนโยบายนี้ (Ex-ante Evaluation) ดำรวจภาคตัดขวางเพื่อเก็บข้อมูลจริงในพื้นที่ การวิเคราะห์ฐานข้อมูลร่วมกับการใช้แบบจำลองเพื่อ

ประเมินผลได้ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตโดยใช้มุมมองของสังคม ภายในกรอบระยะเวลา 10 ปี ผลการศึกษาพบว่า

นโยบายคลินิกหมอครอบครัวน่าจะมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ โดยใช้เงินลงทุน 550,000 ล้านบาท ในระยะเวลา 10 ปี ผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจที่ได้มีมูลค่า 227,570 ล้านบาท หรือมากกว่าเงินลงทุน อัตราส่วนเงินลงทุนต่อประโยชน์ที่ได้เท่ากับ 1 ต่อ 4.5 โดยก่อให้เกิดผลประโยชน์จากนโยบายนี้หลายมิติ เช่น การลดต้นทุนในการให้บริการผู้ป่วยในสถานพยาบาลของรัฐจากการลดผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน ลดจำนวนผู้เสียชีวิตก่อนวัยควร เพิ่มจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่เคยทราบสถานะความเจ็บป่วยของตนให้เข้าสู่ระบบการรักษา มากขึ้น ประหยัดค่าใช้จ่ายภาคประชาชน จากการลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษา ค่าอาหาร ส่วนที่เพิ่มเติม และการลดค่าเสียโอกาสจากการขาดงาน รวมทั้งเพิ่มความพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล เนื่องจากลดความแออัดที่โรงพยาบาล ดังนั้น นโยบายคลินิกหมอครอบครัว จึงถือเป็นนโยบายที่ดี ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาทีมหมอครอบครัว ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีความเข้าใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนเพื่อให้สนับสนุนนโยบายนี้ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการปรับปรุงและพัฒนาในส่วนที่เกี่ยวข้องกับนโยบายนี้ จึงจะเกิดผลประโยชน์ที่คุ้มค่าได้จริง

จากผลการศึกษางานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อสังคมสูงอายุอย่างมีคุณภาพนั้น มีทั้งปัจจัยทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาตามแนวคิดการสูงอายุอย่างมีคุณภาพแล้ว หมายความว่า การพัฒนาสังคมให้สูงอายุอย่างมีคุณภาพนั้น ควรมีกรอบองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ สุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคงปลอดภัย โดยด้านสุขภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญที่สุด และควรครอบคลุม 8 ประเด็นของชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก แต่มีการปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบท

อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบว่ามีหรือนำแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ มาปรับปรุงแบบตรวจสอบให้สอดคล้องกับบริบท และนำมาเป็นฐานคิดในการพัฒนาเป็นระบบการดูแลสุขภาพ โดยพบว่า ประเทศไทยมีงานวิจัยที่นำกรอบแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกมาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ครอบคลุมองค์ประกอบทุกด้านของสังคมสูงอายุอย่างมีคุณภาพ ที่น่าสนใจ 2 เรื่อง เรื่องแรกได้แก่ งานวิจัยของ ดำรงค์ศักดิ์ จันทโททัย และคณะ (2557) ที่วิจัยเรื่อง การบริหารจัดการเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในสังคมไทย ผลการวิจัยพบว่ามีประเด็นที่เป็นปัญหา เช่น ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมืองมีความพึงพอใจในปัจจัย

ด้านสภาวะแวดล้อมของเมืองที่รองรับสังคมผู้สูงอายุในระดับที่ปานกลางค่อนข้างน้อย โดยภาพรวม เมืองยังขาดความสามารถในการจัดการเพื่ออำนวยความสะดวกในการออกไปสู่สังคม และ เรื่องที่ 2 ได้แก่ งานวิจัยของ วิสาขา ภูจินดา และคณะ (2560) ที่วิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบ การจัดการสิ่งแวดล้อม โดยผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทของประเทศไทย ผลการวิจัยพบว่า การดำเนินการ ดูแลหรือจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวก มีการดำเนินการอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง และการบังคับใช้ กฎหมายหรือกำหนดมาตรการ แผนงานที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ ก็มีประสิทธิภาพ อยู่ในเกณฑ์ปานกลางเช่นกัน แสดงให้เห็นว่าการบริหารจัดการเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุใน สังคมไทยไม่ว่าจะเป็นในเมืองหรือชนบท ยังมีประเด็นปัญหาซึ่งควรได้รับการพัฒนาต่อไป เพื่อ เตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างมีคุณภาพ

สำหรับงานวิจัยในต่างประเทศที่น่าสนใจคือ งานวิจัยของ Orpana and et al. (2016) ที่มีการพัฒนาตัวชี้วัดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุครบทั้ง 8 ประเด็น และงานวิจัยของ Holly and et al. (2020) ที่ใช้กลยุทธ์การวิจัยแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐานตามแนวคิดชุมชนที่เป็น มิตรกับผู้สูงอายุ เพื่อแก้ปัญหาความท้าทายในการเคลื่อนไหวนของผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้มี กระบวนการในการเข้าถึงผู้สูงอายุได้ และก่อให้เกิดการพัฒนาที่ตอบสนองกับความต้องการและ สอดคล้องกับบริบทที่มี

การศึกษาครั้งนี้ จึงเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ และผู้เชี่ยวชาญหลายสาขาวิชา มีการจัดเวทีชุมชนเพื่อให้ภาคชุมชนและภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ได้มีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และสังเคราะห์ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีแนวคิด AFC/WHO เป็นศูนย์กลางความคิด ภายใต้ข้อจำกัดของพื้นที่กรณีศึกษา รวมทั้งมีการประเมินผลก่อน การดำเนินการ โครงการ เพื่อวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการลงทุนว่ามีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ เพียงใด เพื่อเพิ่มทางเลือกระบบการดูแลสุขภาพ ให้สามารถขับเคลื่อนสังคมไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุ อย่างมีคุณภาพได้ต่อไป

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุนี้ เป็นการวิจัยแนวสหวิทยาการ (Interdisciplinary Research) โดยบูรณาการศาสตร์ 3 สาขาวิชา ได้แก่ สาขาวิชาการพยาบาล สังคมวิทยา และเศรษฐศาสตร์

เหตุผลที่ใช้สาขาดังกล่าวในการบูรณาการร่วมกันนั้น เนื่องจากมีการนำแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC/WHO) มาใช้เป็นศูนย์กลางของการคิด โดยแนวคิดนี้พัฒนามาจากแนวคิดสูงอายอย่างมีคุณภาพ (Active Aging) มีองค์ประกอบหลัก 3 ด้าน คือ สุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคงปลอดภัยอันนำไปสู่เป้าหมายการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่อสูงอายุ (WHO, 2007: 5-6) ซึ่งหลักการในสาขาวิชาการพยาบาล เน้นการดูแลที่ครอบคลุมองค์รวมทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยดูแล 4 มิติ คือ การป้องกัน การดูแลรักษา การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้บุคคลทุกช่วงวัยมีสุขภาพดี จึงสอดคล้องกับหลักการด้านสุขภาพและเป้าหมายของแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ สำหรับสาขาสังคมวิทยานั้น โครงสร้างทางสังคมและความสัมพันธ์ของคนในสังคม สอดคล้องกับด้านการมีส่วนร่วม ซึ่งหมายถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม อีกทั้งยังสอดคล้องกับด้านความมั่นคงปลอดภัยที่เป็นความมั่นคงปลอดภัยในการอาศัยอยู่ในสังคม และความมั่นคงทางการเงิน ที่ทำให้ผู้สูงอายุมั่นใจว่าจะดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ดังนั้น ด้านความมั่นคงปลอดภัยจึงมีความสอดคล้องกับสาขาเศรษฐศาสตร์อีกด้วย ซึ่งเป็นวิชาที่ว่าด้วยการจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด เพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ให้เกิดประโยชน์และประสิทธิภาพสูงสุด และยังคงศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ในการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ

ในการศึกษาครั้งนี้ นำเสนอวิธีดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

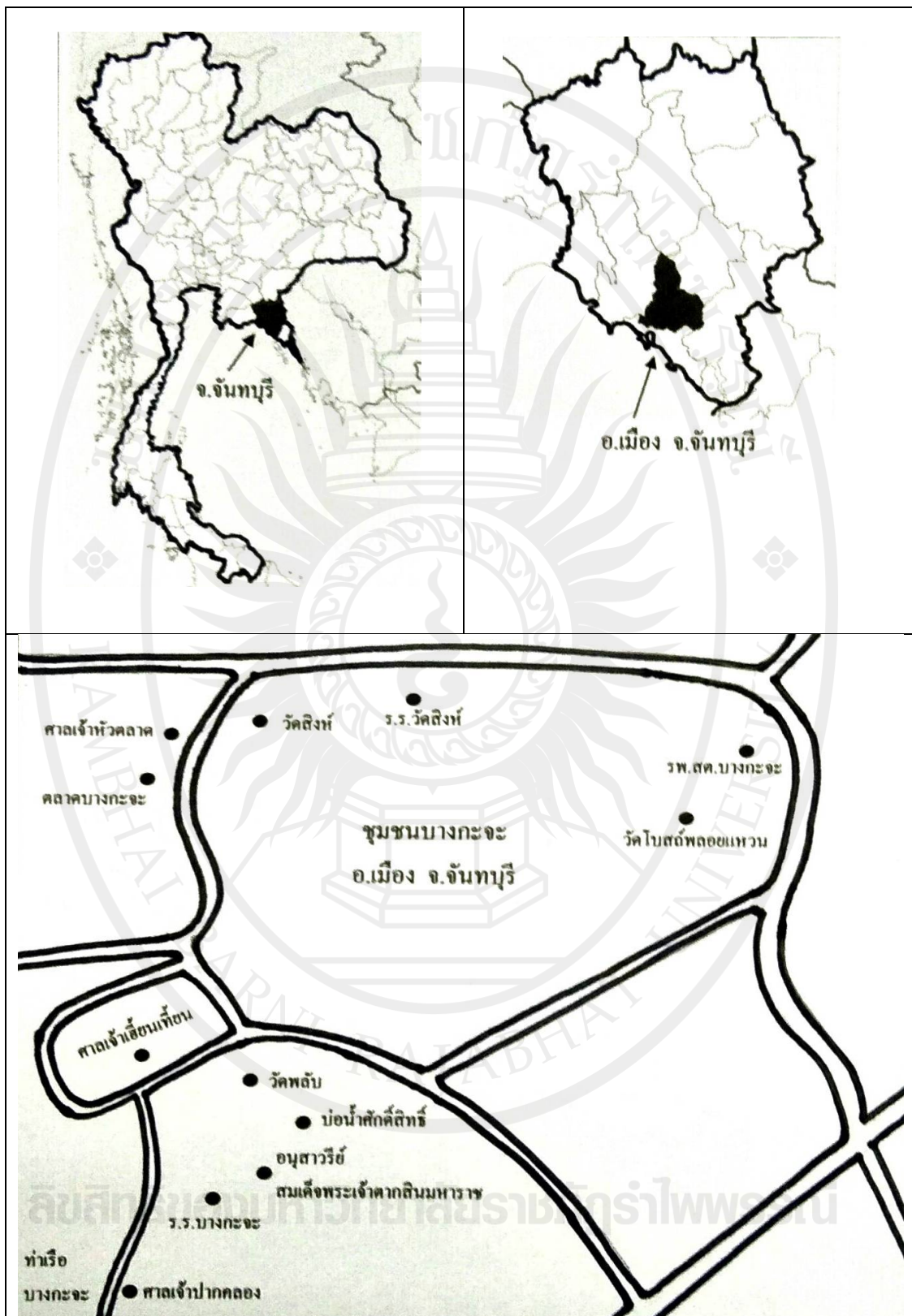
## การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

### 1. การวิจัยเชิงปริมาณ

การศึกษานี้เลือกพื้นที่กรณีศึกษาคือ ชุมชนบางกะจะ ได้แก่ หมู่ที่ 1 หมู่ที่ 4 และ หมู่ที่ 6 ตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี เฉพาะที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะ เนื่องจากเป็นชุมชนที่มีภูมิสังคมใกล้เคียงกันเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ และมีทุนหลายมิติ ได้แก่ ประวัติศาสตร์ ประชากรศาสตร์ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม จึงมีศักยภาพพร้อมจะพัฒนาเป็นชุมชนต้นแบบการดูแลสุขภาพ โดยใช้แนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางความคิด ชุมชนบางกะจะจึงนับเป็นชุมชนแห่งแรกในจังหวัดจันทบุรี ที่จะได้มีการทำโครงการวิจัยเพื่อสำรวจความพร้อมและแนวทางในการขับเคลื่อนแนวคิดดังกล่าวนี้ โดยแสดงแผนที่ชุมชนบางกะจะ ซึ่งเป็นพื้นที่กรณีศึกษา ดังภาพประกอบ 3

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี





ภาพประกอบ 3 แผนที่แสดงชุมชนบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี

จากสถิติประชากรเทศบาลตำบลบางกะจะ (2562 : 1-4) พบว่าชุมชนบางกะจะ มีประชากร 2,879 คน ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 583 คน (20.25%) โดยในแต่ละหมู่ คิดอัตราส่วนผู้สูงอายุได้ ดังนี้

หมู่ที่ 1 มีประชากร 1,019 คน ผู้สูงอายุ 271 คน (26.59%)

หมู่ที่ 4 มีประชากร 1,498 คน ผู้สูงอายุ 218 คน หรือ (14.55%)

หมู่ที่ 6 มีประชากร 362 คน ผู้สูงอายุ 94 คน หรือ (25.97%)

เนื่องจากชุมชนบางกะจะมีประชากรเกิน 500 คน เลือกใช้วิธีสุ่มตัวอย่างตามหลักความน่าจะเป็น ไม่ได้ใช้สถิติในการทดสอบ กล่าวคือ มีประชากรผู้สูงอายุ 583 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ จึงคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Taro Yamane เพราะสูตรนี้ใช้คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง เฉพาะงานวิจัยแบบไม่ทดลองที่ตัวแปรถูกประเมินเป็นสัดส่วนหรือร้อยละเท่านั้น (รัตนศิริ ทาโต. 2561 : 301) โดยกำหนดระดับความแม่นยำ (precision) ในการประมาณค่าที่  $\pm$  ร้อยละ 5 จึงคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้ ดังนี้

$$\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง} = \frac{\text{จำนวนประชากร}}{1 + \text{จำนวนประชากร} \times (0.05)^2}$$

$$\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง} = \frac{583}{1 + 583 \times (0.05)^2}$$

$$\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง} = 237.233$$

เมื่อพิจารณาแล้ว เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวนเต็ม จึงปัดเศษเพิ่มขึ้นเป็น 238 คน คิดเพิ่มอีกร้อยละ 10 ได้ 24 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ 262 คน แบ่งเป็นหมู่ที่ 1 หมู่ที่ 4 และหมู่ที่ 6 แต่ละหมู่ แยกเป็นเพศชายและเพศหญิง ตามแต่ละช่วงอายุ 3 ช่วง คือ ผู้สูงอายุวัยต้น อายุ 60 - 69 ปี ผู้สูงอายุตอนกลาง อายุ 70 - 79 ปี และผู้สูงอายุตอนปลาย อายุ 80 ปี ขึ้นไป (แบ่งช่วงอายุตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545 - 2564) คิดสัดส่วนประชากรในแต่ละชั้นภูมิ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละชั้นภูมิ ดังตาราง 1 จากนั้นจับสลากสุ่มแบบแทนที่เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามที่คิดสัดส่วนได้ โดยเมื่อไปเก็บข้อมูลในพื้นที่จริงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด 240 คน จาก 262 คน คิดเป็นร้อยละ 91.60 ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้จำนวน 22 คน

เนื่องจากทำสวน ไม่สะดวกให้ข้อมูล พุศคุยไม่เข้าใจ มีปัญหาการสื่อสาร และไม่อยู่บ้านในช่วงที่ไปสัมภาษณ์ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจริง ดังตาราง 2

ตาราง 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ โดยคิดสัดส่วนจากประชากร

ชุมชนบางกะจะ	ช่วงอายุ (ปี)	จำนวนประชากร (คน)		จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)	
		ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
หมู่ที่ 1	60 - 69	63	86	28	39
	70-79	33	49	15	22
	80 ขึ้นไป	11	29	5	13
หมู่ที่ 4	60 - 69	67	74	30	33
	70-79	28	25	13	11
	80 ขึ้นไป	10	14	4	6
หมู่ที่ 6	60 - 69	18	23	8	11
	70-79	11	25	5	11
	80 ขึ้นไป	7	10	3	5

ตาราง 2 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้จากการเก็บข้อมูล

ชุมชนบางกะจะ	ช่วงอายุ (ปี)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)			
		จำนวนที่ต้องการ (คน)		จำนวนเก็บได้จริง (คน)	
		ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
หมู่ที่ 1	60 - 69	28	39	26	34
	70-79	15	22	13	20
	80 ขึ้นไป	5	13	5	11
หมู่ที่ 4	60 - 69	30	33	30	29
	70-79	13	11	12	11
	80 ขึ้นไป	4	6	4	6
หมู่ที่ 6	60 - 69	8	11	7	10
	70-79	5	11	4	10
	80 ขึ้นไป	3	5	3	5

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย (Inclusion Criteria) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ สื่อสารได้เข้าใจ ไม่เป็นโรคติดต่อที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ อาทิ วัณโรคปอด ติดเชื้อไวรัส สุกใส หัด หัดเยอรมัน เป็นต้น โดยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ และเต็มใจ

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria) มีลักษณะอื่น มีปัญหาสุขภาพที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ อาทิ มีความบกพร่องทางสมองหรือสติปัญญา มีปัญหาด้านความจำ มีภาวะสมองเสื่อม ตาบอด หูหนวก พูดไม่ได้ เป็นต้น ต้องการออกจากการวิจัย หรือให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ได้ไม่ถึงร้อยละ 80

## 2. การวิจัยเชิงคุณภาพ

กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติดังนี้

2.1 ผู้สูงอายุ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี อย่างน้อย 10 ปี ช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ สื่อสารได้เข้าใจ กล้าแสดงความคิดเห็น เคยไปร่วมกิจกรรมทางสังคมในชุมชน ไม่เป็นโรคติดต่อที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ อาทิ วัณโรคปอด ติดเชื้อไวรัส สุกใส หัด หัดเยอรมัน เป็นต้น โดยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจอย่างน้อย 10 คน จนกว่าจะได้ข้อมูลอิ่มตัวเพราะส่วนมากพบว่าผู้ให้ข้อมูลอยู่ระหว่าง 4 – 20 คน จึงจะได้ข้อมูลที่อิ่มตัว (Holloway and Wheeler. 2010 : 146)

2.2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นลูกหลานหรือญาติของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุและเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในเรื่อง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยมีการดูแลมานานอย่างน้อย 1 เดือน สื่อสารได้เข้าใจ ไม่เป็นโรคติดต่อที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ โดยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ อย่างน้อย 4 คน

2.3 บุคลากรภาครัฐ เป็นผู้รับผิดชอบหลักในองค์กรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนบางกะจะ ได้แก่ เทศบาลตำบลบางกะจะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี และสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดจันทบุรี โดยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ อย่างน้อยหน่วยงานละ 1 คน จำนวน 4 คน

2.4 ผู้เชี่ยวชาญ เป็นผู้มีความรู้ ประสบการณ์ ที่เกี่ยวข้องกับสาขาวิชาการพยาบาล สังคมวิทยา และเศรษฐศาสตร์ ที่สามารถให้มุมมองความคิดในการส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในประเทศไทย จำนวน 7 คน ดังนี้



2.4.1 รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สรนิต ศิลธรรม ปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม

2.4.2 นายวิฑูรช ศรีนาม ผู้ว่าราชการจังหวัด จันทบุรี

2.4.3 พระราชธรรมเมธี (ป.ธ.9), ดร. รองเจ้าคณะจังหวัด จันทบุรี

2.4.4 นางสาวจิตรา พิทยานรเศรษฐ์ อธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนา สังคมและความมั่นคงของมนุษย์

2.4.5 รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ อธิการบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.4.6 อาจารย์สง่า ดามาพงษ์ ที่ปรึกษากรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

2.4.7 ดร.เดชรัต สุขกำเนิด อดีตหัวหน้าภาควิชาเศรษฐศาสตร์เกษตรและ ทรัพยากร คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### 1. การวิจัยเชิงปริมาณ

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับ ผู้สูงอายุระดับพื้นที่

1.2 การจัดทำเครื่องมือวิจัย มีขั้นตอนดังนี้

1.2.1 กำหนดคำนิยามเชิงปฏิบัติการที่สอดคล้องกับแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับ ผู้สูงอายุ และกำหนดระดับการวัดของตัวแปรที่ศึกษา จากนั้นจัดทำแบบสัมภาษณ์โดยปรับจากรายการตรวจสอบองค์ประกอบสำคัญสิ่งที่ต้องปฏิบัติเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ฉบับภาษาไทย ของกรมอนามัย ซึ่งแปลจากคู่มือแนวทางการดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ของ WHO 8 ประเด็น ได้แก่ พื้นที่ภายนอกอาคารและตัวอาคาร การคมนาคมขนส่งและการสัญจร ที่อยู่อาศัย การมีส่วนร่วมทางสังคม การเคารพและการยอมรับในสังคม การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน การสื่อสารและการให้ข้อมูล การสนับสนุนของชุมชนและการให้บริการ ด้านสุขภาพ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2557 : 104 -111)

1.2.2 ประชุมร่วมกับทีมอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อปรับแก้ไขตาม คำแนะนำของทีมอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ โดยสรุปมีการปรับเปลี่ยนชื่อแต่ละประเด็นเพื่อ สื่อความหมายให้เข้าใจมากยิ่งขึ้นและมีการปรับข้อความลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ แต่ยังคงแบ่งออกเป็น 8 ประเด็น ๆ ละ 5 ประเด็นย่อย ซึ่งแต่ละประเด็นย่อย มีข้อความระบุลักษณะ ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ประเด็นย่อยละ 4 ข้อ เพื่อตรวจสอบลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับ



ผู้สูงอายุระดับพื้นที่ว่าในชุมชนบางที่จะ มีลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุดังกล่าวหรือไม่ คำตอบที่ได้จะระบุว่า มีหรือไม่มี หากมีครบถ้วนตามลักษณะที่กำหนดไว้ให้คะแนน 1 คะแนน หากไม่มีหรือมีไม่ครบถ้วนให้คะแนน 0 คะแนน ดังรายละเอียดแบบสอบถามลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่ ตามภาคผนวก ก

1.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ คือ แบบสอบถามลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่ มีดังนี้

1.3.1 หาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Item Content Validity) ของแบบสัมภาษณ์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ดังนี้ (ข้อมูลผู้ทรงคุณวุฒิ ตามภาคผนวก ก)

1) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2) ดร.นงนภัทร รุ่งเนย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

3) ดร.วารุณี มีเจริญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

หลังการประสานกับผู้ทรงคุณวุฒิได้ทำหนังสือแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิและส่งแบบสอบถามพร้อมคำนิยามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางไปรษณีย์ เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาว่าคำถามมีความสอดคล้องกับเนื้อหา และนิยามตัวแปรที่ต้องการวัดหรือไม่ โดยกำหนดระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นค่าคะแนน 4 ระดับ ดังนี้

4 คะแนน ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุสอดคล้องกับคำนิยาม

3 คะแนน ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุค่อนข้างสอดคล้องกับคำนิยาม ปรับปรุงเล็กน้อย

2 คะแนน ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุสอดคล้องกับคำนิยามเล็กน้อย ต้องปรับปรุงมาก

1 คะแนน ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุไม่สอดคล้องกับคำนิยาม

จากนั้นนำคะแนนที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 คน ไปคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ขั้นตอนแรก คำนวณค่าดัชนีความตรงของข้อความแต่ละข้อ (Item -level Content Validity Index : I-CVI) จากสัดส่วนผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คะแนน 3 หรือ 4 โดยเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ 1.00 จากนั้นคำนวณค่าดัชนีความตรงทั้งฉบับ สัดส่วนเฉลี่ย (Scale -level Content Validity Index : S-CVI/AVE) คำนวณจากการนำค่า I-CVI ทุกข้อรวมกันหารด้วยจำนวนข้อ โดยเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ 0.80 (สุจิตรา เทียนสวัสดิ์, 2562 : 120-123) ซึ่งได้ค่า

S-CVI/AVE เท่ากับ 0.86 รายละเอียด ตามภาคผนวก ข ข้อที่ได้ I-CVI ต่ำกว่า 1.00 นำมาปรับปรุงแก้ไข รายละเอียดในแต่ละข้อความ ประกอบกับคำแนะนำเพิ่มเติมจากผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับทีมอาจารย์ที่ปรึกษาตามที่ได้กล่าวไว้ในข้อ 1.2.2

1.3.2 หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์ที่มีการปรับแก้ตามคำแนะนำของทีมอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว โดยทดลองใช้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.81 จึงนำเครื่องมือไปใช้เก็บข้อมูล หลังใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 240 คน ได้ค่าเท่ากับ 0.93 (ตามภาคผนวก ง) ซึ่งวิธีการหาค่าความเชื่อมั่นนี้ ใช้ได้กับการให้คะแนนแบบประมาณค่า ข้อสอบอัตนัย หรือแบบทดสอบที่ให้คะแนน 0, 1 (วรรณิ แกมเกตุ. 2555 : 233)

## 2. การวิจัยเชิงคุณภาพ

เครื่องมือคือ ผู้วิจัย ซึ่งได้รับใบรับรองหลักสูตรหลักจรรยาบรรณการวิจัยในมนุษย์ สำหรับนักศึกษา/นักวิจัย จากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ผ่านการประชุมและการลงพื้นที่ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพมาแล้ว รวมทั้งมีความรู้ในสาขาวิชา ใช้การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง โดยใช้คำถามปลายเปิดเพื่อเจาะลึกให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งเพิ่มมากขึ้น ตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ได้แก่ ด้านข้อมูล (Data Triangulation) ด้านเทคนิควิธีการเก็บข้อมูล (Method Triangulation) และใช้สหวิทยาการ (Interdisciplinary Triangulation)

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) เพื่อให้การตอบคำถามตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยมีความครอบคลุม และได้ข้อค้นพบที่สมบูรณ์ทั้งภาพกว้างและภาพลึก อันจะนำไปสู่การใช้ประโยชน์ได้มากขึ้น เป็นรูปแบบการวิจัยผสมผสานแบบพร้อมกันหรือเรียกว่าผสมผสานแบบคู่ขนาน มีการเก็บข้อมูลพร้อมกันทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลแยกกัน และนำผลมาสังเคราะห์สรุปผลรวมกัน โดยให้ความสำคัญทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเท่ากัน

หลังจากสอบผ่านเค้าโครงวิทยานิพนธ์ และได้รับการอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์แล้ว จึงได้จัดทำเอกสารประกอบการขอหนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 โดยได้รับการรับรองผ่านการเห็นชอบว่าสอดคล้องกับแนวทางที่เป็นมาตรฐานสากล หนังสือรับรองเลขที่ CTIREC 064 วันที่รับรอง 18 กันยายน พ.ศ. 2562 หมดอายุวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 (ภาคผนวก ข)

ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จึงดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่ วันที่ 20 กันยายน พ.ศ. 2562 ถึง วันที่ 11 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 รวมระยะเวลาประมาณ 8 เดือน เก็บข้อมูลได้ 1 - 3 คนต่อวัน เชิงปริมาณใช้เวลา 20 - 30 นาทีต่อคน เชิงคุณภาพใช้เวลาครั้งละ 45 - 60 นาทีต่อคน ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด ซึ่งผ่านการพัฒนาความรู้และมีประสบการณ์ตรงในการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมีการประสานงานและทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงนายกเทศมนตรีตำบลบางกะจะ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี และพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดจันทบุรี ซึ่งมีผู้นำชุมชนประกอบด้วยผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นแกนนำในการนัดเวลา และพาไปเก็บข้อมูลในพื้นที่ ทั้งนี้ได้มีการสำรวจพื้นที่ และสร้างสัมพันธภาพก่อนที่จะสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในชุมชนบางกะจะ ซึ่งมีรายละเอียดในการเก็บข้อมูลดังนี้

### 1. การวิจัยเชิงปริมาณ

เก็บข้อมูลปฐมภูมิโดยการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในชุมชนบางกะจะ จำนวน 240 คน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย เก็บข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่ เพื่อให้ได้ข้อมูลสภาพการณ์ปัจจุบันของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่กรณีศึกษา

### 2. การวิจัยเชิงคุณภาพ

เก็บข้อมูลทั้งปฐมภูมิและทุติยภูมิ ดังนี้

2.1 การวิจัยเอกสาร (Documentary Research) เก็บข้อมูลทุติยภูมิ แผนงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนบางกะจะ ได้แก่ เทศบาลตำบลบางกะจะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี และสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดจันทบุรี เพื่อให้ได้ข้อมูลสภาพการณ์ปัจจุบันของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่กรณีศึกษา

2.2 การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) เก็บข้อมูลปฐมภูมิ โดยสัมภาษณ์ตามแนวคำถามที่กำหนดไว้กว้าง ๆ เลือกผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์แบบเจาะจง เป็นผู้สูงอายุในชุมชนบางกะจะ ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดเก็บข้อมูลจนมีความอิ่มตัว จำนวน 33 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลแนวทางการส่งเสริมและพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

2.3 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participatory Observation) เก็บข้อมูลปฐมภูมิเป็นการสังเกตสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางสังคม สัมพันธภาพในสังคม ตลอดจนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่เกี่ยวข้องกับการสูงอายุอย่างมีคุณภาพ โดยการเข้าไปร่วม

ในกิจกรรมของชุมชน อาทิ งานทำบุญ งานศพ กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะ เพื่อให้ได้ข้อมูลสภาพการณ์ปัจจุบันของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่กรณีศึกษา (แบบสังเกต ตามภาคผนวก ง)

2.4 การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ (Expert Interview) เก็บข้อมูลปฐมภูมิ โดยสัมภาษณ์ตามแนวคำถามที่กำหนดไว้แบบกว้าง ๆ เลือกผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์แบบเจาะจงเป็นผู้เชี่ยวชาญ 7 คน เพื่อให้แนวทางการส่งเสริมและพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในประเทศไทย เพื่อวิเคราะห์ห้วงค์ความรู้เชิงสหวิทยาการและสังเคราะห์ระบบการดูแลสุขภาพชุมชน รวมทั้งเสนอแนวทางขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพชุมชนจากบริบทขององค์กร ภาคชุมชน และภาครัฐที่เกี่ยวข้อง

2.5 การระดมสมอง (Brain Storming) ผ่านการจัดเวทีชุมชน 2 ครั้ง โดยดำเนินการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะ ดังนี้

ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 12 ตุลาคม พ.ศ. 2562 ระดมสมองจากกลุ่มตัวอย่างที่เลือกมาแบบเจาะจง เป็นผู้สูงอายุ 34 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 5 คน และบุคลากรภาครัฐ 5 คน รวมเป็น 44 คน ร่วมกันให้ความเห็นลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุของชุมชนบางกะจะ 8 ประเด็น ตามความเป็นจริง และตามความต้องการให้ปรับปรุง ให้ความเห็นระดับความสำคัญของสถานะแวดล้อมทั้ง 4 ลักษณะ ผลที่ได้จากการประชุมครั้งที่ 1 คือ 1) การสรุปความคิดเห็นลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุของชุมชนบางกะจะ และลำดับความสำคัญของสถานะแวดล้อมเพื่อนำไปออกแบบโครงการชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ตามแนวคิดสากลที่ประยุกต์สู่ท้องถิ่น 2) เตรียมการนำเสนอโครงการย่อยในด้านต่าง ๆ และการประเมินผลโครงการก่อนการดำเนินงาน เพื่อเป็นการคืนข้อมูลให้ชุมชนจากเวทีชุมชนครั้งที่ 1 เพื่อรับการตรวจสอบและแก้ไข ปรับปรุงจากประชาคมในเวทีชุมชนครั้งที่ 2 และ 3) เตรียมการนำเสนอการตรวจสอบโครงการย่อยในด้านต่าง ๆ ให้สอดคล้องตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งเป็นกรอบการพัฒนาที่สมดุลของประเทศที่แท้จริง

ครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 3 พฤศจิกายน 2562 ระดมสมองจากกลุ่มตัวอย่างที่เลือกมาแบบเจาะจง เป็นผู้สูงอายุ 33 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 6 คน และ บุคลากรภาครัฐ 5 คน รวมเป็น 44 คน ร่วมกันรับฟังการนำเสนอกลยุทธ์ โครงการ ผลการประเมินโครงการก่อนการดำเนินงาน เพื่อตรวจสอบ และแสดงความคิดเห็นในการแก้ไข ปรับปรุง สุดท้ายให้จัดลำดับโครงการที่เกิดจากการมีส่วนร่วม ผลที่ได้จากการประชุมครั้งที่ 2 คือ 1) การสรุปผลการจัดลำดับความสำคัญของโครงการที่เกิดจากการมีส่วนร่วม 2) นำข้อมูลมาใช้ร่วมในการวิเคราะห์ห้วงค์ความรู้เชิงสหวิทยาการ และสังเคราะห์ระบบการดูแลสุขภาพชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเพื่อ

เสนอแนวทางขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพชุมชนจากบริบทขององค์กร ภาคชุมชน และภาครัฐที่เกี่ยวข้อง

## การวิเคราะห์ข้อมูล

### 1. การวิจัยเชิงปริมาณ

1.1 การวิเคราะห์ตัวแปรพื้นฐานตามที่กำหนดในแบบสอบถาม จำนวนโดยใช้ความถี่ ร้อยละ

1.2 การวิเคราะห์คุณลักษณะชุมชนเป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่ จำนวนโดยใช้ความถี่ ร้อยละ เนื่องจากสามารถตอบคำถามการวิจัยได้ และยังสอดคล้องกับแบบตรวจสอบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุของกรมอนามัย ซึ่งแปลมาจาก WHO โดยเป็นแบบสัมภาษณ์ให้ตอบว่ามีหรือไม่มี ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตามที่กำหนดไว้

การสรุปภาพรวมในแต่ละประเด็นมีเกณฑ์การตัดสินแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับสูง	ร้อยละ 68 - 100
ระดับปานกลาง	ร้อยละ 34 - 67.99
ระดับต่ำ	ร้อยละ 0 - 33.99

โดยหากมี ระดับสูง 5 ประเด็นขึ้นไป หมายถึง การพัฒนาลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุอยู่ในระดับ ดีมาก หากมีระดับสูง 4, 3, 2 และ 1 ประเด็น หมายถึง การพัฒนาลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ก่อนข้างดี พอใช้ และต้องปรับปรุง ตามลำดับ

### 2. การวิจัยเชิงคุณภาพ

วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ดังนี้

2.1 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้ โดยการบันทึกพรรณนาโดยละเอียดตามที่สังเกต และสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยไม่ปรุงแต่งหรือใส่ความคิดเห็นของผู้ศึกษา และนำเสนอให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับฟังข้อมูล เพื่อตรวจสอบรับรองความถูกต้อง ในส่วนของการตีความเบื้องต้น เพื่อยืนยันความถูกต้องตามความเป็นจริง และทำการตรวจสอบแบบสามเส้าเพิ่มเติมเพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูลในการวิเคราะห์ขั้นสุดท้ายโดย

2.1.1 ตรวจสอบด้านข้อมูล (Data Triangulation) เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยใช้คำถามปลายเปิด การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ในส่วนที่นำเสนอในเวทีระดมสมอง และที่สัมภาษณ์ส่วนตัวเพื่อตรวจสอบความแน่นอนของข้อมูลเรื่องเดียวกันในต่างเวลาและสถานการณ์

2.1.2 ตรวจสอบสามเส้าด้านเทคนิควิธีการเก็บข้อมูล (Method Triangulation) โดยนำข้อมูลจากการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม



และการระดมสมองมาเปรียบเทียบกัน รวมทั้งนำข้อมูลที่เก็บเชิงปริมาณมาเปรียบเทียบกับเชิงคุณภาพเพื่อดูความสอดคล้องของข้อมูล

2.1.3 ตรวจสอบสามเส้าโดยใช้สหวิทยาการ (Interdisciplinary Triangulation) โดยใช้สหวิทยาการ มาอธิบายข้อค้นพบต่าง ๆ ตามหลักของสาขาวิชาการพยาบาล สังคมวิทยา และ เศรษฐศาสตร์ ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลก่อนที่จะนำมาวิเคราะห์

2.2 พิจารณา แยกแยะ ลักษณะพิเศษของเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการระดมสมอง เพื่อวิเคราะห์จุดสำคัญของเนื้อหา

2.3 จัดทำรหัสในการจัดกลุ่มข้อมูล และตีความเพื่อจัดกลุ่มข้อมูลให้สอดคล้องกับ มิติ 8 ประเด็น ของแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุรวมทั้งขีดความถี่รหัส (Tally Code)

2.4 สรุปประเด็น ตีความในเชิงเหตุและผล เพื่อตอบวัตถุประสงค์ในการศึกษา สภาพการณ์ปัจจุบันของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่กรณีศึกษา วิเคราะห์ห้วงค์ความรู้เชิงสหวิทยาการและสังเคราะห์ระบบการดูแลสุขภาพชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เสนอแนวทางขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพชุมชนจากบริบทขององค์กร ภาคชุมชน และภาครัฐที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประเมินผลก่อนการดำเนินงานของโครงการด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

## บทที่ 4

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นข้อมูลที่ได้ทั้งจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลนาน 8 เดือน ตั้งแต่กันยายน 2562 ถึงพฤษภาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. ภูมิสังคมของพื้นที่กรณีศึกษา
2. ความคิดเห็นของกลุ่มผู้สูงอายุต่อลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่
  - 2.1 การสัมพันธภาพเชิงปริมาณของกลุ่มผู้สูงอายุ
  - 2.2 การสัมพันธภาพเชิงคุณภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ
3. องค์ความรู้ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเชิงบูรณาการ
4. การระดมสมองจากเวทีชุมชน
  - 4.1 การวิเคราะห์กลยุทธ์การพัฒนาชุมชน
  - 4.2 การจัดลำดับความสำคัญของ โครงการพัฒนาชุมชน
  - 4.3 การประเมินผลสัมฤทธิ์เชิงระบบของโครงการ
5. ความเป็นไปได้ทางเศรษฐศาสตร์ในการลงทุนโครงการเพื่อสังคมสูงอายุ
  - 5.1 การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ
  - 5.2 การประมาณการลงทุนในโครงการ
  - 5.3 ความเป็นไปได้ของโครงการในการดำเนินการจริง

## ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

### 1. ภูมิสังคมของพื้นที่กรณีศึกษา

จากการเก็บข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิ โดยข้อมูลปฐมภูมิลงพื้นที่จริงไปสัมภาษณ์ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุในชุมชนบางกะจะ การสังเกตสภาพแวดล้อมต่าง ๆ พฤติกรรมของคนในชุมชน ทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน ส่วนข้อมูลทุติยภูมิศึกษาจากเอกสาร หนังสือ และการบันทึกข้อมูลในสถานที่สำคัญทางประวัติศาสตร์ของชุมชน พบข้อมูลดังนี้

1.1 ภูมิศาสตร์ของชุมชน มีอาณาบริเวณใกล้เคียงกัน ภูมิประเทศส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ลาดเนินเขา บางส่วนเป็นที่ราบลุ่มติดคลองที่ออกสู่ทะเลบริเวณท่าแหลบ ภูมิอากาศร้อนชื้นฝนตกชุก โดยมีฝนตกเป็นประจำทุกเดือน ประมาณเดือนมิถุนายน ถึงเดือนตุลาคม จะมีฝนตกเกือบทุกวัน ถนนหลักทำด้วยยางมะตอยและคอนกรีต ถนนสะดวกในการเดินทาง อยู่ห่างจากอำเภอเมืองจันทบุรี ประมาณ 7 กิโลเมตร แต่ไม่มีรถประจำทางต้องเดินทางโดยรถส่วนตัวหรือรถรับจ้าง มีไฟฟ้าส่องสว่างตามทาง เป็นไฟจากอำเภอเมืองและอำเภอท่าใหม่ การใช้น้ำมีระบบน้ำประปา หมู่ 4 น้ำประปาจากอำเภอเมือง น้ำบ่อ และน้ำบาดาล มีระบบเสียงตามสายที่ตั้งครอบคลุมพื้นที่บางจุดเสียไม่ได้ยินเสียง มีตลาดเก่า (ตั้งอยู่หมู่ที่ 1) มีตลาดนัดที่วัดพลับและวัดสิงห์ มีโรงงานผลิตน้ำดื่มบางกะจะ (ตั้งอยู่หมู่ที่ 1) โรงงานทำน้ำแข็ง (ตั้งอยู่หมู่ที่ 4) มีโรงเรียนประถมศึกษาคือ โรงเรียนวัดพลับ โรงเรียนวัดสิงห์ โรงเรียนมัธยมศึกษา คือ โรงเรียนบางกะจะ (ตั้งอยู่หมู่ที่ 1) มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะ (ตั้งอยู่หมู่ที่ 6) ซึ่งเป็นที่ตั้งของศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีอาณาบริเวณติดกับวัดโบสถ์พลอยแหวน

1.2 ลักษณะทางสังคม เป็นสังคมที่มีสัมพันธภาพดีต่อกัน และมักให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพ ค้าขาย ประมง ทำสวน และรับจ้าง เป็นคนดั้งเดิมในพื้นที่ หรือย้ายมาอยู่มาหลายสิบปี จึงมีญาติพี่น้องอยู่ใกล้ ๆ กัน พึ่งพาอาศัยกันได้ มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันทั้งภายในครอบครัว และภายในชุมชน คนในชุมชนมาทำบุญที่วัดในพื้นที่ศึกษา จึงมีการทำกิจกรรมทางสังคมและทางศาสนาร่วมกันอยู่เสมอ วัดดังกล่าว ได้แก่ วัดพลับ วัดสิงห์ (ตั้งอยู่หมู่ที่ 1) และวัดโบสถ์พลอยแหวน (ตั้งอยู่หมู่ที่ 6) นอกจากนี้ยังมีศาลเจ้า 3 แห่ง (ตั้งอยู่หมู่ที่ 1) ได้แก่ ศาลเจ้าหัวตลาด ศาลเจ้าปากคลอง ศาลเจ้าเฮี้ยนเทียน งานประเพณีที่จัดเป็นประจำทุกปี และมีคนนอกชุมชนมาร่วมด้วย ได้แก่ การตัดบาตรเทโว ถือน้ำสวดมนต์ แจกข้าว และทิ้งกระจาด การแสดงดั้งเดิมของคนชุมชนที่เคยแสดงเป็นประจำในงานประจำปีของวัดโบสถ์พลอย

แหวน แต่ปัจจุบันไม่มีการแสดงในชุมชนนี้แล้ว คือ โขนสด โดยยังมีคนในชุมชนที่ยังคงเล่น โขนสดเหลืออยู่ไม่กี่คนเท่านั้น

1.3 ประวัติศาสตร์ของชุมชน มีประวัติศาสตร์ของชุมชนมายาวนาน มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณทำให้เกิดระบบชุมชนที่เข้มแข็ง มีความภูมิใจในการเป็นคนบางกะจะที่สำคัญคือ บริเวณวัดพลับ เคยเป็นแหล่งรวมพลกู่ชาติในสมัยสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ครั้งเมื่อเสียกรุงศรีอยุธยาครั้งที่ 2 ในปี พ.ศ. 2310 ซึ่งสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชใช้ระยะเวลาในการรวบรวมไพร่พลกู่ชาติ 210 วัน โดยอยู่ที่วัดพลับเป็นส่วนใหญ่ยาวนานถึง 111 วัน (องอาจ บุญการี. 2559 : 120-121, 136) และมีการสร้างพระยอดธง เพื่อมอบแก่เหล่าทหาร ในยุคนั้นที่มีชื่อเสียงมากมาจนทุกวันนี้ ชุมชนบางกะจะสมัยนั้น ซึ่งถือว่าเป็นแหล่งชุมชนที่ใหญ่และเจริญรุ่งเรืองมากกว่าที่อื่น ๆ ในจันทบุรี มีพื้นที่ติดกับปากแม่น้ำจันทบุรี ทำเลเหมาะกับการค้าขายโดยเรือสำเภา ในหน้ามรสุมหรือยามรอให้สงครามสงบ พ่อค้าและลูกเรือจึงขึ้นบกมาอาศัยที่บางกะจะ พักค้างอยู่กันนาน ๆ พ่อค้าส่วนใหญ่เป็นชาวจีน จึงมีชาวจีนในบางกะจะเพิ่มมากขึ้น รวมกับผู้คนที่อยู่ดั้งเดิมและคนที่อพยพมาอยู่ใหม่ จึงกลายเป็นชุมชนใหญ่ที่มีผู้คนหนาแน่น ด้วยประวัติศาสตร์ที่น่าภาคภูมิใจนี้ เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ชุมชนบางกะจะ ยังคงมีผู้นำชุมชนที่มีความเข้มแข็ง และมีการขับเคลื่อนโครงการพัฒนาชุมชนในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุเกิดเป็นชมรมผู้สูงอายุ และได้รับการสานต่อให้เป็นโรงเรียนผู้สูงอายุต่อไป

1.4 เศรษฐกิจของชุมชน เป็นแหล่งกำเนิดผลไม้ สละพันธุ์เนินวง และพันธุ์สุมาลี รวมทั้งพลอยบุษราคัม เขี้ยวส่อง และพลอยสตาร์ ที่มีชื่อเสียงมากที่สุดในประเทศ ทำให้มีรายได้เพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ทำสวน และค้าขายพลอย มีทั้งการขายปลีก ขายส่ง และการแปรรูปสละในครัวเรือนเป็นสละลอยแก้ว ส่วนการค้าพลอยแม้จะไม่รุ่งเรืองเท่าสมัยก่อน เพราะพลอยบุษราคัม และเขี้ยวส่องหายากกว่าเดิม มีการขุดเหมืองพลอยและฝังกลับไปแล้วหลายแห่ง แต่ยังคงมีรายได้ตลอดปีทั้งจากการเจียรไน และออกแบบพลอยเป็นเครื่องประดับต่าง ๆ ขายในตลาดพลอยและศูนย์อัญมณีของจังหวัดจันทบุรี ทำให้คนส่วนใหญ่ในชุมชนบางกะจะมีฐานะค่อนข้างดี มีบ้าน มีที่ดินเป็นของตนเอง มีความมั่นคงทางการเงินเพียงพอในการดำรงชีพ และส่งบุตรหลานไปศึกษาต่อในกรุงเทพฯ เป็นจำนวนมาก

1.5 การดูแลสุขภาพชุมชน มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะเป็นองค์กรหลักที่ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งทำงานภายใต้โครงสร้างที่ถูกกำกับดูแลโดยองค์กรในตำบลบางกะจะ 2 แห่ง คือ เทศบาลตำบลบางกะจะ และเทศบาลตำบลค่ายเนินวง ในการทำงานจึงต้องร่วมมือกับทั้ง 2 องค์กร เพื่อต้องดูแลสุขภาพทั้งคนในชุมชนบางกะจะ และชุมชนค่ายเนินวง

ซึ่งอาณาเขตของหมู่ที่ 4 เป็นพื้นที่ของเทศบาลตำบลบางกะจะ และเทศบาลตำบลค่ายเนินวง จึงทำให้ในปัจจุบันนี้ไม่มีโครงการที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ และองค์กรภาครัฐที่เกี่ยวข้องในพื้นที่อย่างแท้จริง แต่เป็นการทำงานตอบสนองนโยบายทั้งจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง 2 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี และโรงพยาบาลพระปกเกล้า ซึ่งเป็นองค์กรใหญ่ที่สุดในการดูแลสุขภาพประชาชนในจังหวัดจันทบุรี โดยมีสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดจันทบุรี เป็นผู้ให้นโยบายและสนับสนุนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งพื้นที่ศึกษามีได้มีโครงการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตรงที่ขอการสนับสนุนจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดจันทบุรี มีแต่เพียงเรื่องเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และผู้พิการเท่านั้น นอกจากนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะยังร่วมดำเนินการในการพัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุ และศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลบางกะจะ ซึ่งมีการของบประมาณสนับสนุนจากเทศบาลตำบลบางกะจะ สำนักงานสนับสนุนและสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งการบริจาคจากประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนบางกะจะ

ผู้รับผิดชอบหลักโดยตรงในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะมีเพียงคนเดียวเป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งต้องทำงานประสานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ช่วยในการติดตามดูแลสุขภาพ และเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในชุมชนบางกะจะ ทั้งนี้ อสม. 1 คน ดูแลรับผิดชอบ 10 – 15 หลังคาเรือน บางครั้งจะมีบุคลากรจิตอาสาจากชมรมกระต่ายอาสา นักศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ แต่หากเป็นผู้สูงอายุที่ไปนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า จะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากทีมหมอครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ขึ้นอยู่กับสภาพความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยแต่ละคน โดยมีการประสานความร่วมมือ และส่งต่อการดูแลให้กับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะ เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม มีข้อจำกัดเรื่องภาระงานความรับผิดชอบที่มากเกินไป ฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่ยังไม่เป็นปัจจุบันและยังไม่ครอบคลุม องค์ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ยังไม่เพียงพอ ชุดความคิดของคนในชุมชนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และความล่าช้าในการเบิกจ่ายงบประมาณ ทำให้เป็นอุปสรรคในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง



2. ความคิดเห็นของกลุ่มผู้สูงอายุต่อลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่

2.1 การสัมภาษณ์เชิงปริมาณของกลุ่มผู้สูงอายุ ได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโดยใช้แบบสัมภาษณ์ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชนบางกะจะ จำนวน 240 คน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

ตาราง 3 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างจากการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์ (n = 240)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	104	43.3
หญิง	136	56.7
2. อาศัยในหมู่ที่		
หมู่ที่ 1	85	35.4
หมู่ที่ 4	99	41.3
หมู่ที่ 6	56	23.3
3. อายุ (ปี)		
60 - 69 ปี	75	31.2
70 - 79 ปี	100	41.7
80 ปีขึ้นไป	65	27.1
4. สถานภาพ		
คู่	205	85.4
โสด	0	0.0
หย่า/ร้าง	35	14.6
5. ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนบางกะจะ (ปี)		
1 - 30 ปี	7	2.9
31 - 60 ปี	79	32.9
61 - 90 ปี	154	64.2

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
6. มีบ้านเป็นของตนเอง		
มี	240	100.0
ไม่มี	0	0.0
7. สำเร็จการศึกษาชั้น		
ประถมศึกษา	205	85.4
มัธยมศึกษา	35	14.6
8. ประกอบอาชีพ		
ขายพลอย	28	11.7
ค้าขายในชุมชน	19	7.9
ประมง	11	4.6
ทำสวน	43	17.9
อื่น ๆ เช่น รับจ้าง ทำพลอย ทำใบจาก	9	3.8
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	130	54.2
9. รายได้เพียงพอกับรายจ่าย		
เพียงพอ	183	76.2
ไม่เพียงพอ	57	23.8
10. มีโรคประจำตัว		
มี	189	78.8
ไม่มี	51	21.3
11. ภาพรวม 1 ปีที่ผ่านมาชีวิตมีความสุขตาม อัตรภาพ		
มีความสุข	233	97.1
ไม่มีความสุข	7	2.9

จากตาราง 3 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 56.7 อาศัยอยู่ใน หมู่ที่ 4 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.3 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 70 - 79 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.7 สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 85.4 อาศัยอยู่ในชุมชนบางกะจะนาน 30 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 97.1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 54.2 มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 76.2 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 78.8 และภาพรวม 1 ปีที่ผ่านมามีมุมมองว่า ชีวิตมีความสุข ตามอัตภาพ คิดเป็นร้อยละ 97.1 โดยที่ทุกคนมีบ้านเป็นของตนเอง

ตาราง 4 ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษาเทียบกับแนวคิดสากล (AFC/WHO) ในภาพรวมแต่ละประเด็น (n = 240)

ประเด็น AFC/WHO	คะแนน	ร้อยละ	ระดับ
1. การมีพื้นที่ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุใช้ประโยชน์ร่วมกัน	3,259	67.9	ปานกลาง
2. การมีระบบคมนาคมและยานพาหนะที่สนับสนุนผู้สูงอายุ	1,198	25.0	ต่ำ
3. การมีบ้านที่อยู่อาศัยและเครื่องใช้ในสภาพที่เหมาะสม	3,020	62.9	ปานกลาง
4. การมีกิจกรรมสังคมและระบบที่สนับสนุนผู้สูงอายุ	3,959	82.5	สูง
5. การได้รับการเคารพยกย่องและการยอมรับในสังคม	3,818	79.5	สูง
6. การมีส่วนร่วมในโอกาสการทำงานและจิตอาสา	2,899	60.4	ปานกลาง
7. การสื่อสารและให้ข้อมูลที่ได้ผลแก่ผู้สูงอายุ	2,174	45.3	ปานกลาง
8. การสนับสนุนและให้บริการสุขภาพจากชุมชน	3,317	69.1	สูง

หมายเหตุ ประเด็น AFC/WHO ข้อที่ตอบว่า “มี” ให้ 1 คะแนน แต่ละประเด็นมี 20 ข้อย่อย ดังนั้น ถ้าตอบว่า “มี” ประเด็นละ 240 คน จะคำนวณคะแนนเต็ม ในแต่ละประเด็นได้ 4,800 คะแนน

จากตาราง 4 แสดงว่า การพัฒนาลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในภาพรวม 8 ประเด็น อยู่ในระดับค่อนข้างดี โดยอยู่ในระดับสูง 3 ประเด็น ได้แก่ การมีกิจกรรมสังคมและระบบที่สนับสนุนผู้สูงอายุ การได้รับการเคารพยกย่องและการยอมรับในสังคม และประเด็น การสนับสนุนและให้บริการสุขภาพจากชุมชน ร้อยละ 82.5, 79.5 และ 69.1 ตามลำดับ โดยอยู่ในระดับต่ำ เพียงประเด็นเดียว ได้แก่ การมีระบบคมนาคมและยานพาหนะที่สนับสนุนผู้สูงอายุ ร้อยละ 25.0

ตาราง 5 ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่จำแนกตามรายชื่อในประเด็นที่ 1  
การมีพื้นที่ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุใช้ประโยชน์ร่วมกัน (n = 240)

ประเด็น	ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. พื้นที่สาธารณะ	- มีต้นไม้สีเขียวร่มรื่น	236	98.3
	- มีที่นั่งกลางแจ้งจำนวนเพียงพอ	230	95.8
	- สะอาด	234	97.5
	- ปลอดภัย	236	98.3
2. ทางเดินเท้า	- ไม่มีสิ่งกีดขวาง	227	94.6
	- ทำด้วยวัสดุที่ไม่ลื่น	235	97.9
	- กว้างพอสำหรับรถเข็นนั่ง	231	96.3
	- มีทางลาดลงสู่พื้นถนน	24	10
3. ไฟฟ้า	- มีไฟส่องสว่างตามทางจำนวนเพียงพอ	233	97.1
	- ไฟฟ้าใช้งานได้ปกติ	188	78.3
	- เปิดปิดไฟเหมาะสมกับเวลา	235	97.9
	- มีไฟกะพริบบริเวณทางแยกในหมู่บ้าน	0	0.0
4. อาคาร สาธารณะ	- มีทางลาดเข้าอาคารกว้างเพียงพอสำหรับ รถเข็นนั่ง	10	4.2
	- ความกว้างของอาคารเพียงพอกับการทำกิจกรรม	234	97.5
	- มีอุปกรณ์ในการทำกิจกรรม เช่น เครื่องขยายเสียง ไมค์	0	0.0
	- มั่นคง ปลอดภัย	238	99.2
5. ห้องน้ำ สาธารณะ	- มีห้องน้ำที่รถเข็นนั่งเข้าได้สะดวก พื้นไม่ลื่น	0	0.0
	- มีที่จับเวลาอาบน้ำ มีปุ่มกดขอความช่วยเหลือ กรณีฉุกเฉิน	0	0.0
	- สะอาด ไม่มีกลิ่นเหม็น มีที่ทิ้งขยะในห้องน้ำ	233	97.1
	- มีโถส้วมแบบนั่งเก้าอี้จำนวนเพียงพอ	235	97.9

จากตาราง 5 แสดงว่า ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในประเด็นที่ 1 การมีพื้นที่ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุใช้ประโยชน์ร่วมกัน ลักษณะที่ตอบว่ามีมากที่สุด ได้แก่ อาคารสาธารณะ มีความมั่นคง ปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 99.2 โดยลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุที่กลุ่มตัวอย่างตอบว่า ไม่มี จำนวน 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) ไฟฟ้า มีไฟกะพริบบริเวณทางแยกในหมู่บ้าน 2) ตลาดเก่า มีอุปกรณ์ในการทำกิจกรรม เช่น เครื่องขยายเสียง ไมค์ 3) อาคารสาธารณะ มีห้องน้ำที่รถเข็นนั่งเข้าได้สะดวก และ 4) อาคารสาธารณะ มีห้องน้ำที่มีปุ่มกดขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน

ตาราง 6 ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่จำแนกตามรายชื่อในประเด็นที่ 2 การมีระบบคมนาคมและยานพาหนะที่สนับสนุนผู้สูงอายุ (n = 240)

ประเด็น	ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
6. จุดรับส่ง การให้บริการรถ	- มีจุดรับส่งการให้บริการรถ	0	0.0
	- จำนวนเพียงพอครอบคลุมพื้นที่	0	0.0
	- อยู่ใกล้บ้านผู้สูงอายุ สะดวกในการเดินทาง	0	0.0
	- มีที่นั่งสำหรับคอยรถที่ปลอดภัย	0	0.0
7. กระบวนการ ในการรับส่ง	- รถรับส่งจำนวนเพียงพอ	0	0.0
	- รถรับส่งมีความปลอดภัย มีทางให้ขึ้นลงรถ ได้สะดวก	0	0.0
	- รับส่งได้รวดเร็ว ทันเวลา	0	0.0
	- ความถี่ในการรับส่งเหมาะสมกับความต้องการ ของผู้สูงอายุ	0	0.0
8. การให้บริการ รถรับส่ง	- ให้บริการเป็นประจำทุกวัน	0	0.0
	- ค่าบริการในการรับส่งในชีวิตประจำวัน มีความเหมาะสม	0	0.0
	- มีตารางเวลาการรับส่งที่ชัดเจน ตรงเวลา	0	0.0
	- มีบริการรับส่งฟรีเพื่อไปตรวจสุขภาพประจำปี	0	0.0



ตาราง 6 (ต่อ)

ประเด็น	ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
9. เส้นทางการจราจร	- เส้นทางการจราจรจัดเป็นระบบไม่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ	229	95.4
	- ถนนอยู่ในสภาพดี ไม่เป็นหลุม	234	97.5
	- มีเส้นกลางถนน และขอบถนนชัดเจน	236	98.3
	- มีเส้นทางสำหรับขี่จักรยาน	34	14.2
10. การแจ้งเหตุกรณีฉุกเฉิน	- มีระบบการแจ้งเหตุกรณีฉุกเฉิน	0	0.0
	- สะดวก รวดเร็วในการแจ้งเหตุ	238	99.2
	- หากมีเหตุฉุกเฉินทราบว่าต้องแจ้งใคร และแจ้งอย่างไร	227	94.6
	- มีการซ้อมการขนส่งกรณีฉุกเฉินเป็นประจำอย่างน้อยทุกปี	0	0.0

จากตาราง 6 แสดงว่า ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในประเด็นที่ 2 การมีระบบคมนาคมและยานพาหนะที่สนับสนุนผู้สูงอายุ ลักษณะที่ตอบว่ามีมากที่สุด ได้แก่ สะดวก รวดเร็วในการแจ้งเหตุ คิดเป็นร้อยละ 99.2 โดยชุมชนบางที่จะไม่มีระบบการให้บริการรถรับส่งเป็นประจำทั้งในกรณีการใช้ชีวิตประจำวัน และกรณีฉุกเฉิน รวมทั้งไม่มีระบบการแจ้งเหตุกรณีฉุกเฉินที่ชัดเจนสำหรับคนในชุมชนและไม่มีการซ้อมการขนส่งกรณีฉุกเฉิน

ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุที่กลุ่มตัวอย่างตอบว่า ไม่มี จำนวนมากถึง 14 ลักษณะ ได้แก่ 1) มีจุดรับส่งการให้บริการรถ 2) มีจำนวนเพียงพอครอบคลุมพื้นที่ 3) มีจุดรับส่งที่อยู่ใกล้บ้านผู้สูงอายุ 4) สะดวกในการเดินทาง 5) มีที่นั่งสำหรับคอยรถที่ปลอดภัย 6) รถรับส่งมีความปลอดภัย มีทางให้ขึ้นลงรถได้สะดวก 7) รับส่งได้รวดเร็ว 8) ระยะเวลา 9) ความถี่ในการรับส่งเหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุ 10) ให้บริการเป็นประจำทุกวัน 11) ค่าบริการในการรับส่งในชีวิตประจำวัน มีความเหมาะสม 12) มีตารางเวลาการรับส่งที่ชัดเจนตรงเวลา 13) มีบริการรับส่งฟรีเพื่อไปตรวจสุขภาพประจำปี 14) มีระบบการแจ้งเหตุกรณีฉุกเฉิน และ 14) มีการซ้อมการขนส่งกรณีฉุกเฉินเป็นประจำอย่างน้อยทุกปี

ตาราง 7 ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่จำแนกตามรายชื่อในประเด็นที่ 3  
การมีบ้านที่อยู่อาศัยและเครื่องใช้ในสภาพที่เหมาะสม (n = 240)

ประเด็น	ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
11. ความปลอดภัย	- บ้านอยู่ในทำเลที่ปลอดภัย	240	100
	- มีไฟฟ้าส่องสว่างในบ้านและบริเวณบ้าน เพียงพอ	240	100
	- บริเวณบ้านเป็นระเบียบ หลุม้าไม่รก	230	95.8
	- พื้นบ้านทุกห้องทำด้วยวัสดุที่ไม่ลื่น (เช่น ห้องน้ำ ห้องนอน ห้องครัว ห้องโถง ห้องรับแขก)	221	92.1
12. สิ่งอำนวยความสะดวก	- มีเตียงนอนที่เมื่อลุกนั่งแล้ววางเท้าแนบกับพื้น พอดี	174	72.5
	- มีราวจับในห้องนอน และห้องน้ำ	5	2.1
	- มีปุ่มกดขอความช่วยเหลือติดในบ้าน	5	2.1
	- มีอุปกรณ์ช่วยอำนวยความสะดวกในการเดิน อย่างเหมาะสม	10	4.2
13. พื้นที่ใช้สอย	- ห้องน้ำอยู่ใกล้ห้องนอน	227	94.6
	- ห้องน้ำกว้างพอสำหรับรถเข็นเข้าได้	13	5.4
	- ห้องนอนกว้างพอที่มีเนื้อที่เหลือด้านข้างเตียง และปลายเตียง	25	10.4
	- มีห้องครัวแยกเป็นสัดส่วน	226	94.2
14. ความมั่นคง แข็งแรง	- โครงสร้างบ้านมั่นคง แข็งแรง	237	98.8
	- ฝาบ้าน หลังคาบ้านมั่นคง แข็งแรง	237	98.8
	- ประตูหน้าต่าง แข็งแรง	237	98.8
	- อุปกรณ์อำนวยความสะดวกแข็งแรง เช่น โต้ะ เก้าอี้	237	98.8

ตาราง 7 (ต่อ)

ประเด็น	ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
15. สุขอนามัย	- ห้องน้ำสะอาด ไม่มีกลิ่นเหม็น มีที่ทิ้งขยะในห้องน้ำ	233	97.1
	- ห้องนอนสะอาด เป็นระเบียบ	235	97.9
	- ห้องครัวสะอาด เป็นระเบียบ	231	96.3
	- บริเวณอื่นภายในบ้านสะอาด เช่น ห้องโถง ห้องรับแขก	237	98.8

จากตาราง 7 แสดงว่าลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในประเด็นที่ 3 การมีบ้านที่อยู่อาศัยและเครื่องใช้ในสภาพที่เหมาะสม ลักษณะที่ตอบว่ามีมากที่สุด มี 2 ลักษณะ ได้แก่ บ้านอยู่ในทำเลที่ปลอดภัย มีไฟฟ้าส่องสว่างในบ้านและบริเวณบ้านเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 100 และลักษณะที่ตอบว่ามีน้อยที่สุดมี 2 ลักษณะ เช่นกัน ได้แก่ มีราวจับในห้องนอน และห้องน้ำ มีปุ่มกดขอความช่วยเหลือติดในบ้าน คิดเป็นร้อยละ 2.1

ตาราง 8 ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่จำแนกตามรายชื่อในประเด็นที่ 4  
การมีกิจกรรมสังคมและระบบที่สนับสนุนผู้สูงอายุ (n = 240)

ประเด็น	ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
16. โอกาสในการร่วมกิจกรรม	- สถานที่จัดกิจกรรมอยู่ใกล้ สะดวกในการไปร่วมกิจกรรม	231	96.3
	- ไม่มีข้อจำกัดใด ๆ ในการเข้าร่วมกิจกรรม	217	90.4
	- ช่วงเวลาในการจัดกิจกรรมเหมาะสม ไปเข้าร่วมได้	221	92.1
	- มีแรงจูงใจในการไปร่วมกิจกรรม	22	9.2

ตาราง 8 (ต่อ)

ประเด็น	ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
17. การจัดกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ	- จัดกิจกรรมสม่ำเสมอ	236	98.3
	- จัดกิจกรรมที่ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ	232	96.7
	- จัดกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ	235	97.9
	- จัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	237	98.8
18. ความหลากหลายของกิจกรรม	- มีกิจกรรมทางศาสนา	231	96.3
	- มีกิจกรรมทำให้เกิดอาชีพเสริม	234	97.5
	- มีกิจกรรมทำให้เกิดความสนุกสนาน	238	99.2
	- กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	234	97.5
19. การให้ความช่วยเหลือของคนในชุมชน	- เพื่อนบ้านมีความใส่ใจทุกข์สุข	228	95.0
	- มีคนในชุมชนชวนไปร่วมกิจกรรม	231	96.3
	- มีคนในชุมชนไปรับส่งเข้าร่วมกิจกรรม	228	95.0
	- มีระบบในชุมชนรับส่งไปร่วมกิจกรรม	234	97.5
20. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของคนในชุมชน	- ร่วมกิจกรรมทางศาสนาในชุมชน เช่น ใส่บาตร ทำบุญที่วัดในวันพระ	226	94.2
	- ร่วมงานเทศกาลประจำปี เช่น วันสงกรานต์	233	97.1
	- ร่วมกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ	223	92.9
	- ร่วมกิจกรรมอื่น ๆ ในชุมชน เช่น ตลาดนัดชุมชน	236	98.3

จากตาราง 8 แสดงว่าลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในประเด็นที่ 4 การมีกิจกรรมสังคมและระบบที่สนับสนุนผู้สูงอายุ ลักษณะที่ตอบว่ามีมากที่สุด ได้แก่ มีกิจกรรมทำให้เกิดความสนุกสนาน คิดเป็นร้อยละ 99.2 และลักษณะที่ตอบว่ามีน้อยที่สุด ได้แก่ มีแรงจูงใจในการไปร่วมกิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 9.2

ตาราง 9 ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่จำแนกตามรายชื่อในประเด็นที่ 5  
 การได้รับการเคารพยกย่องและการยอมรับในสังคม (n = 240)

ประเด็น	ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
21. ความพร้อม ของผู้ให้บริการ	- มีผู้ให้บริการที่พร้อมช่วยเหลือผู้สูงอายุ	236	98.3
	- ผู้ให้บริการมีจำนวนเพียงพอ	221	92.1
	- ผู้ให้บริการมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ	237	98.8
	- ผู้ให้บริการสุภาพ ให้เกียรติผู้สูงอายุ	237	98.8
22. ความคิดเห็น ต่อผู้สูงอายุ	- ผู้สูงอายุมีคุณค่าในสังคม	235	97.9
	- ผู้สูงอายุทำให้บ้านอบอุ่น	235	97.9
	- ผู้สูงอายุเป็นที่พึ่งทางใจของคนในบ้าน	233	97.1
	- ผู้สูงอายุถ่ายทอดประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ ต่อสังคม	236	98.3
23. ความสัมพันธ์ กับคนในชุมชน	- มีความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวดี	237	98.8
	- มีความสัมพันธ์กับญาติดี	236	98.3
	- มีความสัมพันธ์กับเพื่อนดี	238	99.2
	- มีความสัมพันธ์กับคนในชุมชนดี	238	99.2
24. การทำกิจกรรม ร่วมกับคนอื่น ๆ	- ทำกิจกรรมร่วมกับลูกหลาน	226	94.2
	- ร่วมกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุ	26	10.8
	- ร่วมกิจกรรมกับคนในวัยต่าง ๆ	24	10.0
	- ร่วมกิจกรรมภายนอกชุมชน	15	6.3
25. การยอมรับ นับถือผู้สูงอายุ	- คนวัยเดียวกันให้การยอมรับ	232	96.7
	- คนอายุมากกว่าให้การยอมรับ	229	95.4
	- คนอายุน้อยกว่าให้ความเคารพนับถือ	237	98.8
	- คนนอกชุมชนให้ความเคารพนับถือ	11	4.6



จากตาราง 9 แสดงว่าลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในประเด็นที่ 5 การได้รับการเคารพยกย่องและการยอมรับในสังคม ลักษณะที่ตอบว่ามีมากที่สุด 2 ลักษณะ ได้แก่ มีความสัมพันธ์กับเพื่อนดี และมีความสัมพันธ์กับคนในชุมชนดี คิดเป็นร้อยละ 99.2 และลักษณะที่ตอบว่ามีน้อยที่สุด ได้แก่ คนนอกชุมชนให้ความเคารพนับถือ คิดเป็นร้อยละ 4.6

ตาราง 10 ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่จำแนกตามรายชื่อในประเด็นที่ 6 การมีส่วนร่วมในโอกาสการทำงานและจิตอาสา (n = 240)

ประเด็น	ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
26. งานที่ทำให้เกิดผลตอบแทน	- มีงานที่ทำให้เกิดรายได้เป็นประจำ	232	96.7
	- มีงานที่ทำให้เกิดประโยชน์แก่ผู้อื่น	237	98.8
	- มีงานที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ	230	95.8
	- มีงานที่เหมาะสมกับความสามารถ	238	99.2
27. ค่าตอบแทนในการจ้างงาน	- รายได้จากการทำงานเหมาะสมกับลักษณะงาน	225	93.8
	- รายได้จากการทำงานเหมาะสมกับความสามารถ	237	98.8
	- มีค่าตอบแทนอื่นนอกเหนือจากรายได้เป็นตัวเงิน	0	0.0
	- ค่าตอบแทนที่ได้มีความยุติธรรม	14	5.8
28. กิจกรรมจิตอาสา	- มีลักษณะกิจกรรมที่หลากหลาย	234	97.5
	- เหมาะกับความสามารถของผู้สูงอายุ	236	98.3
	- ช่วงระยะเวลาการทำกิจกรรมเหมาะสม	4	1.7
	- ทำให้ได้รับการขอบคุณหรือยกย่องให้เกียรติ	236	98.3
29. การใช้ความรู้ความสามารถให้เป็นประโยชน์	- ถ่ายทอดความรู้ให้คนในชุมชน	18	7.5
	- ถ่ายทอดความรู้ให้คนนอกชุมชน	7	2.9
	- ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน	18	7.5
	- เป็นที่ปรึกษาให้กับคนในชุมชนหรือนอกชุมชน	21	8.8

ตาราง 10 (ต่อ)

ประเด็น	ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
30. การเป็น พลเมืองที่ดี	- เป็นตัวอย่างที่ดีแก่คนในชุมชน	237	98.8
	- ไปร่วมกิจกรรมพัฒนาชุมชน	232	96.7
	- มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน	232	96.7
	- เป็นตัวแทนของชุมชนไปร่วมกิจกรรมภายนอก ชุมชน	11	4.6

จากตาราง 10 แสดงว่าลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในประเด็นที่ 6 การมีส่วนร่วมในโอกาสการทำงานและจิตอาสา ลักษณะที่ตอบว่ามีมากที่สุด ได้แก่ มีงานที่เหมาะสมกับความสามารถ คิดเป็นร้อยละ 99.2 โดยลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุที่กลุ่มตัวอย่างตอบว่าไม่มี จำนวน 1 ลักษณะ ได้แก่ มีค่าตอบแทนอื่นนอกเหนือจากรายได้เป็นตัวเงิน

ตาราง 11 ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่จำแนกตามรายชื่อในประเด็นที่ 7 การสื่อสารและให้ข้อมูลที่ได้ผลแก่ผู้สูงอายุ (n = 240)

ประเด็น	ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
31. ระบบสื่อสาร	- มีการสื่อสารข้อมูลทั่วถึง	230	95.8
	- วิธีการสื่อสารหลากหลาย	234	97.5
	- การสื่อสารมีความชัดเจน	230	95.8
	- สื่อสารได้เข้าใจตรงกัน	230	95.8
32. ข่าวสาร	- ข่าวสารมีความน่าเชื่อถือ	238	99.2
	- ข่าวสารมีประโยชน์ต่อชุมชน	238	99.2
	- ข่าวสารเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องรู้	238	99.2
	- ข่าวสารทันเหตุการณ์	234	97.5

ตาราง 11 (ต่อ)

ประเด็น	ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
33. การใช้ภาษา	- เสียงห้วน พุดซ้ำ	22	9.2
	- เสียงได้ยินชัดเจน	22	9.2
	- ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย	237	98.8
	- มีการทบทวนความเข้าใจให้ตรงกัน	9	3.8
34. อุปกรณ์สื่อสาร	- มีอุปกรณ์การสื่อสารหลายชนิด	237	98.8
	- ใช้เสียงตามสายในการสื่อสาร	216	90.0
	- ใช้โทรศัพท์ในการสื่อสาร	15	6.3
	- ใช้ป้ายอักษรตัวโต อ่านง่าย เห็นชัดเจน	8	3.3
35. การสื่อสารในผู้ที่บกพร่องการรับรู้	- มีการสื่อสารสำหรับผู้ทีบกพร่องการรับรู้	0	0.0
	- มีผู้มีความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารในผู้ที่บกพร่องการรับรู้	0	0.0
	- มีผู้ให้ความช่วยเหลือในการสื่อสารกับ ผู้บกพร่องการรับรู้	0	0.0
	- มีการสื่อสารกับผู้ทีบกพร่องการรับรู้ให้เข้าใจได้	0	0.0

จากตาราง 11 แสดงว่าลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในประเด็นที่ 7 การสื่อสาร และให้ข้อมูลที่ได้ผลแก่ผู้สูงอายุ ลักษณะที่ตอบว่ามีมากที่สุด 3 ลักษณะ ได้แก่ ข่าวสารมีความน่าเชื่อถือ ข่าวสารมีประโยชน์ต่อชุมชน และข่าวสารเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องรู้ คิดเป็นร้อยละ 99.2 โดยลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุที่กลุ่มตัวอย่างตอบว่า ไม่มี จำนวน 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) มีการสื่อสารสำหรับผู้ทีบกพร่องการรับรู้ 2) มีผู้มีความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารในผู้ที่บกพร่องการรับรู้ 3) มีผู้ให้ความช่วยเหลือในการสื่อสารกับผู้บกพร่องการรับรู้ และ 4) มีการสื่อสารกับผู้ทีบกพร่องการรับรู้ให้เข้าใจได้

ตาราง 12 ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่จำแนกตามรายชื่อในประเด็นที่ 8  
การสนับสนุนและให้บริการสุขภาพจากชุมชน (n = 240)

ประเด็น	ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
36. การบริการ ด้านสุขภาพ	- มีบริการด้านสุขภาพหลายประเภท	240	100.0
	- มีบริการด้านสุขภาพนอกเวลาราชการ	240	100.0
	- มีเจ้าหน้าที่ประจำในเวลาทำการ	237	98.8
	- มีตารางเวลาการบริการแต่ละประเภทชัดเจน	237	98.8
37. คุณภาพ ของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบล	- เจ้าหน้าที่ยิ้มแย้ม ใส่ใจในการให้บริการ	222	92.5
	- มีเตียงสำหรับนอนพักเพื่อสังเกตอาการ	240	100.0
	- มีห้องในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น	240	100.0
	- มีที่ตั้งสะดวกในการมารับบริการ	240	100.0
38. แผนฉุกเฉิน ในการช่วยเหลือ ผู้สูงอายุ	- มีแผนของรพ.สต. ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ที่มีอาการฉุกเฉินที่บ้าน	240	100.0
	- มีการซ้อมแผนการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีอาการ ฉุกเฉิน	0	0.0
	- มีรถบริการฟรีในการช่วยเหลือเมื่อมีภาวะ ฉุกเฉิน	15	6.3
	- มีเจ้าหน้าที่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน	237	98.8
39. แหล่ง สนับสนุน ด้านสุขภาพ ของชุมชน	- มีสถานที่ออกกำลังกายของชุมชน	234	97.5
	- มีตลาดหรือร้านขายอาหารสุขภาพ	0	0.0
	- มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางสุขภาพในชุมชน	0	0.0
	- มีสถานที่ประกอบพิธีทางศาสนา	240	100.0
40. การมีส่วนร่วม ของชุมชน ในการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ	- มีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน	230	95.8
	- ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ในหลักการดูแลผู้สูงอายุ	235	97.9
	- มีระบบบุคคลจิตอาสาในการดูแลผู้สูงอายุ อย่างต่อเนื่อง	0	0.0
	- มีสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน อย่างสม่ำเสมอ	0	0.0

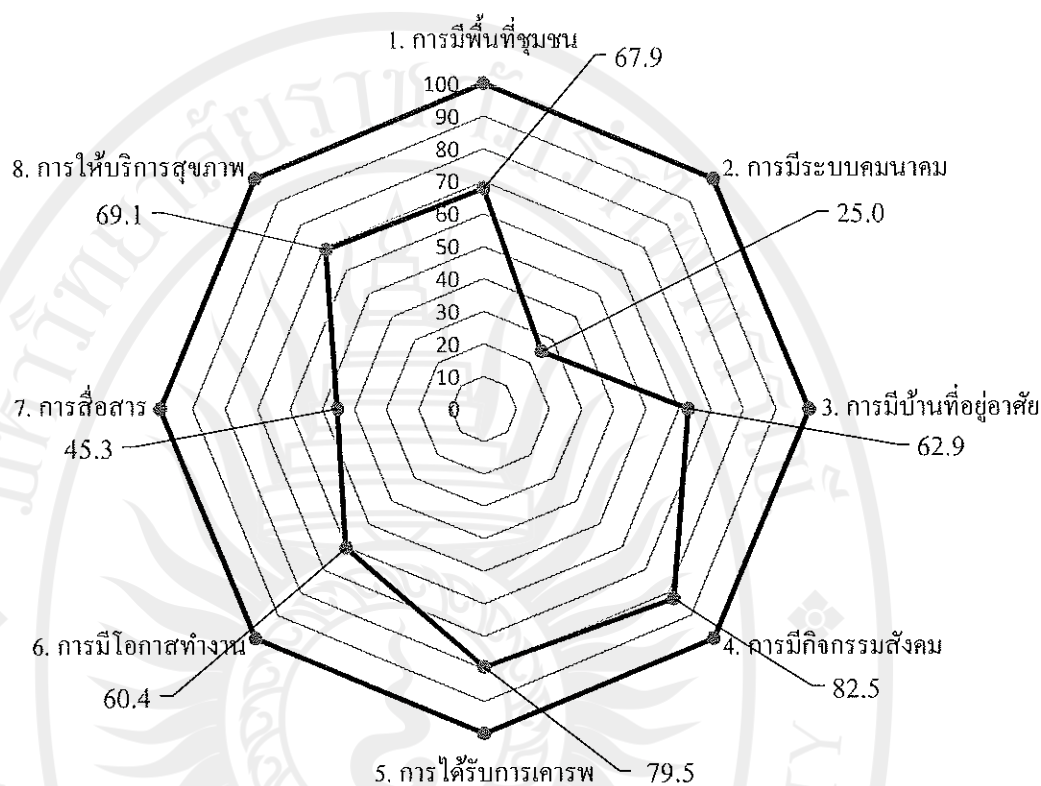
จากตาราง 12 แสดงว่าลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในประเด็นที่ 8 การสนับสนุนและให้บริการสุขภาพจากชุมชน ลักษณะที่ตอบว่ามีมากที่สุด 7 ลักษณะ ได้แก่ มีบริการด้านสุขภาพหลายประเภท มีบริการด้านสุขภาพนอกเวลาราชการ มีเตียงสำหรับนอนพัก เพื่อสังเกตอาการ มีห้องในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น มีที่ตั้งสะดวกในการมารับบริการ มีแผนของรพ.สต. ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีอาการฉุกเฉินที่บ้าน และมีสถานที่ประกอบพิธีทางศาสนา คิดเป็นร้อยละ 100.0

โดยลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุที่กลุ่มตัวอย่างตอบว่า ไม่มี จำนวน 5 ลักษณะ ได้แก่ 1) มีการซ่อมแผนกช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีอาการฉุกเฉิน 2) มีตลาดหรือร้านขายอาหารสุขภาพ 3) มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางสุขภาพในชุมชน 4) มีระบบบุคคลจิตอาสาในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (ไม่มีระบบบุคคลจิตอาสาที่มาดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง มีจิตอาสามาดูแลในบางครั้ง) และ 5) มีสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ (สหสาขาวิชาชีพจะมาดูแลเฉพาะรายในช่วงระยะหนึ่งเท่านั้น ไม่ได้ดูแลอย่างสม่ำเสมอ กลุ่มตัวอย่างจึงตอบว่าไม่มี)

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 240 คน ด้วยแบบสัมภาษณ์ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่ ทำให้ได้ข้อมูลว่า ตามทัศนะของผู้สูงอายุในชุมชนบางกะจะมีความเห็นว่าชุมชนนี้ มีลักษณะของชุมชนที่เป็นมิตรผู้สูงอายุทั้ง 8 ประเด็น ในแต่ละประเด็นยังไม่ครบถ้วน โดยสามารถสรุปเป็นใยแมงมุมแห่งความสมดุล (Balanced Cobweb) ของลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ดังภาพประกอบ 4

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี





ภาพประกอบ 4 ไยแมงมุมแห่งความสมดุล (Balanced Cobweb) ของลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

จากภาพประกอบ 4 แสดงว่า ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุของชุมชนบางกะจะตามทัศนะของผู้สูงอายุในชุมชนจำนวน 240 คน เมื่อเปรียบเทียบกับ AFC/WHO ทั้ง 8 ประเด็น โดยแต่ละประเด็นเกณฑ์คะแนนเต็มร้อยละ 100 ปรากฏว่า ชุมชนมีการพัฒนาในลักษณะต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับแนวคิดสากลในระดับค่อนข้างดี

โดยประเด็นที่อยู่ในระดับสูง ชัดเจนกว่าประเด็นอื่น ๆ มี 2 ประเด็น ได้แก่ การมีกิจกรรมสังคมและระบบที่สนับสนุนผู้สูงอายุ และประเด็นการได้รับการเคารพยกย่องและการยอมรับในสังคม ร้อยละ 82.5 และ 79.5 ตามลำดับ ส่วนประเด็นการมีระบบคมนาคมและยานพาหนะที่สนับสนุนผู้สูงอายุ อยู่ในระดับต่ำ โดยมีลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ร้อยละ 25.0 ต่ำกว่าประเด็นอื่นอย่างชัดเจน กล่าวได้ว่า ชุมชนบางกะจะยังคงรักษาวัฒนธรรมที่ดั้งเดิมของสังคมไทย นั่นคือ การให้ความเคารพผู้อาวุโส แต่ยังคงขาดปัจจัยพื้นฐานเรื่อง รถสาธารณะ

2.2 การสัมภาษณ์เชิงคุณภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกโดยใช้คำถามปลายเปิด ร่วมกับการสังเกตสีหน้า แววตา ท่าทาง ของกลุ่มตัวอย่างขณะที่สัมภาษณ์และการสังเกตสภาพบ้าน ห้องน้ำ ห้องนอน ห้องครัว ห้องรับแขก สิ่งอำนวยความสะดวกภายในบ้าน และอาณาบริเวณรอบ ๆ บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชนบางกะจะที่ได้จากการเลือกแบบเจาะจง สัมภาษณ์ จำนวน 33 คน ข้อมูลจึงอ้อมตัว โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุหมู่ที่ 1 จำนวน 12 คน หมู่ที่ 4 จำนวน 13 คน และหมู่ที่ 6 จำนวน 8 คน ช่วงอายุระหว่าง 65 ปี – 89 ปี ระยะเวลาในการอาศัยอยู่ในชุมชนบางกะจะน้อยที่สุด 12 ปี และมากที่สุด 89 ปี ระดับการศึกษาต่ำสุดคือ ประถมศึกษาปีที่ 4 สูงสุด คือ ปริญญาโท ดังรายละเอียด ตามภาคผนวก จ ซึ่งมีผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีความคิดเห็นว่า ควรมีการพัฒนาชุมชนให้มีลักษณะตามที่ระบุในแบบสัมภาษณ์ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่ครบทุกประเด็น เป็นพื้นฐานในการพัฒนาชุมชน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า ควรเพิ่มเติมลักษณะย่อย สำหรับการพัฒนาในชุมชนบางกะจะ ดังนี้

ประเด็นที่ 1 มีพื้นที่ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุใช้ประโยชน์ร่วมกัน

- 1) ไฟฟ้า มีไฟกะพริบหรือ ไฟสีเหลืองบริเวณทางแยกหมู่บ้าน
- 2) พื้นที่สาธารณะ มีปุ่มกดขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน โดยเชื่อมโยงระบบไปยังหน่วยความช่วยเหลือฉุกเฉินของชุมชน

บริเวณทางแยกในหมู่บ้าน ไม่มีไฟที่แสดงให้เห็นชัดเจนว่าเป็นทางแยก อาจเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเพิ่มได้ แม้จะเป็นเส้นทางที่คนในชุมชนใช้กันเป็นประจำก็ตาม เมื่ออายุมากขึ้นระบบประสาทการตื่นตัวจะลดลงได้ หรือแม้แต่คนหนุ่ม-สาว ก็เช่นกัน การมีไฟสีเหลือง หรือไฟกะพริบ จะช่วยเตือนให้มีความระมัดระวังเพิ่มขึ้นได้ การมีไฟกะพริบพบว่ามีเฉพาะบริเวณทางแยกเข้าวัด โบสถ์พลอยแหวนเท่านั้น และไฟสีเหลือง จะมีเฉพาะบริเวณแยกถนนใหญ่ ทางเข้าวัดสิงห์ และทางเข้าถนนชาติอนุสรณ์ด้านติดต่อกับถนนท่าเฉลบเท่านั้น ดังคำพูดของผู้สูงอายุรายที่ 1 และ 2 ที่ว่า

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

“... ตามทางแยกในหมู่บ้าน ไม่มีไฟกะพริบ เห็นมีแต่แถววัด โบสถ์ ถ้ามีไฟกะพริบก็เห็นชัดดี หรือจะเป็นไฟสีเหลืองก็ได้ จะได้ระวังกันมากขึ้น บ้านเรามีคนนอกเข้ามากันเยอะอยู่ ช่วงค่ำ ๆ บางทีกลับมาจากงานศพวัดพลับ ชีมนอไซค์เอง เจอพวกขับเร็ว

ไปก็มีนะ เต็มด้วยรุ่นจากที่อื่น ไม่ใช่แถวนี้หรอก เราต้องระวังตัวเอง แถวตามแยก  
ยังต้องระวัง เจอไฟเหลือง ไฟกะพริบ ก็รู้สึกว่าจะช่วยให้ระวังมากขึ้นได้นะ...”

“... พื้นที่สาธารณะในภาพรวมของชุมชนถือว่าใช้ได้ อยู่ ชาวบ้านก็ช่วยกันดูแลดี  
แต่คิดว่าการมีสัญญาณ ไฟนำจะเป็นสิ่งที่ช่วยลดความเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุได้  
เป็นไฟกะพริบยิ่งดีทำให้เห็นได้ชัดเจน เหมาะกับผู้สูงอายุ อายุมากขึ้นอวัยวะหลาย  
อย่างก็เสื่อมไปตาม ๆ กัน ที่จริงเป็นประโยชน์ทั้งกับคนในชุมชน และนอกชุมชน  
เบื้องต้นจะเปลี่ยนหลอดไฟเป็นสีเหลืองก่อนก็ได้ น่าจะมีการปรับปรุงได้เร็วกว่ามีไฟ  
กะพริบ ก็ค่อย ๆ พัฒนากันไป เทศบาลเขาดูแลเรื่องพวกนี้อยู่...”

การมีป้อมกดขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินในห้องน้ำสาธารณะของวัดพลับ  
วัดโบสถ์พลอยแหวน และวัดสิงห์ เป็นสิ่งที่ควรพัฒนาให้มี โดยเชื่อมโยงระบบไปยังหน่วย  
ความช่วยเหลือฉุกเฉินของชุมชน เช่นเดียวกับที่คิดในบ้าน ขณะนี้ไม่มีป้อมกดขอความช่วยเหลือใน  
ห้องน้ำสาธารณะทุกแห่ง ซึ่งห้องน้ำเป็นบริเวณที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุสำหรับผู้สูงอายุมากที่สุด  
ดังนั้น เมื่อมีการพัฒนาให้มีป้อมกดขอความช่วยเหลือแล้ว จึงควรพัฒนาและเชื่อมโยง ให้ครอบคลุม  
พื้นที่ทั้งบ้าน และห้องน้ำสาธารณะ ซึ่งเป็น โครงการสำคัญที่ทางเทศบาลบางกะจะ สามารถเป็น  
ผู้รับผิดชอบหลัก โดยมีการประสาน ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่เป็นรูปธรรม  
และเป็นต้นแบบให้กับชุมชนอื่นได้ ดังคำพูดของผู้สูงอายุ รายที่ 3 ที่ว่า

“...ห้องน้ำสาธารณะวัดพลับ วัดโบสถ์ วัดสิงห์ ยังไม่มีป้อมกดขอความช่วยเหลือใน  
ทุกกรณี บอกได้เลยว่าทั้งเทศบาลตำบลบางกะจะก็ยังไม่ มี แม้แต่ที่บ้านตัวเองก็ยัง  
ไม่ได้ติดตั้งเหมือนกัน ถ้าจะพัฒนาทั้งชุมชนก็ทำทีเดียวให้มีการเชื่อมโยงระบบไป  
หน่วยความช่วยเหลือของชุมชน จะเป็นประโยชน์ได้หลายเรื่อง เวลาเกิดเหตุฉุกเฉิน  
หลายคนตกใจ ทำอะไรไม่ค่อยถูก โครงการแบบนี้เทศบาลบางกะจะเป็นผู้รับผิดชอบ  
หลักได้โดยตรง เป็นการพัฒนาที่ควรทำให้เกิดเป็นจริงในชุมชน...”

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

## ประเด็นที่ 2 มีระบบคมนาคมและยานพาหนะที่สนับสนุนผู้สูงอายุ

1) เส้นทางจราจร มีป้ายแสดงการจอดรถที่ชัดเจน และมีถนนอยู่ในสภาพดีที่ครอบคลุมทุกพื้นที่

2) การแจ้งเหตุกรณีฉุกเฉิน มีรถฉุกเฉินประจำชุมชน

เนื่องจากการจอดรถบริเวณถนนในตลาดบางกะจะ หมู่ที่ 1 มีการจอดรถทั้ง 2 ด้านของถนน ทำให้การจราจรติดขัด เพราะถนนกว้างเพียงพอสำหรับรถยนต์ 2 คัน เท่านั้น เพื่อให้รถสวนทางกันได้ และไม่พบป้ายแสดงการจอดรถ จึงควรจัดทำป้ายแสดงการจอดรถที่ชัดเจน หรือป้าย ห้ามจอดตลอดแนว โดยควรให้จอดรถด้านเดียวของถนนเท่านั้น คือ ทางด้านซ้ายของถนน กรณีที่มาจากทางวัดพลับ เนื่องจากเป็นเส้นทางที่คนนอกชุมชนมักสัญจรมาจากตัวเมือง และคนในชุมชนจะทราบกันเองว่า ให้จอดรถทางด้านซ้ายของถนน ดังคำพูดของผู้สูงอายุ รายที่ 4 และ 5 ที่ว่า

“... ถนนตลาดบางกะจะขยายไม่ได้ละ มีบ้านคน 2 ข้าง ติดถนนกันแล้ว ยังมีคนมาจอดรถกัน 2 ด้านอีก ไม่เห็นมีป้ายบอก จอดแบบนี้ที่ไร รถติดทุกที อันที่จริงแถวนี้ เขาให้จอดรถทางเดียวนะ คนในเขารู้กัน แต่ยังมีคนจอดรถ 2 ด้าน คนในก็มี คนมาจากที่อื่นก็มี น่าจะมีป้ายห้ามจอด ตรงถนนตลาดบางกะจะ ให้เห็นชัด ๆ กว่านี้ ...”

“... ถนนสุดสายยาวตั้งแต่หน้าโรงเรียนบางกะจะ ไปถึงโรงเรียนวัดสิงห์ น่าจะมีป้ายให้จอด หรือ ห้ามจอดรถ เป็นเรื่องเป็นราวก็ดี จอดรถทางเดียวจะดีกว่า จะได้ไม่ต้องจอดรถกัน 2 ด้าน ถนนในตลาดบางกะจะแคบ แต่รถวิ่งกันเยอะอยู่ ยิ่งวันที่มีตลาดนัดวัดสิงห์นะ รถยิ่งเยอะมากขึ้น พอรถจอดกัน 2 ด้าน รถยนต์วิ่งสวนกัน ไม่ได้เลย...”

ถึงแม้ว่าถนนสายหลักจะอยู่ในสภาพดี แต่ยังมีถนนในความดูแลของเทศบาลตำบลบางกะจะ ที่ถนนมีลักษณะเป็นดิน และมีหลุมบ่อบางส่วน เนื่องจากการขายที่ดินและสร้างบ้านใหม่จำนวนหนึ่ง จึงเป็นกลุ่มบ้านที่เกิดขึ้นใหม่ไม่ถึง 5 ปี การพัฒนาถนนจึงยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ส่วนนี้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาถนนให้อยู่ในสภาพดีครอบคลุมทุกพื้นที่ ดังคำพูดของผู้สูงอายุ รายที่ 6 และ 7 ที่ว่า

“... เพิ่งสร้างบ้านได้ 4 ปี เป็นบ้านแรกของที่ดินชุดนี้ เห็นเขาว่าเทศบาลจะทำถนนให้ ทำได้ก็ดีเลย ตอนนี้นั่นถนนเป็นฝุ่น มีหลุมด้วย จะเกิดอุบัติเหตุง่าย ยิ่งหน้าฝนยิ่งลำบาก แต่ไม่รู้ว่าเขาจะทำเมื่อไร เมื่อก่อนไม่มีบ้าน เป็นป่า แล้วเขาก็ทำเหมืองพลอย ตอนนี่เจ้าของที่ตายไปแล้ว ที่ดินเป็นของลูก ก็แบ่งที่ขายเป็นแปลง ๆ ซื้อมันไว้หลายคน ทขอยสร้างบ้านกัน ถนนนี้เจ้าของที่เขาก็บริจาคให้เทศบาลแล้ว รอเทศบาลมาทำ ถนน มีถนนก็จะสะดวกขึ้น คนบ้านอยู่ข้างในจะไม่ต้องลำบาก ...”

“... ถนนสายหลัก ๆ สภาพดี กว้างขวาง อย่างถนนชาติอนุสรณ์ สายตรงข้างวัดพลับ ถนนสายนอกทางด้านวัดโบสถ์พลอยแหวนนั่นก็ดี ไม่มีหลุมบ่อ มีไฟกระพริบตรงทางแยกด้วย แต่ก็มีข้างตามในชอกชอยที่ยังเป็นถนนดิน ก็มีทั้งส่วนที่เป็นของเอกชน และส่วนสาธารณะ ส่วนไหนพัฒนาได้ก็ควรพัฒนาให้ถนนอยู่ในสภาพดี เหมือน ๆ กัน ...”

สำหรับการมีรถบริการรับส่งสำหรับผู้สูงอายุในหมู่บ้าน เป็นสิ่งที่ดีหากทำได้ โดยอย่างน้อยที่สุด ควรมีใน 2 กรณี คือ เมื่อต้องการให้ผู้สูงอายุไปร่วมกิจกรรมของชุมชน และในกรณีฉุกเฉิน ถึงแม้ว่าจะมีลูกหลานหรือเพื่อนบ้านไปส่งเข้าร่วมกิจกรรมได้ แต่ในบางครั้งก็เกรงใจลูกหลาน ถ้าหากมีรถบริการรับส่งได้จะทำให้สะดวกมากขึ้นในการไปร่วมกิจกรรม ส่วนในกรณีฉุกเฉินหากเกิดเหตุในช่วงเวลาที่ลูกหลานไม่อยู่ ก็อาจทำให้เกิดอันตรายได้ ดังคำพูดของผู้สูงอายุ รายที่ 8 และ 9 ที่ว่า

“... รถรับส่งไปร่วมกิจกรรมก็มีนะที่ทางเทศบาลเขาจัดให้ แต่ไม่ได้มีทุกครั้ง มักจะไม่ค่อยมีส่วนใหญ่จะนัดกันไปเจอที่เทศบาล แล้วเขาก็จะมีรถพาไปอีกต่อหนึ่ง อย่างครั้งก่อนไปที่วัดเขาสุกิม เรื่องรถฉุกเฉินของเทศบาลไม่มีนะ ถ้ามีจะดีมาก ๆ บ้าเอง คิดว่าถ้ามีเหตุฉุกเฉินก็โทรตามลูก ๆ ถ้าเทศบาลมีรถฉุกเฉินในหมู่บ้านจะดีมาก เพราะลูกก็ไม่ได้อยู่ที่นี้ อาจถึงตายเอาได้ถ้าอาการหนัก ...”

“... ส่วนใหญ่ก็จะให้แฟนไปส่งเวลาไปร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ แต่ก็เกรงใจเขา อยู่เหมือนกัน เรื่องรถรับส่งไปร่วมกิจกรรมถ้ามีก็ดี เพราะบางคนไม่มีคนมาส่งก็จะไม่ได้มาร่วมกิจกรรม ส่วนรถฉุกเฉินสำคัญมาก ทางเทศบาลควรมีเป็นของตนเอง



จะเป็นประโยชน์กับคนในชุมชน ตอนนี้เกิดเหตุอะไร ก็โทรตามกู้ภัย บางคนตาม 1669 แต่ก็จำเบอร์นี้กันไม่ได้ทุกคนหรอก ...”

ประเด็นที่ 3 มีบ้านที่อยู่อาศัยและเครื่องใช้ในสภาพที่เหมาะสม

1) ความปลอดภัย มีไฟฟ้าส่องสว่างในบ้านและบริเวณบ้านเพียงพอ โดยเป็นระบบไฟฟ้าจากทางการ

2) สิ่งอำนวยความสะดวก มีปุ่มกดขอความช่วยเหลือติดในบ้าน โดยเชื่อมโยงระบบไปยังหน่วยความช่วยเหลือฉุกเฉินของชุมชน

3) สุขอนามัย มีน้ำดื่มที่สะอาด และน้ำใช้ที่เหมาะสมเพียงพอ

เนื่องจากระบบสาธารณูปโภคเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญในการดำรงชีวิต แต่พบว่าในรายละเอียดยังมีปัญหาเกี่ยวกับ น้ำ ไฟ ตามบ้านแต่ละหลัง ถึงแม้ว่าจะเป็นเพียงส่วนน้อยก็ตาม แต่ควรเร่งแก้ไข คือ การที่ยังไม่มีระบบไฟฟ้าจากทางการ และระบบน้ำประปาที่มีประสิทธิภาพเข้าถึงบ้านให้ครอบคลุมทุกบ้าน บางบ้านต้องใช้ไฟที่ขออนุญาตเชื่อมต่อเอง บ้านส่วนใหญ่ใช้น้ำบ่อ น้ำบาดาล เพื่อร์ดน้ำดื่ม ไม้ โดยหมู่ที่ 1 และหมู่ที่ 6 มีน้ำประปาจาก อ.เมือง ซึ่งน้ำไหลไม่แรง บางทีไม่ไหล ต้องใช้เครื่องปั้มน้ำดูดจากแท็งก์น้ำ และยังมีไม่ครอบคลุมทุกบ้าน หมู่ที่ 4 มีประปาของหมู่บ้าน แต่พบปัญหาน้ำขุ่นบางครั้งใช้ซักผ้าไม่ได้ ทุกหมู่บ้านในพื้นที่ศึกษา เมื่อน้ำไม่พอใช้ต้องซื้อน้ำจากรถของเอกชน ดังคำพูดของผู้สูงอายุ รายที่ 10 - 13 ที่ว่า

“... หมู่ 1 ปกติไฟก็ใช้ได้ดีไม่มีปัญหาอะไร จะมีปัญหาช่วงหน้าฝนที่ไฟฟ้าดับบ่อยมาก นำปรับปรุงให้ดีขึ้น อยากให้ปรับปรุงระบบน้ำประปาด้วย ที่บ้านใช้น้ำประปาจากในเมือง น้ำไหลอ้อย ๆ ตอนกลางวันจะไม่ค่อยไหล ต้องเอาน้ำใส่แท็งก์น้ำแล้วใช้ปั้มน้ำช่วยดูจึงจะแรงดี ช่วงฝนแล้งมีรถน้ำของเทศบาลมาแจกบ้านละ 1 ตุ่ม ต้องใช้อย่างประหยัดจึงจะพอ...”

“... หมู่ 4 ไฟไม่ดับ ไฟสว่าง น้ำไหล แต่มีปัญหาตรงที่ ไฟตกบ่อย ไฟตกทั้งซอยหิน โคร่งนั้นแหละ ส่วนน้ำก็มีประปาหมู่บ้าน แต่บางทีน้ำแดง เป็นสีดินแดงเลย ซักผ้ายังไม่ได้ น้ำกินซื้อตลอดอยู่แล้ว ถ้าทำให้น้ำใสกว่านี้ กินได้จะดีมาก ผู้ใหญ่บ้านเขาก็รู้ปัญหานี้ดีกำลังคิดหาวิธีแก้ไขปัญหาช่วยเหลือกันอยู่...”

“... บ้านอยู่หมู่ 6 ไฟฟ้าที่มีใช้บ้านแถว ๆ นี้ ขออนุญาตต่อกันเข้ามาเอง ยังไม่ใช่ของราชการ แต่เห็นเขาจะมีไฟฟ้าเข้ามาแล้วนะ ไม่รู้ว่าจะมีเมื่อไร น้ำก็ใช้น้ำบอร์ดนํ้า ดันไม้ ล้างจาน ซักผ้า แล้วก็ใช้น้ำชื้อ ชื้อจากรถเอกชน เก็บใส่แทงก์ใหญ่ อยู่ได้นานเป็นเดือน แล้วก็ใช้เครื่องดูดน้ำ เอานํ้ามาใช้ ไม่มีน้ำประปาใช้หรอก ยังเข้าไม่ถึงเหมือนกัน ...”

“... อยู่หมู่ 6 ไฟฟ้าดีดี มีน้ำประปาใช้ น่าจะเป็นของอำเภอเมือง เพราะไปจ่ายค่านํ้าที่นั่น ประปามียังไม่ทั่วหรอก แถวโน้นไม่มี ใช้นํ้าประปาก็มีปัญหา ตอนดึก ๆ จะไหลดีหน่อย ตอนกลางวันไหลน้อย ๆ บางทีก็ไม่ไหล ต้องรองน้ำใส่ค้่มไว้ บ้านเราไม่มีบ่อนํ้าก็ลำบาก บางบ้านมีบ่อนํ้าเป็นของตนเองก็สบายหน่อย มีใช้ทั้งบ่อนํ้าค้่น และเจาะบ่อนํ้าบาดาล ...”

บ้านที่อยู่อาศัยและเครื่องใช้ภายในบ้านมีสภาพที่แตกต่างกันมาก เริ่มตั้งแต่ลักษณะบ้านที่ไม่มีฝาบ้านมั่นคงแข็งแรง หลังคารั่ว ไม่มีห้องแยก ไปจนถึงบ้านที่มั่นคง มีห้องแยกเป็นสัดส่วน และมีสิ่งอำนวยความสะดวกในบ้านที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม แม้จะเป็นบ้านที่ไม่มั่นคงแข็งแรง แต่ในห้องนํ้าเป็น โดส้วมแบบนั่งเก้าอี้ และมีราวจับในห้องนํ้า ดังนั้นในการพัฒนาประเด็นนี้จึงต้องมีการพัฒนาให้เหมาะสมกับลักษณะของแต่ละบ้าน โดยพบว่าประเด็นสำคัญที่ควรพัฒนาสำหรับทุกบ้านคือ มีปุ่มกดขอความช่วยเหลือติดในบ้าน โดยเป็นปุ่มที่เชื่อมโยงระบบไปยังหน่วยความช่วยเหลือฉุกเฉินของชุมชน ในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน เมื่อกดปุ่มนี้ที่บ้านจะมีเสียงดัง ไปถึงศูนย์ให้ความช่วยเหลือในชุมชน ดังคำพูดของผู้สูงอายุ รายที่ 14 และ 15 ที่ว่า

“... ที่บ้านมีออกดกเวลาเกิดเหตุฉุกเฉิน แต่ดังภายในบ้าน ยังไม่เคยได้ใช้จริง ๆ แต่ก็ติดไว้ก่อน เพื่อจำเป็นต้องใช้ บ้านอื่น ๆ ไม่ค่อยมีกันหรอก ถ้ามีกดออกแบบดังไปถึงป้อมยามของหมู่บ้าน ได้ก็ดีเลย จะเป็นประโยชน์มาก ๆ โดยเฉพาะบ้านที่มีกันแต่คนแก่อยู่ บางบ้านก็มีคนแก่อยู่คนเดียว ...”

“... มีเหตุอะไรก็ใช้โทรศัพท์หาลูก ๆ เอา แต่ตอนตกใจไม่รู้จะกดโทรฉุกเฉินหรือเปล่า ไม่เคยเป็นอะไรที่ต้องโทรด่วน ๆ ถ้ามีปุ่มกดฉุกเฉินได้ที่บ้านจะง่ายหน่อย ตอนนี้

ปุ่มกดที่บ้านไม่มีหรือ กดปุ่มแล้วมีคนมาช่วยเหลือ ได้ก็ดีนะซิ ชอบเลยถ้ามีแบบนี้  
กลัวอยู่เหมือนกันว่าถ้าลูกไม่รับโทรศัพท์จะทำไง ...”

**ประเด็นที่ 4** มีกิจกรรมสังคมและระบบที่สนับสนุนผู้สูงอายุให้เข้าร่วม

โอกาสในการร่วมกิจกรรม แจ้งล่วงหน้าให้ทราบทุกครั้งเมื่อมีการจัดกิจกรรม  
การประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุทุกคน ไปเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง โดยแจ้งให้ทราบ  
ล่วงหน้า และการมีแรงจูงใจต่าง ๆ ที่ชัดเจนเพิ่มขึ้น มีรถรับส่งที่มีประสิทธิภาพ มีการสนับสนุน  
งบประมาณในกรณีที่เกิดกิจกรรมนั้นต้องมีค่าใช้จ่าย เช่น ค่าแต่งตัว ค่าเช่าชุด เป็นต้น เป็นสิ่งที่ควร  
พัฒนาในการสนับสนุนผู้สูงอายุให้เข้าร่วมกิจกรรม ดังคำพูดของผู้สูงอายุ รายที่ 16 และ 17 ที่ว่า

“... รถรับส่งไปร่วมกิจกรรมก็มีบ้างไม่มีบ้าง แต่นัดแล้วไม่ค่อยมา เป็นสายบัวแต่งตัว  
คอยเก้อ หลัง ๆ นี้ก็เลยไม่ได้ไป ถ้ามีรถรับส่งก็ต้องให้ตรงเวลาด้วย อันนี้สำคัญนะ  
ไม่มีแรงจูงใจ ใจเราก็ท้อมเห ไปร่วมกิจกรรม เสียเวลา แล้วยังต้องเสียเงินอีก ค่าเสื้อผ้า  
หน้าผม ค่าเช่าชุด ไปรำกลองยาว ก็ต้องจ่ายเอง แบบนี้ก็สู้ไม่ไหว ...”

“... มีกิจกรรมเขาไม่ได้บอกทุกครั้ง บางทีเราก็อยากไปเขาไม่บอก ก็ไม่กล้าจะไป  
ที่จริงไม่ต้องคิดแทน มีอะไรที่ให้ไปได้ ก็มาบอกตามบ้านเลย พวกอสม.ก็ช่วยได้นะ  
กิจกรรมที่ทำก็ช่วยให้สุขภาพดีขึ้นได้ ถ้าทำตามที่เขาสอน หรือจะประกาศเสียงตาม  
สายก็ได้ ใ้รู้ตัวกันล่วงหน้าจะได้ไปร่วมได้ ...”

**ประเด็นที่ 5** มีการได้รับความเคารพยกย่องและการยอมรับในสังคม

การยอมรับนับถือ มีการแสดงออกให้เห็นว่าเคารพนับถือ

การมีคนเคารพนับถือมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุทุกคน โดยการแสดงออกให้เห็น  
ว่ามีการให้ความเคารพนับถือ ให้ความสำคัญ จดจำได้ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกดี ได้แก่ การยิ้ม  
การพูดคุยทักทายด้วยคำพูดสุภาพ การยกมือไหว้ การใช้สรรพนามที่แสดงถึงการให้ความเคารพ  
เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ผู้ใหญ่ การมาเยี่ยมเยียนที่บ้าน การดูแลเอาใจใส่ ดังคำพูดของผู้สูงอายุ รายที่ 10  
ที่ว่า “..ไม่ได้เป็นผู้ใหญ่บ้านมานานแล้ว ทุกวันนี้ คนยังเรียก ผู้ใหญ่ เด็ก ๆ ที่รู้จักกันเจอก็ยกมือไหว้  
รู้สึกดียังมีคนจำได้...” เช่นเดียวกับผู้สูงอายุ รายที่ 14 ที่ว่า “...บางคนก็ยังเรียกผู้ใหญ่อยู่ เลิกเป็นมา  
นานแล้ว เขายังจำได้นะ ตอนนีที่ร้านก็เป็นที่รวมกลุ่มกันของผู้สูงอายุ มานั่งคุยกัน 6 - 7 คน ทุกวัน

ไม่มีเหงา...” ผู้สูงอายุบางคนเพียงแค่ว่าเจอหน้ากัน แล้วยิ้มให้ไม่ต้องพูดอะไร ก็ทำให้รู้สึกดี ดังคำพูดของผู้สูงอายุรายที่ 18 ที่ว่า “...แวะเวียนมาหากัน ยิ้มให้กันก็ดีแล้ว...” สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุมากที่สุด ในกลุ่มตัวอย่างที่สัมภาษณ์ จะรู้สึกดีเมื่อมีลูกหลานดูแลเอาใจใส่ ดังคำพูดของผู้สูงอายุรายที่ 19 ที่ว่า “...รู้สึกดีมาก เมื่อลูกหลานมาดูแล คอยถามว่ากินอะไร ตอนที่ป่วย ก็ช่วยชงยาให้ เซ็ดตัวให้ ...”

### ประเด็นที่ 6 มีส่วนร่วมในโอกาสการทำงานและจิตอาสา

การเป็นพลเมืองที่ดี สืบสานวัฒนธรรมประเพณีที่ดีของชุมชน

ผู้สูงอายุสามารถทำสิ่งที่ประ โยชน์ต่อชุมชน ได้ตามศักยภาพของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล สิ่งสำคัญที่ควรเพิ่มเติมคือ การที่ผู้สูงอายุสืบสานวัฒนธรรมประเพณีที่ดีของชุมชนให้คงอยู่ต่อไปถึงรุ่นลูก รุ่นหลาน โดยมีการทำงานเป็นทีมและให้ความสำคัญกับคนทุกช่วงวัย เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน สามารถสืบทอดได้ หากเป็นการทำกันเองโดยความร่วมมือของคนในชุมชน ไม่ต้องมีพิธีการจากราชการมากนัก จะง่ายมากขึ้นในทางปฏิบัติ ดังคำพูดของผู้สูงอายุ รายที่ 10 และ 20 ที่ว่า

“... ช่วงนี้ว่างก็คิดว่าจะทำอะไรเพื่อหมู่บ้าน คิดอยากพัฒนาให้มีชีวิต คือ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เป็นคนริเริ่มงานทั้งกระจัด ซึ่งภูมิใจมาก คนร่วมมือดีเพราะว่ามีผลงานที่ผ่านมา ทำให้เขาเชื่อถือ แต่ต้องทำงานเป็นทีม ต้องช่วยกัน สำคัญมากในการทำให้งานสำเร็จ ให้ความสำคัญกับคนทุกวัย ให้มีการสืบสานต่อไป งานเทศกาลศาลเจ้า มีกินเลี้ยงกัน เด็ก ๆ มาดูจะเห็นว่าผู้ใหญ่ทำอะไรกัน จะสืบทอดได้ ทำงานกับชุมชน ต้องเข้าใจชุมชน ถ้าชาวบ้านทำกันเอง จะง่ายกว่า ราชการมาทำงาน ยาก วุ่นวาย พิธีการเยอะ สถานที่ที่ต้องจัดพิเศษ เสียเวลารอนาน วุ่นวายหลายเรื่อง ...”

“... งานตักบาตรเทโวที่วัดพลับ เป็นประเพณีที่ดีมาก มีการรวมตัวกันของญาติพี่น้อง ลูกหลาน ได้ช่วยกันเตรียมของที่แจกบาตร ตอนเช้าก็ไปจองที่ตั้งแต่เช้าเลย สาย ๆ จะไม่มีที่เอา แต่ปีที่ผ่านมา พิธีกรรมมาก ไปหน่อย รอนานเลย ราชการมาร่วมด้วย กว่า จะได้เริ่มกินาน ชอบให้ทำกันเองประสาชาวบ้านดีกว่า ชาวบ้านก็มาช่วย ๆ กัน ไม่มีใครคิดค่าจ้าง มีแต่ช่วยบริจาคเงินร่วมทำบุญกัน ...”

การที่ผู้สูงอายุจะเป็นสมาชิกที่ดีของชุมชน นอกจากจะเป็นคนดีตามที่ได้ทราบกัน โดยทั่วไปแล้ว ประเด็นสำคัญต่างๆ ตามมุมมองของผู้สูงอายุ คือ เป็นผู้สูงอายุที่ไม่เรื่องมาก ดังคำพูดของผู้สูงอายุ รายที่ 28 ที่ว่า “...แก่แล้วไม่สร้างความวุ่นวายให้กับใคร ไม่ทำให้ใครเดือดร้อน ง่าย ๆ เลย คือ ไม่เรื่องมาก ลูกหลานก็ไม่เบียด เขาก็อยากมาหาเรา แค่นี้ก็เป็นคนดีแล้วนะ...” ทำนองเดียวกับผู้สูงอายุ รายที่ 32 ที่ว่า “...ไม่เอาเปรียบใคร ไม่ว่าใคร แม้จะพูดจาไม่เพราะก็ไม่เป็นไร เราต้องแยกแยะให้ได้ ต้องดูว่าเขามีเจตนาอะไร อายุมากแล้วย่าเยอะก็ดีแล้ว...” สอดคล้องกับที่ผู้อาวุโสที่สุดในกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุ รายที่ 19 ที่ว่า “...อย่าไว้วางใจ ต้องคิดเลยว่า ทำดี 100 คน ทำชั่วทีเดียวก็หมด ทำดีทำยาก แต่ทำดีตายไปยังมีคนนึกถึง ยิ่งแก่ยิ่งต้องทำดี...”

### ประเด็นที่ 7 มีการสื่อสารและให้ข้อมูลที่ส่งผลแก่ผู้สูงอายุ

#### อุปกรณ์สื่อสาร มีคนเคาะบอกตามบ้าน

ถึงแม้จะมีวิธีการสื่อสารที่หลากหลาย แต่การสื่อสารที่ได้ผลสำหรับผู้สูงอายุที่ควรจะมีคือ มีคนเคาะบอกตามบ้าน ซึ่งเป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับการสื่อสารภายในหมู่บ้าน และจะได้ผลดีสำหรับผู้สูงอายุ ที่การมองเห็นและการได้ยิน มีการเสื่อมลงไปตามวัย ดังนั้น การเคาะบอกตามบ้านผู้สูงอายุแต่ละคน จึงเป็นการสื่อสารที่แน่ใจได้ว่าถึงผู้รับ และยังเป็นการสื่อสารสองทาง สอบถามทำความเข้าใจให้ตรงกันได้ เหมาะสมกับบริบทของชุมชนบางกะจะ ดังคำพูดของผู้สูงอายุ รายที่ 14 ที่ว่า “...เสียงตามสายก็ดี ควรจะมีวิธีอื่น ๆ ด้วย แต่ดีที่สุดคือ เคาะบอกตามบ้าน แก่ ๆ กันแล้วหูตึง ตาฝ้าฟางกันลงไปเยอะ...” นอกจากนี้ เสียงตามสายที่มียังไม่ครอบคลุมทั่วทุกบริเวณ มีบางจุดที่ได้ยินไม่ชัดเจน ดังคำพูดของผู้สูงอายุรายที่ 21 ที่ว่า “...เสียงตามสายมีกันทั้งหมด 1 หมู่ 4 หมู่ 6 แต่บางจุดได้ยินไม่ชัดเจน น่าจะมีให้ได้ยินทั่ว ๆ...”

ข่าวสารที่ผู้สูงอายุต้องการทราบ มีความแตกต่างกันไปตามความสนใจของผู้สูงอายุแต่ละคน ดังนั้น ภาครัฐที่ต้องการสื่อสารข้อมูล ข่าวสาร จะต้องประเมินได้ว่า ข่าวสารประเภทใด เป็นข่าวสารที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องรู้ และควรมีวิธีการสื่อสารแบบใด จึงจะเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคน เพื่อให้การสื่อสารนั้นได้ผลแก่ผู้สูงอายุ ดังคำพูดของผู้สูงอายุรายที่ 22 ที่ว่า “...ชอบรู้เรื่องราวทุกเรื่อง เพราะ ไปตลาดนัดจะได้คุยกับเขาได้...” คำพูดของผู้สูงอายุรายที่ 23 ว่า “...ชอบข่าวสารเรื่อง สุขภาพและการเมือง เพราะมีผลต่อความเป็นอยู่ของเราได้...” หรือคำพูดของผู้สูงอายุรายที่ 24 ที่ว่า “...อยากรู้เรื่องการเมือง สุขภาพ กีฬา โดยเฉพาะมวย ชอบดูมาก...”



ประเด็นที่ 8 มีการสนับสนุนและให้บริการสุขภาพจากชุมชน

- 1) คุณภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่พูดจาไพเราะ สุภาพ
- 2) แหล่งสนับสนุนด้านสุขภาพของชุมชน มีสถานที่ออกกำลังกายของชุมชนที่พร้อมใช้ และปลอดภัย

การใช้คำพูดของเจ้าหน้าที่ทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีผลต่อความรู้สึก และความต้องการไปใช้บริการของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการประเมินคุณภาพของสถานพยาบาล ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จึงควรระบุให้ชัดเจนว่า เจ้าหน้าที่พูดจาไพเราะสุภาพ เพิ่มเติมจากการมีหน้าตายิ้มแย้ม ใส่ใจในการบริการ เพราะถึงแม้ว่าจะมีบุคลิกภาพภายนอกที่แสดงออกถึงการบริการด้วยความเต็มใจก็ตาม แต่หากมีคำพูดที่ไม่สอดคล้องกับภาษาภายนอกที่แสดงออก ย่อมทำให้เกิดความรู้สึกในทางลบต่อผู้มารับบริการได้ ดังนั้น เจ้าหน้าที่ทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ จึงควรแสดงออกให้ครบถ้วนถึงการมีจิตบริการ ด้วยทุกคนที่มาใช้บริการในสถานบริการสุขภาพนั้น ต้องมีเหตุและปัจจัยที่เป็นความทุกข์อยู่แล้ว การมาเจอกับเจ้าหน้าที่ซึ่งไม่มีจิตบริการ จะยิ่งเป็นการเพิ่มเติมปัญหาให้มีความซ้ำซ้อนมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่สมควรให้เกิดขึ้นอย่างยิ่ง ในสถานพยาบาลดังกล่าวของผู้สูงอายุ รายที่ 25 และ 26 ที่ว่า

“... ที่นี้เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เขาก็ดี ยิ่งหมอ ๆ ยิ้มแย้ม พูดคุยดี ให้บริการดี จะมีเจ้าหน้าที่บางคนที่ไม่ใช่หมอ บางครั้ง หน้าบึ้ง พูดจาไม่ค่อยจะดีเท่าไร แต่ก็เกรงใจ หมอปุ๊กไม่กล้าบอก เห็นว่าหมอเขาก็ดี ๆ กันทุกคน ถ้าน้อง ๆ เจ้าหน้าที่ปรับหน้าให้ยิ้มกว่านี้สักนิด พูดให้เพราะเพิ่มอีกสักหน่อย ทุกครั้งที่มีคน ไปอนามัย ก็จะได้ดี มาก ๆ...”

“... ทั้งหมอกุ้ง หมอปุ๊ก ดีกันมาก ๆ หมอกุ้งเพิ่งมาใหม่แต่เขาก็ดี เรื่องผู้สูงอายุตอนนี้ หมอกุ้งเป็นคนดูแล หมอคนอื่น ๆ ก็ดีนะ ดีกันทุกคน หมอปุ๊กบ้านอยู่ตรงนี้เอง ชาวบ้านรัก หมอเขาดี รักษาเก่งอยู่นะ ไม่ถือตัว พูดจาดี ทักทายดี เป็นตัวอย่างที่ดีให้ ลูกน้องได้เลข เวลาที่อนามัยมีกิจกรรมอะไรให้ไป ถ้าหมอปุ๊กมาชวนเอง คนจะไป กันเยอะหน่อย เกรงใจนะ ไปก็ดีทั้งสนุก ทั้งได้ความรู้...”

แหล่งสนับสนุนด้านสุขภาพของชุมชน ต้องการให้พัฒนา สถานที่ออกกำลังกายของชุมชนที่พร้อมใช้ และปลอดภัย โดยควรจะมีสถานที่ออกกำลังกาย หรือลานกีฬาประจำหมู่บ้านของตนเอง ที่มีความพร้อมสำหรับให้ผู้สูงอายุสามารถเดินทางไปออกกำลังกายได้อย่างสะดวก ดังคำพูดของผู้สูงอายุ รายที่ 27, 29 และ 30 ที่ว่า

“... อยากให้ทำลานกีฬาหมู่บ้าน ให้เสร็จสักที บอกว่าปีนี้เสร็จ ก็ยังไม่เห็นเสร็จเลยจะได้ออกกำลังกายใกล้บ้าน มีพวกเครื่องเล่น เหมือนอย่างทุ่งนนช มีที่ออกกำลังกายคนจะได้เจอกัน และแข็งแรงขึ้นด้วย จะไปใช้ลานกีฬาของหมู่บ้าน 6 มั่นก็ไกลไปถ้าหมู่บ้าน เสร็จก็จะสบายหน่อย เดินไปได้ น่าจะเสร็จได้แล้ว ...”

“... การมีที่ออกกำลังกาย มีลานกีฬาที่มีความพร้อมในแต่ละหมู่บ้านก็มีความสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสในการไปออกกำลังกายได้เพิ่มขึ้น ความพร้อมก็มี เช่น มีพื้นที่ไม่ลื่น มีเครื่องเล่นที่ได้มาตรฐาน อาจมีหลังคาเพิ่มในบางส่วนฝนตกจะได้ออกกำลังกายได้ ถ้าทำได้ก็จะดีมาก ๆ ลานกีฬาที่มีความพร้อมประจำหมู่บ้าน ...”

“... หมู่ 4 มีลานอเนกประสงค์นะที่น่าจะทำต่อให้ใช้ประโยชน์ได้มากกว่านี้ ต่อเติมห้องอีกสักหน่อย ใช้ประชุมกลุ่ม ใช้ทำกิจกรรมอะไรเล็ก ๆ น้อย ๆ ได้เลย ไม่เหมือนของ หมู่ 6 เขามีที่เต้นแอโรบิค ก็มีคนมากันอยู่กลุ่มหนึ่งประจำนะ ตีอยู่นะมีหลังคาถ้าจะกันให้มีห้องประชุมด้วยก็ดี บ้านเราฝนตกบ่อย ...”

จากข้อมูลเชิงคุณภาพข้างต้น สามารถสรุปประเด็นเพิ่มเติม ทั้งในส่วนของ การเพิ่มข้อความ และการเพิ่มรายละเอียดในลักษณะที่มีอยู่เดิม เพื่อพัฒนาลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่ กรณีศึกษาชุมชนบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ได้ดังนี้

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตาราง 13 ลักษณะย่อยชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่เพิ่มเติม

ประเด็น AFC/WHO	ลักษณะย่อยชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่เพิ่มเติม
1. การมีพื้นที่ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุใช้ประโยชน์ร่วมกัน (Outdoor Spaces and Buildings)	- มีโถงโถงหรือไฟส่องสว่างบริเวณทางแยกหมู่บ้าน - มีปุ่มกดขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน โดยเชื่อม โยงระบบไปยังหน่วยความช่วยเหลือฉุกเฉินของชุมชน - มีป้ายแสดงการจอดรถที่ชัดเจน
2. การมีระบบคมนาคมและยานพาหนะที่สนับสนุนผู้สูงอายุ (Transportation)	- มีถนนอยู่ในสภาพดีที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ - มีรถฉุกเฉินประจำชุมชน
3. การมีบ้านที่อยู่อาศัยและเครื่องใช้ในสภาพที่เหมาะสม (Housing)	- มีไฟฟ้าส่องสว่างในบ้านและบริเวณบ้านเพียงพอ โดยเป็นระบบไฟฟ้าจากทางการ - มีปุ่มกดขอความช่วยเหลือติดในบ้าน โดยเชื่อม โยงระบบไปยังหน่วยความช่วยเหลือฉุกเฉินของชุมชน - มีน้ำดื่มที่สะอาด และน้ำใช้ที่เหมาะสมเพียงพอ
4. การมีกิจกรรมสังคมและระบบที่สนับสนุนผู้สูงอายุ (Social Participation)	- แจ้งล่วงหน้าให้ทราบทุกครั้งเมื่อมีการจัดกิจกรรม
5. การได้รับการเคารพยกย่องและการยอมรับในสังคม (Respect and Social Inclusion)	- มีการแสดงออกให้เห็นว่าเคารพนับถือ
6. การมีส่วนร่วมในโอกาสการทำงานและจิตอาสา (Civic Participation and Employment)	- สืบสานวัฒนธรรมประเพณีที่ดีของชุมชน
7. การสื่อสารและให้ข้อมูลที่ได้ผลแก่ผู้สูงอายุ (Communication and Information)	- มีคนเคาะบอกตามบ้าน
8. การสนับสนุนและให้บริการสุขภาพจากชุมชน (Community Support and Health Services)	- เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลใจเพราะ สุขภาพ - มีสถานที่ออกกำลังกายของชุมชนที่พร้อมใช้ และปลอดภัย

### 3. องค์ความรู้ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเชิงบูรณาการ

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ความรู้ 3 สาขาวิชาที่นำมาบูรณาการร่วมกัน ได้แก่ สาขาวิชาการพยาบาล สังคมวิทยา และเศรษฐศาสตร์ จึงได้มีการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 สาขาวิชา จำนวน 7 ท่าน เพื่อสะท้อนถึงแนวปฏิบัติหลักในการส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ในประเทศไทย ซึ่งมีทั้งหมด 8 ประเด็น ได้แก่ 1) การมีพื้นที่ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุใช้ประโยชน์ร่วมกัน (พื้นที่ชุมชน) 2) การมีระบบคมนาคมและยานพาหนะที่สนับสนุนผู้สูงอายุ (คมนาคม) 3) การมีบ้านที่อยู่อาศัยและเครื่องใช้ในสภาพที่เหมาะสม (ที่อยู่อาศัย) 4) การมีกิจกรรมสังคมและระบบที่สนับสนุนผู้สูงอายุให้ เข้าร่วม (กิจกรรมสังคม) 5) การได้รับการเคารพยกย่องและการยอมรับในสังคม (เคารพยกย่อง) 6) การมีส่วนร่วมในโอกาสการทำงานและจิตอาสา (โอกาสทำงาน) 7) การสื่อสารและให้ข้อมูลที่ได้ผลแก่ผู้สูงอายุ (สื่อสาร) 8) การสนับสนุนและให้บริการสุขภาพจากชุมชน (บริการสุขภาพ) โดยที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จะประกอบไปด้วยบุคลากร ผู้ทรงคุณวุฒิ จากภาคส่วนการศาสนา การสาธารณสุข การปกครอง การบริหาร และวิชาการ ซึ่งเคยมีประสบการณ์ในการสอน วิจัย บรรยาย การปฏิบัติ และการสื่อสาร เผยแพร่เกี่ยวกับการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุในด้านใดด้านหนึ่ง หรือมากกว่า จากทัศนะวิชา การพยาบาล สังคมวิทยา และเศรษฐศาสตร์ มาแล้ว โดยสรุปการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ แต่ละท่าน ได้ ดังนี้

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตาราง 14 สถานที่ วันเวลา การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ	สถานที่สัมภาษณ์	วันเวลาสัมภาษณ์
1. รองศาสตราจารย์นายแพทย์ สรนิต ศิลธรรม ปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม	กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และ นวัตกรรม กรุงเทพมหานคร	2 มกราคม 2563 เวลา 9.00-10.30 น.
2. นายวิฑูรย์ ศรีนาม ผู้ว่าราชการจังหวัดจันทบุรี	จวนผู้ว่า จังหวัดจันทบุรี	5 ธันวาคม 2562 เวลา 13.00-14.30 น.
3. พระราชธรรมเมธี (ป.ธ.9), คร. รองเจ้าคณะจังหวัดจันทบุรี	วัดโค้งสนามเป้า จังหวัดจันทบุรี	11 มกราคม 2563 เวลา 17.00-18.30 น.
4. นางสุจิตรา พิทยานรเศรษฐ์ อธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์	กรมกิจการผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร	20 มกราคม 2563 เวลา 10.00-11.00 น.
5. รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ อดีตคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร	13 กุมภาพันธ์ 2563 เวลา 10.00-12.00 น.
6. อาจารย์สง่า ดามาพงษ์ ที่ปรึกษากรมนามัย กระทรวงสาธารณสุข	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร	14 กุมภาพันธ์ 2563 เวลา 11.00-12.00 น.
7. ดร.เดชรัต สุขกำเนิด นักวิชาการเศรษฐศาสตร์สุขภาพ และ อดีตหัวหน้าภาควิชา เศรษฐศาสตร์เกษตร และทรัพยากร คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร	23 ตุลาคม 2562 เวลา 10.00-12.00 น.



## สรุปจากการสัมภาษณ์ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ สรนิศ ศิทธธรรม ปลัดกระทรวง การอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

แนวคิดสำคัญที่สุดในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุคือ ควรยึดตัวผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางของบริบททั้งหลาย โดยใช้บ้านหรือชุมชนที่อยู่อาศัยเป็นสถานที่ดำเนินการเป็นหลัก จากนั้นจึงมีการวางแผนการทำงานร่วมกันขององค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนตามความเหมาะสมที่เกี่ยวข้อง สำหรับกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สามารถจะมีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ ระบบการศึกษาผู้สูงอายุ การให้ผู้สูงอายุอยู่ในชุมชน เทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุ และจิตอาสาผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียดดังนี้ (สรนิศ ศิทธธรรม, สัมภาษณ์, 2563)

### 1. การสร้างระบบการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

สร้างระบบการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Life long learning) สำหรับคนในช่วงอายุ 18 ปีขึ้นไป จนถึงสิ้นอายุขัย ให้มีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ มิใช่ไม่เฉพาะเป็นการศึกษาในระบบอุดมศึกษาเท่านั้น ในอนาคตผู้สูงอายุจะสามารถเข้ามานั่งเรียนในสถาบันการศึกษาร่วมกับคนในช่วงวัยอื่น ๆ ได้ ควรมีหลักสูตรเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุว่าควรจะต้องเรียนรู้เรื่องอะไรบ้าง เพื่อให้มีความรู้ในการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี มีการวางแผนชีวิตและจัดการสภาพบ้านเรือนรวมทั้งสิ่งแวดล้อมในการดำรงชีวิตให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

ระบบการศึกษาผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้เพียงพอในการจัดการตนเองให้มีสุขภาพดี อยู่ในขอบข่ายวิชาการพยาบาล และยังช่วยให้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข จึงอยู่ในขอบข่ายวิชาสังคมวิทยาอีกด้วย โดยช่วยส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ในประเด็นการมีพื้นที่ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุใช้ประโยชน์ร่วมกัน การมีบ้านที่อยู่อาศัยและเครื่องใช้ในสภาพที่เหมาะสม การมีกิจกรรมสังคมและระบบที่สนับสนุนผู้สูงอายุให้เข้าร่วม เพราะมีความรู้เบื้องต้นในการประเมินสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยว่าควรจะมีการพัฒนาอย่างไรจึงจะเหมาะสมกับบริบทของชุมชน สามารถมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น นำเสนอข้อมูล ความต้องการกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อนำไปประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เกิดการพัฒนาต่อไป

### 2. การดำเนินงานเพื่อให้ผู้สูงอายุอยู่ในชุมชน

ผู้สูงอายุต้องอยู่ที่บ้านจึงจะดีที่สุด ดังนั้นบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุควรเน้นหนักที่การสร้างระบบครอบครัวและชุมชนให้เข้มแข็ง โดยมีบ้านของผู้สูงอายุเองเป็นศูนย์กลาง จะมีการสร้างศูนย์การดูแลผู้สูงอายุเท่าที่จำเป็นเท่านั้น เพราะเมื่อผู้สูงอายุอยู่ที่บ้านนอกจากผู้สูงอายุจะรู้สึกอบอุ่นใจที่ได้อยู่ในใกล้ชิดลูกหลานที่คอยดูแลเอาใจใส่อย่างจริงใจแล้ว ยังเป็นโอกาสที่ระบบเครือข่ายจะได้แสดงการเคารพยกย่องและดูแลผู้สูงอายุ ให้เป็นแบบอย่างที่ดีแก่

คนรุ่นใหม่ได้ดำเนินรอยตามในอนาคต รวมทั้งทุกคนในครอบครัวสามารถเรียนรู้การเตรียมตัวเข้าสู่ภาวะผู้สูงอายุเช่นเดียวกันทุกคน ทั้งนี้อาจจะมีการเตรียมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ให้มีความรู้และทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุให้สมบูรณ์ขึ้น ซึ่งอาจเป็นลูกหลานหรือการจ้างบุคคลอื่นมาดูแลที่บ้าน ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละครอบครัว เมื่อครอบครัวและชุมชนมีการดูแลกัน มีการพูดคุยกัน ย่อมเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีภายในครอบครัวและชุมชน อยู่ในขอบข่ายวิชาสังคมวิทยา

การที่ผู้สูงอายุอยู่ที่บ้าน โดยมีระบบครอบครัวและชุมชนที่เข้มแข็ง เป็นพื้นฐานที่สำคัญมากในการส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) โดยเฉพาะในประเด็นการได้รับความเคารพยกย่องและการยอมรับในสังคม การเห็นตัวอย่างที่ดีของคนในครอบครัวเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการให้ความเคารพและการยอมรับในสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุ เมื่อบริบทของผู้สูงอายุเกินกำลังความสามารถของครอบครัวที่จะดูแลได้ ระบบชุมชนต้องเข้าไปช่วยดูแล โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ในประเด็นการสนับสนุนและให้บริการสุขภาพจากชุมชนอีกด้วย

### 3. เทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุ

การสร้างนวัตกรรมสำหรับผู้สูงอายุต้อง ราคาถูก ทำได้จริง และเหมาะสมกับผู้สูงอายุอาจเรียกสั้น ๆ ว่า “ง่าย ถูก และดี” เช่น การมีเครื่องมือสื่อสารแบบง่าย ในระบบกดปุ่มที่เน้นการกดเพียงปุ่มเดียวในการใช้งาน กดปุ่มเขียวต้องการคุย กดปุ่มเหลืองต้องการให้มาเยี่ยมที่บ้าน กดปุ่มแดงต้องการให้มาค่วนมมีเหตุฉุกเฉิน เป็นต้น เพราะนอกจากผู้สูงอายุจะมีสภาวะทางร่างกายที่ต้องเสื่อมถอยลงไปตามวัยแล้ว ในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินแม้แต่คนหนุ่มสาวเอง ถ้าหากไม่มีการเตรียมพร้อมที่ดี ไม่มีสติที่มั่นคงพอ การขอความช่วยเหลือจะล่าช้ากว่าที่ควรเป็น และอาจก่อให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้นนวัตกรรมสำหรับผู้สูงอายุ จึงต้องมีความสะดวกในการใช้งานไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ใดก็ตาม

การใช้เทคโนโลยีสำหรับการสร้างนวัตกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มักใช้ในการดูแลสุขภาพ ซึ่งอยู่ในขอบข่ายวิชาการพยาบาล และในการผลิตนวัตกรรมนั้น ต้องบริหารจัดการให้เกิดความคุ้มค่าในการลงทุน จึงอยู่ในขอบข่ายวิชาเศรษฐศาสตร์อีกด้วย โดยส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ในประเด็น การมีบ้านที่อยู่อาศัยและเครื่องใช้ในสภาพที่เหมาะสม เพราะเทคโนโลยีที่ใ้มีมักเกี่ยวกับวัสดุอุปกรณ์เครื่องอำนวยความสะดวกในบ้าน อย่างไรก็ตามขึ้นอยู่กับว่า นวัตกรรมนั้นคืออะไร เช่น ในกรณีกดปุ่ม เขียว เหลือง แดง ข้างต้น จะช่วยส่งเสริมในประเด็นการสนับสนุนและให้บริการสุขภาพจากชุมชน

#### 4. จิตอาสาผู้สูงอายุ

ชุมชนต้องเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเป็นจิตอาสาเพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณค่าของตนเอง เพราะผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ทรงคุณค่า เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิตที่ถ่ายทอดให้ผู้อื่นเกิดการเรียนรู้ได้ ขึ้นอยู่กับว่าผู้สูงอายุนั้นมีความสามารถในด้านใด การให้ผู้สูงอายุเป็นจิตอาสา หัวใจสำคัญคือ ต้องการให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของตนเอง ส่วนการได้รับค่าตอบแทนอื่น ๆ นั้นเป็นส่วนเสริม ดังนั้น ชุมชนควรมีการใช้ประโยชน์จากผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับศักยภาพที่มี เช่น ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการถ่ายทอดและรู้เรื่องประวัติศาสตร์ เป็นไกด์จิตอาสา ผู้ที่มีความสามารถทางดนตรี เป็นครูจิตอาสาสอนดนตรีให้เด็ก ๆ ในชุมชน เป็นต้น นับได้ว่าอยู่ในขอบข่ายวิชาสังคมวิทยา

การเป็นจิตอาสาผู้สูงอายุ ช่วยส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ในประเด็น การมีส่วนร่วมในโอกาสการทำงานและจิตอาสา ผู้สูงอายุและชุมชนจึงควรช่วยกันค้นหา ศักยภาพของผู้สูงอายุ และสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุใช้ศักยภาพของตนเองให้เกิดประโยชน์แก่ ชุมชน รวมทั้งชุมชนควรมีช่องทางให้ผู้สูงอายุได้แสดงศักยภาพของตนด้วย การที่ผู้สูงอายุไปเป็น จิตอาสา นอกจากจะช่วยส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุแล้ว ยังส่งเสริมในประเด็น การให้ความเคารพยกย่องและการยอมรับในสังคม เพราะทำให้คนในชุมชนได้มองเห็นถึง ความสามารถของผู้สูงอายุที่มีความสำคัญต่อชุมชน

ทั้งหมดที่กล่าวมานั้น มิอาจเกิดขึ้นได้เลย ถ้ายังมีชุดความคิดเดิม ๆ อยู่ ดังนั้น จุดเริ่มต้นที่สำคัญ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุคือ การเปลี่ยนแปลงชุดความคิด (Mind Set) ให้เข้าใจร่วมกันว่า ศูนย์กลางของการดูแลผู้สูงอายุที่แท้จริงคือ บ้านของผู้สูงอายุเอง (Home as Center of Caring) จึงต้องมีการเตรียมพร้อมทั้งตัวผู้สูงอายุเอง ผู้ที่กำลังจะเป็นผู้สูงอายุ คนใน ครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ สภาพบ้านเรือนและสิ่งสาธารณณะต่าง ๆ ในชุมชนที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิต ของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งนั้นรวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของคนในวัยอื่น ๆ ด้วย

## สรุปจากการสัมภาษณ์ นายวิฑูรย์ ศรีนาม ผู้ว่าราชการจังหวัดจันทบุรี

แนวคิดเรื่องชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ยังมีได้ดำเนินการอย่างเป็นทางการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุซึ่งชัดเจนในจังหวัดจันทบุรี แต่ได้มีการดำเนินการโครงการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุซึ่งดำเนินงานโดยหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีประเด็นสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ การฟื้นฟูวัฒนธรรมไทยโดยผสมผสานแนวคิด “บวร” การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับศักยภาพชุมชน และการมีระบบบริหารจัดการที่ดี โดยมีรายละเอียดดังนี้ (วิฑูรย์ ศรีนาม, สัมภาษณ์, 2562)

### 1. การฟื้นฟูวัฒนธรรมของสังคมไทยโดยผสมผสานแนวคิด “บวร” มาใช้อย่างเป็นทางการ

ชุมชนควรมีการผสมผสานแนวคิด “บวร” อันประกอบด้วย บ้าน วัด โรงเรียน มาใช้อย่างเป็นทางการ ท่ามกลางกระแสเทคโนโลยีที่เข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน การเคารพผู้อาวุโสยิ่งลดน้อยลงไป หากมีเทคโนโลยีแต่คนในชุมชนไม่มีการดูแลกัน ไม่สนใจกัน การใช้เทคโนโลยีจะไม่เกิดประโยชน์ต่อชุมชนอย่างแท้จริง ดังนั้นสิ่งสำคัญสำหรับสังคมไทยประการหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจึงควรมีการฟื้นฟูวัฒนธรรมของสังคมไทยที่ดั้งเดิม เช่น การเคารพผู้อาวุโส การมีน้ำใจช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ปลูกฝังให้กับคนรุ่นใหม่ โดยผสมผสานแนวคิด “บวร” มาใช้ให้เป็นรูปธรรม เริ่มจากบ้าน พ่อแม่ต้องเป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่ลูกหลาน มีวัดและโรงเรียนช่วยส่งเสริมการดำรงรักษาประเพณีที่ดั้งเดิม ช่วยขัดเกลานิสัยและจิตใจของคนในชุมชน ทำกิจกรรมในครอบครัวและในชุมชนร่วมกันอย่างสม่ำเสมอซึ่งอยู่ในขอบข่ายวิชาสังคมวิทยา นอกจากนี้ การฟื้นฟูวัฒนธรรมของสังคมไทยที่ดั้งเดิมให้สมาชิกทุกคนมองเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ ยังช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุได้ จึงอยู่ในขอบข่ายวิชาการพยาบาล อีกด้วย

การฟื้นฟูวัฒนธรรมของสังคมไทยโดยการนำแนวคิด “บวร” มาใช้จึงช่วยส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ในประเด็น การได้รับความเคารพยกย่องและการยอมรับในสังคม การมีกิจกรรมสังคมและระบบที่สนับสนุนผู้สูงอายุให้เข้าร่วม เพราะการได้ทำกิจกรรมร่วมกันทั้งที่บ้าน วัด และ โรงเรียน จะส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีของคนในครอบครัวและชุมชนได้ จึงก่อให้เกิดความเคารพและการยอมรับในสังคมต่อผู้สูงอายุมากขึ้น

### 2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับศักยภาพชุมชนโดยมีชุมชนเป็นแกนนำ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับศักยภาพของชุมชน โดยชุมชนต้องเป็นแกนนำในการคิดและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามศักยภาพที่มี หรือศักยภาพที่ต้องการ



พัฒนาซึ่งต้องมีความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน ทั้งนี้ภาครัฐต้องเข้าไปช่วยเสริมและสนับสนุนเพื่อให้การพัฒนาศักยภาพของชุมชนเกิดผลสัมฤทธิ์ โดยในการดำเนินงานของแต่ละชุมชนนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักที่จะช่วยสนับสนุนชุมชนในการดำเนินโครงการต่าง ๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดังกล่าว หลักปฏิบัติเหล่านี้อยู่ในขอบข่ายวิชาสังคมวิทยา

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับศักยภาพชุมชน ส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ประเด็นการมีกิจกรรมสังคมและระบบที่สนับสนุนผู้สูงอายุให้เข้าร่วม เพราะชุมชนต้องมีการจัดกิจกรรมในการค้นหาศักยภาพ และความต้องการของชุมชน เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่สอดคล้องกับบริบทที่มีอยู่

### 3. การมีระบบบริหารจัดการที่ดีในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

การปรับปรุงให้มีระบบบริหารจัดการที่ดีเพื่อให้ภาครัฐและภาคชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างแท้จริง โดยในการทำงานของภาครัฐควรมีหลักคิดที่ “ปัญหาของประชาชนคือ ปัญหาของเรา” ต้องไม่เกี่ยงงานกัน มีการประสานการทำงานร่วมกัน และมีการบริหารจัดการที่ดี ส่วนภาคชุมชนก็ต้องรู้ว่าตนเองมีหน้าที่อะไร มีข้อจำกัดใดที่ต้องให้ภาครัฐช่วยเสริม มีการร่วมแรงร่วมใจช่วยกันพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และมีการบริหารจัดการที่ดีเช่นกัน ซึ่งจะช่วยให้การพัฒนานั้นก่อให้เกิดประโยชน์กับประชาชนในชุมชนอย่างยั่งยืน หลักการนี้อยู่ในขอบข่ายวิชาสังคมวิทยา

การมีระบบบริหารจัดการที่ดีในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ประเด็น การสนับสนุนและให้บริการสุขภาพจากชุมชน เพราะการบริหารจัดการที่ดีในภาครัฐและประชาชนเป็นปัจจัยสนับสนุนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นได้

การมีส่วนร่วมของประชาชนจึงเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนา ทุกคนต้องทำหน้าที่ของตนเองไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรือภาคชุมชน การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต้องมีความเหมาะสมกับบริบทของวัฒนธรรมในสังคม ไม่เปลี่ยนแปลงไปตามกระแสโลกโดยลืมนำถึงรากเหง้าของตนเอง เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่สืบสาน ต่อยอด อย่างยั่งยืน

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี



สรุปจากการสัมภาษณ์ พระราชธรรมเมธี (ป.ธ.9), ดร. รองเจ้าคณะจังหวัดจันทบุรี การอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีความสุขนั้น คนในสังคมควรมีหลักธรรมที่เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวในการปฏิบัติจึงจะทำให้เกิดความสงบเรียบร้อยด้วยดี ท่ามกลางสภาพสังคมที่เข้าสู่สังคมสูงอายุหลักธรรมสำคัญที่ควรนำมาประยุกต์ใช้ในสังคมสูงอายุมี 5 ประการ ได้แก่ สติ กตัญญู กตเวที คุณค่าของคน มุตตตะจากะ และอิตตะสัมมาปณิธิ โดยมีรายละเอียดดังนี้ (พระราชธรรมเมธี. สัมภาษณ์. 2563)

### 1. สติ

ผู้สูงอายุและคนในชุมชนควรมีสติในการดำเนินชีวิต เพื่อให้อยู่ในสังคมสูงอายุได้อย่างมีความสุข เพราะการมีสติเป็นหลักธรรมสำคัญที่สุด สตินับเป็นอุปการะธรรมทั้งหมด เมื่อมีสติจะเป็นคนดี ไม่เป็นทาสของอารมณ์ มีเหตุผล และใจเย็น วิธีการรักษาสติ คือ ต้องค่อย ๆ ฝึกอย่างสม่ำเสมอ รู้จักยับยั้งชั่งใจ กำกับจิตใจให้มีสติ มีการเจริญวิปัสสนา โดยเจริญสติให้รู้เท่าทันอารมณ์ที่มากระทบตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ กำหนดรู้ว่าเป็นเกิดขึ้น ตั้งอยู่ดับไป ไม่ปรุงแต่ง ให้สติยับยั้งจิตไม่ให้เกิด กิเลส ได้แก่ ความชอบ (โลภะ) ความไม่ชอบ (โทสะ) ความหลง (โมหะ) หากไม่มีสติ กิเลสจะเกิดตลอดเวลา

การมีสติ จะช่วยให้คนในชุมชนเกิดความร่วมมือกัน มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน อยู่ในขอบข่ายวิชาสังคมวิทยา โดยส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ในประเด็น การมีกิจกรรมสังคมและระบบที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วม เพราะเมื่อคนมีสติ จะทำให้การร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ดำเนินไปด้วยดีได้

### 2. กตัญญูกตเวที

ความกตัญญูกตเวทีเป็นโอกาสทองของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ การมีความกตัญญูเป็นการรู้ว่าใครคือผู้มีพระคุณ กตเวทีเป็นการตอบแทนพระคุณของผู้มีพระคุณ ลูก ๆ ต้องพึงระลึกเสมอว่า พ่อแม่คือ ผู้มีพระคุณ และเป็นหน้าที่ของลูกที่ต้องดูแลท่านเป็นการตอบแทนพระคุณ

การแสดงออกถึงความความกตัญญูกตเวที จึงเป็นหน้าที่อันควรกระทำ ซึ่งช่วยส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีได้ด้วย จึงอยู่ในขอบข่ายวิชาสังคมวิทยา และวิชาการพยาบาล โดยเป็นหลักธรรมที่ส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ในประเด็น การได้รับความเคารพยกย่องและการยอมรับในสังคม เพราะเมื่อลูกหลานมีความกตัญญูกตเวที ย่อมมีการแสดงความเคารพและให้การยอมรับพ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย

### 3. คุณค่าของคน

คนในชุมชนควรมองเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุเองต้องเห็นคุณค่าของตนเองเช่นกัน ซึ่งช่วยทำให้มีสุขภาพจิตที่ดี และนำไปสู่การใช้ชีวิตในสังคมสูงอายุอย่างมีความสุขได้ คุณค่าของคนคือการเห็นว่าคนทุกคนมีคุณค่าเท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะอยู่ในสถานะอะไรก็ตาม จึงควรให้เกียรติ มีน้ำใจต่อกันเสมอ ไม่ควรดูถูกหรือเหยียดหยามผู้อื่น

การเห็นคุณค่าของคน จึงเป็นหลักธรรม ซึ่งอยู่ในขอบข่ายวิชาสังคมวิทยา และวิชาการพยาบาล โดยหลักธรรมนี้ส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ในประเด็น การได้รับความเคารพยกย่องและการยอมรับในสังคม การมีกิจกรรมสังคมและระบบที่สนับสนุนผู้สูงอายุให้เข้าร่วม รวมทั้งการมีส่วนร่วมในฐานะการจ้างงานและจิตอาสา เพราะการเห็นคุณค่าของคน จะทำให้มีการแสดงออกถึงการให้เกียรติผู้สูงอายุ คำนึงถึงว่าทุกคนมีคุณค่า จึงต้องมีการจัดกิจกรรมและระบบสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ มีการจ้างงานผู้สูงอายุ และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเป็นจิตอาสา

### 4. มุตตะจาอะ

ผู้สูงอายุเป็นทั้งผู้รับและผู้ให้ คือ ให้โดยไม่หวังผลตอบแทนอีกแล้ว มุตตะจาอะเป็นการเสียสละโดยไม่หวังผลตอบแทน เรียกได้ว่า สละขาด ไม่มีการเรียกร้องเอาคืนภายหลัง ซึ่งเป็นข้อปฏิบัติของผู้บำเพ็ญบารมี เทียบกับสมัยปัจจุบันนี้ คือ การเป็นจิตอาสา

มุตตะจาอะหรือการสละขาด ช่วยให้เห็นในสังคมอยู่ร่วมกันอย่างเอื้ออาทร ถือได้ว่าอยู่ในขอบข่ายวิชาสังคมวิทยา และเป็นหลักธรรมที่ส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ในประเด็น การมีส่วนร่วมใน โอกาสการทำงานและจิตอาสา เพราะเมื่อผู้สูงอายุและคนในชุมชนมีความเสียสละโดยไม่หวังผลตอบแทน จะเกิดจิตอาสาที่ร่วมกันพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

### 5. อัตตะสัมมาปณิธิ

การตั้งใจทำดี และทำดีได้จริงตามที่ตั้งใจไว้ ทั้งผู้สูงอายุและคนในชุมชน โดยร่วมกันส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถทำความดีได้ตามที่ตั้งใจไว้ ทั้งนี้ต้องเป็นความตั้งใจที่เหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุแต่ละคนด้วย อัตตะสัมมาปณิธิ เป็นการตั้งตนไว้ชอบ เริ่มจากการตั้งใจไว้ดี และได้กระทำความดีตามที่ตั้งใจไว้ ซึ่งจะได้ประโยชน์มากกว่า เรียกได้ว่า ได้ทั้งบุญและบารมี

อัตตะสัมมาปณิธิหรือการตั้งตนไว้ชอบ อยู่ในขอบข่ายวิชาสังคมวิทยา เพราะเมื่อมีความตั้งใจในการทำดี ก็จะปฏิบัติดี ทุกคนปฏิบัติดี สังคมย่อมเกิดความสงบสุข ซึ่งส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ในประเด็น การมีส่วนร่วมใน โอกาสการทำงานและจิตอาสา เพราะการตั้งตนไว้ชอบ เป็นหลักธรรมที่ส่งเสริมให้คนคิดดี ทำดี ซึ่งการเป็นจิตอาสาทำให้คนได้มีโอกาสปฏิบัติในสิ่งที่ดีงาม

การมีสติถือเป็นหัวใจสำคัญที่สุด ของการมีธรรมะอื่น ๆ เมื่อมีสติ จะทำให้ปฏิบัติธรรมะอื่น ๆ ได้ง่ายขึ้นกว่าเดิม และในการมีธรรมะทั้ง 5 ประการนั้น ถือได้ว่าเป็นหลักธรรมในสังคมสูงอายุที่เสริมสร้างให้คนทุกคนอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างมีความสุข

**สรุปจากการสัมภาษณ์ นางสุจิตรา พิทยานรเศรษฐ์ อธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์**

กรมกิจการผู้สูงอายุเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีการนำแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) มาปรับใช้ในแผนยุทธศาสตร์ของกรมกิจการผู้สูงอายุ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) เน้นการพัฒนาผ่านหน่วยพัฒนาท้องถิ่น คือ ชุมชนเป็นสำคัญ โดยขับเคลื่อนผ่านกลไกในระดับพื้นที่ เช่น ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (ศพส.) ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (ศพอส.) และชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งกรมกิจการผู้สูงอายุมีแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้ง 5 มิติ ได้แก่ มิติสังคม มิติเศรษฐกิจ มิติสุขภาพ มิติสภาพแวดล้อม และมิติเทคโนโลยี โดยมีรายละเอียดดังนี้ (สุจิตรา พิทยานรเศรษฐ์. สัมภาษณ์. 2563)

### 1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมิติสังคม

เน้นปรับทัศนคติของผู้สูงอายุและมุมมองชุมชนที่มีต่อผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้ มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน โดยมีการจัดสวัสดิการสังคมที่ครอบคลุม มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่จัดการโดยครอบครัว ชุมชน และสังคม ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ลดทัศนคติเชิงลบต่อผู้สูงอายุ ปรับทัศนคติให้มีมุมมองว่าผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้ สร้างสังคมเอื้ออาทรและกตัญญู คุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ และส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต ซึ่งอยู่ในขอบข่ายวิชาสังคมวิทยา

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในมิติสังคม ช่วยส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ในหลายประเด็น ได้แก่ การจัดสวัสดิการและการดูแลต่าง ๆ ให้กับผู้สูงอายุและการคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ ช่วยส่งเสริมในประเด็น การสนับสนุนและให้บริการสุขภาพจากชุมชน เพราะการจัดสวัสดิการต่าง ๆ นั้น เป็นการสนับสนุนจากภาครัฐที่ช่วยเอื้อให้การบริการสุขภาพมีคุณภาพมากขึ้น สำหรับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ส่งเสริมประเด็น การมีกิจกรรมสังคมและระบบสนับสนุนที่ผู้สูงอายุเข้าร่วม เพราะจะต้องมีกิจกรรมต่าง ๆ ที่ให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมได้ ส่วนการส่งเสริมให้มีทัศนคติต่อผู้สูงอายุในทางบวก การสร้างสังคมเอื้ออาทรและกตัญญู จะทำให้เกิดการแสดงออกที่ดีต่อกันมากขึ้น จึงช่วยส่งเสริมในประเด็น การได้รับความเคารพยกย่องและการยอมรับในสังคม ประการสุดท้าย การส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต ต้อง

มีการให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ จึงช่วยส่งเสริมประเด็น การสื่อสารและให้ข้อมูลที่  
ได้ผลแก่ผู้สูงอายุ

## 2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมิติเศรษฐกิจ

เน้นส่งเสริมทัศนคติการออมของผู้สูงอายุเพื่อคุณภาพชีวิตในบั้นปลาย โดยมีการพัฒนารูปแบบการออม ให้ความรู้ในการจัดการเงิน เสริมสร้างรายได้และการมีงานทำของผู้สูงอายุ ซึ่งอยู่ในขอบข่ายวิชาเศรษฐศาสตร์

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในมิติเศรษฐกิจนี้ ช่วยส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ในประเด็น การมีส่วนร่วมใน โอกาสทำงานและจิตอาสา เพราะมีการจัดการเพื่อให้ผู้สูงอายุมีโอกาสในการทำงานและเสริมสร้างรายได้เพิ่มขึ้น

## 3. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมิติสุขภาพ

เน้นการดำรงให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมให้นานที่สุด การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมหรือผู้สูงอายุที่มีพลัง (Active aging) ลดการพึ่งพา ลดการเจ็บป่วย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ออกแบบและพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละช่วงวัยให้ได้มาตรฐาน ซึ่งอยู่ในขอบข่ายวิชาการพยาบาล

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในมิติสุขภาพ ย่อมส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ในประเด็น การสนับสนุนและให้บริการสุขภาพจากชุมชน และประเด็นมีกิจกรรมสังคมและระบบสนับสนุนผู้สูงอายุให้เข้าร่วม เพราะการจะทำให้ผู้สูงอายุยังคงพฤติกรรมให้นานที่สุดได้นั้นต้องได้รับการสนับสนุนจากชุมชน โดยการมีระบบบริการและกิจกรรมต่าง ๆ ที่ให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมเพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรง ป้องกันการเจ็บป่วย และส่งเสริมให้ยังคงมีสุขภาพดีให้นานที่สุด

## 4. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมิติสภาพแวดล้อม

เน้นการปรับปรุงบ้านและสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ในชุมชนให้เหมาะสมกับคนทุกวัย โดยส่งเสริมการนำแนวคิดการออกแบบที่เหมาะสมกับคนทุกวัย (Universal design) จัดระบบบริการสาธารณะที่เกื้อหนุนผู้สูงอายุและเข้าถึงบริการได้ การพัฒนามิตินี้จึงเอื้อให้มีปัจจัยทางกายภาพที่ช่วยให้ใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข อยู่ในขอบข่ายวิชาสังคมวิทยา

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในมิติสภาพแวดล้อม นับได้ว่าเป็นการส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ในประเด็น การมีพื้นที่ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุใช้ประโยชน์ร่วมกัน การมีระบบคมนาคมและยานพาหนะที่สนับสนุนผู้สูงอายุ การมีบ้านที่อยู่อาศัยและสภาพเครื่องใช้ในสภาพที่เหมาะสม เพราะการปรับปรุงสภาพแวดล้อม และการจัดระบบบริการสาธารณะ



ต่าง ๆ ต้องคำนึงถึงว่าพื้นที่ชุมชนและระบบบริการเหล่านั้น ผู้สูงอายุสามารถใช้ประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างสะดวกสบายและปลอดภัย

### 5. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมิติเทคโนโลยี

เน้นการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีการใช้งานง่าย และเข้าถึงได้จริง พัฒนาคือความร่วมมือทางเทคโนโลยีและนวัตกรรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงฐานข้อมูลผู้สูงอายุในระดับประเทศ เพื่อให้มีการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น อยู่ในขอบข่ายวิชาการพยาบาล

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในมิติเทคโนโลยี ส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ในประเด็น การมีบ้านที่อยู่อาศัยและเครื่องใช้ในสภาพที่เหมาะสม การสื่อสารและการให้ข้อมูลที่ได้ผลแก่ผู้สูงอายุ การสนับสนุนและให้บริการสุขภาพจากชุมชน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าเทคโนโลยีนั้นใช้ประโยชน์ในด้านใด เช่น แผ่นยางกันลื่น ช่วยในการมีเครื่องใช้ในสภาพที่เหมาะสม เทคโนโลยีหมอนลดแผลกดทับ จะช่วยในการบริการสุขภาพ สายด่วนฉุกเฉินประจำหมู่บ้าน ช่วยในการสื่อสารและการบริการสุขภาพจากชุมชน เป็นต้น

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้ง 5 มิติดังกล่าว ช่วยส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ได้ครบทั้ง 8 ประเด็น ซึ่งการพัฒนาในแต่ละมิติจะมีความเชื่อมโยงไปถึงมิติอื่น ๆ ด้วย ทำให้การพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นในแต่ละประเด็นด้วยเช่นกัน เพราะแต่ละประเด็นมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงถึงกันมิได้แยกออกจากกันอย่างเด็ดขาด

การทำงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจึงควรเป็นการทำงานเชิงรุก การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและคนในชุมชนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยต้องทำความเข้าใจว่าชุมชนนั้นมีศักยภาพอะไร มีความต้องการอะไร เพื่อจะได้สนับสนุนแต่ละมิติได้อย่างถูกต้อง สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานต้องเข้าใจงานของตนเอง และวิธีการสื่อสารกับคนในชุมชน ดังนั้นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นพื้นฐานที่จำเป็นในการทำงานกับชุมชน เพื่อให้เกิดพลังชุมชนในการช่วยกันดูแลและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข



สรุปจากการสัมภาษณ์ รองศาสตราจารย์ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ อดีตคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แนวคิดของการพยาบาลในการดูแลแบบองค์รวมสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาให้ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ และควรมีการนำความรู้ในศาสตร์ทุกสาขาที่เกี่ยวข้องมาทำให้ เหมาะสมกับบริบทที่มีอยู่ โดยการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จึงควรนำหลักการทรงงานตามแนว พระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระมหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ว่าด้วยเรื่อง เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา มาใช้ โดยมีรายละเอียดการประยุกต์ใช้ดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, สัมภาษณ์, 2563)

### 1. เข้าใจ

การประยุกต์ใช้หลักการเข้าใจ บุคลากรทางสุขภาพและผู้เกี่ยวข้องต้องเข้าใจ ทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ทันสมัย มิใช่เฉพาะบุคลากรทางสุขภาพเท่านั้น ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล คนในครอบครัว และคนในชุมชน ต้องมีความเข้าใจว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจะเกิด ได้เมื่อ ผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นมิได้เกิดอย่างโดดเดี่ยว มีปัจจัยทั้งจากตัวบุคคล/ผู้ป่วย (Host) เชื้อโรค (Agent) และ สิ่งแวดล้อม (Environment) ดังนั้นจึง ควรมีการแก้ไขตามสาเหตุของปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น มีการจัดการกับปัจจัยเหล่านี้อย่างเหมาะสม ก็จะช่วยทำให้ปัญหาสุขภาพนั้นได้รับการแก้ไข รวมทั้งต้องเข้าใจระบบบริการสุขภาพต่าง ๆ ว่ามีที่ ระบบ อะไรบ้าง เข้าถึง ได้อย่างไร เมื่อเข้าใจได้ดีก็จะใช้บริการจากระบบต่าง ๆ ได้ดี ซึ่งอยู่ใน ขอบข่ายวิชาการพยาบาล

การประยุกต์ใช้หลักการเข้าใจนี้ ส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ในประเด็น การสนับสนุนและให้บริการสุขภาพจากชุมชน เพราะการให้บริการสุขภาพ ควรเริ่มจาก การมีความเข้าใจก่อน เข้าใจฐานคิด ความเชื่อ ความรู้ การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ ครอบครัว และ ชุมชนว่าเดิมเป็นอย่างไร มีความต้องการอะไร จึงจะรู้ว่าควรปฏิบัติอย่างไรในการให้บริการ สุขภาพ

### 2. เข้าถึง

การประยุกต์ใช้หลักการเข้าถึง ต้องเข้าถึงพื้นที่จริงในแต่ละชุมชนซึ่งมี รายละเอียดอุดมคติต่างกัน การเข้าถึงผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง ว่า คุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุแต่ละคนอยู่ที่ไหน เช่น คุณค่าเป็นความพึงพอใจ ความสุขของ ผู้สูงอายุ ที่เกิดจากการได้รับการยอมรับ ดังนั้นต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุเป็นหลัก โดยข้อมูลเหล่านี้จะได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งต้องมีการลงพื้นที่จริงจึงจะสามารถเข้าถึงได้ เพื่อเชื่อมโยงไปสู่การดูแลสุขภาพ จึงอยู่ในขอบข่ายวิชาการพยาบาล

การประยุกต์ใช้หลักการเข้าถึงนี้ ช่วยส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ในประเด็น การสนับสนุนและให้บริการสุขภาพจากชุมชน เพราะการได้ลงพื้นที่จริงจะก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี เกิดความไว้วางใจ จึงทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นความจริง ซึ่งจะนำไปสู่การสนับสนุน และให้บริการสุขภาพได้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

### 3. พัฒนา

การประยุกต์หลักการพัฒนา เน้นให้ผู้สูงอายุและสมาชิกชุมชนมีส่วนร่วมให้มากที่สุด เพื่อพัฒนาให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน โดยต้องมีการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการตัดสินใจร่วมกัน ใช้ความรู้และประสบการณ์ของผู้สูงอายุเป็นฐานคิดในการพัฒนาเพื่อให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ต้องสอดคล้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief) ได้แก่ กลุ่มที่เชื่ออำนาจควบคุมภายในตน (Internal locus of control) กลุ่มนี้เชื่อว่าดูแลตัวเองได้ และเปลี่ยนแปลงตัวเองได้ ทำให้สุขภาพดีได้ด้วยตนเอง ส่วนอีกกลุ่มเชื่ออำนาจควบคุมภายนอก (External locus of control) มองว่าการเจ็บป่วยเกิดจากปัจจัยภายนอก เช่น เป็นเรื่องเวรกรรม สิ่งแวดล้อม โชคไม่ดี เป็นต้น กลุ่มนี้จะไม่ดูแลตนเองเท่าที่ควร และมีจิตสำนึกความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) น้อยกว่าอีกกลุ่ม จึงมีการพึ่งพาคนอื่นมากกว่า ซึ่งอยู่ในขอบข่ายวิชาการพยาบาล และการพัฒนาโดยการมีส่วนร่วมนี้ ยังอยู่ในขอบข่ายวิชาสังคมวิทยา อีกด้วย

การประยุกต์หลักการพัฒนานี้ ช่วยส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ในประเด็น การสนับสนุนและให้บริการสุขภาพจากชุมชน เพราะการให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมและตัดสินใจ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพื่อให้พัฒนาได้ตรงกับความต้องการที่แท้จริง ทำให้ผู้สูงอายุและคนในชุมชนมีสุขภาพดี

นอกจากนี้ หลักการทั้ง 3 ประการ ของแนวทางพระราชดำริ ยังเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุได้ทั้ง 8 ประเด็น โดยอันดับแรกเริ่มจากการมีความเข้าใจในความรู้ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเรื่องนั้น เพื่อให้ประยุกต์ใช้ความรู้ได้อย่างถูกต้อง เมื่อเข้าใจจึงจะสามารถเข้าถึงได้ง่ายขึ้น ซึ่งการเข้าถึงผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนนั้นต้องศึกษาจากพื้นที่จริง อันนำไปสู่การพัฒนาให้สอดคล้องกับสภาพและความต้องการที่แท้จริงของแต่ละชุมชนได้ต่อไป

## สรุปจากการสัมภาษณ์ อาจารย์สง่า ดามาพงษ์ ที่ปรึกษากรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ปัจจุบันนี้ผู้สูงอายุ ถูกหลาน และคนในชุมชน มักไม่มีเวลาให้กัน กิจกรรมที่ต้องทำร่วมกันกับคนต่างวัยมีน้อยลง ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยมากขึ้น การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ประสบผลสำเร็จ จึงควรมีแนวทางในการทำงานกับผู้สูงอายุอย่างน้อย 3 ประการ ได้แก่ ดิดอาวุธทางปัญญา ดึงศักยภาพ และใช้แนวคิดเดี่ยว โดยมีรายละเอียดดังนี้ (สง่า ดามาพงษ์, สัมภาษณ์. 2563)

### 1. ดิดอาวุธทางปัญญา

การดิดอาวุธทางปัญญาคนต่างกลุ่มให้เหมาะสม โดยมีกลยุทธ์คือ เน้นผู้สูงอายุที่ปกติให้คงมีสุขภาพดีนานที่สุด การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุนั้น อาจแยกกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ปกติ มีสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว กลุ่มที่ 2 มีโรคประจำตัวแต่ยังช่วยเหลือตนเองได้ และกลุ่มที่ 3 เป็นผู้ป่วยนอนติดเตียง โดยควรเน้นการดิดอาวุธทางปัญญาให้กลุ่มที่ 1 และหาวิธีการดึงกลุ่มที่ 2 ให้กลับมาเป็นกลุ่มที่ปกติ รวมทั้งช่วยดูแลกลุ่มที่ 3 ให้ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขแม้จะมีความเจ็บป่วยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย สิ่งสำคัญคือ ต้องดิดอาวุธทางปัญญาให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งผู้ที่เป็นลูกหลาน หรือผู้ที่ประกอบอาชีพดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ และผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้เพียงพอที่จะช่วยส่งเสริมปัจจัยต่าง ๆ ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ แนวทางนี้จึงอยู่ในขอบข่ายวิชาการพยาบาล

การดิดอาวุธทางปัญญาให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ช่วยส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ในประเด็น การสนับสนุนและให้บริการสุขภาพจากชุมชน การสื่อสารและการให้ข้อมูลที่ได้ผลแก่ผู้สูงอายุ เพราะการดิดอาวุธทางปัญญาให้ได้ผลในทางปฏิบัตินั้น ต้องมีเทคนิค วิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จึงจะทำให้เกิดความเข้าใจในข้อมูลสำคัญที่ถูกต้องตามทฤษฎีและปฏิบัติได้จริงตามบริบทของผู้สูงอายุแต่ละคน เพื่อให้มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง

### 2. ดึงศักยภาพ

การดึงความรู้ส่วนตัวของผู้สูงอายุให้เอาออกมาใช้ก่อนที่จะสายเกินไป คนที่ทำงานกับผู้สูงอายุต้องให้การยอมรับและทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นผู้มีพระคุณต่อครอบครัวเป็นผู้ที่มีคุณค่าทั้งในครอบครัวและชุมชน โดยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แสดงศักยภาพของตนเองและดึงศักยภาพ ความรู้ส่วนตัว (Tacit knowledge) ของผู้สูงอายุมาใช้ให้ได้ เพราะผู้สูงอายุนั้นเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ เป็นปราชญ์ที่ทำให้ชุมชนมีสุขได้ หากไม่มีการดึงความรู้ออกมานานวันก็จะยิ่งลดลงและหายไปที่สุด จึงต้องให้ผู้สูงอายุได้คิดเอง ทำเอง เป็นเจ้าของโครงการเอง

และต้องทำให้ได้ว่าใครควรเป็นผู้ดำเนินโครงการ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จึงอยู่ในขอบข่ายวิชาสังคมวิทยา

การตั้งศักยภาพผู้สูงอายุ ส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ในประเด็นการมีส่วนร่วมในโอกาสการทำงานและจิตอาสา การมีกิจกรรมสังคมและระบบที่สนับสนุนผู้สูงอายุให้เข้าร่วม เพราะกระบวนการในการตั้งศักยภาพผู้สูงอายุ ต้องมีกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้ค้นหาและแสดงศักยภาพของตนเอง จึงจะทำให้รู้ว่าผู้สูงอายุที่มีศักยภาพใดและทำงานใดที่เหมาะสมได้

### 3. ใช้แนวคิดเดียว

การใช้แนวคิดเดียวดำเนินการให้ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข การพัฒนาผู้สูงอายุควรใช้แนวคิดเดียว (Single idea) เป็นแนวทางหลักในการดำเนินการ เพื่อให้เกิดผลในเรื่องอื่น ๆ ได้ต่อไป เช่น ใช้ความรักในบริบทวัฒนธรรมไทยเป็นตัวเดินเรื่องให้เกิดความเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ เมื่อมีความรู้สึกเอื้ออาทรเกิดขึ้นแล้วก็จะส่งผลสืบเนื่องให้มีการดูแล เอาใจใส่ผู้สูงอายุ มีแสดงออกถึงการเคารพนับถือผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เป็นต้น เพราะหากทำหลายอย่างพร้อม ๆ กัน ความชัดเจนในการดำเนินงานจะน้อยลง ต้องใช้ทรัพยากรและเวลามากขึ้น โอกาสที่จะประสบความสำเร็จจึงน้อยลงด้วย ดังนั้น การใช้แนวคิดเดียวแต่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องและจริงจัง โดยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ลูกหลาน และคนในชุมชน รวมทั้งให้ทุกคนในชุมชนรับรู้ว่าการดำเนินการนั้นเกิดประโยชน์ร่วมกัน โอกาสประสบความสำเร็จย่อมมีมากกว่า จึงเป็นการลงทุนและจัดสรรทรัพยากรที่คุ้มค่าอยู่ในขอบข่ายวิชาเศรษฐศาสตร์

การใช้แนวคิดเดียวในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ในประเด็น การมีกิจกรรมสังคมและระบบที่สนับสนุนผู้สูงอายุให้เข้าร่วม เพราะการดำเนินการในเรื่องใดให้ประสบความสำเร็จนั้น การมีส่วนร่วมของคนในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมด้วยเป็นสิ่งสำคัญ จึงต้องมีกิจกรรมสังคมเป็นจุดเริ่มต้นในการดำเนินการดังกล่าวและอยู่ในประเด็นอื่น ๆ ได้ด้วย ขึ้นกับว่าใช้แนวคิดใดเป็นหลักในการดำเนินการ เช่น หากใช้การปรับสภาพบ้านให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุเป็นแนวคิดเริ่มต้นจะตอบประเด็น การมีบ้านที่อยู่อาศัยและเครื่องใช้ในสภาพที่เหมาะสม เป็นต้น

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ประสบผลสำเร็จนั้น กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีไม่มีโรคประจำตัว ควรได้รับการพัฒนาเป็นอันดับแรก เป็นกลุ่มที่จะมีโอกาสในการแสดงศักยภาพมากที่สุด และเป็นเจ้าของโครงการเอง ทั้งนี้ควรเลือกใช้แนวคิดเดียวเป็นแนวทางหลักในการดำเนินการ เพื่อขยายผลสืบเนื่องในการพัฒนาเรื่องอื่น ๆ ได้ต่อไป



สรุปจากการสัมภาษณ์ ดร.เดชรัต สุขกำเนิด นักวิชาการเศรษฐศาสตร์สุขภาพ และอดีตหัวหน้าภาควิชาเศรษฐศาสตร์เกษตรและทรัพยากร คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ควรมีการจัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ ให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยมีหลักคิดที่ควรคำนึงถึงในการจัดทำโครงการต่าง ๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 3 ประการ ได้แก่ 1. ฐานข้อมูลชุมชน อยู่ร่วมกันด้วยความเข้าใจ และตอบสนองความต้องการของชุมชน โดยมีรายละเอียดดังนี้ (เดชรัต สุขกำเนิด. สัมภาษณ์. 2562)

### 1. ฐานข้อมูลชุมชน

ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ต้องรู้ฐานข้อมูลชุมชนที่เป็นจริง (Big Data) อย่างทันสมัยและรอบด้าน ทั้งด้านกายภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม จะช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะทำให้รู้สาเหตุของปัญหาและแก้ไขได้ตรงประเด็น นั่นคือต้องมีการสำรวจสถานการณ์ปัญหาก่อนเสมอไม่ว่าจะทำโครงการใด ๆ ก็ตาม

หากไม่รู้ฐานข้อมูลชุมชนที่เป็นจริงและครอบคลุม จะไม่สามารถจัดสรรทรัพยากร ที่มีในชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์เท่าที่ควร การรู้ฐานข้อมูลชุมชนที่มีพลวัตสูงตามกาลเวลา จึงมีความจำเป็นที่ต้องคำนึงถึงในการจัดทำโครงการให้มีความคุ้มค่าในการลงทุน ซึ่งอยู่ในขอบข่ายวิชาเศรษฐศาสตร์ โดยส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ในประเด็นการมีกิจกรรมสังคมและระบบที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วม เนื่องจากการจะรู้ฐานข้อมูลชุมชนได้นั้น ต้องมีการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต้องการ และประเด็นการสนับสนุนและการให้บริการสุขภาพแก่ชุมชน เพราะการรู้ฐานข้อมูลชุมชน ฐานข้อมูลผู้สูงอายุ ช่วยให้เห็นแผนการดูแลเฉพาะรายได้อย่างเหมาะสม

### 2. อยู่ร่วมกันด้วยความเข้าใจ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต้องมีการสื่อสารสองทางเพื่อความเข้าใจที่ดีที่สุดกัน ฟังระลึกไว้เสมอว่า ผู้สูงอายุอยู่กับคนหลายวัยต้องเข้าใจกันและกัน ผู้สูงอายุไม่ได้อยู่ตามลำพังยังเกี่ยวข้องกับคนอื่น และมีคนหลายวัยอยู่ด้วยกัน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องอยู่ร่วมกันด้วยความเข้าใจกันและกัน ไม่ใช่เน้นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางเท่านั้น แต่ผู้สูงอายุก็ต้องมีการปรับตัวเช่นกัน การพูดแสดงความห่วงใย การบอกความรู้สึกที่ดีต่อกันตรง ๆ จะช่วยให้เข้าใจกันได้ เมื่อเปิดใจรับฟังมากขึ้น จะทำให้เข้าใจมุมมองคนต่างวัยได้มากขึ้น ส่งผลให้มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน อยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างมีความสุข จึงอยู่ในขอบข่ายวิชาสังคมวิทยา



การอยู่ร่วมกันด้วยความเข้าใจ ส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ในประเด็น การได้รับความเคารพยกย่องและการยอมรับในสังคม และการสื่อสารและการให้ข้อมูลที่ ได้ผลแก่ผู้สูงอายุ เพราะยอมรับฟังการพูดคุยกันด้วยความปรารถนาดีจะช่วยทำให้เข้าใจกันมาก ขึ้น เป็นการสื่อสารได้ผล และยังช่วยให้เกิดความเคารพและการยอมรับกันมากขึ้นตามไปด้วย

### 3. ตอบสนองความต้องการของชุมชน

ชุมชนเป็นศูนย์กลางการวางแผนการดำเนินงาน โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงต้องดูความต้องการของชุมชนด้วย เพื่อให้เกิดระบบหรือโครงการที่ตอบสนอง ความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง โดยอยู่บนพื้นฐานของบริบทที่เป็นจริงของชุมชน ซึ่งจะช่วยให้จัดสรรทรัพยากรที่ใช้ในการทำโครงการต่าง ๆ จากระดับกลุ่มหรือชุมชน จะมีประสิทธิภาพสูง และเกิดประโยชน์มากกว่า ถือได้ว่าอยู่ในขอบข่ายการวางแผนที่ดีทางเศรษฐศาสตร์

การจัดทำโครงการตอบสนองความต้องการของชุมชน ส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตร กับผู้สูงอายุ (AFC) ในประเด็น การมีพื้นที่ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุใช้ประโยชน์ร่วมกัน และการมี กิจกรรมสังคมและระบบที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วม เนื่องจากการค้นหาความต้องการของ ชุมชนนั้น ต้องมีการทำกิจกรรมให้คนในชุมชนเข้าร่วม จึงจะค้นหาความต้องการที่แท้จริงได้ และ การพัฒนาที่เกิดขึ้นที่ตอบสนองความต้องการชุมชน จะเชื่อมโยงไปถึงพื้นที่ชุมชน และระบบ สาธารณะต่าง ๆ ได้

เมื่อจัดทำโครงการต่าง ๆ โดยคำนึงถึงการรู้ฐานข้อมูลชุมชนระดับใกล้เคียงว่า ผู้สูงอายุ อยู่ร่วมกับคนหลายวัยต้องเข้าใจกันและกัน และการตอบสนองความต้องการของชุมชน จะทำให้เข้าใจบริบทของชุมชน สามารถตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ได้อย่าง เหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุด โดยอาจส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ได้ทั้ง 8 ประเด็น ขึ้นอยู่กับว่าชุมชนต้องการให้จัดโครงการใด และ โครงการนั้นทำให้เกิดการพัฒนาที่ เกี่ยวข้องกับประเด็นใด

จากข้อมูลรายละเอียดการสัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ สามารถสรุปความสัมพันธ์ ประเด็นหลักจากข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านกับมิติทางวิชาการและประเด็นการส่งเสริม ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ได้ ดังตาราง 15 และ 16 ตามลำดับ

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตาราง 15 มิติสหวิทยาการจากกรณีศึกษาผู้ช่วยชาวยุ

ผู้ช่วยชาวยุ	มิติทางวิชาการ			เศรษฐศาสตร์
	การพยาบาล	สังคมวิทยา	เศรษฐศาสตร์	
1. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ สรנית ศิริธรรม ปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การสร้างระบบการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต</li> <li>- การสร้างนวัตกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ต้อง ราคาถูก ทำได้จริง และเหมาะสมกับผู้สูงอายุ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การสร้างระบบการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต</li> <li>- ผู้สูงอายุอยู่ที่บ้านจึงจะดีที่สุด โดยมีระบบครอบครัวและชุมชนที่เข้มแข็ง</li> <li>- ชุมชนเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเป็นจิตอาสา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การสร้างนวัตกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ต้องราคาถูก ทำได้จริง และเหมาะสมกับผู้สูงอายุ</li> </ul>	
2. นายวิฑูริช ศีรนาม ผู้อำนวยการจังหวัด จันทบุรี	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การฟื้นฟูวัฒนธรรมสังคมไทยที่ดีงาม เพื่อส่งเสริมการมองเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ชุมชนผสมผสานแนวคิด "บวร" มากใช้ เป็นรูปธรรม</li> <li>- การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับศักยภาพของชุมชน โดยชุมชนเป็นแกนนำในการคิดและพัฒนา</li> <li>- การปรับปรุงระบบบริหารจัดการที่ดี เพื่อให้ภาครัฐและภาคชุมชนมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ</li> </ul>		

ตาราง 15 (ต่อ)

ผู้เชี่ยวชาญ	มิติทางวิชาการ			เศรษฐศาสตร์
	การพยาบาล	สังคมวิทยา	เศรษฐศาสตร์	
3. พระราชธรรมเมธี (ป.ช.9), ดร. รองเจ้าคณะจังหวัด จันทบุรี	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การแสดงออกถึงความกตัญญูกตเวทีของคนในครอบครัว</li> <li>- การมองเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุของสมาชิกชุมชน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้สูงอายุแต่ละคนในชุมชน ควรมีศักดิ์ในการดำเนินชีวิต</li> <li>- ความกตัญญูกตเวทีเป็น โศกาสทองของครอบครัว และชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ</li> <li>- คนในชุมชนและผู้สูงอายุมองเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ</li> <li>- ผู้สูงอายุเป็นทั้งผู้รับและผู้ให้ คือให้โดยไม่หวังผลตอบแทนอีกแล้ว</li> <li>- การตั้งใจทำดี และทำดีได้จริงตามที่ตั้งใจไว้ทั้งผู้สูงอายุและคนในชุมชน</li> </ul>	เศรษฐศาสตร์	
4. นางสุจิตรา พิทยานรเศรษฐ์ อธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การดำรงให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพดีที่สุดในขั้นที่สุด</li> <li>- การนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การปรับทัศนคติของผู้สูงอายุและมุมมองชุมชนที่มีต่อผู้สูงอายุ ให้เข้าใจซึ่งกันและกัน</li> <li>- การปรับปรุง บ้านและสภาพแวดล้อมในชุมชน ให้เหมาะสมกับคนทุกวัย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การส่งเสริมทัศนคติการออมของผู้สูงอายุเพื่อคุณภาพชีวิตในปัจจุบันปลาย</li> </ul>	

ตาราง 15 (ต่อ)

ผู้เชี่ยวชาญ	มิติทางวิชาการ			เศรษฐศาสตร์
	การพยาบาล	สังคมวิทยา	การพยาบาล	
5. รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ชูนิพันธ์ อดีตคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บุคลากรทางสุขภาพเข้าใจทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ</li> <li>- การเข้าถึงพื้นที่จริงในแต่ละชุมชน ซึ่งมีภูมิสังคมต่างกัน</li> <li>- การให้ผู้สูงอายุและสมาชิกชุมชนมีส่วนร่วมให้มากที่สุด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพัฒนาโดยความร่วมมือของผู้สูงอายุและสมาชิกชุมชนอย่างแท้จริง</li> </ul>		
6. อาจารย์สง่า ดามาพงษ์ ที่ปรึกษากรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การติดต่อหาทางปัญญาคนต่างกลุ่มให้เหมาะสม โดยมีกลยุทธ์ เน้นผู้สูงอายุที่ปกติให้คงสุขภาพดีมากที่สุด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การดึงความรู้ส่วนตัวของผู้สูงอายุให้เอาออกมาใช้ก่อนที่จะสายเกินไป</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การใช้แนวคิดเดียวในการดำเนินการให้ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขและมีประสิทธิภาพ</li> </ul>	
7. ดร.เดชารัต สุขกำเนิด นักวิชาการเศรษฐศาสตร์สุขภาพ และ อดีตหัวหน้าภาควิชาเศรษฐศาสตร์ เกษตรและทรัพยากร คณะ เศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์		<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต้องมีการสื่อสารสองทางเพื่อความเข้าใจที่ดีต่อกัน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ต้องรู้ฐานข้อมูลชุมชนที่เป็นจริงอย่างรอบด้านเพื่อการวางแผนที่ดี</li> <li>- ชุมชนเป็นศูนย์กลาง การวางแผนการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ</li> </ul>	

ตาราง 16 สรุปประเด็นการส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ AFC จากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

ผู้เชี่ยวชาญ	ประเด็นในการส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC)							บริการสุขภาพ
	พื้นที่ชุมชน	คมนาคม	ที่อยู่อาศัย	กิจกรรมสังคม	เคาระพชอยู่	โอกาสทำงาน	สื่อสาร	
1. รศ.นพ. สรณิต ศิธรธรรม ปลัดกระทรวงการ อุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม	- สถานที่พร้อม ในการจัด การศึกษา สำหรับผู้สูงอายุ ทั้งในระบบและ นอกระบบ	คมนาคม	- การมีความรู้ใน การประเมินที่อยู่ อาศัย - การสร้าง นวัตกรรมสำหรับ ผู้สูงอายุที่ เหมาะสม	- การสร้างระบบ การศึกษา เกี่ยวกับ ผู้สูงอายุ ให้เกิด การเรียนรู้ ตลอดชีวิต	- ผู้สูงอายุอยู่ บ้านโดยมีระบบ ครอบครัว ชุมชนที่ เข้มแข็งและ อบอุ่น	- ชุมชน สนับสนุน ส่งเสริมให้ ผู้สูงอายุได้ มีโอกาส ทำงานที่ เหมาะสม	สื่อสาร	- การส่งเสริมให้ ผู้ดูแลมีความรู้ ที่นำไปใช้ได้ จริงในการดูแล ผู้สูงอายุ ที่บ้าน
2. นายวิฑูรธ ศรีนาม ผู้ว่าราชการ จังหวัด จันทบุรี	- วัดและ โรงเรียนเป็น สถานที่สำคัญ ของชุมชน ในการฟื้นฟู วัฒนธรรม สังคมไทย			- วัดและโรงเรียน จัดกิจกรรมส่งเสริม ประเพณีที่ดีงาม - การค้นหา ศักยภาพ ความต้องการของ ผู้สูงอายุ	- การนำแนวคิด “บวร” มาใช้เป็น รูปธรรม เริ่มต้น ที่บ้าน โดยพ่อ แม่เป็น แบบอย่างแก่ลูก		- ชุมชนเป็น แกนนำในการ คิดและพัฒนา คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุตาม ศักยภาพที่มี	- การปรับปรุง ระบบ บริหารจัดการที่ ดีให้ภาครัฐและ ภาคชุมชน พัฒนาคุณภาพ ชีวิตผู้สูงอายุได้ มีประสิทธิภาพ



ตาราง 16 (ต่อ)

ผู้เชี่ยวชาญ	ประเด็นในการส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC)							บริการสุขภาพ
	พื้นที่ชุมชน	คมนาคม	ที่อยู่อาศัย	กิจกรรมสังคม	การพหุวัย	โอกาสทำงาน	สื่อสาร	
3. พระราชธรรมเมธี (ป.บ.9), ดร. รองเจ้าคณะจังหวัด จันทบุรี	- คนในชุมชน ตั้งใจทำดี ให้ความ ช่วยเหลือใน การเดินทาง ของผู้สูงอายุ	- ความ กตัญญูทุกเวที เป็นโอกาสทอง ในการดูแล ผู้สูงอายุ - ทุกคนเห็น คุณค่าผู้สูงอายุ	- ผู้สูงอายุและคน ในชุมชน จึงควรมีสติใน การดำเนิน ชีวิต และ การทำกิจกรรม	- ผู้สูงอายุ ไม่หวัง ผลตอบแทน - คนในชุมชน และผู้สูงอายุ ทำดีได้จริง ตามตั้งใจ	- คนในชุมชน มีสติในการ สื่อสาร จะช่วย ให้ไม่เป็นทาส ของอารมณ์ มีเหตุผล และ ใจเย็น	- การจัดหาที่ ให้บริการ สุขภาพ อย่างเท่าเทียม ตระหนักถึง เห็นคุณค่าของ คนทุกคน	- การจัดหาที่ ให้บริการ สุขภาพ อย่างเท่าเทียม ตระหนักถึง เห็นคุณค่าของ คนทุกคน	- บริการสุขภาพ
4. นางสุจิตรา พิทยานรเศรษฐ์ อธิบดี กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวง การพัฒนาฯ	- การจัดระบบ บริการสาธารณะ ที่เอื้อให้ผู้สูงอายุ เข้าถึงและใช้ ประโยชน์ได้	- การปรับปรุง สภาพบ้านและที่ อยู่อาศัย ให้มี ความปลอดภัย สำหรับผู้สูงอายุ	- การส่งเสริมและ สนับสนุนให้ ผู้สูงอายุและคนใน ชุมชนมีส่วนร่วม ในกิจกรรมต่าง ๆ	- การปรับ ทัศนคติผู้สูงอายุ มุมมองชุมชน ต่อผู้สูงอายุให้ เข้าใจซึ่งกัน และกัน	- การส่งเสริม ทัศนคติ การยอมรับของ ผู้สูงอายุเพื่อ คุณภาพชีวิต ในปัจจุบัน	- การใช้ เทคโนโลยีช่วย ในการสื่อสาร และให้ข้อมูลแก่ ผู้สูงอายุและคน ในชุมชนอย่าง มีประสิทธิภาพ	- การจัดหาที่ ให้บริการ สุขภาพ อย่างเท่าเทียม ตระหนักถึง เห็นคุณค่าของ คนทุกคน	

ตาราง 16 (ต่อ)

ผู้เชี่ยวชาญ	ประเด็นในการส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC)							บริการสุขภาพ
	พื้นที่ชุมชน	คมนาคม	ที่อยู่อาศัย	กิจกรรมสังคม	เคารพยกย่อง	โอกาสทำงาน	สื่อสาร	
5. รศ.ดร. จินตนา ยูนิพันธ์ อติคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	พื้นที่ชุมชน - การทำความ เข้าใจ ศึกษาจาก พื้นที่จริงแต่ละ ชุมชน และการ พัฒนาที่ สอดคล้องกับ ความต้องการ	คมนาคม	ที่อยู่อาศัย	กิจกรรมสังคม -การจัดกิจกรรมที่ ให้ผู้สูงอายุและ สมาชิกชุมชน มีส่วนร่วม ให้มากที่สุด	เคารพยกย่อง - การมีความ เข้าใจเป็น พื้นฐานสำคัญ ในการให้ความ เคารพและ ยกย่องผู้สูงอายุ	โอกาสทำงาน	สื่อสาร - การสื่อสาร ที่ดีเป็นพื้นฐาน สำคัญของการ เข้าใจ และเข้า ถึงผู้สูงอายุได้	บริการสุขภาพ - บุคลากรทาง สุขภาพเข้าใจ พื้นฐานที่ เกี่ยวข้อง เข้าถึง พื้นที่ และ พัฒนาผู้สูงอายุ ให้สอดคล้อง กัน
6. อาจารย์ ตง่า ดามาทพงษ์ ที่ปรึกษากรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข			- การปรับปรุง บ้านให้เหมาะสม กับผู้สูงอายุแต่ละ คน	- การดึงความรู้ ส่วนตัวของผู้ สูงอายุออกมาใช้ - การใช้แนวคิด เดียวดำเนินการ		- การให้ผู้สูงอายุ ได้ทำงานที่ สอดคล้องกับ ศักยภาพของ แต่ละคน	- การสื่อสารที่ มีประสิทธิภาพ ในการติดต่อ ทางปัญญาคน ต่างกลุ่มให้ ได้ผล	- การติดต่อ ทางปัญญา กับผู้สูงอายุ และผู้ดูแล ผู้สูงอายุ

ตาราง 16 (ต่อ)

ผู้เชี่ยวชาญ	ประเด็นในการส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC)							
	พื้นที่ชุมชน	คมนาคม	ที่อยู่อาศัย	กิจกรรมสังคม	เคารพยกย่อง	โอกาสทำงาน	สื่อสาร	บริการสุขภาพ
7. ดร. เดชรัตน์ สูงกำเนิด นักวิชาการ เศรษฐศาสตร์สุขภาพ และอดีตหัวหน้า ภาควิชา เศรษฐศาสตร์เกษตร และทรัพยากร คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์	- ชุมชนเป็น ศูนย์กลาง การวางแผน โครงการพัฒนา คุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุ			- การจัดกิจกรรม ในการค้นหา ความต้องการของ ชุมชน และให้ ฐานข้อมูลชุมชน	- การอยู่ร่วมกัน ด้วยความเข้าใจ กัน ยอมรับ มุมมองที่ แตกต่างกัน ของครอบครัว และชุมชน	โอกาสทำงาน	- การสื่อสาร สองทาง เปิดใจ รับฟังซึ่งกัน และกัน มีการบอก ความรู้สึกรู้สึกที่ดี ต่อกันอย่าง ตรง ๆ	- การรู้ ฐานข้อมูล ชุมชน และ ฐานข้อมูล ผู้สูงอายุ ที่เป็นจริง อย่างรอบด้าน

#### 4. การระดมสมองจากเวทีชุมชน

การจัดเวทีชุมชน 2 ครั้ง ใช้ชื่อว่า การประชุมระดมความคิดสร้างสรรค์ชุมชน เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ: ชุมชนบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ครั้งที่ 1 และ 2 เพื่อระดมสมองจากกลุ่มตัวอย่างที่เลือกมาแบบเจาะจง เป็นผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ภาครัฐ จากเทศบาลตำบลบางกะจะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดจันทบุรี รวมผู้เข้าร่วมประชุมครั้งละ 44 คน โดยมีวัตถุประสงค์การจัดเวทีชุมชนแต่ละครั้ง ดังนี้

ตาราง 17 วัตถุประสงค์การจัดเวทีชุมชน

เวทีชุมชน	วัตถุประสงค์การจัด	จำนวนคนเข้าร่วม	วัน เวลา สถานที่
ครั้งที่ 1	1. เพื่อแสดงความคิดเห็นต่อลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุทั้ง 8 ประเด็น ของชุมชนบางกะจะ ในความเป็นจริงเปรียบเทียบกับความต้องการในการปรับปรุงแต่ละประเด็น	ผู้สูงอายุ 34 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 5 คน บุคลากรภาครัฐ 5 คน รวมเป็น 44 คน	12 ตุลาคม 2562 เวลา 9.00 – 12.00 น. ห้องประชุม รพ.สต.บางกะจะ
	2. เพื่อร่วมกันให้ความเห็นผ่านกลไกของ SWOT ที่มีการถ่วงน้ำหนักปัจจัยต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกชุมชน		ต.บางกะจะ อ.เมือง จ.จันทบุรี
	3. เพื่อนำความคิดเห็นที่ได้ไปออกแบบเป็นโครงการชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตามแนวคิดสากลที่ประยุกต์สู่ท้องถิ่น		
	4. เพื่อเตรียมคืนข้อมูลให้ชุมชนพิจารณาในเวทีชุมชนครั้งที่ 2		
ครั้งที่ 2	1. เพื่อร่วมกันพิจารณาการนำเสนอกลยุทธ์โครงการ ผลการประเมินก่อนการดำเนินงานโครงการ	ผู้สูงอายุ 33 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 6 คน บุคลากรภาครัฐ 5 คน รวมเป็น 44 คน	3 พฤศจิกายน 2562 เวลา 9.00 – 12.00 น. ห้องประชุม รพ.สต.บางกะจะ
	2. เพื่อร่วมกันตรวจสอบ แสดงความคิดเห็นในการแก้ไข ปรับปรุง จัดลำดับความสำคัญของโครงการ		ต.บางกะจะ อ.เมือง
	3. เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากความคิดเห็นของประชาชน มาสังเคราะห์เป็นระบบการดูแลสุขภาพชุมชน		จ.จันทบุรี

ผลการแสดงความคิดเห็นของประชาคมจากการจัดเวทีชุมชนครั้งที่ 1 ต่อลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุทั้ง 8 ประเด็นตาม AFC/WHO ของชุมชนบางกะจะในความเป็นจริงเปรียบเทียบกับความต้องการในการปรับปรุงแต่ละประเด็น ดังนี้

ตาราง 18 ผลการจัดลำดับประเด็น AFC/WHO จากการระดมสมองในเวทีชุมชนครั้งที่ 1

ประเด็น AFC/WHO	ผลการจัดลำดับ	
	ประเด็นที่เหมาะสมมากที่สุด	ประเด็นที่ต้องการปรับปรุงมากที่สุด
มีบ้านที่อยู่อาศัยและเครื่องใช้ในสภาพที่เหมาะสม	1	8
มีการสนับสนุนและให้บริการสุขภาพจากชุมชน	2	3
มีพื้นที่ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุใช้ประโยชน์ร่วมกัน	3	6
มีส่วนร่วมใน โอกาสการทำงานและจิตอาสา	4	5
มีระบบคมนาคมและยานพาหนะที่สนับสนุนผู้สูงอายุ	5	4
มีกิจกรรมสังคมและระบบที่สนับสนุนผู้สูงอายุให้เข้าร่วม	6	1
มีการได้รับความเคารพยกย่องและการยอมรับในสังคม	7	2
มีการสื่อสารและให้ข้อมูลที่ได้ผลแก่ผู้สูงอายุ	8	7

จากตาราง 18 สามารถจัดแบ่งความคิดเห็นออกได้ 4 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 กลุ่มความคิดเห็นที่มีความเหมาะสมดีแล้ว แต่ยังต้องการให้ดีขึ้นกว่าเดิม ได้แก่ ประเด็นมีการสนับสนุนและให้บริการสุขภาพจากชุมชน เหมาะสมมากที่สุดลำดับที่ 2 และต้องการปรับปรุงลำดับที่ 3

กลุ่มที่ 2 กลุ่มความคิดเห็นที่มีความเหมาะสมดีแล้ว และยังไม่จำเป็นต้องปรับปรุงเร่งด่วน ได้แก่ ประเด็นบ้านที่อยู่อาศัยและเครื่องใช้ในสภาพที่เหมาะสม ประเด็นมีพื้นที่ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุใช้ประโยชน์ร่วมกัน ประเด็นมีส่วนร่วมใน โอกาสการทำงานและจิตอาสา เหมาะสมลำดับที่ 1, 3, 4 และต้องการปรับปรุงลำดับที่ 8, 6, 5 ตามลำดับ

กลุ่มที่ 3 กลุ่มความคิดเห็นที่ยังไม่เหมาะสม และต้องการให้ปรับปรุงโดยเร่งด่วน ได้แก่ ประเด็นมีการได้รับความเคารพและการยอมรับในสังคม ประเด็นมีกิจกรรมและระบบที่สนับสนุน



ผู้สูงอายุให้เข้าร่วม และประเด็นมีระบบคมนาคมและยานพาหนะที่สนับสนุนผู้สูงอายุเหมาะสมอยู่ในลำดับที่ 7, 6, 5 และต้องการปรับปรุงในลำดับที่ 2, 1, 4 ตามลำดับ

กลุ่มที่ 4 กลุ่มความคิดเห็นยังไม่เหมาะสม แต่ยังไม่จำเป็นต้องปรับปรุงเร่งด่วน ได้แก่ ประเด็นมีการสื่อสารและให้ข้อมูลที่ได้ผลแก่ผู้สูงอายุ เหมาะสมมากที่สุด ลำดับที่ 8 ต้องการปรับปรุงลำดับที่ 7

#### 4.1 การวิเคราะห์กลยุทธ์การพัฒนาชุมชน

การวิเคราะห์กลยุทธ์การพัฒนาชุมชน ต้องมีการร่วมกันกำหนดวิสัยทัศน์ และกรอบชี้นำวิสัยทัศน์ก่อน เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์กลยุทธ์การพัฒนาชุมชน ได้ผลดังนี้

วิสัยทัศน์ (Vision) หรือภาพฝันของชุมชนบางกะจะ คือ “ชุมชนบางกะจะเป็นชุมชนต้นแบบของการมีระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุในจังหวัดจันทบุรี”

กรอบชี้นำวิสัยทัศน์ ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพชุมชนผู้สูงอายุบางกะจะเป็นคือ “ชุมชนบางกะจะมีการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของภาคชุมชนและภาครัฐ ร่วมกันคิด และทำโครงการพัฒนาชุมชนเป็นมิตรกับผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน และเป็นต้นแบบให้กับชุมชนอื่น ๆ ในจันทบุรีได้”

การที่จะบรรลุวิสัยทัศน์ คือ ทำภาพฝันให้เป็นจริงของชุมชนบางกะจะ ภาคชุมชนและภาครัฐจะต้องช่วยกันวิเคราะห์แนวทางพัฒนาชุมชน โดยเน้นใช้ประโยชน์ปัจจัยที่เป็นจุดแข็งและโอกาสที่มีให้โดดเด่นมากขึ้น และแก้ไขปัจจัยที่เป็นจุดอ่อนและปัญหาอุปสรรคที่มีให้ลดน้อยลง ดังนั้น การระดมความคิดและให้ความเห็นต่อระดับความสำคัญของปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าว ทั้ง 4 ลักษณะ ได้แก่ จุดแข็งที่มีภายในชุมชน (Strength : S) จุดอ่อนที่มีภายในชุมชน (Weakness : W) โอกาสที่ส่งผลจากภายนอกชุมชน (Opportunity : O) อุปสรรคที่ส่งผลจากภายนอกชุมชน (Threat : T) จะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาชุมชนผู้สูงอายุ ทั้งจากภายในและภายนอกชุมชน เพื่อนำมากำหนดกลยุทธ์และวางแผน โครงการพัฒนาชุมชนผู้สูงอายุ โดยปัจจัยที่มีระดับสำคัญและมีผลกระทบต่อการพัฒนาชุมชนมาก จากทัศนะของผู้เข้าร่วมในเวทีชุมชน ให้เป็นระดับเกรด A, B และ C ตามลำดับ ซึ่งผลการให้ระดับความสำคัญปัจจัยต่าง ๆ เป็นดังนี้

ตาราง 19 ผลการให้ระดับความสำคัญปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาชุมชนจากการระดมสมอง  
ในเวทีชุมชนครั้งที่ 1

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาชุมชน	ระดับความสำคัญ
<b>จุดแข็งภายในชุมชนที่มีผลต่อผู้สูงอายุ (S)</b>	
S1 โรงเรียนและกิจกรรมผู้สูงอายุ	A
S2 ถนนสภาพดี เดินทางสะดวก	B
S3 ชุมชนอยู่ใกล้โรงพยาบาลพระปกเกล้า	A
S4 ชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง	C
S5 เจ้าหน้าที่รัฐมีความรู้ในการดูแลสุขภาพ	C
S6 วัดและศาลเจ้าเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ	B
S7 ชุมชนใช้วิถีชีวิตตามความพอเพียง	B
<b>จุดอ่อนภายในชุมชนที่มีผลต่อผู้สูงอายุ (W)</b>	
W1 ไม่มีทางจักรยาน เสี่ยงอุบัติเหตุ	C
W2 ห้องน้ำสาธารณะไม่มีโถส้วมแบบนั่ง	A
W3 ไม่มีระบบขนส่งสาธารณะในกรณีฉุกเฉิน	A
W4 สภาพบ้านไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	B
W5 ไม่มีเงินเพิ่มให้ผู้สูงอายุที่สุขภาพดี	B
W6 เสี่ยงตามสายไม่ครอบคลุมพื้นที่	C
<b>โอกาสที่ส่งผลจากภายนอกชุมชน (O)</b>	
O1 การสนับสนุนงบประมาณ โรงเรียนผู้สูงอายุ	A
O2 การร่วมมือกันของเครือข่ายชุมชน	C
O3 ระบบเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ โดยทีมสุขภาพ	C
O4 นโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	B
O5 กิจกรรมนักศึกษาพยาบาลฝึกภาคปฏิบัติ	B
O6 ชมรมกระต่ายอาสาช่วยในการดูแลสุขภาพ	B
O7 นโยบายของรัฐเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	A

ตาราง 19 (ต่อ)

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาชุมชน	ระดับความสำคัญ
อุปสรรคที่ส่งผลจากภายนอกชุมชน (T)	
T1 สังคมมีอบายมุขและยาเสพติดมากขึ้น	A
T2 โรคติดต่อและสารพิษมากขึ้น	C
T3 จำนวนผู้ป่วยสูงอายุนอกชุมชนเพิ่มมากขึ้น	B
T4 การเอาใจใส่จากคนนอกชุมชนลดลง	C
T5 ปัญหาจากการขยายตัวของเมืองที่มีต่อชุมชน	B
T6 นโยบายพัฒนาชุมชนผู้สูงอายุยังไม่ถึงพื้นที่	A

จากตาราง 19 แสดงว่าปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุที่มีความสำคัญในระดับ A มีดังนี้

จุดแข็งของชุมชนบางกะจะ ได้แก่ โรงเรียนและกิจกรรมผู้สูงอายุ ชุมชนอยู่ใกล้โรงพยาบาลพระปกเกล้า

จุดอ่อนของชุมชนบางกะจะ ได้แก่ ไม่มีระบบขนส่งสาธารณะในกรณีฉุกเฉิน และห้องน้ำสาธารณะไม่มีโถส้วมแบบนั่ง

โอกาสจากภายนอกชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนงบประมาณ โรงเรียนผู้สูงอายุ นโยบายของรัฐเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

อุปสรรคจากภายนอกชุมชน ได้แก่ สังคมมีอบายมุขและยาเสพติดมากขึ้น นโยบายพัฒนาชุมชนผู้สูงอายุยังไม่ถึงพื้นที่

ทั้งนี้ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนา (SWOT) ทั้ง 4 ด้าน มีความสัมพันธ์กับประเด็นลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ครบทั้ง 8 ประเด็น ดังนี้

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตาราง 20 สรุปความสัมพันธ์ของมิติ AFC กับลำดับความสำคัญปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนา (SWOT)

มิติ AFC	S							W							O							T					
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	W1	W2	W3	W4	W5	W6	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	T1	T2	T3	T4	T5	T6	
1								A																			
2		B	A				C			A																	
3											B																
4	A			C		B								A													
5																							C				
6							B				B										A	C	B		B		
7													C														
8					C										C	C	B	B	B	A						A	

จากตาราง 20 แสดงว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนา (SWOT) มีความสัมพันธ์กับมิติ AFC/WHO ทั้ง 8 ประเด็น โดยโอกาสที่ส่งผลจากภายนอกชุมชน (O) สัมพันธ์กับมิติ AFC/WHO ในประเด็นที่ 8 คือ การสนับสนุนและให้บริการสุขภาพจากชุมชน จำนวนมากที่สุด มีทั้งในระดับเกรด A, B และ C รวมทั้ง อุปสรรคที่ส่งผลจากภายนอกชุมชน ยังอยู่ในระดับเกรด A อีกด้วย เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาที่มีความสำคัญระดับเกรด A พบว่า มีความสัมพันธ์กับมิติ AFC/WHO 5 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นที่ 1 การมีพื้นที่ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุใช้ประโยชน์ร่วมกัน ประเด็นที่ 2 การมีระบบคมนาคมและยานพาหนะที่สนับสนุนผู้สูงอายุ ประเด็นที่ 3 การมีบ้านที่อยู่อาศัยและเครื่องใช้ในสภาพที่เหมาะสม ประเด็นที่ 4 การมีกิจกรรมสังคมและระบบที่สนับสนุนผู้สูงอายุ ประเด็นที่ 6 การมีส่วนร่วมในโอกาสการทำงานและจิตอาสา และ ประเด็นที่ 8 การสนับสนุนและให้บริการสุขภาพจากชุมชน

หลังจากที่มีการระดมความคิดเห็นของประชาคม เพื่อให้ระดับความสำคัญของแต่ละปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาชุมชน เป็นระดับเกรด A, B และ C ตามลำดับ ได้นำปัจจัยดังกล่าวมาเรียงลำดับใหม่ตามความสำคัญที่ประชาคมได้ลงความเห็นไว้แล้ว โดยกำหนดให้ตัวแรกเป็น S, W, O หรือ T ตามปัจจัยที่นำมาวิเคราะห์ ได้แก่ จุดแข็งที่มีภายในชุมชน (S) จุดอ่อนที่มีภายในชุมชน (W) โอกาสที่ส่งผลจากภายนอกชุมชน (O) อุปสรรคที่ส่งผลจากภายนอกชุมชน (T) ตัวที่ 2 เป็นหมายเลขที่เรียงลำดับจากความสำคัญมากไปน้อย และ ตัวที่ 3 เป็นระดับเกรด A, B และ C อาทิ จุดแข็งของชุมชน ได้ระดับเกรด A เป็นลำดับที่ 1 แทนด้วย S1A โรงเรียนและกิจกรรมผู้สูงอายุ ส่วนจุดแข็งของชุมชนลำดับที่ 2 จะแทนด้วย S2A ชุมชนอยู่ใกล้โรงพยาบาลพระปกเกล้า เป็นต้น จากนั้นได้มีการจับคู่ SWOT ที่มีการถ่วงน้ำหนักปัจจัยทั้งหมด (Weighted SWOT) เพื่อมาวิเคราะห์เป็นกลยุทธ์ (Strategies) ได้ผลการวิเคราะห์กลยุทธ์ ดังนี้

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี



ตาราง 21 ผลการวิเคราะห์กิจกรรมการพัฒนาชุมชนจากกระบวนของในเวทีชุมชนครั้งที่ 1

	จุดแข็งภายในชุมชนที่มีผลต่อผู้สูงอายุ
<p><b>โอกาสที่ส่งผลจากภายนอกชุมชน</b></p> <p>O1A การสนับสนุนงบประมาณ โรงเรียนผู้สูงอายุ</p> <p>O2A นโยบายของรัฐเกี่ยวกับผู้สูงอายุ</p> <p>O3B ชมรมกระต่ายอาสาช่วยในการดูแลสุขภาพ</p> <p>O4B กิจกรรมนันทนาการพยาบาลคาบิปฏิบัติ</p> <p>O5B นโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ</p> <p>O6C การร่วมมือกันของเครือข่ายชุมชน</p> <p>O7C ระบบเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยทีมสุขภาพ</p>	<p>S1A โรงเรียนและกิจการรรมผู้สูงอายุ</p> <p>S2A ชุมชนอยู่ใกล้โรงพยาบาลพระปกเกล้า</p> <p>S3B ชุมชนใช้ชีวิตวัดตามความพอเพียง</p> <p>S4B ถนนสภาพดี เดินทางสะดวก</p> <p>S5B วัดและศาลเจ้าเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ</p> <p>S6C ชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง</p> <p>S7C ผู้นำที่รัฐมีความรู้ในการดูแลสุขภาพ</p> <p>1. เร่งพัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุตามนโยบายของรัฐโดยใช้งบประมาณจากภายนอกชุมชนและร่วมกับเครือข่ายชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (S1A, S6C, S7C, O2A, O1A, O6C)</p> <p>2. เร่งพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (S2A, O3B, O4B, O5B, O6C, O7C, S6C, S7C)</p>

ตาราง 21 (ต่อ)

<p>T1A สังคมมีอบายมุขและยาเสพติดมากขึ้น</p> <p>T2A นโยบายพัฒนาชุมชนผู้สูงอายุยังไม่ถึงพื้นที่</p> <p>T3B ปัญหาจากการขยายตัวของเมืองที่มีต่อชุมชน</p> <p>T4B จำนวนผู้สูงอายุนอกชุมชนเพิ่มมากขึ้น</p> <p>T5C การเอาใจใส่จากคนนอกชุมชนลดลง</p> <p>T6C โรคติดต่อและสารพิษมากขึ้น</p>	<p>จุดแข็งภายในชุมชนที่มีผลต่อผู้สูงอายุ</p> <p>S1A โรงเรียนและกิจการรวมผู้สูงอายุ</p> <p>S2A ชุมชนอยู่ใกล้โรงพยาบาลพระปกเกล้า</p> <p>S3B ชุมชนใช้ชีวิตีชีวิตตามความพอเพียง</p> <p>S4B ถนนสภาพดี เดินทางสะดวก</p> <p>S5B วัดและศาลเจ้าเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ</p> <p>S6C ชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง</p> <p>S7C เจ้าหน้าที่รัฐมีความรู้ในการดูแลสุขภาพ</p>
	<p>3. ส่งเสริมกิจการโรงเรียนผู้สูงอายุในการป้องกันผลกระทบจากอบายมุข ยาเสพติด และปัญหาจากการขยายตัวของเมือง รวมทั้งการมีโรคติดต่อและสารพิษมากขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี (S1A, T1A, T3B, T6C)</p> <p>4. ส่งเสริมการใช้ชีวิตีชีวิตตามความพอเพียง การมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจเพื่อป้องกันภาวะคุกคามจากภายนอกชุมชน (S3B, S5B, T1A, T3B, T3B, T5C)</p>

ตาราง 21 (ต่อ)

	<p>จุดอ่อนภายในชุมชนที่มีผลต่อผู้สูงอายุ</p> <p>W1A หอผู้นำสาธารณะไม่มีโถ้วมแบบนั่ง</p> <p>W2A ไม่มีระบบขนส่งสาธารณะในกรณีฉุกเฉิน</p> <p>W3B ไม่มีเงินเพิ่มให้ผู้สูงอายุที่สุขภาพดี</p> <p>W4B สถานพยาบาลไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ</p> <p>W5C ไม่มีทางแจ้งภัยอันตราย เสี่ยงอุบัติเหตุ</p> <p>W6C เสียตามสายไม่ครอบคลุมพื้นที่</p>
<p>โอกาสที่ส่งผลกระทบต่อชุมชน</p> <p>O1A การสนับสนุนงบประมาณโรงเรียนผู้สูงอายุ</p> <p>O2A นโยบายของรัฐเกี่ยวกับผู้สูงอายุ</p> <p>O3B ชมรมกระต่ายอาสาช่วยในการดูแลสุขภาพ</p> <p>O4B กิจกรรมนันทนาการภายใต้ภาคปฏิบัติ</p> <p>O5B นโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ</p> <p>O6C การร่วมมือกันของเครือข่ายชุมชน</p> <p>O7C ระบบเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยทีมสุขภาพ</p>	<p>5. ปรับปรุงระบบสาธารณสุขในชุมชนให้เป็นที่นิยมนับกับผู้สูงอายุตามนโยบายของรัฐ โดยการมีส่วนร่วมของชมรมกระต่ายอาสาและเครือข่ายชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี (W1A, W2A, W4B, W5C, W6C, O2A, O3B, O6C)</p>

ตาราง 21 (ต่อ)

	<p>จุดอ่อนภายในชุมชนที่มีผลต่อผู้สูงอายุ</p> <p>W1A ห้องนำสาธารณะ ไม่มีโถ้วมแบบนั่ง</p> <p>W2A ไม่มีระบบขนส่งสาธารณะในกรณีฉุกเฉิน</p> <p>W3B ไม่มีเงินเพิ่มให้ผู้สูงอายุที่สุขภาพดี</p> <p>W4B สภาพบ้านไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ</p> <p>W5C ไม่มีทางจักรยาน เสี่ยงอุบัติเหตุ</p> <p>W6C เสียตามสายไม่ครอบคลุมพื้นที่</p>
<p>อุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อชุมชน</p> <p>T1A สังคมมีอายุและยาเสพติดมากขึ้น</p> <p>T2A นโยบายพัฒนาชุมชนผู้สูงอายุยังไม่ถึงพื้นที่</p> <p>T3B ปัญหาจากการขยายตัวของเมืองที่มีต่อชุมชน</p> <p>T4B จำนวนผู้สูงอายุของชุมชนเพิ่มมากขึ้น</p> <p>T5C การเอาใจใส่จากคนนอกชุมชนลดลง</p> <p>T6C โรคติดต่อและสารพิษมากขึ้น</p>	<p>6. สร้างระบบการให้คำตอบแทนสำหรับผู้สูงอายุที่สุขภาพดี เพื่อเสริมแรงใจในการดูแลและป้องกันโรคอันเกิดจากภาวะคุกคามต่าง ๆ รวมทั้งเป็นต้นแบบที่ดีสำหรับคนอื่นได้ (W3B, T1A, T3B, T4B, T6C)</p>

จากตาราง 21 แสดงว่า การวิเคราะห์กลยุทธ์ (Strategies) จากการถ่วงน้ำหนักปัจจัยทั้งหมด (Weighted SWOT) ทำให้ได้กลยุทธ์หลักที่สำคัญ 4 ลักษณะ คือ กลยุทธ์เชิงรุก (SO) กลยุทธ์เชิงรับ (WO) กลยุทธ์เชิงปรับ (ST) และกลยุทธ์เชิงเปลี่ยน (WT) ในการพัฒนาชุมชนบางกะจะ จำนวน 6 กลยุทธ์ โดยสร้างเป็นโครงการ (Projects) ที่ตอบสนองต่อกลยุทธ์ จำนวน 9 โครงการ เพื่อให้เป็นรูปธรรมในการพัฒนาเชิงองค์รวมทั้งตัวบุคคลและชุมชน ดังนี้

1. กลยุทธ์เชิงรุก คือ เสริมสร้างจุดแข็งให้เพิ่มขึ้นจากโอกาสที่มี

1.1 เร่งพัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุตามนโยบายของรัฐโดยใช้งบประมาณทั้งจากภายในและภายนอกชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มี 1 โครงการ คือ โครงการพัฒนาด้านกายภาพของโรงเรียนผู้สูงอายุ

1.2 เร่งพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุให้มีสัมฤทธิ์ผลสอดคล้องกับนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยร่วมกับเครือข่ายการดูแลสุขภาพชุมชน มี 1 โครงการ คือ โครงการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุอย่างมีสัมฤทธิ์ผล

2. กลยุทธ์เชิงรับ คือ รักษาจุดแข็งเอาไว้ท่ามกลางอุปสรรคที่มี

2.1 ส่งเสริมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ ในการเน้นแนวทางป้องกันมากกว่ารักษา และลดผลกระทบจากอบายมุข ยาเสพติด รวมทั้งการมีโรคติดต่อและสารพิษมากขึ้น มี 2 โครงการ คือ โครงการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพดีแก่ผู้สูงอายุ และ โครงการสร้างสรรค์กิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ

2.2 ส่งเสริมการใช้วิถีชีวิตตามแนวทางพอเพียง มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจเพื่อป้องกันภาวะคุกคามจากภายนอกชุมชน มี 2 โครงการ คือ โครงการส่งเสริมการใช้วิถีชีวิตตามความพอเพียง และ โครงการส่งเสริมการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ

3. กลยุทธ์เชิงปรับ คือ ปรับแก้ไขจุดอ่อนให้ลดลงตามโอกาสที่มี

ปรับปรุงระบบบริการสาธารณะและที่อยู่อาศัยให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดูแลสุขภาพชุมชน มี 2 โครงการ คือ โครงการปรับปรุงระบบสาธารณะให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และ โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

4. กลยุทธ์เชิงเปลี่ยน คือ เปลี่ยนแปลงจุดอ่อนให้หนีพ้นไปจากอุปสรรคที่มี

สร้างระบบการให้คำตอบแทนสำหรับผู้สูงอายุที่สุขภาพดี เพื่อให้มีแรงจูงใจในการดูแลและป้องกันโรคอันเกิดจากภาวะคุกคามต่าง ๆ รวมทั้งเป็นต้นแบบที่ดีสำหรับคนอื่น ได้ มี 1 โครงการ คือ โครงการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี



โครงการต่าง ๆ ทั้ง 9 โครงการที่ได้กล่าวถึงนั้น แท้จริงแล้วถือได้ว่าเป็นการจัดวางโครงการพัฒนาชุมชนตามภูมิสังคม ซึ่งเป็นหนึ่งในแนวทางพระราชดำริคือ ให้มีการวางแผนพัฒนาชุมชนตามลักษณะภูมิศาสตร์และสังคมศาสตร์ของพื้นที่จริง สมาชิกชุมชนจริง เพื่อการดำเนินงานจริงต่อไป ถือได้ว่า กระบวนการพัฒนาเช่นนี้ ยังจะสอดคล้องกับการประยุกต์ใช้หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง กล่าวคือ ยึดถือแนวทางพัฒนาบนทางสายกลาง ที่พอดี พอประมาณ ประนีประนอม และเน้นเป้าหมายแห่งความสมดุล มั่นคง และยั่งยืนในที่สุด

ความสอดคล้องของโครงการต่าง ๆ ดังกล่าว สามารถจะพิจารณาเทียบเคียงได้กับคุณสมบัติหลักที่สำคัญของแนวทางปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ใน 5 ประเด็น กล่าวคือ

**ความมีเหตุผล** ชุมชนบางกะจะได้นำเสนอโครงการเฉพาะที่พิจารณาแล้วว่า มีเหตุผล ความจำเป็นและความเห็นชอบ โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน เป็นความจำเป็นและความเร่งด่วนที่มาจากความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุเป็นพื้นฐาน คือ ต้องการมีระบบสุขภาพที่ดี ในท่ามกลางระบบชุมชนที่ดี มีโครงการเพื่อสร้างองค์ประกอบต่าง ๆ ของระบบสุขภาพที่ดี ในท่ามกลางชุมชนกำลังพัฒนาที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

**ความพอประมาณ** ขนาดและการลงทุนในโครงการต่าง ๆ จะเน้นเริ่มจากโครงการที่มีขนาดเล็กและการสร้างต้นแบบเป็นหลักไปก่อน จะไม่เน้นโครงการขนาดใหญ่เกินความจำเป็นของชุมชน หากแต่ก็มีแผนสามารถจะขยายตัวได้ในระยะยาวถ้ามีความเหมาะสมพอ ถือเป็นการพัฒนาตามลำดับ ค่อยเป็นค่อยไปอย่างมั่นคง ไม่ก้าวกระโดดแต่มีความเสี่ยง

**การมีภูมิคุ้มกันที่ดี** ความสำเร็จของโครงการต่าง ๆ จะขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการที่ดีแบบมีส่วนร่วมของประชาคมและสอดคล้องกับหลักธรรมาภิบาลเป็นที่ยอมรับจากเวทีชุมชนในทุกๆ ระยะเวลาดำเนินงาน เพื่อลดความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นทั้งจากภายในชุมชนเองหรือจากปัจจัยภายนอกชุมชน อาทิ การดำเนินงานในรูปคณะกรรมการ และการมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมตัดสินใจอย่างแท้จริงของประชาคม ตลอดจนมีการศึกษาวิจัยเพื่อศึกษารายละเอียดของประเด็นต่าง ๆ อยู่เสมอ

**การใช้ความรู้** โครงการต่าง ๆ จะมีพื้นฐานการใช้ศาสตร์ด้านต่าง ๆ หรือสหวิทยาการเข้ามาผสมผสานกัน มีการวิจัย และสำรวจข้อมูลที่ถูกต้องทันสมัยรองรับ โดยมีฐานข้อมูลที่ครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุที่ครบถ้วนที่สุด โดยเฉพาะจะไม่หลงลืมผู้สูงอายุที่อยู่ในระดับวิกฤติ

**การมีคุณธรรม** สุดท้ายของการดำเนินโครงการคือ ประชาคมให้การยอมรับในการพัฒนาเพื่อส่วนรวมอย่างแท้จริง มีความโปร่งใส เสียสละ ในการสร้างประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นในชุมชนร่วมกัน อย่างสุจริต มีความยุติธรรม และไม่มีความเหลื่อมล้ำ

โดยประยุกต์รายละเอียดของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งมาจากการระดมความคิดเห็นของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และบุคลากรภาครัฐที่เกี่ยวข้องในการจัดเวทีชุมชน ซึ่งสามารถสรุปความสอดคล้องของแต่ละโครงการกับแนวทางปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงได้ ดังตาราง 22



ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตาราง 22 ความสอดคล้องของโครงการกับแนวทางปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

ชื่อโครงการ	ความมีเหตุผล	ความพอประมาณ	การมีภูมิคุ้มกันที่ดี	การใช้ความรู้	การมีคุณธรรม
1. โครงการปรับปรุงระบบสาธารณสุขให้มีมิตรกับผู้สูงอายุ	การมีรถฉุกเฉิน ถนน และห้องนำเหมาะสะดวก อุบัติเหตุและอันตรายร้ายแรง	การซื้อรถฉุกเฉิน ทำถนนและห้องนำประมาณได้ พอสมควร ไม่มากจนเกินไป	การจัดซื้อ จัดจ้างตามระเบียบราชการ มีคณะกรรมการตรวจสอบ ให้งานสำเร็จได้	การบริหารจัดการ การแพทย์ เครื่องยนต์ สถาปัตยกรรม วิศวกรรม	ดำเนินการด้วยความซื่อสัตย์ สุจริต โปร่งใส ตรวจสอบได้
2. โครงการพัฒนาคุณภาพของโรงเรียนผู้สูงอายุ	การมีอาคาร และอุปกรณ์เหมาะสม จะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ของกลุ่มผู้สูงอายุ	ผู้ช่วยการ วิทยาลัยผู้สูงอายุ และสมาชิกในชุมชน จะช่วย มีศักยภาพที่จะดำเนินการได้	การจัดการดูแลโรงเรียนผู้สูงอายุ	วิศวกรรม สถาปัตยกรรม เทคโนโลยีสารสนเทศ การสร้างสัมพันธ์ภาพ	ความร่วมมือร่วมใจ และเคารพนับถือผู้สูงอายุ ของคนในชุมชน
3. โครงการส่งเสริมการใช้วิถีชีวิตตามแนวทางพอเพียง	การมีแปลงผักสวนครัว ปลอดสารพิษ ทำให้มีแหล่งอาหารสุขภาพที่เพิ่มขึ้น	พื้นที่และปริมาณคนในชุมชน มีความพอดีกับ การมีแปลงผักสวนครัว ปลอดสารพิษได้	คนในชุมชนเข้าใจการเรียนรู้ เพื่อพึ่งตนเองมากขึ้น และมีคำแนะนำจากหน่วยงานเกษตรจังหวัด	เกษตรกรรม การตลาด การประชาสัมพันธ์ การประชาสัมพันธ์	การแบ่งปันพื้นที่ในการสร้างแปลงผัก และอดทนดูแลให้ได้ดี
4. โครงการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี	การมีระบบพิจารณาให้ค่าตอบแทนผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี เพิ่มแรงจูงใจได้	ในชุมชนมีกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี เป็นต้นแบบได้ ขยายผลเพิ่มได้	การมีระบบแรงจูงใจมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืนขึ้น	การประเมินสุขภาพ การจัดการ กิจกรรมแบ่งปันความรู้ การเงินและบัญชี	ความร่วมมือของคนในชุมชนกับเครือข่าย มีคุณธรรม และซื่อสัตย์
5. โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่บ้านที่ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ	สภาพแวดล้อมที่บ้าน ที่ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ ลดการเกิดอุบัติเหตุ และการล้มได้	การปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่บ้าน ทำตามความจำเป็น ตามสภาพบ้านแต่ละหลัง ไม่มากหรือไม่น้อยเกินไป	การรวมปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่บ้าน ทำให้เกิดความรกรากแห่ง และ สาธารณสุข	สถาปัตยกรรม เทคโนโลยีสารสนเทศ การแพทย์และสาธารณสุข	การดำเนินการทำตามระเบียบของราชการ โปร่งใส ตรวจสอบได้

## ตาราง 22 (ต่อ)

ชื่อโครงการ	ความมีเหตุผล	ความพอประมาณ	การมีภูมิคุ้มกันที่ดี	การใช้ความรู้	การมีคุณธรรม
6. โครงการ สร้างสรรค์กิจกรรม ในโรงเรียนผู้สูงอายุ	การจัดกิจกรรมที่ครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ช่วยให้ผู้สูงอายุสุขภาพดี	กิจกรรมที่เหมาะสม ไม่ยาก หรือไม่ยุ่งเกินไป สำหรับ ประยุกต์ในการดูแลสุขภาพ ในเชิงองค์รวมได้	คณะกรรมการดำเนินงาน กิจกรรมเป็นชมรมในชุมชน และมีการประสานงานกับ เครือข่ายภายนอกชุมชน	การแพทย์และสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์ การกีฬา จิตวิทยา การทำ สมาธิ วิปัสสนา และภavana	ความเสียสละ ซื่อสัตย์ สุจริต อดทน และใช้ สติปัญญาในการจัด กิจกรรมต่างๆ
7. โครงการส่งเสริม การมีสิ่งแวดล้อมที่ เหมาะสม	การมีสิ่งแวดล้อมที่ เหมาะสม	บ้าน วัด โรงเรียน ในปัจจุบัน มีความพร้อมตามกาลเทศะ ในการดำเนินงาน	สมาชิกชุมชนร่วมแรง ร่วมใจ ตระหนักถึงความสำคัญใน การเห็นคุณค่าผู้สูงอายุ	การสร้างทำนุโยชน์ใหม่ การสร้างหลักสูตรและ การจัดการเรียนการสอน	ความร่วมมือของคนใน ชุมชน การแบ่งปันความรู้ ประสบการณ์ที่ดีแก่กัน
8. โครงการป้องกัน โรคและส่งเสริม สุขภาพดีแก่ผู้สูงอายุ	การป้องกันโรคและส่งเสริม สุขภาพที่ใช้ได้จริง ช่วยให้มี พฤติกรรมการที่ถูกต้อง	การป้องกันและส่งเสริม สุขภาพเป็นพื้นฐานที่สมดุล กับคุณภาพชีวิตทุกคน	สมาชิกทุกคนมีเป้าหมาย ร่วมกันในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น	การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การสื่อสาร การประชาสัมพันธ์	ความพยายาม เสียสละ และความตั้งใจจริงใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
9. โครงการพัฒนา ระบบการเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุ	ระบบการเยี่ยมบ้านที่มี คุณภาพและฐานข้อมูลกลุ่ม ผู้สูงอายุที่ทันสมัย ทำให้วาง แผนการดูแลได้ดียิ่งขึ้น	การกระจายหน้าที่ของ พยาบาลจากรพ.สต. อสม. และจิตอาสาในชุมชน เป็น กระบวนการมีส่วนร่วมที่ดี	การสร้างเครือข่ายการดูแล สุขภาพทั้งภายในชุมชนและ ภายนอกชุมชน เป็นการ พึ่งพาตนเองที่แท้จริง	การแพทย์ การพยาบาล โภชนบำบัด กายภาพบำบัด จิตวิทยา เทคโนโลยี สารสนเทศ การสื่อสารและ การสร้างสัมพันธภาพ	ความร่วมมือของสมาชิก ชุมชน ในการดูแลกลุ่ม ครอบครัว ด้วยความเมตตา อดทน เสียสละ และ แบ่งปัน

#### 4.2 การจัดลำดับความสำคัญของโครงการพัฒนาชุมชน

การจัดเวทีชุมชนครั้งที่ 2 มีการระดมความคิดเห็นในการจัดลำดับความสำคัญของโครงการพัฒนาชุมชน โดยมีการแสดงความคิดเห็นของประชาคม จากนั้นจึงให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 39 คน เป็นผู้ตัดสินใจในการจัดลำดับความสำคัญของโครงการ โดยให้คะแนน 10 – 1 คะแนน หากมีความต้องการสูงสุด = 10 และมีความต้องการต่ำสุด = 1 ซึ่งหากตัดสินใจแล้วว่า ไม่ใช่ความต้องการสูงสุด สามารถให้คะแนนลดลงเป็น 9 จนถึง 1 คะแนน ได้ผลดังนี้

ตาราง 23 ผลการจัดลำดับความสำคัญของโครงการพัฒนาชุมชนจากการระดมสมองในเวทีชุมชนครั้งที่ 2

ชื่อโครงการ	คะแนน	ลำดับ ความสำคัญ
โครงการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพดีแก่ผู้สูงอายุ	369	1
โครงการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ	358	2
โครงการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี	353	3
โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ	335	4
โครงการสร้างสรรค์กิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ	328	5
โครงการปรับปรุงระบบสาธารณะให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	327	6
โครงการพัฒนาด้านกายภาพของโรงเรียนผู้สูงอายุ	323	7
โครงการส่งเสริมการใช้วิถีชีวิตตามแนวทางพอเพียง	311	8
โครงการส่งเสริมการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ	305	9

จากตาราง 23 แสดงว่า โครงการที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญสูงสุด 3 อันดับแรก คือ โครงการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพดีแก่ผู้สูงอายุ โครงการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ และโครงการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ส่วนโครงการที่ควรดำเนินการเป็น 3 ลำดับสุดท้ายคือ โครงการส่งเสริมการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ โครงการส่งเสริมการใช้วิถีชีวิตตามแนวทางพอเพียง และโครงการพัฒนาด้านกายภาพของโรงเรียนผู้สูงอายุ



#### 4.3 การประเมินผลสัมฤทธิ์เชิงระบบของโครงการ

ในการวางแผน โครงการพัฒนาของชุมชนบางกะจะ จะยึดหลักการคิดแบบเชิงระบบ มีการพิจารณาถึง การใช้ปัจจัยการผลิต (Inputs) การวางแผนโครงการ (Projects) และผลสัมฤทธิ์ที่เกิดจากโครงการ (Results) โดยที่เมื่อดำเนินงานในทุกโครงการสำเร็จลง น่าจะก่อผลสัมฤทธิ์ (Results) ในระยะเวลาต่าง ๆ คือ ผลผลิต (Output) ในระยะสั้น ผลลัพธ์ (Outcome) ในระยะกลาง และ ผลกระทบ (Impact) ในระยะยาว ซึ่งเป็นกรอบความคิดการพัฒนาเชิงระบบ (System Approach) โดยทั้งหมดนี้ สะท้อนการประเมินผลที่คาดหวังว่าจะเกิดก่อนที่จะดำเนินการจริง (Ex-ante Evaluation) กล่าวคือ จะเกิดผลผลิตลักษณะต่าง ๆ จากโครงการต่าง ๆ จำนวน 9 โครงการ และก่อให้เกิดผลลัพธ์ในระยะ 5 ปี ตามมาใน 6 ประการ ได้แก่

- 1) ทักษะชีวิตที่ดีเกี่ยวกับผู้สูงอายุจากมุมมองของสมาชิกชุมชน
- 2) พฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีพอเพียง
- 3) ภาวะสุขภาพดีในผู้สูงอายุ
- 4) การประหยัดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ
- 5) การเพิ่มรายได้ที่เป็นตัวเงินของประชากรสูงอายุ
- 6) ศูนย์กลางของพลังชุมชน

รวมทั้งในระยะยาวตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อการพัฒนาที่ยั่งยืน จำนวน 4 ประการ ได้แก่

- 1) การเป็นต้นแบบชุมชนสำหรับการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ
- 2) ชุมชนมีความเข้มแข็ง อบอุ่นจากการมีส่วนร่วม
- 3) ความพร้อมของชุมชนในการรองรับกลุ่มผู้สูงอายุในอนาคต
- 4) คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุและสมาชิกชุมชนทุกคน

โดยสามารถสรุปให้เห็นถึงการเกิดผลสัมฤทธิ์ดังกล่าว ในแต่ละโครงการทั้ง

9 โครงการได้ ดังตาราง 24

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตาราง 24 ผลสัมฤทธิ์เชิงระบบของโครงการ

ชื่อโครงการ	ผลผลิต (output)	ผลลัพธ์ (outcome)	ผลกระทบ (impact)
1. โครงการปรับปรุงระบบสาธารณะให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	-ระบบขนส่งกรณีฉุกเฉิน -ถนนคอนกรีตเสริมเหล็ก -ห้องน้ำในวัดที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ -ระบบเสียงตามสายที่ครอบคลุมทั่วพื้นที่	ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่ลดลงจากการเกิดอุบัติเหตุของผู้สูงอายุและสมาชิกชุมชนที่น้อยลง	คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุและสมาชิกชุมชน รวมทั้งความปลอดภัยของชุมชนในการรองรับกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น
2. โครงการพัฒนาด้านกายภาพของโรงเรียนผู้สูงอายุ	-อาคารของโรงเรียนผู้สูงอายุ -อุปกรณ์ที่เอื้อต่อการเรียนรู้สำหรับโรงเรียนผู้สูงอายุ	ศูนย์การเรียนรู้ของชุมชน ทำให้สมาชิกชุมชนยังคงมีความสุขดีแม้จะสูงอายุ ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ	องค์ความรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ดี และความพร้อมของชุมชนในการส่งเสริมการเรียนรู้ของกลุ่มผู้สูงอายุ
3. โครงการส่งเสริมการใช้วิถีชีวิตตามแนวทางพอเพียง	-แปลงผักสวนครัวปลอดสารพิษประจำหมู่บ้าน จากการมีส่วนร่วมของสมาชิกชุมชน องค์กรท้องถิ่น และจากหน่วยงานภายนอกชุมชน	การลดค่าใช้จ่ายในการรักษาจากการได้รับสารพิษ ส่งเสริมให้สุขภาพดี และเพิ่มรายได้ของผู้สูงอายุ จากการขายผักปลอดสารพิษ	ต้นแบบชุมชนสำหรับการพัฒนากิจกรรมและอาชีพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เป็นชุมชนที่มีความเข้มแข็งและพึ่งตนเองมากขึ้น
4. โครงการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี	-ระบบการพิจารณาให้ค่าตอบแทนผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี	การประหยัดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพจากการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางของพลังชุมชน	ต้นแบบในการพัฒนาชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ จากการมีระบบแรงจูงใจที่เหมาะสม
5. โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยเพื่อผู้สูงอายุ	-สภาพแวดล้อมทั้งในบ้านและบริเวณรอบบ้านที่อยู่อาศัยมีความปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ	การลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ และการล้มของผู้สูงอายุ	การมีสุขภาพะของผู้สูงอายุและสมาชิกทุกคนในครัวเรือน กลุ่มครัวเรือน และชุมชน

ตาราง 24 (ต่อ)

ชื่อ โครงการ	ผลผลิต (output)	ผลลัพธ์ (outcome)	ผลกระทบ (impact)
6. โครงการ สร้างสรรค์ กิจกรรมใน โรงเรียนผู้สูงอายุ	-กิจกรรมในโรงเรียน ผู้สูงอายุที่ครอบคลุม สุขภาพครบองค์รวมทั้ง ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ	การประหยัดค่าใช้จ่ายใน การรักษาพยาบาล จากการ ชะลอการเกิดโรคที่เสื่อม ตามวัย และเกิดภาวะ สุขภาพดีในผู้สูงอายุ	ความรู้ความเข้าใจของ ผู้สูงอายุ จากการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ร่วมกันทาง วิชาการและทางปฏิบัติ ส่งเสริมให้มีคุณภาพ ชีวิตที่ดี
7. โครงการ ส่งเสริมการมี สิ่งยึดเหนี่ยว ทางจิตใจ	-เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อสร้างความเชื่อมั่น ในคุณค่าของผู้สูงอายุ	ทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับ ผู้สูงอายุของสมาชิกชุมชน ก่อให้เกิดศูนย์กลางของ พลังชุมชนจากผู้สูงอายุ	ชุมชนเกิดความเข้มแข็ง และอบอุ่นจากการ ตระหนักถึงคุณค่าและ บทบาทของผู้สูงอายุ
8. โครงการป้องกัน โรคและส่งเสริม สุขภาพดีแก่ ผู้สูงอายุ	-การส่งเสริมองค์ความรู้ จากระบบเครือข่าย ในการ ป้องกันโรคและส่งเสริม สุขภาพที่ใช้ได้ในชีวิตจริง	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้อย่างถูกต้อง ส่งเสริม ภาวะสุขภาพดีในผู้สูงอายุ ประหยัดค่าใช้จ่ายทาง สุขภาพ	คุณภาพชีวิตที่ดีของ ผู้สูงอายุ เป็นต้นแบบ สำหรับสมาชิกชุมชน ทุกช่วงวัยได้ปฏิบัติตาม
9. โครงการพัฒนา ระบบการเยี่ยม บ้านผู้สูงอายุ อย่างมีสัมฤทธิ์ผล	-ระบบการเยี่ยมบ้านที่มี คุณภาพและดูแลผู้สูงอายุ ได้อย่างทั่วถึงทั้งชุมชน รวมทั้งมีฐานข้อมูลกลุ่มที่ ทันสมัย	การลดค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาลที่เกิดจาก ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่นอน ติดเตียง	ความสัมพันธ์ของ ครอบครัว ผู้สูงอายุ และ กลไกภาครัฐในการร่วม พัฒนาชุมชนที่เป็นมิตร กับผู้สูงอายุในอนาคต

จะเห็นได้ว่า โครงการที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาครัฐที่เกี่ยวข้องทั้ง 9 โครงการนั้น ก่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์หลายประการ อันเป็นประโยชน์ที่เกิดขึ้นในเชิงบูรณาการ โดยทุกโครงการมีความเชื่อมโยง และสัมพันธ์กับ SDGs/UN และ AFC/WHO ในทุกประเด็น แต่ในที่นี้นำเสนอเฉพาะ โครงการประเด็นหลัก ๆ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาชุมชนที่มีความสอดคล้องกับ SDGs/UN และ AFC/WHO ดังนี้

1) SDGs#3 สุขภาพดีและชีวิตที่เป็นสุข ทำให้มั่นใจว่ามีชีวิตที่สุขภาพดีและชีวิตเป็นสุขในทุกช่วงวัย

โครงการหลักที่ส่งเสริมให้บรรลุ SDGs#3 สุขภาพดีและชีวิตที่เป็นสุข ได้แก่ โครงการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพดีแก่ผู้สูงอายุ โครงการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุอย่างมีสัมฤทธิ์ผล และโครงการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ซึ่งสอดคล้องกับ AFC/WHO ในประเด็น การสนับสนุนและการให้บริการสุขภาพจากชุมชน ทั้ง 3 โครงการ และโครงการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ยังสอดคล้องกับ AFC/WHO ในประเด็น การมีส่วนร่วมในโอกาสทำงานและจิตอาสา อีกด้วย

โดยโครงการทั้ง 3 โครงการนี้ เป็นโครงการที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี แต่หากเจ็บป่วยนอนติดเตียงจะมีทีมสหสาขาวิชา ไปดูแลที่บ้าน เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย และมีกระบวนการเสริมแรง สร้างแรงจูงใจ ให้ผู้สูงอายุคงสุขภาพดีให้นานที่สุด ดังนั้น เมื่อมีสุขภาพดีจะช่วยให้มีชีวิตที่เป็นสุขได้จึงส่งเสริมให้บรรลุ SDGs#3 สุขภาพดีและชีวิตที่เป็นสุข

2) SDGs#4 คุณภาพการศึกษา ทำให้มั่นใจว่ามีคุณภาพการศึกษาที่เท่าเทียม และส่งเสริมโอกาสการเรียนรู้ตลอดชีวิตสำหรับทุกคน

โครงการหลักที่ส่งเสริมให้บรรลุ SDGs#4 คุณภาพการศึกษาเป็นโครงการที่ส่งเสริมโอกาสการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ โครงการพัฒนาด้านกายภาพของโรงเรียนผู้สูงอายุ โครงการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพดีแก่ผู้สูงอายุ และโครงการสร้างสรรค์กิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับ AFC/WHO ในประเด็นการมีพื้นที่ชุมชนที่ผู้สูงอายุใช้ประโยชน์ร่วมกัน การสนับสนุนและการให้บริการสุขภาพจากชุมชน และการมีกิจกรรมสังคมและระบบที่สนับสนุนผู้สูงอายุให้เข้าร่วม ตามลำดับ

โดยโครงการดังกล่าว มีการพัฒนาทั้งในส่วนของกิจกรรมการเรียนการสอนในโรงเรียนผู้สูงอายุที่ครอบคลุมสุขภาพองค์รวม และการพัฒนาอาคารเรียน รวมทั้งอุปกรณ์ การเรียนรู้ต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดศูนย์การเรียนรู้ของชุมชน มีองค์ความรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ดี และความพร้อมของชุมชนในการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต จึงส่งเสริมให้บรรลุ SDGs#4 คุณภาพการศึกษาได้

3) SDGs#10 ลดความไม่เท่าเทียมกัน ลดความไม่เท่าเทียมกันภายในประเทศหรือระหว่างประเทศ

โครงการหลักที่ส่งเสริมให้บรรลุ SDGs#10 ลดความไม่เท่าเทียมกัน โดยลดความไม่เท่าเทียมกันภายในประเทศ ได้แก่ โครงการปรับปรุงระบบสาธารณสุขให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับ AFC/WHO ถึง 4 ประเด็น ได้แก่ การมีพื้นที่ชุมชนที่ผู้สูงอายุใช้ประโยชน์ร่วมกัน การมีระบบคมนาคมและยานพาหนะที่สนับสนุนผู้สูงอายุ การสื่อสารและให้ข้อมูลที่ได้ผลแก่ผู้สูงอายุ และการมีบ้านที่อยู่อาศัยและเครื่องใช้ในสภาพที่เหมาะสม อีกโครงการหนึ่งที่ลดความไม่เท่าเทียมกัน ได้แก่ โครงการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุอย่างมีสัมฤทธิ์ผล ซึ่งสอดคล้องกับ AFC/WHO ในประเด็นการสนับสนุนและการให้บริการสุขภาพจากชุมชน

โดยจากการดำเนินโครงการดังกล่าว ทุกคนในชุมชนได้ใช้ประโยชน์ร่วมกัน ไม่มีการแบ่งแยกว่าใช้ได้เฉพาะผู้สูงอายุเท่านั้น อาทิ การจัดซื้อรถฉุกเฉิน เมื่อมีภาวะฉุกเฉินทุกคนย่อมสามารถใช้ประโยชน์ได้ การมีระบบเสียงตามสาย ทุกคนในชุมชนจะรับข้อมูลข่าวสารได้เช่นกัน และแม้แต่คนที่เจ็บป่วยต้องนอนติดเตียงจะได้รับการดูแล ไม่ถูกทอดทิ้งจากการเยี่ยมบ้านของเครือข่ายการดูแลสุขภาพชุมชน จึงส่งเสริมให้บรรลุ SDGs#10 ลดความไม่เท่าเทียมกัน ได้

4) SDGs#11 ชุมชนและเมืองยั่งยืนทำให้เมืองและคนที่อาศัยอยู่ มีความปลอดภัย ยืดหยุ่น และมีความยั่งยืน

โครงการหลักที่ส่งเสริมให้บรรลุ SDGs#11 ชุมชนยั่งยืน ทำให้ชุมชนเป็นที่อยู่อาศัยที่มีความปลอดภัย และมีความยั่งยืน ได้แก่ โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยเพื่อผู้สูงอายุ ซึ่งมีความสอดคล้องกับ AFC/WHO ในประเด็นการมีบ้านที่อยู่อาศัยและเครื่องใช้ในสภาพที่เหมาะสม และอีกโครงการหนึ่งที่ทำให้ชุมชนปลอดภัย ได้แก่ โครงการปรับปรุงระบบสาธารณสุขให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับ AFC/WHO ถึง 4 ประเด็นตามที่ได้กล่าวมาแล้ว

โดยโครงการเหล่านี้ มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้าน และบริเวณรอบบ้านที่อยู่อาศัยให้ดีขึ้นกว่าเดิมให้มีความปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ จึงกล่าวได้ว่ามีความปลอดภัยกับสมาชิกในครัวเรือนทุกคนด้วยเช่นกัน และยังมี การปรับปรุงถนนในชุมชน ซึ่งทำให้มีความปลอดภัยในการสัญจรของทุกคนในชุมชน สามารถส่งผ่านสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยนี้ไปสู่รุ่นต่อไปได้ จึงส่งเสริมให้บรรลุ SDGs#11 ชุมชนยั่งยืน



5) SDGs#16 สันติภาพ ความยุติธรรม และความเข้มแข็งในสังคม ส่งเสริมสันติภาพและสังคมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน จัดการให้เกิดความยุติธรรมสำหรับทุกคน และสร้างจิตสำนึกความรับผิดชอบต่อสังคมในทุกระดับ

โครงการหลักที่ส่งเสริมให้บรรลุ SDGs#16 ความเข้มแข็งในสังคม ได้แก่ โครงการส่งเสริมการใช้วิถีชีวิตตามแนวทางพอเพียง และโครงการส่งเสริมการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ซึ่งมีความสอดคล้องกับ AFC/WHO ในประเด็นการมีส่วนร่วมในโอกาสทำงานและจิตอาสา และประเด็นการได้รับการเคารพยกย่องและการยอมรับในสังคม ตามลำดับ

โดยโครงการเหล่านี้ เกิดจากการมีส่วนร่วมของสมาชิกชุมชน องค์กรท้องถิ่น หน่วยงานภายนอกชุมชน ในการทำแปลงผักปลอดสารพิษ ก่อให้เกิดเป็นต้นแบบชุมชนสำหรับการพัฒนา กิจกรรมและอาชีพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เป็นชุมชนที่มีความเข้มแข็งและพึ่งตนเอง ได้มากขึ้น นอกจากนี้ ยังร่วมกันสร้างจิตสำนึกที่ดีให้กับคนในชุมชน จึงส่งเสริมให้บรรลุ SDGs#16 ความเข้มแข็งในสังคมได้

6) SDGs#17 การเป็นหุ้นส่วนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย การลงมือปฏิบัติและการเป็นหุ้นส่วนทั่วโลกเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

โครงการหลักที่ส่งเสริมให้บรรลุ SDGs#17 การเป็นหุ้นส่วนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ได้แก่ โครงการส่งเสริมการใช้วิถีชีวิตตามแนวทางพอเพียง และโครงการส่งเสริมการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ซึ่งมีความสอดคล้องกับ AFC/WHO ใน 2 ประเด็น ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

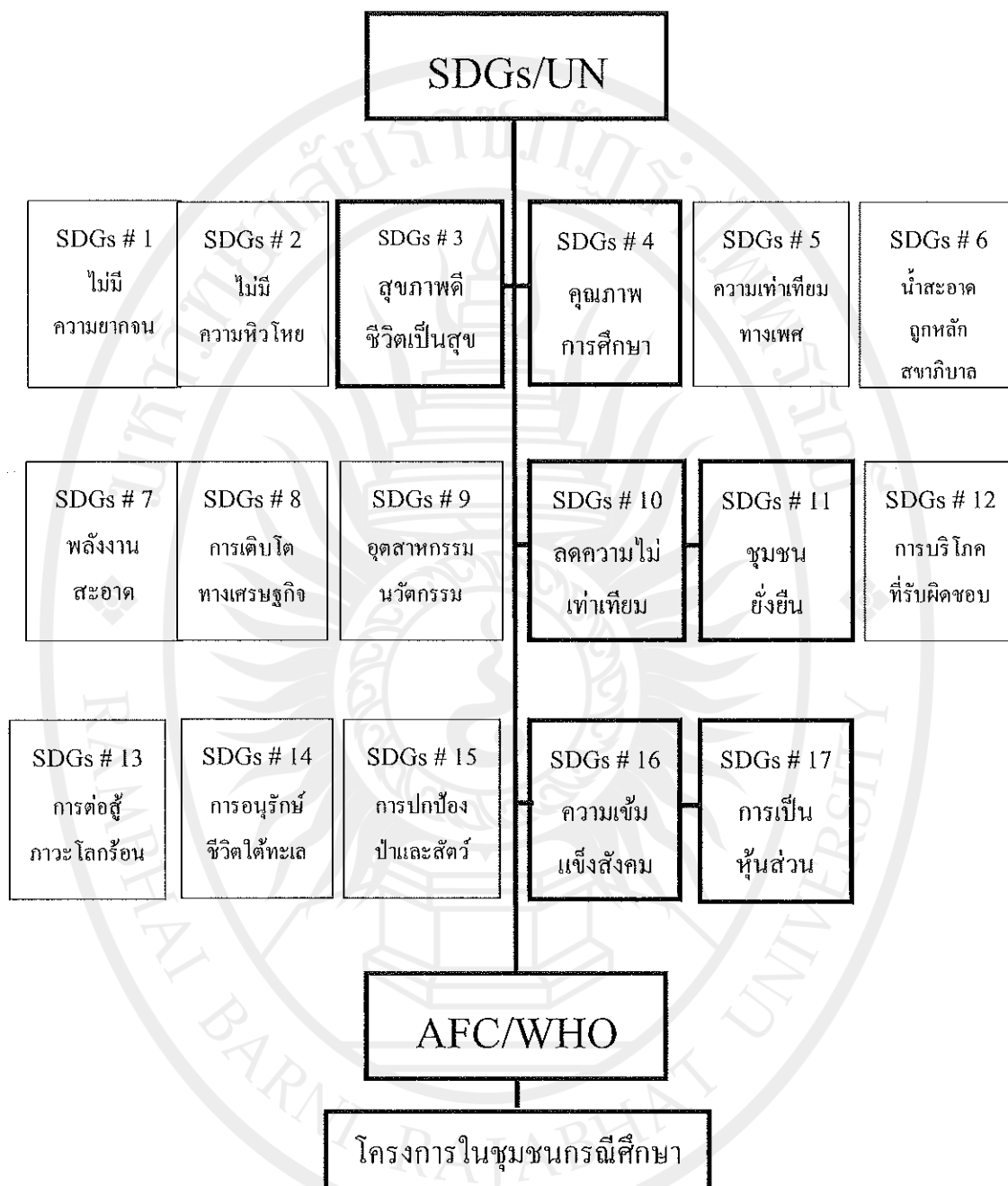
โดยเป็นโครงการที่มีการดำเนินการของหุ้นส่วนการพัฒนา 3 ภาคส่วนหลัก ได้แก่ สมาชิกชุมชน องค์กรท้องถิ่น และหน่วยงานภายนอกชุมชน อีกทั้งยังมีความสอดคล้องกับหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ตามแนวทางพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระมหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ซึ่งนำไปสู่ความสมดุล มั่นคง และยั่งยืน จึงส่งเสริมให้บรรลุ SDGs#17 การเป็นหุ้นส่วนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนได้

ดังนั้น การสังเคราะห์ระบบการดูแลสุขภาพชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางความคิด ซึ่งในชุมชนบางกะจะ มีจำนวน โครงการ 9 โครงการนั้น จึงมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับ SDGs/UN จำนวน 6 เป้าหมาย และ AFC/WHO ครบถ้วนทั้ง 8 ประเด็น กล่าวได้ว่า SDGs/UN และ AFC/WHO มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกันอีกด้วย

โดยแสดงความสอดคล้องของโครงการกับ SDGs/UN และ AFC/WHO เฉพาะ โครงการประเด็นหลัก ๆ ได้ ดังตาราง 25 และภาพประกอบ 5

ตาราง 25 ความสอดคล้องของโครงการกับ SDGs/UN และ AFC/WHO

SDGs/UN	โครงการในชุมชนกรณีศึกษา	AFC/WHO
SDGs#3 สุขภาพดีชีวิตเป็นสุข	โครงการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพดี แก่ผู้สูงอายุ	การให้บริการสุขภาพ
	โครงการพัฒนาระบบ การเชื่อมบ้าน ผู้สูงอายุอย่างมีสัมฤทธิ์ผล	การสื่อสาร
SDGs#4 คุณภาพการศึกษา	โครงการสร้างแรงจูงใจ แก่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี	การมีกิจกรรมสังคม
SDGs#10 ลดความไม่เท่าเทียมกัน	โครงการพัฒนาด้านกายภาพ ของโรงเรียนผู้สูงอายุ	การมีโอกาทำงาน
SDGs#11 ชุมชนยั่งยืน	โครงการสร้างสรรค์กิจกรรม ในโรงเรียนผู้สูงอายุ	การมีระบบคมนาคม
	โครงการปรับปรุงระบบ สาธารณะให้เป็นมิตร กับผู้สูงอายุ	การมีพื้นที่ชุมชน
SDGs #16 ความเข้มแข็งสังคม	โครงการปรับปรุง สภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ	การมีบ้านที่อยู่อาศัย
SDGs#17 การเป็นหุ้นส่วน	โครงการส่งเสริม การมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ	การได้รับการเคารพ
	โครงการส่งเสริมการใช้ วิถีชีวิตตามแนวทางพอเพียง	



ภาพประกอบ 5 ความสอดคล้องของโครงการกับ SDGs/UN และ AFC/WHO

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

นอกจากนี้ โครงการทั้ง 9 โครงการ ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาครัฐที่เกี่ยวข้องจากการจัดเวทีชุมชน ยังมีความสอดคล้องกับกรอบยุทธศาสตร์ด้านผู้สูงอายุของรัฐเริ่มตั้งแต่ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ไปจนถึงแผนปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ของกระทรวงหลักต่าง ๆ 6 กระทรวง โดยอธิบายความสอดคล้องได้ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) เป็นแผนแม่บทหลักในการพัฒนาประเทศไทย โดยแผนพัฒนาในระดับต่าง ๆ จะมีความเชื่อมโยงและสอดคล้องกันตามลำดับ จากยุทธศาสตร์ชาติจนไปสู่แผนปฏิบัติการเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืนเป็นประเทศพัฒนาแล้วด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” ซึ่งกรอบแนวทางการพัฒนา 20 ปี ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ (สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ออนไลน์, 2561)

- 1) ความมั่นคง
- 2) การสร้างความสามารถในการแข่งขัน
- 3) การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน
- 4) การสร้างโอกาสความเสมอภาคและความเท่าเทียมกันทางสังคม
- 5) การสร้างความเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม
- 6) การปรับสมดุลและการบริหารจัดการภาครัฐ

โดยยุทธศาสตร์ชาติที่มีความสอดคล้องกับโครงการ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน และยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างโอกาส ความเสมอภาค และความเท่าเทียมกันทางสังคม ซึ่งมีความเชื่อมโยงสอดคล้องไปยังแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 เป็นลำดับต่อมา

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) เป็นกลไกการขับเคลื่อนในการถ่ายทอดยุทธศาสตร์ชาติสู่การปฏิบัติ โดยมีหลักการสำคัญของแผนพัฒนาฯ ที่สอดคล้องกับ โครงการ ได้แก่ ยึดหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา ยึดเป้าหมายอนาคตประเทศไทยปี 2579 ซึ่งสอดคล้องกับ SDGs/UN และยึดหลักการนำไปสู่การปฏิบัติให้เกิดผลสัมฤทธิ์อย่างจริงจังใน 5 ปีที่ต่อยอดไปสู่ผลสัมฤทธิ์ที่เป็นเป้าหมายระยะยาว ประกอบด้วย 10 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560 : 65-189)

- 1) การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์
- 2) การสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม
- 3) การสร้างความเข้มแข็ง ทางเศรษฐกิจ และแข่งขัน ได้อย่างยั่งยืน

- 4) การเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน
- 5) การเสริมสร้างความมั่นคงแห่งชาติเพื่อการพัฒนาประเทศสู่ความมั่งคั่งและยั่งยืน
- 6) การบริหารจัดการในภาครัฐ การป้องกันการทุจริตประพฤติมิชอบและธรรมาภิบาลในสังคมไทย

- 7) การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและระบบโลจิสติกส์
- 8) การพัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรม
- 9) การพัฒนาภาค เมือง และพื้นที่เศรษฐกิจ
- 10) ความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อการพัฒนา

ทั้งนี้ มี 3 ยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนาฯ ที่สอดคล้องกับโครงการ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างความเป็นธรรม และลดความเหลื่อมล้ำในสังคม และยุทธศาสตร์ที่ 8 การพัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรม โดยมีความสอดคล้อง ดังนี้

โครงการที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ ได้แก่ โครงการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โครงการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี โครงการสร้างสรรค์กิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ โครงการส่งเสริมการใช้วิถีชีวิตตามแนวทางพอเพียง และโครงการส่งเสริมการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เนื่องจากโครงการเหล่านี้เป็นโครงการที่พัฒนาผู้สูงอายุ และสมาชิกในชุมชน ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ จึงมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติที่ 3 การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน อีกด้วย

โครงการที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม ได้แก่ โครงการปรับปรุงระบบสาธารณสุขให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โครงการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุอย่างมีสัมฤทธิ์ผล เนื่องจากเป็น โครงการที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ และผลกระทบกับสมาชิกทุกคนในชุมชนและผู้สูงอายุทุกคน รวมทั้งผู้ที่เจ็บป่วยต้องนอนติดเตียงจะได้รับการดูแลจากทีมเยี่ยมบ้าน จึงมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติที่ 4 การสร้างโอกาสความเสมอภาคและความเท่าเทียมกันทางสังคม

โครงการที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 8 การพัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรม ได้แก่ โครงการปรับปรุงระบบสาธารณสุขให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โครงการพัฒนาด้านสุขภาพของโรงเรียนผู้สูงอายุ และโครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากโครงการเหล่านี้ เป็นโครงการที่มีการพัฒนาทางด้านสุขภาพ ซึ่งต้องใช้วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรม และก่อให้เกิดนวัตกรรมในชุมชนได้ อาทิ การมีปุ่มกดขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน โดยเชื่อมโยงระบบไปยังหน่วยความช่วยเหลือของชุมชน ซึ่งการมี



ปมกคขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินนี้ สมาชิกทุกคนในชุมชนได้ใช้ประโยชน์ไม่มีการแบ่งแยกชนชั้น ดังนั้น จึงมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติที่ 4 การสร้างโอกาส ความเสมอภาคและความเท่าเทียมกันทางสังคม

เมื่อวันที่ 4 ธันวาคม พ.ศ. 2561 มติคณะรัฐมนตรี ประกาศให้สังคมสูงอายุ เป็นระเบียบวาระแห่งชาติ จึงมีมาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (พ.ศ. 2561) ซึ่งเป็นมาตรการขับเคลื่อนเพื่อให้ผู้สูงอายุเป็นพหุติพลัง (Active Aging) ประกอบด้วย 2 มาตรการหลัก และ 10 มาตรการย่อย ได้แก่ มาตรการหลักที่ 1 การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนทุกวัย (มาตรการย่อย 1.1-1.6) มาตรการหลักที่ 2 ยกระดับขีดความสามารถสู่การบริหารจัดการภาครัฐ 4.0 (มาตรการย่อย 2.1-2.4) โดยมอบหมาย 6 กระทรวง เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการขับเคลื่อนมาตรการ โดยแต่ละกระทรวงได้มีแผนปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ซึ่งมีความสอดคล้องกับมาตรการที่ได้รับมอบหมาย เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด ทั้งนี้แต่ละกระทรวงรับผิดชอบหลักมาตรการต่าง ๆ ดังนี้ (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2562 : 31-41)

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รับผิดชอบหลักมาตรการย่อย 1.1 การสร้างระบบคุ้มครองและสวัสดิการผู้สูงอายุ มาตรการย่อย 1.5 ธนาคารเวลาสำหรับการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทย มาตรการย่อย 2.1 ยกระดับความร่วมมือเสริมสร้างพลังสังคมสูงอายุ และ มาตรการย่อย 2.2 การปรับเปลี่ยนกฎหมาย ระเบียบปฏิบัติ ข้อบังคับ ให้เอื้อต่อการทำงานด้านผู้สูงอายุ โดยโครงการส่งเสริมการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ มีความสอดคล้องกับ มาตรการย่อย 2.1 เนื่องจากมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดศูนย์กลางพลังชุมชน และเกิดผลกระทบคือ ชุมชนเกิดความอบอุ่น เข้มแข็ง

กระทรวงแรงงาน รับผิดชอบหลัก มาตรการย่อย 1.2 การทำงานและการสร้างรายได้สำหรับผู้สูงอายุสอดคล้องกับโครงการส่งเสริมการใช้วิถีชีวิตตามแนวทางพอเพียง เนื่องจากโครงการนี้ก่อให้เกิดผลผลิตคือ แปลงผักสวนครัวปลอดสารพิษ ผลลัพธ์คือ เพิ่มรายได้ของผู้สูงอายุจากการขายผักปลอดสารพิษ และผลกระทบคือ ต้นแบบชุมชนสำหรับการพัฒนาอาชีพ

กระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบหลัก มาตรการย่อย 1.3 ระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ สอดคล้องกับทุกโครงการ เนื่องจากการศึกษานี้ ได้สังเคราะห์ระบบการดูแลสุขภาพชุมชนที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และสำหรับชุมชนบางที่จะนั้น การดำเนินการในทุกโครงการจะก่อให้เกิดผลประโยชน์เชิงบูรณาการคือ การมีสุขภาพดีขึ้น และเจ็บป่วยลดลง

กระทรวงมหาดไทย รับผิดชอบหลัก มาตรการย่อย 1.4 ปรับสภาพแวดล้อมชุมชนและบ้านให้ปลอดภัยกับผู้สูงอายุ สอดคล้องกับโครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยเพื่อผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นโครงการที่มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมทั้งภายในบ้านและบริเวณบ้าน เพื่อให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับโครงการปรับปรุงระบบสาธารณะให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เนื่องจากมีการปรับปรุงถนน ซึ่งเป็นการปรับสภาพแวดล้อมชุมชนให้ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุด้วย

กระทรวงศึกษาธิการ รับผิดชอบหลัก มาตรการย่อย 1.5 การสร้างความรอบรู้ให้คนรุ่นใหม่เตรียมความพร้อมในทุกมิติ สอดคล้องกับโครงการส่งเสริมการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เนื่องจากเป็นโครงการที่มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้สมาชิกในชุมชนมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เป็นส่วนหนึ่งของการเตรียมความพร้อมของคนรุ่นใหม่ ให้ตระหนักถึงคุณค่าและบทบาทผู้สูงอายุ

กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม รับผิดชอบหลัก มาตรการย่อย 2.4 พลิกโฉมนวัตกรรมเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในสังคมสูงอายุ สอดคล้องกับโครงการปรับปรุงระบบสาธารณะให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โครงการพัฒนาด้านกายภาพของโรงเรียนผู้สูงอายุ และโครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยเพื่อผู้สูงอายุ เนื่องจากโครงการเหล่านี้ เป็นโครงการที่มีการพัฒนาชุมชน ซึ่งต้องใช้วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรม และก่อให้เกิดผลประโยชน์สำหรับสมาชิกทุกคนในชุมชน อาทิ การซื้อรถฉุกเฉินสำหรับใช้ในชุมชนภายในรถต้องใช้เทคโนโลยี และนวัตกรรม เพื่อให้เป็นรถฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ และการใช้รถฉุกเฉินนี้ทุกคนในชุมชนสามารถใช้บริการได้หากมีภาวะฉุกเฉิน

จากกรอบยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ได้มีการถ่ายทอดตามลำดับสู่ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ โดยจังหวัดจันทบุรี ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ จังหวัดจันทบุรี ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี, 2563 : 27-29)

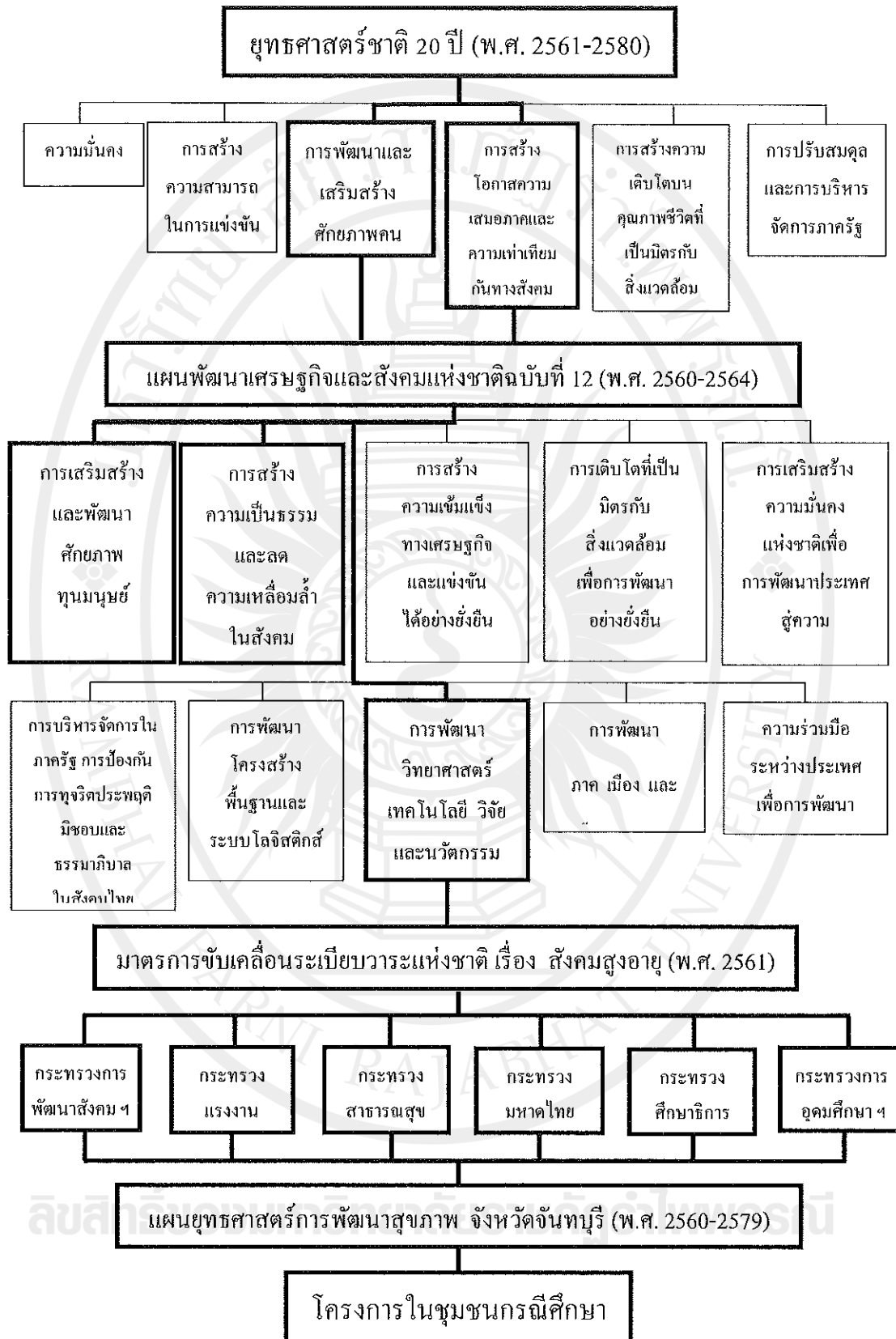
- 1) การเสริมสร้างการมีสุขภาพดีของประชาชนแบบมีส่วนร่วมจากภาคีทุกภาคส่วน
- 2) การสร้างชุมชนพึ่งตนเองทางสุขภาพด้วยหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง
- 3) การพัฒนาจังหวัดสู่เมืองบริการสุขภาพอาเซียน
- 4) การพัฒนาสถานบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ และระบบบริการที่เป็นเลิศ
- 5) การสร้างสรรค์องค์ความรู้ นวัตกรรมทางสุขภาพ และระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพ
- 6) การพัฒนาระบบบริหารจัดการ บุคลากร และการสร้างสุขในการทำงาน

โดยโครงการในชุมชนกรณีศึกษาทุกโครงการมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมสร้างการมีสุขภาพดีของประชาชนแบบมีส่วนร่วมจากภาคีทุกภาคส่วน และยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างชุมชนพึ่งตนเองทางสุขภาพด้วยหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง เนื่องจากโครงการทั้งหมด 9 โครงการ เป็นโครงการที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดผลลัพธ์ 6 ประการ อาทิ ภาวะสุขภาพดีในผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบพอเพียง โดยทุกโครงการมีความสอดคล้องกับปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และมีศูนย์กลางความคิด โดยใช้ AFC/WHO ซึ่งเป็นการจัดการสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ในชุมชนให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ก่อให้เกิดผลกระทบระยะยาว 4 ประการ อาทิ การเป็นต้นแบบชุมชนสำหรับการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ชุมชนมีความเข้มแข็ง อบอุ่นจากการมีส่วนร่วม

เมื่อพิจารณาภาพรวมทุกโครงการในชุมชนกรณีศึกษา จึงมีความสอดคล้องตั้งแต่ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และมีความสอดคล้องต่อเนื่องมาตามลำดับจนถึงแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ จังหวัดจันทบุรี

โดยแสดงความสอดคล้องของยุทธศาสตร์ด้านผู้สูงอายุกับโครงการในชุมชนกรณีศึกษาดังภาพประกอบ 6

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี



ภาพประกอบ 6 ความสอดคล้องของยุทธศาสตร์ด้านผู้สูงอายุกับโครงการในชุมชนกรณีศึกษา

## 5. ความเป็นไปได้ทางเศรษฐศาสตร์ในการลงทุนโครงการเพื่อสังคมสูงอายุ

### 5.1 การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ

ผลประโยชน์ที่แท้จริงที่ได้รับทางสุขภาพแสดงออกได้ 2 ทาง คือ ผลประโยชน์ที่ไม่ได้คิดเป็นตัวเงิน และผลประโยชน์ที่คิดเป็นตัวเงิน การประมาณผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นวัดเป็นตัวเงินได้หลายทาง เช่น สุขภาพดีขึ้นลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทั้งในส่วนที่เกิดในโรงพยาบาลและส่วนตัวผู้ป่วยเอง โดยผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นในตลอดอายุของโครงการในการศึกษาครั้งนี้ยังเป็นข้อมูลจากการคาดการณ์ (Expected Value) ที่ยังไม่ได้เกิดขึ้นจริงจากโครงการในอนาคต (Future Value) จึงจะต้องคำนวณมูลค่าในอนาคตดังกล่าว ให้สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้ ในรูปของมูลค่าปัจจุบัน (Present Value) โดยที่การคิดลด (Discounting) มักใช้อัตราการคิดลด ร้อยละ 3 - 5 ตามอัตราการเปลี่ยนแปลงของมูลค่าเงินตามเวลาที่ผ่านไป (Supakankunti and et.al. 2015 : 133) ในภาวะที่สภาพเศรษฐกิจปกติ มักใช้อัตราการคิดลดร้อยละ 5 แต่สำหรับการศึกษานี้ ใช้อัตราการคิดลดร้อยละ 3 เนื่องจากอยู่ในภาวะเศรษฐกิจถดถอย เพราะมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

การศึกษานี้ผลประโยชน์เกิดจากการดำเนินโครงการในระยะ 5 ปี และ 10 ปี จึงต้องมีการคิดลด โดยใช้อัตราการคิดลดร้อยละ 3 ดังสูตร

$$PV = \frac{FV}{(1+r)^t}$$

$$\text{มูลค่าปัจจุบัน (Present Value)} = \frac{\text{มูลค่าอนาคต (Future Value)}}{(1 + 0.03)^{\text{จำนวนปี}}}$$

โดยเฉพาะในการคิดผลประโยชน์จากโครงการต่าง ๆ ในการศึกษาจะตั้งอยู่บนข้อสมมุติ (Assumption) ที่ว่า เมื่อชุมชนได้มีการพัฒนาของผู้สูงอายุ จากการลงทุนในโครงการต่าง ๆ โดยมีคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางความคิดแล้ว จะบังเกิดผลให้กลุ่มผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีการเจ็บป่วยลดลงหรือสามารถจะสร้างรายได้เพิ่มเติมแก่ตนเองได้อีกด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดต้นทุนด้านสุขภาพ (Health Cost) ของกลุ่มผู้สูงอายุที่ลดลง จากการเอาใจใส่ การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ การมีความรู้ ความเข้าใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่ดีขึ้น ล้วนแต่จะทำให้กลุ่มผู้สูงอายุ สามารถประหยัดต้นทุนในการดูแลสุขภาพตนเองได้มากขึ้น หรืออีกนัยหนึ่ง คือ เป็นการประหยัดงบประมาณสาธารณสุข



(Public Cost Saving) ให้แก่ภาครัฐได้เป็นอย่างดีอีกด้วย โดยสรุปคือ ผลรวมของประโยชน์จากทุกโครงการ (Project Benefits) คือ ต้นทุนทางสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุที่ลดลง หรือประหยัดได้ (Health Cost Saving)

ในการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ จะต้องปรับราคาค่ารักษาพยาบาลให้เป็นปัจจุบัน ตามดัชนีราคาผู้บริโภค (Consumer Price Index : CPI) ซึ่งสำนักดัชนีเศรษฐกิจการค้ากระทรวงพาณิชย์ ได้กำหนด CPI ภาคกลางเดือน พฤศจิกายน 2563 เท่ากับร้อยละ 102.15 โดยคิดจากฐานใน พ.ศ. 2558 (สำนักดัชนีเศรษฐกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์, ออนไลน์, 2563) การศึกษานี้คิดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ เฉพาะค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล ซึ่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้วิเคราะห์รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของระบบหลักประกันสุขภาพ มีข้อมูล พ.ศ. 2558 - 2560 และดัชนีราคาผู้บริโภค (CPI) พ.ศ. 2563 คิดจากฐานในพ.ศ. 2558 ดังนั้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประเทศไทย จึงต้องใช้ใน พ.ศ. 2558 เช่นกัน เพื่อให้ปรับราคาค่ารักษาพยาบาลเป็น พ.ศ. 2563 ได้ โดยค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนประชากร คิดจาก 3 กองทุนหลัก ได้แก่ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิสวัสดิการข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม โดยแต่ละกองทุน แบ่งเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล 2 กรณี ได้แก่ ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ซึ่งแบ่งเป็นช่วงอายุ 11-20 ปี จนถึง มากกว่า 70 ปี เพื่อให้คำนวณค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ครบถ้วนทั้ง 3 กองทุน สอดคล้องกับข้อมูลจากการศึกษาของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2561 : 74-75, 78, 80, 83-84) ซึ่งมีรายละเอียดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประเทศไทย ใน พ.ศ. 2558 ดังตาราง 26 และ ค่าใช้จ่ายรายหัวในการรักษาพยาบาลของประเทศไทย ใน พ.ศ. 2558 ดังตาราง 27

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตาราง 26 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประเทศไทย ใน พ.ศ. 2558

ช่วงอายุ (ปี)	ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (บาท/ปี)									
	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ		สิทธิสวัสดิการข้าราชการ		สิทธิประกันสังคม		รวม 3 กองทุน			
	ผู้จ่ายเงิน	ผู้จ่ายเงิน	ผู้จ่ายเงิน	ผู้จ่ายเงิน	ผู้จ่ายเงิน	ผู้จ่ายเงิน	ผู้จ่ายเงิน	ผู้จ่ายเงิน	ผู้จ่ายเงิน	
11-20	2,843,769,424	2,778,666,387	631,040,000	285,640,000	123,966,896	172,021,417	6,835,104,124			
21-30	2,979,051,109	2,986,954,945	452,627,849	286,440,000	2,351,678,549	1,880,240,300	10,936,992,752			
31-40	3,099,122,864	3,446,715,607	1,003,522,151	624,390,000	2,608,794,518	2,810,206,929	13,592,752,069			
41-50	7,791,145,933	5,509,378,487	3,205,690,000	1,180,690,000	3,560,724,744	2,841,905,576	24,089,534,740			
51-60	10,594,205,884	7,868,184,274	9,418,120,000	3,548,370,000	2,837,179,848	2,296,777,606	36,562,837,612			
61-70	10,527,899,207	9,052,240,709	10,301,880,000	4,229,920,000	1,003,525,758	762,515,981	35,877,981,655			
>70	9,610,153,785	10,758,979,177	13,839,490,000	8,299,520,000	167,759,214	148,322,663	42,824,224,839			
รวม	47,445,348,206	42,401,119,586	38,852,370,000	18,454,970,000	12,653,629,527	10,911,990,472	170,719,427,791			

ที่มา : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2561:74-75, 78,80, 83-84)

ตาราง 27 ค่าใช้จ่ายรายหัวในการรักษาพยาบาลของประเทศไทย ใน พ.ศ. 2558

ช่วงอายุ (ปี)	จำนวนประชากร (คน)				ค่าใช้จ่ายรายหัวในการรักษาพยาบาล (บาท/คน/ปี)						รวม 3 กองทุน
	สิทธิ หลักประกัน สุขภาพ แห่งชาติ	สิทธิ สวัสดิการ ข้าราชการ	สิทธิ ประกัน สังคม	สิทธิหลักประกัน สุขภาพ ๑		สิทธิสวัสดิการ ข้าราชการ		สิทธิประกันสังคม			
				ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน		
11-20	7,745,491	480,116	402,703	367.15	358.75	1,314.35	594.94	307.84	427.17	396.09	
21-30	5,726,185	201,145	3,421,713	520.25	521.63	2,250.26	1,424.05	687.28	549.50	584.93	
31-40	5,956,981	445,959	3,795,819	520.25	578.60	2,250.26	1,400.11	687.28	740.34	666.39	
41-50	7,366,885	741,458	2,434,037	1,057.59	747.86	4,323.50	1,592.39	1,462.89	1,167.57	1,142.51	
51-60	6,266,360	1,175,879	1,033,785	1,690.65	1,255.62	8,009.43	3,017.63	2,744.46	2,221.72	2,156.83	
61-70	4,075,112	734,910	161,074	2,583.46	2,221.35	14,017.88	5,755.70	6,230.22	4,733.95	3,608.66	
>70	3,090,374	728,231	17,315	3,109.71	3,481.45	19,004.26	11,396.82	9,688.66	8,566.14	5,582.00	
รวม	40,227,388	4,507,698	11,266,446	1,179.43	1,054.04	8,619.12	4,094.10	1,123.13	968.54		

ที่มา : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2561 :74-75, 78,80, 83-84)

จากตาราง 26 แสดงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประเทศไทย ใน พ.ศ. 2558 ดังเช่น ช่วงอายุ 11 - 26 ปี มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ใน พ.ศ. 2558 สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้ป่วยนอก และ ผู้ป่วยใน เท่ากับ 2,843,769,424 บาท/ปี และ 2,778,666,387 บาท/ปี ตามลำดับ และเมื่อรวมค่าใช้จ่ายในช่วงอายุนี้ทั้ง 3 กองทุน รวมเป็นเงิน 6,835,104,124 บาท/ปี

กลุ่มผู้สูงอายุ ช่วงอายุ 61 - 70 ปี และ ช่วงอายุ > 70 ปี รวมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทั้ง 3 กองทุน เป็นเงิน 35,877,981,655 และ 42,824,224,839 บาท/ปี โดยเมื่อรวมทุกช่วงอายุ จะรวมเป็นเงิน 170,719,427,791 บาท/ปี จากนั้นจึงนำข้อมูลมาคำนวณค่าใช้จ่ายรายหัวในการรักษาพยาบาลของแต่ละช่วงอายุ

จากตาราง 27 แสดงค่าใช้จ่ายรายหัวในการรักษาพยาบาลของประเทศไทย ใน พ.ศ. 2558 ดังเช่น ช่วงอายุ 11 - 20 ปี มีจำนวนประชากร ในสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 7,745,491 คน คิดเป็นค่าใช้จ่ายรายหัวในการรักษาพยาบาลของประเทศไทย ใน พ.ศ. 2558 สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน เท่ากับ 367.15 บาท/คน/ปี และ 358.75 บาท/คน/ปี ตามลำดับ และรวมทั้ง 3 กองทุน ได้เท่ากับ 396.09 บาท/คน/ปี

กลุ่มผู้สูงอายุ ช่วงอายุ 61 - 70 ปี และ ช่วงอายุ > 70 ปี มีจำนวนประชากร ในสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 4,075,112 คน และ 3,090,374 คน คิดเป็นค่าใช้จ่ายรายหัวในการรักษาพยาบาลของประเทศไทย ใน พ.ศ. 2558 สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกรณีผู้ป่วยนอก เท่ากับ 2,583.46 บาท/คน/ปี และ 3,109.71 บาท/คน/ปี ตามลำดับ และรวมทั้ง 3 กองทุน ได้เท่ากับ 3,608.66 และ 5,582.00 บาท/คน/ปี

เมื่อคำนวณค่าใช้จ่ายรายหัวในการรักษาพยาบาลของประเทศไทย ใน พ.ศ. 2558 ได้ครบทุกช่วงอายุแล้ว จึงนำข้อมูลที่ได้นำไปคำนวณค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของชุมชนบางกะจะในแต่ละช่วงอายุ โดยนำจำนวนประชากรในชุมชนบางกะจะแต่ละช่วงอายุ (เทศบาลตำบลบางกะจะ. 2562 : 5) คูณกับค่าใช้จ่ายรายหัวในการรักษาพยาบาลของประเทศไทย ใน พ.ศ. 2558 ในช่วงอายุเดียวกัน จะได้เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของชุมชนบางกะจะ ดังตาราง 28

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตาราง 28 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของชุมชนบางกะจะ

ช่วงอายุ (ปี)	จำนวนประชากร ในชุมชนบางกะจะ (คน)	ค่าใช้จ่ายหัว ในการรักษาพยาบาล ของประเทศไทย ใน พ.ศ. 2558 (บาท/คน/ปี)	ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ของชุมชนบางกะจะ ใน พ.ศ. 2558 (บาท/ปี)	ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ของชุมชนบางกะจะ ใน พ.ศ. 2563 (บาท/ปี)
11-20	293	396.09	116,053.17	118,548.32
21-30	376	584.93	219,932.10	224,660.64
31-40	408	666.39	271,888.12	277,733.72
41-50	472	1,142.51	539,264.40	550,858.58
51-60	439	2,156.84	946,852.30	967,209.63
61-70	315	3,608.66	1,136,727.62	1,161,167.26
>70	228	5,582.00	1,272,696.41	1,300,059.39
		รวมผู้สูงอายุ	2,409,424.03	2,461,226.65
		รวมทุกช่วงวัย	4,503,414.13	4,600,237.53

ที่มา : CPI ภาคกลางเดือน พฤศจิกายน 2563 เท่ากับร้อยละ 102.15 สำนักดัชนีเศรษฐกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ (ออนไลน์. 2563)



จากตาราง 28 แสดงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของชุมชนบางกะจะ ดังเช่น ช่วงอายุ 11-20 ปี มีจำนวนประชากรในชุมชนบางกะจะ 293 คน ค่าใช้จ่ายรายหัวในการรักษาพยาบาลของประเทศไทย ใน พ.ศ. 2558 รวมทั้ง 3 กองทุน เท่ากับ 396.09 บาท/คน/ปี จะคำนวณได้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของชุมชนบางกะจะ ใน พ.ศ. 2558 ของช่วงอายุ 11-20 ปี ได้เท่ากับ 116,053.17 บาท/ปี

กลุ่มผู้สูงอายุ ช่วงอายุ 61 - 70 ปี และ ช่วงอายุ > 70 ปี มีจำนวนประชากรในชุมชนบางกะจะ 315 คน และ 228 คน ค่าใช้จ่ายรายหัวในการรักษาพยาบาลของประเทศไทย ใน พ.ศ. 2558 รวมทั้ง 3 กองทุน เท่ากับ 3,608.66 และ 5,582.00 บาท/คน/ปี จะคำนวณได้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของชุมชนบางกะจะ ใน พ.ศ. 2558 ได้เท่ากับ 1,136,727.62 และ 1,272,696.41 บาท/ปี โดยคำนวณเช่นนี้ให้ครบทุกช่วงอายุ ซึ่งรวมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของชุมชนบางกะจะ ใน พ.ศ. 2558 ของผู้สูงอายุ และทุกช่วงวัยได้เท่ากับ 2,409,424.03 และ 4,503,414.13 บาท/ปี ตามลำดับ

จากนั้นนำค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของชุมชนบางกะจะ ใน พ.ศ. 2558 มาปรับราคาค่ารักษาพยาบาลให้เป็นปัจจุบัน คือ ใน พ.ศ. 2563 ตามดัชนีราคาผู้บริโภค ซึ่งเท่ากับร้อยละ 102.15 (สำนักดัชนีเศรษฐกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์. ออนไลน์. 2563) โดยนำค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของชุมชนบางกะจะ ใน พ.ศ. 2558 แต่ละช่วงอายุ คูณด้วย 102.15 จะได้เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของชุมชนบางกะจะ ใน พ.ศ. 2563 ดังเช่น ช่วงอายุ 11-20 ปี ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของชุมชนบางกะจะใน พ.ศ. 2558 เท่ากับ 116,053.17 บาท/ปี จะคำนวณได้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของชุมชนบางกะจะ ใน พ.ศ. 2563 เท่ากับ 118,548.32 บาท/ปี

กลุ่มผู้สูงอายุ ช่วงอายุ 61 - 70 ปี และ ช่วงอายุ > 70 ปี มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของชุมชนบางกะจะใน พ.ศ. 2558 ของผู้สูงอายุ และ ทุกช่วงวัยได้เท่ากับ 2,409,424.03 และ 4,503,414.13 บาท/ปี โดยปรับเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของชุมชนบางกะจะ ใน พ.ศ. 2563 ของผู้สูงอายุ และ ทุกช่วงวัย เท่ากับ 2,461,226.65 และ 4,600,237.53 บาท/ปี ตามลำดับ

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของชุมชนบางกะจะ เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในกรณีที่คนในชุมชนมีการเจ็บป่วย และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กล่าวคือ ในการศึกษานี้ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ หรือของคนทุกช่วงวัยในชุมชนบางกะจะ ซึ่งในที่นี้ คือ อายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป คือ ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ โดยที่หากการดำเนินโครงการทั้ง 9 โครงการ บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด จะช่วยทำให้คนในชุมชนเจ็บป่วยลดลง เกิดผลประโยชน์ (Benefit) ที่วัดออกมาเป็นตัวเงินคือ ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่ประหยัด (Health Cost Saving)

อย่างไรก็ตาม ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น เมื่อดำเนินโครงการทั้งหมด หากนำมาวิเคราะห์ความอ่อนไหว (Sensitivity Analysis) คือ การสมมุติว่า ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น ช่วยลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพลงได้ร้อยละ 5, 10, 15, 20, 25 และ 30 จะคิดเป็นเงินจำนวนกี่บาท/ปี โดยแสดงการคำนวณผลการวิเคราะห์ความอ่อนไหว ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของชุมชนบางกะจะ ดังตาราง 29

จากนั้นนำค่าที่ได้จากการวิเคราะห์ความอ่อนไหวไปคำนวณเป็นมูลค่าปัจจุบัน ดังสูตรที่กล่าวมาแล้วข้างต้น โดยกำหนดให้ ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น (B) ในรูปของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่สมมุติให้ลดลงจากการทำโครงการสำเร็จทั้ง 9 โครงการ ร้อยละ 5, 10, 15, 20, 25, 30 แทนด้วย B1-B6 (สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 61 ปี ขึ้นไป) และแทนด้วย B1\*- B6\* (สำหรับกลุ่มอายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป) จะได้มูลค่าคิดลด ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของชุมชนบางกะจะ ดังตาราง 30

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตาราง 29 ผลการวิเคราะห์ความอ่อนไหว (Sensitivity Analysis) ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของชุมชนบางกะจะ

ช่วงอายุ (ปี)	ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ ของชุมชนบางกะจะ ใน พ.ศ. 2563 (บาท/ปี)	ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่สมมติให้ลดลงจากการทำโครงการสำรวจทั้ง 9 โครงการ (บาท/ปี)					
		ร้อยละ 5 B1	ร้อยละ 10 B2	ร้อยละ 15 B3	ร้อยละ 20 B4	ร้อยละ 25 B5	ร้อยละ 30 B6
11-20	118,548.32	5,927.42	11,854.83	17,782.25	23,709.66	29,637.08	35,564.49
21-30	224,660.64	11,233.03	22,466.06	33,699.10	44,932.13	56,165.16	67,398.19
31-40	277,733.72	13,886.69	27,773.37	41,660.06	55,546.74	69,433.43	83,320.11
41-50	550,858.58	27,542.93	55,085.86	82,628.79	110,171.72	137,714.65	165,257.57
51-60	967,209.63	48,360.48	96,720.96	145,081.44	193,441.93	241,802.41	290,162.89
61-70	1,161,167.26	58,058.36	116,116.73	174,175.09	232,233.45	290,291.82	348,350.18
>70	1,300,059.39	65,002.97	130,005.94	195,008.91	260,011.88	325,014.85	390,017.82
รวมผู้สูงอายุ	2,461,226.65	123,061.33	246,122.66	369,184.00	492,245.33	615,306.66	738,367.99
รวมทุกช่วงวัย	4,600,237.53	230,011.88	460,023.75	690,035.63	920,047.51	1,150,059.38	1,380,071.26

ตาราง 30 มูลค่าที่คิดลด (Discounted value) ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ (Benefit : B) ของชุมชนบางกะจะ

B	มูลค่า ก่อนคิดลด (บาท)	มูลค่าที่คิดลด (Discounted value) (บาท)											
		ปีที่ 1	ปีที่ 2	ปีที่ 3	ปีที่ 4	ปีที่ 5	ปีที่ 6	ปีที่ 7	ปีที่ 8	ปีที่ 9	ปีที่ 10	รวม 5 ปี	รวม 10 ปี
B1	123,061	119,477	115,997	112,619	109,338	106,154	103,062	100,060	97,146	94,316	91,569	563,585	1,049,738
B2	246,123	238,954	231,994	225,237	218,677	212,308	206,124	200,120	194,292	188,633	183,138	1,127,170	2,099,476
B3	369,184	358,431	347,991	337,856	328,015	318,461	309,186	300,180	291,437	282,949	274,708	1,690,755	3,149,214
B4	492,245	477,908	463,988	450,474	437,354	424,615	412,248	400,240	388,583	377,265	366,277	2,254,339	4,198,953
B5	615,307	597,385	579,986	563,093	546,692	530,769	515,310	500,301	485,729	471,581	457,846	2,817,924	5,248,691
B6	738,368	716,862	695,983	675,711	656,030	636,923	618,372	600,361	582,875	565,898	549,415	3,381,509	6,298,429
B1*	230,012	223,313	216,808	210,493	204,363	198,410	192,631	187,021	181,573	176,285	171,150	1,053,387	1,962,048
B2*	460,024	446,625	433,617	420,987	408,725	396,821	385,263	374,041	363,147	352,570	342,301	2,106,774	3,924,096
B3*	690,036	669,938	650,425	631,480	613,088	595,231	577,894	561,062	544,720	528,855	513,451	3,160,161	5,886,144
B4*	920,048	893,250	867,233	841,974	817,450	793,641	770,525	748,083	726,294	705,140	684,602	4,213,548	7,848,192
B5*	1,150,059	1,116,563	1,084,041	1,052,467	1,021,813	992,051	963,157	935,104	907,867	881,425	855,752	5,266,935	9,810,240
B6*	1,380,071	1,339,875	1,300,850	1,262,961	1,226,175	1,190,462	1,155,788	1,122,124	1,089,441	1,057,710	1,026,903	6,320,322	11,772,288

หมายเหตุ ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น (B) ในรูปของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่สมมติให้ลดลงจากการทำโครงการสำเร็จทั้ง 9 โครงการ ร้อยละ 5, 10, 15, 20, 25, 30 แทนด้วย B1-B6 (สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 61 ปี ขึ้นไป) และแทนด้วย B1\*- B6\* (สำหรับกลุ่มอายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป)

จากตาราง 29 แสดงผลการวิเคราะห์ความอ่อนไหว (Sensitivity Analysis) ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของชุมชนบางกะจะ ดังเช่น ช่วงอายุ 11 - 20 ปี มีค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของชุมชนบางกะจะ ใน พ.ศ. 2563 เท่ากับ 118,548.32 บาท/ปี ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่สมมุติให้ลดลงจากการทำโครงการสำเร็จทั้ง 9 โครงการ ร้อยละ 5 จะมีค่าเท่ากับ 5,927.42 บาท/ปี

กลุ่มผู้สูงอายุ ช่วงอายุ 61 - 70 ปี และ ช่วงอายุ > 70 ปี มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของชุมชนบางกะจะ ใน พ.ศ. 2563 เท่ากับ 1,161,167.26 และ 1,300,059.39 บาท/ปี ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่สมมุติให้ลดลงจากการทำโครงการสำเร็จทั้ง 9 โครงการ ร้อยละ 5 จะมีค่าเท่ากับ 58,058.36 และ 65,002.97 บาท/ปี ตามลำดับ

ดังนั้นเมื่อรวมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของชุมชนบางกะจะ ใน พ.ศ. 2563 ของผู้สูงอายุ และ ของทุกช่วงวัย จึงมีค่าเท่ากับ 2,461,226.65 และ 4,600,237.53 บาท/ปี ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่สมมุติให้ลดลงจากการทำโครงการสำเร็จทั้ง 9 โครงการ ร้อยละ 5 จะมีค่าเท่ากับ 123,061.33 และ 230,011.88 บาท/ปี ตามลำดับ

จากตาราง 30 แสดงการคิดลดมูลค่าผลประโยชน์ในอนาคต เป็นมูลค่าผลประโยชน์ในปัจจุบัน ตามช่วงอายุต่าง ๆ ของโครงการ คือ 1-10 ปี ดังเช่น ในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป เมื่อสมมุติให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพลดลง ร้อยละ 5 (B1) มูลค่าก่อนคิดลด เท่ากับ 123,061 บาท เมื่อนำมาคำนวณ จะได้มูลค่าคิดลดใน ปีที่ 1 เท่ากับ 119,477 บาท เมื่อรวม 5 ปี และ 10 ปี คิดเป็นเงินเท่ากับ 563,585 และ 1,049,738 บาท ตามลำดับ

## 5.2 การประมาณการลงทุนในโครงการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินผลก่อนการดำเนินโครงการจริง โดยพิจารณาจากอัตราส่วนผลประโยชน์และการลงทุนในโครงการ ที่มีอายุโครงการ 5 ปี และ 10 ปี ซึ่งเป็นการคาดการณ์จากโครงการในอนาคต จึงจะต้องคำนวณมูลค่าในอนาคต ในรูปของมูลค่าปัจจุบัน โดยใช้อัตราการคิดลดร้อยละ 3 เช่นเดียวกันกับการคำนวณผลประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ดังสูตรที่ได้กล่าวมาแล้ว

การประมาณการลงทุนโครงการทั้ง 9 โครงการ ซึ่งเป็นโครงการที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญจากประชาคมในการจัดเวทีชุมชน ได้แก่

- 1) โครงการปรับปรุงระบบสาธารณสุขให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ
- 2) โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ
- 3) โครงการส่งเสริมการใช้วิถีชีวิตตามแนวทางพอเพียง
- 4) โครงการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพดีแก่ผู้สูงอายุ



- 5) โครงการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ
- 6) โครงการสร้างสรรค์กิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ
- 7) โครงการส่งเสริมการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ
- 8) โครงการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี
- 9) โครงการพัฒนาด้านกายภาพของโรงเรียนผู้สูงอายุ

ต้นทุนในปีแรกของแทบทุกโครงการดังกล่าว เน้นการลงทุนค่าใช้จ่ายทางด้านกายภาพ (Physical Investment Cost) เป็นการลงทุนในปัจจัยพื้นฐาน สิ่งก่อสร้างต่าง ๆ ปัจจัยสาธารณูปโภค จัดหาวัสดุ อุปกรณ์ และครุภัณฑ์ ซึ่งมีต้นทุนค่อนข้างสูง แต่มีความจำเป็นที่ต้องลงทุน เพื่อให้เกิดการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เป็นการเตรียมความพร้อมของชุมชนที่สอดคล้องกับบริบท จึงทำให้การประมาณการลงทุนในปีแรกมีต้นทุนค่าใช้จ่ายสูง

สำหรับต้นทุนในปีต่อมาทุกโครงการ เน้นค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานและบำรุงรักษา (Operating and Maintenance Cost) ส่วนใหญ่เป็นการลงทุนด้านการบำรุงรักษา การซ่อมแซม ค่าแรงงาน ค่าอะไหล่ เพื่อให้ยังคงสามารถใช้งานได้ตามปกติ ต้นทุนในโครงการจึงลดลงได้มาก เพราะมีการลงทุนทางด้านกายภาพน้อยกว่า ที่สำคัญจากการลงพื้นที่ในชุมชน บางกะจะ พบว่ามีการลงทุนที่เกิดจากจิตอาสาทั้งภายในและภายนอกชุมชนที่เป็นรูปธรรมล่าสุดคือ ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ และเป็นชุมชนที่มีศักยภาพในการพัฒนาให้เข้มแข็งยิ่งขึ้นได้ นอกจากนี้ ค่าสถานที่ อุปกรณ์ต่าง ๆ และค่าตอบแทนวิทยากรที่เป็นของหน่วยงานราชการ ยังได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานทั้งจากองค์กรท้องถิ่น และหน่วยงานภายนอกชุมชน ดังนั้นการประมาณการลงทุนในการดำเนินโครงการทุกโครงการ จึงให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม การสร้างความเข้มแข็งในชุมชน การมีจิตอาสาทั้งภายในและภายนอกชุมชน จึงทำให้จำนวนเงินในการลงทุนในแต่ละโครงการน้อยลง เมื่อระยะเวลาโครงการยาวนานขึ้น ทั้งนี้มีการพิจารณาถึงความเป็นไปได้ตามกิจกรรมของแต่ละโครงการประกอบด้วยเสมอ

ฐานคิดในการประมาณการลงทุนในแต่ละโครงการ มาจากบัญชีราคามาตรฐานครุภัณฑ์ ฉบับเดือนธันวาคม 2563 (สำนักงบประมาณ . ออนไลน์ . 2563) ร่วมกับข้อมูลจากแผนพัฒนาท้องถิ่น 4 ปี (พ.ศ. 2561 - 2564) เทศบาลตำบลบางกะจะ (เทศบาลตำบลบางกะจะ. 2561 : 52-57) โดยเมื่อประมาณการต้นทุนในการดำเนินงานโครงการ ได้ครบถ้วนแล้ว จึงรวมการลงทุนโครงการทั้ง 9 โครงการในแต่ละปี จะได้ผลรวมต้นทุนการลงทุนโครงการทั้งหมด ในปีที่ 1 จนถึงปีที่ 10 จากนั้นจึงนำต้นทุนของทุกโครงการในแต่ละปี มาคิดลดเพื่อให้เป็นมูลค่าปัจจุบัน จึงจะสามารถนำต้นทุนในแต่ละปีมารวมกันได้ โดยแสดงมูลค่าคิดลด (Discounted value) ต้นทุนในการดำเนินงานโครงการ (Cost : C) ดังตาราง 31

ตาราง 31 มูลค่าที่คิดลด (Discounted value) ต้นทุนในการดำเนินงานโครงการ (Cost : C)

ระยะเวลา (ปี)	ต้นทุนในการดำเนินงานโครงการ (Cost : C) (บาท) แต่ละโครงการ										รวมต้นทุน (บาท)	ต้นทุนที่คิดลด (บาท)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
1	1,550,000	300,000	15,000	40,000	50,000	40,000	9,000	30,000	200,000	2,234,000	2,168,932.04	
2	42,000	30,000	10,000	35,000	30,000	35,000	8,000	20,000	50,000	260,000	245,074.94	
3	24,000	20,000	5,000	35,000	20,000	30,000	7,000	10,000	20,000	171,000	156,489.22	
4	20,000	20,000	3,000	30,000	15,000	20,000	6,000	5,000	10,000	129,000	114,614.83	
5	20,000	15,000	2,000	30,000	10,000	20,000	5,000	3,000	10,000	115,000	99,200.01	
6	20,000	15,000	2,000	25,000	10,000	18,000	5,000	3,000	10,000	108,000	90,448.30	
7	20,000	15,000	2,000	25,000	10,000	18,000	5,000	3,000	8,000	106,000	86,187.70	
8	20,000	15,000	2,000	20,000	10,000	18,000	4,000	3,000	8,000	100,000	78,940.92	
9	20,000	15,000	2,000	20,000	10,000	16,000	4,000	3,000	8,000	98,000	75,108.84	
10	20,000	15,000	2,000	18,000	10,000	16,000	4,000	3,000	8,000	96,000	71,433.02	
รวมต้นทุนที่คิดลด 5 ปี										2,784,311.04		
รวมต้นทุนที่คิดลด 10 ปี										3,186,429.82		

จากตาราง 31 แสดงว่า ต้นทุนในการดำเนินงานโครงการ (Cost : C) ดังเช่น โครงการที่ 1 โครงการปรับปรุงระบบสาธารณสุขให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ในปีที่ 1 มีการซื้อรถจักรยานของชุมชน ทำถนนคอนกรีตเสริมเหล็ก ปรับปรุงห้องน้ำในวัด โดยวางแผนเป็นรพพยาบาลฉุกเฉิน ชนิดรถ กระบะ ปริมาตรกระบะอกสูบ ไม่ต่ำกว่า 2,400 ซีซี หรือกำลังเครื่องยนต์สูงสุด ไม่ต่ำกว่า 110 กิโลวัตต์ ราคาคันละ 1,070,000 บาท (สำนักงานประมาณ. ออนไลน์. 2563) ค่าน้ำมันรถในการรับส่งไปโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ค่าจ้างพนักงานขับรถทุกวันตลอด 24 ชม. ต้นทุนในการดำเนินการโครงการนี้ ในปีที่ 1 คิดเป็นเงิน 1,550,000 บาท ในปีที่ 2 เป็นงบประมาณในการบำรุงรักษา ค่าน้ำมัน และค่าจ้างพนักงานขับรถ ต้นทุนในการดำเนินการโครงการในปีที่ 2 คิดเป็นเงิน 42,000 บาท ส่วนในปีที่ 3 เป็นต้นไป ยังคงเป็นงบประมาณในการบำรุงรักษา ค่าน้ำมัน และค่าจ้างพนักงานขับรถ แต่ต้นทุนจะลดลง เนื่องจากค่าจ้างพนักงานขับรถ มีคนในชุมชนเป็นจิตอาสาเพิ่มขึ้น คิดค่าจ้างลดลง จึงทำให้ต้นทุนในปีที่ 3 และ ปีที่ 4 จนถึงปีที่ 10 คิดเป็นเงิน 42,000 บาท และ 20,000 บาท ตามลำดับ

ในกรณีที่กำหนดให้โครงการมีอายุเพียง 5 ปี ดังเช่น ในปีที่ 1 รวมต้นทุนในปีที่ 1 ของทุกโครงการเป็นเงิน 2,234,000 บาท เมื่อนำมาคิดลดจะได้ต้นทุนคิดลดเป็นเงิน 2,168,932.04 บาท เมื่อรวมต้นทุนคิดลดในการดำเนินงานโครงการทั้งหมด 5 ปี คิดเป็นเงินทั้งสิ้น 2,784,311.04 บาท

หรืออีกนัยหนึ่ง หากจะพิจารณาในกรณีโครงการมีอายุยาวนานขึ้นเป็น 10 ปี รวมต้นทุนในปีที่ 10 ของทุกโครงการเป็นเงิน 96,000 บาท เมื่อนำมาคิดลดจะได้ต้นทุนคิดลดเป็นเงิน 71,433.02 บาท เมื่อรวมต้นทุนคิดลดในการดำเนินงานโครงการทั้งหมด 10 ปี คิดเป็นเงินทั้งสิ้น 3,186,429.82 บาท

### 5.3 ความเป็นไปได้ของโครงการในการดำเนินการจริง

ผลจากการดำเนินโครงการทั้งหมด จึงเกิดเป็นประโยชน์ในเชิงบูรณาการ (Integrated Benefit) คือ ทุกโครงการล้วนแต่สร้างประโยชน์ที่สนับสนุนกันและกันในการช่วยดูแลสุขภาพชุมชนในทางที่ดีขึ้น มีการเจ็บป่วยลดลง และมีดัชนีชี้วัดที่สำคัญคือ ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่ประหยัด (Health Cost Saving) หากสมมุติว่า ผลประโยชน์ (Benefit : B) ที่เกิดขึ้นจากโครงการต่าง ๆ ช่วยลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพพลงได้ร้อยละ 10, 15, 20, 25 และ 30 เปรียบเทียบกับการประมาณการลงทุนในทุกโครงการ (Cost : C) ซึ่งประเมินเป็นมูลค่าปัจจุบัน (Discounted Present Values) ในระยะเวลา 5 ปี และ 10 ปี ได้ 2.78 และ 3.19 ล้านบาท ตามลำดับ อัตราส่วน B/C ดังกล่าว หากได้ค่ามากกว่า 1.00 จะถือได้ว่ามีความเป็นไปได้ในทางเศรษฐศาสตร์ สมควรจะมีการดำเนินการจริง โดยแสดงรายละเอียดประโยชน์ที่ได้รับกับการลงทุนในการดำเนินโครงการ ดังตาราง 32

ตาราง 32. ประโยชน์ที่ได้รับกับการลงทุนในการดำเนินโครงการ

อายุ (ปี)	ระยะเวลา (ปี)	มูลค่าคิดลด (Discounted value) (ล้านบาท)				ความเป็นไปได้ของโครงการ					
		การลงทุน (C)				B/C					
		ผลประโยชน์ (B)				ร้อยละของ B ที่สมมติให้ลดลง					
		10	15	20	25	30	10	15	20	25	30
<input type="checkbox"/>	61	2.78	1.13	1.70	2.25	2.82	0.40	0.61	0.81	1.01	1.21
<input type="checkbox"/>	11	3.19	2.10	3.15	4.20	5.25	0.66	0.99	1.32	1.65	1.98
<input type="checkbox"/>	5	2.78	2.11	3.16	4.21	5.27	0.76	1.13	1.51	1.89	2.27
<input type="checkbox"/>	10	3.19	3.92	5.89	7.85	9.81	1.23	1.85	2.46	3.08	3.69



จากตาราง 32 แสดงว่าประโยชน์ที่ได้รับกับการลงทุนในการดำเนินโครงการ ดังเช่นการดำเนินโครงการที่กำหนดผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้สูงอายุ ภายในเวลา 5 ปี จะมีความเป็นไปได้ของโครงการ คือ มีอัตราส่วน B/C เท่ากับ 1.01 และ 1.21 หากสมมติว่า โครงการทั้งหมดจะสามารถลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของผู้สูงอายุลงได้ร้อยละ 25 และร้อยละ 30 ตามลำดับ โดยหากคิดอายุโครงการในเวลา 10 ปี จะมีความเป็นไปได้เพิ่มขึ้น โดยมีอัตราส่วน B/C เท่ากับ 1.32, 1.65 และ 1.98 เมื่อสมมติให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของผู้สูงอายุลดลง ร้อยละ 20, 25 และ 30 ตามลำดับ ดังนั้นเมื่อกำหนดอายุโครงการยาวนานขึ้นเป็น 10 ปี ความเป็นไปได้ในการดำเนินการจริงจะเพิ่มขึ้นเมื่อสมมติให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของผู้สูงอายุลดลงเพียงร้อยละ 20 เท่านั้น

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาโดยข้อเท็จจริงแล้ว ประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการเหล่านี้ มิได้เกิดเฉพาะกับกลุ่มผู้สูงอายุอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังเกิดกับคนในช่วงวัยอื่น ๆ ในชุมชนอีกด้วย เพราะลักษณะของชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุนั้น ย่อมจะเป็นมิตรกับคนทุกช่วงวัยเช่นกัน อาทิ การมีรถฉุกเฉิน ถนน ห้องน้ำสาธารณะ เสี่ยงตามสาย หรือการเผยแพร่ความรู้ ดังนั้น หากคิดประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับคนทุกช่วงวัย จะยิ่งทำให้มีความเป็นไปได้ของโครงการที่สมควรจะดำเนินการจริงเพิ่มขึ้น ซึ่งจะเป็นการประเมินที่ใกล้เคียงกับความจริงของชุมชนในกรณีศึกษามากกว่าที่จะสมมติให้ประโยชน์ตกแก่กลุ่มผู้สูงอายุเท่านั้น โดยมีอัตราส่วน B/C เท่ากับ 1.13, 1.51, 1.89 และ 2.27 หากสมมติว่า โครงการทั้งหมดจะลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของคนทุกช่วงวัยได้ ร้อยละ 15, 20, 25 และ 30 ตามลำดับ และจะมีความเป็นไปได้เพิ่มขึ้นไปอีก หากคิดอายุโครงการในเวลา 10 ปี คือ มีอัตราส่วน B/C เท่ากับ 1.23, 1.85, 2.46, 3.08 และ 3.69 เมื่อสมมติให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของคนทุกช่วงวัยลดลงร้อยละ 10, 15, 20, 25 และ 30 ตามลำดับ

การดำเนินการโครงการทั้งหมดนี้ หากคิดอายุโครงการ 5 ปี และสมมติให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพลดลงร้อยละ 25 จึงจะมีอัตราส่วน B/C มากกว่า 1.00 ไม่ว่าจะคิดผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ หรือรวมกลุ่มคนทุกช่วงวัยด้วยก็ตาม โดยหากคิดอายุโครงการ 10 ปี จะมีอัตราส่วน B/C มากกว่า 1.00 เมื่อสมมติให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของคนทุกช่วงวัยลดลงเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น ซึ่งถือได้ว่ามีความเป็นไปได้ในทางเศรษฐศาสตร์ สมควรจะมีการดำเนินการโครงการจริง

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี



ดังนั้น จึงจะเห็นได้ว่า ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เปลี่ยนแปลงไปได้เช่นกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ 5 ปัจจัย ดังนี้

- 1) ระยะเวลา (Time) ในการดำเนินโครงการ เพราะการดำเนินโครงการที่จะก่อให้เกิดผลลัพธ์และผลกระทบต่อสุขภาพนั้น ต้องมีระยะเวลาที่ยาวนานมากพอ จึงจะบรรลุเป้าหมายได้
- 2) ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่ประหยัด (Health Cost Saving) ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากการที่ค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนมีราคาสูงขึ้น และจากการที่ประชาชนมีภาวะสุขภาพดีขึ้น มีความเจ็บป่วยน้อยลง
- 3) อัตราการคิดลด ( $r$ ) เพิ่มขึ้น เมื่อเศรษฐกิจเติบโต ( $r =$  ร้อยละ 5-8) หรืออยู่ในภาวะปกติ ใช้อัตราการคิดลดเพิ่มเป็น ร้อยละ 5
- 4) จำนวนคน ( $N$ ) ที่ได้รับประโยชน์เพิ่มขึ้น ผลประโยชน์ที่เกิดจากการดำเนินโครงการเกิดประโยชน์กับคนทุกช่วงวัย ทำให้ผลประโยชน์ ( $B$ ) เพิ่มขึ้น
- 5) การคิดคำนวณผลประโยชน์ (Benefit) ที่ครอบคลุมมากขึ้น แม้ว่าสุขภาพที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุ คือ หัวใจของการประเมินความคุ้มค่าในการลงทุน อย่างไรก็ตาม ไม่ได้มีเฉพาะค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่ประหยัด (Health Cost Saving) เท่านั้น ยังมีผลประโยชน์อื่น ๆ เกิดขึ้น แต่ไม่ได้นำมาคำนวณ อาทิ รายได้ที่เกิดจากการทำงานของผู้สูงอายุ (Income Generating) รวมทั้งผลประโยชน์ที่ไม่ใช่ตัวเงิน (Non-monetary Benefit) ของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในบทบาทด้านสังคม และจิตใจ ซึ่งมีอยู่จริงในชุมชนอีกด้วย

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

## บทที่ 5

### สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสหวิทยาการ (Interdisciplinary Research) โดยบูรณาการศาสตร์ 3 สาขาวิชา ได้แก่ การพยาบาล สังคมวิทยา และเศรษฐศาสตร์ มีการประยุกต์ใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การจัดทำแผนกลยุทธ์แบบถ่วงน้ำหนัก และ การใช้เศรษฐศาสตร์สุขภาพเชิงประยุกต์ จึงมีการสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยให้ครบถ้วน ดังนั้น จึงนำเสนอสรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ตามลำดับดังนี้

1. วัตถุประสงค์ของการวิจัย
2. ภาพรวมวิธีดำเนินการวิจัย
3. สรุปผลการวิจัย
  - 3.1 สภาพการณ์ปัจจุบันของระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่กรณีศึกษา
  - 3.2 องค์ความรู้เชิงสหวิทยาการและสังเคราะห์ระบบการดูแลสุขภาพชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
  - 3.3 แนวทางขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพชุมชน จากบริบทขององค์กรภาคชุมชน และภาครัฐที่เกี่ยวข้อง
  - 3.4 การประเมินผลก่อนการดำเนินการของโครงการด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่มีนัยสำคัญในชุมชนกรณีศึกษา
  - 3.5 ปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนกลไกระบบการดูแลสุขภาพชุมชน
4. อภิปรายผล
5. ข้อเสนอแนะ
  - 5.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการพัฒนา
  - 5.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในกรณีศึกษา
  - 5.3 ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัยต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ปัจจุบันของระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่กรณีศึกษา
2. เพื่อวิเคราะห์ห้วงค์ความรู้เชิงสหวิทยาการและสังเคราะห์ระบบการดูแลสุขภาพชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
3. เพื่อเสนอแนวทางขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพชุมชน จากบริบทขององค์กรภาคชุมชนและภาครัฐที่เกี่ยวข้อง
4. เพื่อประเมินผลก่อนการดำเนินการของ โครงการด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่มีนัยสำคัญในชุมชนกรณีศึกษา

## ภาพรวมวิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนบางกะจะ ได้แก่ หมู่ที่ 1 หมู่ที่ 4 และหมู่ที่ 6 ตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี เฉพาะที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะ รวมทั้งบุคลากรภาครัฐที่ทำงานเกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนบางกะจะ

กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบางกะจะ ช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ สื่อสารได้เข้าใจ เคยไปร่วมกิจกรรมทางสังคมในชุมชน ไม่เป็นโรคติดต่อที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ ได้จากการสุ่มแบบชั้นภูมิ คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane เมื่อพิจารณาแล้วเพื่อให้มีกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวนเต็มและเพียงพอ จึงได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจำนวน 262 คน เก็บได้จริง 240 คน คิดเป็นร้อยละ 91.60

กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ เลือกแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติดังนี้

1. ผู้สูงอายุ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบางกะจะ อย่างน้อย 10 ปีขึ้นไป ช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ สื่อสารได้เข้าใจ กล้าแสดงความคิดเห็น เคยไปร่วมกิจกรรมทางสังคมในชุมชน ไม่เป็นโรคติดต่อที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ จำนวน 33 คน
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นลูกหลานหรือญาติของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุ และเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยมีการดูแลมานานอย่างน้อย 1 เดือน สื่อสารได้เข้าใจ ไม่เป็นโรคติดต่อที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ จำนวน อย่างน้อย 6 คน

3. บุคลากรภาครัฐ เป็นผู้รับผิดชอบหลักในองค์กรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนบางกะจะ ได้แก่ เทศบาลตำบลบางกะจะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี และสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดจันทบุรี จำนวน 5 คน

4. ผู้เชี่ยวชาญ เป็นผู้มีความรู้ ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสาขาวิชาการพยาบาล สังคมวิทยา และเศรษฐศาสตร์ ที่สามารถให้มุมมองความคิดในการส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในประเทศไทย จำนวน 7 คน

เครื่องมือการวิจัย เชิงปริมาณ คือ แบบสัมภาษณ์ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าดัชนีความตรงทั้งฉบับแบบสัดส่วนเฉลี่ย (S-CVI/AVE) 0.86 ค่าความเชื่อมั่น 0.93 เครื่องมือเชิงคุณภาพ คือ ผู้วิจัยซึ่งได้รับใบรับรองหลักสูตรหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำหรับนักศึกษา/นักวิจัย จากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ผ่านการประชุม และการลงพื้นที่ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพมาแล้ว รวมทั้งมีความรู้ในสหสาขาวิชา คำถามปลายเปิดที่ใช้เก็บข้อมูล ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาทั้ง 2 ท่าน การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การตรวจสอบสามเส้า ด้านข้อมูล (Data Triangulation) ด้านเทคนิควิธีการเก็บข้อมูล (Method Triangulation) และโดยใช้สหวิทยาการ (Interdisciplinary Triangulation)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (หนังสือรับรองเลขที่ CTIREC 064 วันที่รับรอง 18 กันยายน พ.ศ. 2562 หมดยุติวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2563) จึงมีการเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่า ข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูล ระหว่างกันยายน 2562 ถึง พฤษภาคม 2563 การวิจัยเชิงปริมาณ สัมภาษณ์ผู้สูงอายุตามแบบสอบถามลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่ จำนวน 240 คน และประเมินความเป็นไปได้ในทางเศรษฐศาสตร์ก่อนการดำเนินโครงการ ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยการระดมสมองผ่านการจัดเวทีชุมชน จำนวน 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 12 ตุลาคม พ.ศ. 2562 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะ ระดมสมองจากกลุ่มตัวอย่างที่เลือกมาแบบเจาะจง เป็นผู้สูงอายุ 34 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 5 คน และบุคลากรภาครัฐ 5 คน รวมเป็น 44 คน ร่วมกันให้ความเห็นผ่านกลไกของ SWOT ที่มีการ

ถ่วงน้ำหนักปัจจัยต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกชุมชน เพื่อนำไปออกแบบเป็น โครงการชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ตามแนวคิดสากลที่ประยุกต์สู่ท้องถิ่น และเป็นการเตรียมคืนข้อมูลให้ชุมชนพิจารณาในเวทีชุมชนครั้งที่ 2

ครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 3 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะ ระดมสมองจากกลุ่มตัวอย่างที่เลือกมาแบบเจาะจง เป็นผู้สูงอายุ 33 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 6 คน และบุคลากรภาครัฐ 5 คน รวมเป็น 44 คน ร่วมกันพิจารณาการนำเสนอกลยุทธ์ โครงการ ผลการประเมินก่อนการดำเนินงานโครงการ เพื่อตรวจสอบ แสดงความคิดเห็นในการแก้ไขปรับปรุง จัดลำดับความสำคัญของโครงการ และนำข้อมูลมาสังเคราะห์เป็นระบบการดูแลสุขภาพชุมชน

นอกจากนี้ยังมีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้สูงอายุ จำนวน 33 คน และสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 7 คน รวมทั้งเก็บข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสารของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนบางกะจะ จำนวน 4 หน่วยงาน ได้แก่ เทศบาลตำบลบางกะจะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี และสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดจันทบุรี

## สรุปผลการวิจัย

การสรุปผลการวิจัย นำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จ ดังนี้

### 1. สภาพการณ์ปัจจุบันของระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษา

จากการลงพื้นที่จริงไปเก็บข้อมูลทั้งจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ภาครัฐที่เกี่ยวข้อง การระดมสมองจากการจัดเวทีชุมชน และการสังเกตทั้งในเวลากลางวัน และกลางคืน รวมทั้งจากข้อมูลทุติยภูมิ สรุปสภาพการณ์ปัจจุบันของระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษา ได้ดังนี้

**1.1 ภาพรวมผู้สูงอายุในชุมชน** มีผู้สูงอายุในชุมชนบางกะจะ จำนวน 583 คน จากประชากรทั้งหมด 2,879 คน คิดอัตราส่วนผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 20.25 ถือได้ว่าชุมชนบางกะจะเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete-aged Society) ซึ่งมีอัตราส่วนผู้สูงอายุ สูงกว่าระดับจังหวัด (ร้อยละ 19.47) และระดับประเทศ (ร้อยละ 18.18) ผลการวิจัยเชิงปริมาณพบว่า ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะมีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.8 แต่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองมีความสุขตามอัตภาพสูงถึงร้อยละ 97.1 สอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่พบว่าผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจใน



ประวัติศาสตร์ของชุมชน มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ อาทิ สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช หลวงปู่อีว หลวงปู่ก๊ก เจ้าพ่อบัวแข็ง และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ประจำศาลเจ้าทั้ง 3 แห่ง หรืออาจกล่าวได้ว่า สมาชิกชุมชนรู้จักคุณค่าจิตวิญญาณของตนเอง มีความเข้มแข็งทางด้านจิตวิญญาณ รวมทั้งให้ความสำคัญกับสุขภาพ จึงเลือกโครงการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ เป็นโครงการที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญสูงสุด

**1.2 การดำรงอยู่ที่เข้มแข็งของชุมชนบางกะจะ** เกิดจาก 3 ภาคส่วนหลัก ๆ กล่าวคือ สมาชิกชุมชน องค์กรท้องถิ่น และหน่วยงานภายนอกชุมชน กล่าวคือ

1.2.1 สมาชิกชุมชน มีพื้นฐานส่วนบุคคลที่รู้จักคุณค่าจิตวิญญาณของตนเอง จึงมีความต้องการในการพัฒนาตนเอง และพัฒนาชุมชน แม้ว่าจะมีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเสื่อมตามวัยก็ตาม แต่มีความใส่ใจในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะในเรื่องของสุขภาพจิต ที่มีมุมมองความคิดในการทำให้ตนเองไม่รู้สึกเครียดจนเกินไป มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน มีน้ำใจ มีความโอบอ้อมอารี จึงเต็มใจที่จะให้ความช่วยเหลือคนในชุมชนที่มีบ้านใกล้ ๆ กัน แม้จะไม่ใช่พี่น้องกันก็ตาม จนทำให้บางคนเกิดความรู้สึกผูกพันเสมือนเป็นพี่น้องกัน

จากพื้นฐานส่วนบุคคลที่รู้จักคุณค่าจิตวิญญาณของตนเอง ต้องการพัฒนาตนเอง และชุมชนให้ดีขึ้น จึงเกิดการรวมกลุ่มกัน ทั้งกลุ่มที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และกลุ่มในการทำกิจกรรมด้านอื่น ๆ ของชุมชน อาทิ การรวมกันเป็นกรรมการวัดในการทำกิจกรรมทางศาสนา การรวมตัวกันของนักกีฬาฟุตบอล การรวมกันเป็นวงดนตรีกลองยาวประจำโรงเรียนบางกะจะ ซึ่งกลุ่มเหล่านี้เป็นการรวมกลุ่มกัน ที่ทำให้มีกิจกรรมร่วมกันทางสังคมของคนในชุมชนที่ต่างวัยกันได้ เกิดพลังในสังคมมากขึ้น สำหรับการรวมกันของผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาผู้สูงอายุโดยตรงที่เป็นรูปธรรม คือ การมีชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งมีข้าราชการเกษียณเป็นแกนนำให้เกิดการรวมกลุ่ม และทำกิจกรรมร่วมกันในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีพลังในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น เพราะหากทำเพียงคนเดียวจะมีความเสี่ยงในการล้มเลิกได้ง่าย แต่เมื่อมารวมกลุ่มกันทำกิจกรรมด้วยกัน จะก่อให้เกิดพลังในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อให้ตนเองสุขภาพดีขึ้นได้มากกว่า โดยขณะนี้มีการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุให้เป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ ยังมีกำลังสำคัญคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เป็นจิตอาสาดูแลสุขภาพของคนในชุมชน โดยในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะ เป็นผู้ดูแล ส่งเสริม และสนับสนุนหลักร่วมกับผู้สูงอายุ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ และเทศบาลตำบลบางกะจะ จึงมีการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนยังจะสามารถพัฒนาให้มีการดูแลที่มีคุณภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากขึ้นอีกได้ หากอุปสรรคต่าง ๆ เหล่านี้ลดลง ได้แก่ ภาระงานรับผิดชอบที่มากเกินไปของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่ยังไม่เป็นปัจจุบันและยังไม่ครอบคลุม องค์กรความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ยังไม่เพียงพอ และชุดความคิดของคนในชุมชนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

1.2.2 องค์กรท้องถิ่น มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะ ซึ่งทำงานร่วมกับเทศบาลตำบลบางกะจะ เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งมีพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ความสามารถ มีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้นและเป็นที่รักของผู้สูงอายุในชุมชน และที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่มีภูมิปัญญา เป็นคนในชุมชนบางกะจะ และมีความรู้ ความสามารถเป็นที่ยอมรับของคนในชุมชน จึงได้รับความเชื่อถือ และเป็นที่ยกย่องรักของคนในชุมชน ทำให้คนในชุมชน ยินดีให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้น

1.2.3 หน่วยงานภายนอกชุมชน มีโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี เป็นแม่ข่ายหลักในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งประสานงานโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะ ทำให้เกิดเครือข่ายในการดูแลสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เกิดจากการรวมกลุ่มที่มีความสามารถหลากหลาย นั่นคือการรวมกันของสหสาขาวิชาทั้งที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพโดยตรง อาทิ แพทย์ พยาบาล นักโภชนาบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด จากโรงพยาบาลพระปกเกล้า รวมกันเป็นทีม หมอครอบครัว ชมรมกระต่ายอาสา อาจารย์และนักศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี การสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดจันทบุรี และประชาชนในจังหวัดจันทบุรี ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งหน่วยงานระดับประเทศ คือ สำนักงานสนับสนุนและสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งมีการประสานความร่วมมือกันกับกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน สนับสนุนงบประมาณการเป็นวิทยากรและให้คำปรึกษา จึงเกิดเครือข่ายความร่วมมือจากหน่วยงานภายนอกชุมชนทำให้มีการพัฒนาเป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ และเกิดศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

**1.3 ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่** จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุจำนวน 240 คน ตามแบบสัมภาษณ์ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่ พบว่า ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.7 อาศัยอยู่ในหมู่ที่ 4 มากที่สุด ร้อยละ 41.3 ส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 41.7 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 85.4 อาศัยอยู่ในชุมชนบางกะจะ นาน 30 ปีขึ้นไป ร้อยละ 97.1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 54.2 มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 76.2 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.8 และมีมุมมองภาพรวม 1 ปีที่ผ่านมาชีวิตมีความสุขตามอัตภาพ ร้อยละ 97.1 โดยพบว่า ชุมชนมีการพัฒนาลักษณะต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับ AFC/WHO ในระดับค่อนข้างดี พบว่าประเด็นที่ตอบว่ามีลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับสูงที่สุด คือ การมีกิจกรรมสังคมและระบบที่สนับสนุนผู้สูงอายุ ร้อยละ 82.5 ส่วนประเด็นที่ตอบว่ามีลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับต่ำที่สุด คือ การมีระบบคมนาคมและยานพาหนะที่สนับสนุนผู้สูงอายุ ร้อยละ 25.0

**1.4 ประเด็นในการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่** จากผลการวิจัยเชิงปริมาณที่สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 240 คน ด้วยแบบสัมภาษณ์ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่ และผลการวิจัยเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ 33 คน ได้ผลที่สอดคล้องกันว่า ในการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่ควรมีครบทั้ง 8 ประเด็นตามแนวคิด AFC/WHO โดยมีลักษณะย่อยเพิ่มเติมจากการวิจัยเชิงคุณภาพ สรุปเรียงตามลำดับประเด็นที่มีลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุจากระดับสูงที่สุดไปต่ำที่สุด จากความคิดเห็นของผู้สูงอายุ 240 คน ดังนี้

ตาราง 33 สรุปประเด็นของชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเรียงตามลำดับความคิดเห็นของสมาชิกชุมชน

ลำดับที่	ประเด็น AFC/WHO	ลักษณะย่อยชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเพิ่มเติม
1	การมีกิจกรรมสังคมและระบบที่สนับสนุนผู้สูงอายุ	-แจ้งล่วงหน้าให้ทราบทุกครั้งเมื่อมีการจัดกิจกรรม
2	การได้รับการเคารพยกย่องและการยอมรับในสังคม	-มีการแสดงออกให้เห็นว่าเคารพนับถือ
3	การสนับสนุนและให้บริการสุขภาพจากชุมชน	-เจ้าหน้าที่พูดจาไพเราะ สุภาพ -มีสถานที่ออกกำลังกายของชุมชนที่พร้อมใช้และปลอดภัย
4	การมีพื้นที่ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุใช้ประโยชน์ร่วมกัน	-มีไฟกะพริบหรือไฟสีเหลืองบริเวณทางแยกหมู่บ้าน -มีปุ่มกดขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน โดยเชื่อมโยงระบบไปยังหน่วยความช่วยเหลือฉุกเฉินของชุมชน -มีป้ายแสดงการจอดรถที่ชัดเจน
5	การมีบ้านที่อยู่อาศัยและเครื่องใช้ในสภาพที่เหมาะสม	-มีไฟฟ้าส่องสว่างในบ้านและบริเวณบ้านเพียงพอ โดยเป็นระบบไฟฟ้าจากการ -มีปุ่มกดขอความช่วยเหลือฉุกเฉินในบ้าน โดยเชื่อมโยงระบบไปยังหน่วยความช่วยเหลือฉุกเฉินของชุมชน -มีน้ำดื่มที่สะอาด และน้ำใช้ที่เหมาะสมเพียงพอ
6	การมีส่วนร่วมในโอกาสการทำงานและจิตอาสา	-สืบสานวัฒนธรรมประเพณีที่ดีของชุมชน
7	การสื่อสารและให้ข้อมูลที่ได้ผลแก่ผู้สูงอายุ	-มีคนเคาะบอกตามบ้าน
8	การมีระบบคมนาคมและยานพาหนะที่สนับสนุนผู้สูงอายุ	-มีถนนอยู่ในสภาพดีที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ -มีรถฉุกเฉินประจำชุมชน

จากตาราง 33 แสดงว่า ประเด็นที่ต้องการให้มีลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเพิ่มเติมมีทั้ง 8 ประเด็น ส่วนใหญ่จะเพิ่มประเด็นละ 1 ลักษณะย่อย โดยประเด็นที่มีลักษณะย่อยเพิ่มเติมมากที่สุด คือ การมีพื้นที่ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุใช้ประโยชน์ร่วมกัน และประเด็นการมีบ้านที่อยู่อาศัยและเครื่องใช้ในสภาพที่เหมาะสม โดยการมีพื้นที่ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุใช้ประโยชน์ร่วมกันต้องการให้เพิ่มเติมอีก 3 ลักษณะย่อย ได้แก่ 1) มีไฟกะพริบหรือไฟสีเหลืองบริเวณทางแยกหมู่บ้าน 2) มีปุ่มกดขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน โดยเชื่อมโยงระบบไปยังหน่วยความช่วยเหลือฉุกเฉินของชุมชน 3) มีป้ายแสดงการจอดรถที่ชัดเจน

สำหรับประเด็น การมีบ้านที่อยู่อาศัยและเครื่องใช้ในสภาพที่เหมาะสม ต้องการให้เพิ่มเติม 3 ลักษณะย่อยเช่นกัน ได้แก่ 1) มีไฟฟ้าส่องสว่างในบ้านและบริเวณบ้านเพียงพอ โดยเป็นระบบไฟฟ้าจากทางการ 2) มีปุ่มกดขอความช่วยเหลือติดในบ้าน โดยเชื่อมโยงระบบไปยังหน่วยความช่วยเหลือฉุกเฉินของชุมชน 3) มีน้ำดื่มที่สะอาด และน้ำใช้ที่เหมาะสมเพียงพอ

## 2. องค์กรความรู้เชิงสหวิทยาการและสังเคราะห์ระบบการดูแลสุขภาพชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาชุมชนบางกะจะตามแนวทางสหวิทยาการ โดยบูรณาการศาสตร์ 3 สาขาวิชา ได้แก่ การพยาบาล สังคมวิทยา และเศรษฐศาสตร์ สามารถวิเคราะห์องค์ความรู้เชิงสหวิทยาการในการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และสังเคราะห์ระบบการดูแลสุขภาพชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้ ดังนี้

### 2.1. องค์ความรู้เชิงสหวิทยาการ ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ มิติการพยาบาล มิติสังคมวิทยา และมิติเศรษฐศาสตร์ ดังนี้

#### 2.1.1 มิติการพยาบาล (Nursing Aspect) เน้นการป้องกันโรคมกกว่าการรักษาโรค (Prevention better than Cure) โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้รับผิดชอบหลัก มีการประสานกับโรงพยาบาลพระปกเกล้า ที่เป็นแม่ข่ายในการดูแลสุขภาพ และประสานความร่วมมือให้เกิดเครือข่ายการดูแลสุขภาพชุมชน ทั้งนี้สิ่งสำคัญในการป้องกันโรค คือ การดูแลให้ครอบคลุมมิติสุขภาพองค์รวมและการดูแลที่ “บ้าน” เป็นสิ่งสำคัญยิ่งกว่าการรักษาที่โรงพยาบาล ดังนี้

1) การดูแลให้ครอบคลุมมิติสุขภาพองค์รวม เป็นการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันของร่างกายให้มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะต่อสู้ได้กับโรคต่าง ๆ ได้ ทั้งโรคที่เกิดจากเชื้อโรค โรคที่เกิดจาก



พฤติกรรมสุขภาพ และโรคเสื่อมตามวัย ควรมีการคัดอาวูรทางปัญญาคนต่างกลุ่มให้เหมาะสม เป็นองค์ความรู้ที่นำไปใช้ได้จริง นำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

2) การดูแลที่บ้าน เป็นการดูแลที่เน้นให้ผู้สูงอายุได้อยู่ที่บ้าน โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น ผู้ดูแลผู้สูงอายุและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องจึงต้องเข้าใจทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เข้าถึงผู้สูงอายุในความดูแลของตนเอง และให้ผู้สูงอายুরวมทั้งสมาชิกในครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วมให้มากที่สุด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมและเป็นปัจจุบัน เพื่อให้สามารถจัดการดูแลให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของแต่ละคน อสม. และผู้ดูแลผู้สูงอายุแต่ละครอบครัว จึงเป็นกำลังสำคัญในการดูแล ติดตาม และประเมินในเบื้องต้น เมื่อข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

**2.1.2 มิติสังคม (Social Aspect)** ในการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ สิ่งสำคัญของมิติสังคม คือ การมีระบบครอบครัวและชุมชนที่เข้มแข็ง การส่งเสริมให้เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ โดยใช้หลัก “บวร” หรือระบบผสมผสานของ บ้าน วัด และ โรงเรียน ดังนี้

1) การมีระบบครอบครัวและชุมชนที่เข้มแข็ง เกิดได้จากการมีความเข้มแข็งทั้งของ ของบุคคลภายในครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชน โดยมีพื้นฐานส่วนบุคคล (Personal Base) ที่รู้จักคุณค่าจิตวิญญาณ (Spiritual Value) ของตนเองทำให้มีความต้องการในการพัฒนาตนเอง และพัฒนาชุมชนให้ดีขึ้น เกิดความสนใจ ใส่ใจในการดูแลสุขภาพ ด้วยเป็นชุมชนเก่าแก่ที่มีประวัติศาสตร์อันยาวนาน มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน บริเวณบ้านเรือนที่อยู่ใกล้ ๆ กัน มีความเป็นพี่น้องกัน โดยสายเลือด และถึงแม้จะไม่ใช่พี่น้องกัน ก็ยังคงมีน้ำใจ โอบอ้อมอารีให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จึงพบว่า แม้ว่าจะมีผู้สูงอายุที่อยู่บ้านเพียงลำพังก็ยังสามารถได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้สูงอายุยังคงรู้สึกมีความสุขตามอัตภาพ ถึงแม้ว่าจะมีโรคประจำตัวและต้องอยู่เพียงลำพังก็ตาม

2) การส่งเสริมให้เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ โดยใช้หลัก “บวร” เชื่อมโยงภาคส่วนต่าง ๆ ในชุมชนเกิดได้จากการเน้นความรู้ ความเข้าใจทำให้เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ ส่วนของ “บ้าน” คือ บุคคล ครอบครัว และชุมชน ถัดช่องว่างระหว่างคนรุ่นเก่าและรุ่นใหม่ มีกิจกรรมทำร่วมกันสม่ำเสมอทาง “วัด” มีพระช่วยสอนธรรมะประยุกต์ที่เน้นการเปลี่ยนแปลงค่านิยมเปลี่ยนจิตใจให้เกิดความตระหนัก และมองเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ สำหรับ “โรงเรียน” ทั้งในระบบ และนอกระบบ ต้องมีการออกแบบหลักสูตร และกิจกรรมการเรียนการสอนแบบใหม่

เพื่อเปลี่ยนแปลงการเรียนรู้ เน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ให้เข้าใจว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีคุณค่า

**2.1.3 มิติเศรษฐศาสตร์ (Economic Aspect)** ในการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุต้องกล้าตัดสินใจใน โครงการลงทุน ถึงแม้ว่าผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจะไม่ใช่ว่าเงินและจะขาดทุนในระยะสั้นก็ตาม ในระยะยาวเกิดผลประโยชน์ ค่า B/C มากกว่า 1.00 ทางมิติเศรษฐศาสตร์ถือว่ามีความคุ้มค่าในการลงทุน และเป็นผลประโยชน์ที่ไม่ใช่ตัวเงินหลายประการ อีกทั้ง มิได้เกิดผลประโยชน์เฉพาะกับผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ยังเกิดผลประโยชน์กับ ทุกคนในชุมชนระยะยาวตามมาอีกด้วย กล่าวได้ว่า การลงทุนทางด้านสุขภาพอยู่ในแนวทางการพัฒนาแบบ “ขาดทุนคือกำไร” สอดคล้องกับหลักการทรงงานตามแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระมหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร โดยก่อให้เกิดผลประโยชน์ทั้งในส่วนที่ไม่ใช่ตัวเงิน (Non-monetary Benefit) และส่วนที่เป็นตัวเงิน (Monetary Benefit) ดังนี้

1) ผลประโยชน์ที่ไม่ใช่ตัวเงิน เป็นประโยชน์ของผู้สูงอายุที่ไม่ใช่ตัวเงิน เป็นพลังที่เกิดจากความอาวุโส การเคารพนับถือ คำสั่งสอน และภูมิปัญญา กล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุเป็น “ศูนย์กลางของพลังชุมชน” ช่วยให้เกิดความสามัคคีในชุมชน และเกิดการขับเคลื่อนชุมชนได้ เมื่อผู้สูงอายุสุขภาพดีและแม้แต่ผู้สูงอายุอยู่บ้านไม่ได้ทำงานอะไร ก็ยังเป็นแหล่งของพลังแห่งการเคารพนับถือทำให้ลูกหลานรู้สึกอบอุ่นใจ มีพลังในการดำเนินชีวิตต่อไป อย่างมีความหมายมากขึ้น ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีประโยชน์ที่ไม่ใช่ตัวเงินหลายประการ สรุปได้ดังนี้

(1) เป็นศูนย์กลางความสามัคคีในครอบครัวและชุมชน ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่คนในชุมชนให้ความเคารพนับถือ กล่าวได้ว่า เป็นผู้ทรงอิทธิพลในชุมชนจึงเป็นผู้ประสานสัมพันธ์ ผู้ไกลเกลี่ยกรณีทะเลาะวิวาท เป็นแกนนำ และเป็นศูนย์กลางในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัวและชุมชนจึงก่อให้เกิดความสามัคคีได้

(2) เป็นที่ปรึกษาให้กับสมาชิกทุกคน ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ผ่านการต่อสู้ชีวิตมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน และหลากหลายรูปแบบ สามารถก้าวข้ามผ่านอุปสรรคในชีวิตจนทำให้ประสบความสำเร็จในทุกวันนี้ จึงมีภูมิความรู้ในตัวอีกมากที่สามารถให้คำปรึกษาในการดำเนินชีวิตกับสมาชิกในครอบครัวและชุมชนได้

(3) เป็นแรงบันดาลใจให้คนรุ่นต่อไป เมื่อคนรุ่นใหม่ได้รับฟังเรื่องราวของผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จหลายคน จะก่อให้เกิดแรงผลักดัน เกิดแรงบันดาลใจ และเป็นกำลังใจในการมุ่งมั่นเพื่อก้าวสู่ความสำเร็จของคนรุ่นต่อไปได้เป็นอย่างดี

(4) เป็นแบบอย่างวิถีชีวิตปुरुชนที่ดี ผู้สูงอายุที่ได้รับการเคารพยกย่องในครอบครัวและชุมชนว่าเป็นคนดีสามารถเป็นต้นแบบ เป็นแบบอย่างที่ดีในการดำเนินชีวิตให้กับสมาชิกทุกคนทั้งภายในและภายนอกชุมชนได้

(5) เป็นผู้ถ่ายทอดภูมิปัญญาและประสบการณ์ที่ไม่มีในระบบการศึกษา ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ สามารถถ่ายทอดภูมิปัญญาและประสบการณ์ที่มีอยู่ในตัวของผู้สูงอายุ ซึ่งไม่มีความรู้เหล่านี้ในหนังสือ ตำรา ที่อยู่ในระบบการศึกษา เป็นภูมิปัญญาที่เกิดจากประสบการณ์ตรงจากการใช้ชีวิตอันยาวนานของผู้สูงอายุ และภูมิปัญญาที่ได้รับการถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษ ซึ่งมีคุณค่ายิ่ง สมควร ได้รับการถ่ายทอดไปยังรุ่นลูก รุ่นหลานต่อไป

2) ผลประโยชน์ที่เป็นตัวเงิน เป็นประโยชน์ของผู้สูงอายุที่เป็นตัวเงินโดยตรงที่ได้จากการทำงานในช่วงสูงอายุ ซึ่งอาจจะสร้างรายได้ที่เป็นตัวเงินให้เกิดขึ้นได้ (Income Generating) และจากการที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย จึงไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ (Health Cost Saving) ทั้งในส่วนที่ผู้สูงอายุจ่ายเองในการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน และจากการที่ภาครัฐประหยัดรายจ่ายในส่วนของ การรักษาพยาบาล ดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุสุขภาพดี จะเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพแก่ภาครัฐที่สำคัญยิ่ง ดังนี้

(1) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นเงินที่ต้องจ่ายเมื่อเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ได้แก่ ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล ค่าผ่าตัด ค่าอุปกรณ์ในการรักษา ค่าห้องพัก เป็นต้น

(2) ค่าใช้จ่ายระหว่างการพักฟื้นที่บ้าน เป็นเงินที่ต้องจ่ายขณะที่ผู้ป่วยยังไม่หายจากการเจ็บป่วยแต่ไม่จำเป็นต้องนอนในโรงพยาบาล สามารถกลับมาพักฟื้นที่บ้านได้ ซึ่งในระหว่างนี้จะมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น ได้แก่ ค่ายา ค่าผู้ดูแล ค่าอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา เป็นต้น

(3) ค่าสูญเสียรายได้จากการทำงาน เป็นรายได้ที่พึงได้จากการทำงานในภาวะปกติ แต่เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยจะไม่สามารถไปทำงานได้ตามปกติ ทำให้ขาดรายได้จากการทำงานที่พึงจะได้อีก

นอกจากนี้ยังพบว่า การรวมเป็นกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในแต่ละกลุ่ม ยังจะก่อให้เกิดการประหยัดต่อขนาด (Economy of Scale) ทำให้มีพลังในการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยมีต้นทุนเฉลี่ยต่ำลง (Average Cost) รวมทั้งการรวมกลุ่มต่าง ๆ ทั้งภายในชุมชน และภายนอกชุมชนเชื่อมโยงเข้าด้วยกัน เป็นการประหยัดทาง

ขอบข่าย (Economy of Scope) ทำให้เกิดเครือข่ายในการทำกิจกรรมดูแลสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีต้นทุนต่ำลงเช่นกัน อีกทั้งการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งสมาชิกในชุมชน องค์กรท้องถิ่น และหน่วยงานภายนอกชุมชน จะทำให้เกิดโครงการ (Projects) ในการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน และคุ้มค่าในระยะยาวเมื่อเวลาผ่านไป

องค์ความรู้ทั้ง 3 มิติ ที่ได้จากการวิเคราะห์การพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ กรณีศึกษาชุมชนบางกะจะนี้ มิได้แยกส่วนออกจากกันอย่างเด็ดขาด ในแต่ละส่วนจะมีความเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน ทั้ง 3 มิติ อาทิ หากมิติสังคมมีระบบครอบครัวและชุมชนที่เข้มแข็งจะนำไปสู่มิติการพยาบาลมีการดูแลที่เน้นการป้องกันมากกว่าการรักษาที่ได้ผล และในมิติเศรษฐศาสตร์ ที่จะเกิดประโยชน์ทั้งที่ไม่เป็นต้นทุนและเป็นต้นทุนที่เพิ่มมากขึ้น รวมใจความแล้วจะก่อให้เกิด การพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน

## 2.2 สังเคราะห์ระบบการดูแลสุขภาพชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

จากองค์ความรู้ทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการระดมสมองในการจัดเวทีชุมชน จึงสังเคราะห์ระบบการดูแลสุขภาพชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางความคิด โดยจำแนกกลุ่มผู้รับผิดชอบหลักในระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุของชุมชนบางกะจะ ในการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุได้ 3 กลุ่มหลัก หรือที่เรียกว่า หุ่นส่วนการพัฒนา 3 ภาคส่วน (Development Partnership) ดังนี้

- 1) สมาชิกชุมชน (Community Members) ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประชาชน ชาวบ้าน ผู้นำชุมชน แกนนำกลุ่มในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 2) องค์กรท้องถิ่น (Local Organizations) ได้แก่ เทศบาลตำบลบางกะจะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะ ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ วัดและโรงเรียนประจำท้องถิ่น
- 3) หน่วยงานภายนอกชุมชน (External Agencies) ได้แก่ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุค่ายเนินวง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดจันทบุรี องค์การบริหารส่วนจังหวัดจันทบุรี เกษตรจังหวัด แรงงานจังหวัด ชมรมกระต่ายอาสา



หุ้นส่วนการพัฒนาชุมชนผู้สูงอายุทั้ง 3 ภาคส่วน จะมีการแสดงบทบาทหน้าที่แตกต่างกันและมีบทบาทที่ต้องร่วมกันทั้งในส่วนของสมาชิกชุมชน องค์กรท้องถิ่น และหน่วยงานภายนอกชุมชน จึงต้องมีการทำหน้าที่ของตนเองให้สมบูรณ์ และประสานความร่วมมือกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการพัฒนามีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมีบทบาทหน้าที่ (Function) ของแต่ละกลุ่มตามรายละเอียด ดังนี้

#### 1) สมาชิกชุมชน (Community Members : CM) ได้แก่

ผู้นำชุมชนและแกนนำในชุมชน เป็นแกนนำหลักในส่วนของสมาชิกชุมชน ในการจัดเวทีชุมชน และนำข้อมูลที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของสมาชิกชุมชนและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในการค้นหาศักยภาพ ปัญหาและความต้องการของชุมชนให้แก่องค์กรท้องถิ่น เพื่อผลักดันองค์กรท้องถิ่นให้มีการพัฒนาชุมชนที่ตรงตามความต้องการของชุมชน รวมทั้งเป็นแกนนำในการกระตุ้นให้สมาชิกชุมชน ไม่ว่าจะเป็น ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประชาชนชาวบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข สุขประจำหมู่บ้าน เต็มใจให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และมีส่วนร่วมในการสร้างวาระด้านสุขภาพแห่งชุมชนให้สำเร็จ

ผู้สูงอายุ ใฝ่ใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง ให้ข้อมูลความต้องการ สภาพปัญหาที่แท้จริง รวมทั้งให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และมีส่วนร่วมในการสร้างวาระด้านสุขภาพแห่งชุมชนให้สำเร็จ สอดคล้องกับศักยภาพของตนเอง

ผู้ดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สนใจในการพัฒนาตนเองให้มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ถูกต้อง เหมาะสม ประเมินอาการเบื้องต้น ในการขอความช่วยเหลือเพิ่มเติมได้ และกระตือรือร้นในการแจ้งข้อมูลของผู้สูงอายุเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง แก่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะ ซึ่งรับผิดชอบในการจัดทำฐานข้อมูลในการบริหาร จัดการภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแต่ละคน รวมทั้งมีส่วนร่วมในการสร้างวาระด้านสุขภาพแห่งชุมชนให้สำเร็จ

ประชาชนชาวบ้าน มีส่วนร่วมในการสร้างวาระด้านสุขภาพแห่งชุมชนให้สำเร็จ โดยมีการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ของตนเองให้แก่สมาชิกชุมชน ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม/โครงการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

#### 2) องค์กรท้องถิ่น (Local Organizations : LO) ได้แก่

เทศบาลตำบลบางกะจะจัดทำโครงการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชนให้พึ่งตนเองได้ สอดคล้องกับศักยภาพและความต้องการของชุมชน มีการดำเนินการให้ผู้รับผิดชอบเข้าใจถึงการร่วมสร้างวาระด้านสุขภาพแห่งชุมชนที่ต้องมี



การพัฒนาเกี่ยวกับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง จึงต้องมีการรวบรวมและบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อส่งต่อข้อมูลให้สามารถมีการพัฒนาต่อไปได้ ถึงแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบก็ตาม

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะ และศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ จัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุแต่ละคน อาทิ ชื่อ สกุล เพศ อายุ โรคประจำตัว การใช้ยา การแพ้ยา/แพ้อาหาร ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่อยู่ แผนที่ แสดงตำแหน่งที่อยู่อย่างชัดเจน ซึ่งสามารถเดินทางไปเยี่ยมบ้านได้ โดยต้องเป็นข้อมูลให้ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน มีการนำข้อมูลมาใช้ในการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามภาวะสุขภาพ และวางแผนการดูแลได้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของแต่ละคน รวมทั้งมีการติดตามและประเมินสภาพผู้สูงอายุแต่ละคนเป็นระยะ ๆ เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายให้เหมาะสม และบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

วัดประจำท้องถิ่น พระเป็นผู้สอนธรรมะประยุกต์ในการเปลี่ยนแปลงค่านิยม และเปลี่ยนจิตใจคนในชุมชนให้เกิดความตระหนัก เกิดจิตสำนึกที่ดี มองเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ และมีการแสดงออกถึงการเคารพผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในการสร้างวาระสุขภาพแห่งชุมชนในส่วนที่เกี่ยวข้องกับจิตใจ และจิตวิญญาณของสมาชิกชุมชน

โรงเรียนประจำท้องถิ่น ทั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ โรงเรียนประถมศึกษา โรงเรียนมัธยมศึกษา ออกแบบหลักสูตรและกิจกรรมการเรียนการสอนแบบใหม่ ที่เน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ความเข้าใจ ที่มีต่อผู้สูงอายุ เข้าใจถึงคุณค่าของผู้สูงอายุที่มีในหลายมิติ มีส่วนร่วมในการสร้างวาระสุขภาพแห่งชุมชน โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ในกลุ่มนักเรียนของแต่ละโรงเรียน

3) หน่วยงานภายนอกชุมชน (External Agencies : EA) ได้แก่ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุค่ายเนินวง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดจันทบุรี องค์การบริหารส่วนจังหวัดจันทบุรี สำนักงานเกษตรจังหวัด สำนักงานแรงงานจังหวัด และชมรมกระท้ายอาสา

ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุค่ายเนินวง เป็นที่ปรึกษา ร่วมเป็นวิทยากร และสนับสนุน สถานที่ อุปกรณ์ต่าง ๆ ในการจัดกิจกรรมของผู้สูงอายุ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี สนับสนุนงบประมาณ บุคลากรทางสุขภาพ เป็นที่ปรึกษา และร่วมมือในการดูแลสุขภาพของสมาชิกชุมชน โดยโรงพยาบาลพระปกเกล้าเป็นสถานพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทาง

นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาบำบัด เป็นต้น ในการร่วมเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อป้องกัน รักษา ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพของสมาชิกชุมชน

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี สนับสนุนวิทยากร ให้คำปรึกษาในการจัดทำหลักสูตรและปรับปรุงกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ให้นักศึกษาพยาบาลฝึกภาคปฏิบัติในชุมชน ร่วมจัดกิจกรรมการพัฒนาชุมชนตามข้อมูลที่ได้จากการวินิจฉัยชุมชน ทำวิจัยและเผยแพร่องค์ความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแบบมีส่วนร่วมแก่ชุมชน

มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี สนับสนุนวิทยากร ให้คำปรึกษา เผยแพร่องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ต่าง ๆ อาทิ พัฒนาเทคโนโลยี พัฒนาผลิตภัณฑ์ของผู้สูงอายุในชุมชน การบริหารจัดการ การตลาด การพัฒนาชุมชน ทำวิจัยและเผยแพร่องค์ความรู้ทางวิชาการในสาขาต่าง ๆ แบบมีส่วนร่วมแก่ชุมชน

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดจันทบุรี ให้คำปรึกษา สนับสนุนงบประมาณ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยคนพิการ

องค์การบริหารส่วนจังหวัดจันทบุรี ให้คำปรึกษา สนับสนุนงบประมาณ การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ประชุม อบรม เพื่อสร้างความเข้าใจระหว่างชุมชนกับภาคส่วนต่าง ๆ ในจังหวัด

สำนักงานเกษตรจังหวัด ให้คำปรึกษา สนับสนุนวิทยากร พันธุ์พืช ร่วมพัฒนาสมาชิกชุมชนให้มีผักสวนครัวปลอดสารพิษประจำหมู่บ้าน เผยแพร่องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการทำเกษตร

สำนักงานแรงงานจังหวัด ให้คำปรึกษาในการทำอาชีพเสริมสำหรับผู้สูงอายุ สนับสนุนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแรงงานให้มีคุณภาพ

ชมรมกระต่ายอาสา สนับสนุนการดูแลสุขภาพชุมชน โดยชุมชน ร่วมทีมเยี่ยมบ้าน บริจาคเครื่องมือ และอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

จากบทบาทหน้าที่หลักของหุ้นส่วนการพัฒนาชุมชนที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น  
สรุปได้ ดังตาราง 34

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตาราง 34 หุ้นส่วนการพัฒนาชุมชนผู้สูงอายุและบทบาทหน้าที่หลัก

หุ้นส่วนการพัฒนา	บทบาทหน้าที่
1. สมาชิกชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผลักดันองค์กรท้องถิ่นให้มีการพัฒนาชุมชนที่ตอบสนองความต้องการของชุมชน</li> <li>- ให้ข้อมูลที่แท้จริง และมีความกระตือรือร้นในการแจ้งข้อมูลเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง</li> <li>- ให้ความร่วมมือในกิจกรรม/โครงการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ</li> <li>- มีส่วนร่วมในสร้างวาระด้านสุขภาพแห่งชุมชนให้สำเร็จ ทุกคนต้องเข้าใจว่าการพัฒนาที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุเป็นเรื่องของทุกคน เพราะทุกคนล้วนต้องกลายเป็นผู้สูงอายุในที่สุด</li> </ul>
2. องค์กรท้องถิ่น	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุแต่ละคน ให้ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน เพื่อให้มีข้อมูลในการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามภาวะสุขภาพ และดูแลได้สอดคล้องตามภาวะสุขภาพของแต่ละคน</li> <li>- ส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชน ให้พึ่งตนเองได้ และพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ</li> <li>- ร่วมสร้างวาระด้านสุขภาพแห่งชุมชน และเข้าใจว่าการพัฒนาที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ จะต้องคงมีอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะผู้รับผิดชอบในองค์กรจะเป็นใครก็ตาม</li> </ul>
3. หน่วยงาน ภายนอกชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนทรัพยากร งบประมาณ บุคลากร และให้คำปรึกษาในการบริหารจัดการโครงการพัฒนาชุมชน ตามความเชี่ยวชาญของแต่ละองค์กร</li> <li>- สนับสนุนด้านการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ และประชุมชนอบรม เพื่อสร้างความเข้าใจระหว่างชุมชนกับภาคส่วนต่าง ๆ ในจังหวัด</li> <li>- ทำวิจัยและเผยแพร่องค์ความรู้ทางวิชาการแบบมีส่วนร่วมแก่ชุมชน</li> </ul>

### 3. แนวทางขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพชุมชน จากบริบทขององค์กรภาคชุมชนและภาครัฐที่เกี่ยวข้อง

จากการระดมสมองในเวทีชุมชน ทำให้มองเห็นแนวทางการขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุ ซึ่งควรมีปฏิสัมพันธ์จาก 3 ภาคส่วน ได้แก่ สมาชิกชุมชน องค์กรท้องถิ่น และหน่วยงานภายนอกชุมชน โดยเป็นความสัมพันธ์แบบ 2 ทาง (2 Way Interaction) มีการเชื่อมโยง ติดตามและแจ้งผลย้อนกลับ เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขทันทีอย่างสม่ำเสมอ โดยมีลักษณะการเชื่อมโยง กล่าวคือ

#### 3.1 การเชื่อมโยงระหว่างสมาชิกชุมชนกับองค์กรท้องถิ่น มีปฏิสัมพันธ์หลักคือ “ผลักดัน” และ “ให้บริการ”

สมาชิกชุมชน “ผลักดัน” องค์กรท้องถิ่น โดยสมาชิกในชุมชนเป็นทั้งต้นเหตุและปลายเหตุเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพ เป็นการสะท้อนถึงแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุที่กำลังเพิ่มมากขึ้น กระแสสังคมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และความเข้มแข็งของชุมชน สมาชิกชุมชนจึงเป็นกลไกที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพ เพราะท้ายที่สุดแล้ว ความยั่งยืนจะเกิดได้ก็ต่อเมื่อ ชุมชนมีความเข้มแข็ง รู้ปัญหาและความต้องการของตนเอง พร้อมในการมีส่วนร่วม และกล้าผลักดัน เพื่อให้เกิดการพัฒนาชุมชน ดังนั้น สมาชิกในชุมชนต้องระบุได้ว่ามีความต้องการอะไร และต้องการมีส่วนร่วม พร้อม “ระเบิดจากข้างใน” คือพร้อมมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่มีอยู่ จึงเกิดการผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนขององค์กรท้องถิ่น

องค์กรท้องถิ่น “ให้บริการ” สมาชิกชุมชน ซึ่งองค์กรท้องถิ่นเป็นหน่วยงานภายในชุมชนที่มีความใกล้ชิดมากที่สุดกับสมาชิกชุมชน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้ความสำคัญในการรับรู้ปัญหาและความต้องการของชุมชน เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาได้อย่างตรงจุด เกิดการพัฒนาได้ตรงตามความต้องการของชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้นำองค์กรท้องถิ่น ต้องเข้าใจถึงความสำคัญของตนเองในการนำพาชุมชนไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ดังนั้น เมื่อองค์กรท้องถิ่นแปลโจทย์ที่ได้รับจากสมาชิกชุมชน จึงมีการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน มีการติดตาม ประสานงาน โดย อสม. เพิ่มบทบาทของ บ้าน วัด โรงเรียนในการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้สูงอายุ มีการจัดกิจกรรมกลุ่มที่เน้นการป้องกันมากกว่าการรักษา ในการจัดการศึกษามีการออกแบบหลักสูตรที่มุ่งให้เกิดการเรียนรู้คุณค่าของผู้สูงอายุ และมีการจัดเวทีระดมความคิด เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม มีความเข้าใจที่ตรงกัน หากพบว่า ความต้องการของสมาชิกชุมชน เกินกำลังความสามารถขององค์กรท้องถิ่น จะมีการส่งสัญญาณความช่วยเหลือไปยังหน่วยงานภายนอก

### 3.2 การเชื่อมโยงระหว่างองค์กรท้องถิ่นกับหน่วยงานภายนอก มีปฏิสัมพันธ์หลักคือ “นำเสนอ” และ “สนับสนุน”

องค์กรท้องถิ่น “นำเสนอ” หน่วยงานภายนอก ในการแก้ปัญหาหรือการพัฒนาชุมชนให้มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพเพิ่มขึ้นนั้น ควรมีความเกี่ยวข้องกับหน่วยงานภายนอกชุมชน โดยองค์กรท้องถิ่นเป็นผู้พิจารณา และดำเนินการนำเสนอโครงการที่เป็นความต้องการของสมาชิกชุมชน ต่อตัวแทนหน่วยงานภายนอกชุมชน อาทิ ในระดับจังหวัด เพื่อรับการสนับสนุนงบประมาณ หรือทรัพยากรอื่น ๆ ในการดำเนินโครงการต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จในการดำเนินโครงการ สอดคล้องกับความต้องการของสมาชิกชุมชน

หน่วยงานภายนอก “สนับสนุน” องค์กรท้องถิ่น เมื่อหน่วยงานภายนอกได้รับทราบข้อมูล การขอสนับสนุนในการดำเนินโครงการ หน่วยงานภายนอกจึงมีการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ตามความเชี่ยวชาญและบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน อาทิ ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการ องค์การบริหารส่วนจังหวัดด้านสิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์ สาธารณูปโภค สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ด้านคุณภาพชีวิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังประสานงานหน่วยงานราชการทั้งในระดับจังหวัด และระดับประเทศ เพื่อสนับสนุนวิทยากร เป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการ ด้านการวิจัย เผยแพร่องค์ความรู้ที่ใช้ได้จริง

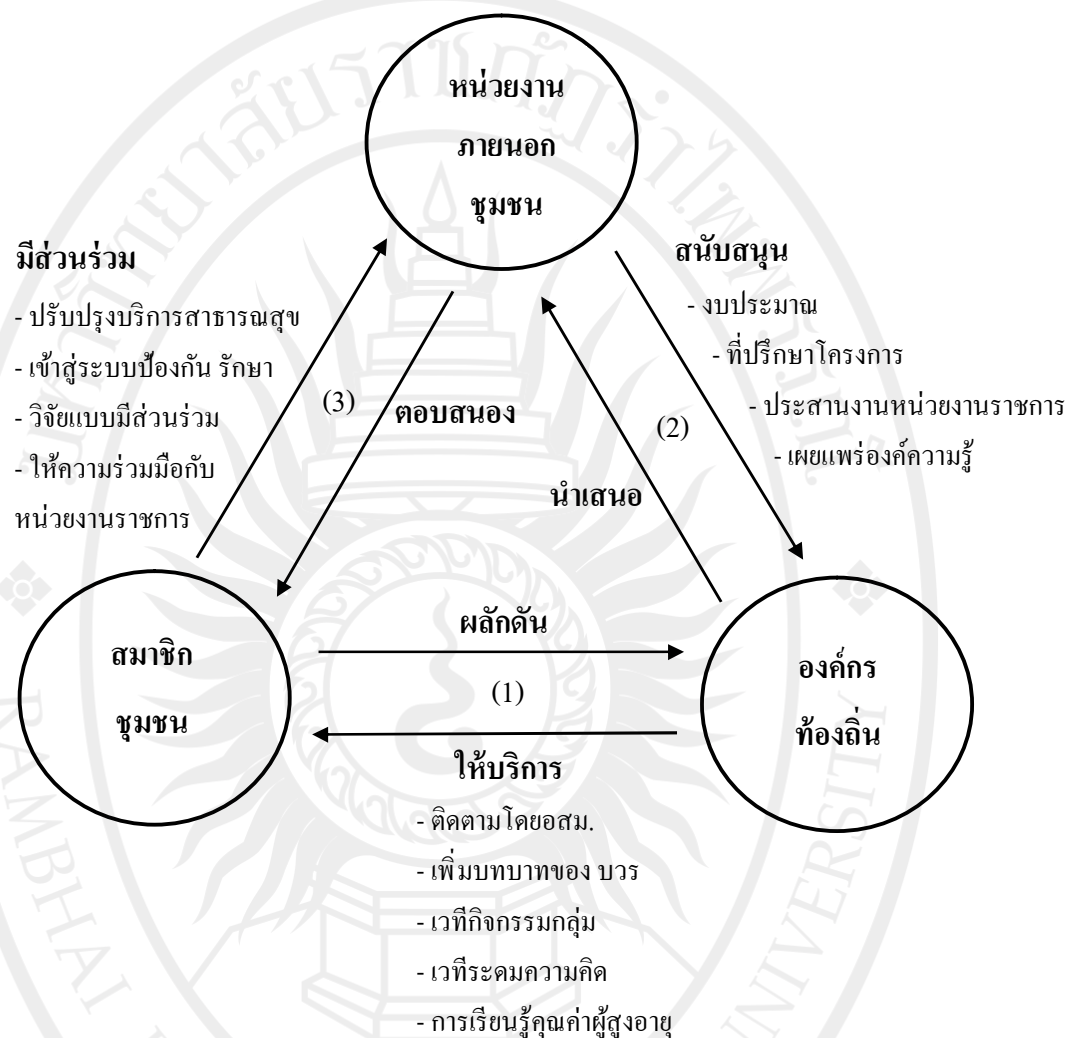
### 3.3 การเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานภายนอกชุมชนกับสมาชิกชุมชน มีปฏิสัมพันธ์หลักคือ “ตอบสนอง” และ “มีส่วนร่วม”

หน่วยงานภายนอกชุมชน “ตอบสนอง” สมาชิกชุมชน โดยหน่วยงานภายนอกชุมชน โดยเฉพาะหน่วยงานกลางของจังหวัดจะได้ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนอย่างเหมาะสมในรูปกิจกรรมหรือโครงการต่าง ๆ ดังนั้น หน่วยงานภายนอกจึงเป็นเครือข่ายสำคัญที่เชื่อมโยงทั้งกับองค์กรท้องถิ่นและสมาชิกชุมชน โดยตรง ทั้งนี้เพื่อให้การพัฒนาชุมชนสอดคล้องกับความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง

สมาชิกชุมชน “มีส่วนร่วม” กับหน่วยงานภายนอกชุมชน ทั้งนี้สมาชิกชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการปรับปรุงบริการสาธารณสุข เข้าสู่ระบบการป้องกัน รักษา ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ การวิจัยแบบมีส่วนร่วม การสื่อสาร รวมทั้งให้ความร่วมมือกับหน่วยงานราชการภายนอกที่เข้ามามีส่วนร่วมขับเคลื่อนโครงการต่าง ๆ ภายในชุมชน

สรุปแนวทางการขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพของชุมชนในกรณีศึกษาจาก หุ่นส่วนการพัฒนา 3 ภาคส่วน ดังภาพประกอบ 7





ภาพประกอบ 7 แนวทางการขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุ  
กรณีศึกษาชุมชนบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี

#### 4. การประเมินผลก่อนการดำเนินการของโครงการด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่มีนัยสำคัญในชุมชนกรณีศึกษา

ผลจากการระดมความคิดเห็น จากเครื่องมือ SWOT ผ่านการจัดเวทีชุมชนทั้ง 2 ครั้ง พบว่า ปัจจัยต่าง ๆ 4 ลักษณะ คือ จุดแข็งและจุดอ่อนจากภายในชุมชน (Strength : S, Weakness : W) พร้อมทั้งโอกาสและอุปสรรคจากภายนอกชุมชน (Opportunity : O, Threat : T) ได้รับการจัดลำดับความสำคัญและน้ำหนัก ต่อการพัฒนาชุมชน ให้เป็นเกรด A, B และ C ตามลำดับ เมื่อนำมาวิเคราะห์แผนกลยุทธ์ (Strategic Planning) จากการถ่วงน้ำหนักปัจจัยทั้งหมด (Weighted SWOT) ทำให้ได้กลยุทธ์หลักที่สำคัญ 6 กลยุทธ์ โดยมีโครงการ (Projects) ที่ตอบสนองต่อกลยุทธ์จำนวน 9 โครงการ เพื่อให้เป็นรูปธรรมในการพัฒนาเชิงองค์รวมทั้งตัวบุคคลและชุมชน ดังนี้

กลยุทธ์ที่ 1 เร่งพัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุตามนโยบายของรัฐ โดยใช้งบประมาณทั้งจากภายในและภายนอกชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมี 1 โครงการ คือ โครงการพัฒนาด้านกายภาพของโรงเรียนผู้สูงอายุ

กลยุทธ์ที่ 2 เร่งพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุให้มีสัมฤทธิ์ผลสอดคล้องกับนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยร่วมกับเครือข่ายการดูแลสุขภาพชุมชน มี 1 โครงการ คือ โครงการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์ที่ 3 ส่งเสริมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ ในการเน้นแนวทางป้องกันมากกว่ารักษา และลดผลกระทบจากอบายมุข ยาเสพติด รวมทั้งการมีโรคติดต่อและสารพิษมากขึ้น มี 2 โครงการ คือ โครงการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพดีแก่ผู้สูงอายุ และโครงการสร้างสรรค์กิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ

กลยุทธ์ที่ 4 ส่งเสริมการใช้วิถีชีวิตตามแนวทางพอเพียง มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจเพื่อป้องกันภาวะคุกคามจากภายนอกชุมชน มี 2 โครงการ คือ โครงการส่งเสริมการใช้วิถีชีวิตตามความพอเพียง และโครงการส่งเสริมการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ

กลยุทธ์ที่ 5 ปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขและที่อยู่อาศัยให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดูแลสุขภาพชุมชน มี 2 โครงการ คือ โครงการปรับปรุงระบบสาธารณสุขให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และโครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

กลยุทธ์ที่ 6 สร้างระบบการให้คำตอบแทนสำหรับผู้สูงอายุที่สุขภาพดี เพื่อให้มีแรงจูงใจในการดูแลและป้องกันโรคอันเกิดจากภาวะคุกคามต่าง ๆ รวมทั้งเป็นต้นแบบที่ดีสำหรับคนอื่นได้ มี 1 โครงการ คือ โครงการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี

ผลการจัดลำดับความสำคัญของโครงการพัฒนาชุมชนจากการระดมสมองผ่านเวทีชุมชน พบว่า โครงการที่ควรได้รับการดำเนินการ 3 อันดับแรก คือ โครงการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพดีแก่ผู้สูงอายุ โครงการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุอย่างมีสัมฤทธิ์ผล และโครงการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี อันดับการเลือกเป็นเช่นนั้น เพราะผู้สูงอายุมีความสนใจใส่ใจสุขภาพ จึงเลือกโครงการที่มีความชัดเจน เป็นรูปธรรมในการช่วยทำให้มีสุขภาพดีได้มากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ต้องการพัฒนาปัจจัยที่เอื้อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี อาทิ มีสถานที่ออกกำลังกาย มีการแจ้งล่วงหน้าเมื่อมีการจัดกิจกรรม

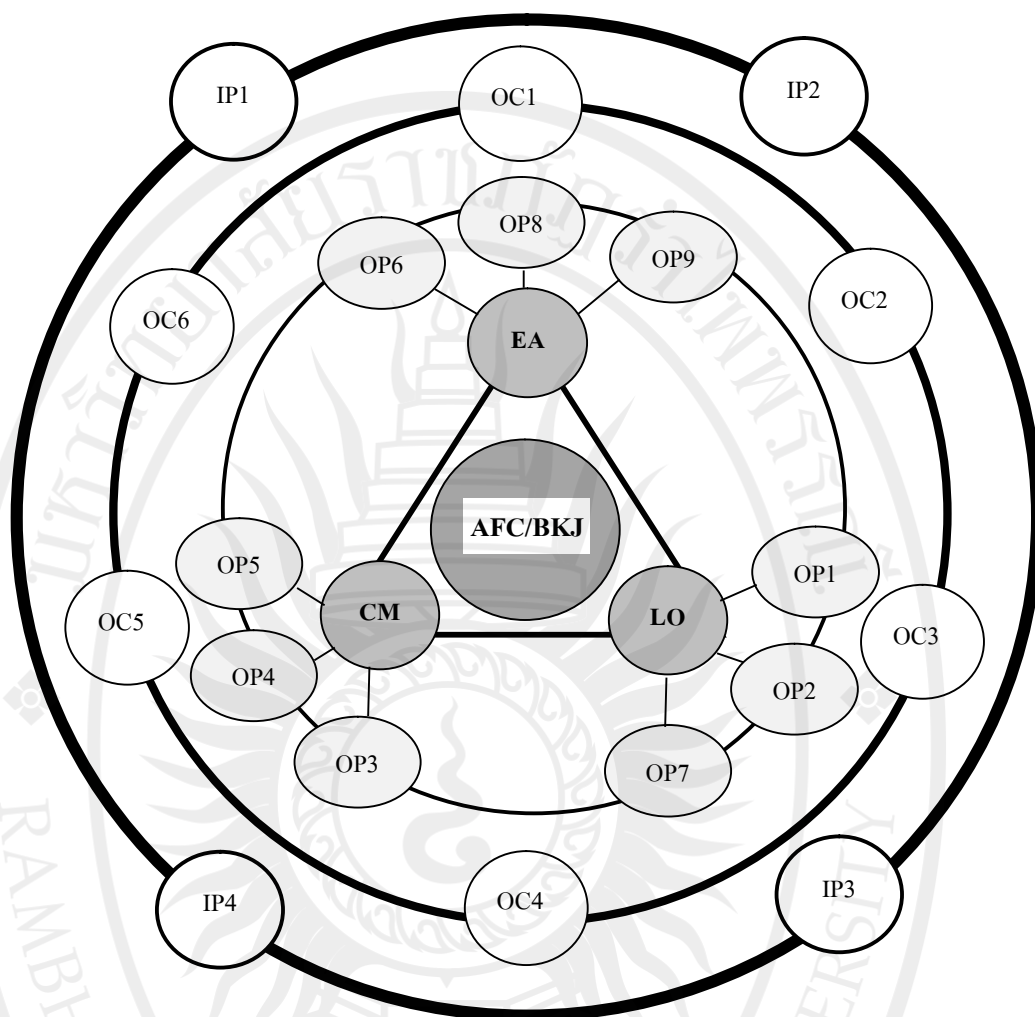
โครงการทั้งหมดมีการคัดเลือกและดำเนินการตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง คือ เป็นโครงการที่มีเหตุผลความจำเป็นที่ดี มีศักยภาพเพียงพอที่จะทำให้เกิดผลสำเร็จได้ และเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันที่ดีแก่ชุมชนในกรณีศึกษา รวมทั้งแต่ละโครงการมีความสัมพันธ์ เชื่อมโยงเข้ากับประเด็นในการพัฒนา AFC/WHO ได้ครบทั้ง 8 ประเด็น โดยเมื่อดำเนินงานในทุกโครงการสำเร็จ น่าจะก่อผลสัมฤทธิ์ (Results) ซึ่งสะท้อนการประเมินผลที่คาดหวังว่าจะเกิดก่อนที่จะดำเนินการจริง (Ex-ante Evaluation) กล่าวคือ

เกิดผลผลิต (Output) จากโครงการต่าง ๆ จำนวน 9 โครงการ และก่อให้เกิดผลลัพธ์ (Outcome) ตามมาใน 6 ประการ ได้แก่ 1) ทศนคติที่ดีเกี่ยวกับผู้สูงอายุจากมุมมองของสมาชิกชุมชน 2) พฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีพอเพียง 3) ภาวะสุขภาพดีในผู้สูงอายุ 4) การประหยัดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ 5) การเพิ่มรายได้ที่เป็นตัวเงินของประชากรสูงอายุ และ 6) ศูนย์กลางของพลังชุมชน

รวมทั้งเกิดผลกระทบ (Impact) ต่อการพัฒนาที่ยั่งยืนในระยะยาว จำนวน 4 ประการ ได้แก่ 1) การเป็นต้นแบบชุมชนสำหรับการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ 2) ชุมชนมีความเข้มแข็ง อบอุ่นจากการมีส่วนร่วม 3) ความพร้อมของชุมชนในการรองรับกลุ่มผู้สูงอายุในอนาคต และ 4) คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุและสมาชิกชุมชนทุกคน

ภาพประกอบ 8 แสดงถึง 3 ระดับ การพัฒนาของชุมชนบางกะจะ (Bangkaja : BKJ) ตามแนวคิดสากล Age-friendly Community : AFC หรือเรียกรวมโดยย่อว่า AFC/ BKJ คือ ระดับผลผลิต (ระยะสั้น) ระดับผลลัพธ์ (ระยะกลาง) และระดับผลกระทบ (ระยะยาว)

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี



ระดับผลผลิต (output : OP)	ระดับผลลัพธ์ (outcome : OC)	ระดับผลกระทบ (impact : IP)
OP1 ระบบสาธารณสุขเหมาะสม	OC1 ทักษะชีวิตที่ดีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	IP1 การเป็นต้นแบบชุมชนสำหรับการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ
OP2 โรงเรียนผู้สูงอายุที่เอื้อต่อการเรียนรู้	OC2 พฤติกรรมดำเนินชีวิตแบบวิถีพอเพียง	IP2 ชุมชนมีความเข้มแข็ง อบอุ่นจากการมีส่วนร่วม
OP3 แปลงผักสวนครัวปลอดสารพิษ	OC3 ภาวะสุขภาพดีในผู้สูงอายุ	IP3 ความพร้อมของชุมชนในการรองรับกลุ่มผู้สูงอายุในอนาคต
OP4 ระบบค่าตอบแทนผู้สูงอายุสุขภาพดี	OC4 การประหยัดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ	IP4 คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุและสมาชิกชุมชนทุกคน
OP5 ที่อยู่อาศัยปลอดภัย	OC5 การเพิ่มรายได้ที่เป็นตัวเงินของประชากรสูงอายุ	
OP6 กิจกรรมครอบครัวรวม	OC6 ศูนย์กลางของพลังชุมชน	
OP7 เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้		
OP8 ความรู้ทางสุขภาพที่ใช้ได้จริง		
OP9 ระบบเยี่ยมบ้าน ได้ผล		

ภาพประกอบ 8 ผลสัมฤทธิ์ 3 ระดับ จากการขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุ วิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี

ผลจากการดำเนินโครงการทั้งหมด จึงเกิดเป็นประโยชน์ในเชิงบูรณาการ (Integrated Benefit) คือ ทุกโครงการล้วนแต่สร้างประโยชน์ที่สนับสนุนกันและกันในการช่วยดูแลสุขภาพชุมชนในทางที่ดีขึ้น มีการเจ็บป่วยลดลง และมีดัชนีชี้วัดที่สำคัญคือ ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่ประหยัด (Health Cost Saving) ซึ่งมีทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายระหว่างพักฟื้นที่บ้าน และค่าสูญเสียรายได้จากการทำงาน แต่สำหรับการวิจัยนี้คิดเฉพาะค่าใช้จ่ายในการรักษาเมื่ออยู่ที่โรงพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบประโยชน์ที่ได้รับกับการลงทุนในการดำเนินโครงการ พบว่า

การดำเนินโครงการที่กำหนดอายุของประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้สูงอายุ ภายในเวลา 5 ปี จะมีความเป็นไปได้ของโครงการ คือ มีอัตราส่วน B/C เท่ากับ 1.21 หากสมมติว่าโครงการทั้งหมดจะสามารถลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของผู้สูงอายุลงได้ร้อยละ 30 และหากคิดอายุโครงการในเวลา 10 ปี จะมีความเป็นไปได้ เมื่อสมมติให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของผู้สูงอายุลดลงเพียงร้อยละ 20 เท่านั้น อย่างไรก็ตาม ประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการเหล่านี้ มิได้เกิดเฉพาะกับกลุ่มผู้สูงอายุอย่างเดียว แต่ยังเกิดกับคนในช่วงวัยอื่น ๆ ในชุมชนอีกด้วย เพราะลักษณะของชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุนั้น ย่อมจะเป็นมิตรกับคนทุกช่วงวัยเช่นกัน ดังนั้น หากคิดประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับคนทุกช่วงวัย จะยิ่งทำให้มีความเป็นไปได้ของโครงการที่สมควรจะดำเนินการจริงเพิ่มขึ้น อาทิ มีอัตราส่วน B/C เท่ากับ 1.13 และ 1.85 เมื่อสมมติให้ลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของคนทุกช่วงวัยลงได้เพียงร้อยละ 15 ในระยะเวลา 5 ปี และ 10 ปี ตามลำดับ ซึ่งจะเป็นการประเมินที่ใกล้เคียงกับความจริงของชุมชนในกรณีศึกษามากกว่าที่จะสมมติให้ประโยชน์ตกแก่กลุ่มผู้สูงอายุเท่านั้น

อย่างไรก็ตาม มูลค่าผลประโยชน์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ชุมชนกรณีศึกษา จากกลุ่มผู้สูงอายุยังนับว่าอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าความเป็นจริง (Under – estimated Value) เนื่องจากการที่ชุมชนมีการพัฒนาในด้านต่าง ๆ ล้วนแต่จะนำมาซึ่งสุขภาพที่ดีของสมาชิกชุมชนทุกคน ย่อมจะส่งผลดีที่ดีในด้านการจ้างงาน การผลิต การประหยัด ความอบอุ่น และความเข้มแข็งของชุมชนโดยรวมที่ตามมา ซึ่งจะสะท้อนเป็นค่าอัตราส่วน B/C ที่สูงกว่าที่ประเมินได้ และแน่นอนที่สุด หมายถึง ความคุ้มค่าในการดำเนินงานโครงการต่าง ๆ ที่มากขึ้นอีกด้วย

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี



## 5. ปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนกลไกระบบการดูแลสุขภาพชุมชน

การขับเคลื่อนกลไกระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุ ภูมิศึกษาชุมชนบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ให้เกิดผลสัมฤทธิ์ได้นั้น ในทางพุทธศาสนามีหลักธรรมที่นำสู่ความสำเร็จ คือ **หลักอิทธิบาท 4** อันประกอบด้วย **ฉันทะ** วิริยะ จิตตะ และวิมังสา กล่าวคือ มีความพึงพอใจ มีความรักในสิ่งที่ทำ (**ฉันทะ**) มีความขยัน หมั่นเพียร มุ่งมั่นในการทำให้อะไรสำเร็จ (**วิริยะ**) มีความสนใจ เอาใจใส่ จดจ่อ แน่วแน่ในสิ่งที่ทำ (**จิตตะ**) และมีการทบทวน ไตร่ตรอง อย่างรอบคอบ เพื่อปรับปรุง แก้ไขให้ดียิ่งขึ้น (**วิมังสา**) ซึ่งสอดคล้องในทางโลกที่ใช้คำว่า **ปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จ (Key Success Factors : KSF)**

ซึ่งในกรณีศึกษานี้ การขับเคลื่อนกลไกระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุ ควรมีปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จ ดังนี้

### 1) การมีพื้นที่ทำงาน (New Platform) เฉพาะวาระสังคมผู้สูงอายุ

เทศบาลตำบลบางกะจะและประชากรผู้สูงอายุ ควรมีการกำหนดวาระการพูดคุยเรื่องผู้สูงอายุที่ชัดเจน กำหนด วัน เวลา สถานที่ ในรอบปีที่จะมีการพูดคุยอย่างเป็นกิจจะลักษณะ อาทิ การสร้างกลยุทธ์ การวางแผนโครงการ การดำเนินการตามแผน และการติดตามประเมินผล ซึ่งเป็นวาระที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโดยตรงอย่างต่อเนื่อง โดยมีคณะทำงานผู้รับผิดชอบที่สนใจในวาระการทำงานนี้โดยตรง

### 2) การเปลี่ยนแปลงชุดความคิด (Mindset) ของประชากรในชุมชน

หุ้นส่วนการพัฒนาชุมชนทั้ง 3 ส่วน ควรหาทางสื่อสารระหว่างกัน เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจตรงกันถึงคุณค่าที่แท้จริง (Real Value) ของผู้สูงอายุ มุ่งเน้นที่จะเปลี่ยนแปลงชุดความคิดของประชากรทุกคนในชุมชนให้เกิดความเข้าใจในคุณค่าของผู้สูงอายุ ทั้งคุณค่าที่เป็นตัวเงิน และไม่เป็นตัวเงินที่มีอย่างมากมายต่อชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณค่าของบทบาทผู้สูงอายุทางด้านสังคมและทางจิตใจ

### 3) การมีวาระแห่งการพัฒนาสังคมสูงอายุอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาสังคมสูงอายุนับว่าเป็นวาระแห่งการพัฒนาสังคมที่ต้องการระยะเวลา เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่ต่อเนื่องไป ทั้งในลักษณะผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ จึงจำเป็นต้องก้าวข้ามปัจจัยข้อจำกัดด้านต่าง ๆ ในความเป็นจริง โดยเฉพาะกรอบวาระการดำเนินงานและการเปลี่ยนแปลงนโยบายของคณะผู้บริหารองค์กรท้องถิ่นและระดับจังหวัด ที่จะผลักดันเปลี่ยนหมุนเวียนกันเข้ามาทำหน้าที่ ซึ่งอาจจะทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องของกระบวนการพัฒนาได้ง่าย

#### 4) การสร้างความเข้าใจในแนวทางของระบบราชการในปัจจุบัน

ประชาชนทุกช่วงวัยในชุมชนปัจจุบันควรจะต้องมีความเข้าใจในระบบราชการไทยที่ชุมชนต้องเกี่ยวข้องตั้งแต่ทิศทางการพัฒนาประเทศตามแผนยุทธศาสตร์ของชาติ จนถึงแผนกลยุทธ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาผู้สูงอายุในระดับหน่วยงานส่วนกลางและระดับหน่วยงานส่วนท้องถิ่น ซึ่งองค์กรท้องถิ่นและประชาชนในชุมชนจะต้องสร้างแผนงานหรือโครงการของตนให้สอดคล้องกับแผนดำเนินงานราชการในระดับต่าง ๆ ของประเทศ จึงจะสามารถมีโอกาสได้รับการสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ ของภาครัฐอย่างมีประสิทธิภาพเพียงพอ

#### 5) การใช้ฐานข้อมูลชุดเดียวกันระหว่าง 3 ภาคส่วน

การทำงานในวาระการพัฒนาสังคมสูงอายุจากการประสานกันระหว่าง 3 ภาคส่วน ได้แก่ สมาชิกชุมชน องค์กรท้องถิ่น และหน่วยงานภายนอกต่าง ๆ จำเป็นจะต้องมีการสร้างและใช้ฐานข้อมูลที่สมบูรณ์ (Big Data) ในชุดเดียวกัน ซึ่งมีความทันสมัย ถูกต้อง และครอบคลุมบริบทต่าง ๆ แบบเดียวกัน เพื่อให้การพูดคุยและดำเนินงานทางปฏิบัติ ที่อยู่บนพื้นฐานความถูกต้องของข้อมูลเดียวกัน ไม่คลาดเคลื่อนหรือเกิดข้อผิดพลาดอันมาจากฐานข้อมูลเป็นสาเหตุ

#### 6) การฟื้นฟูระบบพลังชุมชนที่มีอยู่เดิมให้เข้มแข็งให้มากขึ้น

แท้จริงแล้วกลไกการขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของไทย มีพื้นฐานที่เข้มแข็งมานานแล้วจากระบบพลังชุมชนเดิมที่เคยมีอยู่ จากการประสานพลังของสถาบันหลัก ๆ ในชุมชนเข้าด้วยกันคือ บ้าน วัด และโรงเรียน หรือที่เรียกกันว่า “บวร” เพียงแต่ในกระบวนการ พัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของไทยที่ผ่านมา ได้มีการใช้ประโยชน์ระบบพลังชุมชนดังกล่าว ลดน้อยลง ดังนั้น การเสริมสร้างสังคมสูงอายุในชุมชนให้เกิดขึ้นในปัจจุบันและอนาคต จึงไม่ควรจะมองข้ามการนำระบบพลังชุมชนเดิมมาฟื้นฟูและใช้ประโยชน์อีกครั้งหนึ่งให้เต็มศักยภาพที่มีอยู่ของแต่ละชุมชนที่ไม่เหมือนกัน

บทสรุปของปัจจัยหลักและบริบทต่าง ๆ ที่จะมีผลต่อความสำเร็จในการขับเคลื่อนกลไกระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุ กรณีศึกษาชุมชนบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี สามารถแสดงได้ ดังตาราง 35

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตาราง 35 ปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนกลไกระบบการดูแลสุขภาพชุมชน

ปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จ	
ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
1. การมีพื้นที่ทำงาน (New Platform) เฉพาะวาระสังคมผู้สูงอายุ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีวาระการประชุมที่จัดขึ้นอย่างเฉพาะเจาะจง</li> <li>- มีแผนการดำเนินงาน ติดตาม ประเมินผลที่ชัดเจน</li> <li>- มีคณะทำงานที่รับผิดชอบโดยตรงที่สนใจในประเด็นนี้</li> </ul>
2. การเปลี่ยนแปลงชุดความคิด (Mindset) ของประชากรในชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการสื่อสารให้เข้าใจตรงกันของ 3 หุ้นส่วนการพัฒนา</li> <li>- เปลี่ยนแปลงชุดความคิดในเรื่องคุณค่าผู้สูงอายุ</li> <li>- เน้นคุณค่าที่แท้จริงของผู้สูงอายุทางสังคมและทางจิตใจ</li> </ul>
3. การมีวาระแห่งการพัฒนาสังคมสูงอายุอย่างต่อเนื่อง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เป็นการพัฒนาสังคมที่ต้องการระยะเวลาแห่งผลสัมฤทธิ์</li> <li>- ต้องมีความต่อเนื่องของวาระการพัฒนาสังคมสูงอายุ</li> <li>- เป็นอิสระจากกรอบเวลาและนโยบายส่วนบุคคล</li> </ul>
4. การสร้างความเข้าใจในแนวทางของระบบราชการในปัจจุบัน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประชาชนควรเข้าใจแนวการทำงานตามนโยบายของรัฐ</li> <li>- องค์กรท้องถิ่นเชื่อมโยงยุทธศาสตร์การพัฒนาทุกระดับ</li> <li>- ชุมชนสามารถนำเสนอโครงการที่สอดคล้องกับภาครัฐ</li> </ul>
5. การใช้ฐานข้อมูลชุดเดียวกันระหว่าง 3 ภาคส่วน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สร้างและใช้ฐานข้อมูลชุมชนที่สมบูรณ์ (Big Data)</li> <li>- 3 ภาคส่วนพัฒนา คิด และทำภายใต้ฐานข้อมูลเดียวกัน</li> <li>- ใช้ข้อมูลที่ถูกต้องลดความคลาดเคลื่อนและข้อผิดพลาด</li> </ul>
6. การฟื้นฟูระบบพลังชุมชนที่มีอยู่เดิมให้เข้มแข็งมากขึ้น	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มองเห็นคุณค่าและนัยสำคัญของพลังชุมชนที่มีอยู่</li> <li>- พัฒนาชุมชนผู้สูงอายุจากศักยภาพของพลังชุมชน</li> <li>- พิจารณาฟื้นฟูและใช้ประโยชน์พลังชุมชนแบบ “บวร”</li> </ul>

## อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

### 1. สภาพการณ์ปัจจุบันของระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษา

โดยสรุปสภาพการณ์ปัจจุบันของระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษา สำหรับอภิปรายผล ดังนี้

**1.1 การดำรงอยู่ที่เข้มแข็งของชุมชนบางกะจะ** เกิดจาก 3 ภาคส่วนหลัก ๆ กล่าวคือ สมาชิกชุมชน องค์กรท้องถิ่น และหน่วยงานภายนอกชุมชน โดยสมาชิกชุมชน มีพื้นฐานส่วนบุคคลที่รู้จักคุณค่าจิตวิญญาณของตนเอง จึงมีความต้องการในการพัฒนาตนเอง และมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน ซึ่งการที่สมาชิกชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนนั้น มีความสำคัญและมีความจำเป็นในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนได้อย่างแท้จริง นับเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาอย่างยั่งยืน (พจนาน อินทรมานนท์, มปป.)

ชุมชนจะเข้มแข็งได้ พลังของคนในชุมชนนับเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญอย่างยิ่ง การที่คนในชุมชนบางกะจะ รู้จักคุณค่าจิตวิญญาณของตนเอง มีความภาคภูมิใจในประวัติศาสตร์ของชุมชนที่เป็นแหล่งรวมพลกู่ชาติ ที่สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชได้ทรงใช้วัดพลับเป็นสถานที่รวบรวมไพร่พลอยู่นานถึง 111 วัน ซึ่งเป็นระยะเวลาส่วนใหญ่ที่ทรงกอบกู้เอกราชคืนมาอีกครั้ง หลายคนมีพระยศตรง ซึ่งสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชได้ทรงสร้างขึ้นในสมัย พ.ศ. 2310 เก็บไว้เคารพบูชาหรือคล้องคอ เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจด้วยศรัทธาและความเชื่อมั่นอันแรงกล้าช่วยก่อให้เกิดความรู้สึกเข้มแข็งทางด้านจิตวิญญาณได้ เมื่อจิตวิญญาณมีความเข้มแข็งจะเชื่อมโยงสัมพันธ์ไปถึงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ของคนนั้นได้ ด้วยคนมีความเป็นองค์กรร่วมที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้อย่างเด็ดขาดนั่นเอง

ทั้งนี้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนนั้น เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะ เป็นผู้รับผิดชอบหลักขององค์กรท้องถิ่น ร่วมกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ และเทศบาลตำบลบางกะจะ จึงมีการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เกิดเครือข่ายในการดูแลสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทั้งที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพโดยตรง อาทิ แพทย์ พยาบาล นักโภชนาบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด จากโรงพยาบาลพระปกเกล้า รวมกันเป็นทีมหมอครอบครัว ชมรมกระต่ายอาสา อาจารย์และนักศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี การสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดจันทบุรี และประชาชนในจังหวัดจันทบุรี สอดคล้องกับแนวทางการมีสุขภาพดี ที่ให้มี

การประสานงานระหว่างระบบการดูแลสุขภาพ และระบบบริการทางสังคม ป้องกันการเกิดโรค หรือความพิการที่มาจากกระบวนการวินิจฉัยโรคและรักษาโรค รวมทั้งมีการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และชุมชน (WHO. 2002)

การที่มีการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ ผู้สูงอายุในชุมชน ยังคงมีพลังในการร่วมกิจกรรมที่แสดงถึงความเข้มแข็งของชุมชนได้ สอดคล้อง กับงานวิจัยที่พบว่า การตรวจสุขภาพ การดูแลปรนนิบัติ เป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดภาวะวุฒิวย (Active Aging) ของผู้สูงอายุไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (สุกัจจ์ย์ แสงประจักษ์สกุล. 2557)

**1.2 ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่** ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับ ผู้สูงอายุในภาพรวมแต่ละประเด็นจากทั้งหมด 8 ประเด็น พบว่าประเด็นที่ตอบว่ามีลักษณะชุมชนที่ เป็นมิตรกับผู้สูงอายุมากที่สุด คือ การมีกิจกรรมสังคมและระบบที่สนับสนุนผู้สูงอายุ ร้อยละ 82.5 เนื่องจากชุมชนบางที่จะเป็นสังคมที่มีสัมพันธ์ภาพดีต่อกันให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ฟังพาอาศัย กัน ได้มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันทั้งภายในครอบครัวและภายในชุมชน โดยมีวัดถึง 3 แห่ง ได้แก่ วัดพลับ วัดสิงห์ และวัดโบสถ์พลอยแหวน มีศาลเจ้า 3 แห่ง ได้แก่ ศาลเจ้าหัวตลาด ศาลเจ้า ปากคลอง ศาลเจ้าเอียนเทียน รวมถึงมีงานประเพณีที่จัดเป็นประจำทุกปี ซึ่งมีคนนอกชุมชนมาร่วม ได้แก่ การตักบาตรเทโว ถือน้ำสวดมนต์ไหว้พระ และทำบุญทอดกฐิน จึงมีการทำกิจกรรมทางสังคมและ ทางศาสนาร่วมกันอยู่เสมอ โดยมีการรวมกลุ่มกันทั้งกลุ่มที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ ทีมหมอบรรเทา ชมรมกระต่ายอาสา และ กลุ่มในการทำกิจกรรมด้านอื่น ๆ ของชุมชน อาทิ กิจกรรมทางศาสนา กีฬาฟุตบอล วงดนตรี กลองยาวประจำโรงเรียนบางที่จะ ทำให้มีกิจกรรมร่วมกันทางสังคมของคนในชุมชนที่ต่างวัยกัน ประกอบกับการมีแกนนำในชุมชนที่มีความเข้มแข็ง มีความรู้ ความสามารถเป็นที่ยอมรับของคนใน ชุมชน ทำให้คนในชุมชน ยินดีให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้น

ลักษณะดังกล่าวเช่นนี้ สอดคล้องกับAFC/WHO ประเด็น การมีส่วนร่วมทาง สังคม (Social Participation) ซึ่งหมายถึงลักษณะของชุมชนที่ทำให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมทางสังคม และมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ (WHO. 2007)

ส่วนประเด็นที่ตอบว่ามีลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุน้อยที่สุด คือ การมี ระบบคมนาคมและยานพาหนะที่สนับสนุนผู้สูงอายุ ร้อยละ 25.0 เนื่องจากชุมชนบางที่จะไม่มีรถ ประจำทางต้องเดินทางโดยรถส่วนตัวหรือรถรับจ้าง ผู้สูงอายุบางคนอาศัยรถของเพื่อนบ้านเมื่อต้อง เดินทาง บางคนต้องรอรถรับส่งจากสามี หรือลูกหลานในการเดินทาง ทำให้ไม่สะดวกใน



การเดินทาง เมื่อชุมชนบางกะจะไม่มีระบบการให้บริการรถรับส่งเป็นประจำทั้งในกรณีการใช้ชีวิตประจำวันและกรณีฉุกเฉิน รวมทั้งไม่มีระบบการแจ้งเหตุกรณีฉุกเฉินที่ชัดเจนสำหรับคนในชุมชนและไม่มีบริการซ่อมการขนส่งกรณีฉุกเฉิน ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในประเด็นนี้จึงตอบว่าไม่มีจำนวนมากถึง 14 ลักษณะ ทำให้ไม่สอดคล้องกับ AFC/WHO ประเด็น การคมนาคมขนส่งและการสัญจร (Transporation) ซึ่งหมายถึง ลักษณะของการคมนาคมขนส่งและการสัญจรภายในชุมชนที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ (WHO. 2007)

**1.3 ประเด็นในการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่** จากผลการวิจัยเชิงปริมาณที่สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 240 คน ด้วยแบบสัมภาษณ์ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่ และผลการวิจัยเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ 33 คน ได้ผลที่สอดคล้องกันว่าในการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่ควรมีครบทั้ง 8 ประเด็น โดยแม้แต่ประเด็นที่มีลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุมากที่สุดคือ การมีกิจกรรมสังคมยังมีลักษณะย่อยเพิ่มเติม ได้แก่ แจ้งล่วงหน้าให้ทราบทุกครั้งเมื่อมีการจัดกิจกรรม และสำหรับประเด็นที่มีลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุน้อยที่สุดคือ การมีระบบคมนาคม มีลักษณะย่อยเพิ่มเติม ได้แก่ มีถนนอยู่ในสภาพดีที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ และมีรถฉุกเฉินประจำชุมชน

ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การสร้างเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในสังคมไทย ยังคงสอดคล้องและสามารถอาศัยกรอบแนวคิดของ WHO ได้ แต่จำเป็นต้องปรับปรุงในการปฏิบัติบางประการ อาทิ การสร้างการยอมรับนับถือ การปลูกฝังค่านิยมที่ยอมรับบทบาทผู้สูงอายุอย่างมีความหมายมากขึ้น ควรมีเวทีการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุในเมืองทุกชุมชน โดยเน้นการเข้าถึงได้ และการจัดกิจกรรมอย่างมีชีวิตชีวา (ดำรงศักดิ์ จันโททัย และคณะ. 2557)

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศที่พบว่า การพัฒนาตัวชี้วัดสำหรับการประเมินชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในแคนาดา ประเด็น AFC ทั้ง 8 ประเด็น ยังคงได้รับการเลือกว่ามีความสำคัญในการประเมินชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ แต่ไม่สอดคล้องในรายละเอียดของการเพิ่มเติมตัวชี้วัด ซึ่งเพิ่ม 4 ตัวชี้วัด ที่มีผลโดยตรงต่อสุขภาพและผลที่ได้รับทางสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่ ระดับของสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ระดับของความพึงพอใจในชีวิตทั่ว ๆ ไป ระดับของการรู้สึกโดดเดี่ยว และระดับความพึงพอใจกับสัมพันธ์ภาพทางสังคม (Orpana and et al. 2016) เป็นเพราะว่าผู้สูงอายุในชุมชนบางกะจะส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ร้อยละ 85.4 และคู่สมรสอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การมีสถานภาพสมรสและคู่สมรสอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน เป็นปัจจัยที่กำหนดภาวะวุฒิวย (Active Aging) ของผู้สูงอายุไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีความสัมพันธ์ทางบวก

กับภาวะวูฒิวัย (สุกจักษ์ แสงประจักษ์สกุล. 2557) รวมทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชน บางกะจะนาน 30 ปีขึ้นไป ร้อยละ 97.1 และมีมุมมองภาพรวม 1 ปีที่ผ่านมา รู้สึกว่าชีวิตมีความสุข ตามอัตรภาพ ร้อยละ 97.1 ดังนั้นจึงไม่มีความรู้สึกโดดเดี่ยว และมีความพอใจกับสัมพันธภาพ ทางสังคม ลักษณะเหล่านี้จึงไม่มีความคิดเห็นให้เพิ่มเติม

อย่างไรก็ตาม แม้ชุมชนบางกะจะ จะมีลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ในประเด็น การมีระบบคมนาคมและยานพาหนะที่สนับสนุนผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ คือ เพียง ร้อยละ 25 แสดงให้เห็นว่าคนในชุมชนมองว่ามีปัญหาแต่ยังพอจะสามารถจัดการตนเองได้ เนื่องจากเป็นชุมชนที่มีความเข้มแข็งและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมากแม้ไม่ใช่พี่น้องกันก็ยินดีให้ความช่วยเหลือกัน ซึ่งเป็นวัฒนธรรมที่ดีงามของชุมชนที่ควรรักษาให้มีอยู่สืบไป อีกทั้งคนในชุมชนยังให้ความสำคัญกับสุขภาพมาเป็นอันดับ 1 ดังนั้น ผลการจัดลำดับความสำคัญโครงการ พัฒนาชุมชนจากการระดมสมองในเวทีชุมชน โครงการพัฒนาปรับปรุงระบบสาธารณสุขให้มิตรกับผู้สูงอายุจึงถูกเลือกเป็นอันดับที่ 6 ส่วนโครงการที่เลือกเป็นอันดับ 1 - 3 คือ โครงการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยตรง ได้แก่ โครงการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ โครงการพัฒนาระบบการเยี่ยม บ้านอย่างมีสัมฤทธิ์ผล และ โครงการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้สูงอายุสุขภาพดี

อีกประเด็นที่น่าสนใจคือ ชุมชนบางกะจะ มีการพัฒนาลักษณะต่าง ๆ ที่ สอดคล้องกับ AFC/WHO ในระดับค่อนข้างดี พบว่าประเด็นที่ตอบว่ามีลักษณะชุมชนที่เป็นมิตร กับผู้สูงอายุระดับสูงสุด คือ การมีกิจกรรมสังคมและระบบที่สนับสนุนผู้สูงอายุ ร้อยละ 82.5 แต่โครงการสร้างสรรค์กิจกรรมใน โรงเรียนผู้สูงอายุถูกเลือกเป็นอันดับที่ 5 แสดงให้เห็นว่า แม้ว่าการมีกิจกรรมสังคมของชุมชนจะอยู่ในระดับสูงก็ตาม แต่คนในชุมชนยังเห็นความสำคัญและ ต้องการให้มีกิจกรรมสร้างสรรค์ในโรงเรียนผู้สูงอายุ เนื่องจากได้รับการอธิบายให้เข้าใจว่ากิจกรรม เหล่านี้ เป็นกิจกรรมที่ช่วยพัฒนาครบถ้วนขององค์รวมทางสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้คนในชุมชนมีความสุขที่ดีที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับความสนใจและใส่ใจ ในสุขภาพของคนในชุมชนที่มีเป็นทุนเดิมอยู่ก่อนแล้ว อันเป็นพื้นฐานสำคัญอีกประการหนึ่ง ที่ทำให้คนส่วนใหญ่รู้สึกมีความสุขแม้จะมีโรคประจำตัวก็ตาม อีกทั้งการที่ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วม ในกิจกรรมสังคมอย่างสม่ำเสมอ มีสัมพันธภาพที่ดีกับคนในชุมชนนั้น เป็นปัจจัยที่ทำให้อายุยืน อย่างมีสุขภาพดีได้สอดคล้องกับแนวคิดการสูงอายุอย่างมีคุณภาพ (Active Aging) ชุมชนเป็นมิตร กับผู้สูงอายุ (AFC) และผู้สูงอายุสุขภาพดี (Healthy Aging)

## 2. องค์ความรู้เชิงสหวิทยาการและสังเคราะห์ระบบการดูแลสุขภาพชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

องค์ความรู้เชิงสหวิทยาการในการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ สรุปประเด็นสำคัญสำหรับการอภิปรายผล ดังนี้

**2.1 มิติการพยาบาล (Nursing Aspect)** เน้นการป้องกันโรคมกกว่าการรักษาโรค (Prevention better than Cure) สิ่งสำคัญในการป้องกันโรค คือ การดูแลให้ครอบคลุมมิติสุขภาพองค์รวม และการดูแลที่บ้าน เป็นการดูแลที่เน้นให้ผู้สูงอายุได้อยู่ที่บ้าน โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนเพื่อสร้างชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง ด้านหนึ่งคือการมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การจัดปรับอาคาร สถานที่ และสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ มีโครงการบ้านนำอยู่สำหรับผู้สูงอายุ (วริยา จันทรักษา และคณะ. 2558.)

**2.2 มิติสังคม (Social Aspect)** ในการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุสิ่งสำคัญของมิติสังคม คือ การมีระบบครอบครัวและชุมชนที่เข้มแข็ง การส่งเสริมให้เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ โดยใช้หลัก “บวร” หรือระบบผสมผสานของ บ้าน วัด และโรงเรียน สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ฐานคิดเพื่อสร้างชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ ขององค์การบริหารส่วนตำบลท่างาม ประกอบด้วย 1) การสร้างการมีส่วนร่วม โดยร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผลประโยชน์ 2) การใช้วิกฤตให้เป็นโอกาส มีการสำรวจปัญหา ศึกษาปัญหาอย่างรอบด้าน เรียงลำดับความสำคัญของปัญหาที่ผู้สูงอายุต้องการ ค้นหาวิธีแก้ปัญหา จัดลำดับการแก้ปัญหาด้วยทุนในพื้นที่ก่อน สร้างกลุ่มจิตอาสาให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากเพื่อนบ้าน จัดกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกันและคิดแก้ปัญหาด้วยตนเอง และ 3) การจัดการตนเอง ให้ผู้สูงอายุมองว่าปัญหาของตนเองต้องจัดการด้วยตนเอง เห็นศักยภาพภายในและภายนอกพื้นที่ การประสานงานระดับเครือข่ายการดูแลกับหน่วยงานด้านสุขภาพ ทั้งนี้มีทุนคน ทุนโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพ และทุนเครือข่าย โดยใช้การบูรณาการร่วมกัน และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนเพื่อสร้างชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง ด้านหนึ่ง คือ กิจกรรมสร้างความตระหนักถึงความห่วงใยผู้สูงอายุ (วริยา จันทรักษา และคณะ. 2558)

**2.3 มิติเศรษฐศาสตร์ (Economic Aspect)** ในความสำเร็จของการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดผลประโยชน์ทั้งในส่วนที่ไม่ใช่ตัวเงิน (Non-monetary Benefit) และส่วนที่เป็นตัวเงิน (Monetary Benefit) แม้แต่ผู้สูงอายุอยู่บ้านไม่ได้ทำงานอะไร ก็ยังเป็นแหล่งของพลังแห่งการเคารพนับถือทำให้ลูกหลานรู้สึกอบอุ่นใจ มีพลังในการดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความหมายมากขึ้น ดังนั้น หากผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือป่วยเป็นโรค

ความดันโลหิตสูงแต่ควบคุมได้จะก่อให้เกิดผลประโยชน์ได้หลายประการ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการดูแลเป็นทีมของสหสาขาวิชาชีพ ในระยะเวลา 1 ปี ผลประโยชน์ที่ได้มีหลายประการ คือ การประหยัดค่าใช้จ่ายในการลงทุนทางสุขภาพ มีการเพิ่มผลผลิตจากการที่สามารถไปทำงานได้ตามปกติ เพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ ลดอัตราการตายจากโรคความดันโลหิตสูง และเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งในเชิงปริมาณ และคุณภาพของผู้ป่วย (Jacob et.al. 2015)

ระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุ กรณีศึกษาชุมชนบางกะจะ พบว่า 3 หุ้นส่วนการพัฒนาที่สำคัญ ได้แก่ สมาชิกชุมชน องค์กรท้องถิ่น และหน่วยงานภายนอกชุมชน จะแสดงบทบาทหน้าที่แตกต่างกันในการสนับสนุนชุมชน เพราะการที่บุคคลจะสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านบุคคล ครอบครัว และสังคมแวดล้อม (WHO, 2002) โดยที่องค์กรท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักภายในชุมชนที่รับผิดชอบในการดูแลสมาชิกในชุมชน การมีฐานข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุในตำบล เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดกลุ่มผู้สูงอายุตามภาวะสุขภาพ จึงเป็นสิ่งจำเป็น

ผลการศึกษา สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง ใช้ระบบฐานข้อมูลตำบลบูรณาการทุนและศักยภาพทางสังคม ภายในและภายนอกพื้นที่ (วริยา จันทร์ขำ และคณะ. 2558) และยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุมีความหลากหลาย จึงจำเป็นต้องมีข้อมูลของผู้สูงอายุเพื่อจัดการทางเลือกที่เป็นไปได้ และใช้ประโยชน์ได้เต็มที่ การเข้าถึงผู้สูงอายุเพื่อให้มีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผน และการตัดสินใจ จึงเป็นพื้นฐานสำคัญในการวิจัยแบบมีส่วนร่วม โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ตามแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Holly et al. 2020)

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุยังคงมีความต้องการที่จะรักษาความเชื่อมโยงทางสังคมกับชุมชนของตนเอง จึงควรมีผู้สนับสนุนในการเสริมแรง และภาครัฐต้องมีนโยบายสำหรับองค์กรที่ไม่หวังผลกำไร กรณีผู้สูงอายุที่อายุ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งมีรายได้จำกัด (Emlet and Mocerri. 2012) ทั้งนี้การมีกิจกรรมเชื่อมโยงกับสังคมนั้น นับได้ว่าเป็นการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมทางสังคม สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมทางสังคมไม่เพียงแต่เป็นกุญแจสำคัญในการทำให้ผู้สูงอายุมีความจำดีขึ้นเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อคุณภาพชีวิตอีกด้วย (Leon and et al. 2015)



### 3. แนวทางขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพชุมชน จากบริบทขององค์กรภาคชุมชนและภาครัฐที่เกี่ยวข้อง

แนวทางการขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุนี้ ควรมีปฏิสัมพันธ์จาก 3 ภาคส่วน ซึ่งเป็นความสัมพันธ์แบบ 2 ทาง (2 Way Interaction) คือ มีการเชื่อมโยง ติดตามและแจ้งผลย้อนกลับเพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขกันได้อย่างสม่ำเสมอ โดยมีลักษณะการเชื่อมโยงระหว่างสมาชิกชุมชนกับองค์กรท้องถิ่น โดยสมาชิกในชุมชนเป็นทั้งต้นเหตุและปลายทางเหตุเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพ มีการจัดเวทีระดมความคิดเห็น เวทีกิจกรรมกลุ่ม การเชื่อมโยงระหว่างองค์กรท้องถิ่นกับหน่วยงานภายนอก โดยองค์กรท้องถิ่นนำเสนอโครงการที่เป็นความต้องการของสมาชิกชุมชนต่อตัวแทนหน่วยงานภายนอกชุมชนเพื่อรับการสนับสนุนงบประมาณหรือทรัพยากรอื่น ๆ ในการดำเนินงาน และการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานภายนอกชุมชนกับสมาชิกชุมชน โดยหน่วยงานภายนอกชุมชน โดยเฉพาะหน่วยงานกลางของจังหวัดจะได้ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนอย่างเหมาะสมในรูปกิจกรรม หรือโครงการต่าง ๆ ทั้งนี้สมาชิกชุมชนต้องมีส่วนร่วม ในการปรับปรุงบริการสาธารณสุขเข้าสู่ระบบการป้องกันรักษา ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ การวิจัยแบบมีส่วนร่วม การสื่อสาร รวมทั้งให้ความร่วมมือกับหน่วยงานราชการภายนอก ที่เข้ามามีส่วนร่วมขับเคลื่อนโครงการต่าง ๆ ภายในชุมชน

ผลการศึกษาเช่นนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับการจัดทำโครงการ และกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งมีหน่วยงานที่เป็นพี่เลี้ยง ให้คำปรึกษา คำแนะนำ ร่วมคิด ร่วมแก้ไขปัญหา จะทำให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ รวมทั้งข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ใช้ข้อมูลผู้สูงอายุในการวางแผนเสนอโครงการและกิจกรรม ที่มีความสอดคล้องและตรงกับปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งย่อมนำไปสู่การยกระดับและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง (ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์. 2557)

การจัดเวทีระดมความคิดเห็น เวทีกิจกรรมกลุ่ม ในชุมชนที่มีขนาดกลางและเล็ก จึงควรดำเนินการให้มีขึ้น เพราะงานวิจัยพบว่าในการบริหารจัดการเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในสังคมไทยเมืองที่มีขนาดกลางและเล็ก มีความโดดเด่นด้านการสร้างเวทีทางสังคมให้ผู้สูงอายุ (ดำรงศักดิ์ จันโททัย และคณะ. 2557) โดยการสร้างการมีส่วนร่วม ผ่านเวทีประชาคม และนำข้อมูลมาใช้ในการตัดสินใจดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมแบบมีส่วนร่วม ให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกัน และคิดแก้ปัญหาด้วยตนเอง เป็นฐานคิดหนึ่งเพื่อสร้างชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (วริยา จันทรขำ และคณะ. 2558) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า



เป็นการสร้างความเข้มของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อช่วยในการขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ให้บรรลุผลสัมฤทธิ์ได้ ดังนั้น ความเชื่อมโยงทางสังคมจึงมีความสำคัญในการสร้างชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เพราะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนระหว่างกันทางสังคมและมีปฏิสัมพันธ์ที่มีความหมายต่อกัน (Holly et al. 2020)

#### 4. การประเมินผลก่อนการดำเนินการของโครงการด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่มีนัยสำคัญในชุมชนกรณีศึกษา

การประเมินผลก่อนการดำเนินการของโครงการด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่มีนัยสำคัญในชุมชนกรณีศึกษา ตั้งอยู่บนข้อสมมุติว่าการลงทุน (C) ในโครงการต่าง ๆ ที่ชุมชนลงมติให้ความสำคัญนั้น จะก่อให้เกิดผลประโยชน์ (B) คือ ผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ (Health outcome) ของผู้สูงอายุและสมาชิกอื่น ๆ ในชุมชน ในรูปค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ลดลง (Decreased Health Cost) อันเป็นผลให้การวิเคราะห์ความคุ้มค่าของโครงการมีความเป็นไปได้คือ อัตราส่วน B/C มีค่ามากกว่า 1.00 ในหลายกรณี โดยเฉพาะเมื่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ลดลงมากกว่า ร้อยละ 25 และเมื่อกำหนดอายุโครงการให้นานกว่า 5 ปี เพราะการดำเนินโครงการต่าง ๆ จะก่อให้เกิดผลผลิตในรูปการสร้างปัจจัยทางกายภาพและการเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ จึงจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนทัศนคติ พฤติกรรม และวิถีชีวิตจริง จึงจะก่อให้เกิดประโยชน์เป็นผลลัพธ์ตามมาในหลายประการ

ผลการศึกษาเช่นนี้ มีความสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ในกรอบระยะเวลา 10 ปี นโยบายคลินิกหมอครอบครัวน่าจะมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ อัตราส่วนเงินลงทุนต่อประโยชน์ที่ได้เท่ากับ 1 ต่อ 4.55 โดยก่อให้เกิดผลประโยชน์ต่าง ๆ อาทิ การลดต้นทุนในการให้บริการผู้ป่วย ประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาจากการลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเรื้อรัง ลดจำนวนผู้เสียชีวิตก่อนวัยควร (สุรสิทธิ์ สัจจิตร์อำนวย และคณะ. 2560) และสอดคล้องกับผลงานวิจัยในต่างประเทศ ที่มีทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จากการศึกษา 31 เรื่อง ระหว่าง ค.ศ. 1980 - 2012 สรุปได้ว่าการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย โดยการดูแลของทีมสหสาขาวิชา มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ก่อให้เกิดประโยชน์หลายประการเช่นกัน ทั้งในการลดความดันโลหิต เพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ ลดอัตราการตายจากโรคนี้ และเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพของผู้ป่วย (Jacob et.al. 2015)

## ข้อเสนอแนะ

จากนัยสำคัญของการวิเคราะห์ประเด็นต่าง ๆ ตามกรอบวัตถุประสงค์ของการศึกษาที่ตั้งไว้ การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จึงจะนำผลการศึกษาซึ่งเป็นเสมือนองค์ความรู้ใหม่ที่ค้นพบจากกรณีศึกษาไปใช้ประโยชน์ในขอบเขตที่กว้างขวางมากขึ้น จากการเสนอแนะนโยบายเพื่อพัฒนาสังคมผู้สูงอายุในภาพรวมของประเทศ และในภาพย่อยของชุมชนกรณีศึกษา โดยจัดแบ่งออกเป็นกรอบข้อเสนอแนะในระยะสั้น (ดำเนินงานได้ทันทีหรือภายใน 1 ปี) และระยะยาว (ดำเนินงานให้เกิดผลภายในเวลา 1 - 5 ปี) อีกด้วย รวมทั้งเสนอแนะประเด็นต่าง ๆ ในทางวิชาการเพื่อการศึกษาวิจัยต่อไป ภายใต้กรอบความคิดโดยสังเขป 1) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการพัฒนา 2) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในกรณีศึกษา และ 3) ข้อเสนอแนะเพื่อศึกษาวิจัยต่อไป

อนึ่ง เนื่องจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นงานวิชาการในหลายสาขาที่ผสมผสานเข้าด้วยกัน คุณลักษณะของข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในประเด็นการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในชุมชนนั้น จึงประกอบไปด้วยบริบทที่ต้องทำความเข้าใจให้ตรงกันในเบื้องต้นเสียก่อน กล่าวคือ

1) เป็นข้อเสนอแนะที่พิจารณาในเชิงสหวิทยาการ (Interdisciplinary Approach) เป็นการนำเสนอเนื้อหาสาระ และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจในวิชาการด้านต่าง ๆ มาผสมผสานกัน ซึ่งเน้นหนักในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ด้านการพยาบาล สังคมวิทยา และเศรษฐศาสตร์

2) เป็นข้อเสนอแนะที่คาดหวังผลในเชิงระบบ (System Approach) โดยคาดหวังว่าการดำเนินการใด ๆ จากข้อเสนอแนะอาจจะก่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ใน 3 ระดับ คือ ผลผลิตในระยะสั้น ผลลัพธ์ในระยะปานกลาง และผลกระทบในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของการเสริมสร้างสุขภาพที่ดีคือ จะต้องเป็นสุขภาพที่แข็งแรงและยั่งยืน

3) เป็นข้อเสนอแนะเพื่อสร้างผลประโยชน์ในเชิงมูลค่าที่แท้จริง (Real Value Approach) ซึ่งมูลค่าที่แท้จริงจากการมีสุขภาพที่ดีในสังคมผู้สูงอายุนั้น อาจจะมาจากผลประโยชน์ที่เป็นมูลค่ารายได้ตัวเงิน หรือมูลค่าต้นทุนด้านสุขภาพของบุคคลหรืองบประมาณของภาครัฐที่ประหยัดได้ รวมทั้งเกิดเป็นคุณค่าและศักยภาพของผู้สูงอายุที่มีคุณประโยชน์ต่อชุมชนก็ได้

โดยมีรายละเอียดข้อเสนอแนะตามกรอบแนวคิดที่กล่าวมาข้างต้นดังนี้

## 1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการพัฒนา (Suggestion for Development Policies)

เป็นนโยบายที่เสนอขึ้นมาเพื่อสนับสนุนแนวทางการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในภาพรวมของประเทศไทย ให้สามารถขับเคลื่อนต่อไปทางปฏิบัติอย่างมีความก้าวหน้าตามลำดับ จนบรรลุจุดหมายสุดท้ายคือ ชุมชนต่าง ๆ มีศักยภาพในการพึ่งพาตนเอง รวมทั้งประสานเชื่อมโยงกับภาคส่วนต่าง ๆ ในการดูแลคุณภาพชีวิตของสังคมผู้สูงอายุได้อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ที่ใช้กรณีศึกษาเป็นฐานวิเคราะห์ข้อมูล ถือได้ว่าเป็นการศึกษาในระดับจุลภาค (Micro Level) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่เกิดขึ้นสามารถสะท้อนให้เห็นประเด็นในระดับมหภาค (Macro Level) ได้อย่างมากมาย โดยเฉพาะการเชื่อมโยงไปยังการสร้างนโยบายเสนอแนะทั้งในกรอบทางทฤษฎีและทางปฏิบัติ เพื่อมุ่งสู่จุดหมายคือ การพัฒนาสังคมผู้สูงอายุในประเทศไทยให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมและมีคุณภาพ จึงมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนา ดังต่อไปนี้

### 1.1 การสร้างความรู้และความเข้าใจในคุณค่าชีวิตของผู้สูงอายุ

จากการรวบรวมข้อมูลในหลายลักษณะทั้งจากเวทีระดมความคิดของสมาชิกชุมชนในพื้นที่ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในกลุ่มผู้สูงอายุ และการสัมภาษณ์แนวคิดของผู้เชี่ยวชาญล้วนสรุปตรงกันอย่างชัดเจนในประเด็นหนึ่งว่า การที่ผู้สูงอายุได้รับการยกย่อง เคารพนับถือ และยอมรับในคุณค่าที่มีอยู่จากสมาชิกในชุมชน เป็นประเด็นที่จะมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อจิตใจ ความรู้สึกนึกคิด และการมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

**ระยะสั้น** การจัดกิจกรรมและสอดแทรกความรู้ความเข้าใจในคุณค่าของผู้สูงอายุในการพูดคุยตามเวทีของชุมชน การศึกษาในโรงเรียน และการแสดงแง่คิดของหลักธรรมในวัดหรือสถานที่ทางศาสนา เพื่อให้คนทุกช่วงวัยมีความเข้าใจตรงกันในเรื่อง วงจรของชีวิต และช่วงวัยสูงอายุที่ทุกคนจะต้องเป็นเช่นนี้เหมือนกันแทบทุกคน

**ระยะยาว** โครงการฟื้นฟูระบบวัฒนธรรมประเพณีในสังคมไทยที่ให้ความเคารพผู้สูงอายุให้กลับมา โดยคงสาระหลักแห่งการให้คุณค่าของผู้สูงอายุเอาไว้ แต่ประยุกต์รูปแบบและวิธีการให้ทันสมัยเหมาะสมในทางปฏิบัติ และเข้ากับทัศนคติของสมาชิกคนรุ่นใหม่ในชุมชน รวมทั้งเป็นการเชื่อมรอยต่อจากช่องว่างของคนต่างวัย (Generation Gap) ที่กำลังเป็นแนวโน้มมาเป็นห่วงในแทบทุกชุมชนของไทย

ในปฏิทินกิจกรรมในรอบปีขององค์กรท้องถิ่น อาทิ องค์กรบริหารส่วนตำบล เทศบาลตำบล คณะกรรมการหมู่บ้าน วัด โรงเรียน และโรงพยาบาลประจำชุมชน จึงควรปรากฏกิจกรรมที่เชื่อมโยงสู่ นโยบายเช่นนี้ไว้ด้วยอย่างชัดเจน

## 1.2 การเผยแพร่องค์ความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพที่ดีและเป็นไปได้แก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน

แนวคิดเรื่อง การสร้างภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพสุขภาพที่ดีของผู้สูงวัย ถูกจัดเป็นประเด็นสำคัญที่สุดจากเวทีชุมชน ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุต่างเข้าใจตรงกันกับแนวคิดของผู้เชี่ยวชาญว่า สุขภาพเป็นเรื่องสำคัญและการใช้แนวทาง “การป้องกันนั้นสำคัญกว่าการรักษา (Protection is better than cure)” ดังนั้น การส่งเสริมเผยแพร่องค์ความรู้ที่ถูกต้องและแนวทางปฏิบัติ ที่ทำได้จริง ภายใต้งานใจจริงของผู้สูงอายุและภูมิสังคมของแต่ละชุมชน ในการเฝ้าระวังสุขภาพ ให้แข็งแรง ทั้งจากตนเอง จากสมาชิกครอบครัว และจากการประสานภาคส่วนต่าง ๆ ภายในและ ภายนอกชุมชน นับได้ว่า เป็นสิ่งที่จำเป็น จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

**ระยะสั้น** การสร้างกิจกรรมต่าง ๆ ที่เสริมด้วยองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพแก่ กลุ่มผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ จากการพัฒนารูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุหรือชมรมผู้สูงอายุ ให้มี การดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยสอดแทรกองค์ความรู้ที่ปฏิบัติได้จริง มีความทันสมัย และอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะ ๆ ให้แก่ผู้สูงอายุในการดูแลตนเองและครอบครัว

**ระยะยาว** โครงการประสานงาน ติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ในการ ทำงานแบบบูรณาการเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้และการปฏิบัติจริงของกลุ่มผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้สูงอายุ องค์กรต่าง ๆ ในชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด โดยมีการส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุให้เข้มแข็งเป็นศูนย์กลางความคิด จากการสนับสนุนด้านทรัพยากร องค์ความรู้ บุคลากร และวิทยาการของภาคส่วนต่าง ๆ ของชุมชนและของจังหวัด โดยเน้นการประเมินผล ความสำเร็จเพื่อพัฒนาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นในแต่ละปี

## 1.3 การใช้คุณค่าและศักยภาพของกลุ่มผู้สูงอายุให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ชุมชน

สถานะแห่งการเป็นผู้สูงอายุ มิได้มีนัยสำคัญแค่การเป็นผู้มีจำนวนอายุมากขึ้น เท่านั้น หากแต่ในสังคมไทย ผู้สูงอายุเป็นเสมือนศูนย์กลางแห่งอำนาจละมุน (Soft Power) ที่มี บทบาทอย่างสำคัญในการช่วยขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาชุมชนให้อยู่ในแนวทางที่มี ความสามัคคี เอื้ออาทร เคารพเชื่อฟังต่อกัน และเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ รวมทั้งช่วยชี้นำชุมชนให้ พัฒนาเข้าสู่แนวทางที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี จากการใช้คุณค่าและศักยภาพของวัยวุฒิที่ มีในตัวผู้สูงอายุ การสั่งสมประสบการณ์ที่เปี่ยมล้น และการได้รับการยอมรับที่ยาวนานจากสมาชิก ชุมชน ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุจะเป็นพลังขับเคลื่อนชุมชนที่มีศักยภาพและสร้างคุณประโยชน์ให้แก่ สังคมไทย จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

ระยะสั้น สร้างโอกาสและกิจกรรมให้แก่กลุ่มผู้สูงอายุที่จะถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์ให้เป็นประโยชน์ ไม่ว่าจะเป็นในด้านการใช้ชีวิต การประกอบอาชีพ การแก้ไข ปัญหาครอบครัว และเป็นທີ່ปรึกษาการพัฒนาชุมชน อาทิ จากแกนนำผู้สูงอายุในชุมชน อดีตกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ครูอาจารย์ พระ และปราชญ์ชาวบ้าน เป็นต้น

เนื่องจากภาวะของการเป็นผู้สูงอายุที่อาจมีข้อจำกัดทางกายภาพ บทบาทในฐานะที่ปรึกษา วิทยากรชุมชน และคลังสมองของชุมชน จึงอาจมีความเหมาะสมในการสร้าง ประโยชน์แก่ชุมชนมากกว่าในบทบาทหน้าที่อื่น ๆ

ระยะยาว โครงการจัดทำและใช้ประโยชน์ฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน (Big Data Base) เพื่อรวบรวมข้อมูลที่ทันสมัยและครอบคลุมทั้งในแง่ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ที่ผ่านมา ของผู้สูงอายुरายบุคคลให้สมบูรณ์และ อย่างต่อเนื่อง เพื่อวางแผนการดึงศักยภาพในด้านต่าง ๆ ของกลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้ ออกมาใช้ ประโยชน์ที่เหมาะสมแก่การพัฒนาชุมชนของตนเอง ไม่ให้เกิดการสูญเปล่าจากศักยภาพของกลุ่ม ผู้สูงอายุที่มีพร้อมอยู่แล้วในชุมชน

#### 1.4 การจัดการสภาพแวดล้อมระดับครัวเรือนที่เหมาะสมต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของ ผู้สูงอายุ

จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และการระดมความคิดของสมาชิกชุมชนพบ ตรงกันว่า ปัญหาสุขภาพมิใช่เกิดจากปัจจัยด้านร่างกายแต่เพียงลำพัง หากแต่ยังเชื่อมโยงไปยังปัจจัย ด้านความมั่นคงด้านจิตใจ ปัจจัยสภาพทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมของครัวเรือน และระบบต่าง ๆ ที่มีอยู่ในชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่อีกด้วย การพัฒนาปัจจัยสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ จึงนับว่าจะมีผลเอื้ออำนวยต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเช่นกัน จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

ระยะสั้น การรณรงค์ให้มีกิจกรรมเกี่ยวกับการจัดการสภาพแวดล้อมในครัวเรือน ผู้สูงอายุที่สะอาด เป็นระเบียบ และมีความปลอดภัยจากมลพิษ น้ำเสีย และขยะ นับเป็นสิ่งที่พึงจะ กระทำได้ในทันที โดยสมาชิกครัวเรือนที่มีอยู่ หรือจากการช่วยเหลือของสมาชิกชุมชน ในกรณี ที่ไม่มีสมาชิกครัวเรือนผู้สูงอายุโดยตรง เพราะการมีสภาพแวดล้อมที่ดีนอกจากจะช่วยลดอุบัติเหตุ และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุแล้ว ยังก่อให้เกิดสุขภาพจิตที่ดีแก่ทุกคนในชุมชนอีกด้วย

ทั้งนี้ เป็นความสอดคล้องกับความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิที่ระบุชัดเจนว่า สถานที่ตั้งเพื่อการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ดีที่สุดคือ บ้านของผู้สูงอายุ นั่นเอง



ระยะยาว โครงการติดตามและประเมินผลการจัดการสภาพแวดล้อมครัวเรือนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุภายในชุมชน โดยดำเนินงานร่วมกันขององค์กรชุมชนและหน่วยงานในระดับจังหวัด เพื่อจัดระดับของคุณภาพของกลุ่มครัวเรือนผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน เพื่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการวางแผนพัฒนาระดับชุมชน รวมทั้งมีการคัดเลือกครัวเรือนผู้สูงอายุที่มีการพัฒนาดีขึ้นอย่างชัดเจนประจำปี ให้เป็นต้นแบบในชุมชน โดยเน้นถึงการสร้างวิถีชีวิตของครัวเรือนผู้สูงอายุบนทางสายกลาง เป็นการประยุกต์ใช้หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงได้อย่างเป็นรูปธรรม อีกด้วย

การยกย่องเชิดชู ประชาสัมพันธ์ และสร้างมาตรการแรงจูงใจให้แก่ครัวเรือนที่มีสภาพแวดล้อมที่ดีต่อผู้สูงอายุนี้ สามารถจะดำเนินการแบบมีส่วนร่วมจากองค์กรภายในท้องถิ่น ตลอดจนหน่วยงานต่าง ๆ ของภาครัฐ และภาคเอกชนที่มีอยู่ภายในระดับจังหวัดอีกด้วย

### 1.5 การพัฒนาระบบสาธารณสุขปโภคระดับชุมชนที่เอื้ออำนวยต่อการใช้ชีวิตของสังคมผู้สูงอายุ

จะกล่าวไปแล้ว ระบบปัจจัยสาธารณสุขปโภคต่าง ๆ ในชุมชนส่วนใหญ่ของประเทศไทย นับได้ว่า มีความเหมาะสมต่อการใช้ชีวิตโดยปกติของประชากรโดยทั่วไปอยู่แล้ว หากแต่เมื่อพิจารณาถึงคุณภาพการใช้ชีวิตของกลุ่มประชากรที่เป็นผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่าปัจจัยสาธารณสุขปโภคต่าง ๆ นั้นเริ่มอยู่ในระดับที่ขาดแคลน ไม่เพียงพอ ไม่มีประสิทธิภาพ หรือไม่มี ความเหมาะสม อาทิ เส้นทางคมนาคม ระบบทางเดินเท้า ตลาดอาหารสุขภาพ พื้นที่สาธารณะเพื่อการพักผ่อน ห้องน้ำสาธารณะ รวมไปถึงระบบรักษาความปลอดภัย การดูแลในภาวะฉุกเฉินและอุบัติเหตุ เป็นต้น ซึ่งเป็นประเด็นที่สมาชิกชุมชนในกรณีศึกษาและชุมชน โดยทั่วไปต่างให้ความสำคัญเป็นลำดับสูง จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

ระยะสั้น จัดกิจกรรมรณรงค์ปรับปรุงซ่อมแซมระบบสาธารณสุขปโภคต่าง ๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบัน ให้อยู่ในสภาพใช้การได้ดีตามศักยภาพที่ควรจะมี อาทิ ถนนชำรุด ถนนขาด ระบบเสียงกระจายข่าวไม่ทั่วถึง ไฟฟ้าไม่สว่างพอ น้ำสะอาดขาดแคลน ห้องน้ำชำรุดและไม่มีอุปกรณ์สร้างความปลอดภัย เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อคำนึงถึงเป็นพิเศษจากมิติของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน มีครัวเรือนตั้งอยู่พื้นที่ห่างไกลเส้นทางหลัก ไม่มียานพาหนะ และไม่มีสมาชิกครัวเรือนคอยดูแลเท่าที่ควร ระบบสาธารณสุขปโภคที่ดีจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

ระยะยาว โครงการพัฒนาระบบสาธารณสุขปโภคในพื้นที่ชุมชนขององค์กรท้องถิ่นที่เหมาะสมในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จึงเป็น โครงการทั้งระยะสั้นและระยะยาวที่ควรได้รับการบรรจุลงในแผนพัฒนาของทุกชุมชนในประเทศ ซึ่งล้วนกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมากขึ้นทุกขณะ โดยมีส่วนร่วมผลักดันจากการระดมความคิดและจัดลำดับความสำคัญของปัจจัยด้านต่าง ๆ จากความเห็นของสมาชิกชุมชนอย่างโปร่งใส ชัดเจน และตรวจสอบได้ เพื่อให้กลุ่มผู้สูงอายุได้รับการจัดสรรทรัพยากรจากองค์กรท้องถิ่นอย่างต่อเนื่องโดยไม่ถูกหลงลืมไปเสีย

แม้ว่า การลงทุนในโครงการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเช่นนี้ จะไม่ก่อให้เกิดรายได้โดยตรงต่อท้องถิ่นก็ตาม โดยเฉพาะการลงทุนในโครงการย่อยที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ อาทิ การสร้างแผนที่ระบุที่ตั้งครัวเรือนและข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย ระบบไฟฟ้าส่องสว่างอัตโนมัติในเส้นทางรองที่อยู่ห่างไกล ระบบแผงกดปุ่มเตือนภัยจากครัวเรือนผู้สูงอายุที่ติดต่อกันได้ยาก หรือการสร้างระบบกดปุ่มเตือนภัยตามจุดนัดพบสาธารณะ เป็นต้น ล้วนเป็นการลงทุนที่อาจไม่เกิดรายได้ (Income Generating) โดยตรงแก่ท้องถิ่น หากแต่จะนำไปสู่การป้องกันและประหยัดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health Cost Saving) ที่จะเกิดขึ้นตามมาอย่างแน่นอน จากการที่กลุ่มผู้สูงอายุและสมาชิกชุมชนล้วนมีความปลอดภัยและสุขภาพที่ดีทั่วหน้า

#### 1.6 การสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งในการดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

ระบบการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนของประเทศไทย มักจะได้รับการยกย่องมากมายจนถึงในระดับโลกว่า เป็นระบบที่มีประสิทธิภาพดีเด่นและเป็นแนวทางที่ช่วยแก้ไขปัญหาด้านการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึงเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม ความจริงก็คือ ชุมชนของประเทศไทยยังสามารถจะพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้นได้จากปัจจุบันได้อีก หากมีการสร้างเครือข่ายและระบบการบริหารจัดการที่เข้มแข็งของภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีเป้าหมายคุณภาพชีวิตของสมาชิกทุกคนในชุมชนเป็นศูนย์กลาง จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

ระยะสั้น มีกิจกรรมการติดตามความสม่ำเสมอและควมมีประสิทธิภาพของระบบโครงการเยี่ยมบ้านที่มีอยู่ของหน่วยงานต่าง ๆ อาทิ โครงการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขสุขหมู่บ้าน (อสม.) โครงการเยี่ยมบ้านของสหสาขาวิชาชีพ หรือโครงการประชาสัมพันธ์เชิงรุกของโรงพยาบาลประจำชุมชน นับว่าจะเป็นการสร้างฐานข้อมูลที่สำคัญ ครอบคลุม และข้อเท็จจริงต่าง ๆ ที่ทันสมัย ตลอดจนแนวทางในการแก้ไขปรับปรุงระบบการทำงานให้ดียิ่งขึ้น

ระยะยาว โครงการพัฒนาระบบการบริหารจัดการในการดูแลสุขภาพชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นความเชื่อมโยงของภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นเครือข่าย (Network) ตั้งแต่ปัจเจกชนผู้สูงอายุ ครีวเรือน ชุมชน เครือข่ายจิตอาสา องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น (อบต. และเทศบาล) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลประจำอำเภอ และโรงพยาบาลประจำจังหวัด รวมทั้งมีความร่วมมือจากหน่วยงานรัฐอื่น ๆ ที่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้ อาทิ หน่วยงานด้านพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หน่วยงานด้านพัฒนาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และมหาวิทยาลัยราชภัฏประจำจังหวัด เป็นต้น ซึ่งภาคส่วนทั้งหมดนี้ สามารถจะนำมาเชื่อมโยงกันได้อย่างดี หากมีการออกแบบในระบบเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้ การทำงานของเครือข่ายจะเน้นไปที่การประเมินผลในเชิงระบบอย่างครบถ้วน คือ ประเมินผลผลิต (Output) ผลลัพธ์ (Outcome) และผลกระทบ (Impact) ที่เกิดขึ้นจากการทำงานของเครือข่ายภายในโครงการนี้ เพราะคุณภาพชีวิตของสังคมผู้สูงอายุไม่ใช่เกิดจากการดำเนินงานสร้างข้อมูลระดับผลผลิต อาทิ จำนวนคน จำนวนครั้ง หรือจำนวนวัน ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานเท่านั้น แต่จะต้องเชื่อมโยงไปยังข้อมูลระดับผลลัพธ์และผลกระทบในระยะยาว คือ การมีสุขภาพที่ดีอย่างมั่นคง รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตของครอบครัวและชุมชนที่ดี ซึ่งเป็นจุดมุ่งหมาย (Goal) ที่แท้จริงของการพัฒนา อีกด้วย

### 1.7 การสร้างความเข้าใจในมิติความคุ้มค่าจากการลงทุนพัฒนาระบบดูแลสุขภาพสังคมผู้สูงอายุ

การลงทุนในโครงการสร้างระบบต่าง ๆ เพื่อดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของสังคมผู้สูงอายุ นับเป็นความท้าทายต่อความรู้และความเข้าใจของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการพิจารณาตัดสินใจ เพราะผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการลงทุนอาจจะไม่เป็นมูลค่าที่สามารถมองเห็นได้ง่ายและอย่างชัดเจนในระยะสั้น หรือโดยเฉพาะอย่างยิ่งไม่เป็นในรูปรายได้ที่เป็นตัวเงินจะได้นำมาเปรียบเทียบกับมูลค่างบประมาณหรือต้นทุนที่เสียไปได้ในกระบวนการตัดสินใจความคุ้มค่าโดยทั่วไป หากแต่ต้องการวิสัยทัศน์ (Vision) ที่มองเห็นภาพในอนาคตร่วมกัน จากการลงทุนในโครงการพัฒนาด้านต่าง ๆ แก่สังคมผู้สูงอายุว่า เป็นการลงทุนที่คุ้มค่าอย่างไรในระยะยาว ดังที่สอดคล้องกับหลักการทรงงานของพระบาทสมเด็จพระมหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ซึ่งได้พระราชทานไว้ข้อหนึ่งว่า “ขาดทุนคือ กำไร” จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

ระยะสั้น จัดกิจกรรมในรูปแบบที่พบปะพูดคุยเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในแนวคิดเรื่อง มูลค่าผลประโยชน์ที่แท้จริงจากการลงทุนพัฒนาคุณภาพชีวิตให้แก่สังคมผู้สูงอายุ โดยกลุ่มเป้าหมายหลักหรือภาคส่วนที่ต้องมีความเข้าใจในประเด็นนี้คือ ผู้บริหารขององค์กรท้องถิ่น ผู้นำชุมชน กลุ่มผู้สูงอายุ เชื่อมโยงไปยังผู้บริหารของหน่วยงานต่าง ๆ ในระดับจังหวัด ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาบริบทต่าง ๆ ในชุมชน ที่ควรจะต้องมีความเข้าใจให้ตรงกันเช่นเดียวกัน

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มติความเข้าใจในเรื่อง ผลประโยชน์จากการลงทุนเพื่อสังคมผู้สูงอายุนี้ ควรได้รับการขยายความให้ชัดเจนว่าเป็นการลงทุนเพื่อเตรียมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งแท้จริงแล้วมิใช่เป็นการลงทุนแก่กลุ่มผู้สูงอายุเท่านั้น หากเป็นการลงทุนแก่สมาชิกชุมชนทุกคนทุกช่วงวัยที่จะได้ผลประโยชน์จากการลงทุนเช่นนี้ในระยะเวลาไม่ช้าก็เร็วที่จะมาถึง

ระยะยาว โครงการประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการประจำปีในประเด็นเรื่อง คุณูปการของผู้สูงอายุที่มีต่อชุมชนไทย โดยผสมผสานมุมมองทางวิชาการต่อกลุ่มผู้สูงอายุ มุมมองของหน่วยงานภาครัฐ ในการจัดสรรงบประมาณ การจัดทำฐานข้อมูล เพื่อสนับสนุนความคุ้มค่าในโครงการลงทุน ตัวอย่างผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจริงจากผู้สูงอายุ และการสร้างแรงบันดาลใจจากการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และประสบการณ์กับกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีการกำหนดแผนดำเนินงานประจำปีและการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา อีกด้วย

นอกจากนี้ ในวาระการประชุมประจำปี อาจมีการระดมความคิดในการจัดตั้ง “ธนาคารแห่งความดี” ของชุมชน จากการสร้างระบบข้อมูลแสดงการสร้างและสะสมความดี เพื่อพิจารณารางวัลหรือผลตอบแทนความดีเหล่านั้น ในรูปแบบสวัสดิการต่าง ๆ ให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งอาจจะดำเนินการได้ทั้งในระดับชุมชนและในระดับจังหวัด เป็นต้น

## 2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในกรณีศึกษา (Suggestion for Policy Implementation in the Case Study)

เป็นนโยบายที่เสนอขึ้น โดยเฉพาะเพื่อประยุกต์ใช้กับการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ของกรณีชุมชนบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ซึ่งเป็นฐานข้อมูลและการระดมความคิดของนักศึกษาวิจัยครั้งนี้ ให้เกิดการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งมีกิจกรรมต่าง ๆ เป็นองค์ประกอบ

แท้จริงแล้ว นโยบายเสนอแนะเพื่อนำผลการศึกษาวិจัยไปประยุกต์ใช้จริงกับชุมชนกรณีศึกษาคือ ชุมชนบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี นับเป็นเป้าประสงค์ที่สำคัญของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เพราะเป็นการเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาท้องถิ่นจากองค์ความรู้ที่ค้นพบ

ซึ่งจัดเป็นความสอดคล้องของการศึกษาวิจัยตามอุดมคติของมหาวิทยาลัยราชภัฏทั่วประเทศ รวมทั้งมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี จังหวัดจันทบุรี ซึ่งมุ่งหวังจะใช้ประโยชน์องค์ความรู้ที่ได้รับ เพื่อสร้างประโยชน์แก่การพัฒนาท้องถิ่น ในพื้นที่ชุมชนกรณีศึกษา และพื้นที่ชุมชนอื่น ๆ ในจังหวัดจันทบุรี อย่างเป็นรูปธรรม

นโยบายที่เสนอแนะเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับกับสังคมสูงอายุ ของกรณีชุมชนบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ถือได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของกรอบนโยบาย เสนอแนะในภาพรวมดังที่ได้นำเสนอมาแล้ว โดยจะคัดเลือกออกมานำเสนออย่างเฉพาะเจาะจง ให้สอดคล้องกับศักยภาพและเงื่อนไขของภูมิสังคมในพื้นที่จริง และมีความเป็นไปได้ ที่จะดำเนินการในระยะยาวหรือระยะสั้น ตามแต่ความเหมาะสม

ข้อเสนอแนะเพื่อดำเนินนโยบายในระยะยาวของชุมชนบางกะจะ จังหวัดจันทบุรี มีดังต่อไปนี้

## 2.1 การสร้างและส่งเสริมให้มีวาระแห่งการพัฒนาสังคมผู้สูงอายุ ในพื้นที่ชุมชนบางกะจะ

ชุมชนบางกะจะ จังหวัดจันทบุรี ในทางเกณฑ์ประชากรศาสตร์จัดได้ว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว จากความเป็นมาและศักยภาพของชุมชนที่จะพัฒนาต่อไปได้ อย่างมีประสิทธิภาพ หากจะได้จัดระบบแผนงานพัฒนาสังคมผู้สูงอายุให้เป็นทางการของท้องถิ่น ซึ่งในปัจจุบัน ยังไม่ปรากฏแผนงานที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม จึงสมควรสร้างและสนับสนุน ให้การพัฒนาสังคมผู้สูงอายุ ได้เป็นวาระสำคัญของท้องถิ่น (Local Agenda) ที่จะต้องดำเนินงานให้ ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยในเบื้องต้นอาจจะประกอบด้วยพันธกิจหลัก 4 ประการ กล่าวคือ

1) การทบทวนและสร้างฐานข้อมูล (Big Data Base) เกี่ยวกับประชากรผู้สูงอายุ ให้ครบถ้วน ถูกต้อง แม่นยำ และทันสมัยอยู่เสมอ อย่างลึ้มว่า ข้อมูลผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลง อยู่ตลอดเวลาได้ง่าย

2) การจัดทำแผนพัฒนาสังคมผู้สูงอายุของชุมชนในระยะสั้นและระยะยาว โดยมี ทั้งการวางแผนในภาพรวมของกลุ่มผู้สูงอายุทุกคน และแผนในภาพย่อยเฉพาะแต่ละกลุ่มผู้สูงอายุที่มีเงื่อนไขแตกต่างกัน อาทิ อยู่ในช่วงวัยที่แตกต่างกันจำเป็นต้องมีแผนส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันด้วย

3) การดำเนินงานเป็นไปอย่างบูรณาการระหว่างระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายภายในและภายนอกชุมชน เพื่อเสริมพลังซึ่งกันและกันให้เกิดความเข้มแข็งที่สุด



4) การรณรงค์ให้มีการยอมรับในวาระแห่งการพัฒนาสังคมผู้สูงอายุให้เกิดขึ้นในพื้นที่ โดยสมาชิกชุมชนทุกคน ทุกช่วงวัย มีการรับรู้ รับทราบ และมีส่วนร่วมดำเนินการในขั้นตอนต่าง ๆ “แบบ 4 ร่วม” คือ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมประเมินผล และร่วมรับผิดชอบตามความเหมาะสม

## 2.2 การสร้างเครือข่ายบูรณาการของภาคส่วน 3 ประสานให้เข้มแข็งเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

จากการศึกษาวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลจากเวทีชุมชน รวมทั้งการสัมภาษณ์เจาะลึกกลุ่มผู้สูงอายุของชุมชนบางกะจะ พบว่า การที่จะพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุและสร้างเป็นสังคมผู้สูงอายุที่สมบูรณ์ น่าจะมาจากความร่วมมือร่วมใจของการประสานงานเครือข่ายการทำงาน (Network) ของ 3 ภาคส่วนที่สำคัญคือ

- 1) สมาชิกในชุมชนบางกะจะ ซึ่งรวมทั้งสมาชิกชุมชนทุกช่วงวัยและโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ
- 2) องค์กรท้องถิ่น โดยเฉพาะเทศบาลตำบลบางกะจะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล โรงเรียน วัด และเครือข่ายกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน
- 3) หน่วยงานภายนอกชุมชนทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ในจังหวัดจันทบุรี ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับมิติต่าง ๆ ในการพัฒนาชุมชน อาทิ การสาธารณสุข การพยาบาล การพัฒนาสังคม การคมนาคม และการอุดมศึกษา เป็นต้น

ภาคส่วนต่าง ๆ ดังกล่าวในปัจจุบันได้มีการเชื่อมโยงความสัมพันธ์อยู่บ้างแล้ว แต่ไม่มีความชัดเจนโดยระบบหน่วยงาน และไม่มีการกำหนดให้เป็นกรอบพื้นที่ทำงาน (Platform) ที่ชัดเจน ทำให้การดำเนินงานยังไม่มีประสิทธิภาพและความต่อเนื่องเท่าที่ควร ดังนั้น ควรจะต้องมีการตั้งเครือข่ายให้ชัดเจน และจัดแบ่งบทบาทความรับผิดชอบในพื้นที่ทำงานสำหรับแต่ละภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อขับเคลื่อนแผนงาน หรือโครงการที่เชื่อมโยงต่อกันให้เกิดสัมฤทธิ์ผลอย่างยั่งยืน โดยใช้หลักการพัฒนาตามภูมิสังคม หรือแนวทางการวางแผนเชิงพื้นที่ (Are-Based Planning) คือ ใช้พื้นที่ชุมชนและสมาชิกชุมชนบางกะจะ จังหวัดจันทบุรี เป็นศูนย์กลางการออกแบบในรายละเอียด

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

### 2.3 การประเมินผลสัมฤทธิ์ของระบบการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันของชุมชน บางกะจะ

การเริ่มต้นที่ดีที่สุดในกระบวนการขับเคลื่อนอย่างเป็นทางการในวาระแห่งการพัฒนาสังคมผู้สูงอายุให้เกิดขึ้นในพื้นที่ชุมชนบางกะจะ คือ การทบทวนความสำเร็จและอุปสรรคปัญหาที่ผ่านมาในชุมชน เพื่อสรุปเป็นบทเรียน (Lesson Learned) จากการดำเนินการพัฒนาในอดีต และหาทางสร้างกลยุทธ์ในการพัฒนาจากปัจจุบันสู่อนาคต โดยจัดแบ่งเป็นกลยุทธ์ระยะสั้นและกลยุทธ์ระยะยาว

โดยเฉพาะการประเมินผลสัมฤทธิ์ควรจะเน้นให้เห็นชัดเจนที่สุด ทั้งในระดับผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากระบบการดูแลสุขภาพในปัจจุบัน โดยสามารถสะท้อนผ่านการสร้างดัชนีสุขภาพโดยรวม (Health Index) ของผลการประเมินทั้ง 3 ระดับดังกล่าวที่จะแสดงให้เห็นว่า

- 1) ระดับผลผลิต สุขภาพของผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างไร และทั่วถึงเพียงใด
- 2) ระดับผลลัพธ์ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและครอบครัวดีขึ้นหรือไม่ อย่างไร
- 3) ระดับผลกระทบ สังคมผู้สูงอายุในชุมชนมีความสุขที่ยั่งยืนมากน้อยเพียงใด

แค่ไหน

### 2.4 การส่งเสริมกิจกรรมทางสังคมและทางวิชาการประยุกต์เพื่อสร้างความเข้มแข็งของสังคมผู้สูงอายุ

ในทางปฏิบัติที่สามารถทำได้ทันทีนั้น ทางชุมชนบางกะจะโดยเครือข่ายบูรณาการภาคส่วน 3 ประสาน ควรจะได้ดำเนินงานในกิจกรรมสืบทอดทางวัฒนธรรมประเพณีที่ดั้งเดิม และการจัดเวทีประชุมกิจกรรมทางวิชาการประยุกต์ เพื่อสนับสนุนความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนัก ในการสร้างสังคมผู้สูงอายุให้มีความมั่นคง โดยการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ของผู้นำองค์กรและกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน ตลอดจนสมาชิกชุมชนทุกช่วงวัย โดยเฉพาะควรที่จะรณรงค์ให้เกิดการเข้าร่วมกิจกรรมของสมาชิกชุมชนรุ่นใหม่ (New Generation) เพื่อไม่ให้เกิดช่องว่างระหว่างวัย และเป็นการสืบทอดทางความคิด

กิจกรรมต่าง ๆ ที่น่าจะเป็นประโยชน์ต่อการสร้างสังคมผู้สูงอายุในชุมชนบางกะจะ จังหวัดจันทบุรี ให้มีความเข้มแข็งและยั่งยืน และถือได้ว่าเป็นข้อเสนอแนะในระยะสั้นที่สามารถดำเนินการได้จริงในทันที ได้แก่

- 1) กิจกรรมกล่าวขยอของเชิดชูคุณค่าการทำความดีของผู้สูงอายุ ในที่ประชุมของชุมชน วัด และโรงเรียน อยู่เป็นนิจ

2) กิจกรรมมอบรางวัลหรือประกาศนียบัตรแก่ผู้สูงอายุที่ดำรงตนด้วยสุขภาพแข็งแรงและมีวิถีชีวิตที่ดีในสังคม

3) กิจกรรมให้เกียรติและความเคารพให้แก่ผู้สูงอายุตามเทศกาลต่าง ๆ อาทิ วันปีใหม่ วันสงกรานต์ ฯลฯ

4) กิจกรรมจัดเวทีประชุมพูดคุยถึง บทบาทของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณค่าและประโยชน์ต่อครอบครัวและชุมชน

5) กิจกรรมสร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พูดคุย เล่าเรื่อง และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กับสมาชิกชุมชนรุ่นใหม่

6) กิจกรรมให้เกียรติผู้สูงอายุในการเป็นที่ปรึกษา วิทยากร ปราชญ์ และครูพิเศษ ในชุมชน วัด และโรงเรียน

7) กิจกรรมสร้างสรรค์ของ โรงเรียนผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพที่ดี ทั้งในด้านเนื้อหาสาระที่เป็นประโยชน์ และด้านการพัฒนาทางกายภาพที่เหมาะสม

กิจกรรมต่าง ๆ ที่ชุมชนจะได้ส่งเสริมให้จัดขึ้นในระยะสั้นเหล่านี้ ล้วนเกิดจากการใช้ประโยชน์ของการมีฐานข้อมูลกลุ่มผู้สูงอายุที่ทันสมัยและแม่นยำในชุมชน (Big Data Base) ที่สามารถจะคัดเลือกผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับแต่ละกิจกรรม รวมทั้งการใช้ประโยชน์ดัชนีการประเมินผลสัมฤทธิ์ในสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี (Health Index) ของกลุ่มผู้สูงอายุจนสามารถนำมาเป็นแบบอย่างที่ดีของบุคคล และครอบครัวในชุมชนได้ นับว่าเป็นการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่นำเสนอในการศึกษาวิจัยนี้ เข้าด้วยกันอย่างเป็นรูปธรรม

### 3. ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัยต่อไป (Suggestion for the Further Research)

เป็นแนวความคิดในการศึกษาวิจัยต่อยอดองค์ความรู้ในการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุให้มีความครบถ้วนสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ทั้งในกรณีชุมชนบางที่จะที่ศึกษามาแล้ว ชุมชนอื่น ๆ ในพื้นที่ จังหวัดจันทบุรี หรือชุมชนต่าง ๆ ในประเทศไทย ซึ่งล้วนแล้วแต่มีประเด็นแนวความคิดที่รอคอยการค้นคว้าศึกษาและประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติอยู่อย่างมากมายในปัจจุบัน

คุณูปนิพนธ์เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุ กรณีศึกษาชุมชนบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี นับเป็นผลผลิตแห่งองค์ความรู้ที่สนับสนุนแนวความคิดและแนวทางประยุกต์ใช้ในการพัฒนาชุมชนสูงอายุของไทย เพื่อเตรียมความพร้อมในการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ซึ่งหมายถึง กลุ่มประชากรที่สูงอายุสามารถมีคุณภาพชีวิต

ที่ดีของตนเอง ครอบครัว ชุมชน และของสังคมไทย โดยการใช้กรณีศึกษาในชุมชนแห่งหนึ่งเป็นฐานข้อมูล การวิเคราะห์ภายใต้เงื่อนไขเวลาและทรัพยากรที่มีจำกัด

โดยนัยนี้ ประเด็นทางวิชาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสังคมผู้สูงอายุให้มีความสมบูรณ์ จึงยังคงเปิดกว้างเพื่อรอคอยการศึกษาวิจัยครั้งต่อ ๆ ไปอีกมาก จากการขยายกรอบระยะเวลาในการศึกษาให้นานขึ้น การนำสาขาวิชาต่าง ๆ มาเกี่ยวข้องมากขึ้น หรือการใช้ปัจจัยตัวแปรและเทคนิควิจัยอื่น ๆ มาประยุกต์ในการศึกษา โดยสามารถจะทำการศึกษาในเชิงพื้นที่เฉพาะแห่ง อาทิ การศึกษาเชิงลึกของกรณีชุมชนบางกะจะ หรือการประยุกต์ใช้แนวความคิดในกรณีชุมชนอื่น ๆ ไปจนถึงการศึกษาวิจัยในเชิงกว้างในระดับจังหวัดหรือในระดับประเทศ ก็ล้วนแต่ยังมีประเด็นมากมายที่สามารถนำมาพิจารณาได้

ในที่นี้ จึงขอเสนอแนะประเด็นการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป ดังนี้

### 3.1 การเปรียบเทียบระบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ บนพื้นฐานภูมิสังคมของชุมชนที่หลากหลาย

เนื่องจากชุมชนแต่ละแห่งย่อมมีพื้นฐานและความเป็นมาที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นลักษณะประชากร ประวัติศาสตร์ สถาปัตยกรรม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และสังคมวัฒนธรรม ซึ่งล้วนมีผลสืบเนื่องให้การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันไปด้วย การพัฒนาชุมชนจึงต้องออกแบบการพัฒนาให้เหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทความหลากหลายของพื้นฐานชุมชนที่แตกต่างกัน

### 3.2 การวิจัยรูปแบบระบบการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในบริบทเชิงสหวิทยาการ

เนื่องจากธรรมชาติของพื้นที่หรือชุมชนใด ๆ จะต้องเกี่ยวข้องกับมิติทางวิชาการมากมายและแตกต่างกัน การวางแผนพัฒนาชุมชนให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุที่แท้จริง จึงจะต้องนำหลักวิชาการต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับแต่ละชุมชน มาผสมผสานเพื่อแสวงหาคำตอบที่ดีที่สุดให้แก่ชุมชนนั้น ๆ ศาสตร์ในบริบทเชิงสหวิทยาการเหล่านี้ อาทิ การสาธารณสุข การพยาบาล สังคมวิทยา จิตวิทยา การบริหารจัดการ การจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม การคมนาคม เศรษฐศาสตร์ วิศวกรรมศาสตร์ สถาปัตยกรรมศาสตร์ การสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ และการแพทย์แผนไทย เป็นต้น

### 3.3 การเปลี่ยนแปลงในดัชนีภาวะสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ เปรียบเทียบก่อนและหลังการประยุกต์ใช้ระบบการดูแลสุขภาพในชุมชน

การติดตามภาวะสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุผ่านทางการวัดดัชนีสุขภาพต่าง ๆ นับเป็นการประเมินผลในเบื้องต้นที่มีความสำคัญยิ่งของการสร้างระบบการดูแลสุขภาพในชุมชน เนื่องจากจะนำไปสู่การสร้างข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพในมิติอื่น ๆ ที่จะต้องปรับเปลี่ยนติดตามมา โดยเฉพาะการศึกษาในเชิงเปรียบเทียบดัชนีแสดงภาวะสุขภาพขั้นพื้นฐานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ทั้งก่อนและหลังการประยุกต์ใช้ระบบดูแลสุขภาพในชุมชน อาทิ ค่าความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับไขมันได้ผิวหนัง เป็นต้น

### 3.4 การประเมินผลสัมฤทธิ์ต่อคุณภาพชีวิตจากการดำเนินงานของระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

การศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่องหลายปี ในกรณีชุมชนบางกะจะ จังหวัดจันทบุรี อาจจะเป็นตัวอย่างที่ดีเช่นเดียวกับกรณีศึกษาในชุมชนอื่น ๆ ที่จะสามารถชี้ให้เห็นผลสัมฤทธิ์ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวเนื่องจากการติดตามผลการดำเนินงานตามโครงการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเดิมหรือประชากรชุดเดิมในหลายช่วงเวลานั้น สามารถที่จะนำมาพิจารณาประเมินผลทั้งในระดับผลผลิต ผลลัพธ์ ตลอดจนผลกระทบที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน ก่อนที่สรุปผลว่า เป็นการพัฒนาที่ยั่งยืนแก่ชุมชนในระยะยาว

### 3.5 การวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลังการดำเนินการโครงการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

การป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพเป็นหลักการสำคัญทางการสาธารณสุขสุขที่ได้รับการยอมรับว่า มีความสำคัญกว่าการแก้ไขและรักษา โดยเฉพาะในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อต่าง ๆ อาทิ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งมีแนวโน้มว่า จะยังคงอยู่ในระยะเวลาที่นานพอสมควร โครงการรณรงค์ให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จึงเป็นปัจจัยสำคัญ ที่จะช่วยป้องกันโรค หรือป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งมีความอ่อนไหวมากกว่าในช่วงวัยอื่น ๆ จึงสมควรได้รับการติดตามและประเมินผลเป็นอย่างยิ่ง



### 3.6 แนวทางสร้างความเข้มแข็งด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิด “บวร”

ความเข้มแข็งของปัจเจกชน มาจากส่วนผสมขององค์ประกอบที่สมดุลของร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบศูนย์กลางที่มีศักยภาพแห่งพลังมาก หากมีการพัฒนาให้เหมาะสมผ่านแนวคิด “บวร” อันประกอบด้วยกลไกการทำงานของบ้าน (ครอบครัว กลุ่ม และชุมชน) วัด (ศาสนา ความเชื่อ และความคิด) และโรงเรียน (การเรียนรู้ในและนอกระบบการศึกษา) ซึ่งมีพร้อมอยู่แล้วในแทบทุกชุมชนของไทย ก็จะสามารถส่งผลต่อการพัฒนาจิตวิญญาณของผู้สูงอายุให้มีความเข้มแข็ง มั่นคง ในการดำรงชีวิตต่อไป ซึ่งรวมถึงการดูแลสุขภาพในเชิงองค์รวมแก่ตนเองและชุมชน อีกด้วย

### 3.7 การพัฒนากิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุให้เชื่อมโยงต่อการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

การพัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุให้เกิดขึ้นในประเทศไทย ถูกคาดหวังให้เป็นหนึ่งช่องทางออกในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรผู้สูงอายุ ผ่านการเสริมสร้างองค์ความรู้และกิจกรรมต่าง ๆ ที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม หากจะพิจารณาถึงจุดมุ่งหมายและองค์ประกอบของการสร้างชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่า ยังขาดการเชื่อมโยงที่ชัดเจนมาสู่การสร้างหลักสูตรและกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุในระดับพื้นที่อย่างน่าเสียดาย

### 3.8 การวิเคราะห์ความคุ้มค่าในเชิงบูรณาการจากโครงการลงทุนด้านสุขภาพ

การมีสุขภาพที่ดีของบุคคลและชุมชนจะเป็นฐานที่มั่นคงสำคัญของสังคมในการสร้างคุณภาพประโยชน์ในเชิงบูรณาการ ไม่ว่าจะเป็นในด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ทั้งที่เป็นมูลค่าตัวเงินโดยตรงหรือไม่ก็ตาม ซึ่งหมายรวมถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของส่วนบุคคล และการเสริมสร้างสังคมสูงอายุที่น่าอยู่อาศัยของส่วนรวม การลงทุนด้านสุขภาพจึงนับเป็นประเภทของโครงการลงทุนทางการเงินและทางสังคมในเวลาเดียวกัน ที่ทั้งระดับปัจเจกชนและระดับสังคมควรจะได้มีการพิจารณาให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ เพื่อการตัดสินใจที่ถูกต้อง

### 3.9 การประเมินคุณค่าที่แท้จริงของผู้สูงอายุจากบทบาทการเป็นศูนย์กลางของพลังชุมชน

เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่า กลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้อาวุโสในชุมชน เป็นผู้ที่มีบทบาทในการพัฒนาสังคมไทยเป็นอย่างยิ่ง ในฐานะเป็นผู้นำของระบบครอบครัว ศูนย์กลางแห่งความเคารพนับถือ แหล่งภูมิปัญญาชุมชน และอำนาจละมุน (Soft Power) ในสังคม รวมทั้งเป็นตัวอย่างของผู้มีสุขภาวะเชิงองค์รวมที่ดี จนอาจกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางของพลังชุมชนที่มี

คุณค่าที่แท้จริงมากมายที่สังคมไม่ควรจะเพิกเฉยหรือละเลยที่จะตระหนักในคุณค่าเหล่านี้ รวมทั้งเป็นเหตุผลสำคัญที่ทุกภาคส่วน สมควรจะสนับสนุนการพัฒนากระบวนการดูแลสังคมสูงอายุให้เป็นจริงยิ่งขึ้น

### 3.10 การวิเคราะห์เชิงมหภาคของผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจและสังคมจากการลงทุนพัฒนาชุมชนตามแนวทาง AFC/WHO ในกรณีประเทศไทย

ในภาพรวมใหญ่ที่สุดของประเด็นวิชาการในเรื่อง การพัฒนาสังคมสูงอายุในประเทศไทยนั้น ประเด็นการศึกษาวิจัยหนึ่งที่ทำทนายวงการวิชาการระดับมหภาคคือ ประเทศไทยควรจะลงทุนพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตามแนวทาง AFC/WHO และคาดหวังจะได้ประโยชน์ทางเศรษฐกิจและสังคมที่คุ้มค่าหรือไม่ การศึกษาวิจัยในประเด็นนี้ จึงมีไว้จะเกี่ยวข้องกับพัฒนาการด้านสาธารณสุขในระดับชุมชนทั่วประเทศเท่านั้น หากแต่จะสร้างผลกระทบแห่งการพัฒนาไปยังภาคส่วนต่าง ๆ ของประเทศอย่างเป็นรูปธรรม อีกด้วย

ประเด็นการศึกษาวิจัยต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นเพียงส่วนหนึ่งขององค์ความรู้ในเชิงบูรณาการ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาสังคมสูงอายุในประเทศไทย ทั้งในระดับจุลภาคและระดับมหภาค ซึ่งยังถือได้ว่า มีภาพรวมอยู่ในระดับเริ่มต้นการศึกษาวิจัยเท่านั้น ยังขาดการเติมเต็มในบริบทและมิติด้านต่าง ๆ อีกมากมาย ดังนั้น การหาทางสนับสนุนและส่งเสริมการศึกษาในประเด็นต่าง ๆ เกี่ยวกับการพัฒนาสังคมสูงอายุให้จริงจังและต่อเนื่อง จึงมีความสำคัญและเร่งด่วนต่ออนาคตของสังคมไทยที่กำลังก้าวเข้าสู่ระดับสังคมสูงอายุที่สมบูรณ์ในไม่ช้า

การเริ่มต้นจากการพัฒนาภาคส่วนวิชาการ เพื่อเร่งรีบสะสมข้อมูล องค์ความรู้ และประสบการณ์ทางวิชาการและทางปฏิบัติ น่าจะเป็นการเตรียมตัวที่ดีที่สุดอย่างหนึ่งของสังคมไทยที่สามารถดำเนินการได้ทันทีจากนี้ไป

## บรรณานุกรม

- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2562). **มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง)**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). **คู่มือการดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ Global Age-friendly Cities: A Guide**. กรุงเทพฯ : สำนักกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- \_\_\_\_\_. (2561). **4 Smart สร้างสุขภาพผู้สูงอายุ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”**. (ออนไลน์). แหล่งที่มา : <https://www.anamai.moph.go.th>. 4 เมษายน 2562.
- \_\_\_\_\_. (มปป.). **การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ**. (ออนไลน์). แหล่งที่มา : <https://www.anamai.moph.go.th>. 12 กุมภาพันธ์ 2561.
- จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, รัชชนก กลิ่นชาติ เป็นผู้สัมภาษณ์. (13 กุมภาพันธ์ 2563). **ที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร.**
- ดำรงศักดิ์ จันโททัย และคณะ. (2557). **การบริหารจัดการเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในสังคมไทย**. รายงานวิจัย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- เดชรัต สุขกำเนิด เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, รัชชนก กลิ่นชาติ เป็นผู้สัมภาษณ์. (23 ตุลาคม 2562). **ที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร.**
- ทิวาพร หงส์ร้อน. (2557). **ประสบการณ์ทางจิตใจของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในการดำเนินชีวิตและมีความเชื่อมโยงกับธรรมชาติผ่านการทำสวน**. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทีม SDG Move. (2561). **แผนที่นำทางเพื่อการพัฒนา SDGs ระดับพื้นที่: การดำเนินการและการติดตามผล ฉบับย่อ**. (ออนไลน์). แหล่งที่มา : <http://Sdgmovement.com>. 24 กรกฎาคม 2561.
- เทศบาลตำบลบางกะจะ. (2561). **แผนพัฒนาท้องถิ่น 4 ปี (พ.ศ. 2561 - 2564)**. จันทบุรี : เทศบาลตำบลบางกะจะ.
- \_\_\_\_\_. (2562). **รายงานข้อมูลประชากรเทศบาลตำบลบางกะจะ**. จันทบุรี : เทศบาลตำบลบางกะจะ.

ชันวา จิตต์สงวน และคณะ. (2551). **โครงการศึกษาแนวทางการขับเคลื่อนเศรษฐกิจพอเพียง:**

**บทเรียนจาก 40 หมู่บ้าน.** รายงานวิจัย. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

ชันวา จิตต์สงวน. (2560). **การพัฒนาที่ยั่งยืนและปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง.** (เอกสารประกอบการสอน). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ประเสริฐ อัสตันตชัย. (2560). “หลักและแก่นสาระในการดูแลผู้สูงอายุระดับปฐมภูมิ,”

**ใน พจนานุกรมและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุขั้นต้น Gerontology and Geriatrics for Primary Care Practice.** วีระศักดิ์ เมืองไพศาล, บรรณาธิการ. หน้า 3-20. กรุงเทพฯ : สมาคมพจนานุกรมและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย.

พจนาน อินทรมานนท์. (มปป.). **การมีส่วนร่วมกับการพัฒนาอย่างยั่งยืน.** (ออนไลน์). แหล่งที่มา : [http:// www.academia.edu](http://www.academia.edu). 14 กรกฎาคม 2561.

พระราชธรรมเมธี เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, รัชชนก กลิ่นชาติ เป็นผู้สัมภาษณ์. (11 มกราคม 2563). **ที่วัดโค้งสนามเป้า จังหวัดจันทบุรี.**

พลาดิษฐ์ สิทธิชัยกิจ. (2563). **กษัตริย์นักพัฒนาแห่งโลก.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : บันทึกสยาม.

พัชรีย์ สีโรรส. (2560). **การศึกษานโยบายสาธารณะ.** (เอกสารประกอบการสอน). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข-เซอร์เรอร์, นิวัฒน์ วงศ์ใหญ่ และ เบญจมาศ เจริญสุขพลอยผล. (2557).

**โครงการข่ายการคุ้มครองทางสังคม : การสร้างภูมิคุ้มกันภัยทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ.**

รายงานวิจัย. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสังคมและสุขภาพ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภรเอก มั่นสวานิช และบาศบน มโนมัยพิบูลย์. (2561). “แนวความคิดและหลักการดูแลผู้สูงวัย,”

**ใน ตำราเวชศาสตร์ผู้สูงวัย. เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พระศิลป์ และคณะ, บรรณาธิการ.**

หน้า 79-92. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.

มูลนิธิชัยพัฒนา. (มปป.). **เศรษฐกิจพอเพียง.** (ออนไลน์). แหล่งที่มา : <http://www.chaipat.or.th>. 14 กรกฎาคม 2561.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2562). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561.** นครปฐม : พิรินทร์.

รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). **การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง).**

พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ฤทัยรัตน์ ชิดมงคล และสมยศ ชิดมงคล. (2560). การคิดเชิงระบบ : ประสบการณ์การสอนเพื่อพัฒนาการคิดเชิงระบบ. วารสารครุศาสตร์. 45 (2) : 209-224.
- วรรณิ แกมเกตุ. (2555). วิธีวิทยาการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วริยา จันทร์ขำ และคณะ. (2558). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง กรณีศึกษา : องค์การบริหารส่วนตำบลท่างาม อำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี. วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่. 7(3) : 23-41.
- วิฑูรช ศรีนาม เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, รัชชนก กลิ่นชาติ เป็นผู้สัมภาษณ์. (5 ธันวาคม 2562). ที่จวนผู้ว่า จังหวัดจันทบุรี.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ. (2556). โครงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ระยะที่ 2 (พ.ศ.2550-2554). รายงานวิจัย. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยประชากรศาสตร์.
- วิสาขา ภูจินดา และคณะ. (2560). การพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมโดยผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทของประเทศไทย. รายงานวิจัย. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วีระศักดิ์ เมืองไพศาล. (2561). พฤติวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ **ขั้นต้น Gerontology and Geriatrics for Primary Care Practice**. กรุงเทพฯ : สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2558). การวิจัยผลสวนวิธี : ผลสวนอย่างไรให้ถูกต้องในงานวิจัยสุขภาพ. วารสารการพยาบาล. 30 (4) : 5 - 18
- ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์. (2557). การส่งเสริมการใช้มาตรฐานการส่งเสริมสวัสดิภาพและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับพื้นที่. รายงานวิจัย. กรุงเทพฯ : สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพเด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- สง่า ดามาพงษ์ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, รัชชนก กลิ่นชาติ เป็นผู้สัมภาษณ์. (14 กุมภาพันธ์ 2563). ที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร.
- สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. (มปป.). ภาพหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง. (ออนไลน์). แหล่งที่มา : <https://cse.nida.ac.th> 13 พฤษภาคม 2564.



- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2561). **โครงการวิเคราะห์รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของระบบหลักประกันสุขภาพ**. รายงานผลการวิจัย. กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สรนิต ศิลธรรม เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, รัชชนก กลิ่นชาติ เป็นผู้สัมภาษณ์. (2 มกราคม 2563). ที่กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2542). **เศรษฐกิจพอเพียงคืออะไร**. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- \_\_\_\_\_. (2560). **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบสอง พ.ศ. 2560-2564**. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- \_\_\_\_\_. (2560). **SDGs Thailand กลไกการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน**. วารสารบนเส้นทางสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน. 1 (1) : 7-17.
- สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). **ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580. (ฉบับประกาศราชกิจจานุเบกษา)**. (ออนไลน์). แหล่งที่มา : <http://nscr@nesdb.go.th>. 19 มีนาคม 2562.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี. (2563). **แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดจันทบุรี ระยะ 20 ปี (2560-2579)**. มปท.
- สำนักงบประมาณ. (2563). **บัญชีราคามาตรฐานครุภัณฑ์**. (ออนไลน์). แหล่งที่มา : <http://www.bb.go.th>. 12 มีนาคม 2564.
- สำนักดัชนีเศรษฐกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์. (2563). **ตารางสรุปดัชนีราคาผู้บริโภคชุดทั่วไป ปี 2537 – 2563**. (ออนไลน์). แหล่งที่มา : <http://indexpr.moc.go.th>. 12 มีนาคม 2564.
- สุจิตรา เทียนสวัสดิ์. (2562). **การพัฒนาเครื่องมือสำหรับการวิจัยทางการแพทย์**. เชียงใหม่ : สยามพิมพ์นานาชาติ.
- สุจิตรา พิทยานรเศรษฐ์. เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, รัชชนก กลิ่นชาติ เป็นผู้สัมภาษณ์. (20 มกราคม 2563). ที่กรมกิจการผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2558). **ยุทธศาสตร์การวิจัยและพัฒนา กับ สังคมผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทย**, วารสารสถาบันวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีขั้นสูง. 1 (1) : 80-90.
- สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล. (2557). **วุฒิวิทย์ของผู้สูงอายุไทย : ระดับแนวโน้มและปัจจัยกำหนด**. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ และคณะ. (2560). **การวิจัยเชิงสังเคราะห์เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ของนโยบายคลินิกหมอครอบครัว**. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- องอาจ บุญकारी. (2559). **111 วันพระยาตากรวบรวมนไพร่พลที่จันทบุรี**. กรุงเทพฯ : เอส.พี.เอ็ม การพิมพ์.
- อุทิศ ขาวเขียว. (2561). **การวางแผนกลยุทธ์**. (เอกสารประกอบการสอน). มปท.
- Arnold, D. and Wade, P. (2015). **A Definition of Systems Thinking : A Systems Approach**. (online). Available [http:// www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com). 11 Jul 2018.
- Barbara, L. and Lynne, R. (2020). **Fundamentals of Nursing 2e Active Learning for Collaborative Practice**. St. Louis : ELSEVIER.
- Brundtland Commission. (1987). **Our Common Future**. Available <https://www.archive.org>. 24 May 2021.
- Creswell, W. (2015). **A Concise Introduction to Mixed Methods Research**. California: SAGE.
- Eliopoulos, C. (2014). **Gerontological Nursing**. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia : Lippincott William & Wilkins.
- Emlet, A. and Mocerri, T. (2012). The Importance of Social Connectedness in Building Age-Friendly Communities. **Journal of Aging Research**. DOI : 10.1155/2012/173247
- Handler, S. (2014). **An Alternative Age-friendly Handbook**. (online). Available <http://www.micra.manchester.ac.uk>. 10 Jan 2018.
- Holloway, I. and Wheeler, S. (2010). **Qualitative Research in Nursing and Healthcare**. 3<sup>rd</sup> ed. Oxford : Wiley-Blackwell.
- Holly, D. and et.al. (2020). Using Community-Based Participatory Research Strategies in Age-friendly Communities to Solve Mobility Challenges. **Journal of Gerontological Social Work**. 1-17.
- Jacob, V. and et al. (2015). Economics of Team-based Care in Controlling Blood Pressure: A Community Guide Systematic Review. **American Journal of Preventive Medicine**. 49(5) : 772-783.

- Kaplan, S. and Norton P. (1996). **The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action**  
Available <https://www.hbs.edu> 14 Jul 2018.
- Leon, P. and et.al. (2015). Modeling Active Aging and Explicit memory : An Empirical Study.  
**Health & Social Work.** 40 (3) : 183-190.
- Orpana, H. and et.al. (2016). Developing indicators for evaluation of age-friendly communities in Canada : process and results. **Health Promotion & Chronic Disease.** 36 (10) : 214-223.
- Rocio, F. and et.al. (2017). The role of perceived discrimination on active aging. **Archives of Gerontology & Geriatrics.** 71 : 14-20.
- Supakankunti, S. and et.al. (2015). **Doing Research in Health Economics : A Practical Approach.** Bangkok : Faculty of Economics at Chulalongkorn University.
- United Nations. (2017). **The Global Goals for Sustainable Development.** Available [http:// www.un.or.th](http://www.un.or.th). 9 Feb 2019.
- \_\_\_\_\_. (2019). **World population ageing 2019: Ten key messages.** Available [http:// www.un.or.th](http://www.un.or.th). 10 May 2019.
- World Health Organization. (2002). **Active Ageing: A Policy Framework.** Geneva : World Health Organization.
- \_\_\_\_\_. (2007). **Global Age-friendly Cities: A Guide.** Geneva : World Health Organization.
- \_\_\_\_\_. (2015). **World Report on Ageing and Health.** Geneva : World Health Organization.
- \_\_\_\_\_. (2016). **Global strategy and action plan on ageing and health (2016-2020).**  
Available [http:// www.who.int](http://www.who.int). 10 May 2019.



ภาคผนวก

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

## ภาคผนวก ก

### ข้อมูลของผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์

#### วุฒิการศึกษา

ปริญญาตรี ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (เกียรตินิยมเหรียญทอง) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

ปริญญาโท M.Sc. (European Master in Gerontology) Vrije University, The Netherlands

ปริญญาเอก Ph.D (Nursing), University of Porto, Portugal  
ตำแหน่งหน้าที่การงาน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

#### ประสบการณ์หรือผลงานที่เกี่ยวข้องกับชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์

1. อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ
2. ประธานสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ
3. ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. กรรมการอำนวยการสมาคมพัฒนาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย
5. ที่ปรึกษาสมาคมพยาบาลด้านผู้สูงอายุ
6. เป็นผู้พิจารณาผลงานวิชาการ (Reviewer) วารสารทั้งในประเทศและต่างประเทศ เช่น พยาบาลสาร (คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่) วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) European Journal of Aging , Journal of Psychology and Psychotherapy Research, BMC Nursing Journal

#### 7. ผลงานตีพิมพ์ในวารสารวิชาการหลายเรื่อง เช่น

7.1 พรชัย จุลเมตต์, รัชนิภรณ์ ทรัพย์กรานนท์, ศศิธร กรุณา, วนิดา น้อยมนตรี และ นารีรัตน์ สังวรวงษ์พนา. (2561). การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมบนพื้นฐานแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงและภูมิปัญญาไทย. นุรพา เวชสาร, 5(2), 25-37.



7.2 ชไมพร บัวพิน, พรชัย จุลเมตต์ และ นิยม พิสิฐพิพัฒนา. (2562). ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 6(1), 51-62.

7.3 Dorji, L., Jullamate, P., Subgranon., R., & Rosenberg, E. (2019). Predicating Factors Actors of Successful Aging among Community Dwelling Older Adult in Thimphu, Bhutan. The Bangkok Medical Journal.15,(1) (in press).



ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

อาจารย์ ดร. นงนภัทร รุ่งเนย

### วุฒิการศึกษา

ปริญญาตรี ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (รางวัลเหรียญทอง) วิทยาลัยพยาบาล  
พระปกเกล้า จันทบุรี

สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
ปริญญาโท พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่  
(รางวัลคะแนนยอดเยี่ยมอันดับ 1) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ปริญญาเอก ครุศาสตร์ศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาอุดมศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ตำแหน่งหน้าที่การงาน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า  
จังหวัดเพชรบุรี

### ประสบการณ์หรือผลงานที่เกี่ยวข้องกับชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์

1. ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การดูแลผู้สูงอายุ การวิจัยเชิงคุณภาพ
2. อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาเอก และผู้ทรงคุณวุฒิมหาวิทยาลัยต่าง ๆ  
เช่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี เป็นที่ปรึกษาและ  
ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาและการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต โรคเรื้อรังและผู้สูงอายุ
3. ผลงานวิชาการหลายเรื่อง เช่น
  - 3.1 นงนภัทร รุ่งเนย และศิริพร ครุฑทกาศ. (2559). การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล  
ผู้สูงอายุโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารกองการพยาบาล, 43 (ฉบับเสริม), 169-181.
  - 3.2 นงนภัทร รุ่งเนย. (2559). การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม. นนทบุรี: โครงการ  
สวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
  - 3.3 นงนภัทร รุ่งเนย, ศิริพร ครุฑทกาศ, เขียวลักษณ์ มีบุญมาก, นงคราญ บุญอึ้ง และ  
น้ำฝน วชิรรัตนพงษ์เมธี. (2560). การอธิบายความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2.  
ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, 7(1), 20-30.
  - 3.4 นงนุช วงศ์สว่าง, กมลพร แพทย์ชีพ, รจนารถ ชูใจ และ นงนภัทร รุ่งเนย. (2560).  
การบูรณาการกระบวนการพยาบาลกับการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในการดูแลผู้สูงอายุ.  
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 27(2), 1-14.

3.5 Rungnoi, N. (2012). Knowledge, attitude, exercise behaviors and exercise guides for health promotion of the factory personnel. Proceeding The International Conference on “Working Together for Health Security” in Chiang Mai, Thailand during 10-12 April 2012.



ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

อาจารย์ ดร. วารุณี มีเจริญ

#### วุฒิการศึกษา

ปริญญาตรี ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ปริญญาโท พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

มหาวิทยาลัยมหิดล

ปริญญาเอก ปรัชญาคุณวุฒิบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล (หลักสูตรนานาชาติ)

มหาวิทยาลัยมหิดล

#### ตำแหน่งหน้าที่การงาน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน)

รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาคุณภาพและทรัพยากรการเรียนรู้ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

#### ประสบการณ์หรือผลงานที่เกี่ยวข้องกับชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์

1. อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาพื้นฐานการพยาบาล
2. อาจารย์พยาบาลประจำสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
3. ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ที่ปรึกษาโครงการวิจัยด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และมีผลงานวิชาการหลายเรื่อง เช่น
  - 3.1 วารุณี มีเจริญ. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 21(1), 406-420.
  - 3.2 วารุณี มีเจริญ, กุลธิดา พานิชกุลม พนิตนาฏ ชำนาญเสื่อ. (2559). คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในจังหวัดสระบุรี. วารสารพยาบาล, 65(4): 1-6.
  - 3.3 วารุณี มีเจริญ. (2559). คู่มือสำหรับดูแลญาติผู้ป่วยมะเร็ง. สระบุรี: โครงการตำราวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี.
  - 3.4 วารุณี มีเจริญ, ฐิติกานต์ กาลเทศ, กัลยา นุตรระ. (2561). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและญาติผู้ดูแล. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 36(4): 52-61.
  - 3.5 Meecharoen, W., Northouse, L. L., Sirapo-ngam, Y., & Monkong, S. (2013). Family caregivers for cancer patients in Thailand: An integrative review. SAGE Open, 3(3).
  - 3.6 Meecharoen, W. (2017) (October). Factors Associated with Quality of life among Thai Family Caregivers of Stroke Patients in Saraburi Province: A Cross-Sectional Study.

Poster presented at the TNMC & WANS International Nursing Research Conference, Bangkok, Thailand.



ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี



ภาคผนวก ข

ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์

ค่าดัชนีความตรงของข้อความแต่ละข้อ (Item -level Content Validity Index : I-CVI)

ค่าดัชนีความตรงทั้งฉบับแบบสัดส่วนเฉลี่ย (Scale -level Content Validity Index : S-CVI/AVE)

ลำดับข้อในแบบสัมภาษณ์	คะแนนจากผู้ทรงคุณวุฒิ			I-CVI	
	ท่านที่ 1	ท่านที่ 2	ท่านที่ 3		
1	1.1	4	4	4	1.00
	1.2	4	3	4	1.00
	1.3	4	1	4	0.67
	1.4	4	1	4	0.67
2	2.1	4	4	4	1.00
	2.2	4	4	4	1.00
	2.3	4	4	4	1.00
	2.4	4	3	4	1.00
3	3.1	4	1	4	0.67
	3.2	4	4	4	1.00
	3.3	4	4	4	1.00
	3.4	4	1	4	0.67
4	4.1	4	4	4	1.00
	4.2	4	3	4	1.00
	4.3	4	2	4	0.67
	4.4	4	2	4	0.67
5	5.1	4	4	4	1.00
	5.2	4	4	4	1.00
	5.3	4	4	3	1.00
	5.4	4	4	4	1.00

ลำดับข้อในแบบสัมภาษณ์		คะแนนจากผู้ทรงคุณวุฒิ			I-CVI
		ท่านที่ 1	ท่านที่ 2	ท่านที่ 3	
6	6.1	4	4	4	1.00
	6.2	4	2	4	0.67
	6.3	4	2	4	0.67
	6.4	4	4	4	1.00
7	7.1	4	4	4	1.00
	7.2	4	4	3	1.00
	7.3	4	3	4	1.00
	7.4	4	3	4	1.00
8	8.1	4	4	4	1.00
	8.2	4	4	4	1.00
	8.3	4	4	4	1.00
	8.4	4	4	4	1.00
9	9.1	4	4	4	1.00
	9.2	4	4	4	1.00
	9.3	4	4	4	1.00
	9.4	4	3	4	1.00
10	10.1	4	4	4	1.00
	10.2	4	2	4	0.67
	10.3	4	1	4	0.67
	10.4	4	1	4	0.67
11	11.1	4	1	4	0.67
	11.2	4	1	4	0.67
	11.3	4	3	4	1.00
	11.4	4	4	4	1.00

ลำดับข้อในแบบสัมภาษณ์		คะแนนจากผู้ทรงคุณวุฒิ			I-CVI
		ท่านที่ 1	ท่านที่ 2	ท่านที่ 3	
12	12.1	4	4	4	1.00
	12.2	4	4	4	1.00
	12.3	4	4	4	1.00
	12.4	4	1	4	0.67
13	13.1	4	4	4	1.00
	13.2	4	4	4	1.00
	13.3	4	2	4	0.67
	13.4	4	4	4	1.00
14	14.1	4	2	4	0.67
	14.2	4	2	4	0.67
	14.3	4	2	4	0.67
	14.4	4	4	4	1.00
15	15.1	4	2	4	0.67
	15.2	4	4	4	1.00
	15.3	4	4	4	1.00
	15.4	4	2	4	0.67
16	16.1	4	4	4	1.00
	16.2	4	1	4	0.67
	16.3	4	4	4	1.00
	16.4	4	4	4	1.00
17	17.1	4	1	4	0.67
	17.2	4	1	3	0.67
	17.3	4	1	4	0.67
	17.4	4	1	4	0.67

ลำดับข้อในแบบสัมภาษณ์		คะแนนจากผู้ทรงคุณวุฒิ			I-CVI
		ท่านที่ 1	ท่านที่ 2	ท่านที่ 3	
18	18.1	4	1	4	0.67
	18.2	4	1	4	0.67
	18.3	4	1	4	0.67
	18.4	4	1	4	0.67
19	19.1	4	1	4	0.67
	19.2	4	1	4	0.67
	19.3	4	1	3	0.67
	19.4	4	1	4	0.67
20	20.1	4	1	4	0.67
	20.2	4	1	4	0.67
	20.3	4	1	4	0.67
	20.4	4	1	4	0.67
21	21.1	4	4	4	1.00
	21.2	4	4	4	1.00
	21.3	4	1	4	0.67
	21.4	3	4	3	0.67
22	22.1	4	4	4	1.00
	22.2	4	4	4	1.00
	22.3	4	4	4	1.00
	22.4	4	4	4	1.00
23	23.1	4	4	4	1.00
	23.2	4	4	4	1.00
	23.3	4	3	4	1.00
	23.4	4	4	4	1.00

ลำดับข้อในแบบสัมภาษณ์		คะแนนจากผู้ทรงคุณวุฒิ			I-CVI
		ท่านที่ 1	ท่านที่ 2	ท่านที่ 3	
24	24.1	4	3	4	1.00
	24.2	4	4	2	0.67
	24.3	4	2	4	0.67
	24.4	4	4	4	1.00
25	25.1	4	4	4	1.00
	25.2	4	4	4	1.00
	25.3	4	4	4	1.00
	25.4	4	4	4	1.00
26	26.1	4	1	4	0.67
	26.2	4	1	4	0.67
	26.3	4	1	4	0.67
	26.4	4	1	4	0.67
27	27.1	4	1	4	0.67
	27.2	4	4	4	1.00
	27.3	4	1	4	0.67
	27.4	4	1	4	0.67
28	28.1	4	1	4	0.67
	28.2	4	4	4	1.00
	28.3	4	1	4	0.67
	28.4	4	4	4	1.00
29	29.1	4	1	4	0.67
	29.2	4	1	4	0.67
	29.3	4	1	4	0.67
	29.4	4	1	4	0.67



ลำดับข้อในแบบสัมภาษณ์		คะแนนจากผู้ทรงคุณวุฒิ			I-CVI
		ท่านที่ 1	ท่านที่ 2	ท่านที่ 3	
30	30.1	4	4	4	1.00
	30.2	4	1	4	0.67
	30.3	4	1	4	0.67
	30.4	4	1	4	0.67
31	31.1	4	4	4	1.00
	31.2	4	4	4	1.00
	31.3	4	4	4	1.00
	31.4	4	4	4	1.00
32	32.1	4	4	4	1.00
	32.2	4	1	4	0.67
	32.3	4	1	4	0.67
	32.4	4	1	4	0.67
33	33.1	4	1	4	0.67
	33.2	4	4	4	1.00
	33.3	4	4	4	1.00
	33.4	4	1	4	0.67
34	34.1	4	1	4	0.67
	34.2	4	1	4	0.67
	34.3	4	1	4	0.67
	34.4	4	4	4	1.00
35	35.1	4	4	4	1.00
	35.2	4	1	4	0.67
	35.3	4	1	4	0.67
	35.4	4	4	4	1.00

ลำดับข้อในแบบสัมภาษณ์		คะแนนจากผู้ทรงคุณวุฒิ			I-CVI
		ท่านที่ 1	ท่านที่ 2	ท่านที่ 3	
36	36.1	4	4	4	1.00
	36.2	4	4	4	1.00
	36.3	4	4	4	1.00
	36.4	4	4	4	1.00
37	37.1	4	4	4	1.00
	37.2	4	1	4	0.67
	37.3	4	4	4	1.00
	37.4	4	4	4	1.00
38	38.1	4	4	4	1.00
	38.2	4	4	4	1.00
	38.3	4	4	4	1.00
	38.4	4	4	4	1.00
39	39.1	4	4	4	1.00
	39.2	4	4	4	1.00
	39.3	4	4	4	1.00
	39.4	4	4	4	1.00
40	40.1	4	4	4	1.00
	40.2	3	3	3	1.00
	40.3	4	4	4	1.00
	40.4	4	4	4	1.00
				S-CVI/AVE	0.86

ภาคผนวก ก

แบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่

แบบสัมภาษณ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับปริญญาเอกของนางรัชชนก กลิ่นชาติ นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาสหวิทยาการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี จัดทำขึ้นเพื่อประเมินลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่ แบบสัมภาษณ์นี้มี 3 ตอน ตอนที่ 1 เป็นข้อมูลพื้นฐาน ตอนที่ 2 เป็นการสัมภาษณ์ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่ และตอนที่ 3 เป็นคำถามปลายเปิดสำหรับการสัมภาษณ์ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่ คำตอบของท่านจะไม่มีผลเสียต่อท่านและชุมชนของท่าน แต่จะใช้เป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมผู้สูงอายุในตำบลบางกะจะ การนำเสนอผลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมไม่มีการระบุชื่อ – นามสกุล ผู้ให้ข้อมูล การเปิดเผยข้อมูลในการสัมภาษณ์เป็นไปตามความสมัครใจ หากท่านต้องการยกเลิกการให้ข้อมูลสามารถทำได้ตลอดเวลา

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่ท่านเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อผู้ทำวิจัย.....

(นางรัชชนก กลิ่นชาติ)

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

คำชี้แจงโปรดทำเครื่องหมาย  ลงใน  ที่ตรงกับข้อมูลของผู้ให้สัมภาษณ์

และเขียนข้อมูลเพิ่มเติมตามที่ได้จากการสัมภาษณ์

- รหัส
1. ชื่อ-สกุล  นาย  นาง  นางสาว  อื่น ๆ ระบุ.....
- เพศ 1  ชาย 2  หญิง Sex
2. บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย..... Moo
3. เกิดเมื่อปีพ.ศ.....อายุ.....ปี Age

4. สถานภาพ 1  คู่      2  โสด      3  หย่า/ร้าง/แยก      Sta
5. อาศัยอยู่ในตำบลบางกะจะมานานกี่ปี..... ปี      Yea
6. มีบ้านเป็นของตนเองหรือไม่ 1  มี      2  ไม่มี      Hom
7. เรียนจบชั้นอะไร..... Edu   
 ถ้าเรียนตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไปหรือสายอาชีพระบุว่าเรียนอะไร  
 .....  
 .....
8. ปัจจุบันประกอบอาชีพใด..... Occ   
 .....
9. รายได้เพียงพอกับรายจ่ายหรือไม่ 1  เพียงพอ      2  ไม่เพียงพอ      Suf   
 หากรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายอย่างไร  
 .....  
 .....
10. มีโรคประจำตัวหรือไม่ 1  มี      2  ไม่มี      Dis   
 หากมีระบุ ชื่อโรค อาการของโรคประจำตัว เป็นมานานเท่าไร รักษาที่ไหน อย่างไร  
 .....  
 .....
11. โดยภาพรวม 1 ปีที่ผ่านมา คิดว่าชีวิตมีความสุขตามอัตภาพหรือไม่      Hap   
 1  มีความสุขตามอัตภาพ      2  ไม่มีความสุขตามอัตภาพ  
 เพราะอะไร.....  
 .....  
 .....

## ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่

คำชี้แจง ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคะแนนที่ได้จากการสัมภาษณ์ มีเกณฑ์ดังนี้

0 คะแนน หมายถึง ไม่มีหรือมีแต่ไม่ครบถ้วนตามลักษณะที่กำหนดในแต่ละข้อย่อย

1 คะแนน หมายถึง มีครบถ้วนตามลักษณะที่กำหนดในแต่ละข้อย่อย

### 1. การมีพื้นที่ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุใช้ประโยชน์ร่วมกัน (Outdoor spaces and buildings)

ประเด็น	ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	คะแนน	
		0	1
1. พื้นที่สาธารณะ หมายถึง พื้นที่บริเวณ วัด พลับบางกะจะ วัดโบสถ์ พลอยแหวน และวัดสิงห์	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีต้นไม้สีเขียวร่มรื่น</li> <li>- มีที่นั่งกลางแจ้งจำนวนเพียงพอ</li> <li>- สะอาด</li> <li>- ปลอดภัย</li> </ul>		
2. ทางเดินเท้า หมายถึง ทางที่ใช้เดินภายใน หมู่บ้านเมื่อเดินทางออก นอกบ้าน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีสิ่งกีดขวาง</li> <li>- ทำด้วยวัสดุที่ไม่ลื่น</li> <li>- กว้างพอสำหรับรถเข็นนั่ง</li> <li>- มีทางลาดลงสู่พื้นถนน</li> </ul>		
3. ไฟฟ้า หมายถึง ไฟฟ้าสาธารณะ ตามทางในหมู่บ้าน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีไฟส่องสว่างตามทางจำนวนเพียงพอ</li> <li>- ไฟฟ้าใช้งานได้ปกติ</li> <li>- เปิดปิดไฟเหมาะสมกับเวลา</li> <li>- มีไฟกะพริบบริเวณทางแยกในหมู่บ้าน</li> </ul>		
4. อาคารสาธารณะ หมายถึง อาคารมรดก ตลาดเก่า	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีทางลาดเข้าอาคารกว้างเพียงพอสำหรับรถเข็นนั่ง</li> <li>- ความกว้างของอาคารเพียงพอกับการทำกิจกรรม</li> <li>- มีอุปกรณ์ในการทำกิจกรรม เช่น เครื่องขยายเสียง ไม้ค้ำ</li> <li>- มั่นคง ปลอดภัย</li> </ul>		
5. ห้องน้ำสาธารณะ หมายถึง ห้องน้ำที่วัดพลับ บางกะจะ วัดโบสถ์พลอย แหวน วัดสิงห์ และ อาคารมรดก	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีห้องน้ำที่รถเข็นนั่งเข้าได้สะดวก พื้นไม่ลื่น</li> <li>- มีที่จับเวลาลุกนั่ง มีปุ่มกดขอความช่วยเหลือกรณี ฉุกเฉิน</li> <li>- สะอาด ไม่มีกลิ่นเหม็น มีที่ทิ้งขยะในห้องน้ำ</li> <li>- มีโถส้วมแบบนั่งเก้าอี้จำนวนเพียงพอ</li> </ul>		



## 2. การมีระบบคมนาคมและยานพาหนะที่สนับสนุนผู้สูงอายุ (Transportation)

ประเด็น	ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	คะแนน	
		0	1
6. จุดรับส่งการให้บริการรถ หมายถึง จุดรับส่งการให้ บริการรถสำหรับผู้สูงอายุ กรณีในชีวิตประจำวัน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีจุดรับส่งการให้บริการรถ</li> <li>- จำนวนเพียงพอครอบคลุมพื้นที่</li> <li>- อยู่ใกล้บ้านผู้สูงอายุ สะดวกในการเดินทาง</li> <li>- มีที่นั่งสำหรับคอยรถที่ปลอดภัย</li> </ul>		
7. กระบวนการในการรับส่ง หมายถึง กระบวนการใน การรับส่งสำหรับผู้สูงอายุ กรณีในชีวิตประจำวัน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รถรับส่งจำนวนเพียงพอ</li> <li>- รถรับส่งมีความปลอดภัย มีทางให้ขึ้นลงรถ ได้สะดวก</li> <li>- รับส่งได้รวดเร็ว ทันเวลา</li> <li>- ความถี่ในการรับส่งเหมาะสมกับความต้องการ ของผู้สูงอายุ</li> </ul>		
8. การให้บริการรถรับส่ง หมายถึง การให้บริการรถ รับส่งสำหรับผู้สูงอายุกรณี ในชีวิตประจำวัน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้บริการเป็นประจำทุกวัน</li> <li>- ค่าบริการในการรับส่งในชีวิตประจำวัน มีความเหมาะสม</li> <li>- มีตารางเวลาการรับส่งที่ชัดเจน ตรงเวลา</li> <li>- มีบริการรับส่งฟรีเพื่อไปตรวจสุขภาพประจำปี</li> </ul>		
9. เส้นทางจราจร หมายถึง เส้นทางจราจร รถสำหรับผู้สูงอายุกรณี ในชีวิตประจำวัน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เส้นทางจราจรจัดเป็นระบบไม่เสี่ยงต่อการเกิด อุบัติเหตุ</li> <li>- ถนนอยู่ในสภาพดี ไม่เป็นหลุม</li> <li>- มีเส้นกลางถนน และขอบถนนชัดเจน</li> <li>- มีเส้นทางสำหรับขี่จักรยาน</li> </ul>		
10. การแจ้งเหตุกรณีฉุกเฉิน หมายถึง การแจ้งเหตุและ การขนส่งสำหรับผู้สูงอายุ กรณีฉุกเฉิน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีระบบการแจ้งเหตุกรณีฉุกเฉิน</li> <li>- สะดวก รวดเร็วในการแจ้งเหตุ</li> <li>- หากมีเหตุฉุกเฉินทราบว่าต้องแจ้งใคร และแจ้ง อย่างไร</li> <li>- มีการซ้อมการขนส่งกรณีฉุกเฉินเป็นประจำ อย่างน้อยทุกปี</li> </ul>		

### 3. การมีบ้านที่อยู่อาศัยและเครื่องใช้ในสภาพที่เหมาะสม (Housing)

ประเด็น	ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	คะแนน	
		0	1
11. ความปลอดภัย หมายถึง ความปลอดภัยของ บริเวณบ้านและบ้านที่อาศัย อยู่เป็นประจำ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บ้านอยู่ในทำเลที่ปลอดภัย</li> <li>- มีไฟฟ้าส่องสว่างในบ้านและบริเวณบ้านเพียงพอ</li> <li>- บริเวณบ้านเป็นระเบียบ หญ้าไม่รก</li> <li>- พื้นบ้านทุกห้องทำด้วยวัสดุที่ไม่ลื่น (เช่น หีองน้ำ หีองนอน หีองครัว หีองโถง หีองรับแขก)</li> </ul>		
12. สิ่งอำนวยความสะดวก หมายถึง สิ่งอำนวยความสะดวก ความสะดวกภายในบ้าน ที่อาศัยอยู่เป็นประจำ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีเตียงนอนที่เมื่อลุกนั่งแล้ววางเท้าแนบกับพื้นพอดี</li> <li>- มีราวจับในห้องนอน และหีองน้ำ</li> <li>- มีปุ่มกดขอความช่วยเหลือติดในบ้าน</li> <li>- มีอุปกรณ์ช่วยอำนวยความสะดวกในการเดิน อย่างเหมาะสม</li> </ul>		
13. พื้นที่ใช้สอย หมายถึง พื้นที่ใช้สอยภายใน บ้านที่อาศัยอยู่เป็นประจำ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- หีองน้ำอยู่ใกล้หีองนอน</li> <li>- หีองน้ำกว้างพอสำหรับรถเข็นเข้าได้</li> <li>- หีองนอนกว้างพอที่มีเนื้อที่เหลือด้านข้างเตียง และปลายเตียง</li> <li>- มีหีองครัวแยกเป็นสัดส่วน</li> </ul>		
14. ความมั่นคงแข็งแรง หมายถึง ความมั่นคง แข็งแรงของบ้านที่อาศัยอยู่ เป็นประจำ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- โครงสร้างบ้านมั่นคง แข็งแรง</li> <li>- ฝาบ้าน หลังคาบ้านมั่นคง แข็งแรง</li> <li>- ประตูหน้าต่าง แข็งแรง</li> <li>- อุปกรณ์อำนวยความสะดวกแข็งแรง เช่น โต้ะ เก้าอี้</li> </ul>		
15. สุขอนามัย หมายถึง สุขอนามัยภายใน บ้านที่อาศัยอยู่เป็นประจำ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- หีองน้ำสะอาด ไม่มีกลิ่นเหม็น มีที่ทิ้งขยะในหีองน้ำ</li> <li>- หีองนอนสะอาด เป็นระเบียบ</li> <li>- หีองครัวสะอาด เป็นระเบียบ</li> <li>- บริเวณอื่นภายในบ้านสะอาด เช่น หีองโถง หีองรับแขก</li> </ul>		

#### 4. การมีกิจกรรมสังคมและระบบสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วม (Social participation)

ประเด็น	ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	คะแนน	
		0	1
16. โอกาสในการร่วมกิจกรรม หมายถึง โอกาสที่ทำให้ผู้สูงอายุได้ไปร่วมกิจกรรมที่มีในชุมชนเพิ่มขึ้น	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สถานที่จัดกิจกรรมอยู่ใกล้ สะดวกในการไปร่วมกิจกรรม</li> <li>- ไม่มีข้อจำกัดใด ๆ ในการเข้าร่วมกิจกรรม</li> <li>- ช่วงเวลาในการจัดกิจกรรมเหมาะสมไปเข้าร่วมได้</li> <li>- มีแรงจูงใจในการไปร่วมกิจกรรม</li> </ul>		
17. การจัดกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ที่ทำให้ผู้สูงอายุไปร่วมกิจกรรมเพิ่มขึ้น	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดกิจกรรมสม่ำเสมอ</li> <li>- จัดกิจกรรมที่ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ</li> <li>- จัดกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ</li> <li>- จัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ</li> </ul>		
18. ความหลากหลายของกิจกรรม หมายถึง ความหลากหลายของกิจกรรมในชุมชนที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมได้	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีกิจกรรมทางศาสนา</li> <li>- มีกิจกรรมทำให้เกิดอาชีพเสริม</li> <li>- มีกิจกรรมทำให้เกิดความสนุกสนาน</li> <li>- กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ</li> </ul>		
19. การให้ความช่วยเหลือของคนในชุมชน หมายถึง การช่วยเหลือผู้สูงอายุของคนในชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อนบ้านมีความใส่ใจทุกข์สุข</li> <li>- มีคนในชุมชนชวนไปร่วมกิจกรรม</li> <li>- มีคนในชุมชนไปรับส่งเข้าร่วมกิจกรรม</li> <li>- มีระบบในชุมชนรับส่งไปร่วมกิจกรรม</li> </ul>		
20. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของคนในชุมชน หมายถึง การที่ผู้สูงอายุไปร่วมกิจกรรมของคนในชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร่วมกิจกรรมทางศาสนาในชุมชน เช่น ใส่บาตรทำบุญที่วัดในวันพระ</li> <li>- ร่วมงานเทศกาลประจำปี เช่น วันสงกรานต์</li> <li>- ร่วมกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- ร่วมกิจกรรมอื่น ๆ ในชุมชน เช่น ตลาดนัดชุมชน</li> </ul>		

### 5. การได้รับการเคารพยกย่องและการยอมรับในสังคม (Respect and social inclusion)

ประเด็น	ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	คะแนน	
		0	1
<p>21. ความพร้อมของ ผู้ให้บริการ</p> <p>หมายถึง ความพร้อมของ ผู้ให้บริการที่รพ.สต. บางกะจะ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีผู้ให้บริการที่พร้อมช่วยเหลือผู้สูงอายุ</li> <li>- ผู้ให้บริการมีจำนวนเพียงพอ</li> <li>- ผู้ให้บริการมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ</li> <li>- ผู้ให้บริการสุภาพ ให้เกียรติผู้สูงอายุ</li> </ul>		
<p>22. ความคิดเห็นต่อผู้สูงอายุ</p> <p>หมายถึง ความคิดเห็นของ ผู้สูงอายุที่มีต่อผู้สูงอายุ คนอื่น ๆ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้สูงอายุมีคุณค่าในสังคม</li> <li>- ผู้สูงอายุทำให้บ้านอบอุ่น</li> <li>- ผู้สูงอายุเป็นที่พึ่งทางใจของคนในบ้าน</li> <li>- ผู้สูงอายุถ่ายทอดประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ ต่อสังคม</li> </ul>		
<p>23. ความสัมพันธ์กับคน ในชุมชน</p> <p>หมายถึง ความสัมพันธ์ของ ผู้สูงอายุกับคนในครอบครัว และชุมชน</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวดี</li> <li>- มีความสัมพันธ์กับญาติดี</li> <li>- มีความสัมพันธ์กับเพื่อนดี</li> <li>- มีความสัมพันธ์กับคนในชุมชนดี</li> </ul>		
<p>24. การทำกิจกรรมร่วมกับ คนอื่น ๆ</p> <p>หมายถึง การที่ผู้สูงอายุ ทำกิจกรรมร่วมกับคนอื่น ทั้งในชุมชนและนอกชุมชน</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำกิจกรรมร่วมกับลูกหลาน</li> <li>- ร่วมกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุ</li> <li>- ร่วมกิจกรรมกับคนในวัยต่าง ๆ</li> <li>- ร่วมกิจกรรมภายนอกชุมชน</li> </ul>		
<p>25. การยอมรับนับถือ ผู้สูงอายุ</p> <p>หมายถึง การยอมรับนับถือ ผู้สูงอายุจากคนในวัยต่าง ๆ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คนวัยเดียวกันให้การยอมรับ</li> <li>- คนอายุมากกว่าให้การยอมรับ</li> <li>- คนอายุน้อยกว่าให้ความเคารพนับถือ</li> <li>- คนนอกชุมชนให้ความเคารพนับถือ</li> </ul>		

## 6. การมีส่วนร่วมในโอกาสการทำงานและจิตอาสา (Civic participation and employment)

ประเด็น	ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	คะแนน	
		0	1
26. งานที่ทำให้เกิดผลตอบแทน หมายถึง งานที่ผู้สูงอายุทำแล้วเกิดรายได้หรือค่าตอบแทนอื่น ๆ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีงานที่ทำให้เกิดรายได้เป็นประจำ</li> <li>- มีงานที่ทำให้เกิดประโยชน์แก่ผู้อื่น</li> <li>- มีงานที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ</li> <li>- มีงานที่เหมาะสมกับความสามารถ</li> </ul>		
27. ค่าตอบแทนในการจ้างงาน หมายถึง ค่าตอบแทนที่ผู้สูงอายุได้จากการจ้างงาน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รายได้จากการทำงานเหมาะสมกับลักษณะงาน</li> <li>- รายได้จากการทำงานเหมาะสมกับความสามารถ</li> <li>- มีค่าตอบแทนอื่นนอกเหนือจากรายได้เป็นตัวเงิน</li> <li>- ค่าตอบแทนที่ได้มีความยุติธรรม</li> </ul>		
28. กิจกรรมจิตอาสา หมายถึง กิจกรรมจิตอาสาที่ผู้สูงอายุไปทำ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีลักษณะกิจกรรมที่หลากหลาย</li> <li>- เหมาะกับความสามารถของผู้สูงอายุ</li> <li>- ช่วงระยะเวลาการทำกิจกรรมเหมาะสม</li> <li>- ทำให้ได้รับการขอบคุณหรือยกย่องให้เกียรติ</li> </ul>		
29. การใช้ความรู้ความสามารถให้เป็นประโยชน์ หมายถึง การใช้ความรู้ความสามารถของผู้สูงอายุให้เป็นประโยชน์ต่อคนอื่น	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ถ่ายทอดความรู้ให้คนในชุมชน</li> <li>- ถ่ายทอดความรู้ให้คนนอกชุมชน</li> <li>- ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน</li> <li>- เป็นที่ปรึกษาให้กับคนในชุมชนหรือนอกชุมชน</li> </ul>		
30. การเป็นพลเมืองที่ดี หมายถึง การเป็นตัวอย่างที่ดีและมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ทั้งในชุมชนและนอกชุมชนของผู้สูงอายุ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เป็นตัวอย่างที่ดีแก่คนในชุมชน</li> <li>- ไปร่วมกิจกรรมพัฒนาชุมชน</li> <li>- มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน</li> <li>- เป็นตัวแทนของชุมชนไปร่วมกิจกรรมภายนอกชุมชน</li> </ul>		



## 7. การสื่อสารและให้ข้อมูลที่ได้ผลแก่ผู้สูงอายุ (Communication and information)

ประเด็น	ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	คะแนน	
		0	1
31. ระบบสื่อสาร หมายถึง มุมมองของ ผู้สูงอายุที่มีต่อระบบสื่อสาร ขององค์กรในชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการสื่อสารข้อมูลทั่วถึง</li> <li>- วิธีการสื่อสารหลากหลาย</li> <li>- การสื่อสารมีความชัดเจน</li> <li>- สื่อสารได้เข้าใจตรงกัน</li> </ul>		
32. ข่าวสาร หมายถึง มุมมองของ ผู้สูงอายุที่มีต่อข่าวสาร ขององค์กรในชุมชนที่สื่อถึง ผู้สูงอายุ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ข่าวสารมีความน่าเชื่อถือ</li> <li>- ข่าวสารมีประโยชน์ต่อชุมชน</li> <li>- ข่าวสารเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องรู้</li> <li>- ข่าวสารทันเหตุการณ์</li> </ul>		
33. การใช้ภาษา หมายถึง มุมมองของ ผู้สูงอายุที่มีต่อการใช้ภาษา ในการสื่อสารข่าวสารของ องค์กรในชุมชนที่สื่อถึง ผู้สูงอายุ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เสียงท้วม พูดซ้ำ</li> <li>- เสียงได้ยินชัดเจน</li> <li>- ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย</li> <li>- มีการทบทวนความเข้าใจให้ตรงกัน</li> </ul>		
34. อุปกรณ์สื่อสาร หมายถึง มุมมองของ ผู้สูงอายุที่มีต่ออุปกรณ์ สื่อสารขององค์กรในชุมชน ที่สื่อถึงผู้สูงอายุ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีอุปกรณ์การสื่อสารหลายชนิด</li> <li>- ใช้เสียงตามสายในการสื่อสาร</li> <li>- ใช้โทรศัพท์ในการสื่อสาร</li> <li>- ใช้ป้ายอักษรตัวโต อ่านง่าย เห็นชัดเจน</li> </ul>		
35. การสื่อสารในผู้ที่ บกพร่องการรับรู้ หมายถึง มุมมองของ ผู้สูงอายุที่มีต่อการสื่อสารใน ผู้ที่บกพร่องการรับรู้ของ องค์กรในชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการสื่อสารสำหรับผู้บกพร่องการรับรู้</li> <li>- มีผู้มีความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารในผู้บกพร่อง การรับรู้</li> <li>- มีผู้ให้ความช่วยเหลือในการสื่อสารกับผู้บกพร่อง การรับรู้</li> <li>- มีการสื่อสารกับผู้บกพร่องการรับรู้ให้เข้าใจได้</li> </ul>		

## 8. การสนับสนุนและให้บริการสุขภาพจากชุมชน (Community support and health services)

ประเด็น	ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	คะแนน	
		0	1
36. การบริการด้านสุขภาพ หมายถึง การบริการ ด้านสุขภาพของรพ.สต. บางกะจะ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีบริการด้านสุขภาพหลายประเภท</li> <li>- มีบริการด้านสุขภาพนอกเวลาราชการ</li> <li>- มีเจ้าหน้าที่ประจำในเวลาทำการ</li> <li>- มีตารางเวลาการบริการแต่ละประเภทชัดเจน</li> </ul>		
37. คุณภาพของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล หมายถึง คุณภาพของ รพ.สต. บางกะจะ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เจ้าหน้าที่ยิ้มแย้ม ใส่ใจในการให้บริการ</li> <li>- มีเตียงสำหรับนอนพักเพื่อสังเกตอาการ</li> <li>- มีห้องในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น</li> <li>- มีที่ตั้งสะดวกในการมารับบริการ</li> </ul>		
38. แผนฉุกเฉิน ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ หมายถึง แผนฉุกเฉิน ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ขององค์กรในชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีแผนของรพ.สต. ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีอาการ ฉุกเฉินที่บ้าน</li> <li>- มีการซ้อมแผนการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีอาการ ฉุกเฉิน</li> <li>- มีรถบริการฟรีในการช่วยเหลือเมื่อมีภาวะฉุกเฉิน</li> <li>- มีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน</li> </ul>		
39. แหล่งสนับสนุน ด้านสุขภาพของชุมชน หมายถึง แหล่งสนับสนุน ด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่มี ภายในชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีสถานที่ออกกำลังกายของชุมชน</li> <li>- มีตลาดหรือร้านขายอาหารสุขภาพ</li> <li>- มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางสุขภาพในชุมชน</li> <li>- มีสถานที่ประกอบพิธีทางศาสนา</li> </ul>		
40. การมีส่วนร่วมของ ชุมชนในการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ หมายถึง การมีส่วนร่วมของ คนหรือองค์กรในการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุที่มีในชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน</li> <li>- ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ในหลักการดูแลผู้สูงอายุ</li> <li>- มีระบบบุคคลจิตอาสาในการดูแลผู้สูงอายุ</li> </ul> <p>อย่างต่อเนื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน</li> </ul> <p>อย่างสม่ำเสมอ</p>		

**ตอนที่ 3 คำถามปลายเปิดสำหรับการสัมภาษณ์ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่**

1. อยากให้พื้นที่ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุใช้ประโยชน์ร่วมกันในหมู่บ้าน (เช่น วัด ตลาด ถนน) เป็นอย่างไร

.....

.....

.....

2. อยากให้มีบริการรับส่งสำหรับผู้สูงอายุในหมู่บ้านหรือไม่ อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

3. อยากให้บ้านที่อยู่อาศัยและเครื่องใช้ภายในบ้านเป็นอย่างไรจึงจะเหมาะสมกับผู้สูงอายุ

.....

.....

.....

4. อยากให้มีกิจกรรมและระบบสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมอะไร และอย่างไร

.....

.....

.....

5. การมีคนเคารพนับถือมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุหรือไม่ ควรทำอย่างไร จึงจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกดี

.....

.....

.....

6. สมัยก่อนวัฒนธรรม ประเพณีของคนชุมชนเป็นอย่างไร สิ่งที่หายไปจากเดิมคืออะไร

.....

.....

.....

7. ถ้าต้องการอนุรักษ์วัฒนธรรม ประเพณีของชุมชนต้องทำอะไร และทำอย่างไร

.....

.....

.....

8. ผู้สูงอายุควรทำอะไร จึงจะถือได้ว่าเป็นสมาชิกที่ดีของชุมชน

.....

.....

.....

9. ตอนนี้อยากรู้เรื่องอะไรบ้าง และวิธีการสื่อสารอย่างไรจึงจะเหมาะสมกับผู้สูงอายุ

.....

.....

.....

10. อยากให้สถานีอนามัยตำบลบางกะจะ (รพ.สต.) ปรับปรุงเรื่องใด อย่างไร

.....

.....

.....

11. ถ้ามีคนเป็นลมในบ้านจะช่วยเหลืออย่างไร และต้องการให้ชุมชนช่วยเหลืออย่างไร

.....

.....

.....

12. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอื่นๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีสุขภาพดี

.....

.....

.....

ข้อสังเกตเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์ (ขออนุญาตถ่ายรูปผู้ให้สัมภาษณ์ บ้าน อาณาบริเวณบ้าน  
ห้องน้ำ ห้องครัว และถ่ายรูปตามที่ได้รับอนุญาตจากผู้ให้สัมภาษณ์เท่านั้น)

1. ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ประมาณกี่เปอร์เซ็นต์.....เปอร์เซ็นต์
2. ประเด็นที่สังเกตเห็นว่าอาจเป็นข้อมูลขัดแย้งกับการสัมภาษณ์คือประเด็นใด ระบุให้เห็นว่า  
เป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ง  
ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์

```
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=ALPHA  
/STATISTICS=SCALE.
```

**Reliability**

**Scale: ALL VARIABLES**

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	240	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	240	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.934	160



ภาคผนวก จ

ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

รายชื่อ	เพศ	อายุ (ปี)	อาชีพ	หมู่ที่
1	ชาย	80	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1
2	ชาย	82	ขายของ	1
3	ชาย	69	ขายของ	4
4	ชาย	76	ค้าขาย	4
5	ชาย	77	ทำใบจาก	1
6	หญิง	83	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6
7	หญิง	65	ขายของ	6
8	หญิง	69	ขายของ	4
9	หญิง	70	ขายของ	4
10	ชาย	65	ค้าขาย	1
11	หญิง	80	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4
12	หญิง	67	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6
13	ชาย	76	ขายของ	6
14	ชาย	68	ค้าขาย	4
15	หญิง	78	ขายของ	1
16	หญิง	70	ทำใบจาก	1
17	หญิง	78	ขายของ	1
18	หญิง	74	ขายของ	6
19	ชาย	89	ทำสวน	6
20	หญิง	86	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6
21	ชาย	74	ทำสวน	6
22	หญิง	83	ทำใบจาก	1
23	ชาย	68	ทำสวน	4
24	ชาย	78	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4

รายที่	เพศ	อายุ (ปี)	อาชีพ	หมู่ที่
25	หญิง	84	ขายของ	1
26	ชาย	82	ประมง	4
27	ชาย	79	ประมง	1
28	ชาย	70	ค้าขาย	4
29	หญิง	77	ทำสวน	4
30	หญิง	65	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4
31	ชาย	66	ทำสวน	4
32	ชาย	68	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1
33	หญิง	74	ขายของ	1

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

## ภาคผนวก จ

### แบบสังเกต

#### ประเด็นในการสังเกต มีดังนี้

1. ลักษณะของพื้นที่ภายนอกอาคารและตัวอาคารที่เป็นพื้นที่สาธารณะของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุใช้ประโยชน์ร่วมกันในหมู่บ้าน เช่น บ้าน วัด โรงเรียน ตลาด สถานที่ออกกำลังกาย ทางเดินเท้า ไฟฟ้า ห้องน้ำ
2. การมีระบบคมนาคมและยานพาหนะที่สนับสนุนผู้สูงอายุ ในกรณีชีวิตประจำวัน และกรณีฉุกเฉิน สภาพถนน เส้นทางจราจร การมีรถรับ-ส่งผู้สูงอายุ
3. สภาพบ้านที่อยู่อาศัยภายในและภายนอกบริเวณบ้าน
4. การมีกิจกรรมในชุมชน ในโรงเรียนผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมได้ และระบบสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม
5. การพูด การแสดงความเคารพต่อผู้อาวุโส และการแสดงออกถึงความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ
6. การทำงาน การเป็นอาสาสมัครในกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ
7. อุปกรณ์การสื่อสาร เสียงตามสาย และวิธีการสื่อสารในชุมชน
8. สถานที่ การบริการ และพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บางกะจะ และการสนับสนุนทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน
9. พฤติกรรม กิริยา ท่าทาง การใช้คำพูด ของผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว และสมาชิกในชุมชน
10. สภาพภูมิอากาศ ภูมิประเทศ สถานที่สำคัญทางประวัติศาสตร์ และสถานที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของคนในชุมชน

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ภาคผนวก ข

หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6  
สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6  
โรงพยาบาลพระปกเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี  
เอกสารรับรองเลขที่ CTIREC 064 วันที่ 18 ก.ย. 2562  
ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง  
การพัฒนาาระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุ กรณีศึกษาชุมชนบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี  
Development of an appropriate health care system for the aging society: A case study of Bangkaja community, Muang district, Chanthaburi province  
เลขที่โครงการ CTIREC 051/62  
ชื่อหัวหน้าโครงการ นางรัชชนก กลิ่นชาติ  
หน่วยงานที่สังกัด วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี  
วิธีการทบทวน การพิจารณาโครงการวิจัยแบบเร่งด่วน  
รายงานความคืบหน้า เมื่อดำเนินการเสร็จสิ้นแต่ไม่เกิน 1 ปี  
เอกสารที่ได้รับการรับรอง  
1. โครงร่างงานวิจัยเรื่อง การพัฒนาาระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุ กรณีศึกษาชุมชนบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี  
2. แบบเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร (Participant information sheet)  
3. แบบเอกสารแสดงความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (Informed consent form)  
4. แบบสัมภาษณ์ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่  
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวทางที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)  
ลงนาม .....  
( ดร.พรทิพย์ สุขอดิษฐ์ )  
เลขานุการคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6  
ลงนาม .....  
( นายแพทย์ธีรยุทธ นัมคณิสร์ )  
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6  
วันที่รับรอง 18 ก.ย. 2562  
วันที่เอกสารรับรองหมดอายุ 31 พ.ค. 2563  
นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามต่อไปนี้  
1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด  
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือไปโฆษณา (ถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือแบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมเท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวที่ใช้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรมไปที่สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน  
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ภายในเวลาที่ กำหนด  
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ  
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน  
6. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มที่กำหนด

## ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางรัชชนก กลิ่นชาติ
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) หัวหน้าภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล และคณะกรรมการบริหารวิทยาลัย
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ตำบลวัดใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี 22000
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2532	มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนศรียานุสรณ์ จังหวัดจันทบุรี
พ.ศ. 2535	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ ป.พย. (ปริญญาตรี) วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
พ.ศ. 2542	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต พย.ม. (การพยาบาลศึกษา) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พ.ศ. 2564	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต ปร.ด. (สหวิทยาการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน) มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี