

การพัฒนารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3

นาฏลีนี ชัยแก้ว*, มยุรี บุญทด**a

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมในการรองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของชุมชน 2) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ความสามารถของชุมชนในการพัฒนาสู่เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ 3) เพื่อพัฒนารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 และ 4) เพื่อประเมินรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนใน 5 ตำบลในเขตสุขภาพที่ 3 พระ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ผู้นำท้องถิ่น บุคลากรทางสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการประเมินผลรูปแบบ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ร่วมมือในการเตรียมความพร้อมในการรองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในด้านสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพและการศึกษา ความสามารถของชุมชนในการจัดสภาพแวดล้อมสู่เมืองที่เป็นมิตรของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับที่มากที่สุด รูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุมี 9 องค์ประกอบ โดยเพิ่มจาก 8 องค์ประกอบตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก คือ วัดส่งเสริมสุขภาพ โดยมีพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.) เป็นผู้บทบาทสำคัญ ซึ่งมีการประยุกต์ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทชุมชน ที่มีทุนทางสังคมในชุมชนและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นพลังในการดำเนินการสร้างเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและประชาชนในชุมชน

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ; เมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ; ผู้สูงอายุ

* นักวิชาการสาธารณสุขการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท

a Corresponding author: มยุรี บุญทด Email: mayuree@bcnchainat.ac.th

รับบทความ: 29 พ.ย. 66; รับบทความแก้ไข: 10 ธ.ค. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 10 ธ.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 11 ม.ค. 67

Development of Age-friendly City Model in Health Region 3

Nadsinee Chaikaeo*, Mayuree Boontad**a

Abstract

This study is the research and development. The objectives are 1) to study the community's preparation for entering the aging society 2) to analyze the situations of the community's ability to develop into an age-friendly city 3) to develop the age-friendly city model in Health Region 3 and 4) to evaluate the age-friendly city model. The sample group was older people living in communities in 5 sub-districts in Health Region 3, the monks, care managers, caregiver, family caregiver, local leader, health care personnel, local government organization, and other stakeholders. Data were collected by interview, focus group, and evaluation forms. Data analysis used content analysis. The statistics used to analyze the data are percentages, means, and standard deviations.

The results of the study found that communities and local government organizations have cooperated in preparing to enter the aging society in the areas of health, social, economic, and education. The ability of the community to provide the age-friendly city environment in Health District 3 found that the overall level is at a high level. Community participation is at the highest level. The age-friendly city model has 9 elements, increasing from the 8 elements according to the World Health Organization's framework, namely health promotion temples. The temple's health promotion volunteer monks (VHV) play an important role. The model is applied appropriately with the community context which has social capital in the community and local government organizations as the power to create an age-friendly city in order to improve the quality of life of the elderly and people in the community.

Keywords: Model development; Age-friendly city; Elderly

* Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Regional Health Promotion Center 3, Nakorn Sawan

** Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Chainat

^a Corresponding author: Mayuree Boontad Email: mayuree@bcnchainat.ac.th

Received: Nov. 29, 23; Revised: Dec. 10, 23; Accepted: Dec. 10, 23; Published Online: Jan. 11, 24

บทนำ

องค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่า ในช่วงปี 2001-2100 จะเป็นศตวรรษแห่ง ผู้สูงอายุ โดยทวีปยุโรปมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก ขณะที่ทวีปเอเชียมี ประชากรผู้สูงอายุเป็นอันดับ 4 ของโลก โดยประเทศไทยถือเป็นประเทศที่มีสัดส่วน ผู้สูงอายุสูงที่สุดเป็นอันดับ 4 ของทวีปเอเชียและถือเป็นอันดับสองในอาเซียน ซึ่งอีกไม่กี่ปี ข้างหน้าประเทศไทยจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ รวมถึงจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้ง ในด้านร่างกาย จิตใจและสังคมควบคู่กันไป⁽¹⁾ ปัจจุบันประเทศไทยจัดอยู่ในประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging society) มาตั้งแต่ปี 2548 เนื่องจาก มีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี ในสัดส่วนที่เกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดของประเทศ และยังมี แนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยเพิ่มจากร้อยละ 6.8 ในปี 2537 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 19.6 ในปี 2564 จำนวน 13,358,751 คน ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged society) โดยมีประชากรสูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ในปี 2566⁽²⁾ จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเป็นสังคมผู้สูงอายุ ผลกระทบสำคัญที่ตามมา ได้แก่ ปัญหาสุขภาพจากความเสื่อมตามวัย และโรคเรื้อรัง จากการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 ปี 2562-2563⁽³⁾ พบว่า 5 ใน 10 คน ของผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรัง หรือปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ความดันโลหิตสูงร้อยละ 60.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 20.4 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 23.8 อ้วน (BMI $\geq$ 25 kg/m²) ร้อยละ 38.4 และเมื่อพิจารณาความสามารถ จากการประเมินในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ เพื่อจำแนกประเภทของผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม พบว่า กลุ่มที่ 1 กลุ่มติดเตียง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ พิการหรือทุพพลภาพ ร้อยละ 1.3 กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน หมายถึง ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ร้อยละ 1.8 และกลุ่มที่ 3 กลุ่มติดสังคม หมายถึง ผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ ช่วยเหลือชุมชน สังคมได้ ร้อยละ 96.9

จากข้อมูลประชากร ปี 2565⁽⁴⁾ เขตสุขภาพที่ 3 มีประชากรทั้งหมด 2,094,336 คน เป็นประชากรสูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีบริบูรณ์ จำนวน 529,103 คน คิดเป็นร้อยละ 25.27 โดยเขตสุขภาพที่ 3 เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) คือ สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นมา และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกปี สัดส่วนประชากรสูงอายุปี 2564 จำแนกแต่ละจังหวัด พบว่า จังหวัดชัยนาทมีสัดส่วนประชากรสูงอายุมากที่สุด ร้อยละ 28.02 รองลงมา คือ จังหวัดพิจิตร ร้อยละ 27.42 จังหวัดนครสวรรค์ ร้อยละ 25.53 อุทัยธานี ร้อยละ 24.75 และจังหวัดกำแพงเพชร ร้อยละ 22.20 และจากการคัดกรองประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 ด้วย ADL พบผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง ADL จำนวน 461,981 คน คิดเป็นร้อยละ 87.43 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด พบว่า เป็นกลุ่มติดสังคม 449,649 คน ร้อยละ 97.33 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 12,332 คน ร้อยละ 2.67 (กลุ่มติดบ้าน 9,546 คน ร้อยละ 2.07 และกลุ่มติดเตียง 2,786 คน ร้อยละ 0.60) และผลจากการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 พบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุด ร้อยละ 46.28 รองลงมาคือความเสี่ยงเรื่อง HT ร้อยละ 17.18 และ DM ร้อยละ 14.22 ตามลำดับ โดยสามารถสรุปได้ว่าผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs มากที่สุด เมื่อพิจารณาถึงการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ พบว่ามีผู้สูงอายุเข้าร่วมชมรม ร้อยละ 23.94 (100,910 คน) โดยมีชมรมผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 ทั้งสิ้น 399 ชมรม

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในปี 2564 ประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ส่งผลต่อการพัฒนาประเทศและการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทยในระยะยาว ซึ่งรัฐบาลได้กำหนดนโยบายและมาตรการต่างๆ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในการเร่ง ขับเคลื่อนให้ทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว⁽²⁾ อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงจำเป็นต้องมีการปรับบทบาทของรัฐบาล ชุมชน และ ครอบครัว เพื่อให้แน่ใจว่าผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลที่เหมาะสม โดยเฉพาะในประเด็นรูปแบบของการจัดการของเมืองต่อสังคมผู้สูงอายุในการรองรับผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้

แนวคิดเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงวัยตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก แนวคิดเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงวัย (Age-friendly cities) ในการประชุมเกี่ยวกับพหุวิทยา ในปี ค.ศ. 2005 โดยองค์การอนามัยโลก ได้สร้างกรอบแนวคิดและให้ความหมายในการสร้างเมืองสำหรับผู้สูงวัยไว้ว่า เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงวัยเป็นการกระตุ้นให้เกิดภาวะพลวัต เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของสุขภาพ การมีส่วนร่วมและการรักษาความปลอดภัย เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงวัย ทำให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตร่วมกันกับทุกคนในสังคมได้อย่าง เท่าเทียม สะดวก และปลอดภัย⁽⁵⁾ สามารถอธิบาย ได้ 3 วิธี ดังนี้ 1) ด้านสังคม 2) ด้านเศรษฐกิจ 3) ด้านสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ปัจจุบันทั่วโลกมีเมืองที่จัดเป็นเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ 541 เมือง โดยนวัตกรรมกับเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 8 ประเด็นตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก⁽⁵⁾ ได้แก่ 1) ที่อยู่อาศัย 2) การเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม 3) การได้รับการยอมรับในสังคม 4) การมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและการจ้างงาน 5) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการสื่อสาร 6) การสนับสนุนของชุมชนและการบริหารด้านสุขภาพ 7) สภาพพื้นที่ภายนอกและตัวอาคาร และ 8) ระบบขนส่ง

จากสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 พบว่าผู้สูงอายุยังขาดการดูแลอย่างทั่วถึง ประกอบกับมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อันส่งผลกระทบต่อสังคม ระบบเศรษฐกิจและการจัดสรรทรัพยากรในระดับพื้นที่ในอนาคต ในขณะที่ผู้สูงอายุกำลังเพิ่ม จำนวนขึ้นเรื่อยๆ และก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ จึงต้องมีการเตรียมความพร้อม ในการรองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และมีรูปแบบการบริหารจัดการภายในชุมชนให้กับผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นเมืองที่สามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีศักยภาพตามรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุซึ่งจะก่อให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนาต่อไป ซึ่งการพัฒนาในรูปแบบชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เพื่อสร้างจิตสำนึกให้คนในชุมชนเกิดการแก้ไขปัญหา ระดมความร่วมมือและพัฒนาบริการต่างๆ ให้แก่สมาชิกในชุมชนของตระหนักรู้ระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน องค์กรและสถาบันทางสังคมต่างๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบเมืองในเขตสุขภาพที่ 3 ให้เป็นมิตรต่อผู้สูงวัยที่มีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงวัยในพื้นที่ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อเป็นต้นแบบที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนและแนวทางเสริมสร้างคุณภาพของผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาพกาย สุขภาพใจ เศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมในการรองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของชุมชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3

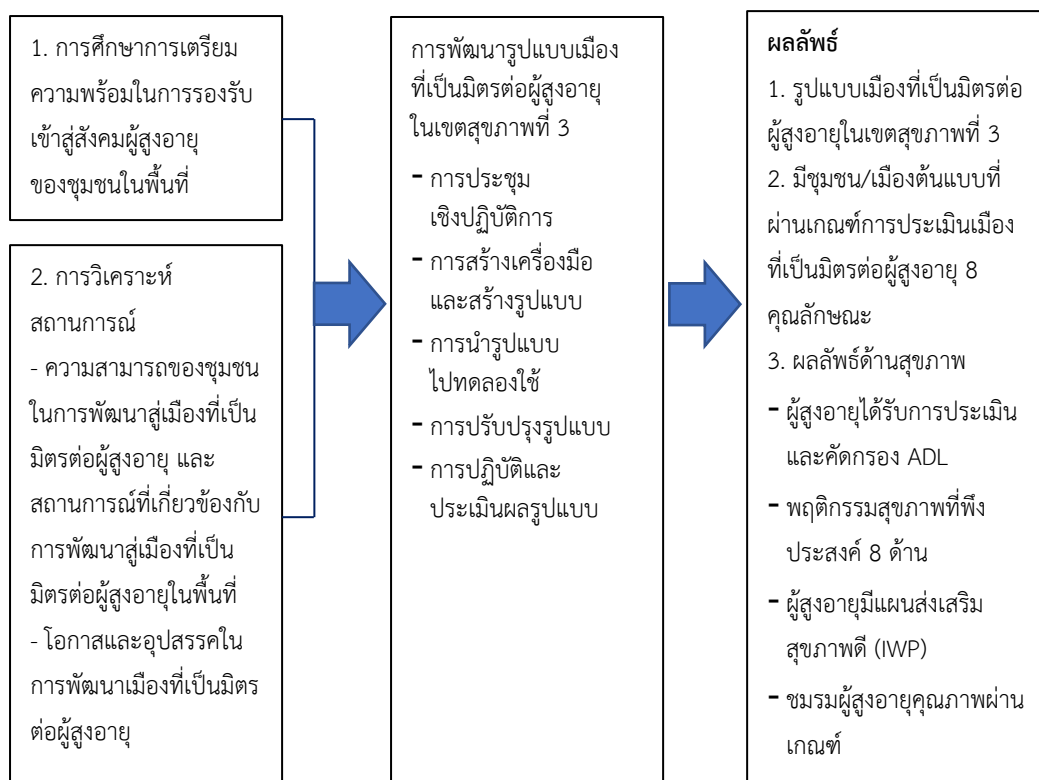
2. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ความสามารถของชุมชนในการพัฒนาสู่เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ โอกาสและอุปสรรคในการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสู่เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3

3. เพื่อพัฒนารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3

4. เพื่อประเมินรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 อาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation)⁽⁶⁾ คือการที่ชุมชนได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนโดยได้รับโอกาสในการดำเนินกิจกรรม มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา วางแผน กำหนดเป้าหมายของกิจกรรม และมีส่วนร่วมในการประเมินผล มาใช้ในกระบวนการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จะทำให้เกิดรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 ที่สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับแบบแผนของชีวิตของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 เพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยการพัฒนารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) โดยได้ผสมผสานทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. พื้นที่ในการศึกษาวิจัย มีทั้งหมด 5 ตำบล ดังนี้ 1) ตำบลโกรกพระ อำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ 2) ตำบลห้วยงู อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท 3) ตำบลบ้านนา อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี 4) ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร และ 5) ตำบลหนองฉาง อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ในเขตสุขภาพที่ 3 ประกอบด้วย จังหวัดชัยนาท จังหวัดอุทัยธานี จังหวัด นครสวรรค์ จังหวัดกำแพงเพชร และจังหวัดปทุมธานี จำนวน 529,103 คน และผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ พระสงฆ์ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ผู้นำท้องถิ่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น นายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ ได้แก่ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และผู้บริหารและเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่นๆ ในพื้นที่ เช่น ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน เป็นต้น

2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน 5 ตำบล จาก 5 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 6,557 คน ซึ่งเป็นพื้นที่ต้นแบบ โดยผู้วิจัยได้คำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนที่คำนวณตามสูตรของ Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95

2.3 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ พระสงฆ์ ผู้นำท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ ภาครัฐที่เกี่ยวข้องและตัวแทนผู้สูงอายุ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสนทนากลุ่มในการศึกษาโอกาสและอุปสรรคในการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ แบบบันทึกการประชุมการวิพากษ์และประเมินผลรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ ประกอบด้วย แบบสอบถามเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมและความสามารถในการของชุมชนพื้นที่ในการจัดสภาพแวดล้อมสู่เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ และแบบประเมินรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3

4. ขั้นตอนการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสานระหว่างวิธีวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังต่อไปนี้

4.1 ระยะที่ 1 การศึกษาการเตรียมความพร้อมในการรองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของชุมชนในพื้นที่

4.2 ระยะที่ 2 การวิเคราะห์สถานการณ์ความสามารถของชุมชนในการพัฒนาสู่เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ โอกาสและอุปสรรคในการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสู่เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในพื้นที่

4.3 ระยะที่ 3 การพัฒนารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3

4.4 ระยะที่ 4 การประเมินรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3

5. การรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัย ได้ศึกษาเอกสารและรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน กำหนดรูปแบบวิธีวิจัยแบบผสมวิธี เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมประเด็นการวิจัย ดังนี้

5.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม และประเมินผลรูปแบบ

5.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและการประชุมวิพากษ์รูปแบบตรวจสอบรายละเอียดผลการพัฒนารูปแบบตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ในแผนการวิจัย

5.3 แบบรายละเอียดแต่ละขั้นตอนที่ได้มาตีความและอธิบายปรากฏการณ์ รวมทั้งผลลัพธ์ที่ได้จากการพัฒนารูปแบบ นำไปทำรูปแบบนำเสนอผลงานวิจัยต่อไป

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

6.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบสร้างข้อสรุป โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

การวิจัยนี้ได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยโครงร่างการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบนาทเลขที่ BCNC-IRB 015/2565 ก่อนเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงข้อมูลการวิจัยและลงนามยินยอมด้วยความสมัครใจ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวไม่เข้าร่วมการวิจัยได้โดยอิสระซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่างและผู้เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลใดๆที่เปิดเผยชื่อหรือภาพอันจะก่อให้เกิดการเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. การเตรียมความพร้อมในการรองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของชุมชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3

1.1 การเตรียมความพร้อมในการรองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม พบว่าชุมชนมีแผนดำเนินโครงการกับผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ การปรับสภาพบ้านและสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย

ให้กับผู้สูงอายุ โดยมีการตั้ง “หมอบ้าน” ซึ่งเป็นช่างที่มีความรู้และประกอบอาชีพช่างก่อสร้างบ้านในพื้นที่ให้คำแนะนำในการปรับปรุงสภาพบ้าน โดยการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

1.2 การเตรียมความพร้อมในการรองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจ พบว่า ชุมชนมีการจัดตั้งกองทุนหรือกลุ่มที่ส่งเสริมการสร้างอาชีพและรายได้ให้กับผู้สูงอายุ ได้แก่ กองทุนสมาชิกฌาปนกิจศพ กลุ่มอาชีพ

1.3 การเตรียมความพร้อมในการรองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ พบว่า ชุมชนมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ นักบริบาลตลอดจน พระคิลานุปัฏฐาก พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสม.) มีบทบาทสำคัญในการออกตรวจสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ พร้อมการคัดกรองในเบื้องต้น และชุมชนร่วมกับสำนักงานเจ้าคณะจังหวัด แก่นนำพระสงฆ์นักพัฒนา พระคิลานุปัฏฐาก ในพื้นที่ต้นแบบได้มีการจัดสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุที่ยากไร้ และขาดแคลน ตั้งศูนย์ซ่อมกายอุปกรณ์ สนับสนุนช่วยเหลืออุปกรณ์ทางการแพทย์ให้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงและผู้พิการ ในชุมชน

1.4 การเตรียมความพร้อมในการรองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุด้านการศึกษา พบว่า มีการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ผู้สูงอายุหรือโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยมีกิจกรรมทางด้านกีฬา ด้านนันทนาการและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของผู้สูงอายุต่างจังหวัดหรือต่างพื้นที่ เพื่อแบ่งปันความรู้ซึ่งกันและกัน

2. สถานการณ์ความสามารถของชุมชนในการพัฒนาสู่เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ โอกาสและอุปสรรคในการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสู่เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3

2.1 ความสามารถของชุมชนในการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อพัฒนาสู่เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 3 พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.48$, $SD=0.71$) เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า ด้านการมีส่วนร่วม พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.72$, $SD=0.69$) สำหรับด้านที่อยู่ในระดับมากที่สุด 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการยอมรับนับถือ ($\bar{X}=4.42$, $SD=0.68$) และด้านการบริการสุขภาพ ($\bar{X}=4.24$, $SD=0.73$) ส่วนด้านที่อยู่ในระดับปานกลางมี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านที่อยู่อาศัย ($\bar{X}=3.55$, $SD=0.66$) ด้านการมีงานทำ ($\bar{X}=3.44$, $SD=0.72$) ด้านที่อยู่ในระดับน้อย ได้แก่ ด้านการเดินทาง ($\bar{X}=3.05$, $SD=0.71$) และด้านสารสนเทศ ($\bar{X}=3.15$, $SD=0.61$)

2.2 โอกาสในการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ พบว่าหน่วยงานหลักมีการกำหนดให้มโนนโยบายในการขับเคลื่อนงานดูแลผู้สูงอายุในส่วนที่เกี่ยวข้องตามภารกิจ และมีงบประมาณในการสนับสนุนกิจกรรม ภาครัฐหรือภาคเอกชนในระดับพื้นที่มีส่วนร่วมและให้ความสำคัญในการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง อุปสรรคในการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ ที่พบในช่วงแรกของการดำเนินการและระหว่างดำเนินการ คือ กลไกความร่วมมือการทำงานแบบบูรณาการในระดับพื้นที่ เนื่องจากการดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องขับเคลื่อน

ร่วมกันอย่างบูรณาการ นอกจากนี้ยังพบว่า การขาดแคลนงบประมาณ ในการปรับสภาพพื้นที่ทางสิ่งแวดล้อม และการให้ความสำคัญเชิงนโยบาย ของหน่วยงานท้องถิ่น

3. การพัฒนารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3

ได้นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 การศึกษาการเตรียมความพร้อมในการรองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของชุมชนในพื้นที่ และระยะที่ 2 การวิเคราะห์สถานการณ์ความสามารถของชุมชนในการพัฒนาสู่เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ โอกาสและอุปสรรคในการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสู่เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในพื้นที่ มาสังเคราะห์ร่วมกันกับการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การประชุมแลกเปลี่ยนและการวิพากษ์ และได้ข้อสรุปเป็นรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

3.1 หลักการของรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ คือ ชุมชนที่ผู้ให้บริการในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรภาครัฐ ภาคีเครือข่ายภาคเอกชน ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ร่วมกันออกแบบแนวทางการจัดการชุมชนสำหรับผู้สูงอายุโดยคำนึงถึง 3 เสาหลักของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ การมีสุขภาพที่พึงประสงค์ การสนับสนุนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ การสร้างความมั่นคงปลอดภัยทางด้านเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย

3.2 วัตถุประสงค์ของรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ คือ เพื่อเตรียมการรองรับสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ของชุมชน และเพื่อพัฒนาชุมชนที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุและผู้พิการ ภายใต้บริบทของชุมชน

3.3 รูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) กิจกรรมจัดประชุมเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงวัยระดับจังหวัด 2) กิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการการดำเนินงานรูปแบบเมืองที่เป็นมิตร 3) ดำเนินงานร่วมกับพื้นที่ต้นแบบ 5 ตำบล จาก 5 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 3 3) ประเมินเมืองตาม 8 องค์ประกอบของแบบประเมินเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ 4) กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันทั้งในระดับพื้นที่และระหว่างพื้นที่ต้นแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุต้นแบบ 4) กิจกรรมสร้างเครือข่ายเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ 5) กิจกรรมเผยแพร่ผลการดำเนินงานและสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้คนในชุมชนเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

3.4 องค์ประกอบของรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 3 ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 อาคาร/พื้นที่สาธารณะ

องค์ประกอบที่ 2 การเดินทางและการขนส่ง

องค์ประกอบที่ 3 ที่อยู่อาศัย

องค์ประกอบที่ 4 การมีส่วนร่วมทางสังคม

องค์ประกอบที่ 5 การยอมรับนับถือจากคนในสังคม

องค์ประกอบที่ 6 การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน

องค์ประกอบที่ 7 สารสนเทศและการติดต่อสื่อสาร

องค์ประกอบที่ 8 การสนับสนุนของชุมชนและบริการด้านสุขภาพ

องค์ประกอบที่ 9 วัดส่งเสริมสุขภาพ

3.5 ปัจจัยความสำเร็จของรูปแบบ ประกอบด้วย

1) ศักยภาพของชุมชน ต้นทุนทางสังคม (Social capital) ทำให้ชุมชนมีความพร้อมและมีความสามารถในการบริหารจัดการชุมชนในการผลักดันและการขับเคลื่อนรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุของชุมชนได้

2) บทบาทผู้นำชุมชน หมายถึง ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบในฐานะผู้นำชุมชนที่เป็นพลังในการขับเคลื่อนกระบวนการดำเนินงาน ซึ่งต้องมีความเชื่อมั่น ศรัทธา วิสัยทัศน์และความมุ่งมั่นในการพัฒนาท้องถิ่น รวมทั้งการรู้สึกร่วมในการเป็นเจ้าของพื้นที่เปรียบเสมือนเป็นบ้านของตนเอง ทำให้มีพลังและเห็นเป้าหมายที่จะนำชุมชนไปสู่เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุได้

3) พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.) ได้ดำเนินการคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์และผู้สูงอายุผู้พิการในชุมชนรอบวัด ทำให้เห็นความเป็นอยู่พบว่ายังขาดแคลนอุปกรณ์ รวมไปถึงเห็นว่าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่มีรถเข็นวีลแชร์ที่ไม่ได้ใช้ประโยชน์จึงขอนำมาซ่อมแซมเพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชนที่ขาดแคลนได้ใช้ ดำเนินงานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) รพ.สต. ในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ชมรมผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องซึ่งทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้สูงอายุ และผู้พิการ รวมไปถึงพระสงฆ์ที่อาพาธในพื้นที่

4. การประเมินรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3

รูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 เป็นการนำสาระสำคัญและหลักการขององค์ประกอบทั้ง 8 ประการ ตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO) โดยมีปรับประยุกต์ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทชุมชนในเขตสุขภาพที่ 3 และเพิ่มองค์ประกอบที่ 9 คือ วัดส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ชุมชนสามารถเป็นเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุได้เหมาะสมกับบริบทของเขตสุขภาพที่ 3 สำหรับการจะนำรูปแบบฯ ไปใช้นั้น พบว่ารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 มีประเด็นที่ยืนยันคุณภาพของรูปแบบได้ ดังนี้

4.1 มีชุมชน/เมืองต้นแบบที่ผ่านเกณฑ์การประเมินเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ 8 คุณลักษณะ จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ ตำบลโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ ตำบลห้วยงู อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท ตำบลบ้านนา อำเภอลำลูกเกด จังหวัดพิจิตร ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร และผ่านเกณฑ์การประเมินเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ 6 คุณลักษณะ จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ ตำบลหนองฉาง อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี

4.2 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการประเมินและคัดกรอง ADL ร้อยละ 90 มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 8 ด้าน ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 77.39 ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี

(Individual wellness plan: IWP) จำนวน 90 คน (ร้อยละ 1.46) ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 ทั้งนี้ได้นำผลการประเมินเตรียมความพร้อมในการรองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของชุมชนพื้นที่ ดันแบบในเขตสุขภาพที่ 3 และนำผลที่ได้นำไปวางแผนงาน แผนปฏิบัติการ โครงการและกิจกรรม ที่มีประสิทธิภาพที่ดีต่อการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ โดยพัฒนารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 3 โดยนำข้อค้นพบการวิจัยดังกล่าว ไปกำหนดเป็นนโยบายและยุทธศาสตร์ของเขตสุขภาพที่ 3 ในการขับเคลื่อนเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ เพื่อเตรียมการรองรับสังคมสูงวัยอันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิต ที่ดีต่อผู้สูงอายุต่อไป

การอภิปรายผล

จากการวิจัยเรื่องการพัฒนาารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 3 สามารถนำมาเป็น ข้ออภิปรายที่มีสาระสำคัญ ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมในการรองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของชุมชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3 พบว่า การเตรียมความพร้อมในการรองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในหลากหลายด้าน ได้แก่ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยมีการปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยให้กับผู้สูงอายุโดยการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนต่างๆ ทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน ด้านเศรษฐกิจ ชุมชนมีการเสริมสร้างอาชีพและรายได้ให้กับผู้สูงอายุในรูปแบบกลุ่ม หรือกองทุนด้านสุขภาพ พบว่าชุมชนมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ นักบริบาล ตลอดจน พระคิลานุปัฏฐาก มีบทบาทสำคัญในการออกตรวจสุขภาพ ให้กับผู้สูงอายุ พร้อมการคัดกรองในเบื้องต้น และชุมชนร่วมกับสำนักงานเจ้าคณะจังหวัด แก่นนำพระสงฆ์ นักพัฒนา พระคิลานุปัฏฐาก ได้มีการจัดสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุที่ยากไร้และขาดแคลน ตั้งศูนย์ซ่อม กายอุปกรณ์ สนับสนุนช่วยเหลืออุปกรณ์ทางการแพทย์ให้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงและผู้พิการ ด้านการศึกษา มีการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ผู้สูงอายุหรือโรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาศ เมืองเกษม⁽⁷⁾ ที่พบว่า ชุมชนมีการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุในด้านสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพ และการศึกษา ซึ่งชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีการดำเนินงานในลักษณะกิจกรรมและการจัดตั้ง กลุ่มหรือกองทุน เพื่อช่วยเหลือและดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง กันตภัสสร มงคลเชื้อทอง⁽⁸⁾ ได้ทำการศึกษา เรื่องการจัดการเมืองท่องเที่ยวที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาพื้นที่เกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า สภาพในเมืองหรือสภาพทางกายภาพที่รองรับสังคมผู้สูงอายุภายในเขตเทศบาลนครเกาะสมุย ภาพรวม มีความเป็นอยู่อยู่ในระดับปานกลาง รวมทั้งด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม ด้านการสนับสนุนจากชุมชน และการบริการสุขภาพ ด้านสารสนเทศและการติดต่อสื่อสาร ด้านการยอมรับและการมีสังกัดในสังคม ด้านที่อยู่อาศัยในชุมชนเมือง ด้านอาคารสถานที่ต่างๆ ในเขตเมือง อยู่ในระดับปานกลาง และด้านการจราจร การเดินทาง และขนส่ง ด้านการมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการมีงานทำอยู่ในระดับน้อย

2. สถานการณ์ความสามารถของชุมชนในการพัฒนาสู่เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ โอกาสและอุปสรรค ในการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสู่เมืองที่เป็นมิตร ต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 พบว่า ความสามารถของชุมชนในการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อพัฒนาสู่เมือง

ที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่อยู่ในระดับมากที่สุด คือ ด้านการมีส่วนร่วม สำหรับด้านที่อยู่ในระดับมากมี 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการยอมรับนับถือและด้านการบริการสุขภาพ ส่วนด้านที่อยู่ในระดับปานกลางมี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านที่อยู่อาศัย ด้านการมีงานทำ ด้านที่อยู่ในระดับน้อย ได้แก่ ด้านการเดินทาง และด้านสารสนเทศ ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมา ในการศึกษาของ เบญจมาศ เมืองเกษม⁽⁷⁾ พบว่าการจัดสภาพแวดล้อมสู่เมืองที่เป็นมิตรของผู้สูงอายุ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และความสามารถของชุมชนในการจัดสภาพแวดล้อม สู่เมืองที่เป็นมิตรของผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับมาก และการศึกษาของ บุญเชิด หนูอิม⁽⁹⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องศักยภาพเชิงพื้นที่ของเทศบาลเมืองแสนสุข เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ พบว่าศักยภาพเชิงพื้นที่ของเทศบาลเมืองแสนสุขจากปัจจัยชี้วัด 8 ประการ ตามเกณฑ์การพิจารณาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ สิ่งที่เกิดขึ้นในพื้นที่อยู่ระดับไม่มี จำนวน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านพื้นที่สาธารณะภายนอกอาคารและภายในอาคาร ด้านการมีส่วนร่วมในฐานะพลเมือง และการมีงานทำ และด้านสารสนเทศและการติดต่อสื่อสาร สิ่งที่เกิดขึ้นในพื้นที่อยู่ในระดับน้อยที่สุด จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการคมนาคมขนส่ง ด้านโอกาสในการมีส่วนร่วมทางสังคม การยอมรับและการมีสังกัดในสังคม และด้านการสนับสนุนจากชุมชนและการบริการสุขภาพ และสิ่งที่เกิดขึ้นในพื้นที่อยู่ในระดับน้อย จำนวน 1 ด้าน คือ ด้านที่อยู่อาศัยในชุมชน

3. การพัฒนารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 3 โดยนำหลักการมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้ในกระบวนการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ซึ่งทำให้การพัฒนารูปแบบนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ทั้งนี้เพราะเป็นการดึงศักยภาพของชุมชนให้มีส่วนร่วมในการร่วมวางแผน ดำเนินการและประเมินผลเป็นความต้องการของชุมชนโดยแท้จริง โดยมีทุนทางสังคม (Social capital) ในชุมชน ทำให้ชุมชนมีความพร้อมและมีความสามารถในการบริหารจัดการชุมชนในการผลักดันและการขับเคลื่อนรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุของชุมชนได้ นอกจากนี้ผู้นำชุมชนเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่เป็นพลังในการขับเคลื่อนกระบวนการดำเนินงาน ซึ่งต้องมีความเชื่อมั่น ศรัทธา วิสัยทัศน์และความมุ่งมั่นในการพัฒนาท้องถิ่น รวมทั้งการรู้สึกร่วมในการเป็นเจ้าของพื้นที่เปรียบเสมือนเป็นบ้านของตนเอง ทำให้มีพลังและเห็นเป้าหมายที่จะนำชุมชนไปสู่เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุได้ ผลการศึกษาที่น่าสนใจมากในการศึกษารุ่นนี้อีกประการ คือ พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อ.สว.) ได้ดำเนินการคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์และผู้สูงอายุผู้พิการในชุมชนรอบวัดเป็นทั้งผู้นำทางกิจกรรมเยี่ยมบ้าน จัดหาซ่อมแซมอุปกรณ์ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และยังเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณ ถือได้ว่าเป็นการดำเนินงานรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุเพื่อการรองรับสังคมสูงวัยได้อย่างเหมาะสมกับวัฒนธรรมและความเชื่อของคนไทยซึ่งส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธได้อย่างแท้จริง ทั้งนี้การวางแผนแก้ไขปัญหาและกำหนดกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างแท้จริง ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยที่ผ่านมาของ เบญจมาศ เมืองเกษม⁽⁷⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย และการศึกษาของ กมลชนก ภูมิชาติ⁽¹⁰⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องรูปแบบชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และดวงกมล ภูวนล⁽¹¹⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบเมืองผู้สูงอายุอยู่สบาย โดยคนในชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน

กิจกรรม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนจะให้ความร่วมมือเนื่องจากมีความสอดคล้องกับบริบทและความต้องการของชุมชน

4. ผลของรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 3 ผลการศึกษา พบว่าพื้นที่ต้นแบบที่ผ่านเกณฑ์การประเมินเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ 8 คุณลักษณะ จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ ตำบลโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ ตำบลห้วยงู อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท ตำบลบ้านนา อำเภอลำลูกเกด จังหวัดพิจิตร ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร และผ่านเกณฑ์การประเมินเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ 6 คุณลักษณะ จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ ตำบลหนองฉาง อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการประเมินและคัดกรอง ADL ร้อยละ 90 มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 8 ด้าน ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 77.39 ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี จำนวน 90 คน (ร้อยละ 1.46) ชมรมผู้สูงอายุ คุณภาพผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เบญจมาศ เมืองเกษม⁽⁷⁾ ที่พบว่า รูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เป็นการนำสาระสำคัญและหลักการขององค์ประกอบทั้ง 8 ประการตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก⁽⁵⁾ โดยมีปรับประยุกต์ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทชุมชน เพื่อให้ชุมชนสามารถเป็นเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุได้ สำหรับการจําแนกรูปแบบฯ ไปใช้นั้น การนำไปใช้ควรคำนึงถึงบริบทของชุมชนซึ่งมีความแตกต่างกัน จำเป็นต้องปรับให้เหมาะสมกับพื้นที่อย่างแท้จริงเพื่อให้เป็นเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

จากการศึกษาครั้งนี้ได้นำมาสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อการพัฒนารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุของเขตสุขภาพและประเทศไทยสำหรับหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. กระทรวงสาธารณสุขควรคงการพัฒนาอัตรากำลังและศักยภาพของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุในหน่วยงานสาธารณสุขให้มีความเพียงพอเพื่อรองรับสังคมสูงวัยในอนาคต และขยายการพัฒนาศักยภาพของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสร้างความเข้าใจในการพัฒนาสู่เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ
2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่ควรร่วมมือกันในการพัฒนาการดำเนินงานสู่เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการประเมินผลลัพธ์และผลกระทบของการดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ เพื่อนำมาปรับปรุงและพัฒนานโยบายในเรื่องนี้ต่อไป
2. ศึกษาการพัฒนามาตรฐานการดำเนินการเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ เพื่อนำมาพัฒนามาตรฐานและกำหนดตัวชี้วัดการดูแลระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. วชิราภรณ์ ชิวโคภิชฐ. สังคมผู้สูงอายุ: ปัจจัยการตลาดที่เปลี่ยนไป. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์. 2562 ;6(1):38-54.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2562.
3. วิชัย เอกพรากร, หทัยชนก พรระเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
4. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข. ร้อยละของ Healthy Ageing ปีงบประมาณ 2565.[อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มี.ค. 25].เข้าถึงได้จาก : https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48
5. World Health Organization. Global age-friendly cities project. World Health Organization Press; 2007.
6. Cohen JM. Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. New York: World Development; 1980.
7. เบญจมาศ เมืองเกษม. รูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตตำบลบ้านคู อำเภอมือง จังหวัด เชียงราย. วารสาร มจร. มนุษยศาสตร์ปริทรรศน์. 2564;7(1):240– 254.
8. กันตภัสสร มงคลเชื้อทอง. การจัดการเมืองท่องเที่ยวที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาพื้นที่เกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี. 2558.
9. บุญเชิด หนูอิม. ศักยภาพเชิงพื้นที่ของเทศบาลเมืองแสนสุขเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ. รายงานการวิจัย ; 2561.
10. กมลชนก ภูมิชาติ. รูปแบบชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ. อินทนิลทักษิณสาร. 2561;13(1): 115-31.
11. ดวงกมล ภูวนล. การพัฒนารูปแบบเมืองผู้สูงอายุอยู่สบาย.วารสารสุขศึกษา. 2556;37(126):82-101.