บทที่ 4
การวิเคราะห์ข้อมูล

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

1. ภูมิสังคมของพื้นที่กรณีศึกษา
2. ความคิดเห็นของกลุ่มผู้สูงอายุต่อลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่
   2.1 การสัมภาษณ์เชิงปริมาณของกลุ่มผู้สูงอายุ
   2.2 การสัมภาษณ์เชิงคุณภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ
3. องค์ความรู้ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเชิงบูรณาการ
4. การระดมสมองจากเวทีชุมชน
   4.1 การวิเคราะห์กลยุทธ์การพัฒนาชุมชน
   4.2 การจัดลำดับความสำคัญของโครงการพัฒนาชุมชน
   4.3 การประเมินผลสัมฤทธิ์เชิงระบบของโครงการ
5. ความเป็นไปได้ทางเศรษฐศาสตร์ในการลงทุนโครงการเพื่อสังคมสูงอายุ
   5.1 การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ
   5.2 การประมาณการลงทุนในโครงการ
   5.3 ความเป็นไปได้ของโครงการในการดำเนินการจริง

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ภูมิสังคมของพื้นที่กรณีศึกษา

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

1.1 ภูมิศาสตร์ของชุมชน มีอาณาบริเวณใกล้เคียงกัน ภูมิประเทศส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ลาดเนินเขา บางส่วนเป็นที่ราบลุ่มติดคลองที่ออกสู่ทะเลบริเวณท่าแฉลบ 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 หรือย้ายมาอยู่นานหลายสิบปี 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 ศาลเจ้าเฮี้ยนเที้ยน งานประเพณีที่จัดเป็นประจำทุกปี และมีคนนอกชุมชนมาร่วมด้วย ได้แก่ การตักบาตรเทโว ถือศีลกินเจ แห่เจ้า และทิ้งกระจาด การแสดงดั้งเดิมของคนชุมชนที่เคยแสดงเป็นประจำในงานประจำปีของวัดโบสถ์พลอย

แหวน แต่ปัจจุบันไม่มีการแสดงในชุมชนนี้แล้ว คือ โขนสด โดยยังมีคนในชุมชนที่ยังคงเล่นโขนสดเหลืออยู่ไม่กี่คนเท่านั้น

1.3 ประวัติศาสตร์ของชุมชน มีประวัติศาสตร์ของชุมชนมายาวนาน มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณทำให้เกิดระบบชุมชนที่เข้มแข็ง มีความภูมิใจในการเป็นคนบางกะจะที่สำคัญคือ บริเวณวัดพลับ เคยเป็นแหล่งรวมพลกู้ชาติในสมัยสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ครั้งเมื่อเสียกรุงศรีอยุธยาครั้งที่ 2 ในปี พ.ศ. 2310 ซึ่งสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชใช้ระยะเวลาในการรวบรวมไพร่พลกู้ชาติ 210 วัน โดยอยู่ที่วัดพลับเป็นส่วนใหญ่นานถึง 111 วัน (องอาจ บุญการี. 2559 : 120-121, 136) และมีการสร้างพระยอดธง เพื่อมอบแก่เหล่าทหารในยุคนั้นที่มีชื่อเสียงมากมาจนทุกวันนี้ 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 เขียวส่อง และพลอยสตาร์ ที่มีชื่อเสียงมากที่สุดในประเทศ ทำให้มีรายได้เพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ทำสวน และค้าขายพลอย มีทั้งการขายปลีก ขายส่ง และการแปรรูปสละในครัวเรือนเป็นสละลอยแก้ว ส่วนการค้าพลอยแม้จะไม่รุ่งเรืองเท่าสมัยก่อน เพราะพลอยบุษราคัม และเขียวส่องหายากกว่าเดิม มีการขุดเหมืองพลอยและฝังกลบไปแล้วหลายแห่ง แต่ยังคงมีรายได้ตลอดปีทั้งจากการเจียระไน และออกแบบพลอยเป็นเครื่องประดับต่าง ๆ ขายในตลาดพลอยและศูนย์อัญมณีของจังหวัดจันทบุรี ทำให้คนส่วนใหญ่ในชุมชนบางกะจะมีฐานะค่อนข้างดี มีบ้าน มีที่ดินเป็นของตนเอง มีความมั่นคงทางการเงินเพียงพอในการดำรงชีพ และส่งบุตรหลานไปศึกษาต่อในกรุงเทพฯ เป็นจำนวนมาก

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

สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ซึ่งอาณาเขตของหมู่ที่ 4 เป็นพื้นที่ของเทศบาลตำบลบางกะจะ และเทศบาลตำบลค่ายเนินวง จึงทำให้ในปัจจุบันนี้ไม่มีโครงการที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ และองค์กรภาครัฐที่เกี่ยวข้องในพื้นที่อย่างแท้จริง แต่เป็นการทำงานตอบสนองนโยบายทั้งจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง 2 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี และโรงพยาบาลพระปกเกล้า ซึ่งเป็นองค์กรใหญ่ที่สุดในการดูแลสุขภาพประชาชนในจังหวัดจันทบุรี โดยมีสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดจันทบุรี เป็นผู้ให้นโยบายและสนับสนุนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งพื้นที่ศึกษามิได้มีโครงการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตรงที่ขอการสนับสนุนจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดจันทบุรี 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 และส่งต่อการดูแลให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะ เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม มีข้อจำกัดเรื่องภาระงานความรับผิดชอบที่มากเกินไป ฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่ยังไม่เป็นปัจจุบันและยังไม่ครอบคลุม องค์ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ยังไม่เพียงพอ ชุดความคิดของคนในชุมชนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และความล่าช้าในการเบิกจ่ายงบประมาณทำให้เป็นอุปสรรคในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

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

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

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 ปีที่ผ่านมาชีวิตมีความสุขตามอัตภาพ		
มีความสุข	233	97.1
ไม่มีความสุข	7	2.9

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

จากตาราง 3 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 56.7 อาศัยอยู่ในหมู่ที่ 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 ชีวิตมีความสุขตามอัตภาพ 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 และประเด็นการสนับสนุนและให้บริการสุขภาพจากชุมชน ร้อยละ 82.5, 79.5 และ 69.1 ตามลำดับ โดยอยู่ในระดับต่ำ เพียงประเด็นเดียว ได้แก่ การมีระบบคมนาคมและยานพาหนะที่สนับสนุนผู้สูงอายุ ร้อยละ 25.0

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตาราง 5 ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่จำแนกตามรายข้อในประเด็นที่ 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. อาคารสาธารณะ	- มีทางลาดเข้าอาคารกว้างเพียงพอสำหรับรถเข็นนั่ง	10	4.2
	- ความกว้างของอาคารเพียงพอกับการทำกิจกรรม	234	97.5
	- มีอุปกรณ์ในการทำกิจกรรม เช่น เครื่องขยายเสียง ไมค์	0	0.0
	- มั่นคง ปลอดภัย	238	99.2
5. ห้องน้ำสาธารณะ	- มีห้องน้ำที่รถเข็นนั่งเข้าได้สะดวก พื้นไม่ลื่น	0	0.0
	- มีที่จับเวลาลุกนั่ง มีปุ่มกดขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน	0	0.0
	- สะอาด ไม่มีกลิ่นเหม็น มีที่ทิ้งขยะในห้องน้ำ	233	97.1
	- มีโถส้วมแบบนั่งเก้าอี้จำนวนเพียงพอ	235	97.9

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

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

ตาราง 6 ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่จำแนกตามรายข้อในประเด็นที่ 2 การมีระบบคมนาคมและยานพาหนะที่สนับสนุนผู้สูงอายุ (n = 240)

ประเด็น	ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
6. จุดรับส่งการให้บริการรถ	- มีจุดรับส่งการให้บริการรถ	0	0.0
	- จำนวนเพียงพอครอบคลุมพื้นที่	0	0.0
	- อยู่ใกล้บ้านผู้สูงอายุ สะดวกในการเดินทาง	0	0.0
	- มีที่นั่งสำหรับคอยรถที่ปลอดภัย	0	0.0
7. กระบวนการในการรับส่ง	- รถรับส่งจำนวนเพียงพอ	0	0.0
	- รถรับส่งมีความปลอดภัย มีทางให้ขึ้นลงรถได้สะดวก	0	0.0
	- รับส่งได้รวดเร็ว ทันเวลา	0	0.0
	- ความถี่ในการรับส่งเหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุ	0	0.0
8. การให้บริการรถรับส่ง	- ให้บริการเป็นประจำทุกวัน	0	0.0
	- ค่าบริการในการรับส่งในชีวิตประจำวันมีความเหมาะสม	0	0.0
	- มีตารางเวลาการรับส่งที่ชัดเจน ตรงเวลา	0	0.0
	- มีบริการรับส่งฟรีเพื่อไปตรวจสุขภาพประจำปี	0	0.0

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

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 โดยชุมชนบางกะจะไม่มีระบบการให้บริการรถรับส่งเป็นประจำทั้งในกรณีการใช้ชีวิตประจำวัน และกรณีฉุกเฉิน รวมทั้งไม่มีระบบการแจ้งเหตุกรณีฉุกเฉินที่ชัดเจนสำหรับคนในชุมชนและไม่มีการซ้อมการขนส่งกรณีฉุกเฉิน

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

ตาราง 7 ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่จำแนกตามรายข้อในประเด็นที่ 3 การมีบ้านที่อยู่อาศัยและเครื่องใช้ในสภาพที่เหมาะสม (n = 240)

ประเด็น	ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
11. ความปลอดภัย	- บ้านอยู่ในทำเลที่ปลอดภัย	240	100
	- มีไฟฟ้าส่องสว่างในบ้านและบริเวณบ้านเพียงพอ	240	100
	- บริเวณบ้านเป็นระเบียบ หญ้าไม่รก	230	95.8
	- พื้นบ้านทุกห้องทำด้วยวัสดุที่ไม่ลื่น (เช่น ห้องน้ำ ห้องนอน ห้องครัว ห้องโถง ห้องรับแขก)	221	92.1
12. สิ่งอำนวยความสะดวก	- มีเตียงนอนที่เมื่อลุกนั่งแล้ววางเท้าแนบกับพื้นพอดี	174	72.5
	- มีราวจับในห้องนอน และห้องน้ำ	5	2.1
	- มีปุ่มกดขอความช่วยเหลือติดในบ้าน	5	2.1
	- มีอุปกรณ์ช่วยอำนวยความสะดวกในการเดินอย่างเหมาะสม	10	4.2
13. พื้นที่ใช้สอย	- ห้องน้ำอยู่ใกล้ห้องนอน	227	94.6
	- ห้องน้ำกว้างพอสำหรับรถเข็นเข้าได้	13	5.4
	- ห้องนอนกว้างพอที่มีเนื้อที่เหลือด้านข้างเตียงและปลายเตียง	25	10.4
	- มีห้องครัวแยกเป็นสัดส่วน	226	94.2
14. ความมั่นคงแข็งแรง	- โครงสร้างบ้านมั่นคง แข็งแรง	237	98.8
	- ฝาบ้าน หลังคาบ้านมั่นคง แข็งแรง	237	98.8
	- ประตูหน้าต่าง แข็งแรง	237	98.8
	- อุปกรณ์อำนวยความสะดวกแข็งแรง เช่น โต๊ะ เก้าอี้	237	98.8

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

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 ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่จำแนกตามรายข้อในประเด็นที่ 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

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

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 ใส่บาตรทำบุญที่วัดในวันพระ	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

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

ตาราง 9 ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่จำแนกตามรายข้อในประเด็นที่ 5 การได้รับการเคารพยกย่องและการยอมรับในสังคม (n = 240)

ประเด็น	ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
21. ความพร้อมของผู้ให้บริการ	- มีผู้ให้บริการที่พร้อมช่วยเหลือผู้สูงอายุ	236	98.3
	- ผู้ให้บริการมีจำนวนเพียงพอ	221	92.1
	- ผู้ให้บริการมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ	237	98.8
	- ผู้ให้บริการสุภาพ ให้เกียรติผู้สูงอายุ	237	98.8
22. ความคิดเห็นต่อผู้สูงอายุ	- ผู้สูงอายุมีคุณค่าในสังคม	235	97.9
	- ผู้สูงอายุทำให้บ้านอบอุ่น	235	97.9
	- ผู้สูงอายุเป็นที่พึ่งทางใจของคนในบ้าน	233	97.1
	- ผู้สูงอายุถ่ายทอดประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม	236	98.3
23. ความสัมพันธ์กับคนในชุมชน	- มีความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวดี	237	98.8
	- มีความสัมพันธ์กับญาติดี	236	98.3
	- มีความสัมพันธ์กับเพื่อนดี	238	99.2
	- มีความสัมพันธ์กับคนในชุมชนดี	238	99.2
24. การทำกิจกรรมร่วมกับคนอื่น ๆ	- ทำกิจกรรมร่วมกับลูกหลาน	226	94.2
	- ร่วมกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุ	26	10.8
	- ร่วมกิจกรรมกับคนในวัยต่าง ๆ	24	10.0
	- ร่วมกิจกรรมภายนอกชุมชน	15	6.3
25. การยอมรับนับถือผู้สูงอายุ	- คนวัยเดียวกันให้การยอมรับ	232	96.7
	- คนอายุมากกว่าให้การยอมรับ	229	95.4
	- คนอายุน้อยกว่าให้ความเคารพนับถือ	237	98.8
	- คนนอกชุมชนให้ความเคารพนับถือ	11	4.6

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

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

ตาราง 10 ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่จำแนกตามรายข้อในประเด็นที่ 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

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหลักรำไพพรรณี

ตาราง 10 (ต่อ)

ประเด็น	ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
30. การเป็นพลเมืองที่ดี	- เป็นตัวอย่างที่ดีแก่คนในชุมชน	237	98.8
	- ไปร่วมกิจกรรมพัฒนาชุมชน	232	96.7
	- มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน	232	96.7
	- เป็นตัวแทนของชุมชนไปร่วมกิจกรรมภายนอกชุมชน	11	4.6

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

ตาราง 11 ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่จำแนกตามรายข้อในประเด็นที่ 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

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตาราง 11 (ต่อ)

ประเด็น	ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
33. การใช้ภาษา	- เสียงทุ้ม พูดช้า	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	- มีการสื่อสารสำหรับผู้ที่บกพร่องการรับรู้	0	0.0
	- มีผู้มีความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารในผู้ที่บกพร่องการรับรู้	0	0.0
	- มีผู้ให้ความช่วยเหลือในการสื่อสารกับ ผู้บกพร่องการรับรู้	0	0.0
	- มีการสื่อสารกับผู้ที่บกพร่องการรับรู้ให้เข้าใจได้	0	0.0

จากตาราง 11 แสดงว่าลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในประเด็นที่ 7 การสื่อสารและให้ข้อมูลที่ได้ผลแก่ผู้สูงอายุ ลักษณะที่ตอบว่ามีมากที่สุด 3 ลักษณะได้แก่ ข่าวสารมีความน่าเชื่อถือ ข่าวสารมีประโยชน์ต่อชุมชน และข่าวสารเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องรู้ คิดเป็นร้อยละ 99.2 โดยลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุที่กลุ่มตัวอย่างตอบว่า ไม่มี จำนวน 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) มีการสื่อสารสำหรับผู้ที่บกพร่องการรับรู้ 2) มีผู้มีความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารในผู้ที่บกพร่องการรับรู้ 3) มีผู้ให้ความช่วยเหลือในการสื่อสารกับผู้บกพร่องการรับรู้ และ 4) มีการสื่อสารกับผู้ที่บกพร่องการรับรู้ให้เข้าใจได้

สถาบันวิทยบริการ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตาราง 12 ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่จำแนกตามรายข้อในประเด็นที่ 8 การสนับสนุนและให้บริการสุขภาพจากชุมชน (n = 240)

ประเด็น	ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
36. การบริการด้านสุขภาพ	- มีบริการด้านสุขภาพหลายประเภท	240	100.0
	- มีบริการด้านสุขภาพนอกเวลาราชการ	240	100.0
	- มีเจ้าหน้าที่ประจำในเวลาทำการ	237	98.8
	- มีตารางเวลาการบริการแต่ละประเภทชัดเจน	237	98.8
37. คุณภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	- เจ้าหน้าที่ยิ้มแย้ม ใส่ใจในการให้บริการ	222	92.5
	- มีเตียงสำหรับนอนพักเพื่อสังเกตอาการ	240	100.0
	- มีห้องในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น	240	100.0
	- มีที่ตั้งสะดวกในการมารับบริการ	240	100.0
38. แผนฉุกเฉินในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ	- มีแผนของรพ.สต.ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีอาการฉุกเฉินที่บ้าน	240	100.0
	- มีการซ้อมแผนการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีอาการฉุกเฉิน	0	0.0
	- มีรถบริการฟรีในการช่วยเหลือเมื่อมีภาวะฉุกเฉิน	15	6.3
	- มีเจ้าหน้าที่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน	237	98.8
39. แหล่งสนับสนุนด้านสุขภาพของชุมชน	- มีสถานที่ออกกำลังกายของชุมชน	234	97.5
	- มีตลาดหรือร้านขายอาหารสุขภาพ	0	0.0
	- มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางสุขภาพในชุมชน	0	0.0
	- มีสถานที่ประกอบพิธีทางศาสนา	240	100.0
40. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	- มีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน	230	95.8
	- ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ในหลักการดูแลผู้สูงอายุ	235	97.9
	- มีระบบบุคคลจิตอาสาในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง	0	0.0
	- มีสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ	0	0.0

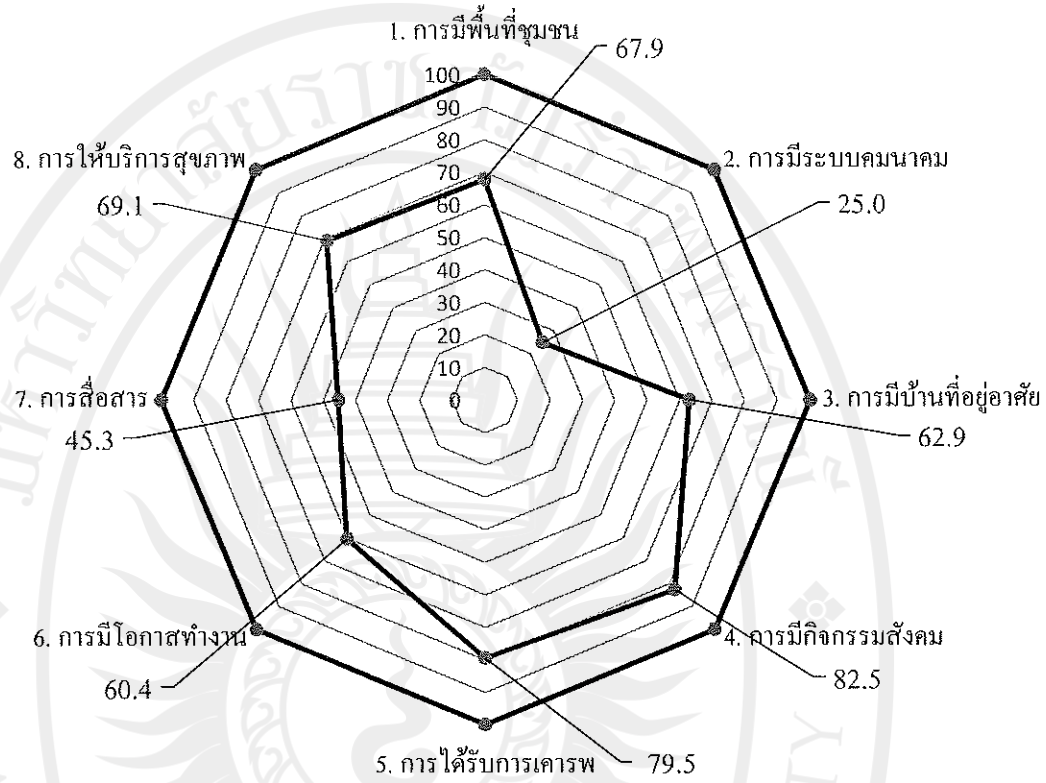
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

จากตาราง 12 แสดงว่าลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในประเด็นที่ 8 การสนับสนุนและให้บริการสุขภาพจากชุมชน ลักษณะที่ตอบว่ามีมากที่สุด 7 ลักษณะ ได้แก่ มีบริการด้านสุขภาพหลายประเภท มีบริการด้านสุขภาพนอกเวลาราชการ มีเตียงสำหรับนอนพักเพื่อสังเกตอาการ มีห้องในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น มีที่ตั้งสะดวกในการมารับบริการ มีแผนของ รพ.สต.ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีอาการฉุกเฉินที่บ้าน และมีสถานที่ประกอบพิธีทางศาสนา คิดเป็นร้อยละ 100.0

โดยลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุที่กลุ่มตัวอย่างตอบว่า ไม่มี จำนวน 5 ลักษณะ ได้แก่ 1) มีการซ้อมแผนการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีอาการฉุกเฉิน 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 ใยแมงมุมแห่งความสมดุล (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 ชุมชนบางกะจะยังคงรักษาวัฒนธรรมที่ดีงามของสังคมไทย นั่นคือ การให้ความเคารพผู้อาวุโส แต่ยังขาดปัจจัยพื้นฐานเรื่อง รถสาธารณะ

2.2 การสัมภาษณ์เชิงคุณภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกโดยใช้คำถามปลายเปิด ร่วมกับการสังเกตสีหน้า แววตา ท่าทาง ของกลุ่มตัวอย่างขณะที่สัมภาษณ์และการสังเกตสภาพบ้าน ห้องน้ำ ห้องนอน ห้องครัว ห้องรับแขก สิ่งอำนวยความสะดวกภายในบ้านและอาณาบริเวณรอบ ๆ บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชนบางกะจะที่ได้จากการเลือกแบบเจาะจง สัมภาษณ์ จำนวน 33 คน ข้อมูลจึงอิ่มตัว 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 ระดับการศึกษาต่ำสุดคือประถมศึกษาปีที่ 4 สูงสุด คือ ปริญญาโท ดังรายละเอียด ตามภาคผนวก จ ซึ่งมีผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีความคิดเห็นว่า ควรมีการพัฒนาชุมชนให้มีลักษณะตามที่ระบุในแบบสัมภาษณ์ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่ครบทุกประเด็น เป็นพื้นฐานในการพัฒนาชุมชน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า ควรเพิ่มเติมลักษณะย่อย สำหรับการพัฒนาในชุมชนบางกะจะ ดังนี้

ประเด็นที่ 1 มีพื้นที่ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุใช้ประโยชน์ร่วมกัน

1) ไฟฟ้า มีไฟกะพริบหรือไฟสีเหลืองบริเวณทางแยกหมู่บ้าน

2) พื้นที่สาธารณะ มีปุ่มกดขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน โดยเชื่อมโยงระบบไปยังหน่วยความช่วยเหลือฉุกเฉินของชุมชน

บริเวณทางแยกในหมู่บ้านไม่มีไฟที่แสดงให้เห็นชัดเจนว่าเป็นทางแยก อาจเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเพิ่มได้ แม้จะเป็นเส้นทางที่คนในชุมชนใช้กันเป็นประจำก็ตาม เมื่ออายุมากขึ้นระบบประสาทการตื่นตัวจะลดลงได้ หรือแม้แต่คนหนุ่ม-สาว ก็เช่นกัน การมีไฟสีเหลือง หรือไฟกะพริบ จะช่วยเตือนให้มีความระมัดระวังเพิ่มขึ้นได้ การมีไฟกะพริบพบว่ามีเฉพาะบริเวณทางแยกเข้าวัดโบสถ์พลอยแหวนเท่านั้น และไฟสีเหลือง จะมีเฉพาะบริเวณแยกถนนใหญ่ ทางเข้าวัดสิงห์ และทางเข้าถนนชาติอนุสรณ์ด้านติดต่อกับถนนท่าแฉลบเท่านั้น ดังคำพูดของผู้สูงอายุรายที่ 1 และ 2 ที่ว่า

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

> "... ตามทางแยกในหมู่บ้านไม่มีไฟกะพริบ เห็นมีแต่แถววัดโบสถ์ ถ้ามีไฟกระพริบก็เห็นชัดดี หรือจะเป็นไฟสีเหลืองก็ได้ จะได้ระวังกันมากขึ้น บ้านเรามีคนนอกเข้ามากันเยอะอยู่ ช่วงค่ำ ๆ บางทีกลับมาจากงานศพวัดพลับ ขี่มอไซค์เอง เจอพวกขับเร็ว

ไปก็มีนะ เด็กวัยรุ่นจากที่อื่น ไม่ใช่แถวนี้หรอก เราต้องระวังตัวเอง แถวตามแยก ยิ่งต้องระวัง เจอไฟเหลือง ไฟกะพริบ ก็รู้สึกว่าจะช่วยให้ระวังมากขึ้นได้นะ..."

"... พื้นที่สาธารณะในภาพรวมของชุมชนถือว่าใช้ได้อยู่ ชาวบ้านก็ช่วยกันดูแลดี แต่คิดว่าการมีสัญญาณไฟน่าจะเป็นสิ่งที่ช่วยลดความเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุได้ เป็นไฟกะพริบยิ่งดีทำให้เห็นได้ชัดเจน เหมาะกับผู้สูงอายุ อายุมากขึ้นอวัยวะหลายอย่างก็เสื่อมไปตาม ๆ กัน ที่จริงเป็นประโยชน์ทั้งกับคนในชุมชน และนอกชุมชน เบื้องต้นจะเปลี่ยนหลอดไฟเป็นสีเหลืองก่อนก็ได้ น่าจะมีการปรับปรุงได้เร็วกว่ามีไฟกะพริบ ก็ค่อย ๆ พัฒนากันไป เทศบาลเขาดูแลเรื่องพวกนี้อยู่..."

การมีปุ่มกดขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินในห้องน้ำสาธารณะของวัดพลับ วัดโบสถ์พลอยแหวน และวัดสิงห์ เป็นสิ่งที่ควรพัฒนาให้มี โดยเชื่อมโยงระบบไปยังหน่วยความช่วยเหลือฉุกเฉินของชุมชน เช่นเดียวกับที่ติดในบ้าน ขณะนี้ไม่มีปุ่มกดขอความช่วยเหลือในห้องน้ำสาธารณะทุกแห่ง ซึ่งห้องน้ำเป็นบริเวณที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุสำหรับผู้สูงอายุมากที่สุด ดังนั้น เมื่อมีการพัฒนาให้มีปุ่มกดขอความช่วยเหลือแล้ว จึงควรพัฒนาและเชื่อมโยงให้ครอบคลุมพื้นที่ทั้งบ้าน และห้องน้ำสาธารณะ ซึ่งเป็นโครงการสำคัญที่ทางเทศบาลบางกะจะสามารถเป็นผู้รับผิดชอบหลัก โดยมีการประสานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่เป็นรูปธรรม และเป็นต้นแบบให้กับชุมชนอื่นได้ ดังคำพูดของผู้สูงอายุ รายที่ 3 ที่ว่า

"...ห้องน้ำสาธารณะวัดพลับ วัดโบสถ์ วัดสิงห์ ยังไม่มีปุ่มกดขอความช่วยเหลือในทุกกรณี บอกได้เลยว่าทั้งเทศบาลตำบลบางกะจะก็ยังไม่มี แม้แต่ที่บ้านตัวเองก็ยังไม่ได้ติดเหมือนกัน ถ้าจะพัฒนาทั้งชุมชนก็ทำทีเดียวให้มีการเชื่อมโยงระบบไปหน่วยความช่วยเหลือของชุมชน จะเป็นประโยชน์ได้หลายเรื่อง เวลาเกิดเหตุฉุกเฉินหลายคนตกใจ ทำอะไรไม่ค่อยถูก โครงการแบบนี้เทศบาลบางกะจะเป็นผู้รับผิดชอบหลักได้โดยตรง เป็นการพัฒนาที่ควรทำให้เกิดเป็นจริงในชุมชน..."

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏราไพพรรณี

ประเด็นที่ 2 มีระบบคมนาคมและยานพาหนะที่สนับสนุนผู้สูงอายุ

1) เส้นทางการจราจร 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 จอดแบบนี้ทีไร รถติดทุกที อันที่จริงแถวนี้เขาให้จอดรถทางเดียวนะ คนในเขาก็รู้กัน แต่ยังมีคนจอดรถ 2 ด้าน คนในก็มี คนมาจากที่อื่นก็มี น่าจะมีป้ายห้ามจอด ตรงถนนตลาดบางกะจะ ให้เห็นชัด ๆ กว่านี้ ..."

> "... ถนนสุดสายยาวตั้งแต่หน้าโรงเรียนบางกะจะ ไปถึงโรงเรียนวัดสิงห์ น่าจะมีป้ายให้จอด หรือ ห้ามจอดรถ เป็นเรื่องเป็นราวก็ดี จอดรถทางเดียวจะดีกว่า จะได้ไม่ต้องจอดรถกัน 2 ด้าน ถนนในตลาดบางกะจะแคบ แต่รถวิ่งกันเยอะอยู่ยิ่งวันที่มีตลาดนัดวัดสิงห์นะ รถยิ่งเยอะมากขึ้น พอรถจอดกัน 2 ด้าน รถยนต์วิ่งสวนกันไม่ได้เลย ..."

ถึงแม้ว่าถนนสายหลักจะอยู่ในสภาพดี แต่ยังมีถนนในความดูแลของเทศบาลตำบลบางกะจะ ที่ถนนมีลักษณะเป็นดิน และมีหลุมบ่อบางส่วน เนื่องจากมีการขายที่ดินและสร้างบ้านใหม่จำนวนหนึ่ง จึงเป็นกลุ่มบ้านที่เกิดขึ้นใหม่ไม่ถึง 5 ปี การพัฒนาถนนจึงยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ส่วนนี้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาถนนให้อยู่ในสภาพดีครอบคลุมทุกพื้นที่ ดังคำพูดของผู้สูงอายุ รายที่ 6 และ 7 ที่ว่า

สถาบันวิทยบริการ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

"... เพิ่งสร้างบ้านได้ 4 ปี เป็นบ้านแรกของที่ดินชุดนี้ เห็นเขาว่าเทศบาลจะทำถนนให้ ทำได้ก็ดีเลย ตอนนี้ถนนเป็นฝุ่น มีหลุมด้วย จะเกิดอุบัติเหตุง่าย ยิ่งหน้าฝนยิ่งลำบาก แต่ไม่รู้ว่าเขาจะทำเมื่อไร เมื่อก่อนไม่มีบ้าน เป็นป่า แล้วเขาก็ทำเหมืองพลอย ตอนนี้เจ้าของที่ตายไปแล้ว ที่ดินเป็นของลูก ก็แบ่งที่ขายเป็นแปลง ๆ ซื้อกันไว้หลายคน ทยอยสร้างบ้านกัน ถนนนี่เจ้าของที่เขาก็บริจาคให้เทศบาลแล้ว รอเทศบาลมาทำถนน มีถนนก็จะสะดวกขึ้น คนบ้านอยู่ข้างในจะไม่ต้องลำบาก ..."

"... ถนนสายหลัก ๆ สภาพดี กว้างขวาง อย่างถนนชาติอนุสรณ์ สายตรงข้างวัดพลับ ถนนสายนอกทางด้านวัดโบสถ์พลอยแหวนนั่นก็ดี ไม่มีหลุมบ่อ มีไฟกระพริบตรงทางแยกด้วย แต่ก็มีบ้างตามในซอกซอยที่ยังเป็นถนนดิน ก็มีทั้งส่วนที่เป็นของเอกชน และส่วนสาธารณะ ส่วนไหนพัฒนาได้ก็ควรพัฒนาให้ถนนอยู่ในสภาพดีเหมือน ๆ กัน ..."

สำหรับการมีรถบริการรับส่งสำหรับผู้สูงอายุในหมู่บ้าน เป็นสิ่งที่ดีหากทำได้โดยอย่างน้อยที่สุด ควรมีใน 2 กรณี คือ เมื่อต้องการให้ผู้สูงอายุไปร่วมกิจกรรมของชุมชน และในกรณีฉุกเฉิน ถึงแม้ว่าจะมีลูกหลานหรือเพื่อนบ้านไปส่งเข้าร่วมกิจกรรมได้ แต่ในบางครั้งก็เกรงใจลูกหลาน ถ้าหากมีรถบริการรับส่งได้จะทำให้สะดวกมากขึ้นในการไปร่วมกิจกรรม ส่วนในกรณีฉุกเฉินหากเกิดเหตุในช่วงเวลาที่ลูกหลานไม่อยู่ ก็อาจทำให้เกิดอันตรายได้ ดังคำพูดของผู้สูงอายุรายที่ 8 และ 9 ที่ว่า

"... รถรับส่งไปร่วมกิจกรรมก็มีนะที่ทางเทศบาลเขาจัดให้ แต่ไม่ได้มีทุกครั้ง มักจะไม่ค่อยมี ส่วนใหญ่จะนัดกันไปเจอที่เทศบาล แล้วเขาก็จะมีรถพาไปอีกต่อหนึ่ง อย่างครั้งก่อนไปที่วัดเขาสุกิม เรื่องรถฉุกเฉินของเทศบาลไม่มีนะ ถ้ามีจะดีมาก ๆ ป้าเองคิดว่าถ้ามีเหตุฉุกเฉินก็โทรตามลูก ๆ ถ้าเทศบาลมีรถฉุกเฉินในหมู่บ้านจะดีมาก เพราะลูกก็ไม่ได้อยู่ที่นี่ อาจถึงตายเอาได้ถ้าอาการหนัก ..."

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

"... ส่วนใหญ่ก็จะให้แฟนไปส่งเวลาไปร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ แต่ก็เกรงใจเขาอยู่เหมือนกัน 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 เพื่อรดน้ำต้นไม้ โดยหมู่ที่ 1 และหมู่ที่ 6 มีน้ำประปาจาก อ.เมือง ซึ่งน้ำไหลไม่แรง บางทีไม่ไหล ต้องใช้เครื่องปั๊มน้ำดูดจากแท็งก์น้ำ และยังมีไม่ครอบคลุมทุกบ้าน หมู่ที่ 4 มีประปาของหมู่บ้าน แต่พบปัญหาน้ำขุ่นบางครั้งใช้ซักผ้าไม่ได้ ทุกหมู่บ้านในพื้นที่ศึกษา เมื่อน้ำไม่พอใช้ต้องซื้อน้ำจากรถของเอกชน ดังคำพูดของผู้สูงอายุ รายที่ 10 - 13 ที่ว่า

"... หมู่ 1 ปกติไฟก็ใช้ได้ดีไม่มีปัญหาอะไร จะมีปัญหาช่วงหน้าฝนที่ไฟฟ้าดับบ่อยมาก น่าปรับปรุงให้ดีขึ้น อยากให้ปรับปรุงระบบน้ำประปาด้วย ที่บ้านใช้น้ำประปาจากในเมือง น้ำไหลอ่อย ๆ ตอนกลางวันจะไม่ค่อยไหล ต้องเอาน้ำใส่แท็งก์น้ำแล้วใช้ปั๊มน้ำช่วยดูดจึงจะแรงดี ช่วงฝนแล้งมีรถน้ำของเทศบาลมาแจกบ้านละ 1 ตุ่ม ต้องใช้อย่างประหยัดจึงจะพอ..."

"... หมู่ 4 ไฟไม่ดับ ไฟสว่าง น้ำไหล แต่มีปัญหาตรงที่ ไฟตกบ่อย ไฟตกทั้งซอยหินโคร่งนั่นแหละ ส่วนน้ำก็มีประปาหมู่บ้าน แต่บางทีน้ำแดง เป็นสีดินแดงเลย ซักผ้ายังไม่ได้ น้ำกินซื้อตลอดอยู่แล้ว ถ้าทำให้น้ำใสกว่านี้ กินได้จะดีมาก ผู้ใหญ่บ้านเขาก็รู้ปัญหานี้ดีกำลังคิดหาวิธีแก้ไขปัญหาช่วยเหลือกันอยู่ ..."

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

"... บ้านอยู่หมู่ 6 ไฟฟ้าที่มีใช้บ้านแถว ๆ นี้ ขออนุญาตต่อกันเข้ามาเอง ยังไม่ใช่ของราชการ แต่เห็นเขาว่าจะมีไฟฟ้าเข้ามาแล้วนะ ไม่รู้ว่าจะมีเมื่อไร น้ำก็ใช้น้ำบ่อรดน้ำต้นไม้ ล้างจาน ซักผ้า แล้วก็ใช้น้ำซื้อ ซื้อจากรถเอกชน เก็บใส่แท็งก์ใหญ่ อยู่ได้นานเป็นเดือน แล้วก็ใช้เครื่องดูดน้ำ เอาน้ำมาใช้ ไม่มีน้ำประปาใช้หรอก ยังเข้าไม่ถึงเหมือนกัน ..."

"... อยู่หมู่ 6 ไฟฟ้าติดดี มีน้ำประปาใช้ น่าจะเป็นของอำเภอเมือง เพราะไปจ่ายค่าน้ำที่นั่น ประปามียังไม่ทั่วหรอก แถวโน้นไม่มี ใช้น้ำประปาก็มีปัญหา ตอนดึก ๆ จะไหลดีหน่อย ตอนกลางวันไหลน้อย ๆ บางทีก็ไม่ไหล ต้องรองน้ำใส่ตุ่มไว้ บ้านเราไม่มีบ่อน้ำก็ลำบาก บางบ้านมีบ่อน้ำเป็นของตนเองก็สบายหน่อย มีใช้ทั้งบ่อน้ำตื้น และเจาะบ่อน้ำบาดาล ..."

บ้านที่อยู่อาศัยและเครื่องใช้ภายในบ้านมีสภาพที่แตกต่างกันมาก เริ่มตั้งแต่ลักษณะบ้านที่ไม่มีฝาบ้านมั่นคงแข็งแรง หลังคารั่ว ไม่มีห้องแยก ไปจนถึงบ้านที่มั่นคง มีห้องแยกเป็นสัดส่วน และมีสิ่งอำนวยความสะดวกในบ้านที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม แม้จะเป็นบ้านที่ไม่มั่นคงแข็งแรง แต่ในห้องน้ำเป็นโถส้วมแบบนั่งเก้าอี้ และมีราวจับในห้องน้ำ ดังนั้นในการพัฒนาประเด็นนี้จึงต้องมีการพัฒนาให้เหมาะสมกับลักษณะของแต่ละบ้าน โดยพบว่าประเด็นสำคัญที่ควรพัฒนาสำหรับทุกบ้านคือ มีปุ่มกดขอความช่วยเหลือติดในบ้าน โดยเป็นปุ่มที่เชื่อมโยงระบบไปยังหน่วยความช่วยเหลือฉุกเฉินของชุมชน ในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน เมื่อกดปุ่มนี้ที่บ้านจะมีเสียงดังไปถึงศูนย์ให้ความช่วยเหลือในชุมชน ดังคำพูดของผู้สูงอายุ รายที่ 14 และ 15 ที่ว่า

"... ที่บ้านมีออดกดเวลาเกิดเหตุฉุกเฉิน แต่ดังภายในบ้าน ยังไม่เคยได้ใช้จริง ๆ แต่ก็ติดไว้ก่อน เผื่อจำเป็นต้องใช้ บ้านอื่น ๆ ไม่ค่อยมีกันหรอก ถ้ามีกดออดแบบดังไปถึงป้อมยามของหมู่บ้านได้ก็ดีเลย จะเป็นประโยชน์มาก ๆ โดยเฉพาะบ้านที่มีกันแต่คนแก่อยู่ บางบ้านก็มีคนแก่อยู่คนเดียว ..."

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

"... มีเหตุอะไรก็ใช้โทรศัพท์หาลูก ๆ เอา แต่ตอนตกใจไม่รู้จะกดโทรถูกหรือเปล่า ไม่เคยเป็นอะไรที่ต้องโทรด่วน ๆ ถ้ามีปุ่มกดฉุกเฉินได้ที่บ้านจะง่ายหน่อย ตอนนี้

ปุ่มกดที่บ้านไม่มีหรอก กดปุ่มแล้วมีคนมาช่วยเหลือได้ก็ดีนะซิ ชอบเลยถ้ามีแบบนี้ กลัวอยู่เหมือนกันว่าถ้าลูกไม่รับโทรศัพท์จะทำไง ..."

ประเด็นที่ 4 มีกิจกรรมสังคมและระบบที่สนับสนุนผู้สูงอายุให้เข้าร่วม

โอกาสในการร่วมกิจกรรม แจ้งล่วงหน้าให้ทราบทุกครั้งเมื่อมีการจัดกิจกรรม การประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุทุกคนไปเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งโดยแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการมีแรงจูงใจต่าง ๆ ที่ชัดเจนเพิ่มขึ้น มีรถรับส่งที่มีประสิทธิภาพ มีการสนับสนุนงบประมาณในกรณีที่กิจกรรมนั้นต้องมีค่าใช้จ่าย เช่น ค่าแต่งตัว ค่าเช่าชุด เป็นต้น เป็นสิ่งที่ควรพัฒนาในการสนับสนุนผู้สูงอายุให้เข้าร่วมกิจกรรม ดังคำพูดของผู้สูงอายุ รายที่ 16 และ 17 ที่ว่า

"... รถรับส่งไปร่วมกิจกรรมก็มีบ้างไม่มีบ้าง แต่นัดแล้วไม่ค่อยมา เป็นสายบัวแต่งตัวคอยเก้อ หลัง ๆ นี่ก็เลยไม่ได้ไป ถ้ามีรถรับส่งก็ต้องให้ตรงเวลาด้วย อันนี้สำคัญนะ ไม่มีแรงจูงใจ ไอ้เราก็ทุ่มเทไปร่วมกิจกรรม เสียเวลา แล้วยังต้องเสียเงินอีก ค่าเสื้อผ้าหน้าผม ค่าเช่าชุด ไปรำกลองยาว ก็ต้องจ่ายเอง แบบนี้ก็สู้ไม่ไหว ..."

"... มีกิจกรรมเขาไม่ได้บอกทุกครั้ง บางทีเราก็อยากไปเขาไม่บอก ก็ไม่กล้าจะไป ที่จริงไม่ต้องคิดแทน มีอะไรที่ให้ไปได้ ก็มาบอกตามบ้านเลย พวกอสม.ก็ช่วยได้นะ กิจกรรมที่ทำก็ช่วยให้สุขภาพดีขึ้นได้ ถ้าทำตามที่เขาสอน หรือจะประกาศเสียงตามสายก็ได้ ให้รู้ตัวกันล่วงหน้าจะได้ไปร่วมได้ ..."

ประเด็นที่ 5 มีการได้รับความเคารพยกย่องและการยอมรับในสังคม

การยอมรับนับถือ มีการแสดงออกให้เห็นว่าเคารพนับถือ

การมีคนเคารพนับถือมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุทุกคน โดยการแสดงออกให้เห็นว่ามีการให้ความเคารพนับถือ 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 เลิกเป็นมานานแล้ว เขายังจำได้นะ ตอนนี้ที่ร้านก็เป็นที่รวมกลุ่มกันของผู้สูงอายุ มานั่งคุยกัน 6 - 7 คน ทุกวัน

ไม่มีเหงา..." ผู้สูงอายุบางคนเพียงแค่เจอหน้ากัน แล้วยิ้มให้ไม่ต้องพูดอะไร ก็ทำให้รู้สึกดี ดังคำพูดของผู้สูงอายุรายที่ 18 ที่ว่า "...แวะเวียนมาหากัน ยิ้มให้กันก็ดีแล้ว..." สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุมากที่สุดในกลุ่มตัวอย่างที่สัมภาษณ์ จะรู้สึกดีเมื่อมีลูกหลานดูแลเอาใจใส่ ดังคำพูดของผู้สูงอายุรายที่ 19 ที่ว่า "...รู้สึกดีมาก เมื่อลูกหลานมาดูแล คอยถามว่ากินอะไร ตอนที่ป่วย ก็ช่วยชงยาให้ เช็ดตัวให้ ..."

ประเด็นที่ 6 มีส่วนร่วมในโอกาสการทำงานและจิตอาสา

การเป็นพลเมืองที่ดี สืบสานวัฒนธรรมประเพณีที่ดีของชุมชน

ผู้สูงอายุสามารถทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนได้ตามศักยภาพของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล สิ่งสำคัญที่ควรเพิ่มเติมคือ การที่ผู้สูงอายุสืบสานวัฒนธรรมประเพณีที่ดีของชุมชนให้คงอยู่ต่อไปถึงรุ่นลูก รุ่นหลาน โดยมีการทำงานเป็นทีมและให้ความสำคัญกับคนทุกช่วงวัย เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน สามารถสืบทอดได้ หากเป็นการทำกันเองโดยความร่วมมือของคนในชุมชน ไม่ต้องมีพิธีการจากทางราชการมากนัก จะง่ายมากขึ้นในทางปฏิบัติ ดังคำพูดของผู้สูงอายุ รายที่ 10 และ 20 ที่ว่า

> "... ช่วงนี้ว่างก็คิดว่าจะทำอะไรเพื่อหมู่บ้าน คิดอยากพัฒนาให้มีชีวิต คือ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เป็นคนริเริ่มงานทิ้งกระจาด ซึ่งภูมิใจมาก คนร่วมมือดีเพราะว่ามีผลงานที่ผ่านมา ทำให้เขาเชื่อถือ แต่ต้องทำงานเป็นทีม ต้องช่วยกัน สำคัญมากในการทำให้งานสำเร็จ ให้ความสำคัญกับคนทุกวัย ให้มีการสืบสานต่อไป งานเทกระจาดศาลเจ้า มีกินเลี้ยงกัน เด็ก ๆ มาดูจะเห็นว่าผู้ใหญ่ทำอะไรกัน จะสืบทอดได้ ทำงานกับชุมชน ต้องเข้าใจชุมชน ถ้าชาวบ้านทำกันเอง จะง่ายกว่า ราชการมาทำงานยาก วุ่นวาย พิธีการเยอะ สถานที่ก็ต้องจัดพิเศษ เสียเวลารอนาน วุ่นวายหลายเรื่อง ..."

> "... งานตักบาตรเทโวที่วัดพลับ เป็นประเพณีที่ดีมาก มีการรวมตัวกันของญาติพี่น้องลูกหลาน ได้ช่วยกันเตรียมของที่จะตักบาตร ตอนเช้าก็ไปจองที่ตั้งแต่เช้าเลย สาย ๆ จะไม่มีที่เอา แต่ปีที่ผ่านมา พิธีการมากไปหน่อย รอนานเลย ราชการมาร่วมด้วย กว่าจะได้เริ่มก็นาน ชอบให้ทำกันเองประสาชาวบ้านดีกว่า ชาวบ้านก็มาช่วย ๆ กัน ไม่มีใครคิดค่าจ้าง มีแต่ช่วยบริจาคเงินร่วมทำบุญกัน ..."

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

การที่ผู้สูงอายุจะเป็นสมาชิกที่ดีของชุมชน นอกจากจะเป็นคนดีตามที่ได้ทราบกันโดยทั่วไปแล้ว ประเด็นสำคัญแต่ง่าย ๆ ตามมุมมองของผู้สูงอายุ คือ เป็นผู้สูงอายุที่ไม่เรื่องมาก ดังคำพูดของผู้สูงอายุ รายที่ 28 ที่ว่า "...แก่แล้วไม่สร้างความวุ่นวายให้กับใคร ไม่ทำให้ใครเดือดร้อน ง่าย ๆ เลย คือ ไม่เรื่องมาก ลูกหลานก็ไม่เบื่อ เขาก็อยากมาหาเรา แค่นี้ก็เป็นคนดีแล้วนะ..." ทำนองเดียวกับผู้สูงอายุ รายที่ 32 ที่ว่า "...ไม่เอาเปรียบใคร ไม่ว่าใคร แม้จะพูดจาไม่เพราะก็ไม่เป็นไร เราต้องแยกแยะให้ได้ ต้องดูว่าเขามีเจตนาอะไร อายุมากแล้วอย่าเยอะก็ดีแล้ว..." สอดคล้องกับที่ผู้อาวุโสที่สุดในกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุ รายที่ 19 ที่ว่า "...อย่าโวยวาย ต้องคิดเลยว่าทำดี 100 หน ทำชั่วทีเดียวก็หมด ทำดีทำยาก แต่ทำดีตายไปยังมีคนนึกถึง ยิ่งแก่ยิ่งต้องทำดี..."

ประเด็นที่ 7 มีการสื่อสารและให้ข้อมูลที่ได้ผลแก่ผู้สูงอายุ

อุปกรณ์สื่อสาร มีคนเคาะบอกตามบ้าน

ถึงแม้จะมีวิธีการสื่อสารที่หลากหลาย แต่การสื่อสารที่ได้ผลสำหรับผู้สูงอายุที่ควรมีคือ มีคนเคาะบอกตามบ้าน ซึ่งเป็นวิธีการที่เหมาะสำหรับการสื่อสารภายในหมู่บ้าน และจะได้ผลดีสำหรับผู้สูงอายุ ที่การมองเห็นและการได้ยิน มีการเสื่อมลงไปตามวัย ดังนั้น การเคาะบอกตามบ้านผู้สูงอายุแต่ละคน จึงเป็นการสื่อสารที่แน่ใจได้ว่าถึงผู้รับ และยังเป็นการสื่อสารสองทางสอบถามทำความเข้าใจให้ตรงกันได้ เหมาะสมกับบริบทของชุมชนบางกะจะ ดังคำพูดของผู้สูงอายุรายที่ 14 ที่ว่า "...เสียงตามสายก็ดี ควรมีวิธีอื่น ๆ ด้วย แต่ดีที่สุดคือ เคาะบอกตามบ้าน แก่ ๆ กันแล้วหูตึง ตาฝ้าฟางกันลงไปเยอะ..." นอกจากนี้ เสียงตามสายที่มียังไม่ครอบคลุมทั่วทุกบริเวณ มีบางจุดที่ได้ยินไม่ชัดเจน ดังคำพูดของผู้สูงอายุรายที่ 21 ที่ว่า "...เสียงตามสายมีกันทั้งหมู่ 1 หมู่ 4 หมู่ 6 แต่บางจุดได้ยินไม่ชัดเจน น่าจะมีให้ได้ยินทั่ว ๆ..."

ข่าวสารที่ผู้สูงอายุต้องการทราบ มีความแตกต่างกันไปตามความสนใจของผู้สูงอายุแต่ละคน ดังนั้น ภาครัฐที่ต้องการสื่อสารข้อมูล ข่าวสาร จะต้องประเมินได้ว่า ข่าวสารประเภทใด เป็นข่าวสารที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องรู้ และควรมีวิธีการสื่อสารแบบใด จึงจะเหมาะกับผู้สูงอายุแต่ละคน เพื่อให้การสื่อสารนั้นได้ผลแก่ผู้สูงอายุ ดังคำพูดของผู้สูงอายุรายที่ 22 ที่ว่า "...ชอบรู้เรื่องราวทุกเรื่อง เพราะไปตลาดนัดจะได้คุยกับเขาได้..." 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 แต่หากมีคำพูดที่ไม่สอดคล้องกับภาษากายที่แสดงออก ย่อมทำให้เกิดความรู้สึกในทางลบต่อผู้มารับบริการได้ ดังนั้น เจ้าหน้าที่ทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ จึงควรแสดงออกให้ครบถ้วนถึงการมีจิตบริการ ด้วยทุกคนที่มาใช้บริการในสถานบริการสุขภาพนั้น ต้องมีเหตุและปัจจัยที่เป็นความทุกข์อยู่แล้ว การมาเจอกับเจ้าหน้าที่ซึ่งไม่มีจิตบริการ จะยิ่งเป็นการเพิ่มเติมปัญหาให้มีความซ้ำซ้อนมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่สมควรให้เกิดขึ้นอย่างยิ่ง ในสถานพยาบาล ดังคำพูดของผู้สูงอายุ รายที่ 25 และ 26 ที่ว่า

> "... ที่นี่เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เขาก็ดี ยิ่งหมอ ๆ ยิ้มแย้ม พูดคุยดี ให้บริการดี จะมีเจ้าหน้าที่บางคนที่ไม่ใช่หมอ บางครั้ง หน้าบึ้ง พูดจาไม่ค่อยจะดีเท่าไร แต่ก็เกรงใจหมอปุ๊กไม่กล้าบอก เห็นว่าหมอเขาก็ดี ๆ กันทุกคน ถ้าน้อง ๆ เจ้าหน้าที่ปรับหน้าให้ยิ้มกว่านี้สักนิด พูดให้เพราะเพิ่มอีกสักหน่อย ทุกครั้งที่มีคนไปอนามัย ก็จะดีมาก ๆ..."

> "... ทั้งหมอกุ้ง หมอปุ๊ก ดีกันมาก ๆ หมอกุ้งเพิ่งมาใหม่แต่เขาก็ดี เรื่องผู้สูงอายุตอนนี้หมอกุ้งเป็นคนดูแล หมอคนอื่น ๆ ก็ดีนะ ดีกันทุกคน หมอปุ๊กบ้านอยู่ตรงนี้เอง ชาวบ้านรัก หมอเขาดี รักษาเก่งอยู่นะ ไม่ถือตัว พูดจาดี ทักทายดี เป็นตัวอย่างที่ดีให้ลูกน้องได้เลย เวลาที่อนามัยมีกิจกรรมอะไรให้ไป ถ้าหมอปุ๊กมาชวนเอง คนจะไปกันเยอะหน่อย เกรงใจน่ะ ไปก็ดีทั้งสนุก ทั้งได้ความรู้..."

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

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

> "... อยากให้ทำลานกีฬาหมู่ 1 ให้เสร็จสักที บอกว่าปีนี้จะเสร็จ ก็ยังไม่เห็นเสร็จเลยจะได้ออกกำลังกายใกล้บ้าน มีพวกเครื่องเล่น เหมือนอย่างทุ่งนาเชย มีที่ออกกำลังกายคนจะได้เจอกัน และแข็งแรงขึ้นด้วย จะไปใช้ลานกีฬาของหมู่ 6 มันก็ไกลไป ถ้าหมู่ 1 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 ดีอยู่นะมีหลังคา ถ้าจะกั้นให้มีห้องประชุมด้วยก็ดี บ้านเราฝนตกบ่อย ..."

จากข้อมูลเชิงคุณภาพข้างต้น สามารถสรุปประเด็นเพิ่มเติม ทั้งในส่วนของการเพิ่มข้อความ และการเพิ่มรายละเอียดในลักษณะที่มีอยู่เดิม เพื่อพัฒนาลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่ กรณีศึกษาชุมชนบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ได้ดังนี้

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตาราง 13 ลักษณะย่อยชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่เพิ่มเติม

ประเด็น AFC/WHO	ลักษณะย่อยชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่เพิ่มเติม
1. การมีพื้นที่ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุใช้ประโยชน์ร่วมกัน (Outdoor Spaces and Buildings)	- มีไฟกะพริบหรือไฟสีเหลืองบริเวณทางแยกหมู่บ้าน - มีปุ่มกดขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน โดยเชื่อมโยงระบบไปยังหน่วยความช่วยเหลือฉุกเฉินของชุมชน - มีป้ายแสดงการจอดรถที่ชัดเจน
2. การมีระบบคมนาคมและยานพาหนะที่สนับสนุนผู้สูงอายุ (Transportation)	- มีถนนอยู่ในสภาพดีที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ - มีรถฉุกเฉินประจำชุมชน
3. การมีบ้านที่อยู่อาศัยและเครื่องใช้ในสภาพที่เหมาะสม (Housing)	- มีไฟฟ้าส่องสว่างในบ้านและบริเวณบ้านเพียงพอ โดยเป็นระบบไฟฟ้าจากทางการ - มีปุ่มกดขอความช่วยเหลือติดในบ้าน โดยเชื่อมโยงระบบไปยังหน่วยความช่วยเหลือฉุกเฉินของชุมชน - 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)	- เจ้าหน้าที่พูดจาไพเราะ สุภาพ - มีสถานที่ออกกำลังกายของชุมชนที่พร้อมใช้ และปลอดภัย

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

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 จะประกอบไปด้วยบุคลากรผู้ทรงคุณวุฒิ จากภาคส่วนการศาสนา การสาธารณสุข การปกครอง การบริหาร และวิชาการ ซึ่งเคยมีประสบการณ์ในการสอน วิจัย บรรยาย การปฏิบัติ และการสื่อสาร เผยแพร่เกี่ยวกับการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุในด้านใดด้านหนึ่ง หรือมากกว่า จากทัศนะวิชา การพยาบาล สังคมวิทยา และเศรษฐศาสตร์มาแล้ว โดยสรุปการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ แต่ละท่านได้ 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. นายวิทูรัช ศรีนาม ผู้ว่าราชการจังหวัดจันทบุรี	จวนผู้ว่า จังหวัดจันทบุรี	5 ธันวาคม 2562 เวลา 13.00-14.30 น.
3. พระราชธรรมเมธี (ป.ธ.9), ดร. รองเจ้าคณะจังหวัดจันทบุรี	วัดโค้งสนามเป้า จังหวัดจันทบุรี	11 มกราคม 2563 เวลา 17.00-18.30 น.
4. นางสุจิตรา พิทยานรเศรษฐ์ อธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	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 ที่ปรึกษากรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร	14 กุมภาพันธ์ 2563 เวลา 11.00-12.00 น.
7. ดร.เดชรัต สุขกำเนิด นักวิชาการเศรษฐศาสตร์สุขภาพ และ อดีตหัวหน้าภาควิชา เศรษฐศาสตร์เกษตรและทรัพยากร คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร	23 ตุลาคม 2562 เวลา 10.00-12.00 น.

สถาบันวิทยบริการ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

สรุปจากการสัมภาษณ์ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ สรนิต ศิลธรรม ปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

แนวคิดสำคัญที่สุดในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุคือ ควรยึดตัวผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางของบริบททั้งหลายโดยใช้บ้านหรือชุมชนที่อยู่อาศัยเป็นสถานที่ดำเนินการเป็นหลัก จากนั้นจึงมีการวางแผนการทำงานร่วมกันขององค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนตามความเหมาะสมที่เกี่ยวข้อง สำหรับกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สามารถจะมีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ ระบบการศึกษาผู้สูงอายุ การให้ผู้สูงอายุอยู่ในชุมชน เทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุ และจิตอาสาผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียดดังนี้ (สรนิต ศิลธรรม. 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 ความต้องการกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อนำไปประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เกิดการพัฒนาต่อได้

2. การดำเนินงานเพื่อให้ผู้สูงอายุอยู่ในชุมชน

ผู้สูงอายุต้องอยู่ที่บ้านจึงจะดีที่สุด ดังนั้นบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุควรเน้นหนักที่การสร้างระบบครอบครัวและชุมชนให้เข้มแข็ง โดยมีบ้านของผู้สูงอายุเองเป็นศูนย์กลาง จะมีการสร้างศูนย์การดูแลผู้สูงอายุเท่าที่จำเป็นเท่านั้น เพราะเมื่อผู้สูงอายุอยู่ที่บ้านนอกจากผู้สูงอายุจะรู้สึกอบอุ่นใจที่ได้อยู่ใกล้ชิดลูกหลานที่คอยดูแลเอาใจใส่อย่างจริงใจแล้ว ยังเป็นโอกาสที่ระบบเครือญาติจะได้แสดงการเคารพยกย่องและดูแลผู้สูงอายุ ให้เป็นแบบอย่างที่ดีแก่

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

คนรุ่นใหม่ได้ดำเนินรอยตามในอนาคต รวมทั้งทุกคนในครอบครัวสามารถเรียนรู้การเตรียมตัวเข้าสู่ภาวะผู้สูงอายุเช่นเดียวกันทุกคน ทั้งนี้อาจจะมีการเตรียมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ให้มีความรู้และทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุให้สมบูรณ์ขึ้น ซึ่งอาจเป็นลูกหลานหรือการจ้างบุคคลอื่นมาดูแลที่บ้าน ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละครอบครัว เมื่อครอบครัวและชุมชนมีการดูแลกัน มีการพูดคุยกัน ย่อมเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวและชุมชน 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 กดปุ่มแดงต้องการให้มาด่วนมีเหตุฉุกเฉิน เป็นต้น เพราะนอกจากผู้สูงอายุจะมีสภาวะทางร่างกายที่ต้องเสื่อมถอยลงไปตามวัยแล้ว ในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินแม้แต่คนหนุ่มสาวเอง ถ้าหากไม่มีการเตรียมพร้อมที่ดี ไม่มีสติที่มั่นคงพอ การขอความช่วยเหลือจะล่าช้ากว่าที่ควรเป็น และอาจก่อให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้นนวัตกรรมสำหรับผู้สูงอายุ จึงต้องมีความสะดวกในการใช้งานไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ใดก็ตาม

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

4. จิตอาสาผู้สูงอายุ

ชุมชนต้องเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเป็นจิตอาสา เพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณค่าของตนเอง เพราะผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ทรงคุณค่า เป็นผู้มีประสบการณ์ชีวิตที่ถ่ายทอดให้ผู้อื่นเกิดการเรียนรู้ได้ ขึ้นอยู่กับว่าผู้สูงอายุนั้นมีความสามารถในด้านใด การให้ผู้สูงอายุเป็นจิตอาสา หัวใจสำคัญคือ ต้องการให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของตนเอง ส่วนการได้รับค่าตอบแทนอื่น ๆ นั้นเป็นส่วนเสริม ดังนั้น ชุมชนควรมีการใช้ประโยชน์จากผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับศักยภาพที่มี เช่น ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการถ่ายทอดและรู้เรื่องประวัติศาสตร์ เป็นไกด์จิตอาสา ผู้ที่มีความสามารถทางดนตรี เป็นครูจิตอาสาสอนดนตรีให้เด็ก ๆ ในชุมชน เป็นต้น นับได้ว่าอยู่ในขอบข่ายวิชาสังคมวิทยา

การเป็นจิตอาสาผู้สูงอายุ ช่วยส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ในประเด็น การมีส่วนร่วมในโอกาสการทำงานและจิตอาสา ผู้สูงอายุและชุมชนจึงควรช่วยกันค้นหาศักยภาพของผู้สูงอายุ และสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุใช้ศักยภาพของตนเองให้เกิดประโยชน์แก่ชุมชน รวมทั้งชุมชนควรมีช่องทางให้ผู้สูงอายุได้แสดงศักยภาพของตนด้วย การที่ผู้สูงอายุไปเป็นจิตอาสา นอกจากจะช่วยส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุแล้ว ยังส่งเสริมในประเด็นการให้ความเคารพยกย่องและการยอมรับในสังคม เพราะทำให้คนในชุมชนได้มองเห็นถึงความสามารถของผู้สูงอายุที่มีความสำคัญต่อชุมชน

ทั้งหมดที่กล่าวมานั้น มิอาจเกิดขึ้นได้เลย ถ้ายังมีชุดความคิดเดิม ๆ อยู่ ดังนั้น จุดเริ่มต้นที่สำคัญ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุคือ การเปลี่ยนแปลงชุดความคิด (Mind Set) ให้เข้าใจร่วมกันว่า ศูนย์กลางของการดูแลผู้สูงอายุที่แท้จริงคือ บ้านของผู้สูงอายุเอง (Home as Center of Caring) จึงต้องมีการเตรียมพร้อมทั้งตัวผู้สูงอายุเอง ผู้ที่กำลังจะเป็นผู้สูงอายุ คนในครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ สภาพบ้านเรือนและสิ่งสาธารณะต่าง ๆ ในชุมชนที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งนั่นรวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของคนในวัยอื่น ๆ ด้วย

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

สรุปจากการสัมภาษณ์ นายวิทูรัช ศรีนาม ผู้ว่าราชการจังหวัดจันทบุรี

แนวคิดเรื่องชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ยังมิได้ดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจนในจังหวัดจันทบุรี แต่ได้มีการดำเนินการโครงการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุซึ่งดำเนินงานโดยหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีประเด็นสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ การฟื้นฟูวัฒนธรรมไทยโดยผสมผสานแนวคิด "บวร" การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับศักยภาพชุมชน และการมีระบบบริหารจัดการที่ดี โดยมีรายละเอียดดังนี้ (วิทูรัช ศรีนาม. สัมภาษณ์. 2562)

1. การฟื้นฟูวัฒนธรรมของสังคมไทยโดยผสมผสานแนวคิด "บวร" มาใช้อย่างเป็นรูปธรรม

ชุมชนควรมีการผสมผสานแนวคิด "บวร" อันประกอบด้วย บ้าน วัด โรงเรียน มาใช้อย่างเป็นรูปธรรม ท่ามกลางกระแสเทคโนโลยีที่เข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน การเคารพผู้อาวุโสยิ่งลดน้อยลงไป หากมีเทคโนโลยีแต่คนในชุมชนไม่มีการดูแลกัน ไม่สนใจกัน การใช้เทคโนโลยีจะไม่เกิดประโยชน์ต่อชุมชนอย่างแท้จริง ดังนั้นสิ่งสำคัญสำหรับสังคมไทยประการหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจึงควรมีการฟื้นฟูวัฒนธรรมของสังคมไทยที่ดีงาม เช่น การเคารพผู้อาวุโส การมีน้ำใจช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ปลูกฝังให้กับคนรุ่นใหม่ โดยผสมผสานแนวคิด "บวร" มาใช้ให้เป็นรูปธรรม เริ่มจากบ้าน พ่อแม่ต้องเป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่ลูกหลาน มีวัดและโรงเรียนช่วยส่งเสริมการดำรงรักษาประเพณีที่ดีงาม ช่วยขัดเกลานิสัยและจิตใจของคนในชุมชน ทำกิจกรรมในครอบครัวและในชุมชนร่วมกันอย่างสม่ำเสมอซึ่งอยู่ในขอบข่ายวิชาสังคมวิทยา นอกจากนี้ การฟื้นฟูวัฒนธรรมของสังคมไทยที่ดีงามให้สมาชิกทุกคนมองเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ ยังช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุได้ จึงอยู่ในขอบข่ายวิชาการพยาบาล อีกด้วย

การฟื้นฟูวัฒนธรรมของสังคมไทยโดยการนำแนวคิด "บวร" มาใช้จึงช่วยส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC)ในประเด็น การได้รับความเคารพยกย่องและการยอมรับในสังคม การมีกิจกรรมสังคมและระบบที่สนับสนุนผู้สูงอายุให้เข้าร่วม เพราะการได้ทำกิจกรรมร่วมกันทั้งที่บ้าน วัด และโรงเรียน จะส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีของคนในครอบครัวและชุมชนได้ จึงก่อให้เกิดความเคารพและการยอมรับในสังคมต่อผู้สูงอายุมากขึ้น

2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับศักยภาพชุมชนโดยมีชุมชนเป็นแกนนำ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับศักยภาพของชุมชน โดยชุมชนต้องเป็นแกนนำในการคิดและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามศักยภาพที่มี หรือศักยภาพที่ต้องการ

สถาบันวิทยบริการจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พัฒนาซึ่งต้องมีความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน ทั้งนี้ภาครัฐต้องเข้าไปช่วยเสริมและสนับสนุนเพื่อให้การพัฒนาศักยภาพของชุมชนเกิดผลสัมฤทธิ์ โดยในการดำเนินงานของแต่ละชุมชนนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักที่จะช่วยสนับสนุนชุมชนในการดำเนินโครงการต่าง ๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดังกล่าว หลักปฏิบัติเหล่านี้อยู่ในขอบข่ายวิชาสังคมวิทยา

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับศักยภาพชุมชน ส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ประเด็นการมีกิจกรรมสังคมและระบบที่สนับสนุนผู้สูงอายุให้เข้าร่วม เพราะชุมชนต้องมีการจัดกิจกรรมในการค้นหาศักยภาพ และความต้องการของชุมชน เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่สอดคล้องกับบริบทที่มีอยู่

3. การมีระบบบริหารจัดการที่ดีในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

การปรับปรุงให้มีระบบบริหารจัดการที่ดีเพื่อให้ภาครัฐและภาคชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างแท้จริง โดยในการทำงานของภาครัฐควรมีหลักคิดว่า “ปัญหาของประชาชนคือ ปัญหาของเรา” ต้องไม่เกี่ยงงานกัน มีการประสานการทำงานร่วมกัน และมีการบริหารจัดการที่ดี ส่วนภาคชุมชนก็ต้องรู้ว่าตนเองมีหน้าที่อะไร มีข้อจำกัดใดที่ต้องให้ภาครัฐช่วยเสริม มีการร่วมแรงร่วมใจช่วยกันพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และมีการบริหารจัดการที่ดีเช่นกัน ซึ่งจะช่วยทำให้การพัฒนานั้นก่อให้เกิดประโยชน์กับประชาชนในชุมชนอย่างยั่งยืน หลักการนี้อยู่ในขอบข่ายวิชาสังคมวิทยา

การมีระบบบริหารจัดการที่ดีในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ประเด็น การสนับสนุนและให้บริการสุขภาพจากชุมชน เพราะการบริหารจัดการที่ดีในภาครัฐและประชาชนเป็นปัจจัยสนับสนุนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นได้

การมีส่วนร่วมของประชาชนจึงเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนา ทุกคนต้องทำหน้าที่ของตนเองไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรือภาคชุมชน การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต้องมีความเหมาะสมกับบริบทของวัฒนธรรมในสังคม ไม่เปลี่ยนแปลงไปตามกระแสโลกโดยลืมคำนึงถึงรากเหง้าของตนเอง เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่สืบสาน ต่อยอด อย่างยั่งยืน

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

สรุปจากการสัมภาษณ์ พระราชธรรมเมธี (ป.ธ.๙), ดร. รองเจ้าคณะจังหวัดจันทบุรี

การอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีความสุขนั้น คนในสังคมควรมีหลักธรรมที่เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวในการปฏิบัติจึงจะทำให้เกิดความสงบเรียบร้อยด้วยดี ท่ามกลางสภาพสังคมที่เข้าสู่สังคมสูงอายุหลักธรรมสำคัญที่ควรนำมาประยุกต์ใช้ในสังคมสูงอายุมี 5 ประการ ได้แก่ สติ กตัญญูกตเวที คุณค่าของคน มุตตตะจาคะ และอัตตะสัมมาปณิธิ โดยมีรายละเอียดดังนี้ (พระราชธรรมเมธี. สัมภาษณ์. 2563)

1. สติ

ผู้สูงอายุและคนในชุมชนควรมีสติในการดำเนินชีวิต เพื่อให้อยู่ในสังคมสูงอายุได้อย่างมีความสุข เพราะการมีสติเป็นหลักธรรมสำคัญที่สุด สตินับเป็นอุปการะธรรมทั้งหมด เมื่อมีสติจะเป็นคนดี ไม่เป็นทาสของอารมณ์ มีเหตุผล และใจเย็น วิธีการรักษาสติ คือ ต้องค่อย ๆ ฝึกอย่างสม่ำเสมอ รู้จักยับยั้งชั่งใจ กำกับจิตให้มีสติ มีการเจริญวิปัสสนา โดยเจริญสติให้รู้เท่าทันอารมณ์ที่มากระทบตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ กำหนดรู้ว่าเกิดขึ้น 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

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

สถาบันวิทยบริการ มหาวิทยาลัยราชภัฏรามคำแหง

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. มุตตะจาคะ

ผู้สูงอายุเป็นทั้งผู้รับและผู้ให้ คือ ให้โดยไม่หวังผลตอบแทนอีกแล้ว มุตตะจาคะเป็นการเสียสละโดยไม่หวังผลตอบแทน เรียกได้ว่า สละขาด ไม่มีการเรียกร้องเอาคืนภายหลัง ซึ่งเป็นข้อปฏิบัติของผู้บำเพ็ญบารมี เทียบกับสมัยปัจจุบันนี้ คือ การเป็นจิตอาสา

มุตตะจาคะหรือการสละขาด ช่วยให้คนในสังคมอยู่ร่วมกันอย่างเอื้ออาทร ถือได้ว่าอยู่ในขอบข่ายวิชาสังคมวิทยา และเป็นหลักธรรมที่ส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ในประเด็น การมีส่วนร่วมในโอกาสการทำงานและจิตอาสา เพราะเมื่อผู้สูงอายุและคนในชุมชนมีความเสียสละโดยไม่หวังผลตอบแทน จะเกิดจิตอาสาที่ร่วมกันพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

5. อัตตะสัมมาปณิธิ

การตั้งใจทำดี และทำดีได้จริงตามที่ตั้งใจไว้ ทั้งผู้สูงอายุและคนในชุมชนโดยร่วมกันส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถทำความดีได้ตามที่ตั้งใจไว้ ทั้งนี้ต้องเป็นความตั้งใจที่เหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุแต่ละคนด้วย อัตตะสัมมาปณิธิ เป็นการตั้งตนไว้ชอบ เริ่มจากการตั้งใจไว้ดีและได้กระทำความดีตามที่ตั้งใจไว้ ซึ่งจะได้ประโยชน์มากกว่า เรียกได้ว่า ได้ทั้งบุญและบารมี

อัตตะสัมมาปณิธิหรือการตั้งตนไว้ชอบ อยู่ในขอบข่ายวิชาสังคมวิทยา เพราะเมื่อมีความตั้งใจในการทำดี ก็จะปฏิบัติดี ทุกคนปฏิบัติดี สังคมย่อมเกิดความสงบสุข ซึ่งส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ในประเด็น การมีส่วนร่วมในโอกาสการทำงานและจิตอาสา เพราะการตั้งตน ไว้ชอบ เป็นหลักธรรมที่ส่งเสริมให้คนคิดดี ทำดี ซึ่งการเป็นจิตอาสาทำให้คนได้มีโอกาสปฏิบัติในสิ่งที่ดีงาม

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

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 การสื่อสารและให้ข้อมูลที่ได้ผลแก่ผู้สูงอายุ

2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมิติเศรษฐกิจ

เน้นส่งเสริมทัศนคติการออมของผู้สูงอายุเพื่อคุณภาพชีวิตในบั้นปลาย โดยมีการพัฒนารูปแบบการออม ให้ความรู้ในการจัดการเงิน เสริมสร้างรายได้และการมีงานทำของผู้สูงอายุ ซึ่งอยู่ในขอบข่ายวิชาเศรษฐศาสตร์

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในมิติเศรษฐกิจนี้ ช่วยส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ในประเด็น การมีส่วนร่วมในโอกาสทำงานและจิตอาสา เพราะมีการจัดการเพื่อให้ผู้สูงอายุมีโอกาสในการทำงานและเสริมสร้างรายได้เพิ่มขึ้น

3. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมิติสุขภาพ

เน้นการดำรงให้ผู้สูงอายุมีพฤฒิพลังให้นานที่สุด การคงไว้ซึ่งพฤฒิพลังหรือผู้สูงอายุมีพลัง (Active aging) ลดการพึ่งพา ลดการเจ็บป่วย มีความรอบรู้ด้านสุขภาวะ (Health literacy) ออกแบบและพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละช่วงวัยให้ได้มาตรฐาน ซึ่งอยู่ในขอบข่ายวิชาการพยาบาล

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในมิติสุขภาพ ย่อมส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ในประเด็น การสนับสนุนและให้บริการสุขภาพจากชุมชน และประเด็นมีกิจกรรมสังคมและระบบสนับสนุนผู้สูงอายุให้เข้าร่วม เพราะการจะทำให้ผู้สูงอายุยังคงพฤฒิพลังให้นานที่สุดได้นั้นต้องได้รับการสนับสนุนจากชุมชน 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

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ต่าง ๆ ต้องคำนึงถึงว่าพื้นที่ชุมชนและระบบบริการเหล่านั้น ผู้สูงอายุสามารถใช้ประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างสะดวกสบายและปลอดภัย

5. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมิติเทคโนโลยี

เน้นการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีการใช้งานง่ายและเข้าถึงได้จริง พัฒนาความร่วมมือทางเทคโนโลยีและนวัตกรรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงฐานข้อมูลผู้สูงอายุในระดับประเทศ เพื่อให้มีการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น อยู่ในขอบข่ายวิชาการพยาบาล

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

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

การทำงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจึงควรเป็นการทำงานเชิงรุก การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและคนในชุมชนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยต้องทำความเข้าใจว่าชุมชนนั้นมีศักยภาพอะไร มีความต้องการอะไร เพื่อจะได้สนับสนุนแต่ละมิติได้อย่างถูกต้อง สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานต้องเข้าใจงานของตัวเอง และวิธีการสื่อสารกับคนในชุมชน ดังนั้นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นพื้นฐานที่จำเป็นในการทำงานกับชุมชน เพื่อให้เกิดพลังชุมชนในการช่วยกันดูแลและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

สรุปจากการสัมภาษณ์ รองศาสตราจารย์ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ อดีตคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แนวคิดของการพยาบาลในการดูแลแบบองค์รวมสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ และควรมีการนำความรู้ในศาสตร์ทุกสาขาที่เกี่ยวข้องมาใช้ให้เหมาะสมกับบริบทที่มีอยู่ โดยการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จึงควรนำหลักการทรงงานตามแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระมหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ว่าด้วยเรื่อง เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา มาใช้ โดยมีรายละเอียดการประยุกต์ใช้ดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์. สัมภาษณ์. 2563)

1. เข้าใจ

การประยุกต์ใช้หลักการเข้าใจ บุคลากรทางสุขภาพและผู้เกี่ยวข้องต้องเข้าใจทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ทันสมัย มิใช่เฉพาะบุคลากรทางสุขภาพเท่านั้น ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล คนในครอบครัว และคนในชุมชน ต้องมีความเข้าใจว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจะเกิดได้เมื่อ ผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นมิได้เกิดอย่างโดดเดี่ยว มีปัจจัยทั้งจากตัวบุคคล/ผู้ป่วย (Host) เชื้อโรค (Agent) และ สิ่งแวดล้อม (Environment) ดังนั้นจึงควรมีการแก้ไขตามสาเหตุของปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น มีการจัดการกับปัจจัยเหล่านี้อย่างเหมาะสมก็จะช่วยทำให้ปัญหาสุขภาพนั้นได้รับการแก้ไข รวมทั้งต้องเข้าใจระบบบริการสุขภาพต่าง ๆ ว่ามีกี่ระบบ อะไรบ้าง เข้าถึงได้อย่างไร เมื่อเข้าใจได้ดีก็จะใช้บริการจากระบบต่าง ๆ ได้ดี ซึ่งอยู่ในขอบข่ายวิชาการพยาบาล

การประยุกต์ใช้หลักการเข้าใจนี้ ส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ในประเด็น การสนับสนุนและให้บริการสุขภาพจากชุมชน เพราะการให้บริการสุขภาพ ควรเริ่มจากการมีความเข้าใจก่อน เข้าใจฐานคิด ความเชื่อ ความรู้ การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนว่าเดิมเป็นอย่างไร มีความต้องการอะไร จึงจะรู้ได้ว่าควรปฏิบัติอย่างไรในการให้บริการสุขภาพ

2. เข้าถึง

การประยุกต์ใช้หลักการเข้าถึง ต้องเข้าถึงพื้นที่จริงในแต่ละชุมชนซึ่งมีรายละเอียดภูมิสังคมต่างกัน การเข้าถึงผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงว่า คุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุแต่ละคนอยู่ที่ไหน เช่น คุณค่าเป็นความพึงพอใจ ความสุขของผู้สูงอายุ ที่เกิดจากการได้รับการยอมรับ ดังนั้นต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุเป็นหลัก โดยข้อมูลเหล่านี้จะได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งต้องมีการลงพื้นที่จริงจึงจะสามารถเข้าถึงได้ เพื่อเชื่อมโยงไปสู่การดูแลสุขภาพ จึงอยู่ในขอบข่ายวิชาการพยาบาล

สถาบันวิทยบริการมหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี

การประยุกต์ใช้หลักการเข้าถึงนี้ ช่วยส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ในประเด็น การสนับสนุนและให้บริการสุขภาพจากชุมชน เพราะการได้ลงพื้นที่จริงจะก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี เกิดความไว้วางใจ จึงทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นความจริง ซึ่งจะนำไปสู่การสนับสนุนและให้บริการสุขภาพได้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

3. พัฒนา

การประยุกต์หลักการพัฒนา เน้นให้ผู้สูงอายุและสมาชิกชุมชนมีส่วนร่วมให้มากที่สุด เพื่อพัฒนาให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน โดยต้องมีกระบวนการจัดการเพื่อให้เกิดการตัดสินใจร่วมกัน 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 ยังอยู่ในขอบข่ายวิชาสังคมวิทยาอีกด้วย

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

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

สรุปจากการสัมภาษณ์ อาจารย์สง่า ดามาพงษ์ ที่ปรึกษากรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ปัจจุบันนี้ผู้สูงอายุ ลูกหลาน และคนในชุมชน มักไม่มีเวลาให้กัน กิจกรรมที่ต้องทำร่วมกันกับคนต่างวัยมีน้อยลง ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยมากขึ้น การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ประสบผลสำเร็จ จึงควรมีแนวทางในการทำงานกับผู้สูงอายุอย่างน้อย 3 ประการ ได้แก่ ติดอาวุธทางปัญญา ดึงศักยภาพ และใช้แนวคิดเดียว โดยมีรายละเอียดดังนี้ (สง่า ดามาพงษ์. สัมภาษณ์. 2563)

1. ติดอาวุธทางปัญญา

การติดอาวุธทางปัญญาคนต่างกลุ่มให้เหมาะสม โดยมีกลยุทธ์คือ เน้นผู้สูงอายุที่ปกติให้คงมีสุขภาพดีนานที่สุด การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุนั้น อาจแยกกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ปกติ มีสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว กลุ่มที่ 2 มีโรคประจำตัวแต่ยังช่วยเหลือตนเองได้ และกลุ่มที่ 3 เป็นผู้ป่วยนอนติดเตียง โดยควรเน้นการติดอาวุธทางปัญญาให้กลุ่มที่ 1 และหาวิธีการดึงกลุ่มที่ 2 ให้กลับมาเป็นกลุ่มที่ปกติ รวมทั้งช่วยดูแลกลุ่มที่ 3 ให้ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขแม้จะมีความเจ็บป่วย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย สิ่งสำคัญคือ ต้องติดอาวุธทางปัญญาให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งผู้ที่เป็นลูกหลาน หรือผู้ที่ประกอบอาชีพดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ และผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้เพียงพอที่จะช่วยส่งเสริมปัจจัยต่าง ๆ ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ แนวทางนี้จึงอยู่ในขอบข่ายวิชาการพยาบาล

การติดอาวุธทางปัญญาให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ช่วยส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ในประเด็น การสนับสนุนและให้บริการสุขภาพจากชุมชน การสื่อสารและการให้ข้อมูลที่ได้ผลแก่ผู้สูงอายุ เพราะการติดอาวุธทางปัญญาให้ได้ผลในทางปฏิบัตินั้น ต้องมีเทคนิค วิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จึงจะทำให้เกิดความเข้าใจในข้อมูลสำคัญที่ถูกต้องตามทฤษฎีและปฏิบัติได้จริงตามบริบทของผู้สูงอายุแต่ละคน เพื่อให้มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง

2. ดึงศักยภาพ

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

สถาบันวิทยบริการ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์

และต้องหาให้ได้ว่าใครควรเป็นผู้ดำเนินโครงการ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จึงอยู่ในขอบข่ายวิชาสังคมวิทยา

การดึงศักยภาพผู้สูงอายุ ส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC)ในประเด็นการมีส่วนร่วมในโอกาสการทำงานและจิตอาสา การมีกิจกรรมสังคมและระบบที่สนับสนุนผู้สูงอายุให้เข้าร่วม เพราะกระบวนการในการดึงศักยภาพผู้สูงอายุ ต้องมีกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้ค้นหาและแสดงศักยภาพของตนเอง จึงจะทำให้รู้ได้ว่าผู้สูงอายุนั้นมีศักยภาพใดและทำงานใดที่เหมาะสมได้

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 การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมด้วยเป็นสิ่งสำคัญ จึงต้องมีกิจกรรมสังคมเป็นจุดเริ่มต้นในการดำเนินการดังกล่าวและอยู่ในประเด็นอื่น ๆ ได้ด้วย ขึ้นกับว่าใช้แนวคิดใดเป็นหลักในการดำเนินการ เช่น หากใช้การปรับสภาพบ้านให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุเป็นแนวคิดเริ่มต้นจะตอบประเด็น การมีบ้านที่อยู่อาศัยและเครื่องใช้ในสภาพที่เหมาะสม เป็นต้น

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ประสบผลสำเร็จนั้น กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีไม่มีโรคประจำตัว ควรได้รับการพัฒนาเป็นอันดับแรก เป็นกลุ่มที่จะมีโอกาสในการแสดงศักยภาพมากที่สุด และเป็นเจ้าของโครงการเอง ทั้งนี้ควรเลือกใช้แนวคิดเดียวเป็นแนวทางหลักในการดำเนินการ เพื่อขยายผลสืบเนื่องในการพัฒนาเรื่องอื่น ๆ ได้ต่อไป

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

สรุปจากการสัมภาษณ์ ดร.เดชรัต สุขกำเนิด นักวิชาการเศรษฐศาสตร์สุขภาพ และอดีตหัวหน้าภาควิชาเศรษฐศาสตร์เกษตรและทรัพยากร คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

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

1. รู้ฐานข้อมูลชุมชน

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

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

2. อยู่ร่วมกันด้วยความเข้าใจ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต้องมีการสื่อสารสองทางเพื่อความเข้าใจที่ดีต่อกัน พึงระลึกไว้เสมอว่า ผู้สูงอายุอยู่กับคนหลายวัยต้องเข้าใจกันและกัน ผู้สูงอายุไม่ได้อยู่ตามลำพังยังเกี่ยวข้องกับคนอื่น และมีคนหลายวัยอยู่ด้วยกัน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องอยู่ร่วมกันด้วยความเข้าใจกันและกัน ไม่ใช่เน้นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางเท่านั้น แต่ผู้สูงอายุก็ต้องมีการปรับตัวเช่นกัน การพูดแสดงความห่วงใย การบอกความรู้สึกที่ดีต่อกันตรง ๆ จะช่วยให้เข้าใจกันได้ เมื่อเปิดใจรับฟังมากขึ้น จะทำให้เข้าใจมุมมองคนต่างวัยได้มากขึ้น ส่งผลให้มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน อยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีความสุข จึงอยู่ในขอบข่ายวิชาสังคมวิทยา

การอยู่ร่วมกันด้วยความเข้าใจ ส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ในประเด็น การได้รับความเคารพยกย่องและการยอมรับในสังคม และการสื่อสารและการให้ข้อมูลที่ได้ผลแก่ผู้สูงอายุ เพราะยอมรับฟังการพูดคุยกันด้วยความปรารถนาดีจะช่วยทำให้เข้าใจกันมากขึ้น เป็นการสื่อสารได้ผล และยังช่วยให้เกิดความเคารพและการยอมรับกันมากขึ้นตามไปด้วย

3. ตอบสนองความต้องการของชุมชน

ชุมชนเป็นศูนย์กลางการวางแผนการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงต้องดูความต้องการของชุมชนด้วย เพื่อให้เกิดระบบหรือโครงการที่ตอบสนองความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง โดยอยู่บนพื้นฐานของบริบทที่เป็นจริงของชุมชน ซึ่งจะช่วยให้จัดสรรทรัพยากรที่ใช้ในการทำโครงการต่าง ๆ จากระดับกลุ่มหรือชุมชน จะมีประสิทธิภาพสูงและเกิดประโยชน์มากกว่า ถือได้ว่าอยู่ในขอบข่ายการวางแผนที่ดีทางเศรษฐศาสตร์

การจัดทำโครงการตอบสนองความต้องการของชุมชน ส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ในประเด็น การมีพื้นที่ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุใช้ประโยชน์ร่วมกัน และการมีกิจกรรมสังคมและระบบที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วม เนื่องจากการค้นหาความต้องการของชุมชนนั้น ต้องมีการทำกิจกรรมให้คนในชุมชนเข้าร่วม จึงจะค้นหาความต้องการที่แท้จริงได้ และการพัฒนาที่เกิดขึ้นที่ตอบสนองความต้องการชุมชน จะเชื่อมโยงไปถึงพื้นที่ชุมชน และระบบสาธารณะต่าง ๆ ได้

เมื่อจัดทำโครงการต่าง ๆ โดยคำนึงถึงการรู้ฐานข้อมูลชุมชนระลึกไว้เสมอว่าผู้สูงอายุ อยู่ร่วมกับคนหลายวัยต้องเข้าใจกันและกัน และการตอบสนองความต้องการของชุมชนจะทำให้เข้าใจบริบทของชุมชน สามารถตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนได้อย่างเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุด โดยอาจส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ได้ทั้ง 8 ประเด็น ขึ้นอยู่กับว่าชุมชนต้องการให้จัดโครงการใด และโครงการนั้นทำให้เกิดการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับประเด็นใด

จากข้อมูลรายละเอียดการสัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ สามารถสรุปความสัมพันธ์ประเด็นหลักจากข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านกับมิติทางวิชาการและประเด็นการส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC) ได้ ดังตาราง 15 และ 16 ตามลำดับ

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตาราง 15 มิติสหวิทยาการจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

ผู้เชี่ยวชาญ	มิติทางวิชาการ		
	การพยาบาล	สังคมวิทยา	เศรษฐศาสตร์
1. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ สรนิต ศิลธรรม ปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม	- การสร้างระบบการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต - การสร้างนวัตกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ต้อง ราคาถูก ทำได้จริง และเหมาะสมกับผู้สูงอายุ	- การสร้างระบบการศึกษาเกี่ยวกับ ผู้สูงอายุ ให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต - ผู้สูงอายุอยู่ที่บ้านจึงจะดีที่สุด โดยมีระบบครอบครัวและชุมชนที่เข้มแข็ง - ชุมชนเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเป็นจิตอาสา	- การสร้างนวัตกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ต้องราคาถูก ทำได้จริง และเหมาะสมกับผู้สูงอายุ
2. นายวิทูรัช ศรีนาม ผู้ว่าราชการจังหวัด จันทบุรี	- การฟื้นฟูวัฒนธรรมสังคมไทยที่ดีงามเพื่อส่งเสริมการมองเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ	- ชุมชนผสมผสานแนวคิด “บวร” มาใช้เป็นรูปธรรม - การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับศักยภาพของชุมชน โดยชุมชนเป็นแกนนำในการคิดและพัฒนา - การปรับปรุงระบบบริหารจัดการที่ดีเพื่อให้ภาครัฐและภาคชุมชนมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	

ตาราง 15 (ต่อ)

ผู้เชี่ยวชาญ	มิติทางวิชาการ		
	การพยาบาล	สังคมวิทยา	เศรษฐศาสตร์
3. พระราชธรรมเมธี (ป.ธ.9), ดร. รองเจ้าคณะจังหวัด จันทบุรี	- การแสดงออกถึงความกตัญญูกตเวทีของคนในครอบครัว - การมองเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุของสมาชิกชุมชน	- ผู้สูงอายุและคนในชุมชน ควรมีสติในการดำเนินชีวิต - ความกตัญญูกตเวทีเป็นโอกาสทองของครอบครัว และชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ - คนในชุมชนและผู้สูงอายุมองเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ - ผู้สูงอายุเป็นทั้งผู้รับและผู้ให้ คือให้โดยไม่หวังผลตอบแทนอีกแล้ว - การตั้งใจทำดี และทำดีได้จริงตามที่ตั้งใจไว้ทั้งผู้สูงอายุและคนในชุมชน	
4. นางสุจิตรา พิทยานรเศรษฐ์ อธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์	- การดำรงให้ผู้สูงอายุมีพฤฒิพลังให้นานที่สุด - การนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	- การปรับทัศนคติของผู้สูงอายุและมุมมองชุมชนที่มีต่อผู้สูงอายุ ให้เข้าใจซึ่งกันและกัน - การปรับปรุง บ้านและสภาพแวดล้อมในชุมชนให้เหมาะสมกับคนทุกวัย	- การส่งเสริมทัศนคติการออมของผู้สูงอายุเพื่อคุณภาพชีวิตในบั้นปลาย

ตาราง 15 (ต่อ)

ผู้เชี่ยวชาญ	มิติทางวิชาการ		
	การพยาบาล	สังคมวิทยา	เศรษฐศาสตร์
5. รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ อดีตคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	- บุคลากรทางสุขภาพเข้าใจทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ - การเข้าถึงพื้นที่จริงในแต่ละชุมชน ซึ่งมีภูมิสังคมต่างกัน - การให้ผู้สูงอายุและสมาชิกชุมชนมีส่วนร่วมให้มากที่สุด	- การพัฒนาโดยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและสมาชิกชุมชนอย่างแท้จริง	
6. อาจารย์สง่า ดามาพงษ์ ที่ปรึกษากรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	- การติดอาวุธทางปัญญาคนต่างกลุ่มให้เหมาะสม โดยมีกลยุทธ์ เน้นผู้สูงอายุที่ปกติให้คงสุขภาพดีนานที่สุด	- การดึงความรู้ส่วนตัวของผู้สูงอายุให้เอาออกมาใช้ก่อนที่จะสายเกินไป	- การใช้แนวคิดเดียวในการดำเนินการให้ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขและมีประสิทธิภาพ
7. ดร.เดชรัต สุขกำเนิด นักวิชาการเศรษฐศาสตร์สุขภาพ และ อดีตหัวหน้าภาควิชาเศรษฐศาสตร์ เกษตรและทรัพยากร คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์		- การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต้องมีการสื่อสารสองทางเพื่อความเข้าใจที่ดีต่อกัน	- ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ต้องรู้ฐานข้อมูลชุมชนที่เป็นจริงอย่างรอบด้านเพื่อการวางแผนที่ดี - ชุมชนเป็นศูนย์กลาง การวางแผนการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ

ตาราง 16 สรุปประเด็นการส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ AFC จากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

ผู้เชี่ยวชาญ	ประเด็นในการส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC)							
	พื้นที่ชุมชน	คมนาคม	ที่อยู่อาศัย	กิจกรรมสังคม	เคารพ ยกย่อง	โอกาสทำงาน	สื่อสาร	บริการสุขภาพ
1. รศ.นพ. สรนิต ศิลธรรม ปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม	- สถานที่พร้อมในการจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุทั้งในระบบและนอกระบบ		- การมีความรู้ในการประเมินที่อยู่อาศัย - การสร้างนวัตกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่เหมาะสม	- การสร้างระบบการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต	- ผู้สูงอายุอยู่บ้านโดยมีระบบครอบครัวชุมชนที่เข้มแข็งและอบอุ่น	- ชุมชนสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสทำงานที่เหมาะสม		- การสอนให้ผู้ดูแลมีความรู้ที่นำไปใช้ได้จริงในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่บ้าน
2. นายวิทูรัช ศรีนาม ผู้ว่าราชการจังหวัด จันทบุรี	- วัดและโรงเรียนเป็นสถานที่สำคัญของชุมชนในการฟื้นฟูวัฒนธรรมสังคมไทย			- วัดและโรงเรียนจัดกิจกรรมส่งเสริมประเพณีที่ดีงาม - การค้นหาศักยภาพความต้องการของผู้สูงอายุ	- การนำแนวคิด “บวร” มาใช้เป็นรูปธรรม เริ่มต้นที่บ้าน โดยพ่อแม่เป็นแบบอย่างแก่ลูก		- ชุมชนเป็นแกนนำในการคิดและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามศักยภาพที่มี	- การปรับปรุงระบบบริหารจัดการที่ดีให้ภาครัฐและภาคชุมชนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้มีประสิทธิภาพ

ตาราง 16 (ต่อ)

ผู้เชี่ยวชาญ	ประเด็นในการส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC)							
	พื้นที่ชุมชน	คมนาคม	ที่อยู่อาศัย	กิจกรรมสังคม	เคารพ ยกย่อง	โอกาสทำงาน	สื่อสาร	บริการสุขภาพ
3. พระราชธรรมเมธี (ป.ธ.9), ดร. รองเจ้าคณะจังหวัด จันทบุรี		- คนในชุมชนตั้งใจทำดีให้ความช่วยเหลือในการเดินทางของผู้สูงอายุ		- ผู้สูงอายุและคนในชุมชนจึงควรมีสติในการดำเนินชีวิต และการทำกิจกรรม	- ความกตัญญูกตเวทีเป็นโอกาสทองในการดูแลผู้สูงอายุ - ทุกคนเห็นคุณค่าผู้สูงอายุ	- ผู้สูงอายุผู้ให้โดยไม่หวังผลตอบแทน - คนในชุมชนและผู้สูงอายุทำดีได้จริงตามตั้งใจ	- คนในชุมชนมีสติในการสื่อสาร จะช่วยให้ไม่เป็นทาสของอารมณ์ มีเหตุผล และใจเย็น	- เจ้าหน้าที่ให้บริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม ตระหนักถึงเห็นคุณค่าของคนทุกคน
4. นางสุจิตรา พิทยานรเศรษฐ์ อธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนา ฯ	- การจัดระบบบริการสาธารณะที่เอื้อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้		- การปรับปรุงสภาพบ้านและที่อยู่อาศัย ให้มีความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ	- การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุและคนในชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ	- การปรับทัศนคติผู้สูงอายุ มุมมองชุมชนต่อผู้สูงอายุให้เข้าใจซึ่งกันและกัน	- การส่งเสริมทัศนคติการออมของผู้สูงอายุเพื่อคุณภาพชีวิตในบั้นปลาย	- การใช้เทคโนโลยีช่วยในการสื่อสาร และให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุและคนในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ	- การจัดสวัสดิการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤฒิพลังให้นานที่สุด

ตาราง 16 (ต่อ)

ผู้เชี่ยวชาญ	ประเด็นในการส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC)							
	พื้นที่ชุมชน	คมนาคม	ที่อยู่อาศัย	กิจกรรมสังคม	เคารพ ยกย่อง	โอกาสทำงาน	สื่อสาร	บริการสุขภาพ
5. รศ.ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ อดีตคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	- การทำความเข้าใจ ศึกษาจากพื้นที่จริงแต่ละชุมชน และการพัฒนาที่สอดคล้องกับความต้องการ			-การจัดกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุและสมาชิกชุมชนมีส่วนร่วมให้มากที่สุด	- การมีความเข้าใจเป็นพื้นฐานสำคัญในการให้ความเคารพและยกย่องผู้สูงอายุ		- การสื่อสารที่ดีเป็นพื้นฐานสำคัญของการเข้าใจ และเข้าถึงผู้สูงอายุได้	- บุคลากรทางสุขภาพเข้าใจพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง เข้าถึงพื้นที่ และพัฒนาผู้สูงอายุให้สอดคล้องกัน
6. อาจารย์ สง่า ดามาพงษ์ ที่ปรึกษากรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข			- การปรับปรุงบ้านให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคน	- การดึงความรู้ส่วนตัวของผู้สูงอายุออกมาใช้ - การใช้แนวคิดเดียวดำเนินการ		- การให้ผู้สูงอายุได้ทำงานที่สอดคล้องกับศักยภาพของแต่ละคน	- การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการติดอาวุธทางปัญญาคนต่างกลุ่มให้ได้ผล	- การติดอาวุธทางปัญญาให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ตาราง 16 (ต่อ)

ผู้เชี่ยวชาญ	ประเด็นในการส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC)							
	พื้นที่ชุมชน	คมนาคม	ที่อยู่อาศัย	กิจกรรมสังคม	เคารพ ยกย่อง	โอกาสทำงาน	สื่อสาร	บริการสุขภาพ
7. ดร. เดชรัต สุขกำเนิด นักวิชาการเศรษฐศาสตร์สุขภาพและอดีตหัวหน้าภาควิชาเศรษฐศาสตร์เกษตรและทรัพยากร คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์	- ชุมชนเป็นศูนย์กลางการวางแผนโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ			- การจัดกิจกรรมในการค้นหาความต้องการของชุมชน และให้รู้ฐานข้อมูลชุมชน	- การอยู่ร่วมกันด้วยความเข้าใจกัน ยอมรับมุมมองที่แตกต่างกันของครอบครัวและชุมชน		- การสื่อสารสองทาง เปิดใจรับฟังซึ่งกันและกัน มีการบอกความรู้สึกที่ดีต่อกันอย่างตรง ๆ	- การรู้ฐานข้อมูลชุมชน และฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่เป็นจริงอย่างรอบด้าน

4. การระดมสมองจากเวทีชุมชน

การจัดเวทีชุมชน 2 ครั้ง ใช้ชื่อว่า การประชุมระดมความคิดสร้างสรรค์ชุมชนเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ: ชุมชนบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ครั้งที่ 1 และ 2 เพื่อระดมสมองจากกลุ่มตัวอย่างที่เลือกมาแบบเจาะจง เป็นผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ภาครัฐจากเทศบาลตำบลบางกะจะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดจันทบุรี รวมผู้เข้าร่วมประชุมครั้งละ 44 คน โดยมีวัตถุประสงค์การจัดเวทีชุมชนแต่ละครั้ง ดังนี้

ตาราง 17 วัตถุประสงค์การจัดเวทีชุมชน

เวทีชุมชน	วัตถุประสงค์การจัด	จำนวนคนเข้าร่วม	วัน เวลา สถานที่
ครั้งที่ 1	1. เพื่อแสดงความคิดเห็นต่อลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุทั้ง 8 ประเด็น ของชุมชนบางกะจะในความเป็นจริงเปรียบเทียบกับความต้องการในการปรับปรุงแต่ละประเด็น 2. เพื่อร่วมกันให้ความเห็นผ่านกลไกของ SWOT ที่มีการถ่วงน้ำหนักปัจจัยต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกชุมชน 3. เพื่อนำความคิดเห็นที่ได้ไปออกแบบเป็นโครงการชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตามแนวคิดสากลที่ประยุกต์สู่ท้องถิ่น 4. เพื่อเตรียมคืนข้อมูลให้ชุมชนพิจารณาในเวทีชุมชนครั้งที่ 2	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 ต.บางกะจะ อ.เมือง จ.จันทบุรี
ครั้งที่ 2	1. เพื่อร่วมกันพิจารณาการนำเสนอกลยุทธ์โครงการ ผลการประเมินก่อนการดำเนินงานโครงการ 2. เพื่อร่วมกันตรวจสอบ แสดงความคิดเห็นในการแก้ไข ปรับปรุง จัดลำดับความสำคัญของโครงการ 3. เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากความคิดเห็นของประชาคม มาสังเคราะห์เป็นระบบการดูแลสุขภาพชุมชน	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 ต.บางกะจะ อ.เมือง จ.จันทบุรี

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

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
มีส่วนร่วมในโอกาสการทำงานและจิตอาสา	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 ประเด็นมีส่วนร่วมในโอกาสการทำงานและจิตอาสา 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 กลุ่มความคิดเห็นที่ยังไม่เหมาะสม แต่ยังไม่จำเป็นต้องปรับปรุงเร่งด่วน ได้แก่ ประเด็นมีการสื่อสารและให้ข้อมูลที่ได้ผลแก่ผู้สูงอายุ เหมาะสมมากที่สุด ลำดับที่ 8 ต้องการปรับปรุงลำดับที่ 7

4.1 การวิเคราะห์กลยุทธ์การพัฒนาชุมชน

การวิเคราะห์กลยุทธ์การพัฒนาชุมชน ต้องมีการร่วมกันกำหนดวิสัยทัศน์ และกรอบชี้นำวิสัยทัศน์ก่อน เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์กลยุทธ์การพัฒนาชุมชน ได้ผลดังนี้

วิสัยทัศน์ (Vision) หรือภาพฝันของชุมชนบางกะจะ คือ “ชุมชนบางกะจะเป็นชุมชนต้นแบบของการมีระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุในจังหวัดจันทบุรี”

กรอบชี้นำวิสัยทัศน์ ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพชุมชนผู้สูงอายุบางกะจะคือ “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 เพื่อนำมากำหนดกลยุทธ์และวางแผนโครงการพัฒนาชุมชนผู้สูงอายุ โดยปัจจัยที่มีระดับสำคัญและมีผลกระทบต่อการพัฒนาชุมชนมาก จากทัศนะของผู้เข้าร่วมในเวทีชุมชน ให้เป็นระดับเกรด A, B และ C ตามลำดับ ซึ่งผลการให้ระดับความสำคัญปัจจัยต่าง ๆ เป็นดังนี้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยบูรพา

ตาราง 19 ผลการให้ระดับความสำคัญปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาชุมชนจากการระดมสมองในเวทีชุมชนครั้งที่ 1

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาชุมชน	ระดับความสำคัญ
จุดแข็งภายในชุมชนที่มีผลต่อผู้สูงอายุ (S)	
S1 โรงเรียนและกิจกรรมผู้สูงอายุ	A
S2 ถนนสภาพดี เดินทางสะดวก	B
S3 ชุมชนอยู่ใกล้โรงพยาบาลพระปกเกล้า	A
S4 ชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง	C
S5 เจ้าหน้าที่รัฐมีความรู้ในการดูแลสุขภาพ	C
S6 วัดและศาลเจ้าเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ	B
S7 ชุมชนใช้วิถีชีวิตตามความพอเพียง	B
จุดอ่อนภายในชุมชนที่มีผลต่อผู้สูงอายุ (W)	
W1 ไม่มีทางขี่จักรยาน เสี่ยงอุบัติเหตุ	C
W2 ห้องน้ำสาธารณะไม่มีโถส้วมแบบนั่ง	A
W3 ไม่มีระบบขนส่งสาธารณะในกรณีฉุกเฉิน	A
W4 สภาพบ้านไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	B
W5 ไม่มีเงินเพิ่มให้ผู้สูงอายุที่สุขภาพดี	B
W6 เสียงตามสายไม่ครอบคลุมพื้นที่	C
โอกาสที่ส่งผลจากภายนอกชุมชน (O)	
O1 การสนับสนุนงบประมาณโรงเรียนผู้สูงอายุ	A
O2 การร่วมมือกันของเครือข่ายชุมชน	C
O3 ระบบเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยทีมสุขภาพ	C
O4 นโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	B
O5 กิจกรรมนักศึกษาพยาบาลฝึกภาคปฏิบัติ	B
O6 ชมรมกระต่ายอาสาช่วยในการดูแลสุขภาพ	B
O7 นโยบายของรัฐเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	A

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

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 การสนับสนุนงบประมาณโรงเรียนผู้สูงอายุ 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 โดยกำหนด ให้ตัวแรกเป็น 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 ผลการวิเคราะห์กลยุทธ์การพัฒนาชุมชนจากการระดมสมองในเวทีชุมชนครั้งที่ 1

	จุดแข็งภายในชุมชนที่มีผลต่อผู้สูงอายุ
	S1A โรงเรียนและกิจกรรมผู้สูงอายุ S2A ชุมชนอยู่ใกล้โรงพยาบาลพระปกเกล้า S3B ชุมชนใช้วิถีชีวิตตามความพอเพียง S4B ถนนสภาพดี เดินทางสะดวก S5B วัดและศาลเจ้าเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ S6C ชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง S7C เจ้าหน้าที่รัฐมีความรู้ในการดูแลสุขภาพ
โอกาสที่ส่งผลจากภายนอกชุมชน O1A การสนับสนุนงบประมาณโรงเรียนผู้สูงอายุ O2A นโยบายของรัฐเกี่ยวกับผู้สูงอายุ O3B ชมรมกระต่ายอาสาช่วยในการดูแลสุขภาพ O4B กิจกรรมนักศึกษาพยาบาลภาคปฏิบัติ O5B นโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ O6C การร่วมมือกันของเครือข่ายชุมชน O7C ระบบเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยทีมสุขภาพ	1. เร่งพัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุตามนโยบายของรัฐโดยใช้งบประมาณจากภายนอกชุมชนและร่วมกับเครือข่ายชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (S1A, S6C, S7C, O2A, O1A, O6C) 2. เร่งพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอโดยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (S2A, O3B, O4B, O5B, O6C, O7C, S6C, S7C)

ตาราง 21 (ต่อ)

	จุดแข็งภายในชุมชนที่มีผลต่อผู้สูงอายุ S1A โรงเรียนและกิจกรรมผู้สูงอายุ S2A ชุมชนอยู่ใกล้โรงพยาบาลพระปกเกล้า S3B ชุมชนใช้วิถีชีวิตตามความพอเพียง S4B ถนนสภาพดี เดินทางสะดวก S5B วัดและศาลเจ้าเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ S6C ชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง S7C เจ้าหน้าที่รัฐมีความรู้ในการดูแลสุขภาพ
อุปสรรคที่ส่งผลจากภายนอกชุมชน T1A สังคมมีอบายมุขและยาเสพติดมากขึ้น T2A นโยบายพัฒนาชุมชนผู้สูงอายุยังไม่ถึงพื้นที่ T3B ปัญหาจากการขยายตัวของเมืองที่มีต่อชุมชน T4B จำนวนผู้ป่วยสูงอายุนอกชุมชนเพิ่มมากขึ้น T5C การเอาใจใส่จากคนนอกชุมชนลดลง T6C โรคติดต่อและสารพิษมากขึ้น	3. ส่งเสริมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุในการป้องกันผลกระทบจากอบายมุข ยาเสพติด และปัญหาจากการขยายตัวของเมือง รวมทั้งการมีโรคติดต่อและสารพิษมากขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี (S1A, T1A, T3B, T6C) 4. ส่งเสริมการใช้วิถีชีวิตตามความพอเพียง การมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจเพื่อป้องกันภาวะคุกคามจากภายนอกชุมชน (S3B, S5B, T1A, T3B, T3B , T5C)

ตาราง 21 (ต่อ)

	จุดอ่อนภายในชุมชนที่มีผลต่อผู้สูงอายุ W1A ห้องน้ำสาธารณะไม่มีโถส้วมแบบนั่ง W2A ไม่มีระบบขนส่งสาธารณะในกรณีฉุกเฉิน W3B ไม่มีเงินเพิ่มให้ผู้สูงอายุที่สุขภาพดี W4B สภาพบ้านไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ W5C ไม่มีทางขี่จักรยาน เสี่ยงอุบัติเหตุ W6C เสียงตามสายไม่ครอบคลุมพื้นที่
โอกาสที่ส่งผลจากภายนอกชุมชน O1A การสนับสนุนงบประมาณโรงเรียนผู้สูงอายุ O2A นโยบายของรัฐเกี่ยวกับผู้สูงอายุ O3B ชมรมกระต่ายอาสาช่วยในการดูแลสุขภาพ O4B กิจกรรมนักศึกษาพยาบาลฝึกภาคปฏิบัติ O5B นโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ O6C การร่วมมือกันของเครือข่ายชุมชน O7C ระบบเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยทีมสุขภาพ	5. ปรับปรุงระบบสาธารณะในชุมชนให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตามนโยบายของรัฐ โดยการมีส่วนร่วมของชมรมกระต่ายอาสาและเครือข่ายชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี (W1A, W2A, W4B, W5C, W6C, O2A, O3B, O6C)

ตาราง 21 (ต่อ)

	จุดอ่อนภายในชุมชนที่มีผลต่อผู้สูงอายุ W1A ห้องน้ำสาธารณะไม่มีโถส้วมแบบนั่ง W2A ไม่มีระบบขนส่งสาธารณะในกรณีฉุกเฉิน W3B ไม่มีเงินเพิ่มให้ผู้สูงอายุที่สุขภาพดี W4B สภาพบ้านไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ W5C ไม่มีทางขี่จักรยาน เสี่ยงอุบัติเหตุ W6C เสียงตามสายไม่ครอบคลุมพื้นที่
อุปสรรคที่ส่งผลจากภายนอกชุมชน T1A สังคมมีอบายมุขและยาเสพติดมากขึ้น T2A นโยบายพัฒนาชุมชนผู้สูงอายุยังไม่ถึงพื้นที่ T3B ปัญหาจากการขยายตัวของเมืองที่มีต่อชุมชน T4B จำนวนผู้ป่วยสูงอายุนอกชุมชนเพิ่มมากขึ้น T5C การเอาใจใส่จากคนนอกชุมชนลดลง T6C โรคติดต่อและสารพิษมากขึ้น	6. สร้างระบบการให้ค่าตอบแทนสำหรับผู้สูงอายุที่สุขภาพดี เพื่อให้มีแรงจูงใจในการดูแลและป้องกันโรคอันเกิดจากภาวะคุกคามต่าง ๆ รวมทั้งเป็นต้นแบบที่ดีสำหรับคนอื่นได้ (W3B, T1A, T3B, T4B, T6C)

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 ในการเน้นแนวทางป้องกันมากกว่ารักษาและลดผลกระทบจากอบายมุข ยาเสพติด รวมทั้งการมีโรคติดต่อและสารพิษมากขึ้น มี 2 โครงการ คือ โครงการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพดีแก่ผู้สูงอายุ และโครงการสร้างสรรค์กิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ

2.2 ส่งเสริมการใช้วิถีชีวิตตามแนวทางพอเพียง มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจเพื่อป้องกันภาวะคุกคามจากภายนอกชุมชน มี 2 โครงการ คือ โครงการส่งเสริมการใช้วิถีชีวิตตามความพอเพียงและโครงการส่งเสริมการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ

3. กลยุทธ์เชิงปรับ คือ ปรับแก้ไขจุดอ่อนให้ลดลงตามโอกาสที่มี

ปรับปรุงระบบบริการสาธารณะและที่อยู่อาศัยให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดูแลสุขภาพชุมชน มี 2 โครงการ คือ โครงการปรับปรุงระบบสาธารณะให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และ โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

4. กลยุทธ์เชิงเปลี่ยน คือ เปลี่ยนแปลงจุดอ่อนให้หนีพ้นไปจากอุปสรรคที่มี

สร้างระบบการให้ค่าตอบแทนสำหรับผู้สูงอายุที่สุขภาพดี เพื่อให้มีแรงจูงใจในการดูแลและป้องกันโรคอันเกิดจากภาวะคุกคามต่าง ๆ รวมทั้งเป็นต้นแบบที่ดีสำหรับคนอื่นได้ มี 1 โครงการ คือ โครงการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

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 มีเหตุผลความจำเป็นและความเห็นชอบโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน เป็นความจำเป็นและความเร่งด่วนที่มาจากความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุเป็นพื้นฐาน คือ ต้องการมีระบบสุขภาพที่ดีในท่ามกลางระบบชุมชนที่ดี มีโครงการเพื่อสร้างองค์ประกอบต่าง ๆ ของระบบสุขภาพที่ดีในท่ามกลางชุมชนกำลังพัฒนาที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ความพอประมาณ ขนาดและการลงทุนในโครงการต่าง ๆ จะเน้นเริ่มจากโครงการที่มีขนาดเล็กและการสร้างต้นแบบเป็นหลักไปก่อน จะไม่เน้นโครงการขนาดใหญ่เกินความจำเป็นของชุมชน หากแต่ก็มีแผนสามารถจะขยายตัวได้ในระยะยาวถ้ามีความเหมาะสมพอ ถือเป็นการพัฒนาตามลำดับ ค่อยเป็นค่อยไปอย่างมั่นคง ไม่ก้าวกระโดดแต่มีความเสี่ยง

การมีภูมิคุ้มกันที่ดี ความสำเร็จของโครงการต่าง ๆ จะขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการที่ดีแบบมีส่วนร่วมของประชาคมและสอดคล้องกับหลักธรรมาภิบาลเป็นที่ยอมรับจากเวทีชุมชนในทุกระยะการดำเนินงาน 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.โครงการปรับปรุงระบบสาธารณะให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	การมีรถฉุกเฉิน ถนน และห้องน้ำเหมาะสม ช่วยลดอุบัติเหตุและอันตรายร้ายแรง	การซื้อรถฉุกเฉิน ทำถนนและห้องน้ำ ของบประมาณได้พอสมควร ไม่มากจนเกินไป	การจัดซื้อ จัดจ้างตามระเบียบราชการ มีคณะกรรมการตรวจสอบ ให้งานสำเร็จได้	การบริหารจัดการ การแพทย์ เครื่องยนต์ สถาปัตยกรรม วิศวกรรม	ดำเนินการด้วยความซื่อสัตย์ สุจริต โปร่งใส ตรวจสอบได้
2.โครงการพัฒนาด้านกายภาพของโรงเรียนผู้สูงอายุ	การมีอาคาร และอุปกรณ์เหมาะสม จะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ของกลุ่มผู้สูงอายุ	ผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุและสมาชิกในกลุ่มปัจจุบันมีศักยภาพที่จะดำเนินการได้	การสร้างเครือข่ายในชุมชนและภายนอกชุมชน จะช่วยจัดการดูแลโรงเรียนผู้สูงอายุ	วิศวกรรม สถาปัตยกรรม เทคโนโลยีสารสนเทศ การสร้างสัมพันธภาพ	ความร่วมมือร่วมใจ และเคารพนับถือผู้สูงอายุของคนในชุมชน
3.โครงการส่งเสริมการใช้วิถีชีวิตตามแนวทางพอเพียง	การมีแปลงผักสวนครัวปลอดสารพิษ ทำให้มีแหล่งอาหารสุขภาพดีเพิ่มขึ้น	พื้นที่และปริมาณคนในชุมชน มีความพอดีกับการมีแปลงผักสวนครัวปลอดสารพิษได้	คนในชุมชนเข้าใจการเรียนรู้เพื่อพึ่งตนเองมากขึ้น และมีคำแนะนำจากหน่วยงานเกษตรจังหวัด	เกษตรกรรม การตลาด การประชาสัมพันธ์	การแบ่งปันพื้นที่ในการสร้างแปลงผัก และอดทนดูแลให้ได้ผลดี
4.โครงการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี	การมีระบบพิจารณาให้ค่าตอบแทนผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี เพิ่มแรงจูงใจได้	ในชุมชนมีกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี เป็นต้นแบบได้ขยายผลเพิ่มได้	การมีระบบแรงจูงใจมีส่วนช่วยให้กลุ่มผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืนยิ่งขึ้น	การประเมินสุขภาพ การจัดกิจกรรมแบ่งปันความรู้ การเงินและบัญชี	ความร่วมมือของคนในชุมชนกับเครือข่าย มีความยุติธรรม และซื่อสัตย์
5.โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยเพื่อผู้สูงอายุ	สภาพแวดล้อมที่บ้านที่ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ ลดการเกิดอุบัติเหตุ และการล้มได้	การปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่บ้าน ทำตามความจำเป็นตามสภาพบ้านแต่ละหลัง ไม่มากหรือไม่น้อยเกินไป	การร่วมปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่บ้าน ทำให้เกิดความรักหวงแหนในที่อยู่อาศัยมากยิ่งขึ้น	สถาปัตยกรรม เทคโนโลยีสารสนเทศ การแพทย์และสาธารณสุข	การดำเนินการทำตามระเบียบของราชการ โปร่งใส ตรวจสอบได้

ตาราง 22 (ต่อ)

ชื่อโครงการ	ความมีเหตุผล	ความพอประมาณ	การมีภูมิคุ้มกันที่ดี	การใช้ความรู้	การมีคุณธรรม
6.โครงการสร้างสรรค์กิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ	การจัดกิจกรรมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ช่วยให้ผู้สูงอายุสุขภาพดี	กิจกรรมที่เหมาะสม ไม่ยากหรือไม่ง่ายเกินไป สำหรับประยุกต์ในการดูแลสุขภาพในเชิงองค์รวมได้	คณะกรรมการดำเนินงานกิจกรรมเป็นคนในชุมชนและมีการประสานงานกับเครือข่ายภายนอกชุมชน	การแพทย์และสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์ การกีฬา จิตวิทยา การทำสมาธิ วิปัสสนา และภาวนา	ความเสียสละ ซื่อสัตย์สุจริต อดทน และใช้สติปัญญาในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ
7.โครงการส่งเสริมการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ	การมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ช่วยทำให้สมาชิกเห็นในคุณค่าของผู้สูงอายุ ที่เพิ่มขึ้น	บ้าน วัด โรงเรียน ในปัจจุบันมีความพร้อมตามกาลเทศะในการดำเนินงาน	สมาชิกชุมชนร่วมแรง ร่วมใจตระหนักถึงความสำคัญในการเห็นคุณค่าผู้สูงอายุ	การสร้างค่านิยมใหม่ การสร้างหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน	ความร่วมมือของคนในชุมชน การแบ่งปันความรู้ประสบการณ์ที่ดีแก่กัน
8.โครงการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพดีแก่ผู้สูงอายุ	การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพที่ใช้ได้จริง ช่วยให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้อง	การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเป็นพื้นฐานที่สมดุลกับคุณภาพชีวิตทุกคน	สมาชิกทุกคนมีเป้าหมายร่วมกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น	การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การสื่อสาร การประชาสัมพันธ์	ความพยายาม เสียสละและความตั้งใจจริงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
9.โครงการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุอย่างมีสัมฤทธิ์ผล	ระบบการเยี่ยมบ้านที่มีคุณภาพและฐานข้อมูลกลุ่มผู้สูงอายุที่ทันสมัย ทำให้วางแผนการดูแลได้ดียิ่งขึ้น	การกระจายหน้าที่ของพยาบาลจากรพ.สต. อสม. และจิตอาสาในชุมชน เป็นกระบวนการมีส่วนร่วมที่ดี	การสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพทั้งภายในชุมชนและภายนอกชุมชน เป็นการพึ่งพาตนเองที่แท้จริง	การแพทย์ การพยาบาล โภชนบำบัด กายภาพบำบัด จิตวิทยา เทคโนโลยีสารสนเทศ การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ	ความร่วมมือของสมาชิกชุมชน ในการดูแลกลุ่มครอบครัว ด้วยความเมตตา อดทน เสียสละ และแบ่งปัน

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	ลำดับความสำคัญ
โครงการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพดีแก่ผู้สูงอายุ	369	1
โครงการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุอย่างมีสัมฤทธิ์ผล	358	2
โครงการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี	353	3
โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยเพื่อผู้สูงอายุ	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 โครงการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุอย่างมีสัมฤทธิ์ผล และโครงการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ส่วนโครงการที่ควรดำเนินการเป็น 3 ลำดับสุดท้ายคือ โครงการส่งเสริมการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ โครงการส่งเสริมการใช้วิถีชีวิตตามแนวทางพอเพียง และโครงการพัฒนาด้านกายภาพของโรงเรียนผู้สูงอายุ

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

4.3 การประเมินผลสัมฤทธิ์เชิงระบบของโครงการ

ในการวางแผนโครงการพัฒนาของชุมชนบางกะจะ จะยึดหลักการคิดแบบเชิงระบบ มีการพิจารณาถึง การใช้ปัจจัยการผลิต (Inputs) การวางแผนโครงการ (Projects) และผลสัมฤทธิ์ที่เกิดจากโครงการ (Results) โดยที่เมื่อดำเนินงานในทุกโครงการสำเร็จลง น่าจะก่อผลสัมฤทธิ์ (Results) ในระยะเวลา ต่าง 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) ทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับผู้สูงอายุจากมุมมองของสมาชิกชุมชน

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	ศูนย์การเรียนรู้ของชุมชนทำให้สมาชิกชุมชนยังคงมีสุขภาพดีแม้จะสูงอายุ ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ	องค์ความรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ดี และความพร้อมของชุมชนในการส่งเสริมการเรียนรู้ของกลุ่มผู้สูงอายุ
3. โครงการส่งเสริมการใช้วิถีชีวิตตามแนวทางพอเพียง	-แปลงผักสวนครัวปลอดสารพิษประจำหมู่บ้านจากการมีส่วนร่วมของสมาชิกชุมชน องค์กรท้องถิ่น และจากหน่วยงานภายนอกชุมชน	การลดค่าใช้จ่ายในการรักษาจากการได้รับสารพิษ ส่งเสริมให้สุขภาพดี และเพิ่มรายได้ของผู้สูงอายุจากการขายผักปลอดสารพิษ	ต้นแบบชุมชนสำหรับการพัฒนากิจกรรมและอาชีพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เป็นชุมชนที่มีความเข้มแข็งและพึ่งตนเองมากขึ้น
4. โครงการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี	-ระบบการพิจารณาให้ค่าตอบแทนผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี	การประหยัดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพจากการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางของพลังชุมชน	ต้นแบบในการพัฒนาชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุจากการมีระบบแรงจูงใจที่เหมาะสม
5. โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยเพื่อผู้สูงอายุ	-สภาพแวดล้อมทั้งในบ้านและบริเวณรอบบ้านที่อยู่อาศัยมีความปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ	การลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุและการล้มของผู้สูงอายุ	การมีสุขภาวะของผู้สูงอายุและสมาชิกทุกคนในครัวเรือน กลุ่มครัวเรือน และชุมชน

สถาบันวิทยบริการ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตาราง 24 (ต่อ)

ชื่อโครงการ	ผลผลิต (output)	ผลลัพธ์ (outcome)	ผลกระทบ (impact)
6.โครงการสร้างสรรค์กิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ	-กิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุที่ครอบคลุมสุขภาพครบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ	การประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จากการชะลอการเกิดโรคที่เสื่อมตามวัย และเกิดภาวะสุขภาพดีในผู้สูงอายุ	ความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุ จากการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันทางวิชาการและทางปฏิบัติ ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี
7.โครงการส่งเสริมการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ	-เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในคุณค่าของผู้สูงอายุ	ทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับผู้สูงอายุของสมาชิกชุมชน ก่อให้เกิดศูนย์กลางของพลังชุมชนจากผู้สูงอายุ	ชุมชนเกิดความเข้มแข็งและอบอุ่นจากการตระหนักถึงคุณค่าและบทบาทของผู้สูงอายุ
8.โครงการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพดีแก่ผู้สูงอายุ	-การส่งเสริมองค์ความรู้จากระบบเครือข่าย ในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพที่ใช้ได้ในชีวิตจริง	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างถูกต้อง ส่งเสริมภาวะสุขภาพดีในผู้สูงอายุ ประหยัดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ	คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ เป็นต้นแบบสำหรับสมาชิกชุมชนทุกช่วงวัยได้ปฏิบัติตาม
9.โครงการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุอย่างมีสัมฤทธิ์ผล	-ระบบการเยี่ยมบ้านที่มีคุณภาพและดูแลผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึงทั้งชุมชน รวมทั้งมีฐานข้อมูลกลุ่มที่ทันสมัย	การลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง	ความสัมพันธ์ของครอบครัว ผู้สูงอายุ และกลไกภาครัฐในการร่วมพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในอนาคต

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

จะเห็นได้ว่า โครงการที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาครัฐที่เกี่ยวข้องทั้ง 9 โครงการนั้น ก่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์หลายประการ อันเป็นประโยชน์ที่เกิดขึ้นในเชิงบูรณาการ โดยทุกโครงการมีความเชื่อมโยง และสัมพันธ์กับ SDGs/UN และ AFC/WHO ในทุกประเด็น แต่ในที่นี้นำเสนอเฉพาะโครงการประเด็นหลัก 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 เป็นโครงการที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี แต่หากเจ็บป่วยนอนติดเตียงจะมีทีมสหสาขาวิชาไปดูแลที่บ้าน เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย 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 โครงการปรับปรุงระบบสาธารณะให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับ AFC/WHO ถึง 4 ประเด็น ได้แก่ การมีพื้นที่ชุมชนที่ผู้สูงอายุใช้ประโยชน์ร่วมกัน การมีระบบคมนาคมและยานพาหนะที่สนับสนุนผู้สูงอายุ การสื่อสารและให้ข้อมูลที่ได้ผลแก่ผู้สูงอายุ และการมีบ้านที่อยู่อาศัยและเครื่องใช้ในสภาพที่เหมาะสม อีกโครงการหนึ่งที่ลดความไม่เท่าเทียมกัน ได้แก่ โครงการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุอย่างมีสัมฤทธิ์ผล ซึ่งสอดคล้องกับ AFC/WHO ในประเด็นการสนับสนุนและการให้บริการสุขภาพจากชุมชน

โดยจากการดำเนินโครงการดังกล่าว ทุกคนในชุมชนได้ใช้ประโยชน์ร่วมกันไม่มีการแบ่งแยกว่าใช้ได้เฉพาะผู้สูงอายุเท่านั้น อาทิ การจัดซื้อรถฉุกเฉิน เมื่อมีภาวะฉุกเฉินทุกคนย่อมสามารถใช้ประโยชน์ได้ การมีระบบเสียงตามสาย ทุกคนในชุมชนจะรับข้อมูลข่าวสารได้เช่นกัน และแม้แต่คนที่เจ็บป่วยต้องนอนติดเตียงจะได้รับการดูแล ไม่ถูกทอดทิ้งจากการเยี่ยมบ้านของเครือข่ายการดูแลสุขภาพชุมชน จึงส่งเสริมให้บรรลุ SDGs#10 ลดความไม่เท่าเทียมกันได้

4) SDGs#11 ชุมชนและเมืองยั่งยืนทำให้เมืองและคนที่อาศัยอยู่ มีความปลอดภัย ยืดหยุ่นและมีความยั่งยืน

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

โดยโครงการเหล่านี้ มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้าน และบริเวณรอบบ้านที่อยู่อาศัยให้ดีขึ้นกว่าเดิมให้มีความปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ จึงกล่าวได้ว่ามีความปลอดภัยกับสมาชิกในครัวเรือนทุกคนด้วยเช่นกัน และยังมีการปรับปรุงถนนในชุมชน ซึ่งทำให้มีความปลอดภัยในการสัญจรของทุกคนในชุมชน สามารถส่งผ่านสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยนี้ไปสู่รุ่นต่อไปได้ จึงส่งเสริมให้บรรลุ SDGs#11 ชุมชนยั่งยืน

มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

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 ก่อให้เกิดเป็นต้นแบบชุมชนสำหรับการพัฒนากิจกรรมและอาชีพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เป็นชุมชนที่มีความเข้มแข็งและพึ่งตนเองได้มากขึ้น 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

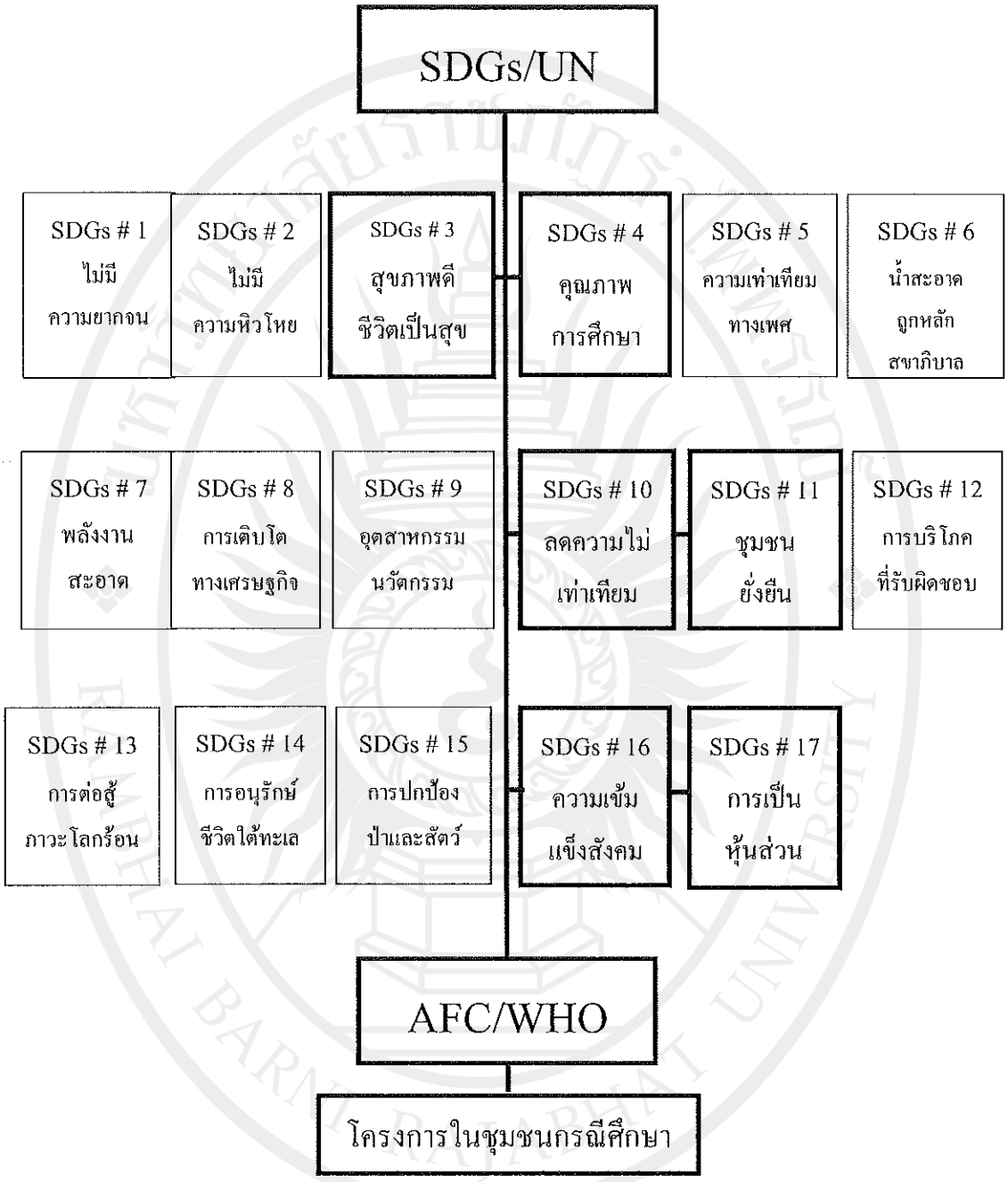
โดยเป็นโครงการที่มีการดำเนินการของหุ้นส่วนการพัฒนา 3 ภาคส่วนหลัก ได้แก่ สมาชิกชุมชน องค์กรท้องถิ่น และหน่วยงานภายนอกชุมชน อีกทั้งยังมีความสอดคล้องกับหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ตามแนวทางพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระมหาภูมิพลอดุลยเดช มหาราช บรมนาถบพิตร ซึ่งนำไปสู่ความสมดุล มั่นคง และยั่งยืน จึงส่งเสริมให้บรรลุ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

ดังนั้น การสังเคราะห์ระบบการดูแลสุขภาพชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางความคิด ซึ่งในชุมชนบางกะจะ มีจำนวนโครงการ 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 เฉพาะโครงการประเด็นหลัก 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 การเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุอย่างมีสัมฤทธิ์ผล	การสื่อสาร
SDGs#4 คุณภาพการศึกษา	โครงการสร้างแรงจูงใจ แก่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี	การมีกิจกรรมสังคม
SDGs#10 ลดความไม่เท่าเทียมกัน	โครงการพัฒนาด้านกายภาพ ของโรงเรียนผู้สูงอายุ	การมีโอกาสทำงาน
SDGs#11 ชุมชนยั่งยืน	โครงการสร้างสรรค์กิจกรรม ในโรงเรียนผู้สูงอายุ	การมีระบบคมนาคม
	โครงการปรับปรุงระบบ สาธารณะให้เป็นมิตร กับผู้สูงอายุ	การมีพื้นที่ชุมชน
SDGs #16 ความเข้มแข็งสังคม	โครงการปรับปรุง สภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัยเพื่อผู้สูงอายุ	การมีบ้านที่อยู่อาศัย
SDGs#17 การเป็นหุ้นส่วน	โครงการส่งเสริม การมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ	การได้รับการเคารพ
	โครงการส่งเสริมการใช้ วิถีชีวิตตามแนวทางพอเพียง	



ภาพประกอบ 5 ความสอดคล้องของโครงการกับ SDGs/UN และ AFC/WHO

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

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

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) เป็นแผนแม่บทหลักในการพัฒนาประเทศไทย โดยแผนพัฒนาในระดับต่าง ๆ จะมีความเชื่อมโยงและสอดคล้องกันตามลำดับ จากยุทธศาสตร์ชาติจนไปสู่แผนปฏิบัติการเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้วด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” ซึ่งกรอบแนวทางการพัฒนา 20 ปี ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ (สำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ 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 โดยมีหลักการสำคัญของแผนพัฒนา ฯ ที่สอดคล้องกับโครงการ 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 และแข่งขันได้อย่างยั่งยืน

4) การเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน

5) การเสริมสร้างความมั่นคงแห่งชาติเพื่อการพัฒนาประเทศสู่ความมั่งคั่งและยั่งยืน

6) การบริหารจัดการในภาครัฐ การป้องกันการทุจริตประพฤติมิชอบและธรรมาภิบาลในสังคมไทย

7) การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและระบบโลจิสติกส์

8) การพัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรม

9) การพัฒนาภาค เมือง และพื้นที่เศรษฐกิจ

10) ความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อการพัฒนา

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

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

โครงการที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม ได้แก่ โครงการปรับปรุงระบบสาธารณะให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โครงการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุอย่างมีสัมฤทธิ์ผล เนื่องจากเป็นโครงการที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ และผลกระทบกับสมาชิกทุกคนในชุมชนและผู้สูงอายุทุกคน รวมทั้งผู้ที่เจ็บป่วยต้องนอนติดเตียงจะได้รับการดูแลจากทีมเยี่ยมบ้าน จึงมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติที่ 4 การสร้างโอกาสความเสมอภาคและความเท่าเทียมกันทางสังคม

โครงการที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 8 การพัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรม ได้แก่ โครงการปรับปรุงระบบสาธารณะให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โครงการพัฒนาด้านกายภาพของโรงเรียนผู้สูงอายุ และโครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยเพื่อผู้สูงอายุ เนื่องจากโครงการเหล่านี้ เป็นโครงการที่มีการพัฒนาทางด้านกายภาพ ซึ่งต้องใช้วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรม และก่อให้เกิดนวัตกรรมในชุมชนได้ อาทิ การมีปุ่มกดขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน โดยเชื่อมโยงระบบไปยังหน่วยความช่วยเหลือของชุมชน ซึ่งการมี

ปุ่มกดขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินนี้ สมาชิกทุกคนในชุมชนได้ใช้ประโยชน์ไม่มีการแบ่งแยกชนชั้น ดังนั้น จึงมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติที่ 4 การสร้างโอกาส ความเสมอภาคและความเท่าเทียมกันทางสังคม

เมื่อวันที่ 4 ธันวาคม พ.ศ. 2561 มติคณะรัฐมนตรี ประกาศให้สังคมสูงอายุ เป็นระเบียบวาระแห่งชาติ จึงมีมาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (พ.ศ. 2561) ซึ่งเป็นมาตรการขับเคลื่อนเพื่อให้ผู้สูงอายุเป็นพลวัติพลัง (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 และมาตรการย่อย 2.2 การปรับเปลี่ยนกฎหมาย ระเบียบปฏิบัติ ข้อบังคับให้เอื้อต่อการทำงานด้านผู้สูงอายุ 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 และสำหรับชุมชนบางกะจะนั้น 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 ได้มีการถ่ายทอดมาตามลำดับสู่ระดับจังหวัด 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

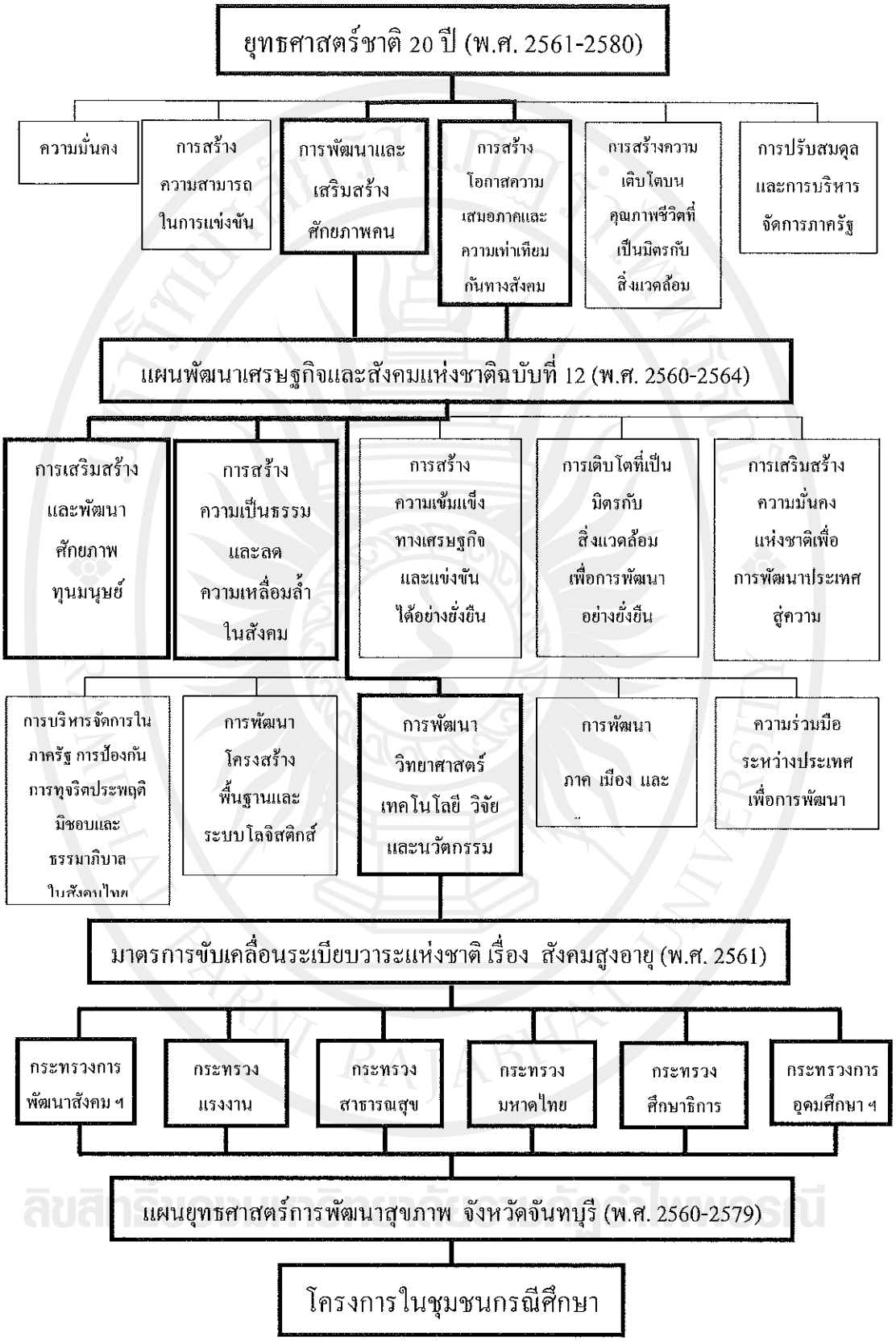
ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

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

เมื่อพิจารณาภาพรวมทุกโครงการในชุมชนกรณีศึกษา จึงมีความสอดคล้องตั้งแต่ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และมีความสอดคล้องต่อเนื่องมาตามลำดับจนถึงแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ จังหวัดจันทบุรี

โดยแสดงความสอดคล้องของยุทธศาสตร์ด้านผู้สูงอายุกับโครงการในชุมชนกรณีศึกษาดังภาพประกอบ 6

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี



ภาพประกอบ 6 ความสอดคล้องของยุทธศาสตร์ด้านผู้สูงอายุกับโครงการในชุมชนกรณีศึกษา

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

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 แต่สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ใช้อัตราการคิดลดร้อยละ 3 เนื่องจากอยู่ในภาวะเศรษฐกิจถดถอย เพราะมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

การศึกษาครั้งนี้ผลประโยชน์เกิดจากการดำเนินโครงการในระยะ 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 ในการศึกษานี้ จะตั้งอยู่บนข้อสมมุติ (Assumption) ที่ว่า เมื่อชุมชนได้มีการพัฒนากลุ่มผู้สูงอายุ จากการลงทุนโนโครงการต่าง ๆ โดยมีคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางความคิดแล้ว จะบังเกิดผลให้กลุ่มผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีการเจ็บป่วยลดลงหรือสามารถจะสร้างรายได้เพิ่มเติมแก่ตนเองได้อีกด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดต้นทุนด้านสุขภาพ (Health Cost) ของกลุ่มผู้สูงอายุที่ลดลง จากการเอาใจใส่ การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ การมีความรู้ ความเข้าใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่ดีขึ้น ล้วนแต่จะทำให้กลุ่มผู้สูงอายุ สามารถประหยัดต้นทุนในการดูแลสุขภาพตนเองได้มากขึ้น หรืออีกนัยหนึ่ง คือ เป็นการประหยัดงบประมาณสาธารณะ

สถาบันวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

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

ในการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ จะต้องปรับราคาค่ารักษาพยาบาลให้เป็นปัจจุบัน ตามดัชนีราคาผู้บริโภค (Consumer Price Index : CPI) ซึ่งสำนักดัชนีเศรษฐกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ 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 ดังนั้นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประเทศไทย จึงต้องใช้ใน พ.ศ. 2558 เช่นกัน เพื่อให้ปรับราคาค่ารักษาพยาบาลเป็น พ.ศ. 2563 ได้ โดยค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนประชากร คิดจาก 3 กองทุนหลัก ได้แก่ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิสวัสดิการข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม โดยแต่ละกองทุน แบ่งเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล 2 กรณี ได้แก่ ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 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
	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	
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)						
	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	สิทธิสวัสดิการข้าราชการ	สิทธิประกันสังคม	สิทธิหลักประกันสุขภาพ ฯ		สิทธิสวัสดิการข้าราชการ		สิทธิประกันสังคม		รวม 3 กองทุน
				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 รวมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้ง 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 จึงนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของชุมชนบางกะจะในแต่ละช่วงอายุ โดยนำจำนวนประชากรในชุมชนบางกะจะแต่ละช่วงอายุ (เทศบาลตำบลบางกะจะ. 2562 : 5) คูณกับค่าใช้จ่ายรายหัวในการรักษาพยาบาลของประเทศไทย ใน พ.ศ. 2558 ในช่วงอายุเดียวกัน จะได้เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของชุมชนบางกะจะ ดังตาราง 28

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตาราง 28 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของชุมชนบางกะจะ

ช่วงอายุ (ปี)	จำนวนประชากรในชุมชนบางกะจะ (คน)	ค่าใช้จ่ายรายหัวในการรักษาพยาบาลของประเทศไทย ใน พ.ศ. 2558 (บาท/คน/ปี)	ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของชุมชนบางกะจะ ใน พ.ศ. 2558 (บาท/ปี)	ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของชุมชนบางกะจะ 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 หาร 100 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

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

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

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

จากนั้นนำค่าที่ได้จากการวิเคราะห์ความอ่อนไหวไปคำนวณเป็นมูลค่าปัจจุบันดังสูตรที่กล่าวมาแล้วข้างต้น 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)	ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของชุมชนบางกะจะ ใน พ.ศ. 2563 (บาท/ปี)	ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่สมมุติให้ลดลงจากการทำโครงการสำเร็จทั้ง 9 โครงการ (บาท/ปี)					
		ร้อยละ 5	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30
		B1	B2	B3	B4	B5	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 มูลค่าคิดลด (Discounted value) ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ (Benefit : B) ของชุมชนบางกะจะ

B	มูลค่าก่อนคิดลด (บาท)	มูลค่าคิดลด (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) ในรูปของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่สมมุติให้ลดลงจากการทำโครงการสำเร็จทั้ง 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 มีค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของชุมชนบางกะจะใน 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 มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของชุมชนบางกะจะใน พ.ศ. 2563 เท่ากับ 1, 161,167.26 และ 1,300,059.39 บาท/ปี ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่สมมุติให้ลดลงจากการทำโครงการสำเร็จทั้ง 9โครงการ ร้อยละ 5 จะมีค่าเท่ากับ 58,058.36 และ 65,002.97 บาท/ปี ตามลำดับ

ดังนั้นเมื่อรวมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของชุมชนบางกะจะใน 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) โครงการปรับปรุงระบบสาธารณะให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

2) โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยเพื่อผู้สูงอายุ

3) โครงการส่งเสริมการใช้วิถีชีวิตตามแนวทางพอเพียง

4) โครงการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพดีแก่ผู้สูงอายุ

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏราไพพรรณี

5) โครงการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุอย่างมีสัมฤทธิ์ผล

6) โครงการสร้างสรรค์กิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ

7) โครงการส่งเสริมการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ

8) โครงการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี

9) โครงการพัฒนาด้านกายภาพของโรงเรียนผู้สูงอายุ

ต้นทุนในปีแรกของแทบทุกโครงการดังกล่าว เน้นการลงทุนค่าใช้จ่ายทางด้านกายภาพ (Physical Invesment 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 ที่สำคัญจากการลงพื้นที่ในชุมชนบางกะจะ พบว่ามีการลงทุนที่เกิดจากจิตอาสาทั้งภายในและภายนอกชุมชนที่เป็นรูปธรรมล่าสุดคือศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ และเป็นชุมชนที่มีศักยภาพในการพัฒนาให้เข้มแข็งยิ่งขึ้นได้ นอกจากนี้ค่าสถานที่ อุปกรณ์ต่าง ๆ และค่าตอบแทนวิทยากรที่เป็นของหน่วยงานราชการ ยังได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานทั้งจากองค์กรท้องถิ่น และหน่วยงานภายนอกชุมชน ดังนั้นการประมาณการลงทุนในการดำเนินโครงการทุกโครงการ จึงให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมการสร้างความเข้มแข็งในชุมชน การมีจิตอาสาทั้งภายในและภายนอกชุมชน จึงทำให้จำนวนเงินในการลงทุนในแต่ละโครงการน้อยลง เมื่อระยะเวลาโครงการยาวนานขึ้น ทั้งนี้มีการพิจารณาถึงความเป็นไปได้ตามกิจกรรมของแต่ละโครงการประกอบด้วยเสมอ

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

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

ระยะเวลา	ต้นทุนในการดำเนินงานโครงการ (Cost : C) (บาท) แต่ละโครงการ									รวมต้นทุน	ต้นทุนคิดลด
(ปี)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	(บาท)	(บาท)
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
										รวมต้นทุนคิดลด 5ปี	2,784,311.04
										รวมต้นทุนคิดลด 10 ปี	3,186,429.82

จากตาราง 31 แสดงว่า ต้นทุนในการดำเนินงานโครงการ (Cost : C) ดังเช่น โครงการที่ 1 โครงการปรับปรุงระบบสาธารณะให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ในปีที่ 1 มีการซื้อรถฉุกเฉินของชุมชน ทำถนนคอนกรีตเสริมเหล็ก ปรับปรุงห้องน้ำในวัด โดยวางแผนเป็นรถพยาบาลฉุกเฉิน ชนิดรถกระบะ ปริมาตรกระบอกสูบไม่ต่ำกว่า 2,400 ซีซี หรือกำลังเครื่องยนต์สูงสุดไม่ต่ำกว่า 110 กิโลวัตต์ ราคาคันละ 1,070,000 บาท (สำนักงบประมาณ. 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 ช่วยลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพลงได้ร้อยละ 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

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตาราง 32 ประโยชน์ที่ได้รับกับการลงทุนในการดำเนินโครงการ

อายุ (ปี)	ระยะเวลา (ปี)	มูลค่าคิดลด (Discounted value) (ล้านบาท)						ความเป็นไปได้ของโครงการ				
		การลงทุน (C)	ผลประโยชน์ (B)					B/C				
			ร้อยละของ B ที่สมมุติให้ลดลง					ร้อยละของ B ที่สมมุติให้ลดลง				
			10	15	20	25	30	10	15	20	25	30
□ 61	5	2.78	1.13	1.70	2.25	2.82	3.38	0.40	0.61	0.81	**1.01**	**1.21**
	10	3.19	2.10	3.15	4.20	5.25	6.30	0.66	0.99	**1.32**	**1.65**	**1.98**
□ 11	5	2.78	2.11	3.16	4.21	5.27	6.32	0.76	**1.13**	**1.51**	**1.89**	**2.27**
	10	3.19	3.92	5.89	7.85	9.81	11.8	**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 หากสมมุติว่า โครงการทั้งหมดจะสามารถลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของผู้สูงอายุลงได้ร้อยละ 25 และร้อยละ 30 ตามลำดับ โดยหากคิดอายุโครงการในเวลา 10 ปี จะมีความเป็นไปได้เพิ่มขึ้น โดยมีอัตราส่วน B/C เท่ากับ 1.32, 1.65 และ 1.98 เมื่อสมมุติให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของผู้สูงอายุลดลง ร้อยละ 20, 25 และ 30 ตามลำดับ ดังนั้น เมื่อกำหนดอายุโครงการยาวนานขึ้นเป็น 10 ปี ความเป็นไปได้ในการดำเนินการจริงจะเพิ่มขึ้น เมื่อสมมุติให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของผู้สูงอายุลดลงเพียงร้อยละ 20 เท่านั้น

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาโดยข้อเท็จจริงแล้ว ประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการเหล่านี้ มิได้เกิดเฉพาะกับกลุ่มผู้สูงอายุอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังเกิดกับคนในช่วงวัยอื่น ๆ ในชุมชนอีกด้วย เพราะลักษณะของชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุนั้น ย่อมจะเป็นมิตรกับคนทุกช่วงวัยเช่นกัน อาทิ การมีรถฉุกเฉิน ถนน ห้องน้ำสาธารณะ เสียงตามสาย หรือการเผยแพร่ความรู้ ดังนั้น หากคิดประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับคนทุกช่วงวัย จะยิ่งทำให้มีความเป็นไปได้ของโครงการที่สมควรจะดำเนินการจริงเพิ่มขึ้น ซึ่งจะเป็นการประเมินที่ใกล้เคียงกับความจริงของชุมชนในกรณีศึกษามากกว่าที่จะสมมติให้ประโยชน์ตกแก่กลุ่มผู้สูงอายุเท่านั้น โดยมีอัตราส่วน B/C เท่ากับ 1.13, 1.51, 1.89 และ 2.27 หากสมมุติว่า 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 เมื่อสมมุติให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของคนทุกช่วงวัยลดลงร้อยละ 10, 15, 20, 25 และ 30 ตามลำดับ

การดำเนินการโครงการทั้งหมดนี้ หากคิดอายุโครงการ 5 ปี และสมมุติให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพลดลงร้อยละ 25 จึงจะมีอัตราส่วน B/C มากกว่า 1.00 ไม่ว่าจะคิดผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ หรือรวมกลุ่มคนทุกช่วงวัยด้วยก็ตาม โดยหากคิดอายุโครงการ 10 ปี จะมีอัตราส่วน B/C มากกว่า 1.00 เมื่อสมมุติให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของคนทุกช่วงวัยลดลงเพียงร้อยละ 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) หรืออยู่ในภาวะปกติใช้อัตราการคิดลดเพิ่มเป็น 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