

การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุ กรณีศึกษาชุมชนบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี*

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

รัชชนก กลิ่นชาติ, พย.ม. (การพยาบาลศึกษา) ¹

Rudchanok Klinchat, M.N.S. (Nursing Education) ¹

ขวัญศิริ เจริญทรัพย์, ป.ด. (การพัฒนารรรมการ) ² ธันวา จิตต์สงวน, Ph.D. (Economics) ³

Kwansiri Charoensup, Ph.D. (Governance Development) ² Thanwa Jitsanguan, Ph.D. (Economics) ³

Received: April 6, 2021 Revised: June 16, 2021 Accepted: June 19, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหวิทยาการ เพื่อตรวจสอบระบบการดูแลสุขภาพของชุมชนบางกะจะ จังหวัดจันทบุรี เพื่อสะท้อนถึงการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่สังคมสูงอายุของไทย ซึ่งเป็นแนวโน้มที่สำคัญของโลก มีการประยุกต์ใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การจัดทำแผนกลยุทธ์แบบถ่วงน้ำหนัก และการใช้เศรษฐศาสตร์สุขภาพเชิงประยุกต์ ในการวิจัยครั้งนี้ วัตถุประสงค์ เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาแบบบูรณาการสำหรับการสร้างระบบชุมชนที่เป็นมิตรกับ

* คุษณินพนธ์หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาสหวิทยาการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

* Dissertation of Philosophy Program in Interdisciplinarity of Sustainable Development, Faculty of Humanities and Social Sciences, Rambhai Barni Rajabhat University

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Praboromarajchanok Institute

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: krudchanok5@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² Assistant Professor, Faculty of Humanities and Social Sciences, Rambhai Barni Rajabhat University: Major Advisor

³ ผู้ทรงคุณวุฒิ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

³ Expert, Faculty of Economics, Kasetsart University: Co-advisor

ผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน 2562 ถึงเดือนพฤษภาคม 2563 ด้วยแบบสัมภาษณ์ที่มีค่าความเชื่อมั่น .93 จากผู้สูงอายุ จำนวน 240 คน รวมทั้งจัดเวทีชุมชน 2 ครั้ง มีผู้เข้าร่วมครั้งละ 44 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า การดำรงอยู่ที่เข้มแข็งของชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เกี่ยวข้องกับ 3 หุ้นส่วน การพัฒนาที่สำคัญ คือ สมาชิกในชุมชน องค์กรท้องถิ่น และหน่วยงานภายนอกชุมชน ซึ่งจะแสดงบทบาทหน้าที่แตกต่างกันในการสนับสนุนชุมชน นอกจากนี้ กลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเปรียบเสมือนศูนย์กลางของการพัฒนาชุมชนในกรณีนี้ ยังมีความหลากหลายในภาวะสุขภาพ ครอบครัวยุค และความต้องการการดูแล ดังนั้น การประยุกต์ใช้แนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จากองค์การอนามัยโลก ในเวทีประชุมกลุ่ม จึงพบว่ามี จำนวน 9 โครงการ ที่เป็นความต้องการระดับสูงสุดของชุมชน รวมทั้งการประมาณการลงทุนในโครงการต่างๆ เมื่อเทียบกับต้นทุนค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่สมมุติให้ลดลง แสดงถึงความเป็นไปได้ในทางเศรษฐศาสตร์ที่สมควรจะดำเนินการจริง

จากการวิจัยครั้งนี้เสนอให้ขับเคลื่อนชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุภายใต้ 4 พันธกิจ คือ 1) ทบทวนสถานภาพด้านผู้สูงอายุของชุมชน 2) จัดทำแผนส่งเสริมเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย 3) ดำเนินงานโครงการอย่างบูรณาการทุกระดับ และ 4) สร้างวาระด้านสุขภาพแห่งชุมชนอย่างยั่งยืน โดยได้นำเสนอแนวทางและมาตรการต่างๆ ใน 3 ลักษณะ คือ 1) การผลักดันและให้บริการ 2) การนำเสนอและการสนับสนุน และ 3) การตอบสนองและการมีส่วนร่วม จากบทบาทของหุ้นส่วนการพัฒนาหลักต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชุมชน เป็นการสรุปสุดท้าย

คำสำคัญ: ระบบการดูแลสุขภาพ สังคมสูงอายุ ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จังหวัดจันทบุรี

Abstract

The research was an interdisciplinary study to investigate the existing health care system of Bangkokja community in Chanthaburi Province in order to respond to global trend in preparing the Thai aging society. The mixed method research (MMR), participatory action research (PAR), weighted SWOT planning and applied health economics (AHE) were all employed in this research. Accordingly, the research aimed to suggest the integrated development approach for the age-friendly community through all involved participating sectors. Collection of data, with the reliability of interview questionnaires at .93, was derived during September 2019-May 2020 from the interview of 240 aging people together with 2 group meetings attained by 44 participants. Data were analyzed by frequency, percentage, and content analysis.

The research found that the solid formation of age-friendly community was related to 3 key development partners including community members, local organizations and external agencies. These partners would play different leading roles in supporting the age-friendly community together. The aging people as the center of community development plan were also very diverse in their health status, family background and caretaking demand. Application of the age-friendly community concept (AFC/WHO) in the group meetings revealed 9 significant priority projects in the studied community. Estimation of financial investment in such projects as compared with the assumedly decreased health cost of aging people concluded that these proposed projects were economically feasible.

The research therefore suggested the movement of age-friendly community within the participatory approach of 4 main missions including retreat of community situation, specific promotion plans, integrated project implementation and sustainable community health care agenda. Various approaches and measures from 3 main interaction including motivation and service, presentation and support as well as response and participation from different development partners were finally suggested.

Keywords: Health care system, Aging society, Age-friendly community, Chanthaburi Province

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทิศทางหลักของการพัฒนาของโลกในปัจจุบันและอนาคตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้สำหรับทุกประเทศรวมทั้งประเทศไทย คือ การพัฒนาปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและอาชีพตามสภาวะโลกร้อน การพัฒนาของเทคโนโลยีที่รวดเร็ว ทดแทนแรงงาน โลกไร้พรมแดนสำหรับคนจากทุกประเทศ สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุมีมากขึ้นอย่างชัดเจน การเมือง เศรษฐกิจ และสังคม ส่งผลกระทบต่อถึงกันทั่วโลก ทุกประเทศในโลกจึงต้องเตรียมความพร้อมในการรองรับสถานการณ์ดังกล่าว ในผลกระทบด้านต่างๆ ที่กำลังเกิดขึ้น

ใน พ.ศ. 2561 มีประชากรโลกทั้งหมดประมาณ 7,633 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุ 990 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.97 และยังคงคาดการณ์ว่าจำนวน

ผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 1.5 พันล้านคน ใน พ.ศ. 2593 (United Nations [UN], 2019) สำหรับประเทศไทยใน พ.ศ. 2561 มีประชากร 66 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุ 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.18 และมีแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยกลายเป็นสังคมสูงอายุแล้ว (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2562) ซึ่งการเป็นสังคมสูงอายุมีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของประชาชนชัดเจนมากขึ้น อาทิ ระบบคมนาคม การย้ายถิ่น สภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิต การบริโภค การออกกำลังกาย การพักผ่อน ปัญหามลพิษ สารปนเปื้อน และสารก่อมะเร็งเพิ่มขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2558) กล่าวได้ว่า ภาพรวมของโลกเป็นสังคมสูงอายุ และในอนาคต ผู้สูงอายุจะมีจำนวน

เพิ่มมากขึ้น ยิ่งทำให้การเตรียมพร้อมรับประชากรที่เข้าสู่สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกที่ต้องรีบแก้ไข โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านสุขภาพซึ่งมีความสำคัญ เพราะการมีสุขภาพดีจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี อันเป็นผลมาจากการมีระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) เป็นผู้รับผิดชอบหลักในเรื่องสุขภาพของประชากรทั่วโลก ได้เสนอให้ใช้แนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (age-friendly community [AFC]) เป็นแนวคิดหนึ่งที่ใช้ในการนำไปสู่เป้าหมายการมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อสูงอายุ มีองค์ประกอบ 8 ประเด็น ได้แก่ 1) พื้นที่ภายนอกอาคารและตัวอาคาร 2) การคมนาคมขนส่งและการสัญจร 3) ที่อยู่อาศัย 4) การมีส่วนร่วมทางสังคม 5) การเคารพและการยอมรับในสังคม 6) การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน 7) การสื่อสารและการให้ข้อมูล และ 8) การสนับสนุนของชุมชนและการให้บริการด้านสุขภาพ (WHO, 2007) หากชุมชนมีการพัฒนาดังกล่าว จะทำให้มีสภาพแวดล้อมต่างๆ ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้นได้ ซึ่งมีการนำแนวคิดนี้มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้แปลเป็นภาษาไทย และกระทรวงมหาดไทยได้นำมาใช้สำหรับการตรวจสอบสภาพเมืองหรือชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุของทุกจังหวัด อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการพัฒนาแบบตรวจสอบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในระดับตำบลที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนอย่างแท้จริง ซึ่งจะต้องมีความร่วมมือระหว่างคนในชุมชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จึงจะทำให้เกิดแผนการพัฒนาที่เหมาะสมกับบริบทได้

การเลือกพื้นที่กรณีศึกษา เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้บริบทและข้อจำกัดที่มีอยู่ เพื่อให้ได้รูปแบบของ

ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติได้จริง จึงนับได้ว่าเป็นทางออกหนึ่งของปัญหาสังคมสูงอายุที่มีแนวโน้มว่าจะมีปัญหามากขึ้น หากไม่มีการเตรียมพร้อมที่ดี การวิจัยครั้งนี้เลือกพื้นที่กรณีศึกษา ได้แก่ หมู่ที่ 1 หมู่ที่ 4 และหมู่ที่ 6 ตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี เฉพาะที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะ ใช้ชื่อเรียกพื้นที่ขอบเขตดังกล่าวในการวิจัยครั้งนี้ว่า “ชุมชนบางกะจะ” สาเหตุที่ศึกษาในชุมชนนี้ เนื่องจากมีทุนทางสังคมในหลายมิติ อันเป็นพื้นฐานการพัฒนาที่มีความพร้อมเป็นชุมชนเก่าแก่ทางประวัติศาสตร์ โดยเฉพาะเป็นแหล่งรวมพลกษัตริย์ในสมัยสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช เมื่อ พ.ศ. 2310 มีประชากรหนาแน่น อาศัยมาแต่โบราณ มีผู้นำชุมชนที่ขับเคลื่อนโครงการพัฒนาผู้สูงอายุมาอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันมีประชากรทั้งหมด 2,879 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 583 คน (เทศบาลตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี, 2562) อัตราส่วนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 20.25 นั่นหมายถึง ชุมชนนี้เป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete-aged society)

แนวคิดการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุถือเป็นนโยบายระดับชาติ ที่ได้ถ่ายทอดลงมายังทุกจังหวัด เพื่อให้ดำเนินการในเบื้องต้นบ้างแล้ว อย่างไรก็ตาม ระบบการดูแลสุขภาพของชุมชนบางกะจะนั้น ยังมีได้มีการนำแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุมาใช้ จึงนับเป็นโอกาสดีที่การวิจัยครั้งนี้จะได้ศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางแห่งความคิดในการศึกษา

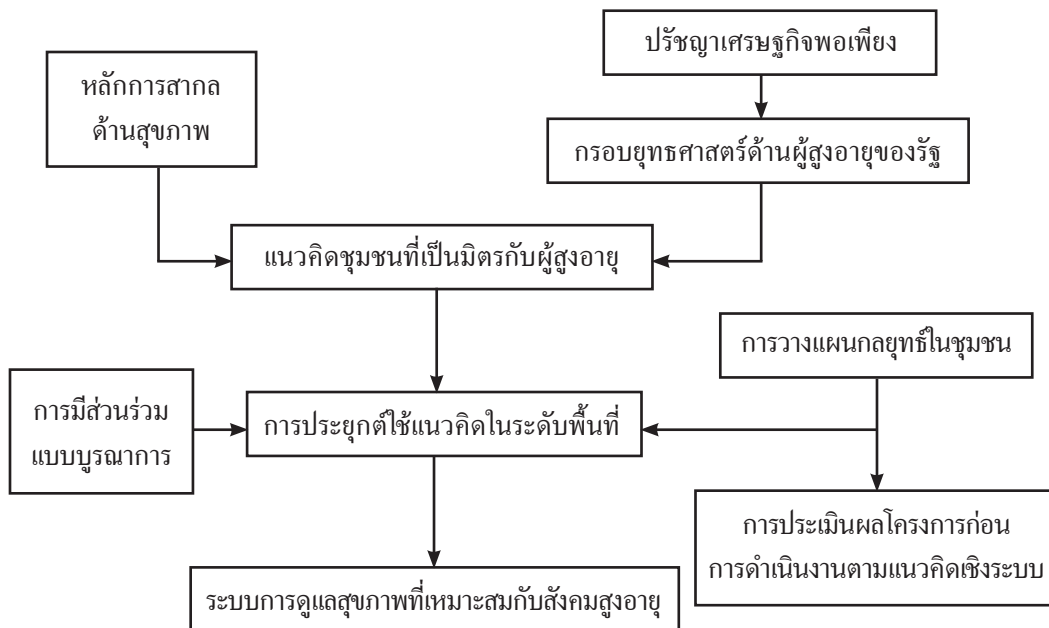
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสังเคราะห์ระบบการดูแลสุขภาพชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อประเมินผลก่อนการดำเนินการของโครงการด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่มีนัยสำคัญในชุมชนกรณีศึกษา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากหลักการสากลด้านสุขภาพ (AFC/WHO) และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs/UN) ซึ่งเป็นแนวคิดระดับโลก ที่นำมาใช้ในการรับมือกับสถานการณ์สังคมสูงอายุของประเทศไทย โดยมีกรอบการปฏิบัติของภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับชาติ ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ ซึ่งมีการนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นฐานคิดในการวางแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี อันเป็นแผนแม่บทกรอบการปฏิบัติของภาครัฐ ทั้งนี้ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้นำ AFC/WHO มาแปลเป็นภาษาไทย ถ่ายทอดมายังระดับจังหวัด เมื่อนำสู่การประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ในระดับพื้นที่ ได้มีการปรับแก้ไขให้มีความเหมาะสมตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นจึงให้สมาชิกในชุมชนบางกะจะ ได้มีส่วนร่วมแบบบูรณาการ ในการพิจารณา ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุระดับพื้นที่

ทั้ง 8 ประเด็น และร่วมกันกับภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนบางกะจะ ในการวิเคราะห์สภาพแวดล้อม ให้น้ำหนักปัจจัยสภาพแวดล้อม เพื่อให้ได้กลยุทธ์และโครงการต่างๆ ร่วมกันประเมินผลโครงการก่อนการดำเนินงานตามแนวคิดเชิงระบบ (ex-ante system evaluation) โดยพิจารณาปัจจัยนำเข้า (input) โครงการ (project) ผลผลิต (output) ผลลัพธ์ (outcome) และผลกระทบ (impact) ของแต่ละโครงการ รวมทั้งนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้เป็นเกณฑ์องค์ประกอบร่วม เพื่อตัดสินใจลำดับความสำคัญของโครงการที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาครัฐอย่างแท้จริง สุดท้ายจึงสังเคราะห์ให้ได้ระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุของชุมชนบางกะจะ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหวิทยาการ (interdisciplinary research) บูรณาการศาสตร์ 3 สาขาวิชา ได้แก่ การพยาบาล สังคมวิทยา และ เศรษฐศาสตร์ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลผสมผสาน แบบคู่ขนาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ประชากรเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบางกะจะ ได้แก่ หมู่ที่ 1 หมู่ที่ 4 และหมู่ที่ 6 ตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัด จันทบุรี เฉพาะที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะ จำนวน 583 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ 2) สื่อสารได้เข้าใจ 3) เคยไปร่วมกิจกรรมทางสังคม ในชุมชน 4) ไม่เป็นโรคติดต่อที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Yamane (1967) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 238 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 262 คน เมื่อเก็บรวบรวม ข้อมูลจริง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 240 คน (คิดเป็น ร้อยละ 91.60) เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบ ขั้นภูมิ ตามสัดส่วนประชากร

ส่วนที่ 2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) อาศัยอยู่ในชุมชนบางกะจะอย่างน้อย 10 ปี 2) ช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ 3) สื่อสารได้เข้าใจ 4) กล้าแสดงความคิดเห็น 5) เคยไปร่วมกิจกรรมทางสังคมในชุมชน 6) ไม่เป็น โรคติดต่อที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ และ 7) ยินยอมเข้าร่วม การวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นลูกหลาน หรือญาติของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับ ผู้สูงอายุ และเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในเรื่องการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน เลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) มีการดูแลผู้สูงอายุมานานอย่างน้อย 1 เดือน 2) สื่อสารได้เข้าใจ 3) ไม่เป็นโรคติดต่อที่อยู่ในระยะ แพร่เชื้อ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน

กลุ่มที่ 3 บุคลากรภาครัฐ เลือกแบบ เจาะจงตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นผู้รับผิดชอบหลัก ในองค์กรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุในชุมชนบางกะจะ ได้แก่ เทศบาลตำบล บางกะจะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี และสำนักงาน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด จันทบุรี 2) ไม่เป็นโรคติดต่อที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ เป็น แบบสัมภาษณ์ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ระดับพื้นที่ ผู้วิจัยปรับจากแบบตรวจสอบชุมชน ที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ของกรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข จำนวนทั้งสิ้น 160 ข้อย่อย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ 1) ผู้วิจัย ซึ่งได้รับใบรับรองหลักสูตรหลักจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์สำหรับนักศึกษา/นักวิจัย จากสำนักงาน การวิจัยแห่งชาติ ผ่านการประชุม และการลงพื้นที่ ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพมาแล้ว รวมทั้งมีความรู้ ในสหสาขาวิชา และ 2) คำถามปลายเปิดที่ใช้เก็บรวบรวม ข้อมูล

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับ

ผู้สูงอายุระดับพื้นที่ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยอาจารย์มหาวิทยาลัย และอาจารย์วิทยาลัยพยาบาล (2 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับแบบสัดส่วนเฉลี่ย (scale-level CVI) เท่ากับ .86 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน หากค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .81 เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจริง ได้ค่าเท่ากับ .93 ส่วนคำถามปลายเปิดที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้ ใช้การตรวจสอบสามเส้า ด้านข้อมูล ด้านเทคนิค วิธีการเก็บข้อมูล และใช้สหวิทยาการ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 064 วันที่ 18 กันยายน 2562) ผู้วิจัยจึงได้เก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากเทศบาลตำบลบางกะจะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี และสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดจันทบุรี โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุตามแบบสัมภาษณ์ลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จำนวน 240 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการระดมสมอง ผ่านการจัดเวทีชุมชน จำนวน 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่ 12 ตุลาคม 2562 ระดมสมองจากกลุ่มตัวอย่างที่เลือกมาแบบเจาะจง ประกอบด้วยผู้สูงอายุ จำนวน 34 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน และบุคลากรภาครัฐ จำนวน 5 คน รวมจำนวน 44 คน ร่วมกันให้ความเห็นผ่านกลไกของ SWOT ที่มีการถ่วงน้ำหนักปัจจัยต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกชุมชน เพื่อนำไปออกแบบเป็นโครงการชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ตามแนวคิดสากลที่ประยุกต์สู่ท้องถิ่น และเป็นการเตรียมคืนข้อมูลให้ชุมชนพิจารณาในเวทีชุมชนครั้งที่ 2

ครั้งที่ 2 วันที่ 3 พฤศจิกายน 2562 ระดมสมองจากกลุ่มตัวอย่างที่เลือกมาแบบเจาะจง ประกอบด้วยผู้สูงอายุ จำนวน 33 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 6 คน และบุคลากรภาครัฐ จำนวน 5 คน รวมจำนวน 44 คน (เท่ากับครั้งที่ 1) ร่วมกันพิจารณาการนำเสนอกลยุทธ์โครงการ ผลการประเมินก่อนการดำเนินงานโครงการเพื่อตรวจสอบ แสดงความคิดเห็นในการแก้ไขปรับปรุง จัดลำดับความสำคัญของโครงการ และนำข้อมูลมาสังเคราะห์เป็นระบบการดูแลสุขภาพชุมชน

ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน 2562 ถึงเดือนพฤษภาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. ชุมชนบางกะจะมีการพัฒนาในลักษณะต่างๆ ที่สอดคล้องกับแนวคิดสากลในระดับค่อนข้างดี ($n = 240$ คน) พบว่า การมีกิจกรรมสังคมและระบบที่สนับสนุนผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 82.50 และการมีระบบคมนาคมและยานพาหนะที่สนับสนุนผู้สูงอายุ อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 25

2. ผลจากการระดมความคิดเห็น ผ่านการจัด

เวทีชุมชนทั้ง 2 ครั้ง พบว่า ปัจจัยต่าง ๆ 4 ลักษณะ คือ จุดแข็งและจุดอ่อนจากภายในชุมชน พร้อมทั้ง โอกาสและอุปสรรคจากภายนอกชุมชน ได้รับการจัด ลำดับความสำคัญและน้ำหนักต่อการพัฒนาชุมชน ให้เป็นเกรด A, B และ C ตามลำดับ เมื่อนำมา วิเคราะห์กลยุทธ์ (strategies) จากการถ่วงน้ำหนัก ปัจจัยทั้งหมด (weighted SWOT) ทำให้ได้กลยุทธ์หลัก ที่สำคัญ 6 กลยุทธ์ ดังนี้ 1) เร่งพัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุ ตามนโยบายของรัฐโดยใช้งบประมาณจากภายใน และภายนอกชุมชน 2) เร่งพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุให้มีสัมฤทธิ์ผลสอดคล้องกับนโยบายพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 3) ส่งเสริมกิจกรรมโรงเรียน ผู้สูงอายุ ในการเน้นแนวทางป้องกันมากกว่ารักษา และลดผลกระทบจากอบายมุข ยาเสพติด โรคติดต่อ และสารพิษ 4) ส่งเสริมการใช้วิถีชีวิตตามแนวทาง พอเพียง มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เพื่อป้องกันภาวะ คุกคามจากภายนอกชุมชน 5) ปรับปรุงระบบบริการ สาธารณะและที่อยู่อาศัยให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดย การมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดูแลสุขภาพชุมชน และ 6) สร้างระบบการให้คำตอบแทนสำหรับผู้สูงอายุ

ที่สุขภาพดี เพื่อให้มีแรงจูงใจ และเป็นต้นแบบที่ดี สำหรับคนอื่นได้

จากกลยุทธ์ดังกล่าว ได้พัฒนาเป็นโครงการ (projects) ที่ตอบสนองต่อกลยุทธ์ เพื่อให้เป็นรูปธรรม ในการพัฒนาเชิงองค์รวมทั้งตัวบุคคลและชุมชน ซึ่งมีการคัดเลือกและดำเนินการตามหลักปรัชญา เศรษฐกิจพอเพียง คือ เป็นโครงการที่ล้วนเกิดขึ้น ด้วยเหตุผลที่ดี ทำแบบพอประมาณ และเป็นการสร้าง ภูมิคุ้มกันแก่ชุมชนกรณีศึกษา รวมทั้งแต่ละโครงการ มีความสัมพันธ์กับประเด็นในการพัฒนา AFC/WHO ได้ครบทั้ง 8 ประเด็น ได้แก่ 1) การมีพื้นที่ชุมชน สำหรับผู้สูงอายุใช้ประโยชน์ร่วมกัน 2) การมีระบบ คมนาคมและยานพาหนะที่สนับสนุนผู้สูงอายุ 3) การมีบ้านที่อยู่อาศัยและเครื่องใช้ในสภาพที่เหมาะสม 4) การมีกิจกรรมสังคมและระบบที่สนับสนุนผู้สูงอายุ ให้เข้าร่วม 5) การได้รับการเคารพยกย่องและการยอมรับ ในสังคม 6) การมีส่วนร่วมในโอกาสการทำงานและ จิตอาสา 7) การสื่อสารและให้ข้อมูลที่ได้ผลแก่ผู้สูงอายุ และ 8) การสนับสนุนและให้บริการสุขภาพจากชุมชน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสอดคล้องของโครงการกับลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ 8 ประเด็น

ประเด็น AFC/WHO	ชื่อโครงการที่ประยุกต์ใช้ AFC ในชุมชนกรณีศึกษา
การมีพื้นที่ชุมชน	โครงการปรับปรุงระบบสาธารณะให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ
การมีระบบคมนาคม	โครงการพัฒนาด้านกายภาพของโรงเรียนผู้สูงอายุ
การสื่อสาร	โครงการส่งเสริมการใช้วิถีชีวิตตามแนวทางพอเพียง
การมีโอกาทำงาน	โครงการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี
การมีบ้านที่อยู่อาศัย	โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ
การมีกิจกรรมสังคม	โครงการสร้างสรรค์กิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ
การได้รับการเคารพ	โครงการส่งเสริมการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ
การให้บริการสุขภาพ	โครงการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพดีแก่ผู้สูงอายุ
	โครงการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุอย่างมีสัมฤทธิ์ผล

โครงการทั้ง 9 โครงการ เป็นความต้องการระดับสูงสุดของชุมชน โดยผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ให้คะแนนแต่ละโครงการตามความคิดเห็นของตนเองหลังจากที่ได้ร่วมกันระดมสมองแล้ว โดย

ให้คะแนน 1-10 คะแนน (ต้องการต่ำสุด = 1 สูงสุด = 10) พบว่า โครงการที่ควรได้รับการดำเนินการเป็นอันดับแรก คือ โครงการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการจัดลำดับความสำคัญของโครงการพัฒนาชุมชนจากการระดมสมองผ่านการจัดเวทีชุมชน

ชื่อโครงการ	คะแนน	ลำดับความสำคัญ
1. โครงการปรับปรุงระบบสาธารณสุขให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	327	6
2. โครงการพัฒนาด้านกายภาพของโรงเรียนผู้สูงอายุ	323	7
3. โครงการส่งเสริมการใช้วิถีชีวิตตามแนวทางพอเพียง	311	8
4. โครงการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี	353	3
5. โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	335	4
6. โครงการสร้างสรรค์กิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ	328	5
7. โครงการส่งเสริมการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ	305	9
8. โครงการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ	369	1
9. โครงการพัฒนาระบบการเชื่อมบ้านผู้สูงอายุอย่างมีสัมฤทธิ์ผล	358	2

ดังนั้น เมื่อดำเนินงานในทุกโครงการสำเร็จลงจะทำให้เกิดผลประโยชน์ต่อชุมชนในเชิงระบบ กล่าวคือ เกิดผลผลิตจากโครงการต่างๆ จำนวน 9 โครงการ ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว และก่อให้เกิดผลลัพธ์ตามมา 6 ประการ ได้แก่ 1) ทักษะชีวิตที่ดีเกี่ยวกับผู้สูงอายุจากมุมมองของสมาชิกชุมชน 2) พฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีพอเพียง 3) ภาวะสุขภาพดีในผู้สูงอายุ 4) การประหยัดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ 5) การเพิ่มรายได้ที่เป็นตัวเงินของ

ประชากรสูงอายุ และ 6) ศูนย์กลางของพลังชุมชน รวมทั้งเกิดผลกระทบต่อการพัฒนาที่ยั่งยืนในระยะยาว จำนวน 4 ประการ ได้แก่ 1) ต้นแบบชุมชนสำหรับการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ 2) ชุมชนมีความเข้มแข็ง อบอุ่นจากการมีส่วนร่วม 3) ความพร้อมของชุมชนในการรองรับกลุ่มผู้สูงอายุในอนาคต และ 4) คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุและสมาชิกชุมชนทุกคน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลสัมฤทธิ์เชิงระบบของโครงการ

ชื่อโครงการ	ผลผลิต (output)	ผลลัพธ์ (outcome)	ผลกระทบ (impact)
1. โครงการปรับปรุงระบบสาธารณะให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	ระบบขนส่งมวลชนที่ ถนน ห้องน้ำสาธารณะที่ เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และ ระบบเสียงตามสายที่ได้ผล ครอบคลุมทั่วพื้นที่	ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่ลดลง จากการเกิดอุบัติเหตุของ ผู้สูงอายุและสมาชิกชุมชน ที่น้อยลง	คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ และสมาชิกชุมชนทุกคน รวมทั้งความปลอดภัยของ ชุมชนในการรองรับกลุ่ม ผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น
2. โครงการพัฒนาด้านกายภาพของโรงเรียนผู้สูงอายุ	อาคารเรียน และอุปกรณ์ ต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการเรียนรู้ สำหรับโรงเรียนผู้สูงอายุ	ศูนย์การเรียนรู้ของชุมชน ทำให้ยังคงมีสุขภาพดี แม้จะสูงอายุ ช่วยประหยัด ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ	คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ และความพร้อมของชุมชน ในการส่งเสริมการเรียนรู้ ของกลุ่มผู้สูงอายุในอนาคต
3. โครงการส่งเสริมการใช้วิถีชีวิตตามแนวทางพอเพียง	แปลงผักสวนครัวปลอด สารพิษประจำหมู่บ้าน จากการมีส่วนร่วมของ สมาชิกชุมชน องค์กรท้องถิ่น และหน่วยงานภายนอกชุมชน	การลดค่าใช้จ่ายในการรักษา จากการได้รับสารพิษ ส่งเสริมให้สุขภาพดี และ เพิ่มรายได้ของผู้สูงอายุจาก การขายผักปลอดสารพิษ	ต้นแบบชุมชนสำหรับ การพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตร กับผู้สูงอายุ ที่มีความเข้มแข็ง และพึ่งตนเองมากขึ้น
4. โครงการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี	ระบบการพิจารณาให้ ค่าตอบแทนผู้สูงอายุที่มี สุขภาพดี	การประหยัดค่าใช้จ่ายทาง สุขภาพจากการมีสุขภาพดี ของผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ เป็นศูนย์กลางของพลังชุมชน	ต้นแบบในการพัฒนาชุมชน และคุณภาพชีวิตที่ดีของ ผู้สูงอายุ จากระบบแรงจูงใจ ที่เหมาะสม
5. โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมทั้งในบ้านและสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	สภาพแวดล้อมทั้งในบ้านและ บริเวณรอบบ้านที่อยู่อาศัย มีความปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ	การลดค่าใช้จ่ายในการรักษา พยาบาลจากการล้มของ ผู้สูงอายุ	การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของ ผู้สูงอายุและสมาชิกทุกคน ในครัวเรือน กลุ่มครัวเรือน และชุมชน
6. โครงการสร้างสรรค์กิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ กิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ	กิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ที่ครอบคลุมสุขภาพครบ องค์รวมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และ จิตวิญญาณ	การประหยัดค่าใช้จ่ายใน การรักษาพยาบาลจาก การชะลอการเกิดโรคที่เสื่อม ตามวัย และเกิดภาวะสุขภาพ ดีในผู้สูงอายุ	คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ จากการเรียนรู้และ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ร่วมกันทางวิชาการและ ทางปฏิบัติ

ตารางที่ 3 ผลสัมฤทธิ์เชิงระบบของโครงการ (ต่อ)

ชื่อโครงการ	ผลผลิต (output)	ผลลัพธ์ (outcome)	ผลกระทบ (impact)
7. โครงการส่งเสริมการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ	เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในคุณค่าของผู้สูงอายุ	ทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับผู้สูงอายุของสมาชิกชุมชน ก่อให้เกิดศูนย์กลางของพลังชุมชนจากผู้สูงอายุ	ชุมชนเกิดความเข้มแข็งและอบอุ่นจากการตระหนักถึงคุณค่าและบทบาทของผู้สูงอายุ
8. โครงการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพดีแก่ผู้สูงอายุ	การส่งเสริมองค์ความรู้จากระบบเครือข่ายในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพที่ใช้ได้ในชีวิตจริง	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างถูกต้อง ส่งเสริมภาวะสุขภาพดีในผู้สูงอายุ ประหยัดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ	คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุเป็นต้นแบบสำหรับสมาชิกชุมชนทุกช่วงวัยได้ปฏิบัติตาม
9. โครงการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุอย่างมีสัมฤทธิ์ผล	ระบบการเยี่ยมบ้านที่มีคุณภาพและดูแลผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึงทั้งชุมชน รวมทั้งมีฐานข้อมูลกลุ่มที่ทันสมัย	การลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง	ความพร้อมของครอบครัวในการรองรับกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน และเป็นต้นแบบการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในอนาคต

ผลจากการดำเนินโครงการทั้งหมด จึงเกิดเป็นประโยชน์ในเชิงบูรณาการ (integrated benefit) คือ ทุกโครงการล้วนแต่สร้างประโยชน์ที่สนับสนุนกันและกันในการช่วยดูแลสุขภาพชุมชนในทางที่ดีขึ้น มีการเจ็บป่วยลดลง และมีดัชนีชี้วัดที่สำคัญ คือ ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่ประหยัด (health cost saving) ซึ่งมีทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายระหว่างพักฟื้นที่บ้าน และค่าสูญเสียรายได้จากการทำงาน แต่สำหรับการวิจัยครั้งนี้ คิดเฉพาะค่าใช้จ่ายในการรักษาเมื่ออยู่ที่โรงพยาบาล หากสมมุติว่า ผลประโยชน์ (benefit [B]) ที่เกิดขึ้นจากโครงการต่างๆ ช่วยลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพลงได้ร้อยละ 10, 15, 20, 25 และ 30 เปรียบเทียบกับการประมาณการลงทุนในทุกโครงการ (cost [C]) ซึ่งประเมินเป็นมูลค่า

ปัจจุบัน (discounted present values) ในระยะเวลา 5 ปี และ 10 ปี ได้ 2.78 และ 3.19 ล้านบาท ตามลำดับ ดังเช่น ทุกโครงการมีมูลค่าปัจจุบันของการลงทุน 2.78 ล้านบาท เทียบกับผลประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นราว 1.13 ล้านบาท เมื่อคิดจากระยะเวลา 5 ปี จะก่อให้เกิดอัตราส่วน B/C เท่ากับ 0.40 เป็นต้น อัตราส่วน B/C ดังกล่าว หากได้ค่ามากกว่า 1 จะถือว่ามีความเป็นไปได้ในทางเศรษฐศาสตร์ สมควรจะมีการดำเนินการจริงได้

ผลการวิจัยพบว่า การดำเนินโครงการที่กำหนดอายุของประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้สูงอายุภายในเวลา 5 ปี จะมีความเป็นไปได้ของโครงการคือ มีอัตราส่วน B/C เท่ากับ 1.21 หากสมมุติว่าโครงการทั้งหมดจะสามารถลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ

ของผู้สูงอายุลงได้ร้อยละ 30 และหากคิดอายุโครงการในเวลา 10 ปี จะมีความเป็นไปได้ เมื่อสมมติให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของผู้สูงอายุลดลงเพียงร้อยละ 20 เท่านั้น อย่างไรก็ตาม ประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการเหล่านี้ มิได้เกิดเฉพาะกับกลุ่มผู้สูงอายุอย่างเดียว แต่ยังเกิดกับคนในช่วงวัยอื่นๆ ในชุมชนอีกด้วย เพราะลักษณะของชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุนั้น ย่อมจะเป็นมิตรกับคนทุกช่วงวัยเช่นกัน อาทิ การมีรถฉุกเฉิน ถนน ห้องน้ำสาธารณะ เสียงตามสาย หรือการเผยแพร่ความรู้

ดังนั้น หากคิดประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับคนทุกช่วงวัย (อายุ 11 ปีขึ้นไป) จะยิ่งทำให้ความเป็นไปได้ของโครงการที่สมควรจะดำเนินการจริงเพิ่มขึ้น อาทิ มีอัตราส่วน B/C เท่ากับ 1.13 และ 1.85 เมื่อสมมติให้ลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของคนทุกช่วงวัยลงได้เพียงร้อยละ 15 ในระยะเวลา 5 ปี และ 10 ปี ตามลำดับ ซึ่งจะเป็นการประเมินที่ใกล้เคียงกับความจริงของชุมชนกรณีศึกษามากกว่าที่จะสมมติให้ประโยชน์ตกแก่กลุ่มผู้สูงอายุเท่านั้น ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ประโยชน์ที่ได้รับกับการลงทุนในการดำเนินโครงการ

อายุ (ปี)	ระยะ เวลา (ปี)	มูลค่าคิดลด (discounting) (ล้านบาท)						ความเป็นไปได้ของโครงการ				
		การ ลงทุน (C)	ผลประโยชน์ (B)					B/C				
			ร้อยละของ B ที่สมมติให้ลดลง					ร้อยละของ B ที่สมมติให้ลดลง				
			10	15	20	25	30	10	15	20	25	30
> 60	5	2.78	1.13	1.70	2.25	2.82	3.38	.40	.61	.81	1.01	1.21
	10	3.19	2.10	3.15	4.20	5.25	6.30	.66	.99	1.32	1.65	1.98
≥ 11	5	2.78	2.11	3.16	4.21	5.27	6.32	.76	1.13	1.51	1.89	2.27
	10	3.19	3.92	5.89	7.85	9.81	11.80	1.23	1.85	2.46	3.08	3.69

ที่มา: ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2561)

3. ระบบการดูแลสุขภาพโดยใช้แนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางความคิด หรือที่ใช้ชื่อเรียกว่า Age-friendly Community of Bangkokja (AFC/BKJ) จะประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (process) ผลผลิต (output) ผลลัพธ์ (outcome) และผลกระทบ (impact) ซึ่งปัจจัยนำเข้ามีทั้งทรัพยากรด้านต่างๆ งบประมาณการบริหารจัดการ และผู้รับผิดชอบ โดยมีผู้รับผิดชอบหลัก หรือหุ้นส่วนการพัฒนาชุมชนที่สำคัญ 3 ภาคส่วน ประกอบด้วย 1) สมาชิกชุมชน (community members)

ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ปราชญ์ชาวบ้าน ผู้นำชุมชน แกนนำกลุ่มในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) องค์กรท้องถิ่น (local organizations) ได้แก่ เทศบาลตำบลบางกะจะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะ ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ วัดและโรงเรียนประจำท้องถิ่น และ 3) หน่วยงานภายนอกชุมชน (external agencies) ได้แก่ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุค่ายเนินวง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี วิทยาลัยพยาบาล

พระปกเกล้า จันทบุรี มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
จังหวัดจันทบุรี องค์การบริหารส่วนจังหวัดจันทบุรี

สำนักงานเกษตรจังหวัด สำนักงานแรงงานจังหวัด
ชมรมกระต่ายอาสา โดยมีบทบาทหน้าที่ของแต่ละกลุ่ม
ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 หน้าที่ส่วนการพัฒนาชุมชนผู้สูงอายุและบทบาทหน้าที่หลัก

หน้าที่ส่วนการพัฒนา	บทบาทหน้าที่หลัก
1. สมาชิกชุมชน	- ผลักดันองค์กรท้องถิ่นให้มีการพัฒนาชุมชนที่ตอบสนองความต้องการของชุมชน - ให้ข้อมูลที่แท้จริง และมีความกระตือรือร้นในการแจ้งข้อมูลเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง - ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม โครงการในการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ - มีส่วนร่วมในการสร้างวาระด้านสุขภาพแห่งชุมชนให้สำเร็จ ทุกคนต้องเข้าใจว่าการพัฒนาที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เป็นเรื่องของทุกคน เพราะทุกคนล้วนต้องกลายเป็นผู้สูงอายุในที่สุด
2. องค์กรท้องถิ่น	- จัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุแต่ละคนให้ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน เพื่อให้มีข้อมูลในการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามภาวะสุขภาพ และดูแลได้สอดคล้องตามภาวะสุขภาพของแต่ละคน - ส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชน ให้พึ่งตนเองได้ และพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ - ร่วมสร้างวาระด้านสุขภาพแห่งชุมชน และเข้าใจว่าการพัฒนาที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุจะต้องคงมีอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าผู้รับผิดชอบในองค์กรจะเป็นใครก็ตาม
3. หน่วยงานภายนอกชุมชน	- สนับสนุนทรัพยากร งบประมาณ บุคลากร และให้คำปรึกษาในการบริหารจัดการโครงการพัฒนาชุมชน ตามความเชี่ยวชาญของแต่ละองค์กร - สนับสนุนด้านการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ และประชุมอบรม เพื่อสร้างความเข้าใจระหว่างชุมชนกับภาคส่วนต่างๆ ในจังหวัด - ทำวิจัยและเผยแพร่องค์ความรู้ทางวิชาการแบบมีส่วนร่วมแก่ชุมชน

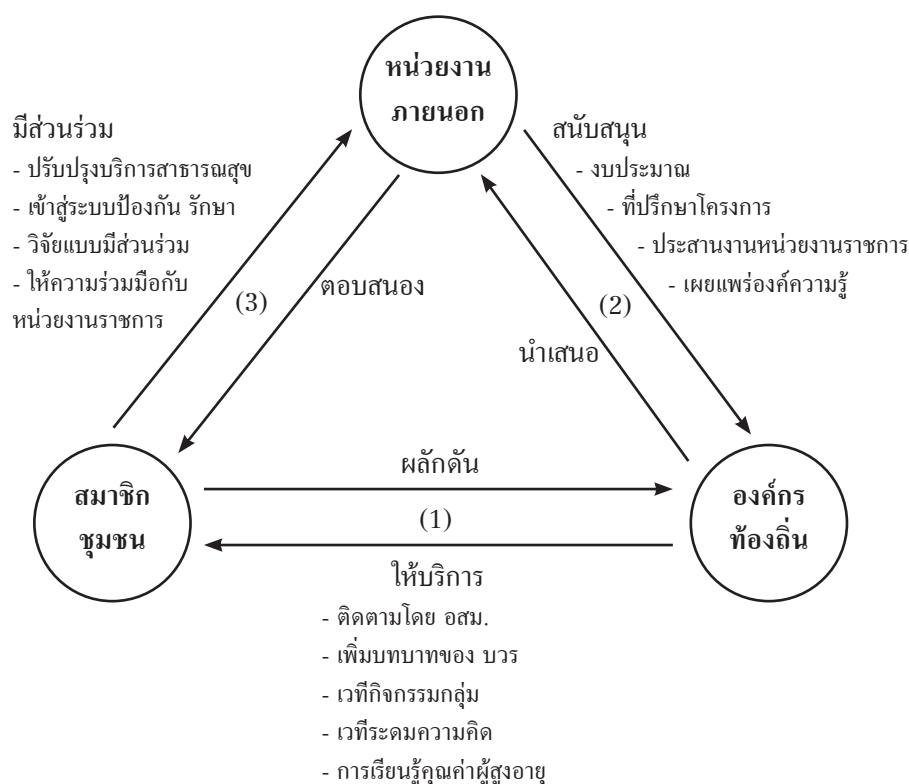
แนวทางการขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุนี้ ควรมีปฏิสัมพันธ์จาก 3 ภาคส่วน เป็นความสัมพันธ์แบบ 2 ทาง (2 way interaction) กล่าวคือ 1) การเชื่อมโยงระหว่างสมาชิกชุมชนกับองค์กรท้องถิ่น โดยสะท้อนถึงแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุที่กำลังเพิ่มมากขึ้น กระแสสังคมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และความเข้มแข็งของ

ชุมชน เพื่อผลักดันให้องค์กรท้องถิ่นมีการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน มีการประสานโดย อสม. เน้นการป้องกันมากกว่าการรักษา เพิ่มบทบาทของบ้าน วัด โรงเรียน ในการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้สูงอายุ การศึกษามีการออกแบบหลักสูตรที่เน้นคุณค่าของผู้สูงอายุ 2) การเชื่อมโยงระหว่างองค์กรท้องถิ่นกับหน่วยงานภายนอก โดยองค์กรท้องถิ่น

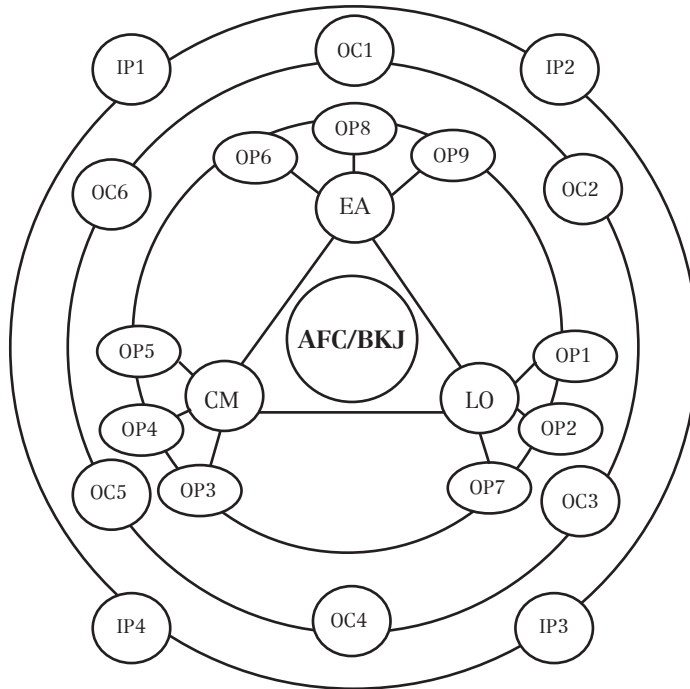
นำเสนอโครงการต่อตัวแทนหน่วยงานภายนอกชุมชน เพื่อรับการสนับสนุนงบประมาณ เป็นที่ปรึกษาโครงการ ประสานงานหน่วยงานราชการ และเผยแพร่องค์ความรู้ และ 3) การเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานภายนอกชุมชน กับสมาชิกชุมชน โดยหน่วยงานภายนอกชุมชน ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ สมาชิกชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการปรับปรุง

บริการสาธารณสุข เข้าสู่ระบบการป้องกัน รักษา ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพ การวิจัยแบบมีส่วนร่วม การสื่อสาร รวมทั้งให้ความร่วมมือกับหน่วยงานราชการ ซึ่งสรุป ได้ดังแผนภาพที่ 2

ผลสัมฤทธิ์จากการดำเนินโครงการทั้งหมด ทำให้เกิดผลผลิต (ระยะสั้น) ผลลัพธ์ (ระยะกลาง) และผลกระทบ (ระยะยาว) ดังแสดงในแผนภาพที่ 3



แผนภาพที่ 2 แนวทางการขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุ
กรณีศึกษาชุมชนบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี



ระดับผลผลิต (output [OP])	ระดับผลลัพธ์ (outcome [OC])	ระดับผลกระทบ (impact [IP])
OP1 ระบบสาธารณะเหมาะสม OP2 โรงเรียนผู้สูงอายุที่ เอื้อต่อการเรียนรู้ OP3 แปลงผักสวนครัวปลอดสารพิษ OP4 ระบบค่าตอบแทนผู้สูงอายุสุขภาพดี OP5 ที่อยู่อาศัย ปลอดภัย OP6 กิจกรรมครอบครัว OP7 เวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ OP8 ความรู้ทางสุขภาพที่ใช้ได้จริง OP9 ระบบ เยี่ยมบ้านได้ผล	OC1 ทักษะชีวิตที่ดีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ OC2 พฤติกรรม การดำเนินชีวิตแบบวิถีพอเพียง OC3 ภาวะสุขภาพ ดีในผู้สูงอายุ OC4 การประหยัดค่าใช้จ่ายทาง สุขภาพ OC5 การเพิ่มรายได้ที่เป็นตัวเงินของ ประชากรสูงอายุ OC6 ศูนย์กลางของพลังชุมชน	IP1 ต้นแบบชุมชนสำหรับการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตร กับผู้สูงอายุ IP2 ชุมชนมีความเข้มแข็ง อบอุ่นจากการมี ส่วนร่วม IP3 ความพร้อมของชุมชนในการรองรับ กลุ่มผู้สูงอายุในอนาคต IP4 คุณภาพชีวิตที่ดีของ ผู้สูงอายุ และสมาชิกชุมชนทุกคน

แผนภาพที่ 3 ผลสัมฤทธิ์ 3 ระดับ จากการขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุ
กรณีศึกษาชุมชนบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม
วัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

การสังเคราะห์ระบบการดูแลสุขภาพชุมชน
โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง พบว่า
3 หุ้นส่วนการพัฒนาที่สำคัญ ของระบบการดูแล
สุขภาพที่สังเคราะห์ได้นั้น ประกอบด้วย สมาชิกชุมชน
องค์กรท้องถิ่น และหน่วยงานภายนอกชุมชน โดย

จะแสดงบทบาทหน้าที่แตกต่างกันในการสนับสนุน
ชุมชน เพราะการที่บุคคลจะมีสุขภาพดีหรือไม่นั้น
เกี่ยวข้องกับทั้งปัจจัยด้านบุคคล ครอบครัว และ
สังคมแวดล้อม (WHO, 2002) โดยที่องค์กรท้องถิ่น
เป็นหน่วยงานหลักภายในชุมชนที่รับผิดชอบใน
การดูแลสมาชิกในชุมชน การมีฐานข้อมูลเกี่ยวกับ
ผู้สูงอายุในตำบล เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดกลุ่มผู้สูงอายุ
ตามภาวะสุขภาพ จึงเป็นสิ่งจำเป็นในการวางแผน

และจัดการดูแลได้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละคน เพื่อให้มีสุขภาพดี อันเป็นองค์ประกอบสำคัญของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง ใช้ระบบฐานข้อมูลตำบลบูรณาการทุนและศักยภาพทางสังคมภายในและภายนอกพื้นที่ (วริยา จันทรจำ, หทัยชนก บัวเจริญ, และชินวุฒิ อาสนวิเชียร, 2558) และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุมีความหลากหลาย จึงจำเป็นต้องมีข้อมูลของผู้สูงอายุ เพื่อจัดการทางเลือกที่เป็นไปได้และใช้ประโยชน์ได้เต็มที่ การเข้าถึงผู้สูงอายุเพื่อให้มีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนและการตัดสินใจ จึงเป็นพื้นฐานสำคัญในการวิจัยแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ตามแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Dabelko-Schoeny et al., 2020) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุยังมีความต้องการที่จะรักษาความเชื่อมโยงทางสังคมกับชุมชนของตนเอง จึงควรมีผู้สนับสนุนในการเสริมแรง และภาครัฐต้องมีนโยบายสำหรับองค์กรที่ไม่หวังผลกำไร กรณีผู้สูงอายุที่อายุ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งมีรายได้จำกัด (Emlet & Moceri, 2012) ทั้งนี้การมีกิจกรรมเชื่อมโยงกับสังคมนั้น นับได้ว่าเป็นการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมทางสังคมไม่เพียงแต่เป็นกุญแจสำคัญในการทำให้ผู้สูงอายุมีความจำศีลขึ้นเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อคุณภาพชีวิตอีกด้วย (Ponce de León, Lévy, Fernández, & Ballesteros, 2015)

อย่างไรก็ตาม แม้ชุมชนบางที่จะจะมีลักษณะชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในประเด็นการมีระบบคมนาคมและยานพาหนะที่สนับสนุนผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ คือ เพียงร้อยละ 25 แสดงให้เห็นว่า คนในชุมชนมองว่าชุมชนยังมีการพัฒนาในด้านนี้ต่ำ แต่ยังสามารถจัดการตนเองได้ เนื่องจากเป็นชุมชน

ที่มีความเข้มแข็ง และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมาก แม้ไม่ใช่พี่น้องกัน ก็ยินดีให้ความช่วยเหลือกัน ซึ่งเป็นวัฒนธรรมที่งดงามของชุมชนที่ควรรักษาให้มีอยู่สืบไป อีกทั้งคนในชุมชนยังให้ความสำคัญกับสุขภาพเป็นอันดับ 1 และมีความสนใจ ใส่ใจในการดูแลสุขภาพ ดังนั้น ผลการจัดลำดับความสำคัญของโครงการพัฒนาชุมชนจากการระดมสมองในเวทีชุมชน โครงการพัฒนาปรับปรุงระบบสาธารณะให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จึงถูกเลือกเป็นอันดับ 6 ส่วนโครงการที่ถูกเลือกเป็นอันดับ 1-3 คือ โครงการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยตรง ได้แก่ โครงการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ โครงการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านอย่างมีสัมฤทธิ์ผล และโครงการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้สูงอายุสุขภาพดี

การประเมินผลก่อนการดำเนินการของโครงการด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่มีนัยสำคัญในชุมชนกรณีศึกษา ในการประเมินผลก่อนการดำเนินการโครงการนี้ ตั้งอยู่บนข้อสมมุติว่า การลงทุน (C) ในโครงการต่างๆ ที่ชุมชนลงมติให้ความสำคัญนั้น จะก่อให้เกิดผลประโยชน์ (B) คือ ผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ (health outcome) ของผู้สูงอายุและสมาชิกอื่นๆ ในชุมชน ในรูปค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ลดลง (decreased health cost) อันเป็นผลให้การวิเคราะห์ความคุ้มค่าของโครงการมีความเป็นไปได้ คือ อัตราส่วน B/C มีค่ามากกว่า 1 ในหลายกรณี โดยเฉพาะเมื่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ลดลงมากกว่าร้อยละ 30 และเมื่อกำหนดอายุโครงการให้นานกว่า 5 ปี เพราะการดำเนินโครงการต่างๆ จะก่อให้เกิดผลผลิตในรูปการสร้างปัจจัยทางกายภาพและการเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ จึงจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนทัศนคติ พฤติกรรม และวิถีชีวิตจริง จึงจะก่อให้เกิดประโยชน์เป็นผลลัพธ์ตามมา และเป็นผลประโยชน์ในหลายประการ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ในกรอบระยะเวลา 10 ปี นโยบาย

คลินิกหมอครอบครัวน่าจะมีการมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ อัตราส่วนเงินลงทุนต่อประโยชน์ที่ได้เท่ากับ 1 ต่อ 4.55 โดยก่อให้เกิดผลประโยชน์ต่างๆ อาทิ การลดต้นทุนในการให้บริการผู้ป่วย ประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาจากการลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเรื้อรัง ลดจำนวนผู้เสียชีวิตก่อนวัยควร (สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอานวย, ญัฐธิญา คำผล, น้ำฝน ศรีบัณฑิต, และยศ ศิริวัฒนานนท์, 2560) และสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่ Jacob et al. (2015) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากการศึกษาจำนวน 31 เรื่อง ระหว่างปี ค.ศ. 1980–2012 สรุปได้ว่า การควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโดยการดูแลของทีมนสหสาขาวิชา มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ก่อให้เกิดประโยชน์หลายประการทั้งในการลดความดันโลหิต เพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ ลดอัตราการตายจากโรคนี้ และเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพของผู้ป่วยอีกด้วย

อย่างไรก็ตาม มูลค่าผลประโยชน์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ชุมชนกรณีศึกษาข้างต้นว่าอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากการที่ชุมชนมีการพัฒนาในด้านต่างๆ ล้วนแต่นำมาซึ่งสุขภาพที่ดีของสมาชิกชุมชนทุกคน ย่อมจะส่งผลดีที่ดีในด้านการจ้างงาน การผลิต การประหยัด ความอบอุ่น และความเข้มแข็งของชุมชนโดยรวมที่ตามมา ซึ่งจะสะท้อนเป็นค่าอัตราส่วน B/C ที่สูงกว่าที่แสดงในตาราง และแน่นอนที่สุดหมายถึง ความคุ้มค่าในการดำเนินงานโครงการต่างๆ ที่มากขึ้นอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ภาพรวมในการขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพโดยใช้แนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางแห่งความคิด ในกรณีศึกษาชุมชน

บางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ควรจะได้ดำเนินการใน 4 พันธกิจหลัก คือ 1) การทบทวนฐานข้อมูลสถานภาพด้านผู้สูงอายุของชุมชนให้สมบูรณ์ที่สุด 2) การจัดทำแผนส่งเสริมพัฒนาผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่ต่างกัน 3) การดำเนินงานโครงการอย่างบูรณาการจากระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่ม ชุมชน และเครือข่าย และ 4) การสร้างวาระด้านสุขภาพผู้สูงอายุให้เกิดขึ้นในชุมชนอย่างยั่งยืน

1.2 การพัฒนาความคิดและทัศนคติให้เกิดแรงบันดาลใจแก่ชุมชน ในการเล็งเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ นับว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่สุดในการสร้างระบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยนโยบายหรือมาตรการต่างๆ จากหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องสามารถจะช่วยสนับสนุนได้เสมอ แต่ควรอยู่ในกรอบแนวทางของชุมชนมีส่วนร่วมเป็นหลัก

1.3 การพิจารณาใดๆ เกี่ยวกับกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน ไม่สมควรจะพิจารณาในเชิงมูลค่าตัวเงินเสมอไป เพราะการพัฒนาของผู้สูงอายุไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อสร้างรายได้เป็นหลัก คุณค่าของผู้สูงอายุในชุมชนนั้นมีมากมาย หากแต่ต้องหาทางนำมาวิเคราะห์ให้เหมาะสมและลึกซึ้ง

1.4 แนวทางพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในปัจจุบัน นับว่าเป็นประเด็นพัฒนาที่มีความสำคัญ จำเป็น และเร่งด่วนแล้วในประเทศไทย หากแต่จะต้องยึดถือแต่ละชุมชนเป็นศูนย์กลางของความคิดและการดำเนินงาน จึงไม่ควรมีการพัฒนาแบบเร่งด่วนในรูปแบบเดียวกันทั้งจังหวัดหรือทั้งประเทศ

1.5 บทเรียนจากการวิเคราะห์กรณีศึกษาชุมชนบางกะจะ นับว่าเป็นองค์ความรู้สำคัญที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาชุมชนอื่นๆ ในจังหวัดจันทบุรี หรือในบริบทของชุมชนของประเทศไทยได้เป็นอย่างดี หากจะได้ผ่านการประยุกต์อย่างเหมาะสมกับแต่ละภูมิสังคมของชุมชนต่างๆ เสียก่อน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุที่มีพื้นฐานของชุมชนที่หลากหลาย อาทิ ขนาดประชากร ระดับเศรษฐกิจ และสังคม วัฒนธรรม ที่แตกต่างกัน

2.2 ควรมีการประเมินผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น ทั้งผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบอย่างต่อเนื่อง จากการดำเนินโครงการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ของชุมชนแห่งใดแห่งหนึ่งในระยะยาว

2.3 ควรมีการศึกษาความคุ้มค่าในการลงทุน ด้านสุขภาพ ที่พิจารณาประโยชน์เชิงบูรณาการทั้ง ด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ให้ครอบคลุมมิติ ต่างๆ ในความเป็นจริงมากขึ้น

2.4 ควรมีการวิเคราะห์ในเชิงมหภาคของ ผลประโยชน์ทางเศรษฐศาสตร์และทางสังคมจาก การลงทุนพัฒนาชุมชนตามแนวทาง AFC/WHO ใน กรณีของชุมชนทั่วประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

เทศบาลตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. (2562). *รายงานข้อมูลประชากรเทศบาล ตำบลบางกะจะ*. จันทบุรี: ผู้แต่ง.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2562). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561*. สืบค้นจาก http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1573033396-261_0.pdf

วริยา จันทร์จำ, หทัยชนก บัวเจริญ, และชินวุฒิ อาสนวิเชียร. (2558). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง กรณีศึกษา: องค์การบริหารส่วนตำบลท่าแกม อำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี. *วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่*, 7(3), 22–41.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2561). *โครงการวิเคราะห์รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของระบบหลักประกันสุขภาพ* (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2558). ยุทธศาสตร์การวิจัยและพัฒนา กับสังคมผู้สูงอายุสำหรับประเทศไทย. *วารสารสถาบันวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีขั้นสูง*, 1(1), 80–91.

สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ, ญัญญิศา คำผล, น้ำฝน ศรีบัณฑิต, และยศ ศิริวัฒนานนท์. (2560). *การวิจัยเชิงสังเคราะห์เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ของนโยบายคลินิกหมอครอบครัว*. สืบค้นจาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4804/hs2375.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Dabelko-Schoeny, H., Fields, N. L., White, K., Sheldon, M., Ravi, K., Robinson, S. R., ... Jennings, C. (2020). Using community-based participatory research strategies in age-friendly communities to solve mobility challenges. *Journal of Gerontological Social Work*, 63(5), 447–463. doi:10.1080/01634372.2020.1769787

Emlet, C. A., & Mocerri, J. T. (2012). The importance of social connectedness in building age-friendly communities. *Journal of Aging Research*, 1–9. doi: 10.1155/2012/173247

- Jacob, V., Chattopadhyay, S. K., Thota, A. B., Proia, K. K., Njie, G., Hopkins, D. P., ... Kottke, T. E. (2015). Economics of team-based care in controlling blood pressure: A community guide systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(5), 772–783. doi:10.1016/j.amepre.2015.04.003
- Ponce de León, L. P., Lévy, J. P., Fernández, T., & Ballesteros, S. (2015). Modeling active aging and explicit memory: An empirical study. *Health & Social Work*, 40(3), 183–190. doi:10.1093/hsw/hlv044
- United Nations. (2019). *World population ageing 2019: Ten key messages*. Retrieved from <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-10KeyMessages.pdf>
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf;jsessionid=B5CD2B495DC8CC67488AAF444712BFAD?sequence=1
- World Health Organization. (2007). *Global age-friendly cities: A guide*. Retrieved from https://www.who.int/ageing/publications/age_friendly_cities_guide/en/
- Yamane, T. (1967). *Statistics: An introductory analysis* (2nd ed.). New York: Harper and Row.