



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

(ภาษาไทย) การบูรณาการสรรพศาสตร์เพื่อรองรับสังคมสูงวัยและสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุ (ไทยอารี)
(ภาษาอังกฤษ) Integrated sciences for ageing society and wellness solutions (Thai ARI)

โครงการวิจัยที่ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยกองทุนวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยบูรพา

หัวหน้าโครงการวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชลธิชา จันทคีรี
ผู้ร่วมวิจัย รองศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์
ศาสตราจารย์ ดร. ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารีย์ กังใจ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พัชรินทร์ พูลทวี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ตระกูลวงศ์ ฤๅชา
นางฉวีวรรณ ชื่นชอบ
นางจิตาภา จุฑาภูวดล
นางสาววรากุล บุญธรรม

โครงการวิจัยนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยบูรพา
งบประมาณอุดหนุนจากกองทุนวิจัยและพัฒนา
ประเภททุนสนับสนุนการวิจัยตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน มหาวิทยาลัยบูรพา
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

บทสรุปผู้บริหาร (Executive Summary)

ข้าพเจ้า ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชลธิชา จันทศิริ และคณะผู้วิจัย รายงาน ดังต่อไปนี้
 รองศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ ศาสตราจารย์ ดร. ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา ผู้ช่วยศาสตราจารย์
 ดร. วารี กังใจ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พัชรินทร์ พูลทวี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ตระกูลวงศ์ ฤๅชา นาง
 ฉวีวรรณ ชื่นชอบ นางจิตาภา จุฑาภูวดล นางสาววราภุส บุญธรรม ได้รับงบประมาณสนับสนุนการ
 วิจัย จากมหาวิทยาลัยบูรพา งบประมาณอุดหนุนจากกองทุนวิจัยและพัฒนา ประเภททุนสนับสนุนการ
 วิจัยตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน มหาวิทยาลัยบูรพา ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ โครงการวิจัยเรื่อง
 (ชื่อภาษาไทย) การบูรณาการสรรพศาสตร์เพื่อรองรับสังคมสูงวัยและสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุ (ไทยอารี)
 (ชื่อภาษาอังกฤษ) Integrated sciences for ageing society and wellness solutions (Thai ARI)
 รหัสโครงการ HSo๔๓/๒๕๖๗ เลขที่สัญญา SDG ๐๖/๒๕๖๗ ภายใต้แผนงานโครงการวิจัยที่ได้รับ
 ทุนอุดหนุนการวิจัยกองทุนวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยบูรพามหาวิทยาลัยบูรพา ในงบประมาณรวม
 ทั้งสิ้น ๕๗๙, ๘๗๐ บาท (ห้าแสนเจ็ดหมื่นเก้าพันแปดร้อยเจ็ดสิบบาท) ระยะเวลาการดำเนินงาน ๑ ปี
 (ระหว่างวันที่ ๑ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๓๐ เดือน กันยายน พ.ศ.๒๕๖๗)

ขอรายงานสรุป ผลงานวิจัยในภาพรวม ดังนี้

เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี เป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงกว่าค่าเฉลี่ย
 ประเทศ ส่งผลให้ความต้องการระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) และมาตรการ
 ส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ปัญหาสำคัญประกอบด้วย ภาระของผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็น
 วัยแรงงาน แนวโน้มการอยู่ลำพังของผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพและ
 อุปกรณ์จำเป็น

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ การดำเนินงาน และปัจจัยความสำเร็จ
 ของระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี เพื่อเป็นต้นแบบการพัฒนา
 รองรับสังคมสูงวัยอย่างยั่งยืน ใช้การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากผู้สูงอายุ ๒๓๕ คน และข้อมูลเชิงคุณภาพ
 จากการสนทนากลุ่มกับผู้ดูแล อสม. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักวิชาการ และประชาชนทั่วไป
 รวมจำนวนทั้งสิ้น ๗๕ คน เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ความต้องการ และปัจจัยความสำเร็จของระบบดูแล
 ผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

เทศบาลเมืองแสนสุขมีประชากรทั้งหมด ๔๓,๓๐๒ คน เป็นผู้สูงอายุ ๘,๖๑๗ คน ร้อยละ
 ๑๙.๘๙ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุประกอบด้วย กลุ่มติดสังคม ร้อยละ
 ร้อยละ ๕๘.๑๑ กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ ๓๙.๕๓ และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ ๒.๓๖ ผลการสำรวจพบว่า
 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยเพียง ๕,๒๓๙ บาทต่อเดือน เกือบครึ่งมีโรคประจำตัวอย่างน้อย ๑-๒ โรค
 โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ปัญหาสำคัญคือแนวโน้มการอยู่ลำพัง
 เพิ่มขึ้น ภาระของผู้ดูแลที่ส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงาน และความต้องการระบบดูแลระยะยาวที่ครอบคลุม
 มากขึ้น

ผลการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุเทศบาลเมืองแสนสุขมีนโยบายและมาตรการดูแลครอบคลุม
 หลายมิติ ได้แก่ สวัสดิการและบริการสังคม เช่น เบี้ยยังชีพ โครงการพัฒนาศักยภาพ โรงเรียนผู้สูงอายุ

การใช้เทคโนโลยี Smart Health และ Smart Safety เพื่อเฝ้าระวังและช่วยเหลือฉุกเฉิน ด้านสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อผู้สูงอายุ ตามแนวทาง WHO Age-friendly City ครอบคลุมการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐาน ระบบขนส่ง ที่อยู่อาศัย กิจกรรมทางสังคม และบริการสุขภาพ โครงการระบบดูแลระยะยาว ภายใต้ความร่วมมือสหวิชาชีพ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมจัดแผนการดูแลรายบุคคล ครอบคลุม การฟื้นฟู การพยาบาล และอุปกรณ์ช่วยเหลือ นอกจากนี้การบูรณาการกับภาคีเครือข่าย เช่น JICA ซึ่งสนับสนุน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากญี่ปุ่นและการพัฒนานวัตกรรมด้านการดูแล

ปัจจัยความสำเร็จของระบบการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่เกิดจากหลายปัจจัย อาทิ ๑) การบริหารจัดการที่มีวิสัยทัศน์และต่อเนื่องขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๒) การบูรณาการภาคีเครือข่าย ทั้งภายในและภายนอกพื้นที่ ๓) การมีส่วนร่วมของชุมชนและอาสาสมัคร ๔) การใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล และ ๕) การสนับสนุนจากนโยบายระดับชาติ และโครงการระหว่างประเทศ

ผลลัพธ์สำคัญที่สะท้อนถึงประสิทธิภาพของระบบการดูแลของเทศบาลเมืองแสนสุข ผู้สูงอายุในชุมชนมีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง แต่มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงในด้านสิ่งแวดล้อม ร่างกาย และจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะชุมชนเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุที่ พบว่า ชุมชนมีความเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในระดับผ่านเกณฑ์เกือบทุกด้าน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมทางสังคมและบริการสุขภาพ เทศบาลเมืองแสนสุขจึงได้รับการเป็น “เมืองสุขภาพดี” และเมืองต้นแบบด้านการดูแลผู้สูงอายุได้รับการยอมรับในระดับประเทศ จากผลการศึกษาในครั้งนี้ผลผลิตที่สำคัญของการบูรณาการสหวิชาชีพ เพื่อรองรับสังคมสูงวัยและสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ ได้แก่ โมเดลการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่บูรณาการสหวิชาชีพ “เทศบาลเมืองแสนสุขโมเดล” ระบบการดำเนินงานด้านการดูแลระยะยาว การประยุกต์ ใช้ระบบเทคโนโลยี Smart Health และ Smart Safety สิ่งเหล่านี้ช่วยลดภาวะพึ่งพิงและอัตราการติดเตียง เพิ่มการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเพื่อส่งเสริมระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ยั่งยืน โดยเน้นการขยายความครอบคลุมของบริการสุขภาพเชิงรุก ส่งผลให้เทศบาลเมืองแสนสุขเป็นเมืองสุขภาพดีต้นแบบที่สามารถยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพของภาครัฐได้ กลุ่มเป้าหมายหลักของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อสม. นอกจากนี้ ผู้บริหารท้องถิ่น กรมอนามัย องค์กรความร่วมมือภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ นับว่าผู้ที่ต้องผลักดัน และพัฒนาการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุให้มีความยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ

ผลงานวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบขยายผลสู่พื้นที่อื่น สร้างความร่วมมือข้ามภาคส่วน และยกระดับการเตรียมความพร้อมรับมือสังคมสูงวัยในระดับประเทศ อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการด้านการใช้เทคโนโลยีในระบบดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ที่อาจต้องเพิ่มจำนวนให้เพียงพอต่อความต้องการ รวมทั้งเร่งขยายการอบรมบุคลากรและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เพื่อสามารถรองรับต่อสังคมสูงวัยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและยังได้รับการดูแลยังไม่ทั่วถึง รวมทั้งจัดสรรงบประมาณต่อเนื่องเพื่อความยั่งยืนของการดำเนินโครงการต่างๆ ต่อไป

ผลผลิตที่ได้รับจากงานวิจัย

(✓) องค์ความรู้/ข้อค้นพบใหม่ () สิ่งประดิษฐ์ใหม่ () อื่นๆ
โปรดระบุอย่างละเอียด

๑. โมเดลการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยผสมผสานองค์ความรู้จากสหสาขาวิชาชีพ (พยาบาล นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย อสม. และชุมชน) กกับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ สามารถสร้างระบบดูแลที่มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมตั้งแต่การป้องกัน ส่งเสริม ฟื้นฟู ไปจนถึงการดูแลระยะยาว (LTC)

๒. การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพในระดับท้องถิ่น การใช้ Smart Health และ Smart Safety ในระดับชุมชนช่วยลดเวลาในการช่วยเหลือฉุกเฉิน เพิ่มความปลอดภัย และ สนับสนุนการติดตามสุขภาพเชิงรุกอย่างเป็นระบบ ถือเป็นรูปแบบการนำเทคโนโลยีมาปรับใช้ใน ท้องถิ่นที่สามารถขยายผลได้จริง

๓. ศักยภาพของชุมชนเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมทางสังคมและ บริการสุขภาพ แสดงให้เห็นถึงความพร้อมของชุมชนในการรองรับการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมี คุณภาพชีวิตที่ดีด้านสิ่งแวดล้อม ร่างกาย และจิตใจ สะท้อนว่าการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้ ชีวิตมีผลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

๔. รูปแบบการบูรณาการความร่วมมือภาคีเครือข่ายในและต่างประเทศ ความร่วมมือ ระหว่างเทศบาลเมืองแสนสุขกับ JICA และองค์กรภายในประเทศ ช่วยยกระดับมาตรฐานการดูแล ผู้สูงอายุ โดยการนำองค์ความรู้และแนวทางจากต่างประเทศมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทชุมชน

๕. แนวทางการขยายผลสู่เมืองสุขภาพดีต้นแบบ ระบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไป ประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะใกล้เคียง เพื่อสร้างเมืองสุขภาพดีที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างประชากรและความต้องการดูแลผู้สูงอายุในอนาคต

ศักยภาพของเทคโนโลยีในเชิงพาณิชย์ (ถ้ามี)

- () ผลิตภัณฑ์หรือเทคโนโลยีที่ใกล้เคียงที่มีอยู่แล้วในตลาด
 - () ลักษณะการใช้ประโยชน์จากผลงาน (Application)
 - () จุดเด่นของผลิตภัณฑ์หรือเทคโนโลยีเมื่อเปรียบเทียบกับผลิตภัณฑ์หรือเทคโนโลยีปัจจุบัน
- โปรดระบุอย่างละเอียด.....

แผนและกลไกการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

- () เชิงเศรษฐกิจ
- (✓) เชิงสาธารณะ/สังคม
- () เชิงสิ่งแวดล้อม/พัฒนาพื้นที่
- (✓) เชิงวิชาการ
- () อื่นๆ โปรดระบุ.....

โปรดระบุรายละเอียดของแผนและกลไกการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

๑. เชิงสาธารณะ / สังคม: รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ “เทศบาลเมืองแสนสุขโมเดล” และระบบ LTC ที่ได้จากการถอดบทเรียนนี้ สะท้อนให้เห็นถึงการบูรณาการองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล การบริหารจัดการท้องถิ่น และนโยบายสาธารณะเข้าด้วยกันเป็น

ระบบเดียวที่เชื่อมการดูแลรายบุคคลกับการบริหารจัดการระดับพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม จากรูปแบบนี้สามารถนำไปขยายผลสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อื่น ผ่านการดำเนินการอบรมและจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อถ่ายทอดทั้งองค์ความรู้เชิงคลินิก การจัดการระบบ LTC และการใช้เทคโนโลยี Smart Health/Smart Safety ควบคู่กับการเสริมศักยภาพ Care Manager, Caregiver และ อสม. ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่สามารถประเมิน วางแผน และติดตามการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพพร้อมกันนี้ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อสร้างเครือข่าย “เมืองสุขภาพดี” ตามเกณฑ์องค์การอนามัยโลก อันเป็นการเชื่อมศาสตร์สุขภาพ เทคโนโลยี และการพัฒนาสังคมเมืองเข้าด้วยกันอย่างบูรณาการและยั่งยืน

๒. เชิงวิชาการ: ผลการวิจัยจะตีพิมพ์เผยแพร่ผ่านวารสารและเวทีวิชาการทั้งระดับชาติและนานาชาติ โดยสะท้อนการบูรณาการองค์ความรู้ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ เทคโนโลยีดิจิทัล การบริหารจัดการท้องถิ่น และนโยบายสาธารณะ เข้าด้วยกันเป็นกรอบแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุเชิงระบบในชุมชน ซึ่งองค์ความรู้ที่สามารถนำไปต่อยอดในการพัฒนาหลักสูตรฯ การผลิตสื่อการเรียนการสอนฐานข้อมูลวิจัย และคู่มือแนวปฏิบัติที่บูรณาการศาสตร์สุขภาพ วิทยาการข้อมูล และการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเป็นต้นแบบให้สถาบันการศึกษาและพื้นที่อื่นนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

๓. ระดับบุคคล: ผู้สูงอายุสามารถนำผลการวิจัยไปใช้โดยพัฒนาแผนสุขภาพรายบุคคล ที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของตนเอง เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และใช้เทคโนโลยี Smart Health/Smart Safety ในการติดตามอาการและป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังสามารถเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนและกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และมีส่วนร่วมสะท้อนความคิดเห็น เพื่อพัฒนาระบบบริการให้ตอบสนองความต้องการของตนเองได้ดียิ่งขึ้น

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research: MMR) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการของชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี โดยมุ่งวิเคราะห์ผลการดำเนินงานด้านนโยบาย สวัสดิการ บริการสุขภาพ สิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตลอดจนปัจจัยความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และความยั่งยืนของระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน การวิจัยใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ๓๐๐ คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน ๒๓๕ คน ด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินชุมชนเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน ๖๕ คน ได้แก่ ผู้ดูแลอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข นักวิชาการ และประชาชนทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า เทศบาลเมืองแสนสุขมีผู้สูงอายุร้อยละ ๑๙.๘๙ ของประชากรทั้งหมด และมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม ทั้งด้านสวัสดิการ บริการสังคม บริการสุขภาพ และ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น ระบบ Saensuk Smart Living, Smart Safety และ Smart Health เพื่อเพิ่มความปลอดภัยและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผลการประเมินชุมชนเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ พบว่า ภาพรวมผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๙๕.๓ โดยเฉพาะด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและการบริการสุขภาพ ขณะที่คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงดี โดยมีคะแนนสูงในด้านสิ่งแวดล้อม ร่างกาย และจิตใจ สำหรับผลการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ประสพการณ์จัดการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการของชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข ประกอบด้วย ๕ ประเด็นหลัก ได้แก่ ๑) มุมมองสถานการณ์ของผู้สูงอายุในพื้นที่ ๒) การดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุ ๓) บทบาทในการช่วยดูแลผู้สูงอายุ ๔) ปัจจัยความสำเร็จและกลยุทธ์ในการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และ ๕) ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมุมมองเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าความสำเร็จของระบบการดูแลผู้สูงอายุเกิดจากการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ การใช้ชุมชนเป็นฐาน การมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่าย รวมถึงการสนับสนุนจากนโยบายท้องถิ่นและความร่วมมือระหว่างประเทศ การดำเนินงานดังกล่าวส่งผลให้ลดภาวะพึ่งพิงและอัตราการติดเตียง เพิ่มความครอบคลุมของบริการสุขภาพเชิงรุก และเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ จนเกิดระบบดูแลผู้สูงอายุที่ยั่งยืน อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดด้านบุคลากร อุปกรณ์ และขั้นตอนเชิงระบบราชการ

สรุปผลการวิจัย พบว่า ระบบการดูแลผู้สูงอายุของเทศบาลเมืองแสนสุขมีความยั่งยืนจากการบูรณาการนโยบาย สวัสดิการ บริการสุขภาพ และเทคโนโลยีดิจิทัล ควบคู่กับการทำงานแบบสหวิชาชีพและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย ส่งผลให้ลดภาวะพึ่งพิง เพิ่มการเข้าถึงบริการเชิงรุก และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง แม้ยังมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร และขั้นตอนระบบราชการ แต่รูปแบบการดำเนินงานที่ใช้ชุมชนเป็นฐานและได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบาย ถือเป็นกลไกสำคัญที่เอื้อต่อความมั่นคงและความยั่งยืนของระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ, ชุมชนเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ, เมืองสุขภาพดี, การดูแลระยะยาว, เทคโนโลยีสุขภาพ

Abstract

Mixed Methods Research (MMR) was conducted with the objective of examining the integrated elderly care system of Saensuk Municipality, Mueang District, Chonburi Province. The study aimed to analyze the performance of policies, welfare services, healthcare services, age-friendly environments, and the quality of life of older adults, as well as to identify the success factors, problems, barriers, and sustainability of the community-based elderly care system.

A total of 300 participants were included in the study. Quantitative data were collected from 235 older adults using a demographic questionnaire, an age-friendly community assessment tool, and a quality of life assessment for older adults. The data were analyzed using descriptive statistics. Qualitative data were collected through focus group discussions with 65 stakeholders, including caregivers, village health volunteers, community leaders, healthcare personnel, academics, and members of the general public. The qualitative data were analyzed using content analysis.

The findings revealed that older adults account for 19.89% of the total population in Saensuk Municipality. The municipality has developed a comprehensive elderly care system covering welfare services, social services, healthcare services, and the application of digital technology, such as the Saensuk Smart Living, Smart Safety, and Smart Health systems, to enhance safety and improve access to healthcare services. The evaluation of the age-friendly community indicated that the overall performance met the criteria at 95.3%, particularly in the areas of older adult participation and healthcare services. Overall, the quality of life among older adults was rated at a moderate to good level, with high scores in the domains of environment, physical health, and psychological Health.

The qualitative findings revealed that the experience of managing an integrated elderly care system in Saensuk Municipality consists of five main themes: 1) perspectives on the situation of older adults in the area, 2) implementation of elderly care services, 3) roles in supporting elderly care, 4) success factors and strategic approaches in community-based elderly care, and 5) problems and barriers in providing care. These perspectives reflect that the success of the elderly care system stems from multidisciplinary teamwork, a community-based approach, the participation of families

and networks, as well as support from local policies and international collaboration. The implementation of this system has contributed to reducing dependency and the rate of bedridden older adults, increasing the coverage of proactive healthcare services, and strengthening multi-sectoral participation, thereby establishing a sustainable elderly care system. However, limitations were identified in terms of personnel, equipment, and bureaucratic procedures.

The summary of the research findings indicates that the elderly care system of Saensuk Municipality demonstrates sustainability through the integration of policies, welfare services, healthcare services, and digital technology, alongside multidisciplinary teamwork and the active participation of families, communities, and network partners. This integrated approach has contributed to reducing dependency, increasing access to proactive healthcare services, and continuously enhancing the quality of life of older adults. Although limitations remain in terms of resources and bureaucratic procedures, the community-based operational model, supported by policy frameworks, represents a key mechanism that promotes the stability and long-term sustainability of the elderly care system.

Keywords: quality of life of older adults, age-friendly community, healthy city, long-term care, health technology

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนการวิจัย จากมหาวิทยาลัยบูรพา “งบประมาณอุดหนุนจากกองทุนวิจัยและพัฒนา ประเภททุนสนับสนุนการวิจัยตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน มหาวิทยาลัยบูรพา ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗” เลขที่สัญญา SDG ๐๖/๒๕๖๗

งานวิจัยเรื่อง “การบูรณาการสรรพศาสตร์เพื่อรองรับสังคมสูงวัยและสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุ (ไทยอารี)” ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความร่วมมือและความทุ่มเทของทีมนักวิจัยทุกท่าน ที่ได้ร่วมกันวางแผน ออกแบบ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งวิเคราะห์และจัดทำรายงานอย่างเป็นระบบตลอดระยะเวลาของโครงการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ มหาวิทยาลัยบูรพา โดย สถาบันวิจัยและพัฒนา ที่ให้ทุนสนับสนุนการดำเนินโครงการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ เทศบาลเมืองแสนสุข ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และประชาชนในพื้นที่ ที่ได้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการตอบแบบสอบถามและเข้าร่วมการสนทนากลุ่มจนได้ข้อมูลที่ครบถ้วน และมีคุณภาพ

ท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ ไม่ว่าจะได้อ่านนามหรือมิได้อ่านถึงก็ตาม ความสำเร็จในครั้งนี้เกิดขึ้นได้ด้วยความร่วมมือ ความกรุณา และน้ำใจจากทุกภาคส่วน

Acknowledgment

This work was financially supported by Burapha University (The Research and Development Fund of Burapha University). This fund was for Sustainable Development Goals (SDGs) of Burapha University (Grant no. SDG 06/2567).

The research project titled “Integrated sciences for ageing society and wellness solutions (Thai ARI)” was successfully completed through the dedication and collaborative efforts of the entire research team, who jointly planned, designed, collected data, and systematically analyzed and prepared the research report throughout the duration of the project.

The researchers would like to express their sincere gratitude to Burapha University, particularly the Institute of Research and Development, for providing financial support for this project.

Special thanks are extended to the Saensuk Municipality for facilitating the data collection process, and to the older adults, caregivers, village health volunteers (VHVs), community leaders, public health officers, and local residents who kindly participated in the survey and focus group discussions, thereby contributing valuable and comprehensive data for this research.

Finally, the researchers would like to sincerely thank everyone who contributed to this project, whether mentioned by name or not. The success of this research would not have been possible without the cooperation, generosity, and goodwill of all involved parties.

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	ก
บทคัดย่อ	ข
Abstract	ค
กิตติกรรมประกาศ	ง
Acknowledgment	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญภาพ	ช
สารบัญตาราง	ซ
บทที่ ๑ บทนำ (Introduction)	๑
บทที่ ๒ วิธีการดำเนินการวิจัย (Material & Methods)	๔๘
บทที่ ๓ ผลการวิจัย (Results)	๕๕
บทที่ ๔ อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion & Conclusion)	๘๘
บทที่ ๕ ผลผลิต/ผลลัพธ์/ผลกระทบ (Output/Outcome/Impact)	๑๐๗
เอกสารอ้างอิง	
ภาคผนวก	
ประวัตินักวิจัยและผู้ร่วมวิจัย	

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
ภาพที่ ๑	การเชื่อมโยงระหว่างแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ ๓ (พ.ศ.๒๕๖๖-๒๕๘๐)	๙
ภาพที่ ๒	สรุปแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ ๓ (พ.ศ.๒๕๖๖-๒๕๘๐)	๑๓
ภาพที่ ๓	ชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ	๒๑
ภาพที่ ๔	องค์ประกอบของวิธีระบบ	๒๙
ภาพที่ ๕	รูปแบบของการวิเคราะห์ระบบ	๒๙
ภาพที่ ๖	กรอบแนวคิดในการวิจัย	๔๗
ภาพที่ ๗	ภาพรวมเชิงเปรียบเทียบ ๓ เขตพื้นที่ในเทศบาลเมืองแสนสุข	๕๗
ภาพที่ ๘	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเทศบาลเมืองแสนสุข	๖๑
ภาพที่ ๙	การดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	๖๕
ภาพที่ ๑๐	สรุปภาพรวมผลการสำรวจชุมชนเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุของเทศบาลเมืองแสนสุข	๖๖
ภาพที่ ๑๑	ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างยั่งยืน	๗๐
ภาพที่ ๑๒	ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี	๘๐
ภาพที่ ๑๓	ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค ความต่อเนื่องและยั่งยืน ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี	๘๔
ภาพที่ ๑๔	ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน “เทศบาลเมืองแสนสุขโมเดล” (Saensuk Aging Model)	๘๗

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
ตารางที่ ๑	ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี	๕๕
ตารางที่ ๒	แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง	๕๘
ตารางที่ ๓	รายละเอียดโครงการสนับสนุนงบประมาณด้านการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๗	๖๒
ตารางที่ ๔	แสดงร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของชุมชนเป็นมิตร ต่อผู้สูงอายุ	๖๖
ตารางที่ ๕	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	๖๘

บทที่ ๑ บทนำ (Introduction)

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

จากสถานการณ์ของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นผลมาจากการลดลงของอัตราการเกิดและการลดลงของอัตราการตาย ประชากรมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีด้านสุขภาพและสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ทั่วถึงมากขึ้น จากรายงานจำนวนประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปทั่วโลกในปี ๒๐๒๔ พบว่า มีมากกว่า ๑.๔ พันล้านคน และคาดว่าจะเกิน ๒ พันล้านคนภายในปี ๒๐๕๐ โดยสัดส่วนประชากรสูงอายุในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เติบโตเร็วที่สุด จากร้อยละ ๑๐ ในปี ๒๐๑๕ เป็นร้อยละ ๑๕ ในปี ๒๐๒๕ และคาดว่าจะถึงร้อยละ ๒๕ ภายในปี ๒๐๕๐ (United Nations, ๒๐๒๔; World Health Organization [WHO], ๒๐๒๔) ประเทศในเอเชียที่มีสถิติเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่โดดเด่น คือ ประเทศจีนและญี่ปุ่น โดยจีน มีจำนวน ผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากที่สุดในโลก คือ มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปมากถึง ๒๖๕ ล้านคน ส่วนญี่ปุ่น มีอัตราผู้สูงอายุที่สูงมาก คือ มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ ๓๖ ของประชากรทั้งหมด สำหรับประเทศในกลุ่มอาเซียน ประชากรของประเทศสมาชิกอาเซียนกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี ๒๕๖๕ ส่วนใหญ่ประเทศสมาชิกอาเซียนได้เป็น “สังคมสูงอายุ” ที่มีสัดส่วนของประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป เกินกว่าร้อยละ ๑๐ แล้ว โดยสิงคโปร์มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุดในอาเซียน (ร้อยละ ๒๓) รองลงมา คือ ประเทศไทย (ร้อยละ ๑๙) (กรมกิจการผู้สูงอายุ, ๒๕๖๕) ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่เข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (Complete Aged Society) ตั้งแต่ปี ๒๕๖๔ และข้อมูลล่าสุดจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ พบว่าประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ ๒๑.๔ ของประชากรทั้งหมด หรือประมาณ ๑๔.๒ ล้านคน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒๐.๑ ในปี ๒๕๖๖ โดยจังหวัดชลบุรีมีผู้สูงอายุมากกว่า ๔๖๐,๐๐๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๙ ของประชากรทั้งหมด และมีอัตราการเพิ่มเฉลี่ยปีละ ๒-๓% (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๖๘)

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของหลายประเทศทั่วโลก นำไปสู่การกำหนดนโยบายการวางแผนเพื่อการรองรับความต้องการและปัญหาที่จะเกิดขึ้น ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม บริการต่างๆ จากหน่วยงานของภาครัฐและภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ซึ่งต้องมีการร่วมมือกันของภาคีเครือข่ายในการรองรับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีปัญหาทางด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสภาพเศรษฐกิจสังคม จากการเสื่อมสมรรถภาพของร่างกายตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคม การเกษียณจากการทำงานเป็นผู้มีรายได้น้อย ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงเป็นวัยเปราะบางที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากครอบครัว ชุมชนและสังคม เพื่อการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างอิสระ และลดการพึ่งพิงบุคคลอื่น จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ประเทศไทยได้มีการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น ๒ รูปแบบ คือ ๑) การแบ่งตามช่วงอายุ ที่สอดคล้องกับการจ่ายค่าเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามช่วงวัย ได้แก่ ผู้สูงอายุตอนต้น ๖๐ - ๖๙ ปี ผู้สูงอายุตอนกลาง ๗๐ - ๗๙ ปี และผู้สูงอายุตอนปลาย มีอายุมากกว่า ๘๐ ปีขึ้นไป และ ๒) การแบ่งผู้สูงอายุตามความสามารถการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตามระดับคะแนนของการประเมิน Barthel Activity

of Daily Living Index (ADL Index) แบ่งออกเป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ ๑) กลุ่มติดสังคม (ADL > ๑๒) ๒) กลุ่มติดบ้าน (ADL ๕-๑๑) และ ๓) กลุ่มติดเตียง (ADL ๐-๔) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๖๕)

การดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีในแต่ละกลุ่มนั้น มุ่งเน้นไปที่การส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว และได้รับการสนับสนุนจากระบบสุขภาพและบริการต่างๆ ในสังคม รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีที่หลากหลายเข้ามามีส่วนในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีพลังและคุณภาพสู่ภาวะพุดพลัง (active aging) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้กำหนดองค์ประกอบสำคัญของการเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพุดพลังประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบ ได้แก่ ๑) การมีสุขภาพดี (health) ๒) การมีส่วนร่วม (participation) และ ๓) การมีหลักประกันความมั่นคง (security) กล่าวคือ แนวคิด active aging เป็นการเพิ่มโอกาสและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงระบบสุขภาพและสาธารณสุข มีส่วนร่วมในชุมชน มีความปลอดภัยและมีความมั่นคง นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, ๒๕๖๔) การใช้เทคโนโลยีเข้ามาเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาคุณภาพของผู้สูงอายุสามารถทำได้ใน ๒ มิติ คือ ๑) ใช้เทคโนโลยีเป็นสื่อกลางในการขับเคลื่อนทางสังคม ทั้งในรูปแบบของอุปกรณ์เครื่องมือและช่องทางในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น ในสังคม ที่จะช่วยสร้างความใกล้ชิดระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และยังช่วยเพิ่มเครือข่ายทางสังคม ผ่านการสื่อสารทางโทรศัพท์ หรือทางอินเทอร์เน็ต (Quan-Hasse, Mo, & Wellman, ๒๐๑๗) และ ๒) เทคโนโลยีเป็นเครื่องมือในการสร้างกิจกรรมต่าง ๆ ในกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น การค้นหาเนื้อเพลง การรวมกลุ่มผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line) เป็นต้น (พนม คลีฉายา, ๒๕๖๑)

ปัจจุบันรูปแบบการอยู่อาศัยและลักษณะครัวเรือนของประชากรไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากในรอบหลายทศวรรษที่ผ่านมา การอยู่อาศัยในครัวเรือนมีขนาดเล็กกลวงจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีสมาชิกเฉลี่ยเพียง ๓ คนเท่านั้น ส่งผลให้ในปัจจุบันผู้สูงอายุมีการอยู่ตามลำพังคนเดียวหรืออยู่ตามลำพังกับคู่สมรสมีสัดส่วนที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓.๖ ในปี พ.ศ. ๒๕๓๗ เป็นร้อยละ ๑๒.๐ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังเหล่านี้จัดอยู่ในกลุ่ม “ประชากรเปราะบาง” ซึ่งอาจส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๖๕) ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสูงวัยแบบมีสุขภาพะ จึงมีความจำเป็นจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงความคิดทางสังคม/ ประชาชน ต่อภาวะสูงวัย และผู้สูงวัย การสร้างสิ่งแวดล้อม ที่เป็นมิตรต่อผู้สูงวัย การจัดกิจกรรมทางการศึกษาเพื่อการเปลี่ยนแปลงปัจจัยเสี่ยงและปัญหาสุขภาพ ปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ให้ความสำคัญกับการตัดสินใจและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ การคุ้มครองป้องกันผู้สูงอายุ รวมถึงการสร้างระบบการดูแลระยะยาวให้กับผู้สูงอายุ (long-term care) (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, ๒๕๖๔) ทั้งนี้ ปัญหาของระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ยังขาดภาคีเครือข่ายการทำงานร่วมกันในพื้นที่ และระบบให้บริการสุขภาพขาดการทำงานเชิงรุกในพื้นที่ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง นอกจากนี้ยังพบว่า ขาดแกนนำผู้สูงอายุในการขับเคลื่อน และมีผู้สูงอายุจำนวนน้อยที่ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนและสังคม ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรมีการทบทวนระบบการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบและปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มี

การบูรณาการสรรพศาสตร์เพื่อรองรับสังคมสูงวัย และสุขภาพที่ดี ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา ดังกล่าวข้างต้น (รมย์ธนิภา ฝ่ายหมื่นไวย์ นิภา กิมสูงเนิน และ เขมศัณริณี รื่นฤดี ภิรมณ์, ๒๕๖๔)

บริบทพื้นที่ชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี เป็นพื้นที่ชายทะเลและภูเขา มีพื้นที่ทั้งหมด ๒๐.๓ ตารางกิโลเมตร มีประชากรในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น ๔๖,๓๖๑ คน เป็นผู้สูงอายุ (อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป) จำนวน ๙,๕๓๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๕๖ ของประชากร แบ่งออกเป็น ๓ กลุ่ม คือ ๑) กลุ่มติดสังคม จำนวน ๕,๐๐๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๑๑ ๒) กลุ่มติดบ้าน จำนวน ๓,๔๐๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๙.๕๓ และ ๓) กลุ่มติดเตียง จำนวน ๒๐๒ .คน คิดเป็นร้อยละ ๒.๓๖ (เทศบาลเมืองแสนสุข, ๒๕๖๘) นับว่าเป็นเมืองเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) ส่งอาจส่งผลกระทบต่อปัญหาของการมีจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการ เทศบาลเมืองแสนสุขตั้งอยู่ชายฝั่งทะเลตะวันออก ซึ่งเป็นแหล่งเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำและสถานที่ท่องเที่ยวที่สำคัญ อีกทั้งยังมีพื้นที่ติดกับเขตนิคมอุตสาหกรรมขนาดใหญ่และท่าเรือสินค้าระหว่างประเทศอยู่โดยรอบ ประกอบกับมีมหาวิทยาลัยบูรพาซึ่งเป็นศูนย์กลางด้านการศึกษาของภาคตะวันออก ส่งผลให้มีการย้ายถิ่นฐานของประชากรจากที่อื่นเข้ามาอาศัยในพื้นที่จำนวนมาก แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มผู้สูงอายุยังคงจัดลำดับให้เป็นประชากรกลุ่มแรกที่จะได้รับการด้านสุขภาพร่วมกับการสร้างสภาพแวดล้อมให้น่าอยู่ปลอดภัยและเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้มีการดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องในรูปแบบต่างๆ ในแต่ละชุมชน ซึ่งมีรูปแบบที่เหมาะสมกับสุขภาพของผู้สูงอายุ วัฒนธรรม และบริบทของแต่ละชุมชน ดังเช่นแผนพัฒนาเมืองอัจฉริยะ (smart city) เป็นการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้กับบริบทชุมชนเพื่อสังคมผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งประกอบด้วยหลายโครงการย่อย ได้แก่ โครงการดำรงชีวิตอัจฉริยะ (smart living) เป็นระบบบริการนวัตกรรมทางด้านดูแล ติดตามและเฝ้าระวังผู้สูงอายุเพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือดูแลอย่างทันท่วงที ด้วยการสวมใส่อุปกรณ์อัจฉริยะ (smart wearable device) เช่น กำไลสวมข้อมือ สร้อยคอ ที่ช่วยติดตามการเคลื่อนไหว การก้าวเดิน พร้อมทั้งตรวจจับความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เช่น การหกล้ม หรือมีการกดปุ่มฉุกเฉินขึ้นเพื่อขอความช่วยเหลือ เป็นต้น (ธนิต โตคติแพทย์, ๒๕๖๔)

นอกจากนี้ทางเทศบาลเมืองแสนสุขยังมีระบบการดูแลสุขภาพอัจฉริยะสำหรับผู้สูงอายุ (smart health care) โดยได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากมหาวิทยาลัยบูรพา ร่วมกับบริษัทเทคโนโลยีขั้นสูงหลายแห่ง อาทิเช่น อินเทอร์เน็ต ออฟ ธิงส์ (IoT) ร่วมกับเดลล์ (dell) และอินเทล (intel) และองค์การความร่วมมือระหว่างประเทศญี่ปุ่น (Japan International Cooperation Agency: JICA) และมีการนำแพลตฟอร์ม กิน-อยู่-ดี มาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโดยทำการเชื่อมโยงข้อมูลด้านสุขภาพและเป็นช่องทางสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ชุมชน และทีมสุขภาพ ด้วยการรายงานข้อมูลสุขภาพผ่านการเชื่อมต่อบลูทูธกับอุปกรณ์ วัดค่าสุขภาพต่าง ๆ ทำการบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ เช่น ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ไขมันในเลือด ร่างกาย และค่าออกซิเจนในเลือด เป็นต้น และรายงานผลสุขภาพนี้บน Dashboard ช่วยให้ทีมสุขภาพได้รับทราบข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างรวดเร็วและครบถ้วน ซึ่งเป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลสุขภาพดังกล่าวไปใช้ในการวางแผนการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุแต่ละรายได้อย่างครอบคลุม ซึ่งแพลตฟอร์ม กิน-อยู่-ดี นี้ได้มีการนำมาใช้ในหลายชุมชนและได้รับการยอมรับว่ามี

ประสิทธิภาพในการช่วยบริหารจัดการ การดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนและทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลโดยเฉพาะในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรค โควิด-๑๙

จากผลการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของเทศบาลเมืองแสนสุขที่มีมาอย่างต่อเนื่องดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นถึงการมีระบบการบริการด้านสุขภาพที่ค่อนข้างครอบคลุมร่วมกับมีการนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมมาประยุกต์ใช้เพื่อความสะดวกรวดเร็ว แม่นยำ ถูกต้อง และสามารถให้การดูแลที่ครอบคลุมทั่วถึงทุกพื้นที่ได้ทันทั้งที่และเหมาะสมกับสถานการณ์ และแบบแผนการดำเนินชีวิตของประชาชนในยุคปัจจุบัน ดังนั้น พื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี จึงมีความโดดเด่นเชิงบริบทที่ชัดเจนเกี่ยวกับการมีระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ที่มีลักษณะเป็นเมืองชายฝั่งตะวันออกที่มีลักษณะกึ่งเมืองกึ่งอุตสาหกรรม มีทั้งแหล่งท่องเที่ยว นิคมอุตสาหกรรม ท่าเรือ และมหาวิทยาลัยบูรพา ส่งผลให้มีการย้ายถิ่นของประชากรสูงและมีโครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง จึงเป็นพื้นที่ที่สะท้อนความท้าทายของสังคมสูงวัยในบริบทเมืองได้อย่างชัดเจน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจทำการศึกษาเพื่อถอดบทเรียนจากการดำเนินงานเหล่านี้ เพื่อการบูรณาการสรรพศาสตร์เพื่อรองรับสังคมสูงวัย และสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุ โดยจะแบ่งเป็น ๒ ระยะ คือ ระยะที่ ๑ เป็นการถอดบทเรียนจากงานที่ทำแล้วที่เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ระยะที่ ๒ เป็นการต่อยอดองค์ความรู้และผลการวิจัยโครงการระบบรองรับสังคมสูงวัยในชุมชนเมืองมหาวิทยาลัยบูรพาและจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผลการถอดบทเรียนแสนสุข Model และ สีซัง Model เก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากพื้นที่เพื่อเตรียมการขยายผลไปในพื้นที่อื่น ขับเคลื่อนนโยบายของรัฐเพื่อรองรับสังคมสูงวัยไปสู่ระดับท้องถิ่น และพัฒนาระบบรองรับสังคมสูงวัยแบบองค์รวมในชุมชนเมืองระยะที่ ๓ (พ.ศ.๒๕๖๖-๒๕๗๐) โดยคาดหวังว่าจะร่วมกับสำนักงานเขตและชุมชน ในการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ระยะที่ ๓ (พ.ศ.๒๕๖๖-๒๕๗๐) นำผลการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนในรูปแบบของ“ชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข Model” มาปรับใช้ในชุมชนนำร่องอื่นๆ ต่อไป

คำถามการวิจัย

๑. ระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการของชุมชนเทศบาลเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรีเป็นอย่างไร
๒. จากประสบการณ์ในการจัดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลเมืองแสน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี มีปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค ความต่อเนื่องและยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. ศึกษากระบวนการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการของชุมชนเทศบาลเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

๒. ศึกษาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุของชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

๓. ศึกษาปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค ความต่อเนื่องและยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

สมมติฐานการวิจัย

๑. ระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการของชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุขมีองค์ประกอบที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างครอบคลุม

๒. ความรู้และประสบการณ์ของบุคลากร ผู้ดูแล และเครือข่ายชุมชน มีส่วนสำคัญต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

๓. ปัจจัยด้านการบูรณาการเครือข่าย การสนับสนุนจากภาครัฐและท้องถิ่น การมีส่วนร่วมของชุมชน และการใช้เทคโนโลยี มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จ ความต่อเนื่อง และความยั่งยืนของระบบการดูแลผู้สูงอายุ ขณะที่ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและอัตรากำลังของบุคลากรด้านสุขภาพเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน

ทฤษฎี สมมติฐาน และ/หรือกรอบแนวความคิดของการวิจัย

๑. สถานการณ์ผู้สูงอายุในปัจจุบัน

ในปัจจุบันโลกกำลังก้าวเข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (Aged Society) และหลายประเทศกำลังเคลื่อนไปสู่ “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super-aged Society) การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุส่งผลกระทบต่ออย่างมีนัยสำคัญต่อหลายมิติ ได้แก่ ๑) มิติด้านเศรษฐกิจ ภาระค่าใช้จ่ายด้านสวัสดิการและการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น กระทรวงการคลังรายงานว่าค่าใช้จ่ายด้านบำนาญผู้สูงอายุและการรักษาพยาบาลคิดเป็นร้อยละ ๒๓ ของงบประมาณภาครัฐ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายรักษาโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ซึ่งในปี ๒๕๖๗ มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหัว ๑๘,๕๐๐ บาทต่อปี สูงกว่ากลุ่มวัยทำงานเกือบ ๓ เท่า (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๘) ๒) มิติด้านสังคมโครงสร้างครอบครัวเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวพึ่งพาตนเอง ทำให้มีผู้สูงอายุอาศัยเพียงลำพังหรืออยู่กับคู่สมรสสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ ๑๕.๒ ในปี ๒๕๖๕ เป็นร้อยละ ๑๘.๗ ในปี ๒๕๖๘ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๖๘) ส่งผลต่อความเสี่ยงด้านการดูแลสุขภาพ การเข้าถึงบริการ และการพึ่งพิงทางสังคม ๓) มิติด้านสุขภาพ ความเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตใจตามวัยทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยข้อมูลจากกรมควบคุมโรค (๒๕๖๘) ระบุว่าผู้สูงอายุไทยร้อยละ ๗๒ ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๔๓ เป็นเบาหวาน และร้อยละ ๓๖ มีภาวะไขมันในเลือดสูง นอกจากนี้ยังมีปัญหาภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๘.๔ ในปี ๒๕๖๖ เป็นร้อยละ ๙.๑ ในปี ๒๕๖๘ ซึ่งทั้งหมดเพิ่มภาระการดูแลและความต้องการผู้ดูแล (caregiver) ในครอบครัวและชุมชน

ผลกระทบเหล่านี้ทำให้ประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งพาครอบครัวเพียงอย่างเดียวลดลงอย่างชัดเจน อันเนื่องมาจากแรงกดดันทางเศรษฐกิจ การย้ายถิ่นฐานเพื่อทำงาน และภาระงานของคนวัยทำงาน จึงเกิดความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพ และภาคเอกชน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, ๒๕๖๖) ภาครัฐได้กำหนด “แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๘๐)” ซึ่งมีเป้าหมายสร้าง “ชุมชนเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ” (Age-friendly Community) ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก โดยเน้นการบูรณาการการดูแลอย่างไร้รอยต่อ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและพึ่งพาตนเองได้นานที่สุด พร้อมทั้งเตรียมความพร้อมของครอบครัว และชุมชนให้สามารถรองรับภาระการดูแลได้อย่างยั่งยืน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, ๒๕๖๖; WHO, ๒๐๒๔)

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพสังคม และเศรษฐกิจ ดังต่อไปนี้

๑. ผลกระทบด้านสุขภาพ เมื่ออายุมากขึ้นย่อมมีการเสื่อมถอยของอวัยวะต่าง ๆ ของ ร่างกาย ในระบบต่าง ๆ ได้แก่ ปัญหาการได้ยินและการมองเห็น ปัญหาสุขภาพช่องปากและฟัน ปัญหาการเคลื่อนไหว พลัดตกหกล้ม และกล้ามเนื้อสลาย (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, ๒๕๖๔) ขณะเดียวกันผู้สูงอายุยังมีการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อเสื่อม โรคกระดูกพรุน โรคหลอดเลือดสมอง โรคสมองเสื่อม ภาวะสับสน ภาวะซึ่งเศร้า เครียด นอนไม่หลับ กรดไหลย้อน โรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น (Monnuanprang et al., ๒๐๑๙; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, ๒๕๖๔) นอกจากนี้เมื่อผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วย อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะพึ่งพา มีความจำเป็น ต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแล ดังนั้น ผู้ดูแลอาจจะได้รับผลกระทบจากการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ซึ่งมีได้ทั้งปัญหาสุขภาพกายและจิตใจ เช่น การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ เหนื่อยล้า และมีความวิตก กังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น (Tabootwong & Kiwanuka, ๒๐๒๐) จากการศึกษาของ Umpimai (๒๐๒๕) พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วย และผู้ดูแลจะเผชิญปัญหาสุขภาพกายและจิตใจ โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะภาวะสมองเสื่อม มีความรู้สึกว่าการดูแลเป็นเรื่องยาก ในระยะยาวครอบครัวมีภาวะความเครียดทางจิตใจ โดยภาระการดูแลและผลกระทบจากอาการทางพฤติกรรมและจิตใจ

๒. ผลกระทบด้านสังคม จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสูงอายุที่สำคัญ คือ สัดส่วนของประชากรเด็ก และวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลง แต่สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ มีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากคนไทยมีลูกน้อยลง และมีอายุยืนยาวขึ้น ทำให้ประชากรไทยมีอายุ สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จากประชากรเยาว์วัยที่มีเด็กมากกลายเป็นประชากรสูงวัยที่มีจำนวนผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้น ตัวอย่างผลกระทบทางสังคมที่เห็นได้ชัดในยุคปัจจุบัน ได้แก่ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, ๒๕๖๒) ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการจัดระบบสวัสดิการ และการประกันสังคมแก่ผู้สูงอายุ การบริการทางด้านสุขภาพอนามัย และการดูแลผู้สูงอายุ

๓. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เมื่อมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น ทำให้ มีค่าบริการสาธารณสุขเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, ๒๕๖๔) นอกจากนี้ยังพบว่า ครอบครัวที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุได้รับผลกระทบ ด้านเศรษฐกิจด้วยเช่นกัน เช่น ออกจากงานเพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ขาดรายได้ และมี ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นสำหรับใช้จ่ายส่วนตัวและให้การดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

ดังนั้น การเตรียมความพร้อมของประเทศไทยในการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์นั้น จึงมีความจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจจากทุกภาคส่วน ทั้งรัฐบาล ภาคเอกชน และภาคประชาชน ในระดับตั้งแต่บุคคล ชุมชน จนถึงระดับประเทศ การสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของสังคมสูงวัย เป็นเสาหลักโดยเฉพาะต่อการวางแผนชีวิตในวัยบั้นปลาย เช่น การออม การปรับตัวทางสังคมและจิตใจ รวมถึงการจัดกิจกรรมและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อช่วยลดความเสี่ยงของภาวะพึ่งพิง จากผลการศึกษาของ Sirikururattakorn และคณะ (๒๕๖๘) ระบุว่า การรองรับสังคมผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีแนวทางเชิงบูรณาการ ซึ่งรวมถึงนโยบายของรัฐ การปรับบริการของภาครัฐกิจ และการเตรียมด้านการเงินของบุคคลเพื่อให้การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมสูงวัยมีความยั่งยืน เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Tipayatikumporn และคณะ (๒๕๖๗) ยังพบว่า “ความร่วมมือและการสนับสนุนจากสังคม” มีค่าสูงสุดในการปรับตัวของผู้สูงอายุต่อความท้าทายทางสังคม

๒. นโยบายและระบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย

ประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในขณะที่สัดส่วนของประชากรวัยแรงงานลดลง ส่งผลให้เกิดความท้าทายด้านเศรษฐกิจ สังคม และระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care) ภาระการพึ่งพิงต่อครอบครัวและรัฐมีแนวโน้มสูงขึ้น และอาจส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในระยะยาว การเตรียมความพร้อมจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และประเทศ ในด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเรื้อรังและภาวะเสื่อมถอยของร่างกาย ทำให้ต้องการการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม การสร้างระบบการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการเหล่านี้จึงต้องอาศัยการบูรณาการจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อให้เกิดความครอบคลุมและเท่าเทียม ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการและสวัสดิการ

นอกจากนี้ การเปลี่ยนผ่านสู่สังคมสูงวัยส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ เนื่องจากจำนวนแรงงานลดลงและจำนวนผู้พึ่งพิงเพิ่มขึ้น จำเป็นต้องส่งเสริมการออมระยะยาว การขยายโอกาสการทำงานสำหรับผู้สูงอายุ และการใช้ศักยภาพของผู้สูงอายุเป็นทุนทางสังคม ทั้งนี้ยังต้องพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต เช่น ที่อยู่อาศัย การเดินทาง และการมีส่วนร่วมทางสังคม แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ ๓ จึงถูกกำหนดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อความท้าทายเหล่านี้ โดยมีแนวทางสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ของสหประชาชาติ โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (SDG ๓) และการลดความเหลื่อมล้ำ (SDG ๑๐) เพื่อสร้างสังคมสูงวัยที่มีคุณภาพและยั่งยืนในทุกมิติของการพัฒนา

แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ ๓ (พ.ศ.๒๕๖๖-๒๕๘๐)

แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๘๐) ได้รับการออกแบบให้สอดคล้องกับแผนระดับที่ ๒ คือ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๘๐) และแผนปฏิรูปประเทศด้านสังคม เพื่อให้การพัฒนางานด้านผู้สูงอายุมีทิศทางเดียวกับการขับเคลื่อนประเทศในภาพรวม โดยมีการเชื่อมโยงผ่าน เป้าหมาย ตัวชี้วัด และแนวทางการพัฒนา ที่ถูกกำหนดในแผนแม่บท เช่น การยกระดับคุณภาพชีวิต ลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม การสร้างระบบการดูแลระยะยาว

(LTC) ที่มีประสิทธิภาพ และการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในเศรษฐกิจและสังคมอย่างต่อเนื่อง วัตถุประสงค์ของแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ ๓ (พ.ศ.๒๕๖๖-๒๕๘๐) ดังนี้ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, ๒๕๖๖)

๑. เพื่อให้มีกรอบและแนวทางปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติและแผนแม่บท อันจะก่อให้เกิดการบูรณาการแผนในทุกระดับ และนำไปสู่การขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุและ การรองรับสังคมสูงวัยของหน่วยงานต่างๆ อย่างมีบูรณาการ

๒. เพื่อเพิ่มคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุด้วยการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เพิ่มพูนศักยภาพของตนเองอย่างเต็มกำลังความสามารถ

๓. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ สภาพแวดล้อม การเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีและนวัตกรรมอย่างทั่วถึง เท่าเทียม และเป็นธรรม อันจะทำให้ดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า พึ่งพาตนเองได้ มีส่วนร่วมในการสร้างสรรค์สังคม และมีหลักประกันที่มั่นคงไปจนบั้นปลายของชีวิต

๔. เพื่อรองรับสังคมสูงวัยเชิงรุก ด้วยการส่งเสริมให้ประชากรที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคต โดยเฉพาะกลุ่มผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๒๕-๕๕ ปีในปัจจุบัน ซึ่งจะเป็นผู้สูงอายุในอีก ๑-๓๕ ปีข้างหน้า ตระหนักและเตรียมการ ให้พร้อมเพื่อให้มีชีวิตที่ดีในยามสูงอายุ พร้อมทั้งจะยอมรับและร่วมมือกับผู้สูงอายุในการเป็นพลังขับเคลื่อน สังคม หรือให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุในยามที่จำเป็นรับสังคมสูงวัย

แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๘๐) การเชื่อมโยงเกิดขึ้นในหลายมิติ ดังนี้

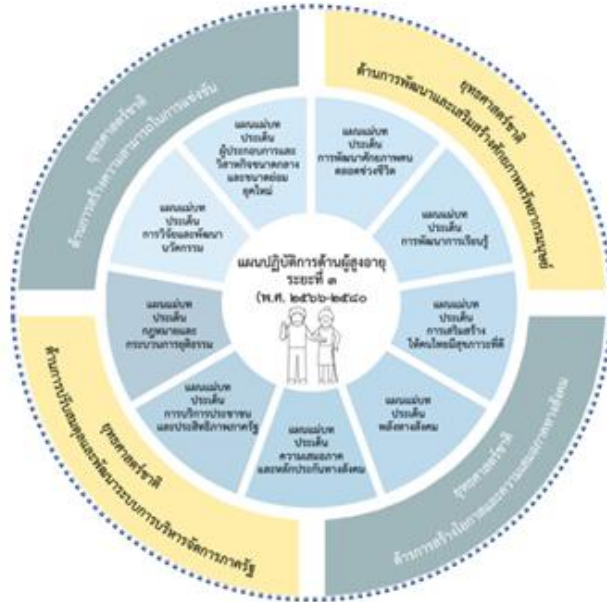
๑. ด้านเป้าหมาย แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุระยะที่ ๓ มุ่งตอบสนองเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม และยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์

๒. ด้านตัวชี้วัด เช่น อัตราการมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุ การลดภาวะพึ่งพิง และการเพิ่มการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและเศรษฐกิจ

๓. ด้านแนวทางการพัฒนา มีการบูรณาการทุกภาคส่วนทั้งรัฐ เอกชน และชุมชน ในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ส่งเสริมการออม การใช้เทคโนโลยีดูแลสุขภาพ และพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

ด้วยการจัดวางโครงสร้างเช่นนี้ แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ ๓ ไม่เพียงเป็นกรอบการดำเนินงานเฉพาะด้านผู้สูงอายุ แต่ยังเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ซึ่งสามารถสรุปได้ดังภาพที่ ๑ ต่อไปนี้

ภาพที่ ๑ การเชื่อมโยงระหว่างแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ ๓ (พ.ศ.๒๕๖๖-๒๕๘๐) กับ ยุทธศาสตร์ชาติและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ



(ที่มา: กรมกิจการผู้สูงอายุ, ๒๕๖๖)

แผนย่อยการรองรับสังคมสูงวัยเชิงรุก

เน้นการเตรียมคนและสังคมเชิงรุกให้คนทุกช่วงวัยตระหนักรู้ มีความรอบรู้ และมีความพร้อมเพื่อรองรับการเป็นสังคมสูงวัยในทุกมิติ ทั้งในมิติเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ และ สภาพแวดล้อม เพื่อให้เป็นประชากรที่มีคุณภาพที่สามารถพึ่งตนเองและเป็นพลังในการพัฒนาครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศให้นานที่สุด รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นพลังทางสังคมด้วยการถ่ายทอดประสบการณ์ และภูมิปัญญาให้กับประชากรรุ่นอื่นๆ และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนมุมมองและทัศนคติของสังคมที่มีต่อการปฏิบัติ กับผู้สูงอายุ โดยแผนย่อยการรองรับสังคมสูงวัยเชิงรุกมีแนวทางการพัฒนา (ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๖ ตอนที่ ๕๑ วันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๒) (ดังภาพที่ ๒) ดังนี้ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, ๒๕๖๖)

(๑) เร่งส่งเสริมการเตรียมการก่อนยามสูงอายุเพื่อให้สูงวัยในทุกมิติอย่างมีคุณภาพ โดย การสร้างความตระหนักและการเตรียมการเพื่อยามสูงอายุ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคต ได้มี การเตรียมการให้พร้อมทั้งในมิติสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อม และเป็นผู้สูงอายุที่มีกำลัง มีแรง มีความมั่นคงทางรายได้ และพึ่งพาตนเองได้

(๒) เพิ่มบทบาททางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ ส่งเสริมการนำความรู้ ประสบการณ์ และภูมิปัญญาที่สั่งสมมาตลอดช่วงชีวิตของผู้สูงอายุมาถ่ายทอดสู่คนรุ่นหลัง เพื่อให้เกิดการสืบสานและต่อยอดการพัฒนาสังคม รวมทั้งส่งเสริมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุเพื่อทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์และสามารถ ช่วยเหลือชุมชนและสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายที่แข็งแรง สุขภาพจิตที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีมีศักดิ์ศรี และมีความสุขในการดำเนินชีวิตในสังคม และสามารถคงไว้ซึ่งศักยภาพและบทบาท ในการสร้างสรรค์สังคมเป็นอีกหนึ่งแรงพลังในการช่วยขับเคลื่อนและพัฒนาประเทศได้เช่นเดียวกับ ช่วงวัยอื่นๆ

(๓) เพิ่มบทบาทภาคส่วนอื่นๆ ในการรองรับสังคมสูงวัย สนับสนุนให้สังคมและภาคส่วนอื่นๆ ตระหนักและยอมรับถึงคุณค่าของผู้สูงอายุ และก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนมุมมองและทัศนคติของสังคม และภาคส่วนอื่นๆ ในการปฏิบัติกับผู้สูงอายุ พร้อมทั้งส่งเสริมการจ้างงานผู้สูงอายุที่เหมาะสมตาม ศักยภาพและสมรรถนะสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมทางสังคม จัดเตรียมสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุและทุกช่วงวัยให้สามารถใช้ร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกภาคส่วนและนวัตกรรมเพื่อรองรับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

(๔) เสริมสร้างวัฒนธรรมการทำงานที่พึงประสงค์ และความรู้ความเข้าใจและทักษะทาง การเงิน เพื่อเสริมสร้างความมั่นคงและหลักประกันของตนเองและครอบครัว รวมทั้งสร้างเสริม คุณภาพชีวิตที่ดีให้กับวัยทำงานผ่านระบบการคุ้มครองทางสังคมและการส่งเสริมการออม”

แผนย่อยการส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ

มุ่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุในการร่วมเป็นพลังขับเคลื่อน ประเทศด้วยการเสริมทักษะด้านอาชีพ เพื่อเพิ่มโอกาสในการทำงานเชิงเศรษฐกิจ มีระบบส่งเสริมและพัฒนา สุขภาพของผู้สูงอายุ ตลอดจนมีระบบหลักประกันความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตในวัยสูงอายุ โดยมีแนวทางการพัฒนา ดังนี้ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, ๒๕๖๖)

(๑) ส่งเสริมการมีงานทำของผู้สูงอายุให้พึ่งพาตนเองได้ทางเศรษฐกิจ และร่วมเป็นพลัง สำคัญ ต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ ชุมชน และประเทศ รวมทั้งสนับสนุนมาตรการจูงใจทางการเงินและ การคลังให้ ผู้ประกอบการมีการจ้างงานที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ตลอดจนจัดทำหลักสูตรพัฒนา ทักษะในการ ประกอบอาชีพที่เหมาะสมกับวัย สมรรถนะทางกาย ลักษณะงาน และส่งเสริมทักษะ การเรียนรู้ในการ ทำงานร่วมกันระหว่างกลุ่มวัย

(๒) ส่งเสริมและพัฒนาระบบการออม เพื่อสร้างหลักประกันความมั่นคงในชีวิตหลังเกษียณ และหลักประกันทางสังคมที่สอดคล้องกับความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต

(๓) ส่งเสริมสนับสนุนระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ พร้อมทั้งจัดสภาพแวดล้อมให้ เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ อาทิ สิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตประจำวันที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เมือง ที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ทั้งระบบขนส่งสาธารณะ อาคารสถานที่ พื้นที่สาธารณะ และที่อยู่อาศัยให้เอื้อ ต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุและทุกกลุ่มในสังคม

แผนย่อยการใช้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี

โดยจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เพื่อเอื้อต่อการยกระดับสุขภาวะของประชาชน ส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดมาตรการ ของภาครัฐที่สนับสนุนสินค้าที่เป็นมิตรต่อสุขภาพประชาชน การวิเคราะห์ ความเสี่ยง การประเมินความ ต้องการด้านสุขภาพ เพื่อการกำหนดนโยบายและขับเคลื่อนการ ดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัย เสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะ ในระดับชุมชน ตำบล อำเภอ และระดับจังหวัด รวมทั้งสร้างการมีส่วนร่วมเฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพ และการพัฒนา คุณภาพบริการอนามัยแบบบูรณาการร่วมกับชุมชน ซึ่งมี แนวทางการพัฒนาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

(๑) จัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เป็นมิตรต่อสุขภาพและเอื้อต่อการมีกิจกรรมสำหรับยกระดับ สุขภาวะของสังคม อาทิ พื้นที่สวนสาธารณะในชุมชน โครงข่ายเส้นทางสัญจรทางเท้าและทางจักรยาน ที่ เชื่อมโยงกับแหล่งที่อยู่อาศัย แหล่งงาน สถานศึกษา และพื้นที่นันทนาการของชุมชน การจัดการพื้นที่ สีเขียวของชุมชน

(๒) ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดมาตรการของภาครัฐที่สนับสนุนสินค้าที่เป็นมิตรต่อสุขภาพ ประชาชน อาทิ ฉลากสินค้าชุมชนเพื่อสุขภาพ มาตรการลดหย่อนภาษีกับผู้ประกอบการ และ สนับสนุนการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่ช่วยในการเสริมการมีสุขภาพ

(๓) สร้างการมีส่วนร่วมเฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพบริการอนามัยแบบบูรณาการร่วมกับชุมชน รวมทั้งพัฒนาการวิเคราะห์ความเสี่ยง การประเมิน ความต้องการด้านสุขภาพ เพื่อการกำหนดนโยบายและขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านการป้องกันและ ควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ ในระดับชุมชน ตำบล อำเภอ และระดับจังหวัด โดยพัฒนา แนวทางและ ศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขและหน่วยงานระดับท้องถิ่นและชุมชน ในเรื่องอาชีวอนามัย สิ่งแวดล้อม

แผนย่อยการกระจายบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ

เน้นการกระจายบริการ สาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการ เข้าถึงบริการทางสาธารณสุข ด้วยการพัฒนา สถานพยาบาลให้เพิ่มบุคลากรทางการแพทย์ให้เพียงพอ และนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาช่วยในการขยาย การให้บริการ รวมทั้งยกระดับคุณภาพการให้บริการตาม มาตรฐานสากลทั่วทุกพื้นที่ โดยมีแนวทางการพัฒนา ดังนี้ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, ๒๕๖๖)

(๑) ปฏิรูประบบการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิและบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงไปยังส่วนภูมิภาค โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พัฒนารูปแบบและคุณภาพการ บริการปฐมภูมิ และเพิ่มขีดความสามารถของระบบและบุคลากร รวมทั้งจัดให้มีกลไกช่วยเหลือและ สนับสนุนสวัสดิการชุมชนที่ครอบคลุมการให้ความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายที่จำเป็น เพื่อให้ประชากร กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการจากสถานพยาบาลของรัฐในพื้นที่ได้ อาทิ ค่าใช้จ่ายการเดินทางไปรับบริการที่ สถานพยาบาล รวมทั้งจัดให้มีบริการด้านสุขภาพเชิงรุกทั้งในด้านการให้คำปรึกษาการควบคุมและ ป้องกันกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาเรื้อรังต่อสุขภาพ และการส่งเสริมด้านสุขอนามัย

(๒) พัฒนากำลังคนและบุคลากรด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ สร้างและพัฒนากลไกการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพตลอดจนส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพ ของเครือข่ายด้านสุขภาพ

(๓) พัฒนาบริการแห่งอนาคต โดยการส่งเสริมการวิจัย พัฒนา และประยุกต์ใช้นวัตกรรมใน ภาคบริการเป้าหมายของประเทศ ได้แก่ การบริการทางการแพทย์ การท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ที่มี คุณภาพ

มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ แม้ว่าประเทศไทยจะมีการกำหนด นโยบายและแผนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุมาเป็นเวลาเกือบ ๔ ทศวรรษ แต่การดำเนินงานยังไม่ สัมฤทธิ์ผลเท่าที่ควร ส่วนหนึ่งน่าจะเนื่องมาจากนโยบายและการจัดลำดับความสำคัญงานด้านผู้สูงอายุ มี การแปรผันไปตามนโยบายของรัฐบาลแต่ละชุด ทำให้นโยบายและการดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง ด้วยเล็งเห็น ปัญหาดังกล่าว คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติจึงได้มีมติการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๑ เมื่อวันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๑ เห็นชอบให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เสนอ คณะรัฐมนตรีพิจารณาเห็นชอบ ประกาศให้ “สังคมสูงอายุ” ให้เป็นระเบียบวาระแห่งชาติ ต่อมา คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติจึงได้เสนอ มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคม สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อ ๑) ขับเคลื่อน มาตรการภายใต้ระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคม สูงอายุ อย่างเป็นระบบ ๒) บูรณาการการทำงานด้าน ผู้สูงอายุทั้งประเทศ ทั้งระดับนโยบาย หน่วยงาน

และพื้นที่ และ ๓) ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานด้าน ผู้สูงอายุตามมาตรการภายใต้ระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ ทั้งประเทศอย่างเป็นระบบเพื่อให้งานด้านผู้สูงอายุได้รับความสนใจจากรัฐบาลอย่างต่อเนื่องและเพื่อให้ผู้สูงอายุไทยเป็นพลวัตพลัง (Active Aging) มีสุขภาพที่ดี มีความมั่นคงในชีวิต และมีส่วนร่วมเป็นพลังในการขับเคลื่อนสังคม ด้วยมาตรการหลัก ๒ มาตรการ ดังนี้ ๑) มาตรการการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนทุกวัย (ประกอบไปด้วยมาตรการย่อย ๖ มาตรการ ได้แก่ การสร้างระบบคุ้มครองและสวัสดิการผู้สูงอายุ ส่งเสริมการมีงานทำ และมีรายได้ของผู้สูงอายุ ระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ ปรับสภาพแวดล้อมชุมชนและบ้าน ให้ปลอดภัยกับผู้สูงอายุ ธนาคารเวลาสำหรับการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทย การสร้างความรอบรู้ให้คน รุ่นใหม่เตรียมความพร้อมในทุกมิติ) และ ๒) มาตรการการยกระดับขีดความสามารถ สู่การบริหารจัดการ ภาครัฐ ๔.๐ (ประกอบไปด้วยมาตรการย่อย ๔ มาตรการ ได้แก่ ยกระดับความร่วมมือ เสริมสร้างพลังสังคม สูงอายุ การปรับเปลี่ยนกฎหมาย ระเบียบปฏิบัติ ข้อบังคับให้เอื้อต่อการทำงานด้านผู้สูงอายุ ปฏิรูประบบข้อมูล เพื่อขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ พลิกโฉมนวัตกรรม เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในสังคมสูงอายุ)

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals-SDGs)

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนเป็นเป้าหมายที่องค์การสหประชาชาติกำหนดขึ้นเพื่อให้ประเทศต่างๆ มุ่งพัฒนาไปในทิศทางเดียวกัน โดยใช้เป็นกรอบในการพัฒนาประเทศระยะ ๑๕ ปี ระหว่างปี พ.ศ.๒๕๕๘-๒๕๗๓ และมีการกำหนดเป็นเป้าหมายและตัวชี้วัดเพื่อให้บรรลุผลภายในปี พ.ศ.๒๕๗๓ ไว้ ๑๗ เป้าหมาย

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนได้ให้ความสำคัญกับประเด็นการเปลี่ยนเป็นสังคมสูงวัย ทั้งในฐานะที่เป็น ประเด็นท้าทายและเป็นโอกาสใหม่ๆ ที่ผ่านมาการพัฒนาของประเทศต่างๆ ในโลกได้เพิ่มความเหลื่อมล้ำและละทิ้งประชากรบางกลุ่มไว้เบื้องหลังโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้สูงอายุ ด้วยเหตุนี้เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน จึงให้ความสำคัญกับการลดความเหลื่อมล้ำและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรสูงอายุ ซึ่งมีเป้าหมายที่เกี่ยวข้องดังนี้

๑. ขจัดความยากจนในทุกกลุ่มประชากร (เป้าหมาย SDGs ที่ ๑)
๒. สร้างหลักประกันในชีวิตที่มีสุขภาพดีรวมทั้งส่งเสริมความอยู่ดีมีสุขของสังคมทุกวัย (เป้าหมาย SDGs ที่ ๓)
๓. ส่งเสริมการเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิต (เป้าหมาย SDGs ที่ ๔)
๔. ส่งเสริมความเท่าเทียมระหว่างชายหญิง (เป้าหมาย SDGs ที่ ๕)
๕. ส่งเสริมการจ้างงานและการทำงานที่มีคุณค่าและเหมาะสมให้แก่คนทุกวัย (เป้าหมาย SDGs ที่ ๘)
๖. ลดความเหลื่อมล้ำทั้งภายในและระหว่างประเทศ (เป้าหมาย SDGs ที่ ๑๐)
๗. ส่งเสริมการพัฒนาสภาพแวดล้อมของเมือง/ ชุมชนที่ยั่งยืน ไม่แบ่งแยกและสามารถเข้าถึงได้ โดยทุกกลุ่มประชากรรวมถึงผู้สูงอายุ (เป้าหมาย SDGs ที่ ๑๑)
๘. สนับสนุนให้ทุกคนเข้าถึงกระบวนการยุติธรรม และสร้างสถาบันที่มีประสิทธิภาพทุกคนสามารถเข้าถึง ลดความรุนแรงทั้งทางกาย ทางจิตใจ และเพศของทุกคน ทุกวัย (เป้าหมาย SDGs ที่ ๑๖)

ภาพที่ ๒ สรุปแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ ๓ (พ.ศ.๒๕๖๖-๒๕๘๐)

แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ ๓ (พ.ศ.๒๕๖๖-๒๕๘๐)			
วิสัยทัศน์: ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดี มีหลักประกันมั่นคง เป็นพลังพัฒนาสังคม			
แผนปฏิบัติการย่อยที่ ๑ เตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุ	แผนปฏิบัติการย่อยที่ ๒ ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทุกมิติ อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม	แผนปฏิบัติการย่อยที่ ๓ ปฏิรูปและบูรณาการระบบบริหาร เพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ	แผนปฏิบัติการย่อยที่ ๔ เพิ่มศักยภาพการวิจัย การพัฒนาเทคโนโลยี และนวัตกรรมรองรับสังคมสูงวัย
<p>มาตรการ ๑ ส่งเสริมให้ประชากรอายุ ๒๕-๔๕ ปี เร่งเตรียมการก่อนวัยสูงอายุในมิติ ทางเศรษฐกิจ</p> <p>๑.๑ ส่งเสริมการโยกเงินออมมาลงทุน</p> <p>๑.๒ เร่งพัฒนาประกันบำนาญแห่งชาติแบบหลายชั้น</p> <p>๑.๓ ชะลออายุเกษียณและส่งเสริมการจ้างงานต่อเนื่องของประชากรวัยทำงาน</p>	<p>มาตรการ ๑ ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจ</p> <p>๑.๑ ปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพให้โปร่งใสมุ่งเน้นการเข้าถึงสิทธิ สามารถครอบคลุมผู้สูงอายุทุกชนชั้น ทั้งวัย และเปราะบาง</p> <p>๑.๒ ส่งเสริมการทำงานของผู้สูงอายุที่ภาคีในระบบและระบบ</p> <p>๑.๓ เพิ่มพื้นที่เกษียณโอกาสในการจ้างงานที่เสริมสร้างทักษะการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุวัยต้น</p>	<p>มาตรการ ๑ แปลงแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ สู่การปฏิบัติและผลักดันให้บุคลากรส่วนราชการมีแผน อย่างมีคุณภาพที่สอดคล้องกับระดับท้องถิ่น</p>	<p>มาตรการ ๑ ส่งเสริมการคิดงานวิจัยและนวัตกรรม ที่เกื้อหนุนผู้สูงอายุเพื่อการพัฒนาศักยภาพ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ</p> <p>๑.๑ ส่งเสริมการพัฒนางานวิจัยนวัตกรรมด้านผู้สูงอายุ หรือบริการ/ระบบการให้บริการใหม่เพื่อเพิ่มศักยภาพ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ</p> <p>๑.๒ ส่งเสริมให้มีการนำผลงานวิจัย/ข้อเสนอแนะ/นโยบาย/ นวัตกรรมด้านผู้สูงอายุไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนา ศักยภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ</p>
<p>มาตรการ ๒ สร้างเสริมความรู้ความเข้าใจถึงกระบวนการสุขภาพ ครอบครัวและคนสำคัญ</p> <p>๒.๑ ส่งเสริมการให้ความรู้เรื่องกระบวนการสุขภาพ ครอบครัวและคนสำคัญ</p> <p>๒.๒ ครอบคลุมถึงครอบครัวคนสำคัญและคนสำคัญผู้สูงอายุ</p> <p>๒.๓ ครอบคลุมถึงคนสำคัญและผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน</p>	<p>มาตรการ ๒ ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสุขภาพ</p> <p>๒.๑ เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ</p> <p>๒.๒ พัฒนาระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงวัยที่ครอบคลุมถึงกับ ความดีของการอยู่สูงวัยด้วยคุณภาพและเหมาะสมกับวิถีของพื้นที่</p>	<p>มาตรการ ๒ ติดตามและประเมินผลนโยบายและ แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุในระดับ</p>	<p>มาตรการ ๒ ส่งเสริมการพัฒนาแบบจำลอง งานวิจัย และนวัตกรรมด้านผู้สูงอายุที่บูรณาการเข้ากันได้และ เป็นประโยชน์ต่อภาคีผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ</p> <p>๒.๑ สร้างระบบวิจัย งานวิจัย และนวัตกรรมด้านผู้สูงอายุ ของประเทศไทย</p> <p>๒.๒ สร้างกลไกเชื่อมโยงงานวิจัยด้านผู้สูงอายุของหน่วยงาน ภาครัฐที่เกี่ยวข้องในระดับประเทศ จังหวัดและท้องถิ่น</p> <p>๒.๓ พัฒนาระบบสนับสนุนที่เอื้ออำนวยและบูรณาการที่เชื่อมโยง การวิจัยไปประยุกต์ใช้จริงมากขึ้น</p> <p>๒.๔ พัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและ สถาบันการศึกษาในระดับจังหวัดในการต่อยอดและสร้างงาน วิจัยผู้สูงอายุที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือเพื่อเชื่อมโยงสู่ระบบ งานวิจัยของประเทศไทย</p>
<p>มาตรการ ๓ ส่งเสริมการพัฒนาความรู้และศักยภาพขององค์กรเมือง รัฐบาลและ สามารถเชื่อมโยงไปยังองค์กรภาคีและภาคีที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๓.๑ ส่งเสริมการวิจัยที่ทำงานไปพร้อมกันทั้งในระดับเมืองและระดับ ที่สอดคล้องกับความเป็นจริงที่มีชีวิตจริงของเมือง</p> <p>๓.๒ ส่งเสริมการให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพในการรู้เท่าทันสื่อโซเชียลมีเดียสารสนเทศ และเทคโนโลยีเพื่อช่วยเสริมสร้างพลัง</p>	<p>มาตรการ ๓ ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสังคม</p> <p>๓.๑ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการแก้ปัญหาสังคม</p> <p>๓.๒ ส่งเสริมการศึกษาดูงานและศึกษาดูงานผู้สูงอายุ</p> <p>๓.๓ ส่งเสริมศักยภาพของครัวเรือนและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ</p>	<p>มาตรการ ๓ ปฏิรูประบบกฎหมายเพื่อรองรับ การดำเนินงานของภาคีส่วนในการรองรับ สังคมสูงวัยเชิงรุก</p>	
<p>มาตรการ ๔ เร่งเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ</p> <p>๔.๑ สร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการมีสุขภาพดีและพฤติกรรมสุขภาพ ที่ดีกับตนเอง</p> <p>๔.๒ ส่งเสริมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ</p> <p>๔.๓ สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมสุขภาพ ที่ดีกับตนเองกับชุมชน</p>	<p>มาตรการ ๔ ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสภาพแวดล้อม</p> <p>๔.๑ ส่งเสริมการปรับสภาพที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับวัยและสภาพ</p> <p>๔.๒ ส่งเสริมการศึกษาดูงานและศึกษาดูงานผู้สูงอายุ และ บริการสาธารณสุขและที่จอดรถสำหรับผู้สูงอายุ</p> <p>๔.๓ สร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงที่อยู่อาศัย วัสดุอุปกรณ์ และ สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ</p> <p>๔.๔ สร้างระบบทางสัญจรและการคมนาคมทางบกที่เอื้อต่อคนทุกวัย</p>	<p>มาตรการ ๔ งบประมาณจัดสรรด้านผู้สูงอายุให้เชื่อมโยง ปริมาณและเชิงคุณภาพ ในระดับชาติและระดับพื้นที่</p>	
<p>มาตรการ ๕ ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม กับวัยสูงอายุและเพิ่มโอกาสในการปรับสภาพที่อยู่อาศัย</p> <p>๕.๑ เร่งรัดการดำเนินการพัฒนาที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อวัย สำหรับผู้สูงอายุ</p> <p>๕.๒ ส่งเสริมการปรับปรุงที่อยู่อาศัยโดยภาคีภาครัฐและเอกชน</p> <p>๕.๓ ส่งเสริมการวางผังเมืองและจัดการผังเมืองที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ</p>	<p>มาตรการ ๕ ส่งเสริมการมีสวนร่วมของภาคีเอกชน ในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ</p>	<p>มาตรการ ๕ เพิ่มขีดความสามารถในการพัฒนาและ การจัดการงานด้านผู้สูงอายุขององค์กรชุมชนท้องถิ่น และผู้นำชุมชน</p>	
<p>มาตรการ ๖ ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม กับวัยสูงอายุและเพิ่มโอกาสในการปรับสภาพที่อยู่อาศัย</p> <p>๖.๑ เร่งรัดการดำเนินการพัฒนาที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อวัย สำหรับผู้สูงอายุ</p> <p>๖.๒ ส่งเสริมการปรับปรุงที่อยู่อาศัยโดยภาคีภาครัฐและเอกชน</p> <p>๖.๓ ส่งเสริมการวางผังเมืองและจัดการผังเมืองที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ</p>	<p>มาตรการ ๖ พัฒนาระบบการพักอาศัยและบูรณาการ ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มที่เป็นกลุ่มเปราะบาง และกลุ่มที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ทั้งในฐานะผู้ให้บริการ ผู้รับ บริการ หรือผู้ให้บริการ</p>	<p>มาตรการ ๖ พัฒนาระบบป้องกันและฟื้นฟูผู้สูงอายุและ ครอบครัวในยามที่เกิดภาวะวิกฤติ</p>	

การเปลี่ยนแปลงของครอบครัวไทย

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยได้ประสบกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญ อันเป็นผลจากการเปลี่ยนผ่านทางประชากร อัตราการเจริญพันธุ์ที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง จนเข้าสู่ระดับ “Ultra-Low Fertility” โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ อัตราการเกิดเฉลี่ยต่ำกว่า ๑.๐ เด็กต่อผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์หนึ่งคน (United Nations, ๒๐๒๔) ปัจจัยดังกล่าวประกอบกับการย้ายถิ่นของคนวัยทำงานจากภูมิภาคเก่าแก่เข้าสู่ตลาดแรงงานในระบบ โดยเฉพาะในเมืองและเขตอุตสาหกรรม ส่งผลให้เกิดการแยกตัวออกจากครอบครัวเดิม และลดโอกาสในการอยู่ร่วมกันหลายรุ่นในครัวเรือน ข้อมูลจากโครงการวิเคราะห์แนวโน้มประชากร Asia Pacific ชี้ว่า ขนาดครัวเรือนไทยเฉลี่ยในปี ๒๕๖๗ อยู่ที่ประมาณ ๓.๐ คน ลดลงมากกว่าครึ่งเมื่อเทียบกับปี ๒๕๒๓ ที่มีค่าเฉลี่ยราว ๕.๗ คนต่อครัวเรือน (Population Trends Asia Pacific, ๒๐๒๔) ผลจากการเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้รูปแบบครอบครัวขยายลดลง ขณะที่ครัวเรือนเดี่ยวและครัวเรือนที่มีเพียงผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียวหรืออยู่กับหลานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การลดลงของขนาดครอบครัวและเครือข่ายการสนับสนุน ส่งผลต่อบทบาทการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งต้องอาศัยระบบสวัสดิการและการสนับสนุนจากภาครัฐ ชุมชน และภาคเอกชนมากขึ้น เพื่อชดเชยการดูแลแบบดั้งเดิมที่เคยได้จากสมาชิกครอบครัว

สถานการณ์ทางเศรษฐกิจ

ประเทศไทยยังคงเป็นประเทศที่มีรายได้อยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่การสูงวัยทางประชากรกลับก้าวไปในอัตราที่รวดเร็วจนอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับประเทศที่พัฒนาแล้ว จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มที่มีความเปราะบางในด้านเศรษฐกิจ จากรายงานการวิจัยเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย: ผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีรายได้ค่อนข้างต่ำ โดยในปี พ.ศ.๒๕๕๙ ร้อยละ ๔๘ ของผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน (หรือน้อยกว่า ๓๐,๐๐๐ บาทต่อปี) โดยแหล่งรายได้หลักที่สำคัญของผู้สูงอายุจะมาจากการทำงานบุตร และเบี้ยยังชีพในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน และเป็นที่น่าสังเกตว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้หลักจากบุตรจะรายงานว่ามีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้หลักจากการทำงานและผู้สูงอายุที่มีรายได้หลักจากเบี้ยยังชีพ ซึ่งสะท้อนว่ารายได้จากการทำงานของผู้สูงอายุนั้นน่าจะเป็นรายได้ที่ต่ำและไม่แน่นอน เนื่องจากส่วนใหญ่ทำงานในภาคนอกระบบการพัฒนาตามกระแสโลกาภิวัตน์น่าจะส่งผลให้ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจใน ๒๐ ปีข้างหน้า ยิ่งเพิ่มสูงขึ้น การลดลงของประชากรวัยแรงงานจะนำไปสู่การขาดแคลนแรงงาน มีการนำแรงงานต่างชาติ เข้ามาทดแทนเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันประชากรวัยแรงงานน่าจะเข้าสู่ตลาดแรงงานเร็วขึ้น เทคโนโลยีและนวัตกรรม จะเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดการขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจ รูปแบบการผลิตน่าจะยิ่งพึ่งเครื่องจักรเครื่องกลเป็นหลัก การทำงานน่าจะมีการใช้เทคโนโลยีประเภทสมองกลอัจฉริยะ (AI) หรือหุ่นยนต์ (Robot) มากขึ้น ส่งผลให้ ต้องการแรงงานที่มีความรู้และทักษะมากขึ้น อย่างไรก็ตามการพัฒนาทางเศรษฐกิจใน ๒๐ ปีข้างหน้าอาจส่งผลให้โอกาสที่ผู้สูงอายุในอนาคตจะมีส่วนร่วมในการทำงานเชิงเศรษฐกิจลดลง เนื่องจากมีช่องว่างด้านความรู้และ ทักษะในการใช้เทคโนโลยีเมื่อเทียบกับคนรุ่นหลัง

สถานการณ์และแนวโน้มด้านสุขภาพ

จากการวิเคราะห์งานวิจัยที่ผ่านมา รวมทั้งจากการประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อมองภาพอนาคตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอีก ๒๐ ปี ข้างหน้านั้น พบว่า การใช้ชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของประชากรไทย โดยเฉพาะในกลุ่มของผู้สูงอายุนั้นน่าจะเป็นสาเหตุนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังและมีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพได้สูงขึ้น จากข้อมูลการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติในช่วง ๑๕ ปีที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มของผู้สูงอายุ ชายและหญิงที่มีภาวะทุพพลภาพเพิ่มสูงขึ้น จากการคาดประมาณแนวโน้มการอยู่ในภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุ ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่วัดจากการมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันตั้งแต่ ๑ ด้านขึ้นไปจะเพิ่มประมาณ ๕ แสนคนในปี พ.ศ.๒๕๕๙ เป็นประมาณ ๑.๖ ล้านคนในปี พ.ศ.๒๕๙๓ ประเด็นท้าทายที่จะตามมา คือ ความต้องการการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาวจะเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งโรคจะมีความซับซ้อนขึ้น เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคการเคลื่อนไหวผิดปกติ เป็นต้น ซึ่งต้องอาศัยผู้ดูแลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะและมีทักษะการดูแลในระดับสูง การดูแลระยะยาวนี้จะส่งผลให้มีความต้องการผู้ดูแลเพิ่มขึ้นทั้งผู้ดูแลที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ประเด็นที่ท้าทาย คือ ๑) การขาดแคลนผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลที่เป็นบุตรมีแนวโน้มลดลงส่วนหนึ่งเป็นเพราะการลดลง ของภาวะเจริญพันธุ์อย่างต่อเนื่องที่ส่งผลให้ขนาดครอบครัวเล็กลงและผู้สูงอายุนั้นยังมีบุตรน้อยลงมาก ๒) ความต้องการกำลังคนในการให้บริการด้านสุขภาพและสังคมให้แก่ผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้น ๓) ค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวทั้งในส่วนของผู้สูงอายุและครอบครัวและภาระทางการเงิน การคลังของรัฐ มีการคาดการณ์

กันว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจะเพิ่มจาก ๖๐,๐๐๐ ล้านบาทในปี พ.ศ.๒๕๕๓ เป็น ๒๒๐,๐๐๐ ล้านบาทในปี พ.ศ.๒๕๖๕ หรือคิดเป็นร้อยละ ๒.๘ ของ GDP ในปี พ.ศ.๒๕๖๕ และ ๔) ความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอาจจะเพิ่มขึ้น การย้ายถิ่นเข้ามาพำนักในประเทศไทยของกลุ่มผู้สูงอายุชาวต่างชาติทำให้เกิดบริการที่พิกอาศัย การดูแลและบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานสูงกว่าผู้สูงอายุไทย

สถานการณ์และแนวโน้มด้านสภาพแวดล้อม เทคโนโลยี และนวัตกรรม

๑. สถานการณ์ปัจจุบันจากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๗ พบว่า มีผู้สูงอายุไทยผู้สูงอายุอยู่ลำพังกับคู่สมรส ร้อยละ ๒๒.๖ และอยู่คนเดียว ๕ ถึงร้อยละ ๑๒.๙ มีผู้สูงอายุ ร้อยละ ๕.๖ เคยหกล้มในระหว่าง ๖ เดือน อย่างน้อย ๑ ครั้ง โดยผู้สูงอายุหญิง เคยหกล้มมีสัดส่วนสูงกว่าผู้สูงอายุชาย (ร้อยละ ๖.๓ และ ๔.๘ ตามลำดับ) โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (ร้อยละ ๘.๘) เคยหกล้มมากกว่าวัยกลางและวัยต้น (ร้อยละ ๖.๓ และ ๔.๗ ตามลำดับ) การหกล้มส่วนใหญ่เกิดขึ้นบริเวณตัวบ้านมากที่สุด (ร้อยละ ๕๐.๕) รองลงมาคือ บริเวณภายในตัวบ้าน (ร้อยละ ๓๒.๔) และภายนอกบริเวณบ้าน (ร้อยละ ๑๗.๑) ซึ่งสอดคล้องกับการมีสภาพที่อยู่อาศัยที่ไม่เหมาะสม มีเพียงไม่ถึงร้อยละ ๗.๑ ที่อยู่ในบ้านที่มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยต่อการใช้ชีวิตประจำวัน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๖๗)

๒. สถานการณ์ในอนาคต

๒.๑ การขยายตัวของความเป็นเมือง (urbanization) สามารถวัดได้จากสัดส่วนของประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองเมื่อเทียบกับประชากรทั้งหมด โดยพบว่าประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ความเป็นเมืองของประเทศไทยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๔๙ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ประชากรไทยอาศัยอยู่ในเขตเมืองในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับเขตชนบท (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ๒๕๖๑) นอกจากนี้ องค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. ๒๕๙๓ สัดส่วนประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองทั่วโลกจะเพิ่มสูงขึ้นเป็นประมาณร้อยละ ๗๒ ของประชากรทั้งหมด (United Nations, ๒๐๑๙)

๒.๒ การขยายตัวของเมืองในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถจำแนกขนาดของเมืองตามจำนวนประชากรออกเป็นหลายระดับ ได้แก่ เมืองขนาดเล็ก (มีประชากรต่ำกว่า ๓๐๐,๐๐๐ คน) เมืองขนาดกลาง (มีประชากร ๓๐๐,๐๐๐-๕๐๐,๐๐๐ คน และ ๕๐๐,๐๐๐-๑,๐๐๐,๐๐๐ คน) เมืองขนาดใหญ่ (มีประชากร ๑-๕ ล้านคน) และเมืองมหานคร (มีประชากรมากกว่า ๑๐ ล้านคนขึ้นไป) ซึ่งเป็นการจำแนกตามกรอบแนวคิดการพัฒนาเมืองขององค์การสหประชาชาติ (United Nations, ๒๐๑๙) ในกรณีของประเทศไทย สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติคาดการณ์ว่า ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๗๓ จำนวนเมืองที่มีประชากรระหว่าง ๕๐๐,๐๐๐-๑,๐๐๐,๐๐๐ คนจะเพิ่มขึ้นจาก ๙ เมืองเป็น ๑๓ เมือง ขณะที่เมืองขนาดกลางค่อนข้างใหญ่ซึ่งมีประชากรระหว่าง ๑-๕ ล้านคนจะเพิ่มขึ้นจาก ๓ เมืองเป็น ๖ เมืองในเวลาเดียวกัน โดยกรุงเทพมหานครยังคงเป็นเมืองมหานครเพียงแห่งเดียวที่มีประชากรมากกว่า ๑๐ ล้านคน (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ๒๕๖๑) การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของเมืองดังกล่าวมีแนวโน้มส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ระบบขนส่งสาธารณะ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และระบบการดูแลระยะยาว ซึ่งหากขาดการวางแผนและการพัฒนาระบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ อาจ

ทำให้ผู้สูงอายุเผชิญความเสี่ยงด้านความปลอดภัยและการดำรงชีวิตอย่างอิสระลดลง (United Nations, ๒๐๑๙)

๓. การเข้าถึงเทคโนโลยีของผู้สูงอายุ

จากรายงานการสำรวจการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า การเข้าถึงและการใช้อินเทอร์เน็ตของประชากรไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ยังคงปรากฏความแตกต่างระหว่างช่วงวัยอย่างชัดเจน โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปมีสัดส่วนการใช้อินเทอร์เน็ตประมาณร้อยละ ๔๖ ขณะที่ประชากรในกลุ่มอายุ ๑๕-๒๔ ปีมีสัดส่วนการใช้อินเทอร์เน็ตสูงถึงมากกว่าร้อยละ ๙๙ และกลุ่มอายุ ๒๕-๕๙ ปีมีสัดส่วนการใช้อินเทอร์เน็ตมากกว่าร้อยละ ๙๐ สะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างทางดิจิทัลระหว่างคนต่างรุ่น โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรสูงอายุซึ่งยังมีข้อจำกัดด้านทักษะดิจิทัลและการเข้าถึงเทคโนโลยี ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุให้สามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรมได้อย่างเหมาะสม จึงเป็นประเด็นสำคัญต่อการเตรียมความพร้อมของประชากรในศตวรรษที่ ๒๑ และการลดความเหลื่อมล้ำด้านดิจิทัลในสังคมไทย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๖๖)

สรุปได้ว่า จากสถานการณ์ประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้น ร่วมกับการขยายตัวของเมืองอย่างรวดเร็วและการก้าวเข้าสู่ยุคดิจิทัล การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจึงต้องพิจารณาในหลายมิติเพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี อาทิ การปรับ “ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ” ทั้งที่เป็นชุมชนเมืองและชุมชนชนบทให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยยึดหลัก Age-Friendly Communities ของ WHO (๒๐๒๓) ครอบคลุมถึงสถานะความเป็นอยู่หรือ คุณภาพชีวิตของคน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เศรษฐกิจ สังคม เอกภลักษณ์ วัฒนธรรม วิถีชีวิต และจิตวิญญาณ ตลอดจนชุมชนมีการบริหารปกครองที่ดี โดยเน้นความเป็นธรรม (Equity) การมีส่วนร่วม (Participation) และการประสานความร่วมมือ (Cooperation) ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาของชุมชน โดยกำหนดกรอบการ พิจารณา “ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ” ไว้ ๘ ประเด็น ดังนี้ ๑) ที่อยู่อาศัย ๒) การเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม ๓) การได้รับการยอมรับในสังคม ๔) การมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและการจ้างงาน ๕) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และการสื่อสาร ๖) การสนับสนุนของชุมชนและการบริการด้านสุขภาพ ๗) สภาพพื้นที่ภายนอกและตัว อาคาร และ ๘) ระบบขนส่งมวลชน (กรมอนามัย, ๒๕๖๘) นอกจากนี้ ควรมีการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (appropriate technology) เป็นเทคโนโลยีที่มีต้นทุนเหมาะสม ใช้งานง่าย สอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และความสามารถของผู้ใช้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมักมีข้อจำกัดด้านทักษะดิจิทัลและการเข้าถึงทรัพยากร การพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสมจึงเป็นกลไกสำคัญในการลดช่องว่างทางดิจิทัลและส่งเสริมความเท่าเทียมในการเข้าถึงนวัตกรรมจะช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากนวัตกรรมของผู้สูงอายุ ทั้งเทคโนโลยีเพื่อการดำรงชีวิตประจำวัน เทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือเทคโนโลยีเพื่อเสริมศักยภาพในการทำงานและการมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่อง active ageing และ healthy ageing ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, ๒๐๒๒)

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

การจัดระบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุสามารถจำแนกออกเป็นหลายรูปแบบ โดยหนึ่งในรูปแบบที่มีความสำคัญอย่างยิ่งคือ การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (home care) ซึ่งเป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับหลักการที่ผู้สูงอายุได้อาศัยที่บ้านของตนเองในถิ่นที่อยู่เดิมที่ตนคุ้นเคย (aging in place) หมายถึง การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในถิ่นที่อยู่อาศัยเดิมที่คุ้นเคย ท่ามกลางครอบครัวและชุมชนเดิม ซึ่งเอื้อต่อความมั่นคงทางจิตใจ การคงไว้ซึ่งความเป็นอิสระ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (World Health Organization, ๒๐๒๒) ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีลักษณะเป็น ระบบผสมผสาน (mixed care system) ที่ผนวกการดูแลจากภาครัฐ ครอบครัว ชุมชน และองค์กรท้องถิ่นเข้าด้วยกัน ซึ่งสามารถจำแนกรูปแบบการดูแลออกเป็น ๔ ประเภทหลัก ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การดูแลโดยสถาบัน การดูแลโดยชุมชน และการดูแลระยะยาว (กรมกิจการผู้สูงอายุ, ๒๕๖๖; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๖๕) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๑. การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Care)

การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเป็นรูปแบบการดูแลที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในระดับสากล เนื่องจากสอดคล้องกับแนวคิด aging in place ซึ่งหมายถึงการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในถิ่นที่อยู่อาศัยเดิมที่คุ้นเคย ท่ามกลางครอบครัวและชุมชน โดยไม่จำเป็นต้องย้ายเข้าสู่สถาบันการดูแล (WHO, ๒๐๑๕) การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Care) สามารถแบ่งออกเป็น ๓ รูปแบบ ได้แก่ การดูแลโดยสมาชิกในครอบครัว (Informal Caregiver) ซึ่งเป็นการดูแลแบบไม่เป็นทางการและไม่มีค่าตอบแทน การดูแลโดยผู้ดูแลรับจ้าง (Formal Caregiver) ซึ่งเป็นการดูแลแบบเป็นทางการและมีค่าตอบแทน และการดูแลโดยบุคลากรทางสุขภาพ (Home Health Care) ซึ่งเป็นบริการที่ภาครัฐพัฒนาขึ้นเพื่อสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังและต้องการการดูแลต่อเนื่อง โดยมุ่งเสริมศักยภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม (กรมอนามัย, ๒๕๖๘) มีผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การดูแลที่บ้านมีผลเชิงบวกต่อสุขภาวะด้านจิตใจ ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เพิ่มความพึงพอใจในชีวิต และช่วยคงไว้ซึ่งสมรรถนะในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ (Al-Hamad et al., ๒๐๒๕; Gedik, ๒๐๒๕) ในบริบทของประเทศไทย ครอบครัวยังคงเป็นกลไกหลักในการดูแลผู้สูงอายุ โดยสมาชิกในครอบครัวทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก (informal caregiver) ขณะที่ภาครัฐสนับสนุนผ่านบริการเยี่ยมบ้านและระบบ LTC (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๖๕)

๒. การดูแลผู้สูงอายุโดยสถาบัน (institutional care) เป็นรูปแบบการดูแลที่จัดไว้ในสถานบริการเฉพาะทาง เช่น บ้านพักคนชรา สถานดูแลผู้สูงอายุ ศูนย์ฟื้นฟูผู้สูงอายุ และสถานพยาบาลระยะยาวหรือ nursing home ซึ่งมีบุคลากรด้านสุขภาพและผู้ดูแลประจำตลอด ๒๔ ชั่วโมง รูปแบบการดูแลดังกล่าวมีบทบาทสำคัญในการรองรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูง มีโรคเรื้อรังหลายโรค หรือมีภาวะสุขภาพซับซ้อนที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], ๒๐๒๐) องค์การอนามัยโลกระบุว่า การดูแลผู้สูงอายุโดยสถาบันมีความจำเป็นในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปลอดภัยในครอบครัวหรือชุมชน เช่น ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะรุนแรง ผู้ป่วยติดเตียง หรือผู้ที่ต้องการการพยาบาลเฉพาะทางอย่างต่อเนื่อง โดยการดูแลในสถาบันควรดำเนินควบคู่กับแนวคิดการดูแลแบบผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง (person-centred care) เพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (WHO, ๒๐๑๗)

๓. การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน (Community-Based Care)

การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนเป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผ่านกิจกรรมและกลไกต่าง ๆ เช่น ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ และชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างการพึ่งพาตนเอง การมีส่วนร่วมทางสังคม และการป้องกันภาวะพึ่งพิงในระยะยาว (กรมกิจการผู้สูงอายุ, ๒๕๖๖) องค์กรอนามัยโลกระบุว่า แนวคิด ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (age-friendly communities) เป็นกลยุทธ์สำคัญในการรองรับสังคมสูงวัย โดยชุมชนควรมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อความปลอดภัย การเข้าถึงบริการ และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งจะช่วยลดภาวะโดดเดี่ยวและส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ (WHO, ๒๐๒๒) งานวิจัยเชิงประจักษ์ในช่วงหลังปี ๒๐๒๐ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนอย่างสม่ำเสมอมีระดับคุณภาพชีวิตสุขภาพจิต และความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ขาดการมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งยังช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและความโดดเดี่ยวทางสังคม (Zhang et al., ๒๐๒๑; Chen et al., ๒๐๒๓) นอกจากนี้ การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมประกอบด้วยการสร้างเครือข่ายระดับชุมชนเพื่อเชื่อมโยงการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยทีมสหวิชาชีพเพื่อให้การดูแลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ผลการดำเนินงานตามรูปแบบดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตและสมรรถนะในการดำรงชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (สุพัตรา ศรีสุข และคณะ, ๒๕๖๔)

๔. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-Term Care: LTC)

ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-Term Care: LTC) เป็นรูปแบบการดูแลที่มุ่งเน้นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือมีข้อจำกัดในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยอาศัยทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแล (caregiver) ในการจัดบริการอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อส่งเสริมการดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีและคุณภาพชีวิตที่ดี (WHO, ๒๐๒๒) ในบริบทของประเทศไทย ระบบ LTC ได้รับการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรมภายใต้การกำกับของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีการประเมินระดับความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (individual care plan) และการจัดผู้ดูแลในชุมชน เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่อาศัยที่บ้านได้อย่างปลอดภัย ลดการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล และเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๖๕)

รายงานสถานการณ์ระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบุว่าในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ประเทศไทยมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้แก่ กลุ่มติดบ้านและติดเตียง มากกว่า ๔๑๕,๐๐๐ ราย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลผ่านระบบ LTC อย่างต่อเนื่อง มุ่งเน้นการคุ้มครองสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล (caregiver) และการสนับสนุนเครือข่ายการดูแลในระดับชุมชน ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการบริการดูแลระยะยาวที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน และชี้ให้เห็นว่าระบบ LTC เป็นกลไกสำคัญในการรองรับผลกระทบจากการเข้าสู่สังคมสูงวัยของประเทศไทย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๖๗) สอดคล้อง

กับผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) ที่มีประสิทธิภาพสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาว ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อมีการบูรณาการการดูแลระหว่างครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ (กัลยา เกื้อกุล, ๒๕๖๘; ปวีริศรา อาจวานิชชากุล, ๒๕๖๘; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๖๗)

๓. สิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ

แนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ได้สร้างกรอบแนวคิดและให้ความหมายไว้ว่าเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุเป็นการกระตุ้นให้เกิดภาวะพลวัตซึ่งเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของสุขภาพ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตร่วมกับทุกคนในสังคมได้อย่าง เท่าเทียม สะดวกและปลอดภัย แบ่งได้ ๓ วิธี ดังนี้ ๑) ด้านสังคม ๒) ด้านเศรษฐกิจ ๓) ด้านสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย โดยนวัตกรรมกับเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุประกอบด้วย ๘ ประเด็น (กรมอนามัย, ๒๕๖๘; WHO, ๒๐๑๘) (ดังภาพที่ ๓) ดังนี้

๑. สภาพพื้นที่ภายนอกและตัวอาคาร (Outdoor Spaces and Buildings)

พื้นที่สาธารณะภายนอกอาคารและอาคารสาธารณะ มีผลกระทบเป็นอย่างมากต่อการใช้ชีวิตในเมืองอย่างเป็นอิสระและปกติสุขของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในชุมชนและเมืองที่ได้อยู่อาศัยมาเป็นเวลานาน ผู้สูงอายุและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับผู้สูงอายุได้ให้ภาพของคุณลักษณะของภูมิทัศน์เมืองและภูมิทัศน์ประติมากรรมที่มีผลต่อ ผู้สูงอายุในประเด็นหลัก ๓ ประการ คือ คุณภาพชีวิต การเข้าถึงได้และความปลอดภัย ซึ่งในหลายเมืองได้ดำเนินการ แล้วหรือกำลังดำเนินการอยู่และหลายเมืองยังต้องได้รับการพัฒนาเปลี่ยนแปลงในประเด็นดังกล่าว

๒. การคมนาคมขนส่ง (Transportation)

การคมนาคมขนส่งสาธารณะจะต้องใช้ได้ง่ายและมีราคาไม่แพงคือประเด็นหลักที่สำคัญและมีประเด็นอื่นที่มี การพิจารณา คือ ระบบการคมนาคมขนส่งที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ในเมือง ช่วยให้เกิดปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้คน การเข้า ถึงชุมชนและระบบสาธารณสุข

๓. ที่อยู่อาศัย (Housing)

ที่อยู่อาศัยเป็นองค์ประกอบสำคัญของความปลอดภัยและความเป็นอยู่ที่ดีของคน ดังนั้นในการประชุมขององค์การอนามัยโลก ที่อยู่อาศัยจึงเป็นประเด็นที่มีการกล่าวถึงอย่างกว้างขวาง ในด้านของโครงสร้าง การออกแบบ ทำเลที่ตั้งและทางเลือกต่างๆ ที่อยู่อาศัยมีส่วนสัมพันธ์อย่างลึกซึ้งกับชุมชนและบริการทางสังคม ซึ่งมีผลกระทบ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า ที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนต่างๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุ มีความเป็นอยู่ที่ดีและปลอดภัยภายในชุมชน เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงเป็นอย่างมาก

๔. การมีส่วนร่วมทางสังคม (Social Participation)

การมีส่วนร่วมเชิงสังคมและการสนับสนุนสังคมมีความเชื่อมโยงอย่างเหนียวแน่นกับการมีสุขภาพดี และการมีชีวิตที่สุขสบาย การมีส่วนร่วมในการสนทนา การเข้าสังคมร่วมกิจกรรมทางวัฒนธรรมประเพณีในชุมชนและครอบครัว ช่วยให้ผู้สูงอายุยังคงได้ใช้ความรู้ความสามารถของตนและได้รับสถานะจากการยอมรับนับถือจากสังคม เพื่อคงและสร้างความสัมพันธ์ให้เข้มแข็งต่อไป และยัง

เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารจาก สังคมอีกด้วย ผู้สูงอายุซึ่งเข้าร่วมโครงการของ องค์การอนามัยโลกระบุว่า การที่ผู้สูงอายุจะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็น ทางการมากน้อยเท่าใดนั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับการจัดให้มีกิจกรรมขึ้นเท่านั้น แต่ยังต้องมีการเดินทางและ บริการอื่นๆ ที่สามารถจะไปเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างสะดวก รวมทั้งการให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับ กิจกรรมนั้นๆ เพื่อช่วยในการตัดสินใจ

๕. การเคารพและการมีส่วนร่วมในสังคม (Respect and Social Inclusion) มี ๒ ประเด็น หลักที่สำคัญเกี่ยวกับการยอมรับของสังคม ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมและทัศนคติที่สังคมมีต่อ ผู้สูงอายุ ด้าน หนึ่งผู้สูงอายุจะได้รับความเคารพนับถือ ความตระหนักรู้และการยอมรับ แต่ในอีกด้านหนึ่ง ผู้สูงอายุ จะถูกละเลยในชุมชน ในการให้บริการหรือแม้แต่ในครอบครัวของตนเอง ความแตกต่างของสถานะทั้ง สองด้านนี้ เกิดจากสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป และพฤติกรรมที่ถือปฏิบัติกันในคนส่วนมาก รวมทั้งการ ขาดความสัมพันธ์ระหว่างคนต่างวัย และการละเลยต่อผู้สูงอายุ ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมเห็นพ้องกันว่า การ ให้ความเคารพนับถือและการยอมรับ ทางสังคมต่อผู้สูงอายุไม่เพียงขึ้นอยู่กับความเปลี่ยนแปลงของ สังคมเท่านั้น แต่ยังรวมถึงวัฒนธรรม เพศ สุขภาพอนามัย และเศรษฐกิจ เป็นประเด็นสำคัญด้วย นอกจากนี้ การที่ผู้สูงอายุจะมีส่วนร่วมในสังคม ประชาคมและเศรษฐกิจ ยังเกี่ยวข้องับประสบการณ์ เกี่ยวกับการยอมรับของสังคมที่ผู้สูงอายุประสบมาด้วย

๖. การมีส่วนร่วมและโอกาสการจ้างงาน (Civic Participation and Employment)

ผู้สูงอายุไม่ได้หยุดการให้ต่อชุมชน แม้จะเกษียณอายุแล้ว หลายคนยังคงทำงานแบบให้เปล่า หรืออาสาสมัครให้แก่ครอบครัวและชุมชน ในบางแห่งภาวะบีบคั้นทางเศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุต้องหา งานทำเพื่อให้มีรายได้หลังวัยเกษียณ เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุควรมีทางเลือกให้ผู้สูงอายุในการทำ ประโยชน์แก่ชุมชนต่อไป ด้วยการจ้างงานหรือทำงานเชิงอาสาสมัคร รวมทั้งมีส่วนร่วมในเชิงการเมือง ด้วย ผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากต้องการที่จะทำงานต่อผู้สูงอายุในโครงการขององค์การอนามัยโลก ด้วย ความยินดีและปรารถนาที่จะทำงานให้ชุมชนต่อไปในฐานะอาสาสมัคร ผู้สูงอายุในเมืองส่วนใหญ่เข้าสู่ ระบบการจ้างงานและการอาสาสมัครทำงานให้ชุมชนโดยได้รับการยกย่องนับถือจากสังคมโดยรวม ผู้สูงอายุมีความต้องการโอกาสในการทำงานที่เหมาะสมกับความสนใจและความต้องการของตนมากขึ้น นอกจากนี้ยังต้องการเห็นความพยายามในการกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในประชาคมเมืองที่ปราศจาก อุปสรรคต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย สังคมและสภาพแวดล้อมอื่นๆ ด้วย

๗. การสื่อสารและข้อมูลข่าวสาร (Communication and Information)

มีความเห็นพ้องต้องกันของกลุ่มร่วมกันว่า การมีการติดต่อเชื่อมโยงระหว่างคนกับกิจกรรม และคนกับคนนั้น มีความสำคัญและต้องมีการให้ข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสมกับเวลาและเชื่อถือได้ เพื่อ การจัดการกับการใช้ชีวิต ความต้องการและ Active Ageing ผู้เข้าร่วมประชุมที่มาจากเมืองส่วนใหญ่ใน ประเทศที่พัฒนาแล้วชี้ว่ามีข้อมูลข่าวสาร จากสื่อทั่วไปและสื่อเฉพาะอยู่มากมายสำหรับผู้สูงอายุ ในขณะที่ ในประเทศกำลังพัฒนาผู้แทนเน้นย้ำถึงการสร้างสื่อ ที่ครอบคลุมของชุมชน เช่น โทรทัศน์ วิทยุและ หนังสือพิมพ์ ความกังวลว่าจะตกข่าวหรือถูกทอดทิ้งจากเรื่องราวทางสังคมเป็นประเด็นที่กล่าวถึงในเกือบ ทุกพื้นที่ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ในการสื่อสารและให้ข้อมูลถือเป็นเครื่องมือสำคัญ แต่ใน ขณะเดียวกันก็อาจทำให้เกิดผลในทางตรงกันข้ามด้วย ความหลากหลายทางวิธีการสื่อสาร และปริมาณ

ข้อมูลไม่ได้อยู่ในความสนใจของที่ประชุม แต่ได้หันไปให้ความสนใจในประเด็นของการมีข้อมูลที่เกี่ยวข้องที่พร้อมให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้โดยง่ายด้วยความสามารถในการรับสารและแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย

๘. บริการสนับสนุนชุมชนและบริการสุขภาพ (Community Support and Health Services)

การบริการด้านสุขภาพและบริการการสนับสนุนต่างๆเป็นเรื่องสำคัญในการที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรง และไม่ต้องอาศัยพึ่งพิงผู้อื่น ทั้งผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ผู้จัดการบริการล้วนแล้วแต่ให้ความสนใจอย่างยิ่งต่อการมีบริการด้านสาธารณสุขที่เพียงพอมีคุณภาพดีเหมาะสมและเข้าถึงได้ผู้เข้าร่วมโครงการขององค์การอนามัยโลกมีประสบการณ์กับความแตกต่างของระบบดูแลสุขภาพรวมทั้งการมีเป้าหมายความคาดหวังที่แตกต่างกันด้วย อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุในทุกเมืองเรียกร้องให้มีบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานและการสนับสนุนด้านรายได้ เนื่องจากการดูแลรักษาสุขภาพ เป็นบริการที่มีราคาค่าใช้จ่ายสูง ดังนั้น การมีบริการที่สามารถจ่ายได้จึงเป็นความต้องการของผู้สูงอายุตลอดมา

ภาพที่ ๓ ชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ



ที่มา: ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-Friendly Communities)
(World Health Organization [WHO], ๒๐๒๓)

การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (Age-Friendly Environment) เป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดความเสี่ยงต่อภาวะพึ่งพิง และคงความเป็นอิสระได้ยาวนาน จากผลงานวิจัยที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นว่า สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมมีผลโดยตรงต่อ

สุขภาพกาย สุขภาพจิต และความผูกพันทางสังคมของผู้สูงอายุ Nie และ Li (๒๐๒๕) พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีลักษณะเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (Age-Friendly Communities) มีแนวโน้มเกิดภาวะพึ่งพิงด้านการดูแลระยะยาวลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในมิติของการเข้าถึงบริการสุขภาพ สิ่งอำนวยความสะดวกในชุมชนและการมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งช่วยชะลอการเสื่อมถอยของสมรรถนะในการดำรงชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ Peng et al. (๒๐๒๕) ได้ประเมินประสบการณ์การใช้ชีวิตของผู้สูงอายุในเมืองใหญ่ พบว่า องค์ประกอบสำคัญของชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ ได้แก่ ความปลอดภัยของสภาพแวดล้อม การเข้าถึงพื้นที่สาธารณะ ระบบขนส่งที่เหมาะสม และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความสุข ความรู้สึกมั่นคง และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ ซึ่งผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่าการพัฒนาชุมชนให้เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุไม่เพียงช่วยลดภาระการพึ่งพิงในระยะยาวเท่านั้น แต่ยังเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีคุณภาพและยั่งยืนในบริบทของสังคมสูงวัย

๔. การขับเคลื่อนนโยบายของรัฐเพื่อรองรับสังคมสูงวัยไปสู่ระดับท้องถิ่น และสามารถพัฒนาระบบรองรับสังคมสูงวัยแบบองค์รวมในชุมชนเมือง

กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในฐานะเป็นหน่วยงานหลัก ที่รับผิดชอบภารกิจเกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยตรง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมศักยภาพ คุ้มครอง และพิทักษ์สิทธิ์ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมั่นคงปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงได้จัดทำมาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงวัย มีแนวทางการขับเคลื่อนสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๖๔) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๒ เป็นต้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อก่อให้เกิดการบูรณาการในการทำงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม และเพื่อให้คนทุกวัยมี คุณภาพชีวิตที่ดีในสังคมสูงวัย (กรมกิจการผู้สูงอายุ, ๒๕๖๔) บรรลุ ศิริพานิช (๒๕๖๓) กล่าวว่า การรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยที่ได้จัดทำขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจัดทำโดยคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) เพื่อเสนอรายงานสถานการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุของประเทศต่อคณะรัฐมนตรีเป็นประจำทุกปี ซึ่งในรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุที่ผ่านมาจะมีการระบุสถานการณ์เด่นในรอบปีนั้นๆ เช่น ปี ๒๕๕๖ กล่าวถึงเรื่องหลักประกันรายได้ของผู้สูงอายุ ปี ๒๕๕๗ พูดถึงเรื่องของผู้สูงอายุกับภัยพิบัติทางธรรมชาติ ปี ๒๕๕๘ เน้นเรื่องการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุไทย ปี ๒๕๕๙ เรื่องสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุไทย ปี ๒๕๖๐ เน้นเรื่องการสูงวัยอย่างมีพลัง (Active ageing) ปี ๒๕๖๑ กล่าวถึงเรื่องการทำงานในวัยสูงอายุ ปี ๒๕๖๒ เน้นเรื่องสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ จากตัวอย่างของนโยบายที่ผ่านมาไม่ว่าจะเป็นเรื่องการศึกษา หรือ สาธารณสุข ประเทศไทยสามารถสร้างระบบที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ลดภาระ และสร้างโอกาสให้กลุ่มผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แนวคิดการบริหารราชการแผ่นดินมุ่งเน้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทหลักในการจัดสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ให้ประชาชนทุกคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากเป็นองค์กรที่อยู่ใกล้ชิดกับประชากรมากที่สุด ย่อมรับรู้ เข้าใจสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี และ สามารถเข้าถึงประชากรสูงอายุในพื้นที่ได้ดีที่สุด เร็วที่สุด ทันทต่อเหตุการณ์ได้ และราชการส่วนกลาง เป็นผู้กำหนดมาตรฐาน การส่งเสริมและสนับสนุน ตลอดจนการติดตาม

ประเมินผลการดำเนินงานขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด แต่ในความเป็นจริงกลับพบว่า ข้อกฎหมายยังเป็น อุปสรรคไม่เอื้อต่อการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการกิจดังกล่าวได้ ทำให้ลูกสำนักงาน ตรวจเงินแผ่นดินทักท้วงไม่สามารถดำเนินการกิจได้เพราะมิใช่เจ้าของภารกิจ ดังนั้น จึงเป็นประเด็นเร่งด่วน อย่างยิ่งที่จะต้องกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินบทบาทภารกิจการดูแลและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากร ในชุมชนและการพัฒนาระบบรองรับสังคมสูงวัยภายใต้บริบทของชุมชนที่มีความแตกต่างกันไปในทุกมิติทั้งมิติเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม สุขภาพ สังคม เทคโนโลยีและนวัตกรรม สังคมสูงวัยมิใช่เป็นเรื่องของผู้สูงอายุเพียงวัยเดียว แต่เป็นเรื่องของคนทุกวัยและทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคธุรกิจ ที่ทำคุณประโยชน์เพื่อสังคม สถาบันการศึกษา สถาบันศาสนา ครอบครัว อาสาสมัคร และชุมชน ที่จะต้องตระหนักและเข้ามามีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมไปด้วยกัน เพื่อเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่าง มีคุณภาพ จากโจทย์ประเด็นท้าทายต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น ภาครัฐจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเร่งปฏิรูป ระบบต่าง ๆ ในทุกมิติในวันนี้เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยคนไทยอายุยืนในอนาคต ในอีก ๑๕ ปี ที่จะมาถึงในไม่ช้านี้เพื่อสร้างหลักประกันการดำรงชีวิตที่ดีให้แก่ประชาชนทุกคนอย่างเสมอภาค เท่าเทียม และทั่วถึง สร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำระหว่างบุคคลกลุ่มต่าง ๆ ในสังคม บรรลุวิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๘๐) ที่ว่า “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศ ที่พัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” โดยมีมาตรการขับเคลื่อนสังคมสูงวัยคนไทยอายุยืน ๔ มิติ ได้แก่ เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม สุขภาพ และสังคม โดยใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมสนับสนุนการขับเคลื่อนงานทุกมิติ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, ๒๕๖๖) ดังนี้

๑. มิติเศรษฐกิจ ประกอบด้วย ๔ ประเด็นหลักที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน ได้แก่

- ๑.๑ การบูรณาการระบบบำนาญและระบบการออมเพื่อยามสูงวัยและการปฏิรูประบบการเงินการคลังที่เหมาะสมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย
- ๑.๒ การส่งเสริมและสนับสนุนประชากรวัยทำงานกลุ่มที่ไม่ใช่ลูกจ้างในการเตรียมความพร้อม เพื่อการเข้าสู่การใช้ชีวิตยามสูงวัย
- ๑.๓ การส่งเสริมและสนับสนุนประชากรวัยทำงานกลุ่มลูกจ้างในการเตรียมความพร้อมเพื่อการ เข้าสู่การใช้ชีวิตยามสูงวัย
- ๑.๔ การกำหนดให้มีมาตรการบังคับการออม โดยสะสมจากการใช้จ่ายของบุคคล ครอบคลุมไปกับภาษีมูลค่าเพิ่ม แต่กันเงินส่วนนี้เพื่อเป็นการออมของแต่ละบุคคล และจะทยอยคืนให้เจ้าของเงินพร้อมดอกผล และเงินสมทบของรัฐ เป็นเงินบำนาญรายเดือนเมื่อเป็นผู้สูงอายุ

๒. มิติสภาพแวดล้อม การปรับปรุงกฎหมายให้มีผลใช้บังคับให้สอดคล้อง ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ มากขึ้น จำนวน ๓ ฉบับ ดังนี้

- ๒.๑ กฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา พ.ศ. ๒๕๔๘
- ๒.๒ กฎกระทรวงกำหนดลักษณะ หรือการจัดให้มีอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก หรือบริการ ในอาคารสถานที่ หรือบริการสาธารณะอื่น เพื่อให้คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ พ.ศ. ๒๕๕๕

๒.๓ กฎกระทรวง กำหนดลักษณะ หรือการจัดให้มีอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก หรือบริการในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ และบริการขนส่ง เพื่อให้คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้

๓. มิติสุขภาพ ประกอบด้วย ๕ ประเด็นเร่งด่วน ดังนี้

๓.๑ การขยายกองทุนระบบการดูแลระยะยาวให้ครอบคลุมความจำเป็นพื้นฐานทุกด้านสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๓.๒ การกระจายอำนาจให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการบูรณาการและขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในทุกมิติ

๓.๓ บูรณาการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล เพื่อทำหน้าที่เป็นหน่วยปฏิบัติการ (operation unit) ในการบูรณาการกิจกรรมและทรัพยากร

๓.๔ การยกระดับผู้ดูแลมืออาชีพ (formal care giver) ให้เป็นวิชาชีพ

๓.๕ การจัดให้มีศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ ทุกอำเภอควบคู่กับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) โดยส่งเสริมให้โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลประจำอำเภอ มีศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพทุกอำเภอ ควบคู่กับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) โดยเริ่มปีละอย่างน้อย ร้อยละ ๑๐ และครบทุกอำเภอ ภายใน ๕ ปี

๔. มิติสังคม ประกอบด้วย ๒ ประเด็นเร่งด่วน ดังนี้

๔.๑ เพิ่มบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาระบบรองรับสังคมสูงวัย คนไทย อายุยืน ได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละท้องถิ่น โดยมอบหมายให้สำนักงานคณะกรรมการ การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดกรอบภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ชัดเจน โดยคำนึงถึงประเด็นเกี่ยวกับระบบรองรับสังคมสูงวัยคนไทย อายุยืนขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ต้องเป็นระบบที่ สามารถรองรับคุณภาพชีวิตของประชาชนในบริบทของสังคมสูงวัยได้ในทุกมิติ จึงเป็นงานที่ต้องบูรณาการ และ ประสานกับทุกกระทรวง เพื่อให้ เกิดการทำงานหน้าที่ได้ครบในพื้นที่ รวมทั้งดำเนินการถ่ายโอนอำนาจหน้าที่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้กับท้องถิ่นที่มีความพร้อม เช่น เทศบาลนคร/เทศบาล เพื่อให้ “นาร่องหรือเป็นต้นแบบ” ของการพัฒนาระบบรองรับสังคมสูงวัยใน ท้องถิ่นและให้ดำเนินการทดลองดำเนินงานพัฒนาระบบที่สำคัญ เช่น การจ้างงานผู้สูงอายุ โรงเรียนสามวัย เป็นต้น

๔.๒ การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ได้แก่ บ้าน วัด วิสาหกิจเพื่อสังคม โรงเรียน โรงพยาบาล เป็นต้น ในการรองรับสังคมสูงวัยในชุมชน ทั้งนี้ มีการนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมมาปรับใช้กับการทำงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรเพื่อรองรับสังคมสูงวัยคนไทย อายุยืน ในทุกมิติ ทั้งมิติเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม สุขภาพ และสังคม ได้แก่ การจัดทำบัญชีนวัตกรรม อุปกรณ์ช่วยเหลือในการ ดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ (assisted devices) การอกระเบียบให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินการด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตสูงอายุ อาทิเช่น การจัดระบบบ้านอัจฉริยะ (smart home – smart health) ระบบบริการแจ้งเตือนเหตุฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ (smart technology of prehospital EMS service for senior citizen) เพื่อตรวจจับการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุมีความผิดปกติทางการเคลื่อนไหว เช่น หกล้ม เจ็บป่วย หรือต้องการความช่วยเหลือ เครื่องมือนี้จะทำการแจ้งเตือนไปยังศูนย์ปฏิบัติการเหตุฉุกเฉิน

(control center for emergency response for operation service) เพื่อประสานแจ้งเพื่อนบ้าน หรือส่งรถพยาบาลฉุกเฉินไปให้ความช่วยเหลือ ตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละราย นอกจากนี้ ยังมีการส่งเสริมให้มีระบบเทคโนโลยีและนวัตกรรม ที่ช่วยดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (elderly care system) เช่น การแพทย์ทางไกล (telemedicine) การนำเทคโนโลยีที่ช่วยให้ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ สามารถพูดคุยตอบโต้กันได้ แบบ real-time ระบบการแจ้งเตือนระหว่างผู้สูงอายุจากที่บ้านไปโรงพยาบาล (home care service application) ซึ่งพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่จะประเมินสภาพความเจ็บป่วยก่อนที่รถพยาบาลจะไปถึงบ้าน หรือก่อนที่ผู้ป่วยจะมาถึงโรงพยาบาล มีการสร้างแอปพลิเคชัน home care service เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินคนไข้สามารถกดปุ่มใน แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟน เพื่อให้พยาบาลประเมินคนไข้ก่อนรถพยาบาลจะไปถึงบ้าน และ เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลสุขภาพของคนไข้แบบ ทันต่อสถานการณ์ (real time) รวมถึงการสร้างนวัตกรรมการเรียนรู้ทั้งทักษะการทำงานและทักษะชีวิต การส่งเสริมการเพิ่มพูนและปรับเปลี่ยน เพื่อเตรียมคนในวัยทำงานให้พร้อมที่จะเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ

สังคมสูงวัยในประเทศไทยเริ่มสะท้อนปรากฏการณ์สำคัญต่างๆ ทางประชากร เช่น การที่ ประชากรรุ่นที่เกิดมากกว่า ๑ ล้านคนต่อปี จะเริ่มทยอยเข้าสู่วัยสูงอายุตั้งแต่ปีพ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๘๖ ซึ่งเป็นปริมาณที่มากและต่อเนื่อง และจากการประมาณการณ่ว่า ราวปีพ.ศ. ๒๕๖๓ ประเทศไทยจะเริ่มมี จำนวนประชากรสูงอายุมากกว่าจำนวนเด็กที่อายุต่ำกว่า ๑๕ ปี รวมทั้งคาดว่าช่วงปีพ.ศ. ๒๕๗๘-๒๕๘๓ ประเทศไทยจะเกิดภาวะจำนวนประชากรคงที่และลดลงเป็นครั้งแรก (Knodel et al., ๒๐๑๓; ๒๐๑๕) ซึ่งล้วนสะท้อนปัญหาการขาดความสมดุลเชิงโครงสร้างประชากรที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะพึ่งพิง ทาง สังคมรวมจะเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปที่เพิ่มขึ้น กับ จำนวน วัยแรงงานที่กลับลดลงเป็นลำดับ โดยความจริงแล้วผู้สูงอายุในปัจจุบันบางส่วนยังคงมีคุณค่าและ ศักยภาพที่ยังสามารถสร้างผลิตภาพทางเศรษฐกิจและสังคมได้ ดังนั้น การหาแนวทางการเพิ่มหรือ คง รักษา ระดับความสามารถ และประสบการณ์ของผู้สูงอายุให้ได้สร้างประโยชน์มากและยาวนาน ที่สุดจึง เป็นแนวทางหนึ่งที่สำคัญต่อสังคมส่วนรวม รวมทั้งจะเป็นการลบภาพความเชื่อเดิมที่มอง ผู้สูงอายุเป็น เพียงภาระของสังคมลงในอีกทางหนึ่งด้วย ซึ่งจากแนวคิดที่สนับสนุนผู้สูงอายุทั้งแนวคิด การเป็นผู้สูงอายุ ที่ประสบความสำเร็จ (Successful Ageing) และแนวคิดพหุฒิปลัง (Active Ageing) ต่างล้วนมี องค์ประกอบด้านหนึ่งที่สำคัญ ได้แก่ การมีส่วนร่วมทางสังคม (Social Participation) ของผู้สูงอายุ ซึ่งถูก ยอมรับโดยทั่วกันว่าจะเป็นประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเองและต่อสังคมโดยรวมด้วย

Reeder (๑๙๗๕) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมทางสังคม คือ การมีส่วนร่วม ในการปฏิสัมพันธ์ทาง สังคม (Social Interaction) ซึ่งรวมทั้งการมีส่วนร่วมของปัจเจก ชนและการมีส่วนร่วมของกลุ่ม

Anderson (๑๙๖๓) ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมทาง สังคมดังต่อไปนี้ “การมี ส่วนร่วมทางสังคม คือ การที่บุคคลเข้าร่วมทำกิจกรรมกับผู้ อื่นในองค์การหรือสมาคมโดยตรง และ การเข้าร่วมกิจกรรมเป็นไปด้วยความสมัคร ใจ”

โดยทั่วไป กาที่คนมารวมกันเพื่อทำกิจกรรมบางอย่างนั้น อาจจะมี พลังผลักดันหรืออาจจะถูก บังคับให้เข้าร่วม การบังคับให้เข้าร่วมกิจกรรมไม่ถือว่าเป็น การมีส่วนร่วมทางสังคม แนวความคิดของ การมีส่วนร่วมทางสังคมมีลักษณะ คล้ายคลึงกับแนวความคิดของการพัฒนาชุมชน ในเรื่องการพัฒนา ชุมชนนั้นอาจกล่าว ได้ว่า ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมพัฒนาโดยความสมัครใจ

การมีส่วนร่วมในการกระทำทางสังคมอาจแบ่งออกเป็น ๔ ประการ ได้แก่

๑. การมีส่วนร่วมในการยอมรับความคิดและการปฏิบัติใหม่ ๆ เช่น การยอมรับข่าวพันธุ์ใหม่ การใช้ปุ๋ยเคมี การวางแผนครอบครัว การยอมรับทางด้านอนามัยสมัยใหม่

๒. การมีส่วนร่วมในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมของชุมชน เช่น การสร้างถนน บ่อน้ำ สะพาน ทำนบหรือเขื่อน ศาลาประชาคม

๓. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมขององค์การที่เป็นทางการ และองค์การ ที่ไม่เป็นทางการ เช่น คณะกรรมการหมู่บ้าน และกลุ่มอาชีพต่าง ๆ

๔. การเยี่ยมเยียนเพื่อนบ้านและกิจกรรมของกลุ่มเล็ก ๆ โดยปกติ การยอมรับวิทยาการแผนใหม่ และการมีส่วนร่วมทางสังคม มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน การมีส่วนร่วมทางสังคมนั้นอาจพิจารณาได้ว่า ย่อมมาก่อนการยอมรับวิทยาการแผนใหม่

สำหรับการมีส่วนร่วมทางสังคม เมื่อสูงอายุขึ้น ภาวะ สถานภาพ และบทบาทของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนแปลงลดลงตามลำดับ ดังนั้น การคงพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมไว้ให้ได้มากและนานที่สุดย่อมเป็นผลดีทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเองและสังคมส่วนรวม เพราะการมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นเรื่องของการที่ผู้สูงอายุยังได้มีบทบาท ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมที่จะสร้างทุนทางสังคมซึ่งสนับสนุนมุมมองทางสังคมวิทยาจากทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ที่เชื่อว่า กิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุปฏิบัติต่อครอบครัวและสังคม ทำให้ยังรู้สึกว่ามีคุณค่า มีบทบาทต่อสังคม ซึ่งส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตและความสุข รวมถึงทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ก็อธิบายว่าผู้สูงอายุยังต้องการมีบทบาทในสังคมผ่านสถานะอื่นที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะรักษาและเติมเต็มคุณค่าความสำคัญให้ยังคงความเชื่อมั่นในตนเองและความอยู่ดีมีสุขในชีวิตไว้ได้ ดังนั้น พฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นแนวทางสนับสนุนทั้งสุขภาพกายและจิตใจ (Lawton & Simon, ๑๙๖๘) และกิจกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมต่างๆ มักไม่ได้ทำแยกจากกันจึงมักสร้างโอกาสสูงใจให้เกิดการร่วมกิจกรรมอื่นๆ เพิ่มขึ้นและต่อเนื่องด้วย (Leon & Hessel, ๒๐๑๖) ส่วนในทางตรงกันข้าม การถูกโดดเดี่ยวจากสังคมของผู้สูงอายุจะส่งผลต่อจิตใจโดยยิ่งทำให้เกิดการถอนตัวจากสังคมมากขึ้น และส่งผลกระทบต่อสุขภาพตามมาด้วย รวมทั้งการมีส่วนร่วมทางสังคมจะสร้างประโยชน์ต่อตนเองและสังคมส่วนรวม ได้แก่ การเกื้อหนุนระหว่างรุ่น, การลดการดำเนินชีวิตที่โดดเดี่ยว, การสร้างทุนทางเศรษฐกิจและสังคมผ่านจากงานและกิจกรรมทั้งที่เป็นและไม่เป็นทางการ และการลดปัญหาสุขภาพกายและจิตใจที่จะต้องใช้บริการสุขภาพสาธารณะลงด้วย (WHO, ๒๐๐๒)

๕. ทฤษฎีและองค์ความรู้เกี่ยวกับระบบ

ความเป็นมาของทฤษฎีระบบ

แนวคิดทฤษฎีระบบ (System Theory) มีจุดเริ่มต้นประมาณ ค.ศ. ๑๙๒๐ โดย Ludwig von Bertalanffy นักชีววิทยาชาวออสเตรีย ซึ่งได้พัฒนาแนวคิดระบบทั่วไป (General System Theory) โดยอธิบายว่าระบบชีวิตเป็นองค์รวมที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทั้งมนุษย์ สัตว์ และพืช ที่สามารถปรับตัวผ่านกระบวนการเรียนรู้ การตอบสนอง และการแก้ปัญหา นอกจากนี้ยังเสนอว่าองค์กรเป็น “ระบบเปิด” ที่มีการแลกเปลี่ยนกับสิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบย่อยของระบบมีความเชื่อมโยงกันในหลายระดับ โดยทุกส่วนล้วนมีความสำคัญต่อการดำรงอยู่ของระบบโดยรวม

ดังนั้น ทฤษฎีระบบจึงบูรณาการระบบย่อยทั้งด้านชีวภาพ กายภาพ พฤติกรรม และกระบวนการดำเนินงานเข้าไว้ด้วยกัน (จันทรดี สงวนานนท์, ๒๕๕๓ อ้างถึงในอรอุมา ทองนาค, ๒๕๖๓)

ในช่วงหลัง ค.ศ. ๑๙๔๐ ทฤษฎีระบบได้รับการยอมรับและพัฒนาอย่างต่อเนื่องในหลากหลายศาสตร์ เช่น ไซเบอร์เนติกส์ (Cybernetics) และสังคมศาสตร์ โดย Georg Wilhelm Friedrich Hegel ได้นำเสนอแนวคิดเชิงพลวัตของระบบ ขณะที่ Karl Marx และ Charles Darwin ได้นำแนวคิดเชิงระบบไปประยุกต์ใช้ในบริบทของตน ต่อมาแนวคิดดังกล่าวได้พัฒนาไปสู่ทฤษฎีความซับซ้อน (Complexity Theory) และทฤษฎีความโกลาหล (Chaos Theory) ซึ่งช่วยอธิบายปรากฏการณ์ที่มีความไม่แน่นอนและไม่เป็นเชิงเส้น รวมถึงมีอิทธิพลต่อแนวคิดกระบวนการรู้คิดในบุคคล (Radical Constructivism) ที่มองว่าการรับรู้ของมนุษย์เกิดจากการสร้างความหมายโดยสมองของตนเอง (Cairney, ๒๐๒๐)

ทฤษฎีระบบจึงมีลักษณะเป็นสหวิทยาการ (Interdisciplinary) ที่สามารถประยุกต์ใช้ได้อย่างกว้างขวางในหลายสาขา Niklas Luhmann (๑๙๘๔) อธิบายว่าระบบควรถูกมองในลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบย่อยที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม ซึ่งแตกต่างจากการคิดแบบเส้นตรง (Linear Thinking) ที่เน้นเหตุและผลแบบตรงไปตรงมา ทฤษฎีระบบมุ่งเน้นการทำความเข้าใจระบบที่มีความซับซ้อน (Complex system) ซึ่งผลลัพธ์สามารถเกิดขึ้นได้หลากหลายรูปแบบในเวลาเดียวกัน (Not only...but also) ดังนั้น การศึกษาระบบจึงควรพิจารณาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ อย่างเป็นองค์รวมมากกว่าการวิเคราะห์เฉพาะส่วนย่อย (Cabrera & Cabrera, ๒๐๑๙; จันทรดี สงวนานนท์, ๒๕๕๓)

ความหมายของระบบและทฤษฎีระบบ

ในการศึกษาระบบการดูแลผู้สูงอายุขององค์กรปกครองท้องถิ่น เป็นรูปแบบการบริหารจัดการในเชิงระบบ เพื่อให้ครอบคลุมลักษณะการดำเนินงานขององค์กรทั้งระบบ ทฤษฎีระบบจึงเป็นอีกทฤษฎีหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการบริหารจัดการองค์กร ซึ่งได้มีนักวิชาการหลายท่านกล่าวถึงความสำคัญของทฤษฎีระบบไว้หลากหลาย ได้แก่

ราชบัณฑิตยสถาน (๒๕๔๖) ได้ให้คำจำกัดความว่า ระบบ คือ กลุ่มของสิ่งซึ่งมีลักษณะประสานเข้าเป็นสิ่งเดียวกันตามหลักแห่งความสัมพันธ์ที่สอดคล้องกันด้วยระเบียบของธรรมชาติ หรือหลักเหตุผลทางวิชาการ

อำนาจ ธีระวนิช (๒๕๕๓ อ้างถึงในอรอุมา ทองนาค, ๒๕๖๓) ให้ความหมายของทฤษฎีระบบ (System Theory) ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาไว้ว่า เป็นวิธีการจัดการที่ผสมผสานหน้าที่การปฏิบัติงานและการวางแผนเชิงกลยุทธ์เข้าด้วยกัน โดยพิจารณาถึงสภาพแวดล้อมภายนอก แสดงถึงระบบหนึ่ง ๆ ที่ประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า (Input Stage) ขั้นตอนการแปรสภาพ (Conversion or Transformation Stage) และขั้นตอนผลผลิต (Output Stage) รวมถึงข้อมูลย้อนกลับ (Feedback)

จันทรานี สงวนานนท์ (๒๕๕๓ อ้างถึงในอรอุมา ทองนาค, ๒๕๖๓) กล่าวว่า ระบบเป็นกลุ่มองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์ระหว่างกันและมีความเกี่ยวข้องกันในลักษณะที่ทำให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เพื่อกระทำกิจกรรมเพื่อให้ได้ผลสำเร็จตามความต้องการขององค์กร ปัจจุบันคำว่า “ระบบ” เป็นคำกล่าวที่ใช้กันแพร่หลายโดยทั่วไป เวลากล่าวถึงระบบเราจะต้องคำนึงถึง ๓ คำ คือ

การคิดอย่างมีระบบ (System Thinking) หมายถึง การคิดอย่างมีเหตุผล โดยคิดอย่างมีความเชื่อมโยงและมีเหตุผลเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมและทุก ๆ ส่วนองค์ประกอบย่อยของระบบว่าต่างกันมีส่วนสัมพันธ์กัน และสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

วิธีการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ (System Approach) หมายถึง วิธีการปฏิบัติงานที่เป็นระบบ โดยมีการนำเอาปัจจัยที่จำเป็นต่อการบริหารมาใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตรงตามเป้าหมายที่กำหนด ทั้งปัจจัย กระบวนการทำงาน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะมีส่วนสัมพันธ์กันและเป็นผลซึ่งกันและกัน

ทฤษฎีระบบ (System Theory) เป็นทฤษฎีที่ประกอบด้วยส่วนประกอบที่เป็นอิสระและเป็นวิธีการบริหารงานที่จะเพิ่มความเข้าใจ รู้จุดเด่นจุดด้อยในองค์กร เพื่อการพัฒนาและแก้ปัญหาได้มากยิ่งขึ้น

อรอุมา ทองนาค (๒๕๖๓) ระบบ หมายถึง องค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กันและขึ้นต่อกัน โดย ส่วนประกอบต่าง ๆ ร่วมกันทำงานอย่างผสมผสานกัน เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้เป็นมุมมอง แบบองค์รวม ถ้าหากแยกส่วนประกอบออกจากกัน อาจไม่สามารถเข้าใจได้ทฤษฎีเชิงระบบ จึงเป็น ทฤษฎีที่เชื่อในหลักการของการมีเหตุและผล ในองค์ประกอบของระบบมีความสัมพันธ์กันไปตาม ขั้นตอน

อาจกล่าวสรุปได้ว่า ระบบ หมายถึง กลุ่มองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์และทำงานร่วมกันอย่างเป็นองค์รวม เพื่อบรรลุเป้าหมายเดียวกันประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต และข้อมูลย้อนกลับ ซึ่งเชื่อมโยงกันเป็นลำดับ แนวคิดระบบช่วยให้เข้าใจความสัมพันธ์เชิงเหตุผล และนำไปใช้ในการบริหารและพัฒนาองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ

องค์ประกอบของทฤษฎีระบบ

การเกิดขึ้นของระบบใดระบบหนึ่งจำเป็นต้องมีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า (Input) ซึ่งเป็นข้อมูลหรือทรัพยากรที่ใช้เป็นจุดเริ่มต้น จากนั้นนำเข้าสู่กระบวนการ (Process) ที่เชื่อมโยงการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ จนก่อให้เกิดผลลัพธ์ (Output) ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยมีนักวิชาการได้จำแนกองค์ประกอบของทฤษฎีระบบไว้ดังนี้ (อรอุมา ทองนาค, ๒๕๖๓)

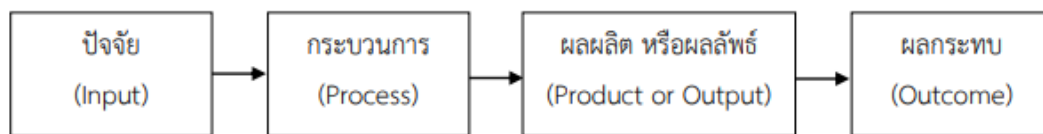
จันทรานี สงวนนามนธ์ (๒๕๕๓) ได้กล่าวว่า ระบบประกอบด้วยส่วนประกอบที่สำคัญ ๔ ประการ ดังนี้ (ดังภาพที่ ๔)

๑. ปัจจัยนำเข้า หมายถึง ทรัพยากรทางการบริหารทุก ๆ ด้าน ได้แก่ บุคลากร (Man) งบประมาณ (Money) วัสดุอุปกรณ์ (Materials) การบริหารจัดการ (Management) และแรงจูงใจ (Motivations) ที่เป็นส่วนเริ่มต้นและเป็นตัวจักรสำคัญในการปฏิบัติงานขององค์กร

๒. กระบวนการ คือ การนำเอาปัจจัยหรือทรัพยากรทางการบริหารทุกประเภทมาใช้ในการดำเนินงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ เนื่องจากในกระบวนการจะมีระบบย่อย ๆ รวมกันอยู่หลายระบบครบวงจร ตั้งแต่การบริหาร การจัดการ การนิเทศ การวัดและการประเมินผล การติดตามตรวจสอบ เป็นต้น เพื่อให้ปัจจัยต่าง ๆ เข้าสู่กระบวนการอย่างมีประสิทธิภาพ

๓. ผลผลิต หรือผลลัพธ์ เป็นผลที่เกิดจากกระบวนการของการนำเอาปัจจัยมาปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

๔. ผลกระทบ เป็นผลที่เกิดขึ้นหลังจากผลลัพธ์ที่ได้ ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่คาดไว้หรือไม่คาดคิดมาก่อนก็ได้



ภาพที่ ๔ องค์ประกอบของวิธีระบบ (จันทรานี สงวนนาม, ๒๕๕๓)

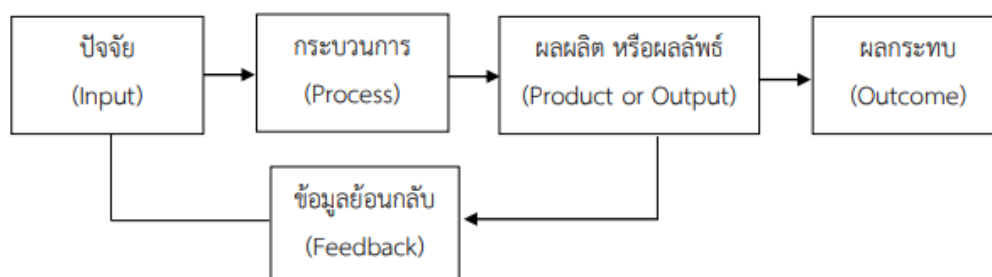
การวิเคราะห์ระบบและการนำทฤษฎีเชิงระบบมาใช้ในการบริหารจัดการ

การนำทฤษฎีระบบหรือวิธีระบบมาใช้ในการบริหารองค์กร หากดำเนินการอย่างถูกต้องและเหมาะสม จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานขององค์กรได้ แต่หากนำไปใช้โดยขาดความเข้าใจหรือองค์ประกอบของระบบไม่สอดคล้องกัน อาจส่งผลให้เกิดความผิดพลาดหรือความเสียหายได้ ดังนั้น การประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบจึงควรดำเนินการควบคู่กับการวิเคราะห์ระบบ (System Analysis)

จันทรานี สงวนนามน (๒๕๕๓ อ้างถึงในอรอุมา ทองนาค, ๒๕๖๓) อธิบายว่า การวิเคราะห์ระบบเป็นส่วนสำคัญของวิธีระบบ โดยเน้นการพิจารณากระบวนการมากกว่าผลลัพธ์ มุ่งวิเคราะห์ปัญหาและประเมินระบบอย่างเป็นขั้นตอน นอกจากนี้ การวิเคราะห์ระบบยังเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนา เพื่อให้ระบบสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยการปรับปรุงแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้เหมาะสมกับทรัพยากรและข้อจำกัดที่มีอยู่ เพื่อให้เกิดความสมดุลของโครงสร้างและองค์ประกอบต่าง ๆ ภายในระบบอย่างเหมาะสม

การวิเคราะห์ระบบช่วยให้ผู้บริหารสามารถระบุได้ว่า เมื่อผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย สาเหตุของปัญหาเกิดจากองค์ประกอบใดของระบบ และมีความเชื่อมโยงกันอย่างไร โดยข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) มีบทบาทสำคัญในการชี้ให้เห็นลักษณะของปัญหา รวมถึงจุดที่ควรได้รับการพัฒนา แก้ไขหรือปรับปรุง

ดังนั้น การปรับปรุงระบบควรดำเนินการอย่างเป็นองค์รวม โดยพิจารณาความสัมพันธ์ของทุกองค์ประกอบ ได้แก่ ป้จจ้ยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลผลิต (Output) และผลกระทบ (Outcome) ร่วมกับข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้การแก้ไขมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับเป้าหมายของระบบมากที่สุด (ดังภาพที่ ๕)



ภาพที่ ๕ รูปแบบของการวิเคราะห์ระบบ (จันทรานี สงวนนาม, ๒๕๕๓)

๖. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

มนุษย์ทุกคนมีความต้องการพื้นฐานในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้ดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ พร้อมทั้งมีความสุข อิสระ และคุณค่าในชีวิต ดังนั้น “คุณภาพชีวิต (Quality of life)” จึงสะท้อนระดับความผาสุกโดยรวม และเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลสามารถใช้ชีวิตในครอบครัวและสังคมได้อย่างพึงพอใจ

ความหมายของคุณภาพชีวิต

องค์การอนามัยโลก (World Organization Health, ๑๙๙๘) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นมโนทัศน์หลายมิติที่ประกอบด้วย การรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระ ไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อส่วนบุคคลและวัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายชีวิตของแต่ละบุคคล

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบคุณภาพชีวิตและแนวทางการประเมินคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลก (WHO, ๑๙๙๘) ประกอบด้วย ๔ ด้าน ได้แก่

ด้านที่ ๑ ด้านร่างกาย (Physical Domain) คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อสภาพร่างกายของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันโดยตรง และถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ การมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงส่งผลให้บุคคลรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ดี โดยสามารถแบ่งออกเป็น ๗ หมวดย่อย ดังนี้

๑. ความเจ็บปวดและความไม่สบายของร่างกาย (Pain and discomfort) หมายถึง การรับรู้ถึงความสามารถของบุคคลในการจัดการกับอาการปวด รวมถึงความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียดที่เกิดจากความเจ็บปวดทางร่างกาย ตลอดจนการใช้ยาและวิธีการรักษาเพื่อบรรเทาอาการปวด

๒. พลังงานและความเมื่อยล้า (Energy and fatigue) หมายถึง ระดับพลังกำลัง ความกระตือรือร้น และความอดทนของแต่ละบุคคล ซึ่งมีความจำเป็นต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ความรู้สึกว่ามีพลังงานเพียงพอในการรับมือกับความเหนื่อยล้าที่อาจเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า หรือการใช้แรงมากเกินไปจนเกิดความเมื่อยล้าเรื้อรัง

๓. การนอนหลับและการพักผ่อน (Sleep and rest) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับและการพักผ่อนซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เช่น ความเพียงพอในการนอนหลับ ปัญหาการนอนหลับ ได้แก่ การนอนหลับยาก การตื่นกลางดึก การตื่นนอนเร็ว หรือการตื่นแล้วไม่สามารถหลับต่อได้ รวมถึงความรู้สึกไม่สดชื่นหลังตื่นนอน และการใช้ยานอนหลับหรือสารอื่น ๆ เพื่อช่วยให้หลับ โดยสิ่งรบกวนการนอนหลับอาจเกิดจากตัวบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว

๔. การเคลื่อนไหว (Mobility) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเคลื่อนย้ายจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งการต้องพึ่งพาผู้อื่นในการเคลื่อนไหวย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตาม ในบางกรณี เช่น ผู้พิการที่ใช้รถเข็น อาจยังรู้สึกพึงพอใจกับความสามารถในการเคลื่อนไหวทั้งในบ้านและที่ทำงาน และไม่รู้สึกรู้สึกว่าถูกจำกัดในการใช้ชีวิต

๕. การทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living) หมายถึง ความสามารถของบุคคล ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองและทรัพย์สิน รวมถึงการทำกิจกรรมที่จำเป็นในแต่ละ วันอย่างเหมาะสม ซึ่งระดับการพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพ ชีวิตของบุคคล

๖. การพึ่งพาหรือการรักษาทางการแพทย์ (Dependence on medication or treatment) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าจำเป็นต้องพึ่งพา หรือการรักษาทางการแพทย์รูปแบบต่างๆ เพื่อให้ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างสุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

๗. ความสามารถในการทำงาน (Working capacity) หมายถึง ความสามารถในการใช้พลัง กำลังของบุคคลในการทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน โดยเน้นลักษณะของกิจกรรมหลักที่ บุคคลนั้นปฏิบัติเป็นประจำ

ด้านที่ ๒ ด้านจิตใจ (Psychological Domain) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ หมายถึง การรับรู้ของ บุคคลต่อสภาพจิตใจและอารมณ์ของตนเอง ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย ๖ หมวด ดังนี้

๑. ความรู้สึกทางบวก (Positive feeling) เป็นประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้สึกเชิงบวกที่ บุคคลมีต่อตนเอง เช่น ความสุข ความสงบ ความหวัง และความสนุกสนานในชีวิต ซึ่งสะท้อนมุมมอง ต่อชีวิตทั้งในปัจจุบันและอนาคต

๒. ความคิด ความรู้ ความจำ และสมาธิ (Thinking, learning, memory and concentration) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความสามารถในการคิด การจดจำ การตัดสินใจ การมี สมาธิ และการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ รวมถึงความรวดเร็วและความชัดเจนของกระบวนการคิด

๓. ความภาคภูมิใจในตนเอง (Self-esteem) หมายถึง การรับรู้คุณค่าในตนเอง ซึ่งอาจเป็นทั้ง ด้านบวกและด้านลบ เช่น ความรู้สึกว่ามีคุณค่า ความพึงพอใจในตนเอง ความสำเร็จในชีวิต การ เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น และความรู้สึกมีศักดิ์ศรี

๔. ภาพลักษณ์และลักษณะทั่วไป (Body image and appearance) หมายถึง มุมมองของบุคคล ต่อรูปร่างหน้าตาและภาพลักษณ์ภายนอกของตนเอง ซึ่งขึ้นอยู่กับระดับความพึงพอใจตามอัตมโนทัศน์ ของแต่ละบุคคล

๕. ความรู้สึกทางลบ (Negative feeling) หมายถึง ความรู้สึกเชิงลบ เช่น ความเศร้า ความ หดหวังความกลัว ความวิตกกังวล และความไม่พึงพอใจในชีวิต

๖. จิตวิญญาณ ศาสนา และความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality/Religion/Personal beliefs) หมายถึง ความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา และการให้ความหมายแก่ชีวิต ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการ ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับอุปสรรค และดำรงชีวิตอย่างมีความสุข

ด้านที่ ๓ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships domain) คุณภาพชีวิตด้าน ความสัมพันธ์ทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่น ในสังคม การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือ การสนับสนุน และการพึ่งพาซึ่งกันและกัน รวมทั้งการ รับรู้ว่าตนเองสามารถเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่นได้ ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อ ความรู้สึกมีคุณค่าและความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ๓ หมวด ย่อย ดังนี้

๑. สัมพันธภาพส่วนบุคคล (Personal relationships) หมายถึง การแสดงออกของความรู้สึกที่เป็นมิตร ความปรารถนาดี ความรัก และความผูกพันระหว่างบุคคล ซึ่งสามารถแสดงออกได้ทั้งทางร่างกายและทางอารมณ์ เช่น การกอด การสัมผัสจากบุคคลใกล้ชิด การให้และการรับความรัก การร่วมทุกข์ร่วมสุข รวมถึงความสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ เช่น ความรักระหว่างเพื่อน ความรักระหว่างคู่ครอง ความรักต่างเพศ และความรักร่วมเพศ ซึ่งล้วนเป็นความสัมพันธ์ที่มีผลต่อความรู้สึกมั่นคงและมีความสุขในชีวิต

๒. การสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าตนได้รับความช่วยเหลือ การดูแล หรือการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง เช่น ครอบครัว เพื่อน หรือญาติ ทั้งในด้าน การแก้ไขปัญหาส่วนตัว ปัญหาครอบครัว และการทำงาน ตลอดจนการรับรู้ถึงประสบการณ์ด้านลบที่อาจได้รับจากบุคคลเหล่านั้น เช่น การถูกพุดจาไม่เหมาะสม การถูกตำหนิ หรือการถูกทำร้ายร่างกาย ซึ่งล้วนส่งผลต่อความรู้สึกมั่นคงและคุณภาพชีวิตโดยรวม

๓. กิจกรรมทางเพศ (Sexual activity) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความรู้สึก ความต้องการ และแรงกระตุ้นทางเพศที่สามารถแสดงออกได้อย่างเหมาะสม ครอบคลุมถึงแรงขับทางเพศ การแสดงออกทางเพศ และความพึงพอใจหรือความสำเร็จทางเพศ ซึ่งแม้จะเป็นประเด็นที่สังคมบางส่วนมองว่าไม่เหมาะสมต่อการพูดถึงอย่างเปิดเผย แต่ในความเป็นจริงถือเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีผลต่อความรู้สึกสมบูรณ์ของชีวิตและคุณภาพชีวิตของบุคคลเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะในด้านความใกล้ชิดและความผูกพันระหว่างมนุษย์

ด้านที่ ๔ ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ทั้งในด้านกายภาพ สังคม และทรัพยากรที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต ซึ่งสะท้อนถึงระดับความพึงพอใจ ความมั่นคง และโอกาสในการเข้าถึงสิ่งสนับสนุนต่างๆ ที่จำเป็นต่อชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะช่วยเสริมสร้างความรู้สึกลดภัย ความเป็นอิสระ และคุณภาพชีวิตโดยรวม ประกอบด้วย ๘ หมวดย่อย ดังนี้

๑. ความมั่นคงและความปลอดภัยทางกายภาพ (Physical safety and security) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อความมั่นคงและความปลอดภัยในชีวิต จากสิ่งคุกคามทางด้านกายภาพ เช่น การถูกคุกคาม การถูกกดขี่จากผู้อื่น หรือผลกระทบจากสถานการณ์ทางสังคมและการเมือง ซึ่งความมั่นคงและความปลอดภัยในชีวิตอาจมีความหมายตั้งแต่ความรู้สึกมีอิสระในการดำรงชีวิต ไปจนถึงการรู้สึกถูกจำกัด ถูกควบคุม หรือถูกกักขัง นอกจากนี้ยังครอบคลุมถึงความรู้สึกปลอดภัยจากสถานที่พักอาศัยที่สามารถปกป้องชีวิตและทรัพย์สินได้อย่างเหมาะสม

๒. สิ่งแวดล้อมของที่อยู่อาศัย (Home environment) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อสถานที่หลักที่ใช้ในการอยู่อาศัย ไม่ว่าจะเป็นเพื่อการพักผ่อน การหลับนอน หรือการเก็บรักษาทรัพย์สิน โดยคุณภาพชีวิตของที่อยู่อาศัยจะประเมินจากระดับความเป็นส่วนตัว ความสะอาดสบาย สิ่งอำนวยความสะดวก และคุณภาพของโครงสร้างอาคาร นอกจากนี้ยังรวมถึงสถานที่อื่นที่มีความหมายในลักษณะเดียวกับที่อยู่อาศัย เช่น สถานอพยพ หรือที่พักชั่วคราว ซึ่งล้วนมีผลต่อความรู้สึกมั่นคงและความพึงพอใจในการดำรงชีวิต

๓. แหล่งด้านการเงิน (Financial resource) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อความเพียงพอและความมั่นคงทางด้านการเงินของตนเอง รวมถึงความพึงพอใจต่อรายได้ที่มีอยู่ว่าสามารถรองรับการดำรงชีวิตและการดูแลสุขภาพได้เพียงพอหรือไม่ โดยไม่จำเป็นต้องพิจารณาเฉพาะการมีงานทำเท่านั้น แต่เน้นที่ความรู้สึกว่ามีทรัพยากรทางการเงินเพียงพอในการดำรงชีวิตอย่างเหมาะสม

๔. การบริการด้านสุขภาพและสังคม (Health and social care: Availability) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อคุณภาพและความเพียงพอของบริการด้านสุขภาพและบริการทางสังคมที่ตนได้รับ หรือคาดว่าจะได้รับ ทั้งจากหน่วยงานภาครัฐ เอกชน หรืออาสาสมัครในชุมชน โดยพิจารณาว่าการบริการเหล่านั้นตอบสนองต่อความต้องการได้อย่างครบถ้วน มีคุณภาพ เข้าถึงได้ง่าย มีความสะดวก และมีความเป็นมิตรต่อผู้รับบริการเพียงใด

๕. โอกาสในการได้รับข้อมูลข่าวสาร การเรียนรู้ และการฝึกทักษะใหม่ (Opportunities for acquiring information and skills) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ รวมถึงการพัฒนาทักษะที่ทันสมัย ซึ่งสะท้อนถึงความสามารถในการปรับตัว การเปิดรับประสบการณ์ใหม่ และการมีโอกาพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง

๖. การมีโอกาหรือการมีส่วนร่วมในการใช้เวลาว่างและการพักผ่อนหย่อนใจ (Participation in and opportunities for recreation and leisure) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อความสามารถ โอกาส และความสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมยามว่างหรือกิจกรรมนันทนาการ เช่น การพบปะเพื่อนฝูง การทำงานอดิเรก การเล่นกีฬา การอ่านหนังสือ การดูโทรทัศน์ การใช้เวลาร่วมกับครอบครัว หรือแม้กระทั่งการเลือกที่จะไม่ทำกิจกรรมใด ๆ ซึ่งล้วนมีผลต่อความผ่อนคลาย ความสุข และคุณภาพชีวิตโดยรวม

๗. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อสภาพแวดล้อมรอบตัวในด้านกายภาพ เช่น ระดับเสียง มลภาวะทางอากาศ ความสะอาด ความเป็นระเบียบ และความสวยงามของสภาพแวดล้อม ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และความพึงพอใจในการดำรงชีวิต

๘. การคมนาคมขนส่ง (Transport) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อความสะดวกและความเหมาะสมในการเดินทาง รวมถึงชนิดของพาหนะที่ใช้ในการเดินทางในชีวิตประจำวัน โดยเน้นที่ความสามารถในการเข้าถึงสถานที่ต่างๆ ได้อย่างสะดวกและปลอดภัย ทั้งนี้จะไม่พิจารณาในแง่ของประเภทของการขนส่งเชิงพาณิชย์หรือการขนส่งสินค้า แต่เน้นที่การเดินทางเพื่อการดำรงชีวิตและการประกอบกิจกรรมของบุคคลเป็นหลัก

แนวคิดที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

Suwanrada et al. (๒๕๖๕ อ้างถึงใน กัญญาณัฐ สุรินทวงศ์, ๒๕๖๗) กล่าวว่า แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีหลายมิติที่สำคัญ โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพกายและใจ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ การมีส่วนร่วมในสังคม และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า ดังนี้

๑. การสูงวัยในถิ่นเดิม (Ageing in Place) แนวคิดนี้มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตในชุมชนที่ตนเองได้อย่างมีคุณภาพ โดยไม่จำเป็นต้องย้ายถิ่นฐานไปยังสถานดูแลเฉพาะ การสนับสนุนให้มีการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการมีสิ่งอำนวยความสะดวกที่ตอบสนองต่อความต้องการในชีวิตประจำวัน

๒. การสูงวัยอย่างมีสุขภาพ (Healthy Ageing) องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้นิยามว่า การสูงวัยอย่างมีสุขภาพ คือ กระบวนการพัฒนาความสามารถของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดี มีความปลอดภัย และมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง

๓. การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมร่วมกัน เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ หรือศูนย์การเรียนรู้ชุมชน ช่วยเสริมสร้างความรู้สึกร่วมกันเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและลดความรู้สึกโดดเดี่ยว

๔. การส่งเสริมเศรษฐกิจและความมั่นคงทางการเงิน การมีรายได้ที่เพียงพอและการเข้าถึงสวัสดิการสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การสนับสนุนโครงการที่สร้างรายได้หรือการให้ความรู้ด้านการเงินสามารถช่วยเพิ่มความมั่นคงในชีวิตประจำวัน

๕. การเข้าถึงบริการสุขภาพและการดูแลระยะยาว การมีระบบบริการสุขภาพที่เข้าถึงได้ง่ายและมีคุณภาพ รวมถึงการดูแลระยะยาวที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีสุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุควรเป็นความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชน เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและความสุขในวัยสูงอายุ

จากแนวคิดดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นกระบวนการที่มุ่งส่งเสริมให้บุคคลมีชีวิตที่ดี มีความสุข และมีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ครอบคลุมถึงสุขภาพที่เหมาะสม สภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย ตลอดจนความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม ขณะเดียวกัน การพัฒนาสังคมมุ่งลดความยากจน สร้างความเป็นธรรมทางสังคมแก่กลุ่มผู้ด้อยโอกาส และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในทุกระดับ ส่วนการพัฒนามนุษย์ให้ความสำคัญกับการยึดมนุษย์เป็นศูนย์กลางของการพัฒนา เพื่อเสริมสร้างศักยภาพและนำไปสู่ความยั่งยืนในระยะยาว

การประเมินคุณภาพชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การประเมินคุณภาพชีวิตจำเป็นต้องอาศัยกรอบแนวคิดที่ชัดเจนและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ซึ่งกรอบแนวคิดที่เลือกใช้อาจแตกต่างกันไปตามบริบทและเป้าหมายของงานวิจัย อย่างไรก็ตาม การประเมินควรครอบคลุมมิติที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลอย่างรอบด้าน เพื่อให้สะท้อนสภาพความเป็นอยู่ที่แท้จริงได้อย่างครอบคลุม

เอกพันธ์ คำภีระ (๒๕๖๓) ได้จำแนกการประเมินคุณภาพชีวิตออกเป็น ๒ รูปแบบตามลักษณะของข้อมูล ได้แก่

๑. การประเมินเชิงคุณภาพ (Qualitative measurement) ซึ่งมุ่งศึกษาคุณภาพชีวิตจากมุมมองของกลุ่มตัวอย่าง ผ่านการสัมภาษณ์หรือการเก็บข้อมูลเชิงลึก เพื่อสะท้อนความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์อย่างอิสระ ข้อมูลที่ได้มีลักษณะเป็นเชิงพรรณนา สามารถนำไปสังเคราะห์เพื่อพัฒนาแนวคิดหรือปรับปรุงแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เหมาะสมกับบริบท

๒. การประเมินเชิงปริมาณ (Quantitative measurement) ซึ่งเป็นการวัดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดที่กำหนดไว้ล่วงหน้า โดยใช้เครื่องมือที่มีโครงสร้างชัดเจน เช่น แบบวัดเชิงสถิติ เพื่อประเมินผลกระทบของภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม และการมีส่วนร่วมทางสังคม รวมถึงมิติด้านจิตใจ ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปวิเคราะห์ทางสถิติและเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มได้อย่างเป็นระบบ

นอกจากนี้ แนวคิดของ United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO] (๑๙๘๐ อ้างถึงใน มุขจรินทร์ สมคิด, ๒๕๖๒) ได้แบ่งการประเมินคุณภาพชีวิตออกเป็น ๒ มิติหลัก ได้แก่

๑. มิติด้านวัตถุวิสัย (Objective dimension) ซึ่งเป็นการประเมินจากข้อมูลที่เป็นรูปธรรมสามารถสังเกต วัด หรือบันทึกได้ เช่น สถานะทางเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม ความเป็นอยู่ และทรัพยากรที่บุคคลเข้าถึง

๒. มิติด้านจิตวิสัย (Subjective dimension) ซึ่งเน้นการรับรู้และประสบการณ์ของบุคคล โดยประเมินผ่านความรู้สึก ทศนคติ การตีความต่อชีวิต และระดับความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม ทั้งสองมิตินี้มีความสำคัญและควรนำมาพิจารณาร่วมกันเพื่อให้การประเมินคุณภาพชีวิตมีความสมบูรณ์ และสะท้อนความเป็นจริงได้อย่างรอบด้าน

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก WHOQOL-BREF (WHO, ๑๙๙๘) ฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลและพัฒนาโดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (๒๕๔๐) แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ รวมทั้งสิ้น ๒๖ ข้อ ครอบคลุม ๔ มิติ ได้แก่ (๑) ด้านสุขภาพกาย ๖ ข้อ (๒) ด้านสุขภาพจิตใจ ๖ ข้อ (๓) ด้านสังคม ๓ ข้อ และ (๔) ด้านสิ่งแวดล้อม ๘ ข้อ โดยใช้มาตราประมาณค่า ๕ ระดับ ตั้งแต่ ๑ = ไม่เลย ถึง ๕ = มากที่สุด มีช่วงคะแนนรวมตั้งแต่ ๒๖-๑๓๐ คะแนน ซึ่งคะแนนที่สูงสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตที่ดี แบบวัดฉบับภาษาไทยได้รับการปรับให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของประเทศไทย ครอบคลุมทั้งมิติด้านวัตถุวิสัยและจิตวิสัย ตามกรอบแนวคิดมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก และถูกนำไปใช้ในการศึกษากับผู้สูงอายุอย่างแพร่หลาย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ ๐.๘๘ ซึ่งอยู่ในระดับดี แสดงถึงความเหมาะสมในการนำไปใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบริบทของประเทศไทย (ดวงใจ กสานต์ และคณะ, ๒๕๖๓)

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

อาทิตย์ บุญรอดชู, อุไร เจริญประพาฬ, กำไล สมรัักษ์ และรุ่งนภา บุญรอดชู (๒๕๖๔) การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการเปรียบเทียบสมรรถนะของชุมชนท้องถิ่น ตำบลคีรีวง อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการเปรียบเทียบสมรรถนะของชุมชนท้องถิ่น โดยการเปรียบเทียบสมรรถนะกับองค์กรที่ทำได้ดีกว่า เพื่อนำผลของการเปรียบเทียบมาใช้ในการปรับปรุงองค์กรตนเอง ตามแนวคิดของเบ็ง คาร์ลอฟ (Bengt Ka-lof) ๕ ขั้นตอน ทำให้ชุมชนท้องถิ่น เข้าใจรูปแบบ การพัฒนาที่ชัดเจนขึ้น มีเกณฑ์มาตรฐานในการปฏิบัติงานและสามารถติดตามประเมินผลได้ทุกขั้นตอน การเปรียบเทียบสมรรถนะเป็นการปรับปรุงคุณภาพแบบก้าวกระโดด

นันทน์ลิน บรรจโรจน์ (๒๕๖๖) การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงยุคโควิด-๑๙ โดยผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงยุคโควิด ๑๙ ประกอบด้วย ๖ องค์ประกอบ ๑) ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ มีความเข้าใจ มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงยุคโควิด ๑๙ หลังเข้ารับการอบรมสูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรม อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๕ ๒) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทักษะ ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับที่ ๐.๐๕ ๓) ด้านคุณภาพชีวิต

ผู้สูงอายุติดเตียง พบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต หลังได้รับการดูแลด้านกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงยุคโควิด ๑๙ สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการดูแล ด้วยกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง แสดงว่า ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสม ตรงความต้องการและมีคุณภาพ จึงทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดเตียงยุคโควิด ๑๙ สูงขึ้น กว่าก่อนได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

สมจันท์ ศรีปรัชยานนท์ และปาณิสรา เทพรัักษ์ (๒๕๖๔) การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง พบว่า รูปแบบการจัดและกระบวนการจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุมุ่งเน้น ประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ ๒ ด้าน คือ ๑) การสังคมสงเคราะห์ การช่วยเหลือผู้สูงอายุให้อยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างเหมาะสม ฟันฟูสมรรถภาพทางร่างกาย มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นต้น ๒) การพัฒนาสวัสดิการ เพื่อส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุให้มีสุขภาวะที่ดี และลดช่องว่างทางสังคม โดยโรงเรียนผู้สูงอายุได้สร้างนวัตกรรมกิจกรรมการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ได้แก่ ๑) การเรียนรู้เพื่อสุขภาพทางกาย เช่น ฟันฟูสมรรถภาพทางร่างกาย ๒) การเรียนรู้เพื่อสุขภาพทางจิตใจ เช่น การผ่อนคลาย ความเครียด ความเหงา เป็นต้น ๓) การเรียนรู้เพื่อสุขภาพทางสังคม เช่น การมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำและร่วมพัฒนาสังคม ๔) การเรียนรู้เพื่อสุขภาพอารมณ์/ ปัญญา เช่น การสร้างจิตอาสาเพื่อประโยชน์ให้แก่ชุมชนและสังคม ขณะที่การส่งเสริมเครือข่าย การพัฒนาสุขภาพของโรงเรียนผู้สูงอายุได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐ เช่น โรงพยาบาล องค์กรปกครองท้องถิ่น สาธารณสุขจังหวัด มหาวิทยาลัย และอาสาสมัครท้องถิ่น เช่น ประชาชนชาวบ้าน เป็นต้น การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจะมีประสิทธิภาพมาก จำเป็นต้องขจัด ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ เช่น การเดิน เนื้อหาไม่ควรยาวจนเกิดความเบื่อหน่าย ควรเป็น กิจกรรมผ่อนคลายหรือทัศนศึกษาพื้นที่อื่นๆ ดังนั้น จำเป็นต้องช่วยเหลือและการส่งเสริม สนับสนุนผู้สูงอายุให้มีส่วนร่วมในสังคม และทำเพื่อให้เกิดความรู้สึกลึกไม่แตกต่างจากอดีตที่ผ่านมา แม้สภาพจริงร่างกายจะเปลี่ยนแปลงไปแต่บทบาทและความสำคัญยังคงเดิม

นงนุช โอปะะ สุวีร์พร สีหอกแก้ว และอาริยา นาคศิริ (๒๕๖๕) ความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงและทักษะที่จำเป็นของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว พบว่า ความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟุ้งฟิงและทักษะที่จำเป็นของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลสุขภาพระยะยาว ดำเนินการวิจัย ๒ ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ ๑: วิเคราะห์ความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงโดยศึกษาจาก ฐานข้อมูลของผู้สูงอายุในระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ขั้นตอนที่ ๒: ศึกษาทักษะที่จำเป็นของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงโดยการสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องจำนวน ๑๑ คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลทะเบียนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะฟุ้งฟิง แบบบันทึกความต้องการบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะฟุ้งฟิง และแนวทางสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดย วิเคราะห์จำนวน ร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงมีความต้องการบริการสุขภาพ ได้แก่ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การใช้จ่ายอุปกรณ์ทางการแพทย์ หัตถการทางการแพทย์และการดูแลระยะสุดท้าย ผลการสนทนากลุ่ม พบว่า การแนะนำการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุ การใช้อุปกรณ์ทาง การแพทย์ที่ช่วยฟื้นฟูสภาพ ทักษะการทำแผนการดูแลการประเมินสุขภาพจิต และทักษะการจัดกิจกรรมนันทนาการขณะเยี่ยมบ้าน

นายสุส คำโสม, สุนีย์ ละกำป็น และเพลินพิศ บุนยมาลิก (๒๕๖๒) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาวจังหวัดร้อยเอ็ด เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง ๑๘๐ คน ที่สุ่มจากพื้นที่นำร่อง ๒๓ แห่งของจังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดร้อยเอ็ด ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับที่ดี (ร้อยละ ๙๘.๓๓) ด้านที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ($X = ๙.๐๓$, $S.D. = ๐.๘๕$) และด้านที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ ด้านสุขภาพจิต ($X = ๗.๙๗$, $S.D. = ๑.๓๗$) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว ได้แก่ การสนับสนุนจาก ครอบครัว อาชีพเกษตรกร การได้รับการยอมรับจากชุมชน เพศหญิง อายุ การติดตามงานจากผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข เจตคติ และความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถอธิบายความผันแปรของการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ร้อยละ ๖๔.๘ ($p < .๐๐๑$)

Ren Chen and Wei Tang (๒๐๒๕) ทำการวิเคราะห์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดูแลสุขภาพและการสร้างระบบการดูแลแบบบูรณาการในสังคมผู้สูงอายุ: มุมมองเชิงเปรียบเทียบของประเทศเนเธอร์แลนด์ ประเทศญี่ปุ่น และประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน พบว่า การปฏิรูประบบสุขภาพไม่ได้เป็นเพียงการปรับปรุงโครงสร้างการให้บริการเท่านั้น แต่ยังสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงแนวคิดของสังคม จากการมุ่งเน้นการรักษาโรคไปสู่การยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง จากการดูแลที่เน้นสถานพยาบาลไปสู่การดูแลที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน และจากการยึดอายุชีวิตไปสู่การให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตและการมีศักดิ์ศรีในช่วงท้ายของชีวิต ระบบการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืนในอนาคตควรตั้งอยู่บนแนวคิด “การร่วมสร้าง ๔ เเงอนไข” ได้แก่ ๑) การบูรณาการระบบบริการสุขภาพกับชุมชน เพื่อให้การดูแลสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตในชุมชน และช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น ๒) การพัฒนาสถานบริการควบคู่กับหลักจริยธรรม โดยต้องคำนึงถึงสิทธิและสวัสดิภาพของทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ พร้อมทั้งรักษาคุณภาพของการดูแล ๓) การใช้เทคโนโลยีควบคู่กับความสัมพันธ์ของมนุษย์ โดยเทคโนโลยีควรทำหน้าที่ช่วยสนับสนุนการดูแล ไม่ใช่เข้ามาแทนที่ความเอื้ออาทรของมนุษย์ และ ๔) การส่งเสริมการเรียนรู้เรื่องความตายและการมีชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี เพื่อให้สังคมสามารถเข้าใจและยอมรับวาระสุดท้ายของชีวิตได้อย่างสงบและมีคุณค่า

Feng and Lu (๒๐๒๔) ทำการศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบันของผู้สูงอายุในชุมชนในประเทศต่างๆ ทั่วโลก และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย พบว่า ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการพัฒนาบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนทั่วโลก ประกอบด้วย ๕ ประเด็นหลัก ได้แก่ ๑) การสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ชุมชน ครอบครัว และอาสาสมัคร เพื่อร่วมกันดูแลผู้สูงอายุและเพิ่มประสิทธิภาพของบริการ ๒) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรผ่านการฝึกอบรมอย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งมีมาตรฐานวิชาชีพและกลไกจูงใจในการทำงาน ๓) การจัดบริการที่หลากหลายและยืดหยุ่น เช่น บริการสุขภาพ การฟื้นฟู การสนับสนุนด้านจิตใจ และบริการถึงบ้าน เพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะบุคคล ๔) การบูรณาการทรัพยากรจากหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน และสังคม เพื่อสนับสนุนงบประมาณและการพัฒนาบริการอย่างยั่งยืน และ ๕) การพัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบครบวงจร พร้อมทั้งระบบบริหารจัดการข้อมูล การติดตามประเมินผล และการกำกับดูแลคุณภาพบริการ

วรัญญูศิลา ทรัพย์ประเสริฐ และคณะ (๒๕๖๔) ความสัมพันธ์ระหว่างพหุปัจจัยเชิงนิเวศวิทยา สังคมกับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านปึก อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ ๔๗.๒๐ มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ อายุ การก้มการล้ม รายได้ การอยู่อาศัย และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ปัจจัยระดับครอบครัว ได้แก่ การทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัว และปัจจัยระดับชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยชุมชน ส่วนดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

ทัศนีย์ ปัทมสนธิ์ ไชยรัตน์ ศิรินคร และรุ่งโรจน์ ฝ่ายเยื่อ (๒๕๖๔) ความต้องการและความคาดหวังของชุมชนเกี่ยวกับเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอรัญญิก จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ด้านที่ผู้สูงอายุมีความต้องการและคาดหวังให้เกิดมากที่สุดคือ ด้านการมีส่วนร่วมเชิงสังคม ในประเด็นการมีสถานที่จัดงานหรือกิจกรรมที่อยู่ในทำเลที่ไปมาสะดวก เข้าถึงได้ง่าย มีแสงสว่างเพียงพอ และเส้นทางรถบริการสาธารณะผ่าน รองลงมาคือด้านพื้นที่ภายนอกอาคารและตัวอาคาร ประเด็นการมีพื้นที่สาธารณะที่สะอาด ร่มรื่น มีห้องน้ำสาธารณะทั้งภายใน และนอกอาคารมากพอ สะอาด บำรุงรักษาให้อยู่ในสภาพดี ใช้ได้ง่ายและสะดวกสบาย ด้านการบริการชุมชนและสุขภาพ ในประเด็นการมีระดับการให้บริการด้านสุขภาพอนามัยที่หลากหลายพอเพียง และด้านที่อยู่อาศัย ในประเด็นการก่อสร้างบ้านต้องมีความมั่นคง แข็งแรง อยู่สบาย เหมาะสมกับสภาพภูมิอากาศ ข้อเสนอแนะจากการศึกษาที่สำคัญคือภาครัฐควรสนับสนุนความรู้เกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย มีการกำหนดมาตรฐานในการจัดที่อยู่อาศัยให้กับผู้สูงอายุ โดยขอความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน องค์กรส่วนท้องถิ่นและชุมชนของผู้สูงอายุ และกระตุ้นหน่วยงานภาครัฐและเอกชนจัดตั้งอำนวยการความสะดวกสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ ตามสิทธิของผู้สูงอายุ

นาฏสินี ชัยแก้ว และมยุรี บุญหัด (๒๕๖๗) การพัฒนารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ ๓ พบว่าชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ร่วมมือในการเตรียมความพร้อมในการรองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในด้านสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพและการศึกษา ความสามารถของชุมชนในการจัดสภาพแวดล้อมสู่เมืองที่เป็นมิตรของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ ๓ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับที่มากที่สุด รูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุมี ๔ องค์ประกอบ โดยเพิ่มจาก ๘ องค์ประกอบตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก คือ วัดส่งเสริมสุขภาพ โดยมีพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.) เป็นผู้บทบาทสำคัญ ซึ่งมีการประยุกต์ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทชุมชน ที่มีทุนทางสังคมในชุมชนและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นพลังในการดำเนินการสร้างเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและประชาชนในชุมชน

พิมลรัตน์ ชื่นบาน และ ยุทธนา แยมคาย (๒๕๖๗) ทำการถอดบทเรียนชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย พบว่า ชุมชนเป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุของจังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย ๑๑ องค์ประกอบ ได้แก่ อาคารสถานที่และบริเวณภายนอก ระบบขนส่งและยานพาหนะ ที่อยู่อาศัย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การให้ความเคารพและการยอมรับการมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน การสื่อสารและการให้ข้อมูล การบริการชุมชนและการบริการสุขภาพการสนับสนุนทาง

จิตใจการบูรณาการความร่วมมือของภาคส่วนต่าง ๆ และการพัฒนานวัตกรรมเพื่อผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จของการดำเนินงานชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ได้แก่ การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายจิตอาสา การจัดการต้นทุนทรัพยากรเพื่อความยั่งยืน บทบาทของผู้บริหารที่เล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาการพัฒนาย่างต่อเนื่องสู่ความสำเร็จและการยอมรับ การพัฒนานวัตกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนซึ่งสามารถนำรูปแบบและปัจจัยไปพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุได้ตามบริบทของพื้นที่

จริยา อินทรศรีมี (๒๕๖๔) กระทบการส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแลในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านของผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ดและจังหวัดเลย พบว่า บ้านผู้สูงอายุมีส่วนร่วมเป็นแบบนึ่งยงไม่มีราวจับ ร้อยละ ๗๐.๙ ภายในห้องน้ำไม่มีราวจับ ร้อยละ ๙๘.๕ อุบัติเหตุที่เกิดมากที่สุดกับผู้สูงอายุคือ การหกล้ม ร้อยละ ๗๐.๐ อุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดในห้องนอน ร้อยละ ๓๐.๙ กระทบการการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านประกอบด้วยกิจกรรม (๑) การสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุและผู้ดูแล (๒) การสนทนากลุ่มกับอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (๓) การประชุมกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำเสนอผลการวิจัยในระยะแรก (๔) การจัดประชุมการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (๕) การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมของผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล (๖) การอบรมให้ความรู้การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ และ (๗) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับเขต ผลการเปรียบเทียบความรู้ในการจัดการสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมของผู้สูงอายุและผู้ดูแลก่อนและหลังทำการวิจัย พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.00$) การวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านโดยควรมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้การสนับสนุน

กัญพหล ทับหุ่น และสมคิด ปราบภัย (๒๕๖๖) ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้านของผู้นำครอบครัวเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยใน จังหวัดปทุมธานี พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ของผู้นำครอบครัวเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยในจังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างมี คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ และพฤติกรรมจัดการสิ่งแวดล้อม ภายในบ้านของผู้นำครอบครัวเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ส่งเสริมพฤติกรรมจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้านของผู้นำครอบครัวเพื่อป้องกันการหกล้มของ ผู้สูงอายุที่อาศัยในจังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$)

เทพสุดา จิวตระกูล อังคินันท์ อินทรกำแหง และอัศรา ประเสริฐสิน (๒๕๖๕) ศึกษาเกี่ยวกับ บริบท ปัญหาและแนวทางการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยชุมชน พบว่า ๑) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนส่วนใหญ่มีผู้ดูแลอยู่ด้วยกัน ซึ่งเป็นลูกหลานหรือเขยสะใภ้ มีเพียงบาง บ้านที่มีแค่ผู้สูงอายุอยู่ด้วยกันเอง และจะมี อสม. ดูแลร่วมด้วย รูปแบบการทำงานของอสม. มี ๒ รูปแบบใหญ่คือ การทำงานแบบเป็นทางการตามความรับผิดชอบของ อสม.ที่กระทรวงสาธารณสุขได้ มอบหมายไว้ โดยทำการเยี่ยมชาน้อยๆน้อยเดือนละ ๔ ครั้ง และการทำงานที่ไม่เป็นทางการ ใช้

ลักษณะความสัมพันธ์ต่าง ๆ ในการช่วยเหลือดูแล เช่น บ้านใกล้เรือนเคียง ความเป็นญาติพี่น้อง และการช่วยเหลือเกื้อกูลอนุเคราะห์ผู้สูงอายุบางบ้านที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ปัญหาที่พบ ได้แก่ ปัญหาด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อมในบ้าน และปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ ๒) แนวทางการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยชุมชนมีดังนี้ ควรจัดให้มีการอบรมให้ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างสม่ำเสมอ เพิ่มเติมองค์ความรู้ที่ใช้ในการดูแล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม ทักษะการแก้ปัญหาทักษะการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล และทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลควรมีความเห็นอกเห็นใจและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้สูงอายุ การจัดสภาพแวดล้อมควรเป็นไปด้วยความประณีตประณีต มีการปรึกษาร่วมกันกับผู้สูงอายุ และควรมี care manager ลงพื้นที่พร้อมกันเพื่อให้ความเห็นในเชิงอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ

จอมชัย คงมณีกาญจน์ และคณะ (๒๕๖๖) รูปแบบการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุในด้านการจัดการสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในบ้าน จังหวัดพิษณุโลก พบว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๘๖.๐ มีระดับศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ ๓๔.๐ ตัวแปรที่ส่งผลในทางบวกต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ทศนคติ ความตระหนักในการจัดการสิ่งแวดล้อมฯ การประกอบอาชีพ ตัวแปรที่ส่งผลในทางลบ คือ การเป็นสมาชิกชมรมต่าง ๆ ผู้วิจัยนำข้อมูลมาสร้างเป็นแบบจำลอง AOM model (A: Attitude/Awareness/Action, O: Occupation, M: Member of community clubs) เพื่อช่วยในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุในอนาคต และสามารถนำไปต่อยอดการดูแลผู้สูงอายุให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น อีกทั้งยังสามารถนำไปใช้ในการวางแผน และการจัดทำนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุระดับต่างๆ ต่อไป

พรทิพย์ อนุตรพงศ์ (๒๕๖๘) ทำการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุรับรู้เมืองที่เป็นมิตรในภาพรวมของจังหวัดนครสวรรค์อยู่ในระดับดี ($X = ๗๕.๓๙$) โดยเฉพาะองค์ประกอบด้านการบริการชุมชนและการบริการสุขภาพอยู่ในระดับดีเด่น ($X = ๙๓.๗๙$) รองลงมา คือ องค์ประกอบด้านอาคารสถานที่และบริเวณภายนอก ระดับดีมาก ($X = ๘๘.๖๙$) และองค์ประกอบด้านการให้ความเคารพและการยอมรับ ระดับดี ($X = ๗๙.๓๘$) ส่วนองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านระบบขนส่งและยานพาหนะ อยู่ระดับกำลังพัฒนา ($X = ๔๕.๕๖$) ซึ่งบริบทของจังหวัดนครสวรรค์พื้นที่จะเป็นส่วนองค์การบริหารส่วนตำบลที่เป็นชนบทมากที่สุด ทั้งนี้ ในบริบทของประเทศไทย พื้นที่ชนบทมีการพัฒนาด้านระบบขนส่งมวลชนน้อยที่สุด เนื่องจากประชากรกระจายตัว ความต้องการใช้บริการต่ำ และไม่คุ้มค่าต่อการลงทุนเมื่อเทียบกับเขตเมือง ประกอบกับข้อจำกัดด้านงบประมาณ โครงสร้างพื้นฐาน และการพึ่งพายานพาหนะส่วนบุคคลของประชาชน ทำให้การพัฒนาระบบขนส่งในชนบทยังไม่ทั่วถึง

Ying Tang et al. (๒๐๒๕) ทำการศึกษาผลกระทบของชุมชนที่เป็นมิตรต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในประเทศจีน ผลการศึกษา พบว่า องค์ประกอบทั้ง ๔ ด้านของชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ ได้แก่ พื้นที่สีเขียว บริการสาธารณสุข ระบบขนส่งสาธารณะ และการสนับสนุนจากชุมชน มีความสอดคล้องภายในที่ดีและสามารถนำไปใช้ได้เหมาะสม โดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha อยู่ระหว่าง ๐.๘๐๙-๐.๘๘๕ กล่าวคือ พื้นที่สีเขียวมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ โดยพื้นที่ที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกเหมาะสม เช่น แสงสว่าง ทางเดิน กว้าง และที่นั่งพัก ช่วยส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เช่น เดิน ออกกำลังกาย ไทเก๊ก และเดินรำ ซึ่งไม่

เพียงช่วยป้องกันโรคเรื้อรัง แต่ยังคงลดความเหงา เสริมสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม และเพิ่มความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น ในทางตรงกันข้าม บริการสาธารณสุขสุขภาพภาครัฐบางระดับอาจส่งผลต่อสุขภาพกายและจิตใจของผู้สูงอายุ เนื่องจากสถานพยาบาลชุมชนขาดทรัพยากรและบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ขณะที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีระยะเวลารอคอยนาน ทำให้เกิดความไม่สะดวกและความเครียด นอกจากนี้ ยังพบว่าระบบบริการสุขภาพยังขาดการดูแลด้านสุขภาพจิตที่เพียงพอ สำหรับองค์ประกอบของชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFCs) พบว่า ระบบขนส่งสาธารณะไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุมักทำกิจกรรมภายในชุมชนใกล้บ้าน โดยเฉพาะในบริบท “เมือง ๑๕ นาที” ที่สามารถเข้าถึงบริการพื้นฐานได้ภายในระยะเดินหรือปั่นจักรยาน ขณะเดียวกัน การสนับสนุนจากชุมชนมีผลเชิงบวกอย่างชัดเจนต่อสุขภาพทางจิตและเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ การสื่อสารและการเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ชุมชนช่วยลดความเหงาและภาวะซึมเศร้า ส่งเสริมความรู้สึกได้รับการดูแล และยกระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ

Tan and Huang (๒๐๒๕) ทำการศึกษาเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในประเทศจีน โดยเปรียบเทียบระหว่างชุมชนผู้เกษียณอายุแบบปิด (Gated Retirement Communities: GRCs) และชุมชนแบบเปิดที่มีหลายช่วงวัยอาศัยร่วมกัน Open Multi-Generational Communities (OMGCs) ผลการศึกษาพบว่า GRCs มีข้อจำกัดหลายประการ เช่น ความไม่เป็นธรรมด้านการจัดสรรพื้นที่ การใช้ทรัพยากรอย่างไม่มีประสิทธิภาพและอัตราการใช้สถานที่ต่ำ การไม่ปฏิบัติตามพันธสัญญาการให้บริการ การเลือกปฏิบัติด้านอายุและการกีดกันระหว่างรุ่น ตลอดจนความไม่ยั่งยืนของระบบ ซึ่งล้วนไม่สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ ในทางตรงกันข้าม ชุมชนแบบเปิดที่มีคนหลายช่วงวัยอาศัยร่วมกัน (OMGC) แสดงให้เห็นถึงระดับความเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุที่สูงกว่าและมีความมีชีวิตชีวาของชุมชนมากกว่า จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างสองรูปแบบ พบประเด็นสำคัญในการส่งเสริมความเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในระดับชุมชนหลายประการ ได้แก่ การปรับปรุงและพัฒนาชุมชนผสมวัยที่มีอยู่เดิมให้กลายเป็นชุมชนแบบ OMGC ที่มีความครอบคลุมและสนับสนุนผู้สูงอายุมากขึ้น ซึ่งจะช่วยขยายประโยชน์ของการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุไปสู่ประชากรในวงกว้าง นอกจากนี้ ควรออกแบบและจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ พร้อมทั้งให้ความสำคัญกับการให้บริการตามพันธสัญญา เนื่องจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนต่างวัยเป็นองค์ประกอบสำคัญของชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ จึงควรสร้างพื้นที่ที่เปิดกว้างสำหรับคนทุกช่วงวัย ไม่ใช่มุ่งเน้นเฉพาะผู้สูงอายุเท่านั้น อีกทั้งการบูรณาการการพัฒนาชุมชนเข้ากับการพัฒนาเมืองในภาพรวมยังเป็นปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืนของชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในระยะยาว

สาธิตาน มากชูชิต,กมลวรรณ สุวรรณ,อนุชิต คลังมัน และนภัทร โนวัดน์ (๒๕๖๖) แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลนครยะลา โดยใช้ศูนย์การเรียนรู้ชุมชนเป็นฐาน พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลนครยะลาโดยรวมร้อยละ ๖๐.๙ มีคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่าด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีคุณภาพชีวิตที่ดี คิดเป็นร้อยละ ๖๔.๑, ๕๑.๑ และ ๖๒.๐ ตามลำดับ ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายมีคุณภาพชีวิตกลางๆ คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๗ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุประกอบด้วย อายุ

อาชีพหลักในปัจจุบัน แหล่งที่มาของรายได้ และรายได้หลักต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

เกหลั่น ประเสริฐธิดิพงษ์ กฤตพัทธ์ ผีกฝน และปรีศนี ศรีกัน (๒๕๖๖) ผลของการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงตำบลแม่กาอำเภอมืองจังหวัดพะเยา พบว่า คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงหลังการเยี่ยมบ้านของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนการเยี่ยมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงภายหลังการศึกษาของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้

วงศ์สิริ แจ่มฟ้า และพิมพ์วรรณ เรืองพุทธ (๒๕๖๒) ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง จังหวัดนครสวรรค์ Depression and Quality of life among elderly Living in Muang NakhonSawan Province พบว่า ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๓.๘ คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง ($x=2.44$, $SD=0.52$) โดยภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม ($r=-0.40$) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจมากที่สุด ($r=-0.45$) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ($r=-0.32$) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ($r=-0.31$) และคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพสังคมมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ($r=-0.27$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุและสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๕

พระครูใบฎีกาธีรยุทธ จนทูปโม และ สัญญา สดประเสริฐ (๒๕๖๒) การส่งเสริมวัดเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง จังหวัดนครปฐม พบว่า ๑) การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองของวัดในจังหวัดนครปฐมทั้ง ๔ ด้าน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($X = 3.64$) ๒) การพัฒนาและรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองที่ศึกษา ทำการแบ่งกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองออกเป็น ๓ กลุ่มโดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับผู้มีส่วนได้เสียในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง คือ กลุ่มหลัก กลุ่มรอง และกลุ่มสนับสนุน เพื่อทราบการส่งเสริมวัดเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง และ ๓) การส่งเสริมวัดเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ที่วัดได้ใช้ดำเนินการเพื่อปลูกจิตสำนึกในใจคน สร้างจิตสำนึกกร่วมเพื่อดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยกระบวนการต่าง ๆ

พรศิริ กองนวล, สุขาดา ธโนภานุวัฒน์ และวิไล ตั้งจิตสมคิด (๒๕๖๓) การพัฒนาอารยสถาปัตย์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร พบว่า ส่วนมากต้องการพัฒนาห้องน้ำ โดยการสนับสนุนงบประมาณ เครื่องสุขภัณฑ์ วัสดุ อุปกรณ์ ดำเนินการตามหลักอารยสถาปัตย์ ๖ ประการ คือ ๑) ทุกคนใช้ได้ เท่าเทียมกัน (Equitable Use) ๒) ใช้งานง่าย (Simple and Intuitive Use) ๓) การสื่อความหมายเข้าใจง่าย (Perceptible) ๔) การออกแบบที่เผื่อการใช้งานที่ผิดพลาดได้ (Tolerance for Error) ๕) ใช้แรงน้อย (Low Physical

Effort) ๖) ขนาดและพื้นที่ที่เหมาะสมกับการเข้าถึงและใช้งาน (Size and Space for Approach) ในพื้นที่ ๗) แขวง คือ (๑) แขวงตลาดพลูชุมชนวัดกันตทาราราม (๒) แขวงบางยี่เรือ ชุมชนตากสินสัมพันธ์ (๓) แขวงดาวคะนอง ชุมชนวัดดาวคะนอง (๔) แขวงหิรัญรูจี ชุมชนวัดบางไส้ไก่ (๕) แขวงบุคคโล ชุมชนวัดกระจัดพิณิจ (๖) แขวงสำเหร่ ชุมชนวัดบางน้ำชน (๗) แขวงวัดกัลยาณ์ ได้แก่ ชุมชนวัดบุปผาราม ชุมชนโรงคราม ซึ่งดำเนินการพัฒนาทางเดิน มีความพึงพอใจต่อการพัฒนาอารยสถาปัตย์ โดยภาพรวมในระดับมาก ($X = ๔.๐๐$)

สุภาพร พิพัฒน์วัฒนากุล และ วณิศา ศิริวรสกุล (๒๕๖๖) ศึกษาด้านการจัดการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนร่วมใจพัฒนาเหนือถนนพหลโยธิน แขวงอนุสาวรีย์ เขตบางเขน กรุงเทพมหานคร พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยคุณภาพชีวิตทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางปัญญา(จิตวิญญาณ) ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง การจัดการคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยการวางแผนการจัดการองค์กร การจัดการบุคลากร การประสานงาน และงบประมาณ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ การประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อจัดกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ

สุภาพรณัฏ์ ตันตินันท์ตระกูล จิรกุล ครอบสอน และนงลักษณ์ วิชัยรัมย์ (๒๕๖๕) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนบางโพธิ์เหนือ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ($X = ๓.๗๕$, $SD = ๐.๗๑$), ($X = ๓.๖๘$, $SD = ๐.๖๓$) โดยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย คะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($X = ๓.๔๒$, $SD = ๐.๕๔$) ($X = ๓.๕๑$, $SD = ๐.๕๗$) ($X = ๓.๕๘$, $SD = ๐.๗๗$) ตามลำดับและยัง พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่การศึกษา รายได้ และปัญหาสุขภาพ/โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและพัฒนากิจการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ ในชุมชนบางโพธิ์เหนือ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี

อติญาณ์ ศรีเกษตริณ อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ สุภาพร แถวจันทิก วารุณี เกตุอินทร์ และ วิไลวรรณ คมขำ (๒๕๖๔) ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลธงชัย จังหวัดเพชรบุรี พบว่า เกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งประกอบไปด้วย ๔ ระยะ คือ ๑) ระยะการวางแผน ๒) ระยะการดำเนินการ ๓) ระยะการกำกับติดตาม ๔) ระยะการประเมินผล และผลลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วม ประกอบด้วย ๑) เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุคือ "โครงการสร้างสรรค์ สร้างสุข สูงวัยตำบลธงชัย" ภายใต้หลักสูตรการศึกษาตลอดชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ชุมชนเลือกที่จะดำเนินการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ๒) ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประกอบไปด้วย ภาวะผู้นำที่ดี มีความมุ่งมั่น คณะกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุที่มาจากภาคีเครือข่ายและประสานความร่วมมือของหน่วยงานในพื้นที่ และเกิดความร่วมมือจากสมาชิกในชุมชน ๓) ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในภาพรวมและราย

ด้านของผู้สูงอายุหลังเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุดีกว่าก่อนเข้าโรงเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้กับทุกตำบล ในจังหวัดเพชรบุรี โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการเพื่อสร้างจิตสำนึกในการมีส่วนร่วมเข้ามาร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ร่วมรับผิดชอบในทุกกระบวนการ

ธำกูร หอมกลิ่น (๒๕๖๒) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลท่ายาง อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีภาวะสุขภาพปกติดีขึ้น ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีปัญหาด้านสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพดีขึ้น ผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพดีขึ้น และภาคีเครือข่ายในชุมชนมีบทบาทในการร่วมกันพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การดำเนินงานของหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่มีการประสานแผนพัฒนาและการบูรณาการงบประมาณร่วมกันจนเกิดเป็นรูปธรรม ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง เน้นการทำงานเชิงรุกจนเกิดการพัฒนาระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ศิริประภา หล้าสิงห์ สุมัทนา กลางคาร และศิรินาถ ตงศิริ (๒๕๖๓) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการศึกษา บริบทคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่พบว่า เป็นผู้สูงอายุติดสังคม ร้อยละ ๘๕.๙๐ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ ๘๔.๘๐ ปัญหาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่รู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ ๖๘.๔ ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่จัดขึ้น พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีภาวะสุขภาพปกติดีขึ้น ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีปัญหาด้านสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพดีขึ้น ผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพดีขึ้น และภาคีเครือข่ายในชุมชนมีบทบาทในการร่วมกันพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การดำเนินงานของหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่มีการประสานแผนพัฒนาและการบูรณาการงบประมาณร่วมกันจนเกิดเป็นรูปธรรม ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง เน้นการทำงานเชิงรุกจนเกิดการพัฒนาระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

อาริษา เสาร์แก้ว (๒๕๖๕) ได้ทำการศึกษาสถานการณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่เทศบาลตำบลปาดินนาครี จังหวัดลำปาง ผลการศึกษา พบว่า ภาพรวมระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับปานกลาง ($X = ๓.๓๒$, $SD = ๐.๕๗$) สำหรับการกำหนดแนวทางในการดูแลคุณภาพชีวิต ได้แก่ ๑) การวางแผนให้ความรู้เรื่องการทำกายภาพบำบัด และการดูแลด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอโดยบุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ๒) จัดหาอายุอุปกรณ์ช่วยด้านการเคลื่อนไหวที่เหมาะสม ๓) ออกเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอทั้งบุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ๔) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่งเสริมกิจกรรมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีส่วนร่วมในชุมชน เช่น การทำบุญ การจัดกิจกรรมพบปะซึ่งกันและกัน ๕) ผลานความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกชุมชนในการช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย การซ่อมแซมบ้าน รวมถึงสนับสนุนการฝึกอาชีพที่เหมาะสม ดังนั้น การยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องอาศัยระบบการดูแลแบบบูรณาการที่เชื่อมโยงระหว่าง

ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี มีคุณค่า และมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

Lim et al. (๒๐๒๓) ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคมและสุขภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนในประเทศมาเลเซีย ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยทางสังคมและสุขภาพหลายประการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดย จำนวนปีการศึกษา รายได้ของครัวเรือนต่อเดือน การมีเครือข่ายทางสังคมที่ดี การทำงานของสมองที่ปกติไม่มีภาวะสมองเสื่อม การออกกำลังกายแบบแอโรบิก การทำกิจกรรมเสริมสร้างความแข็งแรงและความยืดหยุ่น สมรรถภาพทางกายที่ดี และภาวะโภชนาการที่เหมาะสม ล้วนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเหล่านี้มักมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในทางตรงกันข้าม อายุที่เพิ่มขึ้น ความพิการ คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายและผู้ที่มิมีสถานภาพสมรส มีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิงและผู้ที่มิได้สมรส ขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่มีโรคหัวใจหรือโรคหลอดเลือดสมอง มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่มิมีโรคดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

Wagner-Gutiérrez et al. (๒๐๒๕) ทำการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต สุขภาพจิต และความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการกิจกรรมทางกายชุมชนในผู้สูงอายุลาตินอเมริกา ผลการศึกษา พบว่า ความสัมพันธ์ทางสังคมและกิจกรรมระหว่างรุ่นช่วยส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุ โดยลดความโดดเดี่ยวและเพิ่มการมีส่วนร่วมทางสังคม การสนับสนุนจากคนต่างวัยช่วยสร้างความรู้สึกรักคุณค่า มีเป้าหมาย และลดความเครียดทางอารมณ์ พื้นที่ชุมชน เช่น ศูนย์นันทนาการ มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างรุ่นแม้ความสัมพันธ์ในกลุ่มผู้สูงอายุจะพบมาก แต่ความสัมพันธ์ระหว่างรุ่นยังมีสัดส่วนสำคัญและส่งผลดีต่อสุขภาพโดยรวม นอกจากนี้ เครือข่ายทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยงการเข้าถึงบริการขนส่งกับการรับรู้สุขภาพของผู้สูงอายุ สะท้อนถึงความสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างรุ่นและสภาพแวดล้อมชุมชนที่สนับสนุนต่อสุขภาวะโดยรวม การจัดบริการในชุมชนให้มีพื้นที่กลางแจ้งและกิจกรรมทางกายช่วยส่งเสริมความเป็นอิสระ สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กิจกรรมในชุมชนช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมทางสังคมและทำให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างรุ่นช่วยลดความโดดเดี่ยวและสร้างชุมชนที่ครอบคลุมมากขึ้น ดังนั้นการสนับสนุนจากนโยบายและชุมชนมีความสำคัญต่อการยกระดับสุขภาวะของผู้สูงอายุ

จากสถานการณ์ของประชากรโลกและไทยก้าวสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลกระทบต่อวงกว้าง โดยเฉพาะโครงสร้างครอบครัวที่เล็กลงทำให้ผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่ลำพังและมีความเสี่ยงด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น สภาพเศรษฐกิจและสังคมที่บีบรัดทำให้ระบบการดูแลที่พึ่งพาครอบครัวเพียงอย่างเดียวมีประสิทธิภาพลดลงและไม่สามารถรองรับภาระการดูแลได้อีกต่อไป จึงมีความจำเป็นต้องมุ่งเน้นระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน โดยเชื่อมโยงความร่วมมือระหว่างครอบครัว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพและเอกชน เพื่อร่วมกันจัดระบบการดูแลระยะยาวอย่างไร้รอยต่อ สร้างชุมชนที่เป็นมิตร และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตในถิ่นเดิมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืน

พื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี เป็นอีกหนึ่งชุมชนของภาพสะท้อนที่ชัดเจนของการก้าวเข้าสู่ "สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์" (Complete Aged society) เช่นเดียวกับระดับประเทศ โดยใน

ปี พ.ศ. ๒๕๖๘ มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุถึงร้อยละ ๒๐.๕๖ นอกจากนี้ยังต้องเผชิญกับความท้าทายในบริบทของความเป็นเมืองชายฝั่งตะวันออกที่เป็นทั้งแหล่งท่องเที่ยว เขตอุตสาหกรรม และศูนย์กลางการศึกษา ทำให้มีการย้ายถิ่นฐานของประชากรสูงและเกิดปัญหาผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่เพียงพอ

ด้วยเหตุนี้ เทศบาลเมืองแสนสุขจึงได้พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชนที่โดดเด่นและเป็นรูปธรรม โดยมีการดำเนินการที่สอดคล้องกับสถานการณ์ ได้แก่ การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีอัจฉริยะ ด้วยการจัดทำโครงการ Smart Living โดยนำอุปกรณ์อัจฉริยะสวมใส่ (Smart wearable device) เช่น กำไลข้อมือหรือสร้อยคอ มาให้ผู้สูงอายุใช้เพื่อติดตามการเคลื่อนไหว ฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม และใช้กดปุ่มฉุกเฉินเพื่อขอความช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที นอกจากนี้ ยังมี การใช้แพลตฟอร์ม "กิน-อยู่-ดี" (Smart Health Care) ที่มีการบูรณาการความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยบูรพาและภาคเอกชนด้านเทคโนโลยี นำอุปกรณ์ IoT มาใช้วัดค่าสุขภาพของผู้สูงอายุ (เช่น ความดันโลหิต ระดับน้ำตาล อุณหภูมิ และค่าออกซิเจน) โดยข้อมูลจะถูกส่งผ่านบลูทูธไปแสดงผลบน Dashboard ทำให้ทีมสุขภาพ ผู้ดูแล และครอบครัว สามารถติดตามข้อมูลและวางแผนการดูแลได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ การดำเนินการของเทศบาลเมืองแสนสุขแสดงให้เห็นถึงการบูรณาการเครือข่ายระดับท้องถิ่นร่วมกับการใช้เทคโนโลยีเข้ามาเป็นตัวช่วยสำคัญ ซึ่งทำให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมทุกพื้นที่ ไร้รอยต่อ และช่วยลดอัตราการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของสังคมเมืองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

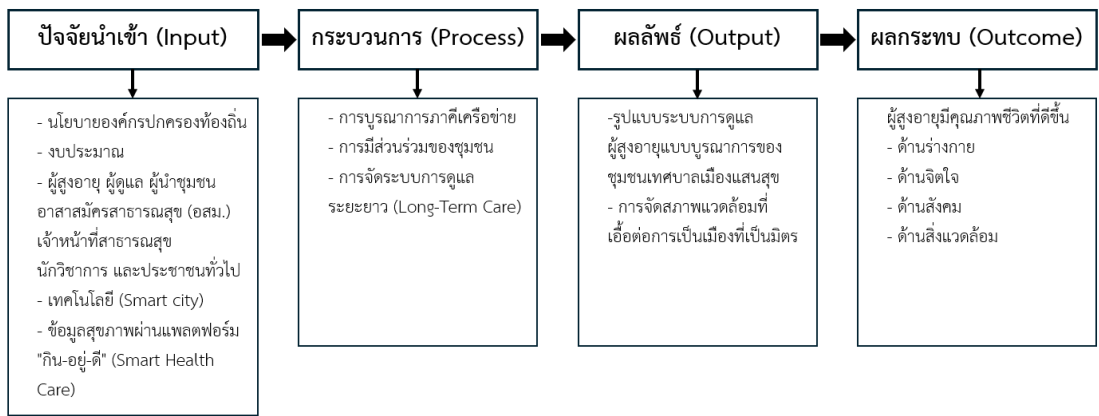
การวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ผ่านการถอดบทเรียนเพื่อวิเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการของชุมชนเทศบาลเทศบาลเมืองแสนสุข จากผู้สูงอายุและประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน พร้อมทั้งศึกษาถึงปัจจัยความสำเร็จ ปัญหา และอุปสรรค ความต่อเนื่องและยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี เพื่อต่อยอดองค์ความรู้จาก “เทศบาลเมืองแสนสุข Model” สำหรับการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยอาศัยการทบทวนวรรณกรรมที่เชื่อมโยงถึงนโยบายรัฐ เมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ การใช้เทคโนโลยี และแนวคิดคุณภาพชีวิต ซึ่งผู้วิจัยได้สังเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดนำมาจัดทำเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบ (System Theory) อย่างเป็นองค์รวมประกอบด้วย (ดังภาพที่ ๖)

๑. ปัจจัยนำเข้า (Input): นโยบายรัฐ ทุนทางสังคม งบประมาณ ผู้ดูแล เทคโนโลยี (Smart city) และข้อมูลสุขภาพผ่านแพลตฟอร์ม "กิน-อยู่-ดี" (Smart Health Care)

๒. กระบวนการ (Process): การบูรณาการภาคีเครือข่าย การมีส่วนร่วมของชุมชน และการจัดระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care)

๓. ผลผลิต (Output): รูปแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการของชุมชน และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเป็นเมืองที่เป็นมิตร

๔. ผลลัพธ์ (Outcome): ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม สรุปลงเป็นองค์ความรู้เพื่อการนำไปขยายผลขับเคลื่อนนโยบายการรองรับสังคมสูงวัยในระดับท้องถิ่นอื่นๆ ได้อย่างยั่งยืนต่อไป



ภาพที่ ๖ กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ ๒

วิธีการดำเนินการวิจัย (Material & Methods)

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) ช่วยให้ผู้วิจัยสามารถเข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้อย่างรอบด้าน โดยผสมผสานจุดแข็งของข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อเพิ่มความลึกซึ้ง ความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย (Creswell & Clark, ๒๐๑๘) เพื่อศึกษากระบวนการและผลการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุภายใต้โครงการ “กิน อยู่ ดี” ของชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข โดยมุ่งเน้นการสะท้อนประสบการณ์จริงของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ตลอดจนวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค รวมถึงความต่อเนื่องและความยั่งยืนของการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในบริบทของชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative Method) และข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) โดยมีรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

๒.๑ พื้นที่ดำเนินการวิจัย

ชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

๒.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในพื้นที่ดำเนินการวิจัยมีจำนวนทั้งสิ้น ๔๓,๓๑๒ คน โดยเป็นประชากรผู้สูงอายุจำนวน ๘,๖๑๗ คน อาศัยอยู่ในพื้นที่จำนวน ๓ เขต ซึ่งแบ่งออกเป็น ๒๕ ชุมชน สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายเพื่อคัดเลือกชุมชนตัวแทนในแต่ละเขตพื้นที่จำนวน ๓ ชุมชน ได้แก่ ชุมชนบางแสนทาวเวอร์ ชุมชนมาบะยม และชุมชนสุขแสนเจริญ ๒ ซึ่งมีจำนวนประชากรรวมทั้งหมด ๒, ๓๐๓ คน

กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น ๗ กลุ่ม มีจำนวนทั้งหมด ๓๐๐ คน ประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน ๒๓๕ คน และการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวนทั้งสิ้น ๖๕ คน ได้แก่ ผู้นำชุมชน จำนวน ๖ คน ผู้ดูแลจำนวน ๖ คน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน ๑๕ คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน ๕ คน นักวิชาการจำนวน ๓ คน และประชาชนทั่วไปจำนวน ๓๐ คน เป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

๒.๓ การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane (๑๙๗๓) ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

โดยที่

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากรทั้งหมด

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (sampling error)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ระดับ ๐.๐๕ และคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรดังกล่าว ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ๒๓๕ คน

จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากพื้นที่ศึกษาทั้งหมด ๓ เขต ประกอบด้วย ๒๕ ชุมชน ใช้วิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster sampling) เพื่อคัดเลือกชุมชนตัวแทนเขตละ ๑ ชุมชน จากนั้นกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของจำนวนประชากรผู้สูงอายุในแต่ละชุมชน (Proportionate simple random sampling) และดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากรายชื่อผู้สูงอายุจากทะเบียนประชากรในแต่ละพื้นที่จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ ๒๓๕ คน

สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมุ่งคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรงและมีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่สะท้อนบริบทและกระบวนการดำเนินงานจริงในพื้นที่ศึกษา ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักวิชาการ และประชาชนทั่วไปในชุมชน รวมจำนวน ๖๕ คน โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีส่วนร่วมในโครงการ “กิน อยู่ ดี” ของชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข มีความรู้ ความเข้าใจ และมีความพร้อมในการให้ข้อมูล ผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม การกำหนดจำนวนผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพพิจารณาจากหลักการอิ่มตัวของข้อมูล (data saturation) กล่าวคือ เมื่อข้อมูลที่ได้รับมีความซ้ำซ้อนและไม่ปรากฏประเด็นใหม่เพิ่มเติม ผู้วิจัยจึงยุติการเก็บข้อมูล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการวิจัยเชิงคุณภาพที่มุ่งเน้นคุณภาพของข้อมูลมากกว่าปริมาณของกลุ่มตัวอย่าง และเน้นความหลากหลายของมุมมองจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในบริบทจริงของชุมชน (Creswell & Poth, ๒๐๑๘)

๒.๔ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ๒ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ในงานวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ๑) เครื่องอัดเสียง จำนวน ๓ เครื่อง และ ๒) คำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview guide) ซึ่งพัฒนาโดยทีมวิจัย เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) โดยเครื่องมือดังกล่าวถูกออกแบบขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ครอบคลุม ประเด็นสำคัญตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย เนื้อหาของแบบคำถามประกอบด้วยประเด็นหลักเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ กระบวนการดำเนินงานของโครงการ ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการดูแลในบริบทชุมชน ทั้งนี้ เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลผู้สูงอายุและการวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน ๓ ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน ๒ ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านผู้สูงอายุ จำนวน ๑ ท่าน เพื่อประเมินความเหมาะสม ความครอบคลุม และความสอดคล้องของคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย ก่อนนำไปปรับปรุงแก้ไขและนำไปใช้จริงในการเก็บข้อมูล

ส่วนที่ ๒ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน ๓ ชุด ดังนี้

๑. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อมูลพื้นฐานที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน เป็นต้น

๒. แบบประเมินชุมชนเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO, ๒๐๐๗) ประกอบด้วย ๘ ด้าน มีทั้งหมด ๔๘ ข้อ ดังนี้

๑) สิ่งแวดล้อมกายภาพ (Outdoor spaces and buildings) จำนวน ๖ ข้อ ประเมินเกี่ยวกับความสะดวก ปลอดภัย และการเข้าถึงพื้นที่สาธารณะ อาคาร ถนน ทางเดิน

๒) การคมนาคมและขนส่งสาธารณะ (Transportation) จำนวน ๖ ข้อ ประเมินเกี่ยวกับความปลอดภัย การเข้าถึง และความสะดวกของการเดินทาง

๓) ที่อยู่อาศัย (Housing) จำนวน ๖ ข้อ ประเมินเกี่ยวกับความมั่นคง ความปลอดภัยความสะดวก และสิ่งอำนวยความสะดวก

๔) การมีส่วนร่วมทางสังคม (Social participation) จำนวน ๖ ข้อ ประเมินเกี่ยวกับโอกาสและการเข้าถึงกิจกรรมทางสังคม วัฒนธรรม และนันทนาการ

๕) การเคารพและการยอมรับผู้สูงอายุ (Respect and social inclusion) จำนวน ๖ ข้อ ประเมินเกี่ยวกับการปฏิบัติอย่างให้เกียรติ การไม่เลือกปฏิบัติ และการสนับสนุนการมีส่วนร่วม

๖) การมีส่วนร่วมและโอกาสทางการจ้างงาน (Civic participation and employment) จำนวน ๖ ข้อ ประเมินเกี่ยวกับโอกาสการทำงาน บทบาทในชุมชน และการอาสาสมัคร

๗) การสื่อสารและข้อมูลข่าวสาร (Communication and information) จำนวน ๖ ข้อ การเข้าถึงข้อมูล ประเมินเกี่ยวกับการใช้สื่อ และความเข้าใจของข้อมูล

๘) บริการสนับสนุนชุมชนและบริการสุขภาพ (Community support and health services) จำนวน ๖ ข้อ ประเมินเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ การดูแลผู้สูงอายุ และบริการสนับสนุนอื่นๆ

๓. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ที่ดัดแปลงมาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) และปรับปรุงโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (๒๕๔๐) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ รวมทั้งหมด จำนวน ๒๖ ข้อ แบ่งออกเป็น ๔ องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านร่างกาย จำนวน ๗ ข้อ ด้านจิตใจ จำนวน ๖ ข้อ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม จำนวน ๓ ข้อ และด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน ๘ ข้อ สำหรับข้อ ๑ และข้อ ๒๖ เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม การให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า ๕ ระดับ ตั้งแต่ไม่เลยให้ ๑ คะแนนถึงมากที่สุดให้ ๕ คะแนน โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบ การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิต มีคะแนนตั้งแต่ ๒๖ – ๑๓๐ คะแนน เปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้ คะแนน ๒๖ – ๖๐ คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน ๖๑ – ๙๕ คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง คะแนน ๙๖ – ๑๓๐ คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สำหรับการแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตที่ดี
๑. ด้านสุขภาพกาย	๗ - ๑๖	๑๗ - ๒๖	๒๗ - ๓๕
๒. ด้านจิตใจ	๖ - ๑๔	๑๕ - ๒๒	๒๓ - ๓๐
๓. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	๓ - ๗	๘ - ๑๑	๑๒ - ๑๕
๔. ด้านสิ่งแวดล้อม	๘ - ๑๘	๑๙ - ๒๙	๓๐ - ๔๐
คุณภาพชีวิตโดยรวม	๒๖ - ๖๐	๖๑ - ๙๕	๙๖ - ๑๓๐

ที่มา: โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ ปี พ.ศ.๒๕๔๕

แบบสอบถามนี้ได้รับการนำไปใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างแพร่หลายในงานวิจัยทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ ขณะที่มีการนำไปใช้ในการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุไทยหลายพื้นที่พบการรายงานค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคอยู่ในช่วง ๐.๘๔-๐.๙๑ ซึ่งยืนยันถึงความเที่ยงตรงและความเหมาะสมของเครื่องมือในการใช้วัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบริบทสังคมไทย (สุวัฒน์มัทธินันต์รกุล และคณะ, ๒๕๔๐; สุภาภรณ์ ตันตินันตตระกูล จิรกุล ครอบสอน และ นางลักษณ์ วิชัยรัมย์, ๒๕๖๕)

๒.๕ การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย เลขที่ HS๐๔๓/๒๕๖๗ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยได้หากต้องการ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและใช้ข้อมูลเฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอโดยภาพรวม ซึ่งจะต้องได้รับความเห็นชอบจากกลุ่มตัวอย่าง การเข้าร่วมโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

๒.๖ การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

๑. ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขออนุญาตจากมหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อใช้เป็นเอกสารประกอบการขออนุญาตลงพื้นที่เก็บข้อมูลภาคสนาม จากนั้นยื่นหนังสือถึงนายกเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ในพื้นที่วิจัยเพื่อขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง

๒. เมื่อได้รับอนุญาตอย่างเป็นทางการแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบเจ้าหน้าที่เทศบาลเมืองแสนสุข ซึ่งเป็นผู้ประสานงานหลักในพื้นที่ เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย พร้อมทั้งประสานและนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักวิชาการ และประชาชนทั่วไป โดยกำหนดวัน เวลา และสถานที่ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล

๓. ผู้วิจัยลงพื้นที่ตามวันและสถานที่ที่นัดหมายไว้ ณ บ้านของผู้ให้ข้อมูลหรือศูนย์ส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข เพื่อดำเนินการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย โดยเริ่มจากการแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความเข้าใจและตัดสินใจเข้าร่วมโดยสมัครใจ

๔. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน ๒๓๕ คน โดยผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็นและสามารถอ่านทำความเข้าใจแบบสอบถามได้ จะเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการมองเห็น หรือไม่สามารถอ่านและตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามให้ฟังที่ละเอียดอย่างชัดเจน และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเป็นผู้เลือกคำตอบด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกคำตอบแทน เพื่อรักษาความถูกต้องของข้อมูลและลดความคลาดเคลื่อนจากการตีความ ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ ๓๐-๖๐ นาที ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ตอบ เช่น ระดับการรู้หนังสือ ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการมองเห็น การได้ยิน และการสื่อสาร โดยผู้วิจัยคำนึงถึงความเหมาะสมและความสะดวกของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นสำคัญ

๕. ภายหลังจากเก็บข้อมูลแบบสอบถาม ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลทันที หากพบว่ามีข้อคำถามที่เว้นว่างหรือข้อมูลไม่ชัดเจน จะอธิบายเพิ่มเติมและขอให้ผู้ตอบแก้ไขข้อมูลในขณะนั้น

๖. เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลครบตามจำนวนที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้ง จากนั้นดำเนินการเข้ารหัสข้อมูล (coding) และบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยต่อไป

๗. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เนื่องจากผู้วิจัยในฐานะเครื่องมือหลักของการวิจัย ได้เตรียมความพร้อมโดยเริ่มจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม แนวคิด และบริบทของพื้นที่เพื่อสร้างความเข้าใจในประเด็นวิจัยอย่างลึกซึ้ง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามวัน เวลา และสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ผู้วิจัยมีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลก่อนการสัมภาษณ์ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และได้ข้อมูลเชิงลึกที่แท้จริง จากนั้นเริ่มจากการเก็บข้อมูลพื้นฐานด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จากนั้นใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ด้วยภาษาที่ไม่เป็นทางการ ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยความจริงใจ ร่วมกับการแสดงออกที่สอดคล้องกับอารมณ์เรื่องราวของผู้ให้ข้อมูล ให้ความสำคัญและให้เกียรติ โดยระหว่างการสัมภาษณ์ไม่มีการขัดจังหวะผู้ให้ข้อมูล

๘. ทำการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) กับกลุ่มผู้นำชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และประชาชนทั่วไป โดยใช้เวลาในการสนทนากลุ่มครั้งละประมาณ ๖๐-๙๐ นาที และการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มนักวิชาการใช้เวลาคนละประมาณ ๔๕-๖๐ นาที ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม (moderator) โดยเริ่มจากการสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนา จากนั้นใช้คำถามปลายเปิดกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ พร้อมทั้งบริหารเวลาและควบคุมทิศทางสนทนาให้เป็นไปตามประเด็นที่ศึกษา โดยเปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียม และป้องกันการครอบงำของผู้เข้าร่วมบางราย ผู้วิจัยยังใช้ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ การซักถามเพิ่มเติม และการสรุปประเด็นสำคัญเป็นระยะ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ลึกซึ้ง และสะท้อนมุมมองของผู้เข้าร่วมอย่างแท้จริง

๙. ขณะทำการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนที่จะทำการบันทึกเสียงทุกครั้ง และภายหลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้บันทึกภาคสนาม (field notes) เพื่อเก็บรายละเอียดเกี่ยวกับบริบท พฤติกรรม และบรรยากาศระหว่างการเก็บข้อมูล

๑๐. ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งข้อมูลมีความอิ่มตัว (data saturation) กล่าวคือ ไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้นจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติม และข้อมูลที่ได้รับมีความซ้ำและเพียงพอต่อการอธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษา โดยมีผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพในครั้งนี้อยู่รวมทั้งสิ้น ๖๕ คน

๑๑. ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์เอกสาร (Documentary Analysis) จากรายงานและเอกสารการดำเนินงานของโครงการที่ผ่านมา เช่น โครงการ JICA และรายงานผลการดำเนินงานของเทศบาลในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อทำความเข้าใจรูปแบบการดำเนินงาน ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการพัฒนาในอนาคตอย่างเป็นระบบ โดยใช้แหล่งข้อมูลที่หลากหลาย ได้แก่ รายงานผลการดำเนินงานของโครงการ รวมถึงเอกสารที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ที่สะท้อนกระบวนการและผลลัพธ์ของการดำเนินงานในบริบทจริง

๒.๗ การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการแยกตามลักษณะของข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับรูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถามนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระดับคะแนนของชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Creswell & Clark, ๒๐๑๘)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มนำมาถอดเทปคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (verbatim transcription) จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงประเด็น (thematic analysis) โดยดำเนินการตามขั้นตอน ได้แก่ การอ่านข้อมูลซ้ำหลายครั้งเพื่อทำความเข้าใจภาพรวม การกำหนดรหัสข้อมูล (coding) การจัดกลุ่มรหัสเป็นประเด็นย่อย และการสังเคราะห์เป็นธีมหลักที่สะท้อนประสบการณ์ มุมมอง และกระบวนการดำเนินงานของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Creswell & Clark, ๒๐๑๘)

๒.๘ การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ (Trustworthiness)

เพื่อให้ข้อมูลเชิงคุณภาพมีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบตามเกณฑ์ของ Lincoln & Guba (๑๙๘๕) ประกอบด้วย ๔ ด้าน ได้แก่ credibility, dependability, confirmability และ transferability ดังนี้

๑. Credibility (ความน่าเชื่อถือของข้อมูล)

ผู้วิจัยใช้การเก็บข้อมูลจากหลายแหล่ง (data triangulation) ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักวิชาการ และประชาชนทั่วไป รวมทั้งใช้หลายวิธี ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม นอกจากนี้ ผู้วิจัยมีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลก่อนการ

สัมภาษณ์ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและได้ข้อมูลเชิงลึกที่แท้จริง มีการบันทึกเสียงและถอดเทปแบบคำต่อคำ และนำข้อมูลที่ไปตรวจสอบความถูกต้องร่วมกับทีมวิจัย (peer debriefing) รวมทั้งมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (member checking) ในกรณีที่มีประเด็นที่ต้องการความชัดเจนเพิ่มเติม

๒. Dependability (การพึ่งพากับเกณฑ์อื่นๆ)

เป็นการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยผู้วิจัยได้นำแนวคำถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และนำแนวคำถามไปทดลองใช้กับผู้ที่มีความคล้ายคลึงกับผู้ให้ข้อมูลจริงก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังมีการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงในขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีผู้ร่วมวิจัยร่วมตรวจสอบกระบวนการดำเนินการ เพื่อป้องกันการตีความที่คลาดเคลื่อนและเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

๓. Confirmability (ความสามารถในการยืนยันผล)

เป็นการตรวจสอบข้อมูลที่ได้ว่ามีความเป็นกลางและสามารถตรวจสอบย้อนกลับได้ ซึ่งในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบการยืนยันผล โดยในขณะสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้มีการทวนคำตอบของผู้ให้ข้อมูล เพื่อยืนยันความเข้าใจที่ถูกต้องซ้ำอีกครั้งและภายหลังจากการสรุปข้อมูล นอกจากนี้ ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยทีมวิจัยมากกว่าหนึ่งคน พร้อมทั้งนำข้อสรุปจากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสอบถามข้อมูลไปทำการยืนยันผลกับผู้ให้ข้อมูล (verbatim) จำนวน ๕ คน เพื่อสนับสนุนข้อค้นพบอย่างชัดเจน

๔. Transferability (การถ่ายโอนผลการวิจัย)

ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดบริบทของการศึกษาอย่างครบถ้วนและเป็นระบบ ได้แก่ การคัดเลือกประชากรและผู้ให้ข้อมูล ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล สถานที่ศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล กระบวนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ผู้อ่านสามารถทำความเข้าใจบริบทของการวิจัยอย่างลึกซึ้ง และพิจารณาความเหมาะสมในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นได้ นอกจากนี้ ก่อนการเผยแพร่ผลการวิจัย ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนของการรายงานตามแนวทาง Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) ของ Tong, Sainsbury และ Craig (๒๐๐๗) ซึ่งประกอบด้วยรายการตรวจสอบ ๓๒ ข้อ ครอบคลุม ๓ ด้าน ได้แก่ ทีมวิจัยและการสะท้อนตนเอง การออกแบบการวิจัย และการวิเคราะห์และการรายงานผล ทั้งนี้เพื่อให้การรายงานผลการวิจัยมีความชัดเจน โปร่งใส และสามารถตรวจสอบได้ตามมาตรฐานสากล

บทที่ ๓ ผลการวิจัย (Results)

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการของชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี โดยมุ่งวิเคราะห์ผลการดำเนินงานด้านนโยบาย สวัสดิการ บริการสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตลอดจนปัจจัยความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และความยั่งยืนของระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น ๓ ตอน ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้แก่ ๑) ระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการของชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข ๒) ความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุของชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข และ ๓) ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค ความต่อเนื่อง และความยั่งยืนของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตอนที่ ๑ ระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการของชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

๑. ข้อมูลทั่วไปของชุมชนในพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี

บริบทพื้นที่ชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ข้อมูลทั่วไปปีพ.ศ. ๒๕๖๗ เป็นพื้นที่ชายทะเลและภูเขา มีพื้นที่ทั้งหมด ๒๐.๓ ตารางกิโลเมตร มีจำนวน ๒๕ ชุมชน แบ่งพื้นที่การดูแลออกเป็น ๓ เขตพื้นที่สภาพเศรษฐกิจ รายได้ของครัวเรือนเฉลี่ย ๑๗, ๘๙๓ บาทต่อเดือน มีจำนวนครัวเรือน ๑๒,๕๐๓ ครัวเรือน มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น ๔๓,๓๐๒ คน เป็นผู้สูงอายุ จำนวน ๘,๖๑๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๙.๘๙ ของประชากรทั้งหมด แบ่งออกเป็น ๓ กลุ่ม คือ ๑) กลุ่มติดสังคม จำนวน ๕,๐๐๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๑๑ ๒) กลุ่มติดบ้าน จำนวน ๓,๔๐๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๙.๕๓ และ ๓) กลุ่มติดเตียง จำนวน ๒๐๒ .คน คิดเป็นร้อยละ ๒.๓๖ (ดังตารางที่ ๑ และภาพที่ ๗)

ตารางที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของ ๒๕ ชุมชนใน ๓ เขตพื้นที่ของเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี

พื้นที่เขต ๑					
ลำดับ	ชื่อชุมชน	ขนาดพื้นที่ (ตารางวา)	จำนวน ประชากร (คน)	จำนวน ครัวเรือน (หลัง)	รายได้เฉลี่ย/ปี (บาท/คน)
๑	ชุมชนมณีแก้ว	๓๐๔,๖๓๔	๔,๐๔๐	๑,๓๔๑	๒๑๗,๙๘๓.๔๓
๒	ชุมชนดอนบน	๑๓๕,๘๙๐	๒,๖๓๖	๗๒๑	๒๑๓,๒๑๘.๘๘
๓*	ชุมชนบางแสนทาวเวอร์	๖๒,๓๓๓	๙๐๑	๒๗๕	๑๙๒,๓๘๑.๘๙
๔	ชุมชนตาลล้อม ๑	๑๙๐,๘๘๗	๒,๕๔๗	๖๘๓	๑๙๔,๑๑๙.๘๕

พื้นที่เขต ๑					
ลำดับ	ชื่อชุมชน	ขนาดพื้นที่ (ตารางวา)	จำนวน ประชากร (คน)	จำนวน ครัวเรือน (หลัง)	รายได้เฉลี่ย/ปี (บาท/คน)
๕	ชุมชนตาลล้อม ๒	๑๖๖,๔๖๔	๒,๓๖๘	๖๐๙	๑๖๙,๒๕๓.๒๕
๖	ชุมชนบ้านเหมือง	๒๐๑,๖๖๐	๒,๒๓๔	๔๔๑	๑๕๓,๘๖๙.๗๒
๗	ชุมชนพัฒนา ๒	๒๑๑,๓๐๙	๑,๓๗๕	๓๕๓	๑๗๗,๐๒๒.๒๖
๘	ชุมชนดอนนารา	๓๒๓.๘๘	๑,๐๔๓	๓๑๘	๒๑๗,๒๙๑.๗๘
รวม		๑,๒๗๓,๕๐๑	๑๗,๑๔๔	๔,๗๔๑	๑,๕๓๕,๑๔๑.๐๖
พื้นที่เขต ๒					
ลำดับ	ชื่อชุมชน	ขนาดพื้นที่ (ตารางวา)	จำนวน ประชากร (คน)	จำนวน ครัวเรือน (หลัง)	รายได้เฉลี่ย/ปี (บาท/คน)
๑	ชุมชนหาดวอนนภา	๖๒๐,๐๐๘	๑,๑๒๑	๑,๑๒๑	๑๘๙,๙๐๕.๘๖
๒	ชุมชนท้ายตลาด	๖๖,๘๐๙	๑,๕๒๑	๓๗๔	๑๓๓,๗๔๖
๓	ชุมชนร่วมใจพัฒนา	๑๒๖,๖๙๖	๑,๓๑๗	๒๗๙	๓๙๒,๔๘๒.๓๕
๔	ชุมชนแสนสุข	๕๔,๔๓๙	๑,๒๕๘	๓๕๖	๒๑๒,๓๕๕.๒๖
๕	ชุมชนวัดกลางดอน	๕๘,๒๓๔	๘๑๘	๒๐๘	๒๙๔,๔๘๒.๑๗
๖*	ชุมชนมาบมะยม	๖๒,๐๘๓	๗๘๓	๒๐๗	๒๐๐,๔๗๓.๖๘
๗	ชุมชนบางแสนบน	๔๑๒,๐๙๑	๒,๔๖๒	๕๘๒	๓๒๖,๔๕๔.๙๖
รวม		๑,๕๐๐,๓๖๐	๙,๒๘๐	๓,๑๒๗	๑,๗๔๙,๙๐๐.๒๘
พื้นที่เขต ๓					
ลำดับ	ชื่อชุมชน	ขนาดพื้นที่ (ตารางวา)	จำนวน ประชากร (คน)	จำนวน ครัวเรือน (หลัง)	รายได้เฉลี่ย/ปี (บาท/คน)
๑	ชุมชนบางเป้ง	๔๖๔,๕๔๖	๔,๐๙๙	๑,๓๗๔	๒๒๒,๖๘๗.๒๑
๒	ชุมชนหน้ามอ	๘๑,๕๑๕	๑,๐๕๘	๒๙๔	๒๘๓,๗๙๙.๖๗
๓	ชุมชนโชคดี	๗๕,๖๘๒	๘๓๕	๒๖๖	๓๑๓,๙๗๔.๗๒

พื้นที่เขต ๓					
ลำดับ	ชื่อชุมชน	ขนาดพื้นที่ (ตารางวา)	จำนวน ประชากร (คน)	จำนวน ครัวเรือน (หลัง)	รายได้เฉลี่ย/ปี (บาท/คน)
๔	ชุมชนสมใจนึก	๘๔,๕๔๘	๒,๑๐๔	๕๓๒	๑๗๕,๙๖๙.๓๑
๕	ชุมชนหน้าเทศบาล	๖๑,๘๖๗	๑,๔๒๐	๓๔๗	๑๘๕,๙๕๐
๖	ชุมชนวัดแสนสุข	๖๑๔,๘๙๐	๓,๑๖๙	๘๘๐	๑๗๔,๒๘๒.๓๗
๗	ชุมชนมุขแสนเจริญ ๑	๔๒,๔๑๑	๑,๔๘๖	๓๔๐	๑๔๓,๐๖๕.๖๖
๘*	ชุมชนมุขแสนเจริญ ๒	๑๐๙,๖๘๘	๖๑๙	๑๘๓	๑๔๙,๔๑๔.๖๓
๙	ชุมชนเขาสามมุข	๒๕๑,๑๗๙	๗๘๑	๑๘๕	๑๓๕,๕๒๕
๑๐	ชุมชนบ้านแหลมแท่น	๒๖๗,๔๓๘	๑,๓๐๗	๒๓๔	๒๙๘,๓๐๓.๐๗
รวม		๒,๐๕๓,๗๖๔	๑๖,๘๗๘	๔,๖๓๕	๒,๐๘๒,๙๗๑.๖๔
รวมจำนวนประชากรทั้งหมด		๒,๗๘๓,๕๔๙	๔๓,๓๐๒	๑๒,๕๐๓	๒๑๔,๗๒๐

หมายเหตุ * พื้นที่ชุมชนที่ทำการศึกษาวิจัยนำร่อง

แผนภาพที่ ๗ ภาพรวมเชิงเปรียบเทียบ ๓ เขตพื้นที่ในเทศบาลเมืองแสนสุข



๒. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

จากผลการสำรวจข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข จำนวน ๒๓๕ คน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มีรายละเอียด ดังนี้ (ดังตารางที่ ๒)

ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๒๓๕ คน มีอายุเฉลี่ย ๗๐.๕๒ ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ ๖๐-๖๙ ปี) ร้อยละ ๔๖.๘ มากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ ๖๘.๙ สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ ๔๘.๙ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ ๖๒.๕ และเกือบทุกคนที่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ ๙๙.๖ ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ ๔๗.๒ ยังคงมีรายได้หลักมาจากการรับเบี้ยยังชีพ ร้อยละ ๘๔.๓ รองลงมาคือ จากการทำงาน ร้อยละ ๒๙.๔ และจากบุตรหลานให้ ร้อยละ ๒๔.๓ ตามลำดับ โดยมีรายได้เฉลี่ยเดือนละ ๕,๒๓๙ บาท ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวอย่างน้อยคนละ ๑-๒ โรค โรคที่พบมาก ๓ ลำดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๕๑.๙ โรคเบาหวาน ร้อยละ ๒๗.๔ และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ ๑๕.๓ ผู้สูงอายุเกินครึ่งมีค่าดัชนีมวลกายเกินและอ้วน ร้อยละ ๕๙.๑ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๔๖.๔ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ ๙๕.๗ อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ ๖๑.๓ และมีผู้ดูแล ร้อยละ ๘๓.๐ ส่วนใหญ่เป็นบุตรหลานและคู่สมรส ร้อยละ ๕๗ และ ๑๗.๙ ตามลำดับ ในขณะที่เดียวกันผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง ร้อยละ ๑๔.๙ และไม่มีผู้ดูแลมากถึง ร้อยละ ๑๖.๒ ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วมชมรมหรือทำจิตอาสา ร้อยละ ๘๖.๘ และ ร้อยละ ๗๐.๒ ตามลำดับ (ดังตารางที่ ๒ และภาพที่ ตารางที่ ๘)

ตารางที่ ๒ แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง (N=๒๓๕ คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
๑. อายุ (ปี) (M=๗๐.๕๒, SD=๗.๑๔)		
๖๐-๖๙ ปี	๑๑๐	๔๖.๘
๗๐-๗๙ ปี	๙๒	๓๙.๒
≥ ๘๐ ปี	๓๓	๑๔.๐
๒. เพศ		
หญิง	๑๖๒	๖๘.๙
ชาย	๗๓	๓๑.๑
๓. สถานภาพสมรส		
โสด	๔๑	๑๗.๕
สมรสคู่	๑๑๕	๔๘.๙
หย่า/แยก/หม้าย	๗๙	๓๓.๖

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
๔. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	๑๖	๖.๘
ประถมศึกษา	๑๕๑	๖๔.๓
มัธยมศึกษา/ปวช.	๓๖	๑๕.๓
ปวส./อนุปริญญา	๘	๓.๔
ปริญญาตรีขึ้นไป	๒๔	๑๐.๒
๕. ศาสนา		
พุทธ	๒๓๔	๙๙.๖
ไม่มีศาสนา	๑	๐.๔
๖. ประกอบอาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	๑๑๑	๔๗.๒
ค้าขาย	๔๑	๑๗.๔
ข้าราชการบำนาญ	๒๕	๑๐.๖
รับจ้างทั่วไป	๕๓	๒๒.๖
อื่นๆ	๕	๒.๒
๗. รายได้ (บาท/เดือน) (M=๕,๒๓๙, SD=๗.๑๔)		
≤ ๓,๐๐๐ บาท/เดือน	๑๗๘	๗๕.๗
๓,๐๐๑-๔,๙๙๙ บาท/เดือน	๓๑	๑๓.๒
๕,๐๐๐-๑๐,๐๐๐ บาท/เดือน	๒๖	๑๑.๑
๘. โรคประจำตัว		
โรคความดันโลหิตสูง	๑๒๒	๕๑.๙
โรคเบาหวาน	๕๘	๒๔.๗
โรคไขมันในเลือดสูง	๓๖	๑๕.๓
โรคหัวใจ	๒๒	๙.๔
โรคข้อเข่าเสื่อม	๒๒	๙.๔
กระดูกพรุน	๕	๒.๑
โรคหลอดเลือดสมอง	๙	๓.๘
โรคมะเร็ง	๕	๒.๑
ต่อมลูกหมากโต	๔	๑.๗
โรคไต	๘	๓.๔

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อื่นๆ	๑๕	๕.๗
๙. ดัชนีมวลกาย (BMI) (X=๒๔.๒๘, SD=๔.๖๒)		
น้ำหนักน้อย	๑๗	๗.๒
น้ำหนักปกติ	๗๙	๓๓.๖
น้ำหนักเกิน	๔๑	๑๗.๕
อ้วนระดับ ๑	๗๔	๓๑.๕
อ้วนระดับ ๒	๒๔	๑๐.๒
๑๐. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		
กลุ่มติดเตียง (ADL อยู่ช่วง ๐- ๔ คะแนน)	๖	๒.๖
กลุ่มติดบ้าน (ADL อยู่ช่วง ๕ - ๑๑ คะแนน)	๔	๑.๗
กลุ่มติดสังคม (ADL \geq ๑๒ คะแนน)	๒๒๕	๙๕.๗
๑๑. การรับรู้ภาวะสุขภาพ		
ดี	๖๘	๒๙.๐
ปานกลาง	๑๐๙	๔๖.๔
ไม่ดี	๕๘	๒๔.๖
๑๒. การอยู่อาศัย		
พ่อแม่/ญาติพี่น้อง	๑๐	๔.๒
คู่สมรส	๔๖	๑๙.๖
บุตรหลาน	๑๔๔	๖๑.๓
อยู่คนเดียว	๓๕	๑๔.๙
๑๓. ผู้ดูแล		
มีผู้ดูแล	๑๙๗	๘๓.๘
ไม่มีผู้ดูแล	๓๘	๑๖.๒
๑๔. การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ		
เข้าร่วม	๓๙	๑๖.๖
ไม่เข้าร่วม	๑๙๖	๘๓.๔

๘) ได้รับการจัดสรรเงินทุนเพื่อการประกอบอาชีพที่เหมาะสม เทศบาลเมืองแสนสุขไม่ได้ดำเนินการจัดตั้งกองทุนเพื่อการประกอบอาชีพ แต่มีการจัดโครงการส่งเสริมและพัฒนากลุ่มอาชีพเพื่อส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนารวมกลุ่มอาชีพ งบประมาณ ๓๕,๐๐๐ บาท

๙) ศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินเกี่ยวกับผู้สูงอายุในชุมชน ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุด้วย smart technology จะได้รับเครื่องมือที่เรียกว่าเหตุฉุกเฉิน (smart device) กรณีเกิดเหตุฉุกเฉินและมีการกดเรียก ระบบจะ link ไปที่ศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน โดยงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เทศบาลเมืองแสนสุขจะเป็นผู้รับดำเนินการเพื่อส่งต่อผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุไปยังสถานบริการทางสาธารณสุข/โรงพยาบาลใกล้เคียง

๓.๒ การจัดสวัสดิการบริการสังคม

เทศบาลเมืองแสนสุขได้ดำเนินการจัดสวัสดิการสังคมที่สอดคล้องครอบคลุมทั้งหมด ๕ ด้าน ได้แก่ ๑) ด้านสุขภาพอนามัย ๒) ด้านการศึกษา ๓) ด้านบริการสังคมและนันทนาการ ๔) ด้านที่อยู่อาศัย และ ๕) ด้านการทำงานและมีรายได้ โดยทางเทศบาลฯ ได้จัดสรรงบประมาณมากกว่า ๒,๙๙๕,๐๐๐ บาท เพื่อส่งเสริมการจัดโครงการให้กับผู้สูงอายุจำนวนทั้งหมด ๑๐ โครงการ โดยมีรายละเอียดของการดำเนินโครงการต่างๆ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ดังนี้ (ดังตารางที่ ๓)

ตารางที่ ๓ รายละเอียดโครงการสนับสนุนงบประมาณด้านการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๗

ลำดับที่	ชื่อโครงการ	วัตถุประสงค์	งบประมาณ
๑	โครงการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	เพื่อเป็นสวัสดิการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพให้กับผู้สูงอายุ	๖๗,๐๐๐,๐๐๐
๒	โครงการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเทศบาลเมืองแสนสุข (ด้านสุขภาพอนามัย)	เพื่อจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินบริการประชาชนและนักท่องเที่ยวในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข	๒,๐๐๐,๐๐๐
๓	โครงการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุด้วย smart technology	เพื่อจัดให้มีระบบบริการสุขภาพด้วยเทคโนโลยีแก่ผู้สูงอายุเมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนต้องการความช่วยเหลือให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างรวดเร็ว ลดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิต	๒,๐๐๐,๐๐๐
๔	โครงการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ	เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการอบรมให้ความรู้ พัฒนาศักยภาพและความคิดสามารถนำเอาความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	๔๐๐,๐๐๐

ลำดับที่	ชื่อโครงการ	วัตถุประสงค์	งบประมาณ
๕	โครงการโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลเมืองแสนสุข	เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการจัดการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ	๓๐๐,๐๐๐
๖	โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม	๙๕,๐๐๐
๗	โครงการผู้สูงวัยใส่ใจดูแลข้อ	เพื่อคัดกรองประเมินปัญหาทางด้านสุขภาพของระบบข้อต่อกระดูกและกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุและเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีปัญหาในระบบข้อต่อให้มีสมรรถภาพทางกายเพิ่มขึ้น สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้มากขึ้น	๑๐๐,๐๐๐
๘	โครงการส่งเสริมฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุและผู้พิการทางด้านกายภาพบำบัด	เพื่อส่งเสริม ฟื้นฟู และพัฒนา ศักยภาพของผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยการกายภาพบำบัด เพื่อให้มีสมรรถภาพทางกายที่ดีขึ้น ลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น	๑๐๐,๐๐๐
๙	โครงการการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานภายใต้ความร่วมมือของสหวิชาชีพ	เพื่อพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพด้านเทคนิคการดูแลผู้สูงอายุจากผู้เชี่ยวชาญอย่างเป็นระบบเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลด้วยเทคนิคที่เหมาะสมโดยสหวิชาชีพเพื่อชะลอการป่วยติดเตียงและภาวะพึ่งพิง	JICA สนับสนุน
๑๐	โครงการก่อสร้างหรือปรับปรุงซ่อมแซมที่อยู่อาศัยให้กับผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการและผู้สูงอายุ	เพื่อสนับสนุนงบประมาณในการก่อสร้างหรือปรับปรุง ซ่อมแซมที่อยู่อาศัยให้กับ ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการและผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข	๓๐,๐๐๐

๔. การดำเนินการด้านการส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

เทศบาลเมืองแสนสุขมีการดำเนินงานปรับสภาพแวดล้อมภายในชุมชน และโครงสร้างพื้นฐานเดิมให้เหมาะสมและเอื้อต่อการมีสุขภาพดี สร้างเสริมให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถเข้าถึงบริการทางสังคม และบริการทางสุขภาพอย่างทั่วถึง โดยดำเนินการ ตามหลักการองค์ประกอบเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ซึ่งได้กำหนดองค์ประกอบเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุไว้ ๘ องค์ประกอบ ดังนี้ (ดังภาพที่ ๙)

องค์ประกอบที่ ๑ อาคารสถานที่และบริเวณภายนอก (Outdoor Spaces and Buildings) สิ่งปลูกสร้างและพื้นที่สาธารณะในชุมชนที่เหมาะสมกับการใช้งานของผู้สูงอายุยังมีไม่เพียงพอและไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยเฉพาะสถานที่ที่ผู้สูงอายุใช้เป็นประจำ เช่น วัด หรือสถานที่ชุมชนอื่น ๆ จำเป็นต้องปรับปรุงให้มีความปลอดภัยต่อการสัญจรและการใช้งานของผู้สูงอายุ เพิ่มสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการพักผ่อนและทำกิจกรรม เช่น พื้นที่ร่ม ทางเดินที่เรียบและปลอดภัย รวมถึงการติดตั้งป้ายและสัญลักษณ์ที่ชัดเจน เพื่อเอื้อต่อการใช้พื้นที่ได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

องค์ประกอบที่ ๒ ระบบขนส่งและการสัญจร (Transportation) ชุมชนมีขนาดขนาดใหญ่ และเป็นแหล่งท่องเที่ยว มีบริการขนส่งสาธารณะถนนสายหลัก การเดินทางของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องอาศัยบุตรหลานขับรถส่วนตัวพาไป บริการขนส่งสาธารณะมีจำกัด ในกรณีฉุกเฉินมีโรงพยาบาลให้บริการ แต่ยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึง จึงควรพัฒนาระบบขนส่งที่สะดวก ปลอดภัย และเหมาะสมกับผู้สูงอายุ รวมถึงจัดให้มีบริการขนส่งเฉพาะกิจสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ

องค์ประกอบที่ ๓ ที่อยู่อาศัย (Housing) สภาพที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุส่วนหนึ่งยังไม่ตอบสนองต่อความปลอดภัยและความสะดวกสบาย จำเป็นต้องปรับปรุงโครงสร้างภายในบ้านให้เหมาะสม เช่น การติดตั้งราวจับ พื้นกันลื่น ห้องน้ำและทางเดินที่ปลอดภัย ตลอดจนการสนับสนุนงบประมาณเพื่อซ่อมแซม ปรับปรุง หรือตัดแปลงที่อยู่อาศัยให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ควรมีการออกแบบที่คำนึงถึงการใช้งานในระยะยาวและความเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ

องค์ประกอบที่ ๔ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Social Participation) ในชุมชนมีทุนเดิมได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เป็นประจำทุกเดือนในกลุ่มผู้สูงอายุที่ให้ความสนใจเข้าร่วม ดังนั้นควรมีการกระตุ้นและจัดกิจกรรมที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุทุกคนให้ครบวงจร มีกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การอบรม การออกกำลังกาย หรือการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม เพื่อเพิ่มความมีส่วนร่วมและส่งเสริมสุขภาพ

องค์ประกอบที่ ๕ การให้ความเคารพและการยอมรับ (Respect and social inclusion) ในชุมชนมีการจัดกิจกรรมมอบประโยชน์ให้แก่ผู้สูงอายุผ่านสื่อมวลชน และจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ต้องการการยอมรับในกิจกรรมของชุมชนและสังคม เช่น การจัดงานประเพณี การกีฬา และการฝึกอบรมทักษะใหม่ ๆ

องค์ประกอบที่ ๖ การมีส่วนร่วมในชุมชนและการจ้างงาน (Civic participation and employment) ผู้สูงอายุสามารถมีบทบาทในการถ่ายทอดความรู้และทักษะให้แก่ชุมชน อาทิ การเป็นวิทยากรท้องถิ่น หรือผู้ช่วยงานในโครงการต่าง ๆ ของชุมชน เพื่อสร้างคุณค่าและส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง

องค์ประกอบที่ ๗ การสื่อสารและการให้ข้อมูล (Communication and information) การสื่อสารข้อมูลที่เป็นสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะข้อมูลด้านสุขภาพและสวัสดิการ ควรมีช่องทางที่ชัดเจนและเข้าถึงง่าย เช่น การประชาสัมพันธ์ผ่านวิทยุชุมชน เสียงตามสาย หรือสื่อดิจิทัล เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลครบถ้วน ผู้สูงอายุต้องการการจัดการกิจกรรมการให้ความรู้ในด้านสวัสดิการและข้อมูลสุขภาพสำหรับผู้ดูแลและผู้สูงอายุ และสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องก็ยังมีปัญหาด้านองค์ความรู้จึงต้องพัฒนาบุคลากรท้องถิ่นให้มีความรู้เพิ่มเติม

องค์ประกอบที่ ๘ การบริการชุมชนและบริการด้านสุขภาพ (Community support and health services) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ โดยดำเนินงานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน และการฟื้นฟูสมรรถภาพ กลุ่มผู้สูงอายุที่

อาศัยอยู่เพียงลำพังหรือมีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลทั้งในระยะยาว (Long-term care) และระยะสั้น ตามแผนการรักษาที่เหมาะสม โดยมีการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามและประเมินสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ภาพที่ ๙ การดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

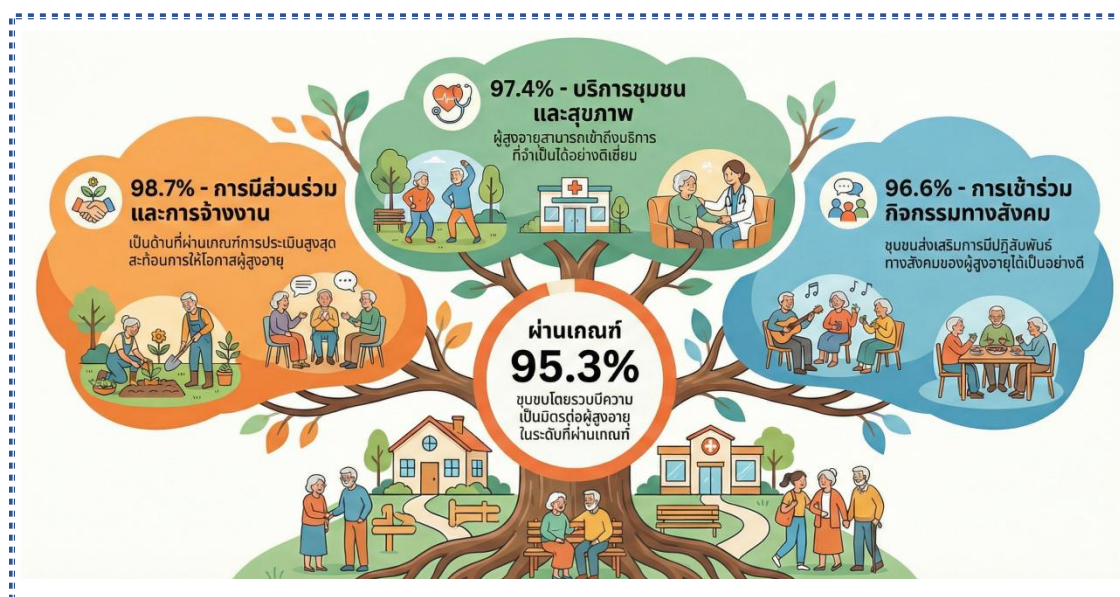


จากผลการสำรวจด้านสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยภาพรวมผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๙๕.๓ (M= ๕๒.๔๖, SD=๗.๘๖) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ๓ ลำดับแรกที่ผ่านตามเกณฑ์การประเมินชุมชนเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุมากที่สุด ได้แก่ องค์ประกอบที่ ๖ การมีส่วนร่วมในสถานะพลเมืองและการจ้างงาน ผ่านเกณฑ์สูงสุด ร้อยละ ๙๘.๗ รองลงมา คือ องค์ประกอบที่ ๘ การบริการชุมชนและการบริการสุขภาพ ร้อยละ ๙๗.๔ และองค์ประกอบที่ ๔ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ร้อยละ ๙๖.๖ ตามลำดับ สรุปได้ว่า ชุมชนในภาพรวมมีความเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในระดับที่ผ่านเกณฑ์เกือบทุกด้าน โดยเฉพาะด้านอาคารสถานที่ภายนอกมีคะแนนสูงสุด และทุกด้านมีร้อยละการผ่านเกณฑ์มากกว่า ๘๐% ขึ้นไป แสดงให้เห็นถึงศักยภาพชุมชนในการสนับสนุนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม (ดังตารางที่ ๔ และภาพที่ ๑๐)

ตารางที่ ๔ แสดงร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของชุมชนเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (n=๒๓๕ คน)

ชุมชนเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ	ค่าเฉลี่ย (M)	SD	พิจารณาตามเกณฑ์	
			ผ่าน (%)	ไม่ผ่าน (%)
ชุมชนเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในภาพรวม	๕๒.๔๖	๗.๘๖	๙๕.๓	๔.๗
องค์ประกอบที่ ๑ อาคารสถานที่และบริเวณภายนอก	๙.๕๗	๒.๐๘	๙๔.๐	๖.๐
องค์ประกอบที่ ๒ ระบบขนส่งและยานพาหนะ	๘.๒๖	๒.๓๒	๘๐.๔	๑๙.๖
องค์ประกอบที่ ๓ ที่อยู่อาศัย	๖.๗๕	๑.๕๘	๙๕.๗	๔.๓
องค์ประกอบที่ ๔ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	๕.๔๓	๑.๓๒	๙๖.๖	๓.๔
องค์ประกอบที่ ๕ การให้ความเคารพและการยอมรับ	๖.๒๓	๑.๓๑	๙๔.๐	๖.๐
องค์ประกอบที่ ๖ การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน	๔.๙๕	๐.๘๘	๙๘.๗	๑.๓
องค์ประกอบที่ ๗ การสื่อสารและการให้ข้อมูล	๖.๔๐	๑.๓๔	๙๔.๐	๖.๐
องค์ประกอบที่ ๘ การบริการชุมชนและการบริการสุขภาพ	๔.๘๗	๐.๙๐	๙๗.๔	๒.๖

ภาพที่ ๑๐ สรุปภาพรวมผลการสำรวจชุมชนเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุของเทศบาลเมืองแสนสุข



๕. เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรีเป็นต้นแบบเมืองสุขภาพดี

กรมอนามัยได้ดำเนินการกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพในทุกกลุ่มวัย โดยมุ่งเน้นการสร้างความรู้ด้านสุขภาพและการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง ผ่านความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อยกระดับพื้นที่สู่การเป็น “เมืองสุขภาพดี” ซึ่งประชาชนสามารถเข้าถึงบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีคุณภาพและมาตรฐาน อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี พร้อมทั้งได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพอย่างครอบคลุมทุกกลุ่มวัย การขับเคลื่อนดังกล่าวอยู่ภายใต้กรอบแนวคิด ๓ องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ๑) Healthy Environments: การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ๒) Healthy Settings: การพัฒนาและใช้สถานที่ที่เอื้อต่อสุขภาพ และ ๓) Healthy People: การเสริมสร้างความรอบรู้และสุขภาพของประชาชน

เนื่องด้วยเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี มีผลการดำเนินงานเป็นไปตามกรอบแนวคิดนี้ได้ส่งผลให้พื้นที่ได้รับการประเมินและรับรองให้เป็น “เมืองท่องเที่ยวที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี” ระดับทอง ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ และจากการสานต่อกิจกรรมและมาตรการด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ กรมอนามัยได้ยกย่องให้เทศบาลเมืองแสนสุขเป็นต้นแบบเมืองสุขภาพดีที่มีผลงานโดดเด่นเป็นที่ประจักษ์ในระดับประเทศ ซึ่งความสำเร็จในการพัฒนาเทศบาลเมืองแสนสุขให้เป็นเมืองสุขภาพดีดังกล่าวนี้ เกิดจากการดำเนินงานอย่างเข้มแข็งของผู้บริหารระดับท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงความร่วมมืออย่างใกล้ชิดจากผู้ประกอบการและประชาชนในพื้นที่ การดำเนินงานครอบคลุมหลายองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่

๑. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมและอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ท่องเที่ยว มีการกำหนดมาตรการเพื่อยกระดับคุณภาพสถานประกอบการ เช่น การกำกับติดตามดูแลร้านค้าให้ดำเนินกิจการสอดคล้องกับกฎหมาย การแต่งกายและการรักษาความสะอาดตามหลักสุขาภิบาล การจัดการขยะอย่างมีระบบ รวมถึงการคัดแยกขยะและดูแลความสะอาดของสิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาล (HAS)

๒. ระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมและการควบคุมมาตรฐานสุขลักษณะของสถานประกอบการ ครอบคลุมโรงแรม ร้านอาหาร ตลาด และแหล่งท่องเที่ยว โดยมีการตรวจสอบคุณภาพน้ำบริโภคอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมาตรการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ เช่น การจัดการชายหาดปลอดพืชม ขยะชายหาดปลอดบุหรี่ การรณรงค์คัดแยกขยะ และการลดการใช้พลาสติกแบบใช้ครั้งเดียว (Single-use plastics) การดำเนินงานอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องดังกล่าว มีส่วนสำคัญในการสร้างภาพลักษณ์เชิงบวกและสร้างความมั่นใจแก่นักท่องเที่ยว ทั้งในด้านความสะอาด ความปลอดภัย และความยั่งยืนของสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ ในการนี้ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ได้ดำเนินมาตรการส่งเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมหลายด้าน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนและรองรับการเป็นเมืองสุขภาพดี (Healthy City) ภายใต้กรอบความร่วมมือกับกรมอนามัย การดำเนินงานที่สำคัญประกอบด้วย

๓. การพัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ จัดให้มีสวัสดิการสาธารณะมีสถานที่สำหรับการออกกำลังกาย เช่น สวนสาธารณะ สนามกีฬา และกิจกรรมท่องเที่ยวเชิงกีฬา (Sport Tourism) รวมถึงการจัดกิจกรรมวิ่งมาราธอนเพื่อกระตุ้นการออกกำลังกายในชุมชน เป็นต้น

ความสำเร็จในการเป็นเมืองสุขภาพดีเกิดจากการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและบูรณาการหลายมิติมาเป็นเวลายาวนานกว่าศตวรรษ ภายใต้นโยบายการดูแลสุขภาพประชาชนทุกช่วงวัย โดยเฉพาะการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งในปัจจุบันเทศบาลเมืองแสนสุขมีจำนวนประชากรที่เป็น

คนท้องถิ่น ประมาณ ๔๐๐,๐๐๐ -๕๐๐,๐๐๐ คน ในขณะที่มีจำนวนประชากรแฝงและนักท่องเที่ยวมากกว่า ๑ ล้านคนต่อปี (กรมอนามัย, ๒๕๖๖) จากการพัฒนาเมืองสุขภาพดีของเทศบาลเมืองแสนสุข โดยยึดกรอบแนวคิด ๓ องค์ประกอบ ได้แก่ Healthy Environments, Healthy Settings และ Healthy People ส่งผลให้ประชาชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม

จากผลการสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = ๙๔.๖๔$, $SD = ๑๔.๑๒$) เมื่อนำคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมาจำแนกออกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับดี ๓ ด้าน โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในด้านสิ่งแวดล้อม ($M = ๓๐.๔$, $SD = ๔.๙๔$) รองลงมาคือ ด้านร่างกาย ($M = ๒๔.๖๙$, $SD = ๓.๘๐$) และด้านจิตใจ ($M = ๒๓.๑๓$, $SD = ๓.๐๐$) ตามลำดับ (ดังตารางที่ ๕)

ตารางที่ ๕ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($n = ๒๓๕$ คน)

ระดับคุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย (M)	SD	แปลผล
คุณภาพชีวิตโดยรวม	๙๔.๖๔	๑๔.๑๒	ระดับปานกลาง
ด้านร่างกาย	๒๔.๖๙	๓.๘๐	ระดับดี
ด้านจิตใจ	๒๓.๑๓	๓.๐๐	ระดับดี
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	๑๐.๑๙	๒.๑๗	ระดับปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	๓๐.๔๙	๔.๙๔	ระดับดี

๖. ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างยั่งยืน

๖.๑ การใช้เทคโนโลยีเพื่อการดูแลผู้สูงอายุและความปลอดภัยของประชาชน โดยจัดทำระบบฐานข้อมูล การเชื่อมโยงและวิเคราะห์ข้อมูลผ่านแอปพลิเคชัน “Saensuk Smart Living” ซึ่งทำหน้าที่เป็นเทคโนโลยีเพื่อสังคมผู้สูงอายุ โดยมีศูนย์พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางการบริหารจัดการด้านการดูแลผู้สูงอายุและระบบการสื่อสารแจ้งเตือนภัย (Warning System)

๖.๒ เทศบาลเมืองแสนสุขมีการจัดสรรสวัสดิการผู้สูงอายุ เปิดพื้นที่ให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกัน และสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม นอกจากนี้ ยังมีการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกพื้นที่ เช่น แพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัด ช่างผม เกษัชกร และอาสาสมัคร ซึ่งร่วมกันขับเคลื่อนการพัฒนาเมืองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและเป็นที่ยึดจุดของทั้งผู้ที่อยู่อาศัยและนักท่องเที่ยว สิ่งเหล่านี้สะท้อนถึงความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างยั่งยืน

๖.๓ เทศบาลเมืองแสนสุข ยังได้พัฒนานวัตกรรมด้านเทคโนโลยีเพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยนำระบบ Smart Safety ซึ่งเป็นอุปกรณ์ติดตามพิกัด (Anywhere Safety) ขนาดกะทัดรัด มีระบบเสียงควบคุมภาษาไทย และปุ่มสัญญาณขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน เมื่อผู้สูงอายุ

ใช้งานปุ่มดังกล่าว ข้อมูลจะถูกส่งไปยังศูนย์ประสานงานของเทศบาลเมืองแสนสุข เพื่อประสานการช่วยเหลือและส่งต่อไปยังโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาภายใน ๑๐ นาที ตามมาตรฐานการบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน จากการดำเนินงาน พบว่า เทคโนโลยีนี้ช่วยให้สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่าง ทันทีทันที่ เช่น การช่วยชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจเฉียบพลัน ปัจจุบันมีผู้สูงอายุจำนวน ๓๐๐ ราย ได้ทำการ ลงทะเบียนรับอุปกรณ์ดังกล่าว ครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุที่พักอาศัยเพียงลำพัง หรือกลุ่มที่ต้องการการดูแลด้านสุขภาพอย่างใกล้ชิด โดยเปิดโอกาสให้ลงทะเบียนได้ตลอดปี

๖.๔ เทศบาลฯ ได้นำระบบ Smart Health มาใช้ในการติดตามและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุถึงที่ บ้าน ประกอบด้วยอุปกรณ์ตรวจวัดและประเมินสุขภาพ เช่น เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว เครื่องวัด อุณหภูมิ และแท็บเล็ตสำหรับบันทึกและส่งข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมอบให้กับอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับ คำแนะนำด้านสุขภาพ ซึ่งผู้สูงอายุสามารถสื่อสารกับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของเทศบาล ได้ทันทีในขณะที่ตรวจเยี่ยม การดำเนินงานดังกล่าวเป็นตัวอย่างของการบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลเข้า กับการจัดบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน เพื่อยกระดับความปลอดภัย คุณภาพชีวิต และการเข้าถึง บริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

๖.๕ เทศบาลเมืองแสนสุขได้รับการสนับสนุนจากกองทุนขององค์การความร่วมมือระหว่าง ประเทศแห่งญี่ปุ่น (Japan International Cooperation Agency: JICA) มาต่อเนื่องเป็นระยะเวลา ๘ ปี ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ถึง พ.ศ. ๒๕๖๗ โดยโครงการดังกล่าวมุ่งเน้นการพัฒนาการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุในชุมชน ภายใต้กรอบความร่วมมือระหว่างประเทศ ซึ่งตลอดระยะเวลาที่ดำเนินโครงการฯ ทางเทศบาลเมืองแสนสุขได้ทำการคัดเลือกและส่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมถึง บุคลากรด้านสาธารณสุข เข้าศึกษาดูงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น เพื่อนำแนวทางการ ดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพมาประยุกต์ใช้ในพื้นที่ จากผลการดำเนินงาน พบว่า ได้ดำเนินการจัด โครงการภายใต้โครงการ JICA จำนวน ๑ โครงการ คือ โครงการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ภายใต้ความร่วมมือของสหวิชาชีพ โดยเทศบาลเมืองแสนสุขได้รับการจัดอันดับให้เป็นหนึ่งใน ๑๐ เมือง ต้นแบบของ JICA ที่ประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา นอกจากนี้ เทศบาลเมืองแสนสุขยัง ได้จัดงานมหกรรมสุขภาพ (Health Festival) เป็นประจำทุกปี เพื่อส่งเสริมความรู้และสร้างความ ตระหนักด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยแต่ละปีจะกำหนดธีมการจัดงานที่แตกต่างกัน เพื่อให้สอดคล้อง กับ ประเด็นสุขภาพสำคัญในช่วงเวลานั้น ๆ และตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนอย่างเหมาะสม (ดังภาพที่ ๑๑)

ภาพที่ ๑๑ ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างยั่งยืน



ตอนที่ ๒ ความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุของชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

๒.๑ ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ

จากความร่วมมือระหว่างเทศบาลเมืองแสนสุขและองค์การความร่วมมือระหว่างประเทศแห่งญี่ปุ่น (Japan International Cooperation Agency: JICA) ได้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในจังหวัดชลบุรีอย่างต่อเนื่อง แบ่งออกเป็น ๒ ระยะ ได้แก่

ระยะที่ ๑ โครงการ Community Based Comprehensive Elderly Care Project in Chonburi Province, Thailand: Project in Saensuk Municipality as a Pilot Area (พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๒)

ระยะที่ ๒ โครงการ "Healthy Long Live" Community Based Elderly Care Project by Multi-disciplinary Cooperation Profession in Saensuk Municipality, Chonburi Province, Thailand โดยประยุกต์ใช้ Community Reformation Model of Saku City, Nagano, Japan (พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๗)

ภายใต้การดำเนินโครงการ เทศบาลเมืองแสนสุขร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่าย ได้คัดเลือกบุคลากรและทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ารับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะด้านการดูแลผู้สูงอายุ ณ เมืองซากุ จังหวัดนากาโนะ ประเทศญี่ปุ่น โดยมีผู้ผ่านการอบรม ได้แก่

๑) อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชน ประมาณ ๒๐๐ คน ซึ่งมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

๒) ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ จากทั้งภาครัฐและเอกชน ประมาณ ๑๐๐ คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

๓) ผู้บริหาร คณาจารย์ และนิสิตจากมหาวิทยาลัยบูรพา รวมถึงบุคลากรจากคณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสหเวชศาสตร์ คณะวิทยาการทางการแพทย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา รวมประมาณ ๑,๐๐๐ คน ได้รับการเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ

บุคลากรที่ผ่านการอบรมได้นำองค์ความรู้และทักษะที่ได้รับไปถ่ายทอดสู่ทีมงานและผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม จากผลการดำเนินโครงการ พบว่า ผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง จำนวนประมาณ ๑,๕๐๐ คน ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างครอบคลุมในทุกมิติ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

นอกจากนี้ ประชาชนทุกกลุ่มวัยจำนวนประมาณ ๕,๐๐๐ คน ได้รับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ ผ่านกิจกรรม “มหกรรมรวมพลคนบางแสนรักสุขภาพ” ซึ่งจัดขึ้นเป็นประจำทุกปี สะท้อนถึงความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมและยั่งยืนในระดับชุมชน

๒.๒ ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ

จากผลการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มนักวิชาการและการสนทนากลุ่มกับผู้ดูแล (Caregiver) ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และประชาชนทั่วไปในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข รวมจำนวนทั้งสิ้น ๖๕ คน เกี่ยวกับประสบการณ์จัดการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการของชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า พื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุขมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ความต้องการด้านสุขภาพ งบประมาณ และบุคลากรสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและโรคเรื้อรัง ขณะเดียวกัน ภาระการดูแลส่วนใหญ่ตกอยู่กับครอบครัวและผู้ดูแลวัยแรงงาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อรายได้ สุขภาพกาย และสุขภาพจิตอย่างชัดเจน นอกจากนี้ แนวโน้มผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังเพิ่มมากขึ้น ทำให้จำเป็นต้องพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (LTC) และบริการช่วยเหลือฉุกเฉินให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาสุขภาพเฉพาะด้าน เช่น แผลกดทับ สุขภาพช่องปาก รวมถึงข้อจำกัดในการเข้าถึงอุปกรณ์และบริการฟื้นฟูที่เพียงพอ ทั้งนี้ การดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ได้มีการดำเนินงานแบบบูรณาการ โดยครอบคลุมทั้งระบบ LTC ศูนย์กิจกรรมผู้สูงอายุ การคัดกรองสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (ดังภาพที่ ๑๒)

Theme ๑: มุมมองสถานการณ์ของผู้สูงอายุในพื้นที่

ในปัจจุบันประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุขซึ่งมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ ภาวะดังกล่าวก่อให้เกิดความต้องการด้านการดูแลทั้งในเชิงสุขภาพ งบประมาณ และกำลังบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือโรคเรื้อรัง การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุยังนำมาซึ่งภาระต่อผู้ดูแลและครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงาน ส่งผลกระทบต่อรายได้ สุขภาพกาย และสุขภาพจิตของผู้ดูแล ขณะเดียวกัน แนวโน้มการอยู่ลำพังของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

ทำให้จำเป็นต้องพัฒนาระบบดูแลระยะยาวที่ครอบคลุมมากขึ้น นอกจากนี้ ปัญหาสุขภาพเฉพาะด้าน เช่น แผลกดทับ ภาวะสุขอนามัยช่องปาก และการขาดแคลนอุปกรณ์จำเป็น ยังคงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน จากมุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ สถานการณ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตามประเด็นต่อไปนี้

จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีความเปราะบางสูง

จำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลแสนสุขมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกกลุ่ม ทั้งติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง ส่งผลให้ภาระโรคและความต้องการการดูแลเพิ่มสูงขึ้น ขณะเดียวกันจำนวนผู้เข้าร่วมระบบการดูแลระยะยาว (LTC) และกลุ่มเป้าหมายใหม่ เช่น ผู้ป่วยระยะท้ายและภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ทำให้งบประมาณรายหัวและทรัพยากรต้องขยายตาม สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบดูแลเชิงรุก เพื่อลดความเสี่ยง ลดภาระค่าใช้จ่าย และรองรับสังคมผู้สูงอายุที่ขยายตัวอย่างรวดเร็ว

“ในเทศบาลแสนสุขจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น... โรคเยอะขึ้น งบประมาณที่ต้องใช้ก็เยอะขึ้น” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“จำนวนของคนที่มาเข้าโครงการการดูแลตรงนี้ของเราเพิ่มขึ้นทุกปี... ปี ๒๕๖๘ สปสช. เพิ่มกลุ่มเป้าหมาย palliative care สมองเสื่อมระยะที่ ๒ ขึ้นไป... งบเพิ่มเป็นรายหัว ๑๐,๔๔๒ บาท” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“ปัจจุบันผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่ม ทั้งติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“ตอนนี้คนแก่เยอะขึ้นมาก ส่วนใหญ่เป็นคนติดบ้านติดเตียง... บางคนอยู่ลำพังไม่มีคนดูแล” (ผู้นำชุมชน)

“ตอนนี้บางแสนเรามีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น... การดูแลก็เพิ่มขึ้น ต้องดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น” (ประชาชนทั่วไป)

“เทศบาลคนที่ติดบ้านติดเตียงมีไม่ต่ำกว่า ๑,๐๐๐ คน... ถ้าสามารถลดความเสี่ยงการเป็นอัมพฤกษ์อัมพาตได้จากการล้มครั้งหนึ่งแล้วเข้าไปช่วยทันเวลา... ก็จะลดค่าใช้จ่ายของเทศบาลได้เลย” (นักวิชาการ)

“เพราะสิ่งที่ตามมาอีกอาจจะเป็นเรื่องของค่าใช้จ่ายในการดูแล... รวมถึงการดูแลระยะยาวที่จะต้องเพิ่มงบประมาณในส่วนนี้ที่ต้องมาดูแลคนในกลุ่มนี้” (นักวิชาการ)

ภาระของผู้ดูแลและผลกระทบต่อครอบครัว

ผู้ดูแลซึ่งมักเป็นวัยแรงงาน ต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุ ต้องแบ่งเวลาจากการทำงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลต่อรายได้ และความมั่นคงทางเศรษฐกิจของครอบครัว นอกจากนี้ภาระการดูแลต่อเนื่องทำให้ครอบครัวบางส่วนเกิดปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกาย มีความเครียด ความเหนื่อยล้า หากยังคงอยู่อย่างต่อเนื่องในระยะยาว อาจส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลตามมาได้

“ในตอนแรกถ้ามีแผลคนในครอบครัวผู้ป่วยต้องเป็นคนซื้อเอง... ต้องการใช้อะไรตั้งแต่เตียง ที่นอนลม อุปกรณ์ทำแผล สายยางให้อาหาร... เราก็ต้องเขียนให้ครอบครัวเพื่อที่จะเบิกอุปกรณ์พวกนี้ได้” (ผู้ดูแล)

“ผู้ดูแลต้องไปทำงาน... สูงอายุอยู่แต่บ้าน กลายเป็นกลุ่มติดบ้าน แล้วก็ซึมเศร้าตามมา” (ผู้ดูแล)

“บางคนต้องลาออกจากงานมาดูแล ขาดรายได้” (ผู้ดูแล)

“พอติดบ้านก็จะถดถอย จนเปลี่ยนเป็นติดเตียงได้” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“ผู้ดูแลบางคนต้องทำงาน ไม่มีเวลาพาลูกตัวผู้สูงอายุ ทำให้เกิดแผลกดทับ” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“ตอนนี้ผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น เพิ่มกลุ่มเป้าหมาย เพิ่มงบประมาณ... ผู้ดูแลวัยแรงงานก็ต้องกลับมาดูแลผู้สูงอายุ” (ประชาชนทั่วไป)

แนวโน้มการอยู่คนเดียวและความจำเป็นของระบบดูแลระยะยาว

ทรัพยากรและอุปกรณ์ช่วยเหลือฉุกเฉินยังไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มที่อาศัยอยู่ลำพังซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะเดียวกัน จำนวนผู้เข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ภาระงานของ Caregiver และบุคลากรมีข้อจำกัดในการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอด ๒๔ ชั่วโมง ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบบริการใหม่ เช่น Nursing Home และ Day care ควบคู่กับการเสริมสร้างเครือข่ายจิตอาสา เพื่อรองรับความต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้นในอนาคต

“ปัจจุบันมีอุปกรณ์ช่วยเหลือฉุกเฉิน ๓๐๐ ราย จากผู้สูงอายุทั้งหมด ๙,๐๐๐ คน ยังไม่เพียงพอ” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“บางคนอยู่บ้านคนเดียวมา ๒๐-๓๐ ปี ไม่เคยออกไปไหน จนเราไปพาออก” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“อนาคตต้องมี Nursing Home เหมือนญี่ปุ่น เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“แนวโน้มผู้สูงอายุอยู่คนเดียวหรืออยู่กับผู้สูงอายุด้วยกันจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“ตอนนี้ก็เริ่มมีคนมาเข้าระบบ (การดูแลระยะยาว) มากยิ่งขึ้น... ก่อนหน้านี้มีประมาณ ๑๒๐ คน ตอนนี้ปีล่าสุดเพิ่มมาประมาณ ๒๐๐ กว่าคนแล้ว” (ผู้ดูแล)

“ในอนาคตมันอาจจะมีปัญหาเพิ่มขึ้นมาได้ เพราะว่า CG (Caregiver) กับเจ้าหน้าที่คงจะวิ่งกันไม่ไหวแน่เลย และ ๒๔ ชั่วโมงทำทางจะลำบาก” (ผู้ดูแล)

“ควรให้มีสถานที่การดูแลในช่วงกลางวันสำหรับผู้สูงอายุ (Day care) หรือจัดผู้ดูแล/จิตอาสาเข้าไปช่วยดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเป็นบางวัน” (นักวิชาการ)

ปัญหาสุขภาพเฉพาะด้านที่ยังไม่ได้รับการดูแลเพียงพอ

สิทธิประโยชน์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ยังไม่ครอบคลุมและเพียงพอ เช่น ฟันปลอม อุปกรณ์ป้องกันแผลกดทับ และผ้าอ้อม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทรัพยากรบุคลากรและบริการสนับสนุนยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะนักกายภาพบำบัดและบริการรถรับส่ง ทำให้การดูแลและการฟื้นฟูไม่ต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุบางส่วนเผชิญปัญหาด้านจิตใจ เช่น ความเหงาและภาวะซึมเศร้า จึงจำเป็นต้องเสริมบริการด้านสุขภาพจิตและการให้ความรู้แก่สังคมควบคู่กัน

“ฟันปลอมยังไม่ครอบคลุมสิทธิ์... ส่วนใหญ่ถอนฟันมากกว่า ทำให้ทานอาหารได้น้อย” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“แผลกดทับใช้อุปกรณ์เยอะมาก... เบิกจากโรงพยาบาลได้บางอย่าง แต่ไม่เพียงพอ” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“เราสนับสนุนผ้าอ้อมให้ ๓ ชิ้นต่อวันสำหรับผู้กลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“เราให้แผ่นเสริมซึมซับเพื่อช่วยลดการใช้ผ้าอ้อมทั้งผืน” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“๑๘๐ คน ต้องการฟื้นฟู ๑๓๐ คน แต่นักกายภาพมีแค่ ๒ คน ทำให้ต้องจัดลำดับความสำคัญ และหมุนเวียนการให้บริการ บางรายต้องรอคิวหรือได้รับการฟื้นฟูไม่ต่อเนื่องตามที่ควร” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“การรับส่งไปตรวจตามนัด ล้างไต ทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลสำคัญมาก... ตอนนี้งานคนขอรถเพิ่มขึ้นมากและไม่เพียงพอ” (ผู้ดูแล)

“ผู้ป่วยติดสังคมบางคนอยู่บ้านคนเดียว มีความเหงา ไม่คุยกับใคร จนกลายเป็นโรคซึมเศร้า” (ผู้ดูแล)

“ควรให้ความรู้กับผู้สูงอายุในรายที่มีปัญหาโดยให้คำปรึกษาโดยนักจิตวิทยา และใช้สื่อรณรงค์ให้สังคมเข้าใจผู้สูงอายุมากขึ้น” (นักวิชาการ)

Theme ๒: การดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุ

โครงการและบริการดูแลระยะยาว (Long Term Care: LTC)

ระบบการดูแลผู้สูงอายุของเทศบาลมีการดำเนินงานแบบบูรณาการโดยใช้ระบบ Long-Term Care ที่มี Care Manager วางแผนและ Caregiver ดำเนินการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL: Activities of Daily Living) มีคะแนนต่ำกว่า ๑๑ คะแนน เพื่อกำหนดรูปแบบและความถี่ในการดูแล พร้อมสนับสนุนสิทธิประโยชน์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น นอกจากนี้ยังมีการคัดกรอง เยี่ยมบ้าน และทำงานร่วมกันของเครือข่ายหลายภาคส่วนในชุมชน ส่งผลให้เกิดรูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุมมากขึ้น

“แผนของเทศบาลครอบคลุมผู้สูงอายุทั้ง ๓ กลุ่ม... ส่วนติดบ้าน ติดเตียง เราก็มีโครงการ Long Term Care เป็นนโยบายของรัฐ... ค่าตอบแทนรายหัวให้ care giver” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“care manager ประเมินและจัดแผนดูแล... เช่น กายภาพบำบัดสัปดาห์ละครั้ง พยาบาลลงเดือนละครั้ง แล้วมอบหมายให้ care giver ทำต่อ” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“สิทธิประโยชน์ครอบคลุมอุปกรณ์ เช่น ที่นอนลม อุปกรณ์ทำแผล เครื่องดูดเสมหะ สายสวน ปัสสาวะ” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“กลุ่ม ADL น้อยกว่า ๑๑ แบ่งเป็น ๔ care level มีความถี่และการดูแลแตกต่างกัน” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“ถ้าแผลมันไม่หายมันก็ต้องทำต่อไปเรื่อยๆ... care manager ลงไปประเมินว่าคนไข้ต้องการการดูแลด้านไหนบ้าง เพื่อให้สามารถเบิกอุปกรณ์ได้” (ผู้ดูแล)

“โครงการคัดกรองผู้สูงอายุ... เยี่ยมบ้าน ตรวจสอบสุขภาพ พาผู้สูงอายุมาทำกิจกรรม ชัฟเฟอร์ตผู้สูงอายุในชุมชนต่างๆ” (ผู้นำชุมชน)

“การดำเนินงานในโครงการใจก้า นับว่าประสบผลสำเร็จ... ได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ทำงานร่วมกันเชิงบูรณาการกับหน่วยงานสาธารณสุข นักวิชาการ อสม. ผู้ดูแล และประชาชนในชุมชน” (นักวิชาการ)

ศูนย์กิจกรรมและชมรมผู้สูงอายุ (Active Aging & Community Center)

ศูนย์กิจกรรมและชมรมผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมแนวคิด Active Aging ผ่านการจัดกิจกรรมที่หลากหลายและครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิตใจ และสังคม เพื่อคงสมรรถภาพ ลดความเสื่อมถอยของร่างกาย และป้องกันภาวะสมองเสื่อม ส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมทางสังคมของกลุ่มติดสังคมและบางส่วนของกลุ่มติดบ้าน นอกจากนี้ ศูนย์ฯ ยังเป็นพื้นที่กลางที่เอื้อต่อการสร้างเครือข่ายทางสังคม การลดความโดดเดี่ยว และการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุจากหลายชุมชนมีปฏิสัมพันธ์ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณะ

“เรามองว่าศูนย์นี้เป็นพื้นที่กลางที่ช่วยสร้างความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนและลดความโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุ” (ผู้นำชุมชน)

“บางกิจกรรมเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุจากหลายชุมชนมาพบปะและออกกำลังกายร่วมกัน” (ผู้นำชุมชน)

“ศูนย์มีตารางกิจกรรมทุกสัปดาห์ เช่น โยคะ ลายแดนซ์ ลีลาศ ธาราบำบัด คาราโอเกะ” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“พากลุ่มติดบ้านที่ฟื้นฟูสมรรถภาพเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อลดอาการปวดและชะลอวัย” (ผู้ดูแล)

“มีกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ... ส่งเสริม Active Aging เพื่อคงศักยภาพ ป้องกันสมองเสื่อม” (นักวิชาการ)

การคัดกรองและตรวจสุขภาพเชิงรุก

มีการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและคัดกรองผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยดำเนินการร่วมกันระหว่าง รพ.สต. อสม. และสถาบันการศึกษา มีการตรวจสุขภาพและทันตกรรมเบื้องต้น เช่น การทาฟลูออไรด์ พร้อมประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมโดยสมัครใจ มีการจัดโครงการคัดกรองในหลายพื้นที่ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเข้าถึงบริการ อย่างไรก็ตาม สิทธิประโยชน์บางด้าน เช่น ฟันปลอม ยังไม่ครอบคลุม ทำให้การดูแลสุขภาพช่องปากยังมีข้อจำกัด

“ตรวจทันตกรรมโดย รพ.สต. เช่น ทาฟลูออไรด์ แต่ฟันปลอมยังไม่ครอบคลุมสิทธิ” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“เราประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุที่สนใจมารับการตรวจโดยไม่บังคับ” (ผู้ดูแล)

“โครงการคัดกรองผู้สูงอายุ ทำทุกปี จัดในหลายจุด และมี อสม. พาผู้สูงอายุมาร่วมตรวจสุขภาพ” (ผู้ดูแล)

“โครงการบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ทางคณะพยาบาลของเราจัดขึ้น... จัดให้มีบริการตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองโรคเป็นรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล ทำอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน” (นักวิชาการ)

“การส่งนิสิตฝึกชุมชนเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุทุกปี เพื่อประเมินสุขภาพเบื้องต้นและให้การพยาบาล” (นักวิชาการ)

การฟื้นฟูสมรรถภาพและกายภาพบำบัด

การฟื้นฟูสมรรถภาพและกายภาพบำบัดผู้สูงอายุในชุมชนมีทั้งการให้บริการที่ศูนย์และการลงเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหวิชาชีพ แม้มีผู้สูงอายุต้องการฟื้นฟูจำนวนมากแต่นักกายภาพมีจำกัด จึงต้อง

จัดลำดับความสำคัญ ผู้ที่เดินทางได้จะมาที่ศูนย์ ส่วนผู้ที่ออกจากบ้านไม่ได้จะได้รับการฟื้นฟูที่บ้าน โดย Caregiver เรียนรู้วิธีจากนักกายภาพและทำต่อเองเพื่อคงสมรรถภาพผู้สูงอายุ

“๑๘๐ คน ต้องการฟื้นฟู ๑๓๐ คน แต่นักกายภาพมีแค่ ๒ คน ทำให้ต้องจัดลำดับความสำคัญ และหมุนเวียนการให้บริการ บางรายต้องรอคิวหรือได้รับการฟื้นฟูไม่ต่อเนื่องตามที่ควร” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“ถ้าผู้สูงอายุออกจากบ้านได้ จะพามาฟื้นฟูที่ศูนย์ เพื่อให้ได้ใช้อุปกรณ์ครบและมีนักกายภาพดูแลใกล้ชิด แต่ถ้าออกไม่ได้ ทีมจะไปฟื้นฟูที่บ้าน เช่น ผีกเดิน ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และบริหารข้อ เพื่อลดการติดขัดของร่างกาย” (ผู้ดูแล)

“CG เรียนรู้วิธีฟื้นฟูจากนักกายภาพแล้วทำต่อที่บ้าน เช่น การพลิกตะแคงป้องกันแผลกดทับ การนวด การฝึกกล้ามเนื้อขาและแขน เพื่อให้ผู้สูงอายุคงสภาพและไม่ถดถอยเร็ว”(อสม.)

การสนับสนุนอุปกรณ์และสิ่งของจำเป็น

การสนับสนุนวัสดุสิ้นเปลือง เช่น ผ้าอ้อม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบการดูแลมากขึ้น มีการจัดตั้งศูนย์ยืมอุปกรณ์ เช่น เตียงลม เครื่องออกซิเจน และไม้เท้า ช่วยเพิ่มความสะดวกและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างคุ้มค่า เช่น การใช้แผ่นเสริมซึมซับเพื่อลดค่าใช้จ่ายและปริมาณขยะ

“ผ้าอ้อม จริงๆ แล้วก็สิ้นเปลือง แต่ว่าเค้ามียุทธศาสตร์มาว่าสนับสนุนอะไรอย่างนี้ได้ ก็เริ่มมีคนมาเข้าระบบมากยิ่งขึ้น”(ผู้ดูแล)

“เรามีศูนย์ยืมอุปกรณ์ เช่น เตียงลม เครื่องออกซิเจน ไม้เท้า... ได้งบประมาณสนับสนุนจาก อบจ.” (ผู้ดูแล)

“เคยยืมไม้เท้าจากศูนย์ผู้สูงอายุมาใช้ ช่วยให้เดินสะดวกขึ้นมาก” (ประชาชน)

“ผ้าอ้อมให้วันละ ๓ ชิ้นสำหรับผู้กลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“ใช้แผ่นเสริมซึมซับเพื่อลดการใช้ผ้าอ้อมทั้งผืน ประหยัดและลดขยะ” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

การบริการรับ-ส่งผู้สูงอายุและญาติตามแพทย์สั่ง

มีการจัดบริการรับ-ส่งผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลและกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงช่วยรับยาและดูแลในกรณีไม่มีญาติ โดยมี Caregiver และ อสม. เป็นกลไกสำคัญ อย่างไรก็ตาม การใช้บริการต้องมีการนัดหมายล่วงหน้าและมีข้อจำกัดด้านจำนวนรถและคิวบริการ

ระบบยังได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก เช่น JICA และภาคเอกชน ช่วยเพิ่มศักยภาพในการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุในชุมชน “รับส่งไปตรวจตามนัด ล้างไต ทำกายภาพบำบัด เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ” (ผู้ดูแล)

“บางคนไม่มีญาติ เราให้ CG ไปอยู่ด้วย” (ผู้ดูแล)

“ต้องนัดล่วงหน้าอย่างน้อย ๓ วันและมีบัตรนัดแพทย์” (ผู้ดูแล)

“ถ้าติดบ้านส่วนใหญ่ก็จะไปรับ... ถ้าไม่สะดวกจริง ๆ มีกิจกรรมแฉ่งมา เราก็จะมีบริการไปรับเป็นจุด” (ผู้ดูแล)

“ของเราตอนนี้มีศูนย์... ของเทศบาลเรามีรถรับส่งแต่ต้องจองคิวอย่างน้อย ๑ อาทิตย์”(อสม.)

“คนที่ไม่มีรถ ไม่มีญาติพาไป อสม.ก็พาไป หรือไปรับยาให้ด้วย”(อสม.)

“ถ้าวันไหนไม่สะดวกไปเอง อสม.ก็จะไปรับยาให้ แล้วเอามาส่งที่บ้าน” (ประชาชน)

“ได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนด้านยานพาหนะสำหรับการบริการและส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุในชุมชนจากโครงการ JICA และจากภาคเอกชน” (นักวิชาการ)

“มีการบริการรับส่งผู้สูงอายุที่บ้านในการมาร่วมกิจกรรมและการไปตรวจตามนัด ในรายที่จำเป็น และไม่มีผู้ดูแล”(นักวิชาการ)

การบูรณาการโครงการกับภาคีเครือข่ายและการศึกษาดูงาน (เช่น โครงการใจกล้า (JICA)

การบูรณาการโครงการกับภาคีเครือข่าย มีการพัฒนาโครงการจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และศึกษาดูงาน ช่วยยกระดับการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีการนำแนวคิดและกิจกรรมจากญี่ปุ่นมาปรับใช้ในชุมชน เช่น ออกกำลังกายเบา ๆ ฝึกสมอง ทำอาหาร รำไม้พลอง และทำสวนสมุนไพร พร้อมทั้งพัฒนาศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและระบบ Long Term Care ด้วยการจัดจ้างบุคลากรสหวิชาชีพจากเทศบาล และได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์จากต่างประเทศ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมที่มีคุณภาพและตอบโจทยความต้องการมากขึ้น

“ไปดูงานญี่ปุ่นแล้วเห็นว่าที่นั่นเขามีกิจกรรมให้ผู้สูงอายุทำทุกวัน เราก็เอามาปรับใช้ เช่น การออกกำลังกายเบา ๆ การฝึกสมอง และการให้ผู้สูงอายุช่วยกันทำอาหาร” (อสม.)

“หลังจากได้ร่วมเวิร์กช็อปกับหน่วยงานภายนอก เราก็ช่วยกันคิดกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในพื้นที่เรา เช่น กิจกรรมรำไม้พลอง และการทำสวนสมุนไพร” (อสม.)

“ผู้นำไปดูงานญี่ปุ่นแล้วนำมาพัฒนาศูนย์และระบบ Long Term Care” (นักวิชาการ)

“ได้จ้างนักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักโภชนาการเพิ่มเติมจากงบประมาณของเทศบาล” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“บางกิจกรรมได้รับอุปกรณ์สนับสนุนจากต่างประเทศ” (นักวิชาการ)

“เห็นผู้นำกับเจ้าหน้าที่ไปดูงานแล้วกลับมาจัดกิจกรรมใหม่ ๆ ให้ผู้สูงอายุ รู้สึกว่ามีประโยชน์ และน่าเข้าร่วมมากขึ้น” (ประชาชน)

“เคยไปร่วมงานที่เทศบาลเขาจัดเกี่ยวกับสุขภาพ...มีประเทศญี่ปุ่นเขามาร่วมด้วย ได้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมากมาย” (ประชาชน)

การประชาสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมของชุมชน

การประชาสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมของชุมชนใช้หลายช่องทางเพื่อเชิญชวนผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม เช่น สื่อออนไลน์ ผู้นำชุมชน อสม. และรถประกาศ พร้อมกิจกรรมจูงใจ เช่น แจกของ แต่ยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลของผู้สูงอายุที่ไม่ใช้สื่อออนไลน์ จึงควรใช้เสียงตามสายหรือให้ อสม. แฉ่งข่าวถึงบ้านเพื่อความทั่วถึง

“ประชาสัมพันธ์ผ่าน LINE Facebook ผู้นำชุมชน อสม. รถประกาศ” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“บางครั้งมีของแจก เช่น ข้าวสาร เพื่อจูงใจให้มาร่วมกิจกรรม” (ผู้นำชุมชน)

“อสม. ช่วยตามผู้สูงอายุในชุมชนมาร่วมกิจกรรม” (อสม.)

“บางครั้งรู้ข่าวช้าหรือไม่รู้เลย เพราะไม่ได้เล่น LINE หรือ Facebook” (ประชาชน)

“ถ้ามีประกาศทางเสียงตามสายหรือให้ อสม. มาบอกที่บ้าน จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลครบถ้วนมากขึ้น” (ประชาชน)

Theme ๓: บทบาทในการช่วยดูแลผู้สูงอายุ

การเยี่ยมบ้านและติดตามสุขภาพผู้สูงอายุ

การเยี่ยมบ้านและติดตามสุขภาพผู้สูงอายุเป็นการทำงานร่วมกันของพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ อสม. และผู้ดูแล เพื่อประเมินสุขภาพ ประเมินภาวะพึ่งพิง วางแผนการดูแลรายบุคคล ดูแลความสะอาดบ้าน และให้การดูแลสุขภาพพื้นฐานแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งการให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และครอบครัว

“เยี่ยมบ้านดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นบทบาทของพยาบาล” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“ลงเยี่ยมพร้อมทีมสหวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักการแพทย์แผนไทย เพื่อประเมินและทำ care plan” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“อสม. เข้าไปเยี่ยมผู้สูงอายุประจำในพื้นที่ รายงานต่อเจ้าหน้าที่เมื่อพบปัญหา” (อสม.)

“ผู้ดูแล (CG) ไปเยี่ยม ดูแลการทำความสะอาดบ้าน และให้การดูแลด้านสุขภาพพื้นฐาน” (ผู้ดูแล)

การฟื้นฟูสมรรถภาพและให้การดูแลด้านกายภาพ

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุดำเนินได้ทั้งที่บ้านและที่ศูนย์ฟื้นฟู โดยนักกายภาพบำบัดให้การฝึกหรือสอนผู้ดูแล (CG) ให้ทำต่อเนื่อง ขณะเดียวกันบางรายถูกพามาที่ศูนย์เพื่อใช้อุปกรณ์เฉพาะและทำกายภาพอย่างต่อเนื่อง ช่วยคงหรือฟื้นฟูศักยภาพทางกายของผู้สูงอายุดำเนินการฟื้นฟูร่างกายที่บ้านหรือที่ศูนย์ฟื้นฟู โดยทำเองหรือสอนผู้ดูแลให้ทำต่อ

“นักกายภาพบำบัดลงเยี่ยมบ้าน สอนวิธีฟื้นฟูให้ CG ทำต่อ” (ผู้ดูแล)

“บางคนพามาฟื้นฟูที่ศูนย์ เพื่อใช้อุปกรณ์และทำกายภาพต่อเนื่อง” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“CG เรียนรู้ทำบริหารและการยืดเหยียดเพื่อนำไปทำกับผู้สูงอายุที่บ้าน” (ผู้ดูแล)

การประสานงานและส่งต่อบริการเชื่อมโยงผู้สูงอายุเข้าสู่บริการด้านสุขภาพและสังคม

มีการประสานงานและส่งต่อบริการเพื่อเชื่อมโยงผู้สูงอายุเข้าสู่ระบบบริการด้านสุขภาพและสังคม โดยคัดกรองและส่งต่อเพื่อรักษาปัญหาเฉพาะด้าน ประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และแจ้งความต้องการสิ่งของจำเป็นเพื่อให้ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

“เมื่อคัดกรองแล้วพบปัญหา เราจะส่งต่อให้ได้รับการรักษา เช่น ตาต่อกระจก การได้ยิน” (ผู้ดูแล)

“ผู้นำชุมชนช่วยประสานกับ อปท. และหน่วยงานอื่นเพื่อขอความช่วยเหลือ” (ผู้นำชุมชน)

“อสม. แจ้งเจ้าหน้าที่เมื่อพบผู้สูงอายุที่ต้องการผ้าอ้อมหรืออุปกรณ์ทำแผล” (อสม.)

การสนับสนุนอุปกรณ์และสิ่งของจำเป็น

มีการจัดหาและสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์และสิ่งของจำเป็นแก่ผู้สูงอายุ ทั้งงบประมาณของหน่วยงาน เช่น องค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และจากการรับบริจาคของภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อให้บริการเยี่ยมอุปกรณ์ ลดภาระค่าใช้จ่าย และช่วยเหลือผู้สูงอายุยากไร้

“จัดหาเตียงลม เครื่องออกซิเจน ไม้เท้า จากงบ อบจ. และให้ยืมผ่านศูนย์” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“ขอรับบริจาคแผ่นเสริมซึมซับมาใช้ร่วมกับผ้าอ้อมเพื่อลดค่าใช้จ่าย” (นักวิชาการ)

“ผู้นำชุมชนและประชาชนช่วยกันบริจาคข้าวสารให้ผู้สูงอายุยากไร้” (ผู้นำชุมชน)

การจัดกิจกรรมและส่งเสริมสุขภาพจิตสังคม

มีการจัดกิจกรรมกลุ่มและโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม ลดความโดดเดี่ยว และส่งเสริมทั้งสมรรถภาพกายและจิตใจ โดยการชักชวนและประสานให้ผู้สูงอายุออกมาร่วมกิจกรรม

“จัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ เช่น โยคะ ลีลาศ ธาราบำบัด” (ผู้ดูแล)

“โรงเรียนผู้สูงอายุสอนความรู้และทักษะใหม่ ๆ” (ผู้ดูแล)

“อสม. ชวนผู้สูงอายุที่บ้านให้ออกมาร่วมกิจกรรม” (อสม.)

การให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัว

มีการถ่ายทอดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เช่น การดูแลแผลกดทับ การใช้ยา และการทำกายภาพเบื้องต้น บุคลากรสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลและ อสม. มีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำที่เข้าใจง่ายระหว่างการเยี่ยมบ้านมีการจัดอบรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย โภชนาการ และการป้องกันโรค เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ ยังมีการส่งเสริมทักษะใหม่ เช่น การใช้สื่อออนไลน์อย่างปลอดภัยในผู้สูงอายุ การให้ข้อมูลสิทธิประโยชน์ และการสนับสนุนจากภาครัฐช่วยให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

“เราสอนวิธีดูแลแผลกดทับให้ลูกหลาน เพื่อให้ทำต่อได้ที่บ้าน” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“มีการจัดอบรมให้ผู้สูงอายุเรื่องการออกกำลังกายและโภชนาการ” (นักวิชาการ)

“เวลาไปเยี่ยมบ้านจะบอกวิธีทานยาและการดูแลสุขภาพให้ผู้สูงอายุเข้าใจง่าย” (อสม.)

“พยาบาลสอนวิธีทำกายภาพเบื้องต้นให้ ทำให้เราดูแลพ่อแม่ได้ดีขึ้น” (ผู้ดูแล)

“สอนให้ผู้สูงอายุใช้สื่อออนไลน์อย่างปลอดภัย” (นักวิชาการ)

“อสม. ให้ข้อมูลการใช้สิทธิ์ผ้าอ้อมแก่ครอบครัว” (อสม.)

การสนับสนุนเชิงนโยบายและการบริหารจัดการโครงการ

การสนับสนุนเชิงนโยบายและการบริหารจัดการโครงการอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน โดยนักวิชาการทำหน้าที่เขียนโครงการและประสานของงบประมาณ ผู้นำชุมชนสะท้อนความต้องการของพื้นที่ต่อเทศบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวบรวมข้อมูลปัญหาเพื่อเสนอต่อหน่วยงานส่วนกลาง เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างครอบคลุมและตอบโจทย์พื้นที่

“นักวิชาการเขียนโครงการและประสานกับผู้บริหารเพื่อขออนุมัติงบประมาณ” (นักวิชาการ)


“ผู้นำชุมชนเสนอความต้องการของพื้นที่ให้เทศบาล” (ผู้นำชุมชน)

“เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวบรวมข้อมูลปัญหาเพื่อนำเสนอต่อส่วนกลาง” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

ภาพที่ ๑๒ ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข

ความท้าทายและวิกฤตการณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่



จำนวนผู้สูงอายุพุ่งสูงและประปรายกว่าเดิม

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ส่งผลให้งบประมาณและบุคลากรไม่เพียงพอต่อความต้องการ


ภาระหนักตกที่ “ผู้ดูแลวัยแรงงาน”

ครอบครัวต้องขาดรายได้และเผชิญความเครียดสะสมจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว

แนวโน้มการอยู่อาศัยเพิ่มสูงขึ้น

ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวเสี่ยงต่อเหตุฉุกเฉินและภาวะซึมเศร้า เนื่องจากขาดระบบช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมง

กลยุทธ์การจัดการแบบบูรณาการ "แสนสุขโมเดล"



ระบบดูแลและเยี่ยมเยียน (LTC) ตามเกณฑ์ ADL

ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตร เพื่อวางแผนการดูแลรายบุคคล พร้อมสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์

คำจัดผู้ใหญ่: สบับสบ 3 ขึ้นต่อวันสำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนไม่ได้

อุปกรณ์แพทย์: ศูนย์ยืมเตียงนอน เครื่องออกซิเจน และไม้เท้า

บริการรับ-ส่ง: รถบริการไปโรงพยาบาลหรือทำกายภาพ (ต้องนัดล่วงหน้า)

ศูนย์ Active Aging และเครือข่ายสหวิชาชีพ

ใช้กิจกรรมกลุ่มชะลอความเสื่อมและบูรณาการกับพยาบาล อสม. และนักวิชาการสาธารณสุขเข้าเยี่ยมบ้านเชิงรุก

การบูรณาการระดับสากล (JICA Model)

นำองค์ความรู้จากญี่ปุ่นมาปรับใช้ เช่น การฝึกสอนและพัฒนาศูนย์ส่งเสริมสุขภาพโดยใช้บทก้องถิ่น

ตอนที่ ๓ ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค ความต่อเนื่องและยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้ประสบความสำเร็จจำเป็นต้องอาศัยการทำงานแบบบูรณาการของทีมสหวิชาชีพที่ร่วมประเมิน วางแผน และติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่องในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยใช้การทำงานเชิงรุกผ่านการเยี่ยมบ้านและการจัดแผนรายบุคคลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ระบบการดูแลยึดชุมชนและเครือข่ายเป็นฐาน โดยมีอสม. ครอบครัว และผู้นำชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการประสานและติดตามการดูแลอย่างใกล้ชิด ควบคู่กับการส่งเสริมกิจกรรมสุขภาพที่ช่วยคงสมรรถนะและลดภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ การสนับสนุนจากร่วมมือระหว่างประเทศ เช่น JICA ยังมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวให้มีความเป็นระบบและยั่งยืนมากยิ่งขึ้นรายละเอียด ดังนี้ (ดังภาพที่ ๑๓)

Theme ๔: ปัจจัยความสำเร็จและกลยุทธ์ในการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ

การบูรณาการความร่วมมือของพยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย อสม. และผู้ดูแล มีการประเมิน วางแผน และมอบหมายงานร่วมกันระหว่าง Care Manager (CM), Caregiver (CG), อสม. และบุคลากรสุขภาพหลายสาขา เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมแบบองค์รวมทั้งด้านกาย จิต และสังคม มีการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านและติดตามต่อเนื่อง พร้อมถ่ายทอดความรู้ให้ผู้ดูแลทำต่อที่บ้าน อสม. มีบทบาทสำคัญในการประสานข้อมูลและติดตามการรักษา

“ทุกครั้งที่ไปเยี่ยมบ้าน CM จะประเมินร่วมกับทีม แล้วมอบหมาย CG ดูแลต่อ” (ผู้ดูแล)

“อสม. ช่วยดูแลเรื่องการนัดหมายและติดตามยา” (อสม.)

“เวลาเยี่ยมบ้านเราจะไปพร้อมนักกายภาพบำบัดและแพทย์แผนไทย และโภชนาการ มาลงพื้นที่ร่วมกัน เพื่อประเมินและวางแผนการดูแลร่วมกัน” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“เราจัดทีมสหวิชาชีพลงพื้นที่เดือนละครั้ง มีนักโภชนาการมาประเมินโภชนาการ และพยาบาล ช่วยติดตามโรคเรื้อรัง” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“พอทีมกายภาพมาสอนท่าบริหาร เราก็ทำต่อที่บ้านให้ผู้สูงอายุทุกวัน” (ผู้ดูแล)

“เราเป็นคนแจ้งข้อมูลสุขภาพให้พยาบาลและนักกายภาพ เพื่อให้เขามาวางแผนดูแลต่อ” (อสม.)

“เราช่วยเขาวางระบบให้ทีมสหวิชาชีพทำงานร่วมกัน ครอบคลุมทั้งกาย จิต และสังคมของผู้สูงอายุ” (นักวิชาการ)

ทำงานเชิงรุกและการติดตามต่อเนื่อง

ทีมสหวิชาชีพลงพื้นที่เพื่อประเมินผู้สูงอายุรายบุคคล และวางแผนการดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการ พร้อมติดตามผลอย่างต่อเนื่องทุกเดือน ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถเดินทางได้ ทีมสุขภาพจะลงเยี่ยมบ้านเพื่อให้การฟื้นฟูและประเมินซ้ำเพื่อปรับแผนการดูแล อสม. มีบทบาทสำคัญในการเยี่ยมติดตามรายสัปดาห์ คัดกรองปัญหาเร่งด่วน และประสานงานกับทีมสุขภาพ ผู้ดูแลและทีมสหวิชาชีพ ร่วมกันดำเนินการและบันทึกข้อมูล ส่งต่อเพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

“เราประเมิน ADL และวางแผนรายบุคคล เพื่อให้บริการตรงตามความต้องการ และติดตามทุกเดือนว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“ถ้าผู้สูงอายุออกจากบ้านไม่ได้ เราไปถึงบ้านเพื่อฟื้นฟูและดูแล พร้อมประเมินซ้ำว่าต้องปรับแผนหรือเพิ่มการช่วยเหลืออะไร” (ผู้นำชุมชน)

“อสม. ลงเยี่ยมสัปดาห์ละครั้ง ดูว่ามีอะไรต้องช่วยเหลือด่วนหรือไม่ แล้วรายงานต่อเจ้าหน้าที่เพื่อแก้ปัญหาทันที” (อสม.)

“หลังจากทีมสหวิชาชีพมาเยี่ยมและให้คำแนะนำ เราก็ทำต่อที่บ้าน และจดบันทึกส่งให้เจ้าหน้าที่ติดตามทุกครั้ง” (ผู้ดูแล)

“เราวางระบบให้ทีมติดตามผลการดูแลทุกเดือน เพื่อให้แน่ใจว่าผู้สูงอายุได้รับการอย่างต่อเนื่อง” (นักวิชาการ)

ระบบการดูแลเป็นแบบใช้ชุมชนและเครือข่ายเป็นฐาน

การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุใช้ชุมชนและเครือข่ายเป็นฐาน โดยมีศูนย์ผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง จัดกิจกรรมด้านสุขภาพและสังคม ประสานความร่วมมือกับผู้นำชุมชนและอสม. เพื่อเชิญชวนผู้สูงอายุเข้าร่วม และใช้เครือข่ายวัดหรือชมรมเป็นช่องทางสื่อสารและขับเคลื่อนกิจกรรม

“ศูนย์ผู้สูงอายุเป็นที่รวมกิจกรรมทั้งด้านสุขภาพและสังคม” (ผู้นำชุมชน)

“เราประสานกับผู้นำชุมชนและ อสม. ให้ช่วยเชิญผู้สูงอายุเข้าร่วม” (นักวิชาการ)

“บางครั้งใช้เครือข่ายวัดหรือชมรมเป็นช่องทางสื่อสารและจัดกิจกรรม” (นักวิชาการ)

การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

สร้างความร่วมมือกับครอบครัว ผู้ดูแล และอสม. ได้มีบทบาทร่วมกันดูแลผู้สูงอายุ โดยสอนผู้ดูแลให้ฟื้นฟูและป้องกันผลกดทับได้เอง เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมออกแบบแผนการดูแล และให้ผู้นำชุมชนช่วยประชาสัมพันธ์และติดตามกลุ่มเปราะบางอย่างต่อเนื่อง

สร้างความร่วมมือกับครอบครัว ผู้ดูแล และอาสาสมัครให้มีบทบาทในการดูแล

“เราสอนผู้ดูแลให้ฟื้นฟูสมรรถภาพและดูแลแผลกดทับได้เอง” (ผู้ดูแล)

“บางบ้านให้ญาติมีส่วนร่วมออกแบบแผนการดูแล” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“ผู้นำชุมชนช่วยประชาสัมพันธ์และติดตามกลุ่มเปราะบาง” (ผู้นำชุมชน)

การใช้กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นเครื่องมือ

มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้เคลื่อนไหวร่างกายผ่านกิจกรรมทางกาย จิตใจ และสังคม เช่น โยคะ ลีลาศ และธาราบำบัด เสริมสร้างความรู้และเครือข่ายเพื่อนผ่านโรงเรียนผู้สูงอายุ และจัดกิจกรรมกลุ่มเล็ก เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่เพิ่งออกจากโรงพยาบาล เพื่อคงไว้ซึ่งสมรรถนะทางกายและลดภาวะพึ่งพิง

“เรามีโยคะ ลีลาศ ธาราบำบัด เพื่อให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหว” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“โรงเรียนผู้สูงอายุช่วยให้เขามีความรู้และเพื่อนใหม่” (นักวิชาการ)

“จัดกิจกรรมกลุ่มเล็กเพื่อฟื้นฟูคนที่เพิ่งออกจากโรงพยาบาล” (ผู้ดูแล)

การพัฒนาระบบด้วยความร่วมมือจากโครงการ JICA

มีการนำองค์ความรู้จากต่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศญี่ปุ่น มาปรับใช้ในการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ โครงการ JICA มีบทบาทสำคัญในการถ่ายทอดแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง (Continuum of Care) และการจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบ การอบรมช่วยเพิ่มศักยภาพของ Caregiver และ Care Manager ทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้เกิดระบบการดูแลระยะยาวที่ชัดเจน มีการวางแผนเป็นขั้นตอน และเหมาะสมกับบริบทของชุมชน

“ไปดูงานญี่ปุ่นแล้วนำวิธีการจัดศูนย์ฟื้นฟูและระบบดูแลผู้สูงอายุมาปรับใช้ที่นี่” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“JICA สอนให้เราใช้แนวคิดการดูแลต่อเนื่องและการจัดการข้อมูลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ... ทำให้เห็นภาพของการปฏิบัติจริงมากขึ้น” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“การอบรมจาก JICA ทำให้ CG และ CM มีทักษะเพิ่มขึ้น (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“หลังจากที่ได้เข้าร่วมโครงการ JICA เราได้นำแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง (Continuum of Care) มาปรับใช้ ทำให้ระบบการเก็บข้อมูลและติดตามผู้สูงอายุมีความเป็นระบบมากขึ้น” (นักวิชาการ)

“JICA ช่วยให้เรามองเห็นตัวอย่างจากญี่ปุ่น ทั้งการจัดศูนย์ฟื้นฟูและการทำงานของทีมสหวิชาชีพ ซึ่งเรานำมาปรับให้เข้ากับบริบทชุมชนของเรา” (นักวิชาการ)

“โครงการ JICA ทำให้เราได้ระบบการดูแลระยะยาวที่ชัดเจน และมีการวางแผนเป็นขั้นตอน” (นักวิชาการ)

Theme ๕: ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุ

บุคลากรไม่เพียงพอต่อความต้องการการดูแล

บุคลากรด้านการดูแลผู้สูงอายุ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักกายภาพ และผู้ดูแล (care giver: CG) มีจำนวนไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับความต้องการ ทำให้การให้บริการและการติดตามดูแลไม่ทั่วถึง โดยแต่ละคนต้องรับผิดชอบหลายพื้นที่และดูแลผู้สูงอายุจำนวนมาก ส่งผลให้เวลาที่ใช้ต่อรายลดลงและอาจกระทบต่อคุณภาพการดูแล

“เจ้าหน้าที่ก็มีหลายงาน ต้องลงพื้นที่หลายชุมชน ทำให้บางครั้งเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุไม่ครบตามแผน” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“๑๘๐ คน ต้องการฟื้นฟู ๑๓๐ คน แต่นักกายภาพมีเพียง ๒ คน” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“CG ๑ คน ต้องดูแล ๕-๑๐ คน CM ๑ คน ดูแล ๕๐ คน” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“นักกายภาพต้องวิ่งดูแลหลายพื้นที่ วันหนึ่งก็รับเคสได้ไม่มาก” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“CG บางคนต้องดูแลหลายบ้าน ทำให้เวลาที่ใช้กับผู้สูงอายุแต่ละคนค่อนข้างจำกัด” (ผู้ดูแล)

“ถ้าขาด CG ไป โครงการของผู้สูงอายุจะลำบาก เพราะเขาเป็นกำลังสำคัญ” (ผู้ดูแล)

ความล่าช้าและข้อจำกัดของระบบราชการ

ขั้นตอนการเบิกอุปกรณ์และการขอรับบริการจากหน่วยงานรัฐมีความซับซ้อนและใช้เวลานาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที การส่งต่อผู้สูงอายุไปยังสถานบริการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องรอคิวนานหลายเดือน ทำให้ภาระตกอยู่กับครอบครัวและผู้ดูแล (CG) ในระหว่างรอความช่วยเหลือ ผู้ดูแล (CG) ต้องดูแลผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ทั้งอาหาร สุขอนามัย และความเป็นอยู่ จึงมีการจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือชั่วคราวในชุมชน เพื่อบรรเทาปัญหาจากความล่าช้าของระบบราชการ

“เวลาขออุปกรณ์หรือของใช้จากโครงการ ต้องทำเรื่องเบิกกับเทศบาล ขั้นตอนเยอะ รอกันเป็นเดือนกว่าจะได้ใช้” (ผู้ดูแล)

“เคยส่งเรื่องขอให้นำผู้สูงอายุไปอยู่บ้านบางละมุง รอานเกือบ ๖ เดือนถึงเป็นปี ระหว่างนั้นก็ต้องดูแลกันเอง” (ผู้ดูแล)

“ระหว่างรอคิว CG ต้องเข้าไปดูแล หาอาหาร น้ำ และทำความสะอาดบ้านให้” (ผู้ดูแล)

“การขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานอย่าง พม. (สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์) ใช้เวลานานมาก จนเราต้องตั้งกองทุนช่วยเหลือชั่วคราวให้ผู้สูงอายุในพื้นที่ก่อน” (ผู้ดูแล)

“ระบบราชการล่าช้า เอกสารยุ่งยาก ทำให้บริการไม่ทันเวลา” (ผู้นำชุมชน)

อุปกรณ์และสิ่งของจำเป็นไม่เพียงพอ

อุปกรณ์ทำแผล ผ้าอ้อม ฟันปลอม และกายอุปกรณ์บางอย่างไม่ครอบคลุมสิทธิ์หรือมีไม่เพียงพอ ต้องพึ่งการบริจาคหรือซื้อเพิ่ม

“แผลกดทับใช้อุปกรณ์เยอะมาก เบิกได้บางอย่าง แต่ไม่เพียงพอ” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“ฟันปลอมยังไม่ครอบคลุมสิทธิ์ ทำให้ผู้สูงอายุทานอาหารลำบาก” (ผู้ดูแล)

“ผ้าอ้อมให้วันละ ๓ ชิ้น บางคนต้องซื้อเพิ่มเอง” (ผู้นำชุมชน)

ข้อจำกัดของผู้ดูแลและครอบครัว

ผู้ดูแลวัยแรงงานไม่มีเวลาต้องจัดสรรเวลาระหว่างงานประจำและการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้การดูแลขาดความต่อเนื่องและประสิทธิภาพ นอกจากนี้มีข้อจำกัดด้านทักษะและความรู้เฉพาะทางอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพและการสูญเสียสมรรถภาพ

“บางบ้านไม่มีคนอยู่ดูแลตลอดเวลา ทำให้การดูแลไม่ต่อเนื่อง” (อสม.)

“บางบ้านผู้ดูแลต้องทำงานนอกบ้าน ไม่มีเวลาพลิกตัวผู้สูงอายุ ทำให้เกิดแผลกดทับ” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“บางคนต้องลาออกจากงานมาดูแล ขาดรายได้ และมีปัญหาค่าใช้จ่ายในครอบครัว” (ผู้ดูแล)

“ถ้าผู้ดูแลล้มป่วยหรือมีธุระ ก็ไม่มีคนดูแลแทน ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงติดเตียง” (ผู้นำชุมชน)

“ครอบครัวบางบ้านไม่เข้าใจวิธีดูแลผู้สูงอายุที่ถูกต้อง ทำให้ต้องพึ่ง อสม. และเจ้าหน้าที่มาช่วยบ่อย” (อสม.)

การเข้าถึงบริการและการดูแลในเวลาฉุกเฉิน

การเข้าถึงบริการฉุกเฉินยังมีข้อจำกัด โดยบางกรณีโรงพยาบาลมาถึงล่าช้าหรือไม่เพียงพอ ทำให้ต้องพึ่งพาเพื่อนบ้านหรือครอบครัวช่วยเหลือ อสม. มีบทบาทสำคัญในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และประสานการส่งต่อเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินในชุมชน การใช้บริการรถรับส่งต้องนัดหมายล่วงหน้า และในช่วงนอกเวลาราชการผู้สูงอายุต้องใช้การสื่อสารทางไกล เช่น วิดีโอคอล จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาระบบแจ้งเหตุฉุกเฉิน เช่น ปุ่มกดฉุกเฉิน เพื่อเพิ่มความรวดเร็วในการเข้าถึงบริการ

“ถ้าผู้สูงอายุหกล้มหรือมีอาการเฉียบพลัน เราต้องโทรเรียกรถจาก รพ.สต. หรือ ๑๖๖๙ แต่บางครั้งใช้เวลามากกว่าจะมาถึง” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“เคยมีกรณีผู้สูงอายุหายใจติดขัดตอนกลางคืน ต้องให้เพื่อนบ้านช่วยขับรถไปโรงพยาบาล เพราะไม่มีรถพยาบาลว่าง” (ผู้ดูแล)

“อสม. จะเป็นคนแรกที่เข้าไปช่วยปฐมพยาบาลและประสานส่งต่อเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน” (อสม.)

“ถ้ามีระบบแจ้งเหตุหรือปุ่มกดฉุกเฉินให้ผู้สูงอายุใช้ได้เอง จะช่วยให้ได้รับความช่วยเหลือเร็วขึ้น” (ผู้นำชุมชน)

“ต้องนัดล่วงหน้า ๓ วันถึงจะได้ใช้รถไปโรงพยาบาล” (ผู้ดูแล)

“บางคนไม่มีญาติไปด้วย เราต้องให้ CG ไปอยู่ด้วย” (ผู้ดูแล)

“ถ้าเกิดเหตุเสาร์-อาทิตย์ หรือกลางคืน ผู้สูงอายุต้องวิดีโอคอลให้เจ้าหน้าที่ช่วย” (ผู้นำชุมชน)

ภาพที่ ๑๓ ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค ความต่อเนื่องและยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี



การสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

จากการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า มีรูปแบบการดำเนินงานที่บูรณาการองค์ความรู้จากสหสาขาวิชาชีพและความร่วมมือของเครือข่าย ในชุมชนอย่างเป็นระบบ กล่าวได้ว่าเป็นชุมชนต้นแบบของระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยมีชุมชนเป็นฐาน หรือ “เทศบาลเมืองแสนสุขโมเดล” (Saensuk Aging Model) ซึ่งเป็นสามารถอธิบายได้ภายใต้กรอบแนวคิดเชิงระบบ (System Theory) โดยมองการดำเนินงานเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงระหว่างปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Output) เพื่อให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม มีประสิทธิภาพ และยั่งยืนในบริบทของชุมชน ได้ดังนี้ (ภาพที่ ๑๔)

๑. ปัจจัยนำเข้า (Input) ปัจจัยที่เป็นต้นทุนและทรัพยากรตั้งต้นในการขับเคลื่อนระบบ ประกอบด้วย

ทรัพยากรพื้นฐานที่ใช้ในการขับเคลื่อนระบบ การสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึง เครือข่ายความร่วมมือของชุมชน ครอบครัว และภาคส่วนต่าง ๆ ซึ่งเป็นต้นทุนสำคัญในการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ มีดังนี้

๑.๑ กลุ่มเป้าหมายและบริบทพื้นที่: ประชากรผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นและมีความเปราะบางสูง ทั้งกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง และกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพัง

๑.๒ บุคลากรและทีมสหวิชาชีพ: มีการบูรณาการกำลังคนจากหลายสาขา ได้แก่ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย ผู้จัดการการดูแล (Care Manager: CM) ผู้ดูแล (Caregiver: CG) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้นำชุมชน และนักวิชาการ

๑.๓ งบประมาณและทรัพยากร: งบประมาณสนับสนุนจากเทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำหรับการดูแลระยะยาว (Long Term Care) รวมถึงทรัพยากรทางการแพทย์ เช่น เตียงลม เครื่องออกซิเจน ผ้าอ้อม และรถบริการรับ-ส่ง

๑.๔ ภาคีเครือข่ายและความร่วมมือ: ความร่วมมือจากองค์กรภายนอก เช่น องค์การความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น (JICA) ภาคเอกชน สถาบันการศึกษา (นิสิตพยาบาล) และเครือข่ายระดับชุมชน เช่น วัด หรือชมรมผู้สูงอายุ

๒. กระบวนการ (Process)

กระบวนการดำเนินงานเน้นการทำงานเชิงรุกและการใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based) ดังนี้

๒.๑ การประเมินและจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan): ทีมสหวิชาชีพพร้อมกันลงพื้นที่ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) และวางแผนการดูแลแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

๒.๒ การทำงานเชิงรุกและติดตามอย่างต่อเนื่อง: มีการลงเยี่ยมบ้านโดย CM, CG และ อสม. เพื่อให้การพยาบาล ทำกายภาพบำบัด ฟื้นฟูสมรรถภาพ และติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ

๒.๓ การส่งเสริมแนวคิด Active Aging: จัดตั้งศูนย์กิจกรรมและโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อขับเคลื่อนกิจกรรมทางกาย จิตใจ และสังคม เช่น โยคะ ลายแคนซ์ ลีลาศ และธาราบำบัด ช่วยคงสมรรถภาพและลดภาวะสมองเสื่อม

๒.๔ การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลและครอบครัว: ทีมสหวิชาชีพถ่ายทอดความรู้และสอนทักษะให้แก่ครอบครัวและผู้ดูแล เช่น การพลิกตะแคงตัวป้องกันแผลกดทับ และการทำกายภาพบำบัด เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ด้วยตนเอง

๒.๕ การพัฒนาพื้นที่ชุมชนให้เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ: พัฒนาทั้งพื้นที่อยู่อาศัยและพื้นที่สาธารณะให้สอดคล้องกับมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก เพื่อส่งเสริมความปลอดภัย การเข้าถึง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

๒.๖ การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเข้ามาใช้ในการดูแล: เพื่อเพิ่มความปลอดภัยและการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เช่น ระบบติดตามและแจ้งเหตุฉุกเฉินที่เชื่อมต่อการช่วยเหลือทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว และระบบ Tele-health ผ่านเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

๒.๕ การพัฒนาระบบและบริหารจัดการข้อมูล: นำองค์ความรู้และแนวทางการดูแลต่อเนื่องจากโครงการ JICA มาประยุกต์ใช้ในการจัดระบบข้อมูล การทำศูนย์ฟื้นฟู และพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวให้เป็นขั้นตอนชัดเจน

๒.๖ การประสานงานและส่งต่อบริการ: มีระบบคัดกรองสุขภาพ ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาเฉพาะด้าน ให้บริการเยี่ยมอุปกรณ์การแพทย์ และจัดรถรับ-ส่งไปตรวจตามนัดหรือทำกายภาพบำบัด

๓. ผลลัพธ์ (Output)

ผลผลิตที่เกิดขึ้นโดยตรงจากกระบวนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีดังนี้

๓.๑ ผู้สูงอายุได้รับบริการที่ครอบคลุมและตรงจุด: ผู้สูงอายุทั้งกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง ได้รับบริการตามแผนการดูแล (Care Plan) ที่สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละบุคคล จากรายงานการจำแนกผู้สูงอายุจำนวน ๘,๖๑๗ คน สามารถแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น ๓ กลุ่ม เพื่อให้การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรเป็นไปอย่างเหมาะสมและตรงตามความต้องการ ได้แก่

๑) กลุ่มติดสังคม (๕๘.๑๑%) มุ่งเน้นการป้องกันการเจ็บป่วยและการส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีพลัง (Active Aging)

๒) กลุ่มติดบ้าน (๓๙.๕๓%) เน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อคงความสามารถในการพึ่งพาตนเอง

๓) กลุ่มติดเตียง (๒.๓๖%) ให้การดูแลเฉพาะทางภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care) โดยทีมสหวิชาชีพ

๓.๒ ผู้ดูแลและครอบครัวมีความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุ: ครอบครัว อสม. และผู้ดูแล (CG) มีความรู้ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติการดูแลสุขภาพพื้นฐานและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายผู้สูงอายุที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

๓.๓ การเข้าถึงทรัพยากรและสวัสดิการเพิ่มขึ้น: ผู้สูงอายุเข้าถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสิ่งของอุปโภค (เช่น ผ้าอ้อม) และมีบริการรับ-ส่งที่ช่วยลดอุปสรรคในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล

๓.๔ เกิดพื้นที่ทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ: ศูนย์กิจกรรมและชมรมผู้สูงอายุกลายเป็นพื้นที่กลางที่สร้างเครือข่ายทางสังคม ช่วยให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ ลดความโดดเดี่ยว และเกิดความรู้ใหม่ๆ

๔. ผลกระทบ (Outcome)

ผลลัพธ์ระยะยาวที่สร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกต่อชุมชนและสังคม ดังนี้

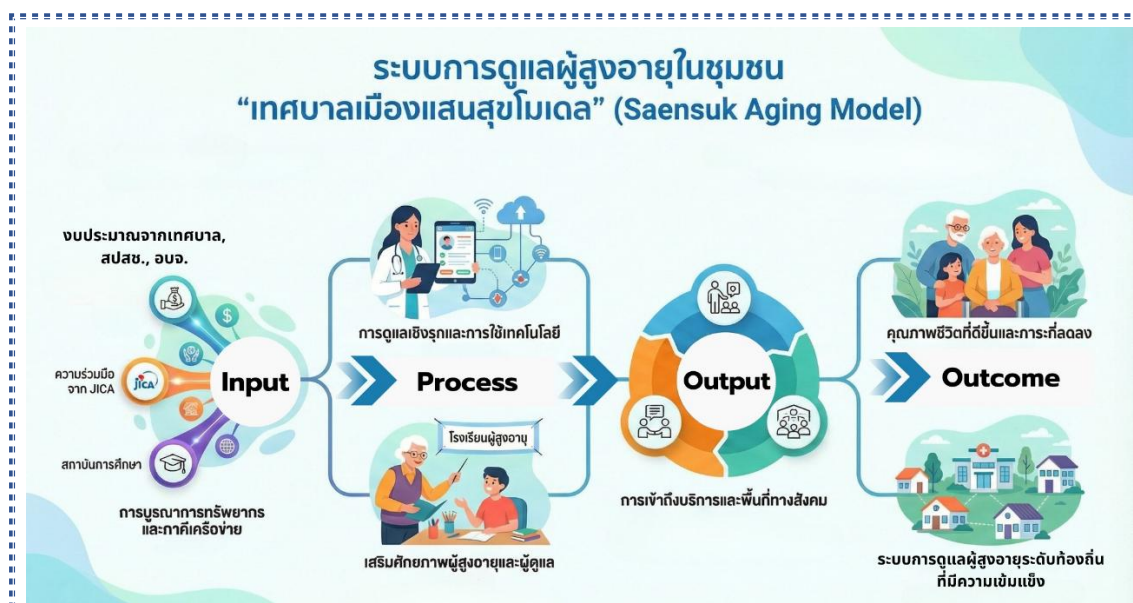
๔.๑ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างยั่งยืน: ผู้สูงอายุสามารถคงสมรรถนะทางร่างกาย ชะลอความเสื่อมถอย ลดความเสี่ยงในการเปลี่ยนจากกลุ่มติดบ้านเป็นติดเตียง และป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น โรคซึมเศร้า

๔.๒ ลดภาระของครอบครัวและผู้ดูแล: การสนับสนุนจากระบบช่วยลดความเครียด ความเหนื่อยล้า และบรรเทาผลกระทบทางเศรษฐกิจต่อผู้ดูแลที่อยู่ในวัยแรงงาน

๔.๓ ลดค่าใช้จ่ายทางสาธารณสุขของหน่วยงาน: การดูแลเชิงรุกที่สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การหกล้มจนเป็นอัมพาต หรือแผลกดทับรุนแรง ช่วยลดงบประมาณการดูแลระยะยาวของเทศบาล และระบบสาธารณสุขได้

๔.๔ ระบบการดูแลผู้สูงอายุระดับท้องถิ่นมีความเข้มแข็ง: เกิดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่ขับเคลื่อนด้วยพลังชุมชน (Community-based) อย่างแท้จริง ซึ่งช่วยเสริมความแข็งแกร่งและสร้างความยั่งยืนให้กับระบบสาธารณสุขระดับท้องถิ่นในการรองรับสังคมสูงวัย และสามารถนำระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน “เทศบาลเมืองแสนสุขโมเดล” (Saensuk Aging Model) ไปต่อยอดในการพัฒนา ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติได้จริงในบริบทของสังคมเมือง กึ่งเมือง หรือกึ่งชนบท เป็นต้น

ภาพที่ ๑๔ ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน “เทศบาลเมืองแสนสุขโมเดล” (Saensuk Aging Model)



บทที่ ๔

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion & Conclusion)

จากผลการวิจัย เรื่อง การบูรณาการสรรพศาสตร์เพื่อรองรับสังคมสูงวัยและสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุ (ไทยอารี) สามารถอภิปรายผลให้สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่กำหนดไว้ โดยพิจารณา ทั้งโครงสร้างระบบ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน ผลลัพธ์ และผลกระทบของระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าระบบการดูแลมีองค์ประกอบที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม อีกทั้งความรู้และประสบการณ์ของบุคลากร ผู้ดูแล และเครือข่ายชุมชนมีบทบาทสำคัญต่อประสิทธิภาพของการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ปัจจัยด้านการบูรณาการความร่วมมือ การสนับสนุนจากภาครัฐ การมีส่วนร่วมของชุมชน และการใช้เทคโนโลยี ล้วนมีความสัมพันธ์กับความสำเร็จ ความต่อเนื่อง และความยั่งยืนของระบบ ขณะเดียวกันยังพบข้อจำกัดด้านทรัพยากรและอัตรากำลังบุคลากรที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน ดังนั้น การอภิปรายผลจึงมุ่งเชื่อมโยงข้อค้นพบกับแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่ออธิบายความหมายเชิงลึกของระบบการดูแลผู้สูงอายุในบริบทชุมชนอย่างครอบคลุม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย ข้อ ๑ ระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการของชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุขมีองค์ประกอบที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างครอบคลุม

ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ ๑ อย่างชัดเจน โดยแสดงให้เห็นว่าระบบการดูแลผู้สูงอายุของเทศบาลเมืองแสนสุข มีการทำงานที่เชื่อมโยงกันเป็นระบบ (System Theory) ภายใต้ “เทศบาลเมืองแสนสุขโมเดล” (Saensuk Aging Model) และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในทุกมิติได้อย่างครอบคลุม

จากผลการวิจัย พบว่า ระบบการดูแลผู้สูงอายุของเทศบาลเมืองแสนสุขมีลักษณะเป็นระบบที่องค์ประกอบต่าง ๆ เชื่อมโยงกันอย่างเป็นลำดับตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ไปจนถึงผลลัพธ์และผลกระทบ โดยในด้านปัจจัยนำเข้า มีการบูรณาการงบประมาณจากหลายภาคส่วน เช่น เทศบาล อบจ. และสปสช. ร่วมกับทรัพยากรบุคคลทั้งทีมสหวิชาชีพ ผู้นำชุมชน อสม. และผู้ดูแล (CG) รวมถึงการนำองค์ความรู้จากต่างประเทศผ่านโครงการ JICA มาประยุกต์ใช้ ขณะที่กระบวนการดำเนินงานเน้นการใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยมีการประเมินความสามารถของผู้สูงอายุ (ADL) เพื่อจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างเป็นระบบ มีการส่งต่อ พันฟู และติดตามผลด้วยเทคโนโลยีอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่ตรงตามความต้องการ ครอบคลุมมีความรู้และทักษะในการดูแลเพิ่มขึ้น และก่อให้เกิดผลกระทบเชิงบวกในระยะยาว ทั้งการลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพในระดับท้องถิ่น นอกจากนี้ ระบบยังสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมในทุกมิติและทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยในด้านสุขภาพมีการจัดบริการที่เหมาะสมตามระดับความสามารถของผู้สูงอายุ ทั้งกลุ่มติดสังคมที่ได้รับการส่งเสริม Active Aging กลุ่มติดบ้านที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ และกลุ่มติดเตียงที่ได้รับการดูแลระยะยาวผ่านทีมสหวิชาชีพ

และการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ด้านความปลอดภัยมีการนำเทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชัน Saensuk Smart Living และระบบ Smart Health มาใช้ในการติดตามและช่วยเหลือฉุกเฉินอย่างทันท่วงที ด้านสิ่งแวดล้อมมีการพัฒนาชุมชนให้เป็นเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุตามมาตรฐานสากล และด้านเศรษฐกิจและสังคมมีการสนับสนุนสวัสดิการอย่างครอบคลุม ทั้งเบี้ยยังชีพ ศูนย์เยี่ยมอุปกรณ์ทางการแพทย์ และบริการรถรับ-ส่ง ซึ่งช่วยลดข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม ดังนี้

๑. ระบบมีองค์ประกอบที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ การดำเนินงานถูกขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบผ่านกระบวนการที่เชื่อมโยงกันตั้งแต่ต้นน้ำถึงปลายน้ำ ได้แก่

๑.๑ การบูรณาการปัจจัยนำเข้า (Input): มีการเชื่อมโยงงบประมาณจากหลายภาคส่วน (เทศบาล, สปสช., อบจ.) เข้ากับทีมบุคลากรทางการแพทย์สหวิชาชีพ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้ดูแล (CG) รวมถึงประสานความร่วมมือและองค์ความรู้ระดับสากลจากโครงการ JICA ประเทศญี่ปุ่น

๑.๒ การเชื่อมโยงกระบวนการทำงานเชิงรุก (Process): ระบบเน้นการใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยทีมสหวิชาชีพจะลงพื้นที่ประเมินความสามารถ (ADL) เพื่อจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) อย่างเป็นขั้นตอน มีการส่งต่อบริการ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการจัดเก็บข้อมูลและติดตามผลอย่างเป็นระบบ

๑.๓ การส่งมอบผลลัพธ์ (Output): ผลลัพธ์ที่ได้จากระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุขหรือที่เรียกว่ากระบวนการที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับบริการตรงจุด และครอบครัวมีทักษะการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง

๑.๔ ผลกระทบที่ยั่งยืน (Outcome): ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่คืนนี้ช่วยลดภาระทางเศรษฐกิจ ลดค่าใช้จ่ายสาธารณสุขของหน่วยงาน และสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพระดับท้องถิ่น

๒. สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม ระบบนี้สามารถตอบโจทย์ความต้องการของผู้สูงอายุได้ครบทุกมิติและทุกกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

๒.๑ ตอบสนองด้านสุขภาพและการดูแลรายกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม (ร้อยละ ๕๘.๑๑) ตอบสนองด้วยการส่งเสริมแนวคิด Active Aging ผ่านศูนย์กิจกรรมและโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยและชะลอความเสื่อมของสมอง กลุ่มติดบ้าน (ร้อยละ ๓๙.๕๓) ตอบสนองด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและกายภาพบำบัด เพื่อคงความสามารถในการพึ่งพาตนเอง สำหรับกลุ่มติดเตียง (ร้อยละ ๒.๓๖) ตอบสนองผ่านระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care) ที่มีการจัดทีมสหวิชาชีพและ Caregiver ลงเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

๒.๒ ตอบสนองด้านความปลอดภัยด้วยเทคโนโลยี: มีการใช้แอปพลิเคชัน "Saensuk Smart Living" และอุปกรณ์ติดตามตัวฉุกเฉิน (Smart Safety) ที่สามารถเชื่อมต่อและส่งผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลได้ภายใน ๑๐ นาที ตอบโจทย์กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง นอกจากนี้ยังมีระบบ "Smart Health" ที่ให้อสม. นำอุปกรณ์ไปตรวจวัดสุขภาพผู้สูงอายุถึงบ้านแบบเรียลไทม์

๒.๓ ตอบสนองด้านสภาพแวดล้อมและโครงสร้างพื้นฐาน: ชุมชนได้รับการปรับสภาพแวดล้อมให้เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (Age-Friendly City) ตามมาตรฐาน WHO โดยผ่านเกณฑ์ในภาพรวมสูงถึงร้อยละ ๙๕.๓ รวมถึงได้รับการรับรองจากกรมอนามัยให้เป็นต้นแบบเมืองสุขภาพดี (Healthy City)

๒.๔ ตอบสนองด้านเศรษฐกิจ สังคม และสังคม: มีการจ่ายเบี้ยยังชีพให้ผู้สูงอายุถึง ๗,๘๑๒ คน มีการจัดตั้งศูนย์ให้บริการเยี่ยมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น เตียงลม เครื่องออกซิเจน และผ้าอ้อม รวมถึงมีบริการรถรับ-ส่งเพื่อไปโรงพยาบาลหรือทำกายภาพบำบัด ซึ่งช่วยลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ

ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า “เทศบาลเมืองแสนสุขโมเดล” (Saensuk Aging Model) เป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีจุดเด่นด้าน การบูรณาการเชิงระบบ (integrated system) โดยอาศัยฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพ ความครอบคลุมของระบบนี้สะท้อนออกมาผ่านการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ อยู่ในเกณฑ์ระดับดี เป็นเครื่องยืนยันว่าการบริหารจัดการแบบบูรณาการนี้สามารถตอบสนองและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างแท้จริง ระบบการดูแลผู้สูงอายุของเทศบาลเมืองแสนสุขสอดคล้องกับกรอบแนวคิด Integrated Care for Older People (ICOPE) และ Active Aging ขององค์การอนามัยโลก ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างสมรรถนะเชิงหน้าที่ (functional ability) และการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุในระยะยาว (WHO, ๒๐๒๒; WHO, ๒๐๒๔) การจำแนกและคัดกรองผู้สูงอายุออกเป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง เพื่อจัดสรรทรัพยากรให้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นหัวใจของระบบ long-term care ในระดับสากล (WHO, ๒๐๒๑) โดยสัดส่วนผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่สูงถึงร้อยละ ๕๘.๑๑ แสดงถึงศักยภาพของชุมชนที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะพึ่งพิง ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานว่าการมีส่วนร่วมทางสังคมและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถชะลอการเสื่อมถอยของสมรรถภาพ และลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาว (Tantuvanit, ๒๐๒๑) ในขณะที่การดูแลกลุ่มติดบ้านและติดเตียงผ่านระบบดูแลระยะยาว และทีมสหวิชาชีพ สามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของอาริซา เสาร์แก้ว (๒๕๖๕) พบว่า แนวทางสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน คือ การดูแลแบบบูรณาการผ่านการให้ความรู้ด้านสุขภาพและกายภาพบำบัด การจัดอุปกรณ์ช่วยเหลือ การเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในชุมชน และความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ระบบการดูแลปฐมภูมิจึงมีความสำคัญในการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยการผนวกบทบาทของทีมนักวิชาชีพเชื่อมโยงกับทรัพยากรและการสนับสนุนจากภาครัฐอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนเป็นกลไกสำคัญที่เสริมพลังให้ระบบการดูแลแบบบูรณาการด้านการแพทย์และสังคมในชุมชนมีศักยภาพสูงในการแก้ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน (Li, et al., ๒๐๒๔)

วิเคราะห์ความเหมือนและความแตกต่างของระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเมื่อเปรียบเทียบกับบริบทอื่นในประเทศไทยและต่างประเทศ

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ ระบบการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ที่มีความสอดคล้องกันในด้านเป้าหมาย คือ การยกระดับคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม โดยอาศัยชุมชนและครอบครัวเป็นฐาน ควบคู่กับการทำงานของทีมสหวิชาชีพและการใช้กลไกสำคัญ เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ ศูนย์กิจกรรม และเทคโนโลยี เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและส่งเสริมการดูแลเชิงรุก ขณะเดียวกัน ทุกพื้นที่ยังเผชิญความท้าทายคล้ายคลึงกัน ทั้งข้อจำกัดด้านงบประมาณ บุคลากร และภาระของผู้ดูแล อย่างไรก็ตาม แต่ละพื้นที่มีความแตกต่างตามบริบทและศักยภาพของตนเอง ทั้งในด้านกลุ่มเป้าหมายและรูปแบบการดำเนินงาน โดยบางพื้นที่เน้นการใช้ทุนชุมชน ศาสนา และภูมิปัญญาท้องถิ่น ขณะที่บางพื้นที่ให้ความสำคัญกับเทคโนโลยีและการพัฒนาเมืองอัจฉริยะ โดยเฉพาะเทศบาลเมืองแสนสุขที่มีจุดเด่นด้านการบูรณาการทรัพยากรและเทคโนโลยีระดับมหภาค ร่วมกับความร่วมมือระดับนานาชาติ สามารถสรุปประเด็นความเหมือนและความแตกต่างของระบบการดูแลผู้สูงอายุได้ดังต่อไปนี้

๑.๑ เปรียบเทียบระบบการดูแลผู้สูงอายุของเทศบาลเมืองแสนสุขกับพื้นที่อื่นในประเทศไทย

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบระบบการดูแลผู้สูงอายุระหว่าง “เทศบาลเมืองแสนสุขโมเดล” (Saensuk Aging Model) กับระบบการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นๆ ในประเทศไทย สามารถสรุปความเหมือนและความแตกต่างของการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุ ได้ดังนี้

๑.๑.๑ ความเหมือน (Similarities)

การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยลดข้อจำกัดด้านกำลังคน ระยะทาง และการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีการใช้เทคโนโลยีหลากหลาย เช่น ระบบติดตามสุขภาพ การดูแลทางไกล และระบบฉุกเฉิน เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องและความปลอดภัยในการดูแลในระดับประเทศ มีการผลักดันเทคโนโลยีขั้นสูง เช่น IoT และ AI เพื่อรองรับสังคมสูงวัย แนวโน้มนี้สะท้อนการเปลี่ยนจากการดูแลเชิงรับไปสู่การดูแลเชิงรุก ที่เข้าถึงผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๑) เน้นการดูแลโดยใช้ชุมชนและครอบครัวเป็นฐาน (Community and Family-based Care)

ทุกรูปแบบให้ความสำคัญกับการดึงศักยภาพของชุมชนมาเป็นกลไกหลักในการดูแล โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (CG) ผู้จัดการการดูแล (CM) และครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย หรือ Aging in place ได้นานที่สุด ทุกพื้นที่ขับเคลื่อนผ่าน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) CG และ CM เช่น ในอำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม มีการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ให้ CG เพื่อลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มติดบ้านติดเตียงอย่างเป็นระบบ (ยาวพานี คำด้วงและคณะ, ๒๕๖๘) เช่นเดียวกับ อำเภอปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่มีการใช้โมเดล "ตุ้มโฮม โจมค้ำ หลาน่า ผู้สูงวัย" ซึ่งเป็นการผสมผสานบริการเบ็ดเสร็จ (One stop service) ที่โรงพยาบาลเข้ากับการจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เชิงรุกและการติดตามเยี่ยมบ้านผ่าน CG และ อสม. (นิสิต บุญอะริ้ว และ กองทิพย์ ปินะกาโน, ๒๕๖๗) นอกจากนี้

โมเดลส่วนใหญ่เน้นการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และภาคประชาชน (วชิร ชนะบุตร อลิสสา รัตนตะวัน และศรีเมือง พลังฤทธิ์, ๒๕๖๘)

๒) มีเป้าหมายร่วมเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตอย่างเป็นองค์รวม

ทุกระบบมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในทุกมิติ ทั้งมิติทางร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม การดูแลไม่ได้จำกัดแค่เรื่องโรคร้ายไข้เจ็บ แต่รวมถึงการคงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ให้ได้นานที่สุด และลดภาระของผู้ดูแล (Caregiver burden) เช่น ในเทศบาลตำบลหารแก้ว อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ มุ่งเน้นตั้งแต่การให้คำแนะนำด้านโภชนาการ การจัดกิจกรรมทางพุทธศาสนาเพื่อขจัดความเครียด ไปจนถึงการส่งเสริมอาชีพโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างการจักสานและการปั่นหม้อดินเผา เพื่อยกระดับรายได้และคุณภาพชีวิต (อัญธิชา รุ่งแสง และวรญา จตุพัฒน์รังสี, ๒๕๖๒)

๓) ใช้โรงเรียนผู้สูงอายุและศูนย์กิจกรรมเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนทางสังคม

ในหลายพื้นที่ใช้โรงเรียนผู้สูงอายุและศูนย์กิจกรรมมาเป็นเครื่องมือสำคัญในการรวมกลุ่มเพื่อเป็นพื้นที่กลางในการส่งเสริมแนวทางการสูงวัยอย่างมีพลัง (Active Aging) ถ่ายทอดความรู้ส่งเสริมอาชีพ และทำกิจกรรมนันทนาการเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า เช่น ตำบลพลับพลาไชย อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี (กิตติศักดิ์ หลวงพันเทา, ๒๕๖๒) ตำบลหารแก้ว อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ (อัญธิชา รุ่งแสง และวรญา จตุพัฒน์รังสี, ๒๕๖๒) รวมถึงเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ที่ชี้ให้เห็นผลลัพธ์ชัดเจนว่า ผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรจากโรงเรียนผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมและด้านจิตใจอยู่ในเกณฑ์ที่ดี ในขณะที่ศูนย์เรียนรู้นวัตกรรมผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรีมีการต่อยอดผู้สูงอายุในโรงเรียนให้กลายเป็น "นวัตกรรมผู้สูงอายุ" ที่สามารถคิดค้นและจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรพื้นบ้าน สร้างรายได้และคุณค่าให้ตนเอง (วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัยและคณะ, ๒๕๖๕)

๔) การบูรณาการภาคีเครือข่ายและทีมสหวิชาชีพ

การบูรณาการภาคีเครือข่ายและทีมสหวิชาชีพ เป็นหัวใจสำคัญของระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-Term Care) กระบวนการทำงานของทุกระบบเน้นการบูรณาการความร่วมมือ ระหว่างทีมสหวิชาชีพทางการแพทย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.) และภาคประชาชน การเชื่อมโยงผ่าน "แผนการดูแลรายบุคคล" (Care Plan) เพื่อฟื้นฟู ADL Care Plan คือ เครื่องมือหรือ "พิมพ์เขียว" ที่เชื่อมโยงทั้ง ๓ ภาคส่วนเข้าด้วยกัน ภายใต้การบูรณาการเครือข่ายนี้ ช่วยเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ชะลอความเสื่อมถอย ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมดีขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับระบบการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชนหลายจังหวัด ได้แก่ อำเภอปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด (นิสิต บุญอะริ้ว และ กองทิพย์ ปินะกาโน, ๒๕๖๗) จังหวัดหนองบัวลำภู (อมร ทองรักษ์, ๒๕๖๘) และจังหวัดนนทบุรี (दनยรัตน์ แสงสว่าง, ๒๕๖๘) เป็นต้น

๕) ความพยายามประยุกต์ใช้เทคโนโลยี

มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการดูแลผู้สูงอายุเป็นกลไกสำคัญในการลดข้อจำกัดด้านกำลังคน ระยะทาง และการเข้าถึงบริการ โดยแต่ละพื้นที่นำเทคโนโลยีมาใช้แตกต่างกัน เช่น เทศบาลเมืองแสนสุขใช้ระบบติดตามและส่งข้อมูลสุขภาพแบบเรียลไทม์ อำเภอปทุมรัตน์ ใช้ Tele-care เชื่อมโยงชุมชนกับโรงพยาบาล (นิสิต บุญอะริ้ว และ กองทิพย์ ปินะกาโน, ๒๕๖๗) ตำบลด่านสวี อำเภอสวี จังหวัดชุมพร ใช้ระบบฉุกเฉิน ๑๖๖๙ สำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง ส่วนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี มี

การสวมใส่ (wearables) และแอปพลิเคชันสุขภาพ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถทราบข้อมูลสุขภาพ ติดตามภาวะสุขภาพ ออกกำลังกาย ฝึกสติ และเพิ่มการเข้าถึงบริการทาง การแพทย์ในรูปแบบที่ปลอดภัยและยืดหยุ่น ในขณะที่ระดับประเทศส่งเสริม Telemedicine และนโยบายประเทศไทย ๔.๐ พัฒนาเทคโนโลยีขั้นสูง เช่น IoT AI และหุ่นยนต์ดูแลผู้สูงอายุ (วชิร ชนะบุตร อลิสสา รัตนตะวัน และศรีเมือง พลังฤทธิ์, ๒๕๖๘) ทั้งนี้ เทคโนโลยีช่วยเปลี่ยนรูปแบบการดูแลจากเชิงรับเป็นเชิงรุก โดยนำบริการสุขภาพเข้าสู่ชุมชนและบ้านผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

๖) การเผชิญปัญหาและอุปสรรคที่คล้ายคลึงกัน

แทบทุกพื้นที่ภาพรวมของการดูแลผู้สูงอายุยังคงเผชิญความท้าทายในด้านการดูแล และมีข้อจำกัดทรัพยากรรวมถึงเทศบาลเมืองแสนสุข โดยมีข้อจำกัดด้านงบประมาณและจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่เพียงพอ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น ในพื้นที่ชุมชนเมือง จังหวัดนนทบุรี พบปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่ลำพังเนื่องจากบุตรหลานวัยแรงงานต้องย้ายถิ่นฐาน และการเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง (दनยรัตน์ แสงสว่าง, ๒๕๖๘) สอดคล้องกับภาพรวมของประเทศที่ระบบประกันสุขภาพระยะยาว (LTC) ยังมีความท้าทายด้านความยั่งยืนทางการเงินและความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ ภาพรวมของการดูแลผู้สูงอายุยังคงเผชิญความท้าทายในด้านความยั่งยืนทางการเงิน งบประมาณที่มีจำกัด ภาระความเครียดของผู้ดูแล (CG) รวมถึงความขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางในการดูแลระยะยาว (วชิร ชนะบุตร อลิสสา รัตนตะวัน และศรีเมือง พลังฤทธิ์, ๒๕๖๘)

๖.๑.๒ ความแตกต่าง (Differences)

ระบบการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันตามกรอบแนวคิดและจุดเน้นในการดำเนินงาน โดยสะท้อนบริบทและศักยภาพของพื้นที่ที่ไม่เหมือนกันบางพื้นที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทุกกลุ่ม ขณะที่บางพื้นที่มุ่งเฉพาะกลุ่มเป้าหมายหรือปัญหาสุขภาพเฉพาะด้าน นอกจากนี้ ระดับนโยบายยังเน้นการพัฒนาเชิงเทคโนโลยีและโครงสร้างระบบในภาพรวม แตกต่างจากระดับชุมชนที่เน้นการดูแลเชิงปฏิบัติและการมีส่วนร่วมของเครือข่าย มีรายละเอียด ดังนี้

๑) กลุ่มเป้าหมาย (Target Groups)

แต่ละพื้นที่มีการออกแบบระบบที่เจาะจงกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับความเปราะบางแตกต่างกัน ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังในชนบท ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี มุ่งเน้นแก้ปัญหาในกลุ่มนี้โดยเฉพาะ โดยเพิ่มมิติการดูแลด้าน "ความมั่นคง" (Security) ทั้งความมั่นคงทางรายได้ ที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย และส่งเสริมแนวคิด Digital Ageing หรือสังคมผู้สูงอายุออนไลน์ เพื่อให้บุตรหลานและชุมชนสามารถใช้เทคโนโลยีในการดูแลและลดความโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุได้ (บุญมี โททำ และ ศรีณย์ ฉวีรักษ์, ๒๕๖๖) กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม ในเขตสุขภาพที่ ๗ พุ่งเป้าไปที่กลุ่มผู้สูงอายุที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ โดยเน้นการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยเฉพาะการสร้างทักษะ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ เพื่อให้ผู้สูงอายุตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง (ภัทรภร แคว้นคอนนิม และ พรสุข หุ่นรินทร์, ๒๕๖๓) กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแล ในตำบลด่านสวี จังหวัดชุมพร เน้นกลุ่มติดเตียงโดยเจาะลึกไปที่การดูแลของผู้ดูแล (Caregiver) ผ่านแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ๔ ด้าน (อารมณ์ ทรัพยากร ข้อมูลข่าวสาร และการประเมินค่า) เพื่อลดความเครียดและเพิ่มทักษะให้ผู้ดูแล (วิณา ลิ้มสกุล เกศรา ตันแข่ง และกฤษณา สังขมณีจินดา,

๒๕๖๙) และในบางชุมชนเน้นการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายของชีวิต (End-of-life) จังหวัดหนองบัวลำภู มีความแตกต่างที่ครอบคลุมไปถึงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในระยะท้ายของชีวิต แบบประคับประคอง ซึ่งเป็นประเด็นที่พื้นที่อื่นไม่ได้ระบุไว้ชัดเจน (อมร ทองรักษ์, ๒๕๖๘) ทั้งนี้ เทศบาลเมืองแสนสุขกำหนดกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุทั้งหมดในพื้นที่ โดยไม่มุ่งเฉพาะกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง แต่ใช้การคัดกรองและจำแนกระดับความเปราะบาง (ติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง และผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง) เพื่อนำไปสู่การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มอย่างครอบคลุมและเหมาะสม

๒) กลไกขับเคลื่อนที่แตกต่างตามบริบท (Differences in Core Drivers)

ระบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยมีความหลากหลาย โดยแต่ละพื้นที่นำ “ทุนชุมชน” และบริบทเฉพาะของตนมาพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลที่ต่างกันไปแม้มีเป้าหมายร่วม คือ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการอยู่อาศัยในชุมชน (Aging in place) แต่เครื่องมือและแนวทางถูกออกแบบให้สอดคล้องกับทรัพยากร วัฒนธรรม และศักยภาพของพื้นที่อย่างเหมาะสม อาทิเช่น กรณีศึกษา ตำบลพลายชุมพล จังหวัดพิษณุโลก มีการใช้ทุนชุมชนและศาสนา (Community & Religious Capital) มาใช้ โดยยึดวัดและพระสงฆ์เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้และการเยียวยาจิตวิญญาณ มีการสอนทำสมาธิ และขยายผลไปสู่การจัดการสิ่งแวดล้อม เช่น การนำขยะหรือใบไม้ในวัดมาทำปุ๋ย ซึ่งช่วยสร้างอาชีพและกิจกรรมร่วมกันในชุมชน บางพื้นที่มีการประยุกต์ใช้การแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Medicine) อย่างเช่น กรณีศึกษา จังหวัดเชียงราย มีการบูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ชุมชน โดยใช้คลินิกสูงวัยดูแล ๕ กลุ่มโรคหลัก (โรคโครงสร้างกระดูก/กล้ามเนื้อ, ทางเดินอาหาร, โรคลม, ทางเดินหายใจ, ผิวหนัง) พร้อมกับส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปลูกและใช้พืชสมุนไพร/ผักพื้นบ้าน เพื่อดูแลสุขภาพตนเองและสร้างรายได้เสริม นอกจากนี้ มีการใช้เทคโนโลยีและการออกแบบเมือง (Smart City & Technology) อย่างเช่น กรณีศึกษา จ.นนทบุรี ทั้งนี้ เนื่องจากเป็นชุมชนเมืองที่มีประชากรหนาแน่น จึงใช้กลไกการออกแบบ Smart City เข้ามาช่วย บูรณาการอุปกรณ์ IoT (Internet of Things) แอปพลิเคชันติดตามข้อมูลสุขภาพ และการจัดสภาพแวดล้อมเมืองอัจฉริยะ เพื่อให้ผู้สูงอายุในเมืองสามารถพึ่งพาตนเองและเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างพื้นที่อื่นๆ ตามที่คุณยกตัวอย่างมากับ “เทศบาลเมืองแสนสุขโมเดล” มีจุดเด่นที่ต่างกันอย่างชัดเจน โดยเทศบาลเมืองแสนสุขไม่ได้พึ่งพาทุนทางศาสนาหรือภูมิปัญญาดั้งเดิมเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนระบบการดูแล แต่เลือกใช้วิธีการบูรณาการระบบสาธารณสุขสมัยใหม่ เทคโนโลยีระดับเมือง และความร่วมมือระดับสากล

อาจกล่าวได้ว่า กลไกหลักของเทศบาลเมืองแสนสุข คือ การจัดการทรัพยากรแบบบูรณาการมหภาค (Macro-Resource Integration) ที่มีการประสานงบประมาณขนาดใหญ่จากหลายภาคส่วน ได้แก่เทศบาล อบจ. สปสช. เข้ากับเครือข่ายความร่วมมือต่างประเทศ (JICA) และเทคโนโลยีการจัดการข้อมูล ทำให้แสนสุขโมเดลเป็นระบบบริการสาธารณสุขระดับท้องถิ่นที่เน้นความทันสมัย การแพทย์เชิงรุก และโครงสร้างพื้นฐานของเมืองมากกว่าการพึ่งพาวิถีชีวิตดั้งเดิมของชุมชน

๑.๒ เปรียบเทียบระบบการดูแลผู้สูงอายุของเทศบาลเมืองแสนสุขกับพื้นที่อื่นในต่างประเทศ

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบระบบการดูแลผู้สูงอายุระหว่าง “เทศบาลเมืองแสนสุขโมเดล” (Saensuk Aging Model) กับแนวปฏิบัติในระดับสากล ได้แก่ ประเทศเนเธอร์แลนด์ ญี่ปุ่น และจีน สะท้อนให้เห็นถึงทั้งความสอดคล้องและความแตกต่างในหลายมิติ ซึ่งสามารถเรียบเรียงได้อย่างเป็นระบบ ดังนี้ (Chen & Tang, ๒๐๒๕)

๑.๒.๑ ความเหมือน (Similarities)

๑) มุ่งเน้นการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based Care) และลดการพึ่งพาจากสถานสงเคราะห์ (Deinstitutionalization)

โดยภาพรวมทุกโมเดลของระบบการดูแลทั้งในประเทศเนเธอร์แลนด์ ญี่ปุ่น จีน และเทศบาลเมืองแสนสุขของไทยต่างมุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based care) และลดการพึ่งพาการดูแลแบบสถาบัน (deinstitutionalization) โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย (aging in place) ได้อย่างมีคุณภาพ ทั้งนี้ เทศบาลเมืองแสนสุขมีการดำเนินงานเชิงรุกผ่านการประเมินและการเยี่ยมบ้านในชุมชน ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดของประเทศญี่ปุ่นที่เน้น “การใช้ชีวิตในชุมชน (Life in the community)” และประเทศจีนที่พัฒนารูปแบบ “การดูแลฝังตัวในชุมชน (Community-embedded)” ที่ให้บริการในระยะเข้าถึงได้ภายใน ๑๕ นาที

๒) การบูรณาการบริการแบบพหุหน้าที่ (Multi-functional Integration)

ระบบการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละประเทศยังให้ความสำคัญกับการบูรณาการบริการแบบพหุหน้าที่ (multi-functional integration) โดยใช้ทีมสหวิชาชีพและการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (care plan) เพื่อให้การดูแลครอบคลุมแบบองค์รวมและตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลครอบครัว และชุมชน ซึ่งเป็นรูปแบบที่คล้ายคลึงกับกลยุทธ์ “การดูแลที่บ้านแบบพหุหน้าที่ขนาดเล็ก” (Small-Scale Multi-Functional Home Care) ของญี่ปุ่น ที่จำกัดผู้ใช้บริการไม่เกิน ๓๐ คนต่อศูนย์ เพื่อให้สามารถดูแลได้อย่างเฉพาะเจาะจง เช่นเดียวกับศูนย์บริการเบ็ดเสร็จในชุมชนของจีน

๓) การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเข้าช่วยเหลือ (Technology Assistance)

สำหรับในด้านการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ทุกประเทศต่างมุ่งใช้เทคโนโลยีเป็นเครื่องมือสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่น การใช้เซนเซอร์ติดตาม แพลตฟอร์มทางไกล และเครื่องมือฝึกสมอง ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของเทศบาลเมืองแสนสุขที่มีการนำระบบ Smart Health และ Smart Safety มาใช้ในการติดตามและดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

๑.๒.๒ ความแตกต่าง (Differences)

การเปรียบเทียบระบบการดูแลผู้สูงอายุในระดับสากลสะท้อนความแตกต่างด้านสภาพแวดล้อม นโยบาย และมิติทางจริยธรรมอย่างชัดเจน ประเทศพัฒนาแล้วเน้นนวัตกรรมและระบบประกันระยะยาว ขณะที่บางประเทศและท้องถิ่นเน้นการใช้ทรัพยากรชุมชนและการบูรณาการเครือข่าย นอกจากนี้ แนวทางการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตยังแตกต่างตามบริบททางกฎหมายและวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ ถึงแม้ว่าการมีระบบการดูแลผู้สูงอายุจะมีเป้าหมายร่วมกัน คือ เพื่อการคงไว้ซึ่งสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ แต่ละประเทศมีรูปแบบการดำเนินงานที่แตกต่างกันตามบริบท ดังนี้ (Chen & Tang, ๒๐๒๕)

๑) ด้านรูปแบบสภาพแวดล้อมการดูแล (care environment)

ประเทศเนเธอร์แลนด์มีนวัตกรรมรูปแบบ “หมู่บ้านผู้ป่วยสมองเสื่อม” (dementia village) ที่จำลองสภาพแวดล้อมเสมือนจริง เพื่อคงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลแบบรวมศูนย์ และใช้ทรัพยากรสูง แตกต่างจากเทศบาลเมืองแสนสุข ภูเก็ต และจีน ที่เน้นการปรับสภาพแวดล้อมในชุมชนเดิม โดยเทศบาลเมืองแสนสุขเน้นพื้นที่กิจกรรม เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ ขณะที่จีนมีการออกแบบพื้นที่สร้างสรรค์ในเขตเมือง เช่น สวนบนดาดฟ้าเพื่อรองรับผู้สูงอายุ

๒) ด้านโครงสร้างนโยบายและแหล่งงบประมาณ

ประเทศพัฒนาแล้วอย่างเนเธอร์แลนด์และญี่ปุ่นมีระบบประกันการดูแลระยะยาว (Long-Term Care Insurance: LTCI) เป็นกลไกหลักในการสนับสนุนค่าใช้จ่าย ขณะที่ประเทศจีนยังพึ่งพาแหล่งทุนที่หลากหลายและยังขาดความเป็นเอกภาพเชิงนโยบาย ในทางกลับกันเทศบาลเมืองแสนสุขใช้แนวทางการบูรณาการทรัพยากรระดับท้องถิ่น โดยอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเครือข่ายความร่วมมือระหว่างประเทศ

๓) ด้านมิติทางจริยธรรมและการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต (end-of-life care)

ประเทศเนเธอร์แลนด์มีความก้าวหน้าในเชิงกฎหมาย โดยรองรับหนังสือแสดงเจตนา ล่วงหน้าและการรณยฆาตภายใต้เงื่อนไขที่เข้มงวด ขณะที่ญี่ปุ่นสนับสนุนการเสียชีวิตที่บ้านแต่การใช้ advance directives ยังมีจำกัด ส่วนประเทศจีนยังไม่มีกรอบยอมรับเชิงกฎหมายอย่างชัดเจน ในขณะที่ระบบของเทศบาลเมืองแสนสุขยังมุ่งเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพและการวางแผนการดูแลระยะยาว มากกว่าประเด็นเชิงกฎหมายในวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ

โดยสรุป ระบบการดูแลผู้สูงอายุทั้งในระดับท้องถิ่นของเทศบาลเมืองแสนสุขและในระดับสากลมีทิศทางร่วมกัน คือ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างยั่งยืน ผ่านความร่วมมือของการทำงานของทีมสหวิชาชีพและการใช้เทคโนโลยีสนับสนุน อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างสำคัญอยู่ที่ระดับความเข้มแข็งของโครงสร้างเชิงนโยบาย กฎหมาย และระบบการเงิน โดยประเทศพัฒนาแล้วมีระบบรองรับในระดับชาติที่ชัดเจน ขณะที่โมเดลของเทศบาลเมืองแสนสุขเน้นการสร้างเสริมความเข้มแข็งจากฐานทรัพยากรและเครือข่ายในระดับพื้นที่เป็นหลัก ซึ่งสะท้อนถึงศักยภาพของการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุในบริบทท้องถิ่นของประเทศไทยได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

สมมติฐานการวิจัย ข้อ ๒ ความรู้และประสบการณ์ของบุคลากร ผู้ดูแล และเครือข่ายชุมชน มีส่วนสำคัญต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ ๒ อย่างชัดเจน โดยแสดงให้เห็นว่า ความรู้และประสบการณ์ของบุคลากร ผู้ดูแล และเครือข่ายชุมชน เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Success Factors) ที่เป็นกลไกสำคัญที่ทำให้ระบบการดูแลผู้สูงอายุในเทศบาลเมืองแสนสุขดำเนินได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาว่าแนวคิดขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (ICOPE) เน้นให้ระบบบริการใช้การประเมินอย่างเป็นระบบ การวางแผนดูแลรายบุคคล และการประสานการดูแลอย่างต่อเนื่องในระดับชุมชนเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ WHO, ๒๐๒๔) จากผลการศึกษาค้นคว้าจึงสะท้อนให้เห็นว่า “ทุนความรู้” ของบุคลากรด้านสุขภาพและผู้ดูแล เป็นฐานสำคัญของการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่ ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ใน ๓ ประเด็นหลัก ดังนี้

๑. การยกระดับความรู้ของบุคลากรผ่านเครือข่ายระดับสากล ความรู้และประสบการณ์ที่เป็นรากฐานสำคัญของระบบนี้ เกิดจากการได้รับการสนับสนุนและร่วมมือกับองค์การความร่วมมือระหว่างประเทศแห่งญี่ปุ่น (JICA) โดยเทศบาลได้คัดเลือกบุคลากร ทีมสหวิชาชีพ ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ประมาณ ๒๐๐ คน ไปศึกษาดูงานและอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุ ณ ประเทศญี่ปุ่น การนำองค์ความรู้ที่ได้ เช่น แนวคิดการดูแลต่อเนื่อง (Continuum of Care) มาประยุกต์ใช้ ทำให้ระบบการจัดการข้อมูลและการประเมินผู้สูงอายุมีความเป็นระบบและมีขั้นตอนที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ผลจากการพัฒนาศักยภาพนี้ ทำให้ผู้สูงอายุทุกกลุ่ม (ติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง) จำนวนกว่า ๑,๕๐๐ คนได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผลการวิจัยนี้สอดคล้องอย่างชัดเจนกับแนวคิด Integrated Care for Older People (ICOPE) ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การดูแลแบบบูรณาการ และการจัดบริการแบบยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง (person-centered care) ภายใต้ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและชุมชน (WHO, ๒๐๒๔) ยืนยันด้วยผลการศึกษาของ Heras et al. (๒๐๒๖) ที่ทำการศึกษาผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปใน ๗ เทศบาลของประเทศอันดอร์รา โดยใช้แนวทาง ICOPE พบว่า การปรับเครื่องมือคัดกรองให้เหมาะสมกับบริบทช่วยเพิ่มความแม่นยำ โดยเฉพาะด้านการรู้คิดและอารมณ์ และระบบนี้สามารถขยายผลจากพื้นที่นำร่องสู่ระดับประเทศได้ การคัดกรองสามารถระบุผู้ที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องได้จำนวนมาก แสดงถึงศักยภาพในการเชื่อมโยงบริการสุขภาพและสังคมแบบบูรณาการ นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนจาก JICA และการถ่ายทอดองค์ความรู้จากประเทศญี่ปุ่น ส่งผลให้บุคลากรสามารถนำแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง (continuum of care) และการประเมินแบบองค์รวม (intrinsic capacity) มาประยุกต์ใช้ (JICA, ๒๐๒๒) ซึ่งสอดคล้องกับบริบทในประเทศไทยมีการประยุกต์กรอบแนวคิด ICOPE ลงมาสู่การปฏิบัติจริงในระดับชุมชนและปฐมภูมิ มุ่งเน้นการตรวจคัดกรอง ประเมินเชิงลึก วางแผนการดูแลรายบุคคล และติดตามต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ เป็นการเปลี่ยนผ่านจากการตั้งรับรักษาการเจ็บป่วยในโรงพยาบาลไปสู่การประเมินเชิงรุกเพื่อป้องกัน ชะลอ และฟื้นฟูสมรรถนะของผู้สูงอายุได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น (ชัยณภาค ขุนพิลึก, ๒๕๖๖)

๒. การถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์สู่ผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ดูแล และสังคมวงกว้าง เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยยกระดับประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุในระดับครัวเรือนอย่างชัดเจน โดยทีมสหวิชาชีพไม่ได้ทำหน้าที่เพียงให้บริการ แต่ยังลงพื้นที่เพื่อถ่ายทอดความรู้และฝึกทักษะเชิงปฏิบัติ เช่น การกายภาพบำบัด การจัดทำทาง และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ตรง และสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง นอกจากนี้ การเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติจริงช่วยเสริมความมั่นใจและลดภาระของผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ควบคู่กับการขยายองค์ความรู้ผู้สูงอายุและชุมชนผ่านกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำให้เกิดการพึ่งพาตนเองมากขึ้นในระดับบุคคลและครอบครัว ดังนั้น การมีบุคลากรที่มีความรู้ ผู้ดูแลที่มีทักษะ และเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็ง จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ระบบการดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพ ลดการพึ่งพิงบริการในโรงพยาบาล และนำไปสู่ความยั่งยืนของระบบภายใต้ “เทศบาลเมืองแสนสุขโมเดล” จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมผู้ดูแลจึงมีความจำเป็น เพื่อเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแล ช่วยลดภาระผู้ดูแล และ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปลอดภัยที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wongpimoln et al. (๒๐๒๕) ที่พบว่า การฝึกอบรมผู้ดูแลมุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ครอบคลุม

โภชนาการ การออกกำลังกาย สุขภาพจิต และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะ ปฏิบัติจริงและส่งเสริมกิจกรรมนันทนาการ ส่งผลให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

๓. ประสบการณ์การทำงานแบบบูรณาการของเครือข่ายชุมชน ประสบการณ์การทำงานร่วมกัน เป็นทีมสหวิชาชีพ (ประกอบด้วย พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย) ร่วมกับ ผู้จัดการการดูแล (CM), ผู้ดูแล (CG) และ อสม. เป็นพันธมิตรที่สำคัญที่ทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพ โดยมีการใช้ประสบการณ์ของแต่ละวิชาชีพมาบูรณาการเพื่อประเมินความสามารถ และวางแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ร่วมกัน นอกจากนี้ เครือข่ายในพื้นที่อย่าง ผู้นำชุมชนและ อสม. ได้ใช้ประสบการณ์และความคุ้นเคยในพื้นที่ ในการช่วยค้นหา ติดตาม เฝ้าระวังกลุ่มเปราะบาง ประสานงานส่งต่อผู้ป่วย รวมถึงช่วยประสานขอรับอุปกรณ์ทางการแพทย์และสิ่งของช่วยเหลือได้อย่างทันที่ทั่วถึง อาจกล่าวได้ว่า การทำงานข้ามวิชาชีพช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุมีความครอบคลุมและสอดคล้องกับความต้องการรายบุคคลมากยิ่งขึ้น เนื่องจากแต่ละวิชาชีพได้นำความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านมาบูรณาการในการประเมินและจัดทำแผนการดูแล (Care Plan) อย่างเหมาะสม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้งในและต่างประเทศ โดยการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Hayes et al. (๒๐๒๖) พบว่า การดูแลโดยทีมสหวิชาชีพในชุมชนช่วยเพิ่มความสามารถในการดำรงชีวิต (functional status) ลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการในระยะยาวในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนในบริบทประเทศไทย ผลการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของชัยณภาค ขุนพิลิก (๒๕๖๖) ที่พบว่า ระบบการดูแลแบบบูรณาการในระดับปฐมภูมิช่วยเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลและส่งเสริมการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ

การผนวกบทบาทของทีมนสหสาขาวิชาชีพเชื่อมโยงกับทรัพยากรและการสนับสนุนจากภาครัฐอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนเป็นกลไกสำคัญที่เสริมพลังให้ระบบการดูแลแบบบูรณาการด้านการแพทย์และสังคมในชุมชนมีศักยภาพสูงในการแก้ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน (Li, et al., ๒๐๒๔) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Wongpimoln et al. (๒๐๒๕) ที่รายงานว่า การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและการทำงานร่วมกับเครือข่ายชุมชนส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับนโยบายและการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) ที่เน้นบทบาทของ Care Manager (CM) Caregiver (CG) และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, ๒๕๖๕; สุธิดา แจ่มประจักษ์, ๒๕๖๖) รวมทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยของธัญญนิช คำพอง และสุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์ (๒๕๖๘) พบว่า การเยี่ยมบ้านร่วมกับการถ่ายทอดทักษะการดูแล เช่น การเคลื่อนไหวและการป้องกันแผลกดทับ ช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ

สมมติฐานการวิจัย ข้อ ๓ ปัจจัยด้านการบูรณาการเครือข่าย การสนับสนุนจากภาครัฐและท้องถิ่น การมีส่วนร่วมของชุมชน และการใช้เทคโนโลยี มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จ ความต่อเนื่อง และความยั่งยืนของระบบการดูแลผู้สูงอายุ ขณะที่ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและอัตรากำลังของบุคลากรด้านสุขภาพเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน

ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ ๓ อย่างชัดเจน โดยแสดงให้เห็นถึงภาพรวมของระบบที่มีทั้ง "ปัจจัยแห่งความสำเร็จ" ที่ขับเคลื่อนให้ระบบเดินหน้าได้อย่างยั่งยืน และ "ปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัด" ที่เป็นความท้าทายสำคัญในการปฏิบัติงานจริง ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ ๒ ส่วนหลัก ดังนี้

ส่วนที่ ๑: ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ความต่อเนื่อง และความยั่งยืนของระบบการดูแลผู้สูงอายุ ของ "เทศบาลเมืองแสนสุขโมเดล" เกิดจากการสอดประสานกันของ ๔ ปัจจัยหลัก ได้แก่

๑. การบูรณาการเครือข่าย (Network Integration): ความสำเร็จเกิดจากการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพอย่างแท้จริง โดยมีการบูรณาการระหว่าง พยาบาล นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักโภชนาการ ทำงานร่วมกับ ผู้จัดการการดูแล (CM) ผู้ดูแล (CG) และ อสม. เพื่อประเมิน วางแผน (Care Plan) และลงพื้นที่เยี่ยมบ้านเชิงรุก นอกจากนี้ยังมีการบูรณาการเครือข่ายระดับสากลผ่านโครงการ JICA จากประเทศญี่ปุ่น ที่เข้ามาช่วยวางระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) และการจัดการข้อมูลอย่างเป็นขั้นตอน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อนุตย์ ปุริสังข์ และคณะ (๒๕๖๗) พบว่า การจัดบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนนั้นวิสัยทัศน์ของผู้นำ ศักยภาพของทีมดำเนินงาน และทุนทางสังคมของชุมชนถือเป็นปัจจัยของความสำเร็จที่สำคัญ ต้องอาศัยความสามัคคีของคนในชุมชนและองค์กรที่เกี่ยวข้องในการทำงานร่วมกันของ ๓ ภาครีเครือข่าย ได้แก่ โรงพยาบาล องค์กรบริหารส่วนตำบล และองค์กรภาคประชาชน ทำให้เกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุจังหวัดมหาสารคาม ที่เรียกว่า ๔Cs Model (Collaboration, Consciousness, Center of working, Coverage of management) กล่าวได้ว่า ความสำเร็จของระบบยังเกิดจากการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการมีส่วนร่วมของชุมชนในระดับพื้นที่ ซึ่งประกอบด้วยเครือข่ายสำคัญ เช่น วัด และโรงเรียนผู้สูงอายุ ที่ร่วมกันบริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า การทำงานร่วมกันในลักษณะนี้ส่งผลให้เกิดเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็ง และนำไปสู่การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (age-friendly community) อย่างเป็นรูปธรรม อีกทั้งยังเอื้อต่อการจัดการบริการสุขภาพและการสนับสนุนด้านจิตใจที่มีความรวดเร็ว เข้าถึงง่าย และสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในบริบทของชุมชนได้อย่างเหมาะสม (พิมลรัตน์ ชื่นบาน และ ยุทธนา แยกคาย, ๒๕๖๖; Hayes et al. (๒๐๒๖) ยืนยันด้วยผลการศึกษาของ ดนยรัตน์ แสงสว่าง (๒๕๖๘) เกี่ยวกับการพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเมืองเป็นฐานในจังหวัดนนทบุรี พบว่า การพึ่งตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง จำเป็นต้องอาศัยระบบสนับสนุนและเครือข่ายทางสังคมที่มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยเสริมสร้างสุขภาพที่ดี มีคุณภาพชีวิต และความสามารถในการใช้ชีวิตอย่างอิสระในบริบทของชุมชน ผู้สูงอายุที่มีเครือข่ายทางสังคมเข้มแข็งมีแนวโน้มที่จะดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น มีความตระหนักรู้ และสามารถรับมือกับภาวะเจ็บป่วยหรือความเสื่อมของร่างกายได้ดีกว่า อาจกล่าวได้ว่า ภาครีเครือข่ายในชุมชนมีบทบาทสำคัญในการร่วมกันพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ละมัย บุญเชิด ชนะพล ศรีฤชา วิณา อิศรางกูร ณ อยุธยา, ๒๕๖๘) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ บุญเลิศ แก้วทิพย์ และคณะ

(๒๕๖๔) ที่พบว่าการจัดบริการสุขภาพเชิงรุกโดยอาสาสมัครสาธารณสุขช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุในชุมชน

๒. การสนับสนุนจากภาครัฐและท้องถิ่น (Government & Local Support): มีการสนับสนุนทรัพยากรตั้งต้นที่เข้มแข็งจากองค์กรต่างๆ เช่น การจัดสรรงบประมาณจากเทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อสนับสนุนสวัสดิการเบี้ยยังชีพ ศูนย์เยี่ยมอุปกรณ์ทางการแพทย์ (เตียงลม เครื่องออกซิเจน) เป็นการแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำได้ตรงจุด สอดคล้องกับข้อเสนอเชิงนโยบายจากงานวิจัยในพื้นที่อื่น เช่น จังหวัดมหาสารคาม ที่เสนอให้สนับสนุนการจัดตั้งศูนย์กายอุปกรณ์ในชุมชน เพื่อช่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งครอบครัวมีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ (เยาวพาณี คำด้วง และคณะ, ๒๕๖๘) และการมีบริการรถรับ-ส่งของเทศบาลเมืองแสนสุขเป็นกลไกสำคัญในการทลายอุปสรรคการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยแก้ปัญหาหลักของผู้สูงอายุ เช่น ไม่มีผู้พามา ระยะทางไกล และค่าใช้จ่ายสูง สอดคล้องกับหลักการบริการปฐมภูมิด้านการเข้าถึง (First contact accessibility) และช่วยให้การดูแลรักษาเป็นไปอย่างต่อเนื่อง (นิสิต บุญอะริ้ว และกองทิพย์ ปินะกาโน, ๒๕๖๗) ทั้งนี้ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีความครอบคลุมและยั่งยืนโดยส่วนใหญ่เกิดจากการบูรณาการความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาลเมืองแสนสุขได้รับการสนับสนุนจาก สปสช. สอดคล้องกับภาพรวมของประเทศ โดยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ระบบการดูแลระยะยาวของไทยถูกผลักดันอย่างเป็นทางการโดยความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ซึ่งโครงสร้างการเงินหลักที่หล่อเลี้ยงระบบ LTC ในระดับชุมชนล้วนมาจากกองทุน สปสช. และกองทุนสุขภาพท้องถิ่น (วชิร ชนะบุตร อลิสสา รัตนตะวัน และศรีเมือง พลังฤทธิ์, ๒๕๖๘) เช่นเดียวกับในพื้นที่ตำบลโนนแดง จังหวัดมหาสารคาม ที่ความสำเร็จของการจัดอบรมผู้ดูแลและทำแผนดูแลรายบุคคล (Care Plan) เกิดจากการบูรณาการร่วมกับงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นตำบล (เยาวพาณี คำด้วง และคณะ, ๒๕๖๘) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปันณทัต บุนขุนทด และคณะ (๒๕๖๗) ระบุชัดเจนว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา คือ การมีผู้นำชุมชนที่มีวิสัยทัศน์ชัดเจน ทำให้สามารถขับเคลื่อนกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการปฐมภูมิ และภาคประชาชนอย่างเป็นระบบ (วชิร ชนะบุตร อลิสสา รัตนตะวัน และศรีเมือง พลังฤทธิ์, ๒๕๖๘)

นโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ และกองทุนสวัสดิการชุมชน มีความสำคัญต่อการเข้าถึงและดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวหรืออยู่ลำพัง สอดคล้องกับ จารุวรรณ แก้วประเสริฐ และคณะ (๒๕๖๒) ที่พบว่า การจัดชมรมผู้สูงอายุและการมีอาสาสมัคร ช่วยเพิ่มความถี่การเข้าถึงบริการ และนฤมล ยิ่งยงวัฒนา (๒๕๖๑) ที่รายงานว่า กองทุนสวัสดิการชุมชนช่วยสร้างความมั่นคงด้านการดูแลผู้สูงอายุและเพิ่มการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ นอกจากนี้ การส่งเสริมชุมชนเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุด้วยการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานร่วมกับการเสริมสร้างกิจกรรมทางสังคม ช่วยให้คะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสูงขึ้น (ศิริพร ชัยวงษ์ และคณะ, ๒๕๖๕) ซึ่งการมีนโยบายท้องถิ่นสนับสนุนอย่างชัดเจนเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการพัฒนาชุมชนเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (วิไลวรรณ สุนทรนนท์, ๒๕๖๔) ทั้งนี้ สมบัติ โพธิ์ทอง (๒๕๖๔) มีข้อค้นพบจากการศึกษาว่าการกำหนดนโยบายผู้สูงอายุระดับท้องถิ่นต้องอิงข้อมูลสุขภาพและบริบทของสังคมในพื้นที่ สอดคล้อง

กับการศึกษาของ รัชนีวรรณ นามวงศ์ (๒๕๖๒) ที่ศึกษาการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ดูแลผู้สูงอายุในเทศบาล พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยให้การปรับนโยบายมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

๓. การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation): ระบบยึดชุมชนเป็นฐาน (Community-based) โดยดึงครอบครัว อสม. และผู้นำชุมชนเข้ามาเป็นกลไกสำคัญ มีการถ่ายทอดความรู้ให้ผู้ดูแลสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุได้เองที่บ้าน รวมถึงการสร้างพื้นที่ส่วนรวมผ่านศูนย์กิจกรรมและโรงเรียนผู้สูงอายุ ที่ช่วยเสริมพลังทางสังคม ลดความโดดเดี่ยว และส่งเสริมแนวคิด Active Aging การดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเป็นแนวทางสำคัญที่มุ่งเสริมศักยภาพของคนในพื้นที่ให้เป็นกลไกหลักของระบบ โดยมี อสม. ผู้ดูแล (CG) ผู้จัดการการดูแล (CM) และครอบครัว เข้ามามีบทบาทร่วมกันอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิมได้อย่างต่อเนื่อง (aging in place) การดำเนินงานในหลายพื้นที่อาศัยเครือข่ายดังกล่าวเป็นแกนหลัก โดยมีการพัฒนาศักยภาพของ CG ผ่านการอบรมและลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบ (นิสิต บุญอะริณ และ กองทิพย์ ปินะกาโน, ๒๕๖๗; เยาวภาณี คำด้วง และคณะ, ๒๕๖๘) สอดคล้องกับ Tantuvanit (๒๐๒๑) ที่นำเสนอ “Best Practices” ของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เช่น การทำแผนที่สุขภาพผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสม และการเยี่ยมบ้านร่วมกับญาติและเพื่อนบ้าน เพื่อสนับสนุนการดูแลและขยายในระดับครัวเรือนและหมู่บ้านอย่างยั่งยืน จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในพื้นที่ศึกษาไม่ได้เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุถึงร้อยละ ๘๖.๘ และไม่ได้ทำกิจกรรมจิตอาสาร้อยละ ๗๐.๒ ซึ่งอาจเกิดจากข้อจำกัดด้านโอกาสเข้าถึง กำลังร่างกาย หรือแรงจูงใจ ทั้งนี้จากการศึกษาของ จารุวรรณ แก้วประเสริฐ และคณะ (๒๕๖๒) พบว่า การจัดชมรมผู้สูงอายุและการมี อสม. ช่วยเพิ่มความถี่การเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุมากขึ้น ดังนั้น ผลการวิจัยนี้บ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นของการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ไม่เพียงเน้นการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวเท่านั้น แต่ต้องขยายสู่การสร้างโอกาสในการมีส่วนร่วมทางสังคม ส่งเสริมการจัดตั้งกลุ่มหรือกิจกรรมที่เหมาะสมกับศักยภาพของผู้สูงอายุ และสนับสนุนผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังให้เข้าถึง ทั้งเครือข่ายผู้ดูแลและกิจกรรมสังคม เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน ยืนยันด้วยผลการศึกษา ของ ศิริประภา หล้าสิงห์ สมัทนา กลางคร และศิรินาถ ตงศิริ (๒๕๖๓) พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตและมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

๔. การใช้เทคโนโลยี (Technology Utilization): เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มความปลอดภัยและประสิทธิภาพการดูแล ได้แก่ แอปพลิเคชัน “Saensuk Smart Living” ที่เชื่อมโยงฐานข้อมูล, ระบบ “Smart Safety” ซึ่งเป็นอุปกรณ์ติดตามพิกัดและปุ่มฉุกเฉินที่สามารถส่งทีมแพทย์เข้าช่วยเหลือได้ภายใน ๑๐ นาที และระบบ “Smart Health” ที่ อสม. นำแท็บเล็ตและอุปกรณ์ตรวจวัดสุขภาพไปเยี่ยมบ้าน เพื่อสื่อสารกับพยาบาลได้แบบเรียลไทม์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Fernandes et al. (๒๐๒๕) เกี่ยวกับทิศทางการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุสมัยใหม่ พบว่า telehealth, remote monitoring และ ICT-based integrated care สามารถสนับสนุนการติดตามอาการ การฟื้นฟู การตัดสินใจทางคลินิก และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ โดยเฉพาะในระบบที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือในชุมชน เทคโนโลยีจึงทำหน้าที่ไม่ใช่แค่ “เครื่องมือ” แต่เป็น “ตัวเชื่อม” ระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว อสม. และบุคลากรสุขภาพ กล่าวได้ว่าเทคโนโลยีมีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนระบบการดูแลผู้สูงอายุจากเชิงรับสู่เชิงรุก โดยเชื่อมโยงบริการจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนและครัวเรือน ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

(นิสิต บุญอะริ้ว และกองทิพย์ ปินะกาโน, ๒๕๖๗; วชิร ชนะบุตร อลิสสา รัตนตะวัน และศรีเมือง พลังฤทธิ์, ๒๕๖๘) สอดคล้องกับผลการศึกษาของของ Zhao et al. (๒๐๒๒) ที่ยืนยันว่าระบบสุขภาพอัจฉริยะ (smart health systems) สามารถเพิ่มความสะดวก ลดระยะเวลารอคอย และเพิ่มคุณภาพการดูแลในชุมชน โดยผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับความสะดวกในการเข้าถึง ระดับคุณภาพบริการ และค่าใช้จ่ายเป็นปัจจัยหลักในการเลือกใช้บริการ ทั้งนี้สอดคล้องกับ สุวิมล ศรีสุข และคณะ (๒๕๖๔) ที่พัฒนาระบบติดตามสุขภาพผู้สูงอายุผ่านสมาร์ทโฟนในชุมชน ทำให้การติดตามต่อเนื่องและแม่นยำมากขึ้น

ส่วนที่ ๒: ปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดในการดำเนินงาน แม้ระบบจะถูกออกแบบมาอย่างดี แต่ในทางปฏิบัติยังคงพบอุปสรรคที่อาจกระทบต่อประสิทธิภาพและความยั่งยืนในระยะยาว ได้แก่

๑. ข้อจำกัดด้านอัตรากำลังบุคลากร (Personnel Shortages): จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ตัวอย่างที่ชัดเจนคือ มีผู้สูงอายุที่ต้องการทำกายภาพบำบัดถึง ๑๓๐ คน แต่นักกายภาพบำบัดเพียง ๒ คน ทำให้ต้องจัดลำดับความสำคัญและรอคิว นอกจากนี้ CG ๑ คน ต้องดูแลผู้สูงอายุถึง ๕-๑๐ คน และ CM ๑ คน ต้องรับผิดชอบดูแลถึง 50 คน ทำให้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุแต่ละรายลดลงและอาจไม่ทั่วถึง นอกจากนี้ ผลการศึกษาในครั้งนี้ ยังพบว่าผู้สูงอายุอยู่ลำพังถึงร้อยละ ๑๔.๙ และไม่มีผู้ดูแลถึงร้อยละ ๑๖.๒ สอดคล้องกับผลการศึกษาของธนิต ตโตดิเทพย์ (๒๕๖๔) ที่พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และต้องการระบบดูแลระยะยาว (Long-Term Care; LTC) ที่ครอบคลุมทั้งด้านบุคลากร อุปกรณ์ และงบประมาณ เพื่อรองรับความต้องการที่ซับซ้อนของผู้สูงอายุในชุมชนไทย ทั้งนี้ข้อจำกัดด้านอัตรากำลังบุคลากร (Personnel Shortages) ถือเป็นวิกฤตเชิงโครงสร้างที่เป็นไปในแนวทางเดียวกันทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับสากล โดยในระดับท้องถิ่นสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปิณณฑิต บณขุนทด และคณะ (๒๕๖๘) ที่ทำการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบอัตราส่วนผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุอยู่ที่ ๑:๗.๕ ซึ่งสูงกว่ามาตรฐานขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดไว้ที่ ๑:๒ ถึง ๑:๔ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพเรื้อรังมากขึ้น เช่นเดียวกับในอำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด ก็พบปัญหาการขาดแคลนนักกายภาพบำบัดในการให้บริการในชุมชนเช่นกัน (นิสิต บุญอะริ้ว และกองทิพย์ ปินะกาโน, ๒๕๖๗)

สำหรับภาพรวมของประเทศไทยกำลังเผชิญปัญหาขาดแคลนบุคลากรวิชาชีพอย่างหนัก โดยพบว่าแพทย์ ๑ คนต้องดูแลประชาชนถึง ๑,๒๙๒ คน และพยาบาล ๑ คนต่อประชาชน ๔๑๙ คน รวมถึงขาดแคลนบุคลากรฟื้นฟู เช่น นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด เป็นต้น ตลอดจนมีการกระจุกตัวของบุคลากรเฉพาะทางอยู่แต่ในโรงพยาบาลใหญ่หรือเขตเมือง ทำให้ผู้สูงอายุในชนบทเข้าถึงบริการได้ยาก (จิราพร ทองดี และ วราภรณ์ บุญเชียง, ๒๕๖๐) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Li et al. (๒๐๒๔) ที่ระบุว่า การขาดกำลังคนและข้อจำกัดด้านโครงสร้างระบบสาธารณสุขขั้นปฐมภูมิ ทำให้การบูรณาการบริการสุขภาพและสังคมทำได้ยาก และต้องอาศัยการสนับสนุนจากภาครัฐและความร่วมมือระหว่างหลายภาคส่วนเพื่อความยั่งยืน เช่นเดียวกับการศึกษาของ นิตยา ศรีสวัสดิ์ และคณะ (๒๕๖๒) พบว่าการขาดบุคลากรผู้ดูแลระยะยาวทำให้คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนลดลง ร่วมกับ

พยาบาลและผู้ดูแลมีภาระงานสูงขึ้น ทำให้ไม่สามารถให้การดูแลเชิงรุกแก่ผู้สูงอายุได้เต็มที่ (พรณี พุกสุข, ๒๕๖๓)

ข้อจำกัดด้านกำลังคนไม่ใช่แค่ปัญหาของไทย แต่เป็นวิกฤตของประเทศมหาอำนาจที่มีสังคมสูงวัยเช่นกัน อาทิเช่น ในประเทศญี่ปุ่นคาดการณ์ว่าจะเผชิญภาวะขาดแคลนบุคลากรดูแลผู้สูงอายุกว่า ๓๐๐,๐๐๐ คนภายในปี ค.ศ. ๒๐๒๕ และพุ่งสูงถึง ๖๙๐,๐๐๐ คนภายในปี ค.ศ. ๒๐๔๐ เนื่องจากอาชีพผู้ดูแลถูกมองว่าเป็นงานที่ยากลำบาก สกปรก และอันตราย ร่วมกับมีการจ่ายค่าตอบแทนที่ต่ำ และมีความก้าวหน้าในสายอาชีพได้น้อย ทำให้คนรุ่นใหม่ไม่นิยมทำอาชีพนี้ เช่นเดียวกับในประเทศจีนที่มีผู้ดูแลระยะยาวระดับอาชีพเพียงประมาณ ๕๐๐,๐๐๐ คน ซึ่งไม่เพียงพออย่างยิ่งเมื่อเทียบกับความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสภาพหลายสิบล้านคนในประเทศ (Chen & Tang, ๒๐๒๕) เช่นเดียวกับหลายประเทศรายได้สูงในทวีปยุโรปที่ต้องเผชิญปัญหาขาดแคลนผู้ดูแลจากการเข้าสู่สังคมสูงวัย โดยมุ่งเน้นแนวทางแก้ไขด้วยการจ้างแรงงานต่างชาติและใช้เทคโนโลยีหุ่นยนต์เข้ามาช่วยในการดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกับผู้สูงอายุบางส่วนมีการวางแผนที่จะย้ายไปใช้ชีวิตบั้นปลายในต่างประเทศเพื่อลดภาระการดูแลในประเทศของตนเอง ในขณะที่ต้องไม่ส่งผลกระทบต่อประเทศเจ้าบ้าน (de Vries, ๒๐๒๕)

๒. ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและระบบราชการ (Resource & Bureaucratic Limitations): แม้การดูแลผู้สูงอายุในเทศบาลแสนสุขจะมีการสนับสนุน แต่ความต้องการยังมีสูงกว่าทรัพยากรที่มีอยู่ อุปกรณ์ทำแผลกดทับ ผ้าอ้อม ซึ่งสนับสนุนได้ เพียง ๓ ชิ้นต่อวัน และพื้นปลอมยังไม่ครอบคลุมสิทธิ์หรือไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยังมีอุปสรรคจาก ระบบราชการที่ล่าช้า ขั้นตอนการเบิกจ่ายและการจัดซื้อจัดจ้างใช้เวลานาน ทำให้การส่งมอบอุปกรณ์ลงพื้นที่ไม่ทันต่อความต้องการในยามฉุกเฉิน รวมไปถึงบริการรถรับ-ส่งไปโรงพยาบาลที่ไม่เพียงพอ และต้องนัดหมายล่วงหน้าถึง ๓ วัน ระบบนโยบายและการบริหารด้านสาธารณสุขของไทยยังขาดประสิทธิภาพ เนื่องจากมีบทบาทหน้าที่ซ้ำซ้อนและกฎหมายจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งและขาดการกำกับดูแลที่ชัดเจน แม้มีหลายองค์กรที่มีศักยภาพ ได้แก่ สสส. สปสช. สช. หรือ สวรส. เป็นต้น แต่ความเป็นอิสระของแต่ละหน่วยงานทำให้ไม่สามารถบูรณาการการทำงานและสร้างเอกภาพของระบบได้ในพื้นที่ชุมชนจริง นอกจากนี้ ควรบูรณาการฐานข้อมูลประชาชนจากหลายกระทรวงให้อยู่ในระบบเดียว เพื่อลดความซ้ำซ้อนและความคลาดเคลื่อนของข้อมูล และเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและการวางแผนงบประมาณของภาครัฐ (วรธา มงคลสืบสกุล, ๒๕๖๕) จากรายงานผลการทบทวนระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๖๗ (Jongudomsuk et al., ๒๐๒๔) พบว่า การปฏิรูประบบสุขภาพหลายระลอกทำให้โครงสร้างการบริหารมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้นจากหลายกลไก กำกับ แหล่งงบประมาณ และสายบังคับบัญชา ส่งผลให้การประสานงาน การอนุมัติงบประมาณ และการดำเนินนโยบายในพื้นที่ล่าช้าหรือขาดความต่อเนื่อง โดยเฉพาะการทำงานข้ามภาคส่วนสุขภาพและสังคม แม้ประเทศไทยมีจุดแข็งด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่ครอบคลุม แต่เมื่อเข้าสู่สังคมสูงวัย ความต้องการบริการระยะยาวเพิ่มขึ้นเร็วกว่าศักยภาพของระบบ โดยเฉพาะกำลังคน งบประมาณ และความสามารถในการบริหารจัดการข้ามหน่วยงาน ทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านยังเผชิญข้อจำกัดเชิงโครงสร้างอย่างต่อเนื่อง ระบบสุขภาพไทยเผชิญปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอและกระจุกตัวในเมือง ทำให้ชนบทขาดแคลนและเกิดความไม่สมดุลระหว่างภาครัฐกับเอกชนส่งผลให้หน่วยบริการปฐมภูมิมิภาระงานสูงขึ้นจากการลาออกและการย้ายงานของบุคลากรในบางวิชาชีพ กล่าว

ได้ว่า ระบบ LTC ไทยยังเผชิญข้อจำกัดด้านงบประมาณและต้องพึ่งพาการบูรณาการหลายหน่วยงาน ทำให้ศักยภาพการให้บริการแตกต่างกันตามบริบทพื้นที่ (Asian Development Bank, ๒๐๒๐)

๓. ข้อจำกัดของครอบครัวและผู้ดูแลวัยแรงงาน: จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ ๖๑.๓ โดยมีผู้ดูแลร้อยละ ๘๓.๐ และส่วนใหญ่เป็นบุตรหลาน ร้อยละ ๕๗ และอยู่ในวัยทำงาน ผลการศึกษาของสุนีย์ เครานวล และคณะ (๒๕๖๓) ชี้ให้เห็นว่า แม้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีผู้ดูแล แต่ยังมีสัดส่วนไม่น้อยที่ขาดผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องและควรได้รับการสนับสนุนเครือข่ายการดูแลและการเยี่ยมบ้านโดยหน่วยงานท้องถิ่น ทั้งนี้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ทำให้ต้องเผชิญกับข้อจำกัดด้านเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ ขาดความต่อเนื่อง ซึ่งนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อ หรือการทรุดลงของภาวะสุขภาพ ผู้ดูแลบางรายต้องลาออกจากงานจนสูญเสียรายได้และเกิดความเครียดสะสม เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุในไทยส่วนใหญ่เป็นสมาชิกครอบครัววัยแรงงาน ทำให้มีข้อจำกัดด้านเวลาและความต่อเนื่องในการดูแล ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและการเข้ารักษาซ้ำมากขึ้น (สุธิดา แจ่มประจักษ์, ๒๕๖๖) สอดคล้องกับผลการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Choi et al. (๒๐๒๔) ที่วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะของผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่า ภาวะผู้ดูแลได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ได้แก่ ระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพและจิตใจของผู้ดูแล ระยะเวลาและชั่วโมงการดูแล รวมถึงปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม เช่นเดียวกับการศึกษาของ Qi et al. (๒๐๒๖) พบว่า ผู้ดูแลที่มีคุณภาพชีวิตต่ำสาเหตุจากการมีปัญหาสุขภาพ ภาระทางการเงิน หรือการขาดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งล้วนเพิ่มความเครียดทางอารมณ์ ร่างกาย และเศรษฐกิจ ส่งผลให้การรับรู้ภาวะการดูแลสูงขึ้น ในทางกลับกัน หากผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี จะช่วยเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาและลดการรับรู้ภาวะของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ วฤชพร ญัฐจิโรจน์ (๒๕๖๐) ที่ทำการศึกษเกี่ยวกับบทบาทที่ซับซ้อนของคนวัยแรงงานในครอบครัวที่มีสมาชิกพึ่งพิง พบว่า ผู้ดูแลวัยแรงงานในครอบครัวไทยต้องรับบทบาทที่ซับซ้อนหลายด้าน ทั้งการทำงาน เลี้ยงดูบุตร และดูแลผู้สูงอายุ ทำให้เกิดภาวะสูง โดยเฉพาะในครอบครัวพึ่งพิงหลายรุ่น การศึกษาของจุฑามาศ วงจันทร์ และคณะ (๒๕๖๕) แสดงให้เห็นว่าความเพียงพอของรายได้และการมีผู้ดูแลเป็นตัวแปรสำคัญต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยการมีผู้ดูแลช่วยสนับสนุนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ขณะที่รายได้เพียงพอช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงปัจจัยพื้นฐานและบริการสุขภาพได้มากขึ้น (จุฑามาศ วงจันทร์ และคณะ, ๒๕๖๕) นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับงานของวรวรรณ สุภาดา และสุกัญญา บัวศรี (๒๕๖๗) ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเมือง พบว่า การมีสมาชิกครอบครัวหรือเครือญาติร่วมอาศัยและการมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต ในขณะที่รายได้ที่ไม่เพียงพอสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิต (วรวรรณ สุภาดา & สุกัญญา บัวศรี, ๒๕๖๗) จากข้อมูลเหล่านี้ ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาระบบสนับสนุนผู้ดูแล ทั้งด้านบริการสุขภาพ การให้ความรู้ และการช่วยเหลือทางสังคม จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยลดภาระและเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลและผู้สูงอายุ

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ การเก็บข้อมูลในลักษณะภาคตัดขวาง (cross-sectional) ทำให้ไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้อย่างชัดเจน อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างจำกัดอยู่ในเฉพาะบางพื้นที่ทำการศึกษา จึงอาจไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรผู้สูงอายุในบริบทอื่นได้ การดำเนินการในพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุขซึ่งมีศักยภาพด้านทรัพยากรและเครือข่ายสูง จึงอาจไม่

สามารถทั่วไปผลไปยังพื้นที่อื่นได้โดยตรง นอกจากนี้ ภาระการดูแลผู้สูงอายุในบริบทไทยยังอาศัยการดูแลจากครอบครัวและชุมชนเป็นหลัก ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ จึงอาจยังไม่สามารถสะท้อนบทบาทการดูแลในส่วนของภาคเอกชนหรือบริการดูแลระยะยาวรูปแบบอื่น เช่น nursing home หรือ private care ได้อย่างครบถ้วน

สรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังนี้

๑. ด้านการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุและความต้องการระบบดูแลระยะยาว (LTC)

๑.๑ จัดตั้ง “ศูนย์ดูแลระยะยาวในชุมชนแบบบูรณาการ (One-stop LTC Center)” ในพื้นที่เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล และลดการตกหล่นการได้รับการดูแลของกลุ่มเสี่ยง มีการรวมบริการ CM CG อสม. และทีมสหวิชาชีพไว้ในจุดเดียว พร้อมทั้งมีระบบ Care Plan รายบุคคลและการติดตามเยี่ยมบ้านเชิงรุก สำหรับผู้สูงอายุพึ่งพิงหรืออาศัยอยู่ลำพัง พร้อมทั้งทำการเชื่อมโยงฐานข้อมูลด้านสุขภาพ สวัสดิการทางสังคม และสิทธิการรักษาของผู้สูงอายุเพื่อลดความซ้ำซ้อน

๑.๒ พัฒนาระบบของอัตรากำลังบุคลากรด้านสุขภาพในระบบดูแลระยะยาว (LTC) และผู้ดูแลในชุมชน โดยกำหนดอัตราส่วนมาตรฐานให้ Care Manager (CM) ๑ คน ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๓๕ – ๔๐ คน และ Caregiver (CG) ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๕ – ๑๐ คนดูแล (กรมอนามัย, ๒๕๖๗) พร้อมทั้ง เพิ่มตำแหน่งสนับสนุนในพื้นที่ โดยการจัดอบรม Caregiver (CG) และผู้ดูแลครอบครัว พร้อมทั้งให้ค่าตอบแทนหรือสิทธิประโยชน์ เพื่อช่วยลดภาระบุคลากรด้านสุขภาพ แก้ปัญหาขาดแคลน และเพิ่มคุณภาพการดูแลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๑.๓ ลงทุนเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีในระบบดูแลระยะยาว (LTC) และระบบสนับสนุนฉุกเฉินและติดตามต่อเนื่องเพิ่มมากขึ้น โดยพัฒนา Telehealth / Remote monitoring / Smart safety (ปุ่มฉุกเฉิน) ผ่านการใช้แอปพลิเคชันหรือแพลตฟอร์มกลาง เพื่อเชื่อมข้อมูลระหว่าง โรงพยาบาล ชุมชน และครอบครัว พร้อมทั้งสนับสนุน อุปกรณ์จำเป็น (เตียงลม, ออกซิเจน, อุปกรณ์ฟื้นฟู) ผ่านกองทุนท้องถิ่น สิ่งเหล่านี้จะช่วยเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการในชุมชน ลดความล่าช้า และยกระดับการดูแลเชิงรุกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒. ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนและกลไกท้องถิ่น

๒.๑ ส่งเสริมบทบาท อสม. ชมรมผู้สูงอายุ และกองทุนสวัสดิการชุมชนในการเป็นศูนย์กลางการประสานงานดูแลผู้สูงอายุ

๒.๒ สนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรให้ชมรมผู้สูงอายุจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และหลากหลายตามศักยภาพของสมาชิก

๒.๓ พัฒนาแผนที่สุขภาพผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนเพื่อใช้วางแผนบริการและติดตามผล

๓. ด้านการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม

๓.๑ ขยายการใช้ระบบบันทึกข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และหน่วยบริการในพื้นที่ในกรณีขาดอุปกรณ์หรือจัดหาซื้อเพิ่มเติม

๓.๒ ใช้ระบบข้อมูลและการสื่อสารทางไกลเพื่อการติดตามสุขภาพ โดยควบคู่การยกระดับทักษะดิจิทัลของผู้สูงอายุและผู้ดูแล โดยสนับสนุนการใช้ telehealth และ mobile health app สำหรับการติดตามอาการและให้คำปรึกษาสุขภาพ

๓.๓ จัดอบรมผู้สูงอายุและผู้ดูแลให้ใช้เทคโนโลยีพื้นฐานเพื่อเข้าถึงบริการสุขภาพ

๔. ด้านความท้าทายบุคลากรและโครงสร้างระบบบริการ

๔.๑ เพิ่มตำแหน่งและสนับสนุนค่าตอบแทนสำหรับบุคลากรผู้ดูแลระยะยาว (Caregiver) และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

๔.๒ จัดอบรมพัฒนาทักษะเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุให้แก่บุคลากรในชุมชน

๔.๓ พัฒนาเครือข่ายการทำงานร่วมระหว่างทีมสหสาขาในระดับท้องถิ่นและโรงพยาบาล

๕. ด้านการปรับนโยบายและมาตรการสนับสนุนให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

๕.๑ จัดชุดบริการพื้นฐานผู้สูงอายุระดับพื้นที่ ที่ยืดหยุ่นตามข้อมูลสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจของชุมชน และติดตามประเมินผลร่วมกับประชาชน

๕.๒ ใช้กลไกสวัสดิการชุมชนและงบประมาณท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนบริการและกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

๕.๓ ส่งเสริมให้ผู้นำชุมชนและองค์กรท้องถิ่นมีบทบาทกำหนดนโยบายและติดตามประเมินผลร่วมกับภาคประชาชน

บทที่ ๕

ผลผลิต/ผลลัพธ์/ผลกระทบ (Output/Outcome/Impact)

ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบจากงานวิจัย

๑. ผลผลิตที่คาดว่าจะได้รับ (Output)

- ๑.๑ ระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่เชื่อมโยงภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่ หน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัคร และชุมชน ซึ่งสามารถใช้เป็นชุมชนต้นแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน “เทศบาลเมืองแสนสุขโมเดล” ในการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น
- ๑.๒ ผลงานบทความวิจัยตีพิมพ์ในวารสารระดับชาติ/นานาชาติอย่างน้อย ๑ ฉบับ

๒. ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้รับ (Outcome)

- ๒.๑ ยกระดับองค์ความรู้ด้านการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
- ๒.๒ มีการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ของชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี “เทศบาลเมืองแสนสุขโมเดล” ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนใกล้เคียงหรือชุมชนอื่นๆ
- ๒.๓ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศสามารถนำข้อมูลพื้นฐานจากรายงานการวิจัย และผลงานตีพิมพ์ ไปพัฒนาต่อยอดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต่อเนื่องและยั่งยืนภายในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง
- ๒.๔ องค์กรทั้งของรัฐบาลและเอกชนที่เกี่ยวข้องกับการระบุนโยบายและการให้บริการด้านการดูแล ผู้สูงอายุ สามารถนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนานโยบายและระบบบริการด้านการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมและเป็นรูปธรรมต่อไป
- ๒.๕ เพิ่มศักยภาพด้านการวิจัย และการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและนวัตกรรมเพื่อรองรับ สังคมสูงวัย

๓. ผลกระทบที่คาดว่าจะได้รับ (Impact)

๓.๑ ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ

- ๑) ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากครอบครัว ชุมชนและสังคม เพื่อการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างอิสระ ลดการพึ่งพิงบุคคลอื่น ช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดค่าใช้จ่ายในด้านการดูแลสุขภาพ
- ๒) รูปแบบการดูแลและให้บริการสุขภาพกับผู้สูงอายุในชุมชน ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติที่บ้าน ช่วยลดระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลให้สั้นลงและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
- ๓) เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรในชุมชน การบูรณาการทรัพยากรและความร่วมมือจากหลายภาคส่วนช่วยลดความซ้ำซ้อนของการทำงาน และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนได้อย่างคุ้มค่า

๓.๒ ผลกระทบต่อสังคม

- ๑) โครงสร้างพื้นฐาน การบริการด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน องค์การอาสาสมัคร เครือข่ายกิจกรรม การมีส่วนร่วมของชุมชน และการทำงานร่วมกันดีขึ้น
- ๒) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีแผนการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และพัฒนาแนวปฏิบัติที่ดีเพื่อนำไปพัฒนาสู่ความเป็นเลิศในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ มากยิ่งขึ้น
- ๓) ชุมชนในบริบทที่ใกล้เคียงสามารถนำผลการวิจัยมาขยายผลพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในพื้นที่ของตนเองได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นโดยใช้ “เทศบาลเมืองแสนสุขโมเดล” เป็นต้นแบบ
- ๔) ผู้สูงอายุได้รับการดูแลช่วยสนับสนุนจากทุกภาคส่วนในชุมชนที่เกี่ยวข้อง ส่งเสริมให้มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต่อเนื่องและยั่งยืนสอดคล้องกับความต้องการของประชากรผู้สูงอายุในปัจจุบัน
- ๕) หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย เพื่อพัฒนารูปแบบระบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ดีและขยายผลสู่พื้นที่อื่น ๆ ของประเทศต่อไป

๓.๓ ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม

- ๑) ส่งเสริมสภาพแวดล้อมชุมชนที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ชุมชนมีการปรับปรุงและใช้ประโยชน์จากพื้นที่และสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัย และเอื้อต่อการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ
- ๒) ส่งเสริมการใช้ทรัพยากรอย่างยั่งยืนและเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม การดำเนินกิจกรรมในชุมชนเน้นการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และสนับสนุนแนวคิดการพัฒนาที่ยั่งยืน สอดคล้องกับการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตในระยะยาว

๑. ผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจริง

๑.๑ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการถอดบทเรียนจากการดำเนินการโครงการ “กิน อยู่ ดี” ผ่านความร่วมมือกับองค์กร JICA ในชุมชนอย่าง เป็นรูปธรรมนำไปสู่ผลลัพธ์ของการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ครอบครัว อาสาสมัคร และหน่วยงานในพื้นที่ ส่งผลให้โครงการสามารถดำเนินงานได้จริงและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน

๑.๒ มีการจัดเวทีประชุม ระดมความคิดเห็น และสนทนากลุ่มกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

๑.๓ มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และคืนข้อมูลให้แก่ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

๒. ผลผลิตที่เกิดขึ้นจริง (Output) โดยข้อมูลนี้ต้องสอดคล้องกับข้อเสนอการวิจัย (Proposal) ที่ได้เสนอกับแหล่งทุน

ผลผลิต	จำนวน นำส่ง/หน่วย นับ	รายละเอียดผลผลิต	ปีที่น่าส่ง ผลผลิต	% ความก้าวหน้า การดำเนินงาน	ผลผลิตที่เกิดขึ้นจริง	เชิงคุณภาพ	หลักฐาน/เอกสาร ประกอบ
๑. รายงานผลการ วิเคราะห์สรุปผลการ ดำเนินงานด้านการ ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	๑ ฉบับ	รายงานการถอด บทเรียนการดำเนินงาน โครงการ “กิน อยู่ ดี” ครอบคลุมแนวปฏิบัติ ระบบการดูแล ความรู้ และประสบการณ์ ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และ ความยั่งยืนของระบบ การดูแลผู้สูงอายุใน ชุมชนเทศบาลเมือง แสนสุข จังหวัดชลบุรี	พ.ศ. ๒๕๖๙	๑๐๐ %	ได้รายงานฉบับสมบูรณ์ ตามกรอบ Logical Framework ที่เสนอใน โครงการฯ	เป็นองค์ความรู้เชิงระบบ สะท้อนบริบทจริงของ ชุมชน และสามารถใช่ เป็นต้นแบบการพัฒนา ระบบดูแลผู้สูงอายุใน ระดับท้องถิ่น	รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ / รายงานการประชุม / บันทึกการสนทนากลุ่ม
๒. แนวปฏิบัติการ ดำเนินงานด้านการ ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Saensuk Aging Model)	๑ รูปแบบ	แนวปฏิบัติการดูแล ผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ครอบคลุมมิติสุขภาพ สังคม สิ่งแวดล้อม และ การมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย	พ.ศ. ๒๕๖๙	๑๐๐%	ได้รูปแบบ “เทศบาลเมือง แสนสุข Model” สำหรับ การดูแลผู้สูงอายุอย่าง ต่อเนื่องและยั่งยืน	เป็น Best Practice ที่ สอดคล้องกับ SDGs เป้าหมายที่ ๓ และ ๑๑ และสามารถขยายผลสู่ พื้นที่อื่น	รายงานวิจัย / แผนภาพ โมเดล

ผลผลิต	จำนวน นำส่ง/หน่วย นับ	รายละเอียดผลผลิต	ปีที่น่าส่ง ผลผลิต	% ความก้าวหน้า การดำเนินงาน	ผลผลิตที่เกิดขึ้นจริง	เชิงคุณภาพ	หลักฐาน/เอกสาร ประกอบ
๓. ฐานความรู้และ บทเรียนการดูแล ผู้สูงอายุในชุมชน	๑ ชุดองค์ ความรู้	องค์ความรู้จาก ประสบการณ์ ผู้ปฏิบัติงาน ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และภาคี เครือข่ายในพื้นที่	พ.ศ. ๒๕๖๙	๑๐๐%	ได้องค์ความรู้เชิงปฏิบัติที่ สะท้อนการทำงานจริง ของชุมชน	เสริมพลังชุมชน และเพิ่ม ศักยภาพบุคลากรท้องถิ่น ในการดูแลผู้สูงอายุ	รายงานการคืนข้อมูล / เอกสารสรุปบทเรียน
๔. บทความวิจัย	อย่างน้อย ๑ เรื่อง	บทความวิจัยจากผล การศึกษาระบบการ ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เทศบาลเมืองแสนสุข	พ.ศ. ๒๕๖๙	อยู่ระหว่าง ดำเนินการ ๘๐%	ได้ต้นฉบับบทความวิจัย เพื่อส่งตีพิมพ์ในวารสาร ระดับชาติ/นานาชาติ	ขยายผลเชิงวิชาการและ สร้างการยอมรับในระดับ สาธารณะ	ต้นฉบับบทความ / หลักฐานการส่งบทความ

๓. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง (Outcome)

ผลลัพธ์	จำนวน	รายละเอียดของผลลัพธ์	ผู้ได้รับผลกระทบ
ผลงานตีพิมพ์ (Publications)	๑ เรื่อง	ต้นฉบับบทความวิจัยจากผลการศึกษาาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน อยู่ระหว่างเตรียมส่งตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ	นักวิชาการ นักวิจัย หน่วยงานด้านผู้สูงอายุ
การอ้างอิง (Citations)	-	อยู่ระหว่างการเผยแพร่ผลงาน ยังไม่เกิดการอ้างอิงในช่วงเวลาการรายงาน	-
เครื่องมือและระเบียบวิธีการวิจัย (Research tools and methods)	๑ ชุด	กระบวนการวิจัยแบบผสมผสาน (MMR) ที่เหมาะสมกับบริบทการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนท้องถิ่น	นักวิจัย บุคลากร สาธารณสุข
ผลิตภัณฑ์ใหม่ (New Products)	๑ รูปแบบ	รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบบูรณาการ “เทศบาลเมืองแสนสุขโมเดล”	ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล
ความร่วมมือหรือหุ้นส่วนความร่วมมือ (Collaborations and partnerships)	≥ ๓ หน่วยงาน	ความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยบูรพา เทศบาลเมืองแสนสุข หน่วยบริการสุขภาพ ชุมชน และ JICA	หน่วยงานรัฐ ชุมชน
กิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วม (Engagement activities)	หลายกิจกรรม	การประชุม สนทนากลุ่ม และการคืนข้อมูลแก่ชุมชนและภาคีเครือข่าย	ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ภาคีเครือข่าย

๔. ผลกระทบที่เกิดขึ้นจริง (Impact)

๔.๑ ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ

ผลการวิจัยสนับสนุนการพัฒนาาระบบการดูแลผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้หน่วยงานสามารถใช้ทรัพยากรและงบประมาณด้านสุขภาพและสวัสดิการผู้สูงอายุได้อย่างคุ้มค่า ลดความซ้ำซ้อนของการดำเนินงาน

๔.๒ ผลกระทบต่อสังคม

ชุมชนมีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และภาคีเครือข่าย ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๔.๓ ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม

ผลการวิจัยสนับสนุนการพัฒนาสภาพแวดล้อมชุมชนที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ หน่วยงานท้องถิ่นสามารถนำข้อมูลไปใช้ปรับปรุงพื้นที่และกิจกรรมให้ปลอดภัยและเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ

๕. การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผลกระทบต่อสังคม

○ ด้านชุมชนและพื้นที่

ชุมชนมีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และภาคีเครือข่าย ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วิธีการ/กระบวนการผลักดันงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

๑. ทีมวิจัยมีการเชื่อมโยงและความร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้ใช้ประโยชน์โดยตรงจากงานวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเทศบาลเมืองแสนสุข ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อสม. บุคลากรด้านสุขภาพ นักวิชาการ และประชาชนทั่วไปในพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข โดยเชิญเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ จะช่วยทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล จะช่วยให้การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้ไปพัฒนาต่อยอดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ยั่งยืนได้จริง

๒. นำเสนอรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการฯ ที่ได้ทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์มาจากการถอดบทเรียนต่อที่ประชุมเพื่อทราบถึงปัญหา อุปสรรค และปัจจัยความสำเร็จของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ข้อเสนอแนะ เพื่อนำไปปรับปรุงและพัฒนาในรูปแบบที่เหมาะสมอย่างเป็นรูปธรรม และสามารถนำไปใช้ได้ในระดับต่อไป

๓. จัดอบรมวิชาการ เรื่อง การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ สำหรับผู้ดูแล อสม. และบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ รวมถึงถ่ายทอดองค์ความรู้ ตลอดจนแนวทางการนำผลการวิจัยไปใช้

○ ด้านสิ่งแวดล้อม

รายละเอียดผลกระทบ: ผลการวิจัยสนับสนุนการพัฒนาสภาพแวดล้อมชุมชนที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ หน่วยงานท้องถิ่นสามารถนำข้อมูลไปใช้ปรับปรุงพื้นที่และกิจกรรมให้ปลอดภัยและเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วิธีการ/กระบวนการผลักดันงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

นำผลการวิจัยเกี่ยวกับชุมชนเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุไปส่งต่อให้กับชุมชนได้ใช้ในการวางแผนและดำเนินการปรับปรุงพื้นที่และกิจกรรมให้ปลอดภัยและเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในชุมชน

ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ

ผลการวิจัยสนับสนุนการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้หน่วยงานสามารถใช้ทรัพยากรและงบประมาณด้านสุขภาพและสวัสดิการผู้สูงอายุได้อย่างคุ้มค่า ลดความซ้ำซ้อนของการดำเนินงาน

วิธีการ/กระบวนการผลักดันงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

นำผลการวิจัยไปพิจารณาใช้ในการวางแผนจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อวางแผนจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพและสวัสดิการได้อย่างเหมาะสม และติดตามประเมินผลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรและงบประมาณ ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานอีกครั้งในลำดับต่อไป

๖.ระดับความพร้อมทางเทคโนโลยี (Technology Readiness Level: TRL)

Technology Readiness Level; TRL

TRL ณ ปัจจุบัน ระดับ ๑.๑ หลักการพื้นฐานได้รับการพิจารณาและมีการรายงาน

รายละเอียด: ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โครงการได้ดำเนินการพิจารณาหลักการพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่สนับสนุนแนวคิดการใช้เทคโนโลยีเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยการทบทวนเอกสาร งานวิจัย และกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ (literature review) ครอบคลุมประเด็นสำคัญ ได้แก่ แนวคิดระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (integrated care), การดูแลระยะยาว (long-term care), เมืองและชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ รวมถึงการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและ smart technology ในการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยของผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ ยังมีการวิเคราะห์องค์ความรู้และเทคโนโลยีที่มีอยู่เดิมในพื้นที่ เช่น ระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุ การประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ในการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ ระบบบริการสุขภาพเชิงรุกของเทศบาล และการนำอุปกรณ์ smart device สำหรับแจ้งเหตุฉุกเฉินมาใช้ในชุมชน ซึ่งผลการทบทวนดังกล่าวถูกนำมาสังเคราะห์เป็นฐานความรู้เพื่อสนับสนุนแนวคิดการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อสังคมผู้สูงอายุในบริบทเทศบาลเมืองแสนสุขอย่างมีหลักฐานเชิงประจักษ์

TRL เมื่องานวิจัยเสร็จสิ้น ระดับ ๑.๒ มีการสร้างแนวคิดด้านเทคโนโลยี และ/หรือการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี

รายละเอียด: เมื่อสิ้นสุดการวิจัย โครงการมีความก้าวหน้าสู่ระดับ TRL ๑.๒ โดยมีการพัฒนาแนวคิดเชิงเทคโนโลยีมากขึ้น จากผลการวิเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม ผ่านกระบวนการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อทำการยืนยันความเป็นไปได้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในบริบทพื้นที่จริง

ผลการวิจัยนำไปสู่การกำหนดโจทย์วิจัยและขอบเขตของการพัฒนาเทคโนโลยีที่ชัดเจน ได้แก่ การใช้ระบบฐานข้อมูลและแอปพลิเคชัน “Saensuk Smart Living” เป็นศูนย์กลางในการรวบรวมวิเคราะห์ และเชื่อมโยงข้อมูลผู้สูงอายุ

การประยุกต์ใช้ระบบ Smart Safety (ปุ่มแจ้งเหตุฉุกเฉินและอุปกรณ์ติดตามพิกัด) เพื่อเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง

การใช้ระบบ Smart Health ในการติดตามและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเชิงรุกผ่านการเยี่ยมบ้านของอสม.และทีมสหวิชาชีพ

ทั้งนี้ งานวิจัยได้ระบุ specification

เบื้องต้นของระบบเทคโนโลยีดังกล่าว เช่น กลุ่มผู้ใช้งานเป้าหมาย ลักษณะข้อมูลที่ต้องเก็บวิธีการเชื่อมต่อข้อมูลกับศูนย์ประสานงานของเทศบาล และแนวทางการทดสอบความน่าเชื่อถือของระบบในเชิงการใช้งานจริง แม้ยังไม่มี การทดสอบเชิงลึกในระดับต้นแบบทางวิศวกรรม แต่ผลการศึกษาได้ยืนยันความเป็นไปได้และศักยภาพของการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนระบบการดูแลสุขภาพในระดับชุมชนอย่างมีทิศทางชัดเจน

๗. ระดับความพร้อมทางสังคม (Societal Readiness Level: SRL)

SRL ณ ปัจจุบัน: ระดับ SRL ๑ การวิเคราะห์ปัญหาและการระบุความพร้อมทางสังคม

ก่อนเริ่มโครงการ งานวิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสังคมผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุขอย่างรอบด้าน พบว่าพื้นที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง และผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค ส่งผลให้เกิดความต้องการระบบดูแลระยะยาว ความปลอดภัย และการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง การศึกษายังสะท้อนให้เห็นถึงความพร้อมทางสังคมในระดับพื้นฐาน ได้แก่ การมีโครงสร้างการบริหารจัดการของเทศบาล ระบบบริการสุขภาพชุมชน อสม. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการยอมรับแนวคิดการใช้เทคโนโลยีเพื่อช่วยเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แม้ในระยะแรกประชาชนและผู้สูงอายุบางส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจด้านเทคโนโลยี แต่โดยภาพรวมสังคมชุมชนมีทัศนคติเชิงบวกและเปิดรับการพัฒนา

SRL เมื่องานวิจัยเสร็จสิ้น: ระดับ SRL ๒ การกำหนดปัญหา เสนอแนวคิดการแก้ไข และคาดการณ์ผลกระทบทางสังคม

หลังสิ้นสุดโครงการ งานวิจัยสามารถยกระดับความพร้อมทางสังคมสู่ SRL ๒ โดยมีการกำหนดปัญหาและเสนอแนวทางแก้ไขอย่างเป็นระบบบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ พร้อมทั้งคาดการณ์ผลกระทบทางสังคมที่ชัดเจน รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เทศบาลเมืองแสนสุขโมเดล “Saensuk Aging Model” สะท้อนให้เห็นแนวคิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่เชื่อมโยงเทคโนโลยี สุขภาพ สวัสดิการ และการมีส่วนร่วมของชุมชนเข้าด้วยกัน งานวิจัยได้ระบุผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักอย่างครบถ้วน ได้แก่ ผู้สูงอายุ ครอบครัวผู้ดูแล เทศบาลเมืองแสนสุข หน่วยบริการสาธารณสุข อสม. ทีมสหวิชาชีพ สถาบันการศึกษา และภาคีเครือข่ายระหว่างประเทศ (เช่น JICA) ซึ่งทุกภาคส่วนมีบทบาทร่วมกันในการให้ข้อมูลและสะท้อนผลการดำเนินงาน ผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในเชิงสังคม ได้แก่ การเพิ่มความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อมสู่ชุมชนที่เป็นมิตรและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การลดภาระผู้ดูแล การเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรของท้องถิ่น และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน โดยรูปแบบดังกล่าวสามารถต่อยอดสู่การขยายผลในระดับนโยบายและพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2566–2580)*. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- กรมควบคุมโรค. (2566). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุข. <https://ddc.moph.go.th>
- กรมอนามัย. (2568). คู่มือชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-Friendly Communities) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กัลยา เกื้อกุล. (2568). รูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม: กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในภาคใต้ประเทศไทย. *วารสารสุขภาพสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 10(4), 1–12.
- दनยรัตน์ แสงสว่าง. (2568). การพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยใช้ชุมชนเมืองเป็นฐานในจังหวัดนนทบุรี. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 13(3), 1225–1237.
- จารุวรรณ แก้วประเสริฐ, ศิริพร กาญจนกุล, และอรุณรัตน์ ศิริพันธ์. (๒๕๖๒). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารการพยาบาลสาธารณสุข*, ๓๓(๒), ๔๗–๖๐.
- ชลธิชา วงศ์กาญจนศักดิ์, อภิญญา ศรีนาค, และวราพร พานิช. (๒๕๖๒). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการขนส่งสาธารณะของผู้สูงอายุในเขตเมือง. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, ๑๒(๒), ๑๔๕–๑๕๘.
- ชัยนุภาค ขุนพิลึก. (๒๕๖๖). การดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุในระดับปฐมภูมิเพื่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, ๔๖(๔), ๑๑–๒๘.
- ทิพย์สุดา รัตนานุกูล, สมศักดิ์ อมรสิริพงษ์, และจิรพรรณ วงศ์ประเสริฐ. (๒๕๖๓). ผลของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนต่อความเหงาและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, ๓๔(๒), ๖๕–๗๘.
- เทศบาลเมืองแสนสุข. (๒๕๖๓). *สถิติประชากร*. <https://www.saensukcity.go.th/population-statistics.html>.
- เทศบาลเมืองแสนสุข. (๒๕๖๗). *รายงานการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและระบบดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี*. <https://www.saensukcity.go.th>.
- ธนิต โตอดิเทพย์. (๒๕๖๔). การจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย: ความท้าทายและแนวทางพัฒนา. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, ๔๗(๓), ๑๒๕–๑๔๐.
- ธัญญนิช คำพอง และสุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์. (๒๕๖๘). ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลหนองคำ อำเภออุรุห์ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ*, ๔(๔), ๑–๑๗.
- นฤมล ยิ่งยงวัฒนา. (๒๕๖๑). บทบาทของกองทุนสวัสดิการชุมชนต่อการดูแลผู้สูงอายุในชนบท. *วารสารพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต*, ๖(๑), ๑๕–๒๘.
- นิตยา ศรีสวัสดิ์, สมหญิง ปานพุ่ม, และวรรณวิภา ศรีสุวรรณ. (๒๕๖๒). ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, ๑๓(๔), ๕๘๙–๖๐๒.

- บุญเลิศ แก้วทิพย์, สุภาพร คำภู, และพัชรีย์ เกียรติรุ่งวิรัตน์. (๒๕๖๔). การจัดบริการสุขภาพเชิงรุกโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ. *วารสารสาธารณสุขชุมชน*, ๑๗(๓), ๒๓-๓๕.
- พิมลรัตน์ ชื่นบาน และ ยุทธนา แยกบาย. (๒๕๖๗). การถอดบทเรียนชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย. *วารสารมหาวิทยาลัยนครสวรรค์*, ๑๑(๑๒), ๒๕๘-๒๖๙.
- พรรณี พุกสุข. (๒๕๖๓). ภาระงานและการจัดการบริการพยาบาลในชุมชนเพื่อดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาล*, ๖๙(๒), ๒๕-๓๖.
- พัชรีย์ เกียรติรุ่งวิรัตน์, สุภาพร คำภู, และบุญเลิศ แก้วทิพย์. (๒๕๖๓). แนวโน้มการพึ่งพิงของผู้สูงอายุและการเตรียมความพร้อมของระบบดูแลระยะยาว. *วารสารสังคมวิทยามนุษยวิทยา*, ๓๙(๑), ๔๕-๖๒.
- พรทิพย์ อุ่นตรงพงศ์. (๒๕๖๘). รูปแบบเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, ๔๘(๓), ๑๐๒-๑๑๖.
- मुखจรินทร์ สมคิด. (๒๕๖๒). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน. วิทยานิพนธ์เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัชนีวรรณ นามวงศ์. (๒๕๖๒). การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, ๒๘(๔), ๗๒๘-๗๔๐.
- รมย์ธิดา ฝ่ายหมื่นไวย์ นิภา กิมสูงเนิน และเขมศรีณี รื่นฤดีภิรมย์. (๒๕๖๔). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ: คำตอบอยู่ที่ระบบสุขภาพชุมชน. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, ๔๔ (๓), ๑๑-๒๒.
- ละอองจันทร์ กำพิรานนท์ เสกสรรค์ คงอาชีวกิจ และจำนัทร สุวรรณชาติ. (๒๕๖๗). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, ๙(๔), ๒๖๙-๒๗๗.
- ละมัย บุญเขต ชนะพล ศรีฤชา และวีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา. (๒๕๖๘). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น. *วารสารศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น*, ๑๗(๒), ๒๖-๔๑.
- วิไลวรรณ สุนทรนนท์. (๒๕๖๔). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของชุมชนเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตเมือง. *วารสารพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต*, ๙(๒), ๑๑๒-๑๒๕.
- วฤชพร ณีรัฐจิโรจน์. (๒๕๖๐). บทบาทที่ซับซ้อนของคนวัยแรงงานในครอบครัวที่มีสมาชิกที่พึ่งพิง. *วารสารการเมืองการปกครอง*, ๗(๒), ๓๕๕-๓๗๑.
- วรธา มงคลสืบสกุล. (๒๕๖๕). การเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขของไทย: ภาพสะท้อนและความเหลื่อมล้ำของกลุ่มเปราะบางทางสังคม. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์*, ๖(๑), ๕๕-๖๙.
- สุธิดา แจ้งประจักษ์. (๒๕๖๖). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทย: มุมมองด้านนโยบาย. *วารสารมหาวิทยาลัยนครสวรรค์*, ๑๐(๕), ๒๓๓-๒๔๓.
- ศิริพร ชัยวงษ์, อรอนงค์ ทองน้อย, และสมบัติ ศรีวงษ์. (๒๕๖๕). การพัฒนาชุมชนต้นแบบเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในภาคเหนือของประเทศไทย. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยนเรศวร*, ๑๕(๑), ๔๕-๖๐.
- สมบัติ โพธิ์ทอง. (๒๕๖๔). การกำหนดนโยบายผู้สูงอายุระดับท้องถิ่นโดยใช้ข้อมูลสุขภาพและสังคมของพื้นที่. *วารสารรัฐประศาสนศาสตร์*, ๑๘(๒), ๑๑๒-๑๒๘.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (๒๕๖๗). *รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๗*. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สุพัตรา ศรีสุข, สมพร ใจดี, และธนพร แก้วคำ. (๒๕๖๔). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดขอนแก่น. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, ๔๔(๓), ๔๕-๕๘.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, ตรีนุช นิรัตน์, และอัมพร เทียนงาม. (๒๕๔๐). *การพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)*. กรมสุขภาพจิต.
- สุวิมล ศรีสุข, ปรียานุช สุนทรวิภาต, และรัตนา พิษิตชัย. (๒๕๖๔). การพัฒนาระบบติดตามสุขภาพผู้สูงอายุผ่านสมาร์ตโฟนในชุมชน. *วารสารวิทยาการสาธารณสุข*, ๓๐(๒), ๒๐๑-๒๑๒.
- อะนุตย์ ปุริสังข์ วรรณิการ์ ตานา พรทิพย์ คุณวงศ์ และอรพรรณ ไทยวงษ์. (๒๕๖๗). การพัฒนาระบบบริการ การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, ๒๑(ฉบับพิเศษ), ๑๐๘-๑๒๓.
- อาริษา เสาร์แก้ว. (๒๕๖๕). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลป่าต้นนาควิว*. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ*, ๙(๑), ๑๐๓-๑๒๓.
- อรอุมา ทองนาค. (๒๕๖๓). *การพัฒนารูปแบบการบริหารโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีเชิงระบบและแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาครุมืออาชีพ โรงเรียนบ้านป่าแก้วบ่อหิน*. *โรงเรียนบ้านป่าแก้วบ่อหิน*. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ.
- Asian Development Bank. (2020). *Innovations in long-term care: Lessons from the Asia and Pacific region*. ADB.
- Bloom, D. E., Canning, D., & Fink, G. (2020). Implications of population aging for economic growth. *Oxford Review of Economic Policy*, 36(4), 583-611.
- Butsabong, C. & Ritcharoen, K. (2025). A Model for Elderly Well-Being: Saensuk's Smart City Solutions. *International Conference on Social Science and Humanity*. DOI: <https://doi.org/10.61796/icossh.v2i2.24>
- Chatterji, S., Byles, J., Cutler, D., Seeman, T., & Verdes, E. (2021). Health, functioning, and disability in older adults—Present status and future implications. *The Lancet*, 385(9967), 563-575.
- Chen, R., & Tang, W. (2025). Transformation of healthcare models and creation of integrated care systems in an aging society: A comparative perspective of the Netherlands, Japan, and China. *BioScience Trends*, 19(6), 594-600. <https://doi.org/10.5582/bst.2025.01317>
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). SAGE Publications.
- Choi, J.Y.; Lee, S.H.; Yu, S. (2024). Exploring Factors Influencing Caregiver Burden: A Systematic Review of Family Caregivers of Older Adults with Chronic Illness in Local Communities. *Healthcare* 2024, 12,1002. <https://doi.org/10.3390/healthcare12101002>

- de Vries, B. (2025). Care shortages and duties to age abroad. *Nursing Ethics*, 32(5), 1332–1342. <https://doi.org/10.1177/09697330251315938>
- Feng, X., & Lu, S. (2024). Study on the current situation of community elderly in different countries of the world and policy recommendations. *Journal of Humanities, Arts and Social Science*, 8(4), 1054–1058. <https://doi.org/10.26855/jhass.2024.04.043>
- Fernandes, G., Figueiredo, T., Costa, E., Coelho, L. and Loyens, D. (2025). Impact of telehealth on health outcomes and quality of life in the older adults population: a systematic review. *Front. Digit. Health* 7:1708960. doi: 10.3389/fdgth.2025.1708960
- Heras, E., Missé, J., Ulloa, E., Ballester, G., Anglada, M., & Valero, O. (2026). Implementation and validation of the WHO ICOPE framework in Andorra: A nationwide pilot study. *The Journal of Aging Research & Lifestyle*, 15, 100033. <https://doi.org/10.1016/j.jarlif.2026.100033>
- Japan International Cooperation Agency. (2022). Community-based integrated care in Japan: Suggestions for developing countries from cases in Japan.
- Jongudomsuk, P., Srithamrongsawat, S., Patcharanarumol, W., Limwattananon, S., Pannarunothai, S., Vapattanawong, P., Sawangdee, K., Fahamyakupol, P., & Tangcharoensathien, V. (2024). Thailand health system review (Health Systems in Transition,13(1). World Health Organization, Regional Office for South-East Asia.
- JICA Thailand. (2023). *KIN YOU DEE Project: Elderly Care and Well-being in Chonburi*.
- Knodel, J., & Teerawichitchainan, B. (2020). Aging in Thailand: Past, present and future trends. *Journal of Population Studies*, 46(1), 1–24. <https://www.jica.go.jp/thailand>
- Li, J., Luo, H., & Dong, X. (2024). Integrated community care for older adults in China: Policy progress and challenges. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(6), 680. <https://doi.org/10.3390/ijerph21060680>
- Lorthanavanich, D. & Komazawa, O. (2021). Population ageing in Thailand long-term care model: Review of population ageing practices and policies, 2, 21–50. ERIA.
- Population Trends Asia Pacific. (2024). *Thailand household size and family composition*. <https://www.population-trends-asiapacific.org/data/THA>
- Qi, H., Ban, J., Wang, N., Yao, T., Li, L., and Tang, S. (2026) Factors influencing the caregiver burden for family caregivers of people with moderate-to-severe dementia: A structural equation modeling analysis. *PLoS One* 21(2): e0341719. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0341719>

- Sirikurattakorn, S., & Pongpanich, S. (2025). Dynamics of an aging society in a developing country: Policy, business strategy adaptation, and financial perspectives. *Journal of Governance and Regulation*, 14(1), 1–11. <https://doi.org/10.22495/jgrv14i1art1>
- Tan, Y. and Huang, J. (2025). Operationalizing age-friendliness in urban China: a multi-case study of gated retirement and open multi-generational communities. *Front. Public Health*, 13:1618534. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1618534>
- Tang, Y., Xu, J. and Yu, J. (2025). The impact of age-friendly communities on the quality of life of older adults based on structural equation modeling. *Front. Public Health* 13:1646195. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1646195>
- Tantuvanit, N. (2021), 'Home and Community-based Care: Household, Community, Local and Network Long-term Care for Older People', in Lorthanavanich, D. and O. Komazawa (eds.), Population Ageing in Thailand Long-term Care Model: Review of Population Ageing Practices and Policies, Vol. 2. ERIA Research Project Report FY2021 No. 06b, Jakarta: ERIA, pp.21-50.
- The WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558.
- Umpimai, N. (2025). Factors influencing psychological distress in family caregivers of persons with dementia. *Healthcare*, 13(13), 1582. <https://doi.org/10.3390/healthcare13131582>
- United Nations. (2023). *World Population Ageing 2023*. United Nations, Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations. (2024). *World Population Prospects 2024*. United Nations Department of Economic and Social Affairs.
- Wagner-Gutiérrez, N., Gonzalez, S. A., Rubio, M. A., Sánchez-Franco, S., Palencia-Pérez, L., Blanco, M., Aldakhla, D., Aguirre-Patiño, J. S., Ossa, N., Vietto, G., Suárez, D., & Sarmiento, O. L. (2025). Quality of life, mental health and social relationships among older adults participating in the Recreovia physical activity community program. *International Journal for Equity in Health*, 24, 145. <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02476-5>

- Wongpimoln, B., Pholputta, L., Phengphol, N., & Udonsat, S. (2025). The program development of training for family caregivers caring for homebound older adults in a rural community in Thailand: A mixed-methods study. *Journal of Caring Sciences*, 14(3), 182–190. <https://doi.org/10.34172/jcs.025.33367>
- Wongsala, M., Panitrat, R., & Turale, S. (2024). Experiences of lifestyle changes among Thai older adults six months after applying the Plan-Do-Study-Act (PDSA) cycle. *BMC Geriatrics*, 24(902) <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05481-5>.
- World Bank. (2023). *Population ages 60 and above (% of total population) – Thailand*. <https://data.worldbank.org>
- World Health Organization. (2018). *The Global Network for Age-friendly Cities and Communities: Looking back over the last decade, looking forward to the next*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-ALC-18.4>
- World Health Organization. (2022). *World report on ageing and health*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>
- World Health Organization. (2021). *Decade of healthy ageing: Baseline report*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>
- World Health Organization. (2021). Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care. <https://www.decadeofhealthyageing.org/find-knowledge/resources/publications/who-framework-for-countries-to-achieve-an-integrated-continuum-of-long-term-care>
- World Health Organization. (2024). *Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care*. 2nd edition. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240103726>
- World Health Organization. (2025). *Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care* (2nd ed.). WHO.
- Zhao, Y., Wang, Y., & Guo, X. (2022). Impact of smart health systems on the quality of care for older adults in China. *Healthcare Technology Letters*, 9(2), 48–55. <https://doi.org/10.1049/htl2.12025>

ภาคผนวก



**โครงการวิจัย “การบูรณาการสรรพศาสตร์เพื่อรองรับสังคมสูงวัย
และสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุ (ไทยอารี)”**

วันที่เก็บข้อมูล.....เวลาที่เริ่มเก็บข้อมูล.....น.

แบบสอบถามชุดที่ ๑ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ (ผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ..... โทรศัพท์.....
และไอทีไลน์..... ที่อยู่ บ้านเลขที่.....ชุมชน.....ซอย.....
แขวง.....เขต.....จังหวัด.....

ข้อ	คำถาม	คำตอบ (หมวดรหัส)
๑.๑	ท่านอายุเท่าใด	อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปี เกิด.....
๑.๒	เพศของผู้สูงอายุ	<input type="checkbox"/> ชาย..... ๐ <input type="checkbox"/> หญิง..... ๑
๑.๓	ท่านมีสถานภาพสมรสอะไร	<input type="checkbox"/> โสด..... ๐ <input type="checkbox"/> สมรส..... ๑ <input type="checkbox"/> หม้าย..... ๒ <input type="checkbox"/> หย่า/แยกกันอยู่..... ๓ <input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ)..... ๘๘๘
๑.๔	ท่านจบการศึกษาสูงสุดชั้นใด	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการศึกษา..... ๐ <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา (ตอนต้น ป.๑-ป.๔)..... ๑ <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา (ตอนปลาย ป.๕-ป.๗). ๒ <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา/ปวช..... ๓ <input type="checkbox"/> ปวส./อนุปริญญา..... ๔ <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี..... ๕ <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี..... ๖ <input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ)..... ๘๘๘

ข้อ	คำถาม	คำตอบ (หมวดรหัส)
๑.๕	ท่านนับถือศาสนาใด	<input type="checkbox"/> ไม่มีศาสนา..... ๐ <input type="checkbox"/> พุทธ..... ๑ <input type="checkbox"/> คริสต์..... ๒ <input type="checkbox"/> อิสลาม..... ๓ <input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ)..... ๘๘๘
๑.๖
๑.๗

ส่วนที่ ๒ การประกอบอาชีพและรายได้

ข้อ	คำถาม	คำตอบ (หมวดรหัส)
๒.๑	ท่านประกอบอาชีพใด ในปัจจุบัน (อาชีพหลัก: เป็นอาชีพที่มีรายได้หลัก)	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ประกอบอาชีพ..... ๐ <input type="checkbox"/> เกษตรกรรม..... ๑ <input type="checkbox"/> รับงานมาทำที่บ้าน..... ๒ <input type="checkbox"/> ข้าราชการบำนาญ..... ๓ <input type="checkbox"/> โรงงาน..... ๔ <input type="checkbox"/> รับจ้างทั่วไป..... ๕ <input type="checkbox"/> ทำกลุ่มอาชีพของชุมชน..... ๖ <input type="checkbox"/> ค้าขาย..... ๗ <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... ๘๘๘
๒.๒
๒.๓
๕.๓	ท่านเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เป็น..... ๐ <input type="checkbox"/> เป็น..... ๑ ชื่อชมรม.....



**โครงการวิจัย “การบูรณาการสรรพศาสตร์เพื่อรองรับสังคมสูงวัย
และสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุ (ไทยอารี)”**

วันที่เก็บข้อมูล.....เวลาที่เริ่มเก็บข้อมูล.....น.

แบบสอบถามชุดที่ ๒ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง: คำถามต่อไปนี้จะถามว่าท่านรู้สึกอย่างไรกับคุณภาพชีวิต สุขภาพ หรือด้านอื่น ๆ
ในชีวิตของท่าน ในช่วง ๔ สัปดาห์ หรือ ๑ เดือนที่ผ่านมา ดิฉัน/กระผม จะอ่านแต่ละคำถาม พร้อมกับ
คำตอบที่เป็นตัวเลือกให้ท่านฟัง โปรดเลือกคำตอบที่ท่านพบว่าเหมาะสมที่สุด ถ้าท่านไม่แน่ใจเกี่ยวกับ
คำตอบในแต่ละคำถาม คำตอบแรกที่ท่านคิดจะเป็นคำตอบที่ดีที่สุด

	ไม่ดีอย่างมาก (๑)	ไม่ดี (๒)	ปานกลาง (๓)	ดี (๔)	ดีมาก (๕)
๑. ท่านให้คะแนนท่านภาพชีวิตของท่าน อย่างไร?					

	ไม่พอใจมาก (๑)	ไม่พอใจ (๒)	เฉย ๆ (๓)	พอใจ (๔)	พอใจมาก (๕)
๒. ท่านพอใจเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน อย่างไร?					

คำถามต่อไปนี้จะถามเกี่ยวกับประสบการณ์ของท่านในบางสิ่งบางอย่างว่ามีมากน้อยแค่ไหน
ในช่วง ๔ สัปดาห์ หรือ ๑ เดือนที่ผ่านมา

	ไม่เลย (๕)	เล็กน้อย (๔)	ปานกลาง (๓)	มาก (๒)	มากที่สุด (๑)
๓. ท่านมีความรู้สึกเจ็บปวดทางร่างกาย จนไม่สามารถที่จะทำในสิ่งที่ท่านอยากทำ มากน้อยเพียงใด?					

๔. ท่านต้องการการบำบัดทางการแพทย์ อย่างน้อยแค่ไหน เพื่อให้สามารถปฏิบัติ ภารกิจประจำวันได้?					
--	--	--	--	--	--

	ไม่เลย (๑)	เล็กน้อย (๒)	ปานกลาง (๓)	มาก (๔)	มากที่สุด (๕)
๕. ท่านมีความสุขในการดำเนินชีวิตมาก น้อยแค่ไหน?					
๖.					
๗.					
๘.					
๒๖.					



**โครงการวิจัย “การบูรณาการสรรพศาสตร์เพื่อรองรับสังคมสูงวัย
และสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุ (ไทยอารี)”**

วันที่เก็บข้อมูล.....เวลาที่เริ่มเก็บข้อมูล.....น.

แบบสอบถามชุดที่ ๓ ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age - Friendly Communities)

คำชี้แจง: ให้พิจารณาตามเกณฑ์การประเมินแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง

มี = สภาพที่ได้ตามมาตรฐาน ถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

ไม่มี = สภาพที่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ควรปรับปรุง

องค์ประกอบที่ ๑ อาคารสถานที่และบริเวณภายนอก (Outdoor spaces and building)

รายการประเมิน	ผลการประเมิน		รายละเอียดที่ตรวจพบ
	มี	ไม่มี	
๑. บริเวณพื้นที่ภายนอกอาคารและตัวอาคารมีความสะอาด			
๒. บริเวณภายในอาคารมีความเป็นระเบียบ แบ่งพื้นที่ใช้งานอย่างชัดเจน			
๓. มีไฟส่องสว่างเวลากลางคืน			
*๔. บริเวณพื้นที่ทำกิจกรรมไม่ขรุขระ ไม่ลื่น ไม่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ			
๕. มีสวนสาธารณะหรือสวนหย่อมให้บริการ			
๖. มีเก้าอี้หรือที่นั่งรอสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ			
๗. มีที่จอดรถสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ			

รายการประเมิน	ผลการประเมิน		รายละเอียดที่ตรวจพบ
	มี	ไม่มี	
๗. มีที่จอดรถสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ			
๘. อาคารและพื้นที่สาธารณะมีป้ายแสดงสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น บริเวณพื้นที่ต่างระดับ ห้องน้ำ ป้ายบอกทางไปจุดบริการสำหรับผู้สูงอายุ ที่ชัดเจน ฯลฯ			
*๙. มีช่องทางพิเศษสำหรับให้บริการผู้สูงอายุและผู้พิการ			
*๑๐. ตัวอาคาร บริเวณทางลาด ห้องน้ำและบันได มีราวจับ			
๑๑. นอกอาคาร มีทางเดินรอบอาคารที่กว้างขวาง บันไดไม่สูงชัน และมีราวจับ พื้นไม่ลื่น			
*๑๒. ห้องน้ำสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ ผ่านมาตรฐานสิ่งแวดล้อมสาธารณะ (HAS) อย่างน้อย ๑ จุด (HAS คือ Healthy: H ความสะอาด, Accessibility: A ความเพียงพอ, Safety: S ความปลอดภัย)			
รวม			

หมายเหตุ : องค์กรประกอบที่ ๑ จำนวน ๑๒ ข้อ (* ข้อที่ควรผ่านการประเมิน คือ ๔,๙,๑๐,๑๒)

เกณฑ์การผ่านองค์กรประกอบนี้จะต้องผ่านการประเมิน ร้อยละ ๖๐ (ผ่าน ๗ ข้อขึ้นไป)

สถานที่ที่ควรประเมิน คือ สถานที่สาธารณะที่ผู้สูงอายุใช้บริการหรือรวมกลุ่มเป็นส่วนใหญ่ เช่น วัด โรงเรียนผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ ที่ทำการเทศบาล ที่ทำการ อบต. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

องค์ประกอบที่ ๒ ระบบขนส่งและยานพาหนะ (Transportation)

รายการประเมิน	ผลการประเมิน		รายละเอียดที่ตรวจพบ
	มี	ไม่มี	
*๑. มีบริการขนส่งสาธารณะ ให้บริการและอำนวยความสะดวกให้กับ ผู้สูงอายุได้			
*๒. มีป้ายจราจรและป้ายทางแยกที่มองเห็นง่ายและเหมาะสม			
*๓. มีเส้นทางการจราจรที่ไม่มีสิ่งกีดขวางทัศนวิสัยการมองเห็นของผู้ขับขี่			
๔. มีที่จอดรถพิเศษและจุดรับ-ส่ง สำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ และบุคคลที่มี ความต้องการเป็นพิเศษโดยเฉพาะ			
*๕. ยานพาหนะสะอาด อยู่ในสภาพดี ขึ้น-ลงสะดวก และมีที่นั่งสำหรับบุคคลที่ มีความต้องการพิเศษ			
๖. มีป้ายประกาศแสดงข้อมูลเกี่ยวกับ ราคา เส้นทาง ตารางเวลาเดินรถ และบริการพิเศษต่าง ๆ ที่ถูกต้อง ครบถ้วน และเข้าถึงได้ง่าย			
๗. พนักงานขับรถจอดรถที่ป้ายที่กำหนดไว้ ชิดขอบทางเดิน เพื่ออำนวยความสะดวก สะดวกในการขึ้น-ลง และรอให้ผู้โดยสารเข้าที่นั่งก่อนจึงออกรถได้			
*๘. มีการฝึกอบรมผู้ขับขี่ยานพาหนะที่ใช้และการบำรุงรักษาอย่างต่อเนื่อง ในสภาพพร้อมใช้งาน			
๙. มีบริการขนส่งเสริม ในกรณีที่การขนส่งสาธารณะไม่เพียงพอ			
๑๐. มีบริการรถรับจ้างที่คิดค่าโดยสารในราคาที่เหมาะสม			
๑๑. มีการบำรุงรักษาถนนให้อยู่ในสภาพดีตลอดเวลา รวมทั้งมีฝาปิดท่อ ระบายน้ำและมีไฟส่องสว่างเวลากลางคืน			
รวม			

หมายเหตุ : องค์ประกอบที่ ๒ จำนวน ๑๑ ข้อ (* ข้อที่ควรผ่านการประเมิน คือ ๑,๒,๓,๕,๘)

เกณฑ์การผ่านองค์ประกอบนี้จะต้องผ่านการประเมิน ร้อยละ ๖๐ (ผ่าน ๗ ข้อขึ้นไป)

องค์ประกอบที่ ๓ ที่อยู่อาศัย (Housing)

รายการประเมิน	ผลการประเมิน		รายละเอียดที่ตรวจพบ
	มี	ไม่มี	
*๑. บ้านที่อยู่อาศัยมีความมั่นคง ปลอดภัยเหมาะสมกับผู้สูงอายุและผู้พิการ เช่น พื้นไม่ลื่น ไม่มีสิ่งของกีดขวางทางเดิน ห้องน้ำมีราวจับ			
๒. มีบ้านเช่าของรัฐและเอกชนที่สะอาด มีการบำรุงรักษาที่ดีและปลอดภัย			
๓. มีที่พักอาศัยเพียงพอในราคาที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ			
*๔. สภาพแวดล้อมบริเวณบ้านสะอาด ไม่มีน้ำขัง หรือเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ สัตว์และแมลงพาหะนำโรค			
*๕. ส่วนในบ้านเป็นแบบนั่งราบหรือชักโครก และมีราวจับ			
๖. มีพื้นที่ใช้สอยในบ้านและระดับพื้นทั้งภายในอาคารและทางเดิน ที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหว			
๗. มีการประเมินความเสี่ยงที่ที่พักอาศัยเพื่อปรับปรุงให้เหมาะกับบริบทของผู้สูงอายุอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง (เอกสารแนบหน้า ๔๔)			
๘. มีบริการปรับปรุงบ้านที่อยู่อาศัยเดิมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ			
๙. กรณีที่ที่พักอาศัย โรงแรม รีสอร์ท มีราคาถูกเหมาะสม และความปลอดภัย			
รวม			

หมายเหตุ : องค์ประกอบที่ ๓ จำนวน ๙ ข้อ (* ข้อที่ควรผ่านการประเมิน คือ ๑,๔,๕)

เกณฑ์การผ่านองค์ประกอบนี้จะต้องผ่านการประเมิน ร้อยละ ๖๐ (ผ่าน ๕ ข้อขึ้นไป)

องค์ประกอบที่ ๔ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Social Participation)

รายการประเมิน	ผลการประเมิน		รายละเอียดที่ตรวจพบ
	มี	ไม่มี	
*๑. มีการจัดงานหรือกิจกรรมในเวลาที่ผู้สูงอายุสะดวก สามารถเข้าร่วมงานได้			
๒. มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรม รายละเอียดของการเดินทางและ การอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ			
๓. สถานที่จัดงานหรือจัดกิจกรรมที่อยู่ในทำเลที่สะดวกในการเดินทาง เข้าถึงได้สะดวก			
๔. กิจกรรมหรืองานที่ต้องมีค่าเข้าร่วมงาน มีราคาที่เหมาะสม			
๕. มีการจัดงานหรือกิจกรรมที่เอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมได้ตาม ลำพัง			
๖. มีการจัดกิจกรรมที่หลากหลายและจูงใจให้ผู้สูงอายุกลุ่มต่าง ๆ ได้มาร่วมงาน			
*๗. มีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่แยกตัว กลุ่มคนที่เสี่ยงต่อการอยู่อย่างโดดเดี่ยว อยู่คนเดียวออกมาร่วมกิจกรรมในชุมชน			
รวม			

หมายเหตุ : องค์ประกอบที่ ๔ จำนวน ๗ ข้อ (* ข้อที่ควรผ่านการประเมิน คือ ๑,๗)

เกณฑ์การผ่านองค์ประกอบนี้จะต้องผ่านการประเมิน ร้อยละ ๖๐ (ผ่าน ๔ ข้อขึ้นไป)

องค์ประกอบที่ ๕ การให้ความเคารพและการยอมรับ (Respect and social inclusion)

รายการประเมิน	ผลการประเมิน		รายละเอียดที่ตรวจพบ
	มี	ไม่มี	
๑. มีบริการและผลิตภัณฑ์ที่ตอบสนองความต้องการและความชอบ ที่หลากหลายของผู้สูงอายุ			
*๒. มีการส่งเสริมกิจกรรมการมีส่วนร่วมของคนทุกกลุ่มวัย โดยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในฐานะสมาชิกในครอบครัว			

รายการประเมิน	ผลการประเมิน		รายละเอียดที่ตรวจพบ
	มี	ไม่มี	
๓. ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับการยกย่อง ในฐานะผู้ให้ ทั้งในอดีต และปัจจุบัน เช่น ประกาศเกียรติคุณ กิจกรรมน้อมรำลึกผู้สูงอายุ			
*๔. มีการสนับสนุนผู้สูงอายุถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ ประวัติศาสตร์ และความชำนาญ เฉพาะตัว (เช่น วิชาชีพชาวบ้าน ฯลฯ) ให้แก่คนวัย ต่าง ๆ ในชุมชน			
๕. มีการเผยแพร่เรื่องราวของผู้สูงอายุในชุมชนที่เป็น ต้นแบบในการดำเนินชีวิตด้านต่างๆ ในสื่อสาธารณะ เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ก อินโฟกราฟฟิก			
๖. ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน สามารถใช้บริการ สาธารณะ บริการเสริม และบริการอื่นๆ			
๗. มีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีบทบาทมากขึ้น เช่น มีคฤหาสน์ท้องถิ่น ที่ปรึกษาหรือการนำทำกิจกรรมใน ชุมชน ฯลฯ			
๘. มีโรงเรียนที่มีการเรียนการสอนเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และมีกิจกรรม ที่ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมได้			
รวม			

หมายเหตุ : องค์กรประกอบที่ ๕ จำนวน ๘ ข้อ (* ข้อที่ควรผ่านการประเมิน คือ ๒,๔)

เกณฑ์การผ่านองค์กรประกอบนี้จะต้องผ่านการประเมิน ร้อยละ ๖๐ (ผ่าน ๕ ข้อขึ้นไป)

องค์ประกอบที่ ๖ การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน
(Civic participation and employment)

รายการประเมิน	ผลการประเมิน		รายละเอียดที่ตรวจพบ
	มี	ไม่มี	
๑. มีงานอาสาสมัครสำหรับผู้สูงอายุที่มีความยืดหยุ่น เหมาะสมกับความสามารถ ของผู้สูงอายุ รวมทั้งมีการ ฝึกอบรมหลังเกษียณด้านต่าง ๆ ให้คำแนะนำ และมี ค่าตอบแทนที่เหมาะสม			
*๒. ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการประชุมนชุมชน			
๓. มีการสื่อสารรณรงค์และการรับรู้ หรือโอกาสในการ จ้างงาน งานอาสาสมัคร และมีการส่งเสริมการจ้างงาน ในผู้สูงอายุตามความเหมาะสม			
๔. มีสถานที่ทำงานเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและผู้ พิการ			
*๕. มีการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีงานทำ ด้วยตัวเอง			
๖. ผู้สูงอายุที่มีความประสงค์อยากทำงานหรือหา รายได้ มีงานทำร้อยละ ๒๐			
รวม			

หมายเหตุ : องค์ประกอบที่ ๖ จำนวน ๖ ข้อ (* ข้อที่ควรผ่านการประเมิน คือ ๒,๕)

เกณฑ์การผ่านองค์ประกอบนี้จะต้องผ่านการประเมิน ร้อยละ ๖๐ (ผ่าน ๔ ข้อขึ้นไป)

องค์ประกอบที่ ๗ การสื่อสารและการให้ข้อมูล (Communication and information)

รายการประเมิน	ผลการประเมิน		รายละเอียดที่ตรวจพบ
	มี	ไม่มี	
*๑. มีระบบการสื่อสารและการให้ข้อมูลพื้นฐานที่ ออกแบบมาเพื่อเข้าถึงผู้อาศัยทุกกลุ่มวัยในชุมชน			
*๒. มีการเผยแพร่ข้อมูลอย่างสม่ำเสมอและเชื่อถือได้ มีเครือข่ายการประสานงาน และมีศูนย์กลางการ เผยแพร่ที่เข้าถึงได้			

รายการประเมิน	ผลการประเมิน		รายละเอียดที่ตรวจพบ
	มี	ไม่มี	
*๓. มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารในเรื่องที่น่าสนใจ และการแจ้งเตือนภัยสำหรับผู้สูงอายุ			
๔. มีการจัดทำสื่อสิ่งพิมพ์ที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โดยมีเนื้อหาหลัก ที่ชัดเจน ผู้สูงอายุสามารถมองเห็นได้			
๕. มีบริการคอมพิวเตอร์หรืออินเทอร์เน็ตสาธารณะ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เช่น ที่ทำการผู้ใหญ่บ้าน ศาลาประชาคมหมู่บ้านหรือห้องสมุดชุมชน			
*๖. มีการให้ข้อมูลข่าวสารโดยเจ้าหน้าที่ที่เชื่อถือได้แก่ ผู้สูงอายุ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ของท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น			
๗. อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ให้บริการ เช่น ตู้กดบัตรคิว วิทยุ โทรทัศน์ ตู้ ATM ตู้ขายตั๋วอัตโนมัติ โทรศัพท์มือถือ มีปุ่มกดและตัวอักษรขนาดใหญ่ มีคำแนะนำที่เข้าใจง่าย			
๘. มีกิจกรรม/หลักสูตรสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการเรียนรู้การใช้อินเทอร์เน็ต และโซเชียลมีเดีย อย่างน้อย ๑ ครั้ง			
รวม			

หมายเหตุ: องค์กรประกอบที่ ๗ จำนวน ๘ ข้อ (* ข้อที่ควรผ่านการประเมิน คือ ๑,๒,๓,๖)
เกณฑ์การผ่านองค์กรประกอบนี้จะต้องผ่านการประเมิน ร้อยละ ๖๐ (ผ่าน ๕ ข้อขึ้นไป)

องค์ประกอบที่ ๘ การบริการชุมชนและการบริการสุขภาพ
(Community support and health services)

รายการประเมิน	ผลการประเมิน		รายละเอียดที่ตรวจพบ
	มี	ไม่มี	
*๑. ผู้สูงอายุในชุมชนได้รับการบริการ การดูแลรักษา ฟื้นฟูสุขภาพและดูแลต่อเนื่องที่บ้านจากสหสาขา วิชาชีพ			
๒. สถานบริการมีช่องทางบริการผู้สูงอายุแบบ One Stop Service หรือคลินิกสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน			
*๓. ชุมชนมีการรณรงค์ส่งเสริมความรอบรู้ด้าน สุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม			
๔. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการประเมินและคัดกรอง สุขภาพ			
๕. สนับสนุนให้มีการพัฒนานวัตกรรม วิจัย ด้าน ส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับ ผู้สูงอายุ เพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน			
๖. ส่งเสริมให้มีการเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน			
รวม			

หมายเหตุ: องค์ประกอบที่ ๘ จำนวน ๖ ข้อ (* ข้อที่ควรผ่านการประเมิน คือ ๑,๓)

เกณฑ์การผ่านองค์ประกอบนี้จะต้องผ่านการประเมิน ร้อยละ ๖๐ (ผ่าน ๔ ข้อขึ้นไป)

เอกสารเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

รหัสผู้ให้ข้อมูล.....

วันที่สัมภาษณ์.....

เวลา.....

เพศ ชาย หญิง

อายุ.....ปี

อาชีพ.....

ตำแหน่ง.....

ระดับการศึกษา ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่ามัธยมศึกษา
 อนุปริญญา
 ปริญญาตรี
 สูงกว่าปริญญาตรี

รายได้ < ๑๐,๐๐๐ บาท/เดือน
 ๑๐,๐๐๐ - ๑๕,๐๐๐ บาท/เดือน
 ๑๕,๐๐๑ - ๓๐,๐๐๐ บาท/เดือน
 > ๓๐,๐๐๐ บาท/เดือน

บทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ.....

ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในชุมชน

< ๑ ปี
 ๑-๕ ปี
 ๖-๑๐ ปี
 > ๑๐ ปี

แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์

แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ผู้ที่มีส่วนร่วมในโครงการ “กิน อยู่ ดี”/JICA ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

๑. ตอนนี้บางแสนมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ท่านมองเกี่ยวกับเรื่องนี้ว่าอย่างไร
๒. ท่านคิดว่าเทศบาลมีแผนการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และถ้ามี มีกิจกรรมอะไรบ้างในฐานะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ท่านได้ช่วยในการดูแลผู้สูงอายุตามแผนงานนั้นหรือไม่ อย่างไร
๓. จากประสบการณ์ที่ท่านเคยให้การดูแลผู้สูงอายุ พอจะเล่าให้ฟังได้ไหมว่าผู้สูงอายุ มีปัญหาอะไรที่ท่านต้องให้การช่วยเหลือดูแลบ้างที่ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลได้มาขอความช่วยเหลือมีเรื่องอะไรบ้าง และท่านช่วยเหลือได้ทุกเรื่องตามที่ขอหรือไม่ อย่างไร
๔. จากประสบการณ์ที่เคยให้การดูแลผู้สูงอายุ พอจะเล่าให้ฟังได้ไหมว่าเกิดปัญหาและ อุปสรรคอะไรในการทำงานบ้าง จากปัญหาข้างต้น ท่านต้องการให้ใคร ช่วยเหลือในเรื่องอะไรบ้าง
๕. ท่านทำอย่างไรเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลผู้สูงอายุ
๖. เทศบาลฯ ทำอย่างไรในการให้คนในเทศบาลเห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุมีความสำคัญเทศบาลฯ ทำอย่างไร มีวิธีการอย่างไร ในทำให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยกันดูแลผู้สูงอายุ
๗. ท่านรู้จักโครงการ “กิน อยู่ ดี” ที่ดำเนินการโดยทางเทศบาลเมืองแสนสุขหรือไม่ หากรู้จัก ท่านได้เข้าไปมีส่วนร่วมในโครงการอย่างไร ในมุมมองของท่านโครงการนี้ มีส่วนช่วยเหลือผู้สูงอายุอย่างไร ท่านคิดว่าเกิดผลกระทบ ความเปลี่ยนแปลงกับผู้สูงอายุและผู้ดูแลในด้านใดบ้าง ภายหลังสิ้นสุดโครงการ
๘. แผนการเข้าร่วมโครงการใจกล้า (JICA) เริ่มเมื่อไหร่ อย่างไร และท่านได้มีส่วนร่วมในโครงการนี้อย่างไรบ้าง