



การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังเขตเทศบาลเมือง ชัยนาทจังหวัดชัยนาท



วิทยานิพนธ์นี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพัฒนาท้องถิ่นแบบบูรณาการ

บัณฑิตศึกษา สถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน

ปีการศึกษา 2561

ลิขสิทธิ์ของสถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน



การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังเขตเทศบาลเมือง ชัยนาทจังหวัดชัยนาท



วิทยานิพนธ์นี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพัฒนาท้องถิ่นแบบบูรณาการ

บัณฑิตศึกษา สถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน

ปีการศึกษา 2561



**HEALTH CARE FOR OLDER ALONE MUNICIPALITY CHAINAT**



**THE THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT  
OF THE DEGREE OF MASTER OF ARTS  
IN THE PROGRAM OF  
FACULTY OF GRADUATE STUDY  
LEARNING INSTITUTE FOR EVERYONE (LIFE)**

**2018**

วิทยานิพนธ์เรื่อง (Title)	การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังเขตเทศบาลเมือง ชัยนาทจังหวัดชัยนาท
ผู้วิจัย	ณัฐธัญย์ จิวะเชียง
สาขาวิชา	การพัฒนาท้องถิ่นแบบบูรณาการ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร. เสรี พงศ์พิศ

---

คณะกรรมการการสอบวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. เสรี พงศ์พิศ)

ลงชื่อ..... กรรมการ (ผู้ทรงคุณวุฒิ)  
(ดร.ศรีปริญญา ฐูประจ่าง)

ลงชื่อ..... กรรมการ (อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก)  
(รองศาสตราจารย์ ดร. เสรี พงศ์พิศ)

ลงชื่อ..... กรรมการ (ผู้แทนบัณฑิตศึกษา)  
(ดร. ทวิช บุญธิรัมย์)

ลงชื่อ..... กรรมการ (ผู้แทนบัณฑิตศึกษา)  
(ดร. สุรเชษฐ เวชชพิทักษ์)

ลงชื่อ..... เลขานุการ  
(อาจารย์ อัญมณี ชุมณี)

บัณฑิตศึกษา สถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน อนุมัติให้วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาท้องถิ่นแบบบูรณาการ

## บทคัดย่อ

วิทยานิพนธ์เรื่อง	การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังเขตเทศบาลเมือง ชัยนาทจังหวัดชัยนาท
ชื่อผู้เขียน	ณัฐธัญย์ จิวะเชียง
ชื่อปริญญา	ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา	การพัฒนาท้องถิ่นแบบบูรณาการ
ปีการศึกษา	2561
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร. เสรี พงศ์พิศ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1 เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไป สภาพแวดล้อม การรับรู้และการเข้าถึงสิทธิตามมาตรฐาน ความเชื่อเรื่องสุขภาพและการมีส่วนร่วมสนับสนุนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังของภาครัฐ ภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน เขตเทศบาลเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

2 เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบการสนับสนุนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังของ ภาครัฐภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน เขตเทศบาลเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

ผลการวิจัย มีดังนี้ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาทต้องการความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากรัฐ ท้องถิ่นและชุมชน ได้แก่ราวจับในห้องน้ำ บันไดหรือบริเวณอื่นๆของบ้านที่มีความชันหรือลิ้นการเชื่อมบ้าน โดยทีมสุขภาพสถานที่จัดกิจกรรมผู้สูงอายุ รถบริการรับส่งจากบ้านถึง โรงพยาบาลสถานที่จัดกิจกรรมในชุมชนเครื่องใช้อุปโภคบริโภคสำหรับในครัวเรือนรายได้และอาชีพเสริมและการมีส่วนร่วมในสังคม

ข้อเสนอแนะข้อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังโดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ชุมชน และท้องถิ่นในเขตเทศบาลเมืองชัยนาทมี 3 ประเด็น ได้แก่ประเด็นสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ประเด็นสุขภาพและอุปกรณ์ทางการแพทย์ และประเด็นสิ่งแวดล้อมทางสังคม

## Abstract

Thesis Title	Health Care for Older Alone Municipality Chainat
NatResearcher	Nattanaï Ngiochiang
Degree	Master of Arts
In the Program of	Faculty of Graduate Study
Year	2018
Principal Thesis Advisor	Associate professor Dr. Seri Pongpit

The purpose of this were to This action Research aimed to study health, health care support and Guidelines developed to support the health care in elderly living alone by the involvement of the state, local and community at chainat municipality. population includes the elderly living alone in area communities of sriwichai, lakmuang, trayangsumpun and wongtougouattana 318 peoples. Quantitative data were collected by using questionnaire and analyzed by Frequency, percentage, mean and standard deviation. Qualitative data were collected by using In-depth Interview and focus group, analyzed by content analysis.

The study result found that The results showed that elderly who live alone in the chainat municipality need help and support by state, local and community include handrails in the bathrooms, stairs or other areas of the house with a steep or slippery, home visits by health teams, activity place of elderly, shuttle bus from home to hospital, activity place in community, consumer goods For household consumption, income and part time and participation in society

The study suggest Guidelines developed to support the health care in elderly living alone by the involvement of the state, local and community at chainat municipality have three aspects: home environment, health and medical equipment and social environment

## กิตติกรรมประกาศ

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังเขตเทศบาลเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาทในครั้งนี้ เกิดขึ้นด้วยการริเริ่มและหนุนเสริมงานด้านวิชาการจากหัวเรือใหญ่ที่แดง (อรอนงค์ ดิเรกบุษราคม) และทีมงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 3 จังหวัดนครสวรรค์ ตลอดจนภาคีเครือข่ายวิชาการ ในจังหวัดชัยนาท ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีชัยนาท โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาทจนสำเร็จลุล่วงได้ตลอดช่วงระยะเวลาเกือบ 2 ปีต่อเนื่องกัน นับว่าเป็นความร่วมมือจากหลายองค์กร หลายบุคคลที่ทำงานสอดประสานการขับเคลื่อน หนุนเสริม สนับสนุนงานให้บรรลุผล คนบรรลุสุข จึงขอขอบพระคุณไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบคุณทีมงานผู้บริหารของสำนักงานสำนักงานเทศบาลเมืองชัยนาท ที่เปิดโอกาส และเอื้ออำนวยให้ดำเนินการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่องซึ่งระหว่าง ดำเนินการได้ประสานพลังร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ/ท้องถิ่น วิชาการและเอกชนในพื้นที่จังหวัด ชัยนาท ได้แก่ สมัชชาสุขภาพจังหวัดชัยนาท สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดชัยนาทศูนย์พัฒนาสังคมหน่วยที่ 9 จังหวัดชัยนาท บ้านพักเด็กและสตรีจังหวัดชัยนาท รวมทั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดชัยนาท ที่ต่างยื่นมือ ลงแรง ร่วมใจ ใน การร่วมงานพัฒนาแก้ไขปัญหาที่พบจากข้อมูลการสำรวจในโครงการร่วมกับเทศบาลเมืองชัยนาท เป็นอย่างดียิ่งน้ำใจที่งดงามประการสำคัญคือ คณะทำงานขับเคลื่อน โครงการ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมกับ เทศบาลชัยนาททุกท่าน รวมทั้งนักวิจัยชุมชน ทั้ง 4 ชุมชน คือชุมชนศรีวิชัย ชุมชนหลักเมือง ชุมชน ทรายางสัมพันธ์ ชุมชนวงษ์โตเก่าพัฒนา ได้ร่วมกันขับเคลื่อนภารกิจเพื่อสังคมผู้สูงอายุให้บรรลุผล เด่นชัดและเสริมพลังความสามัคคีมากขึ้น แม้ว่าจะเป็นเรื่องที่ทำทนาย แต่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นน้ำ อมฤตที่ชื่นน้ำใจทุกครั้งที่ได้ระลึกถึงความดีที่ได้กระทำต่อเพื่อนมนุษย์ ซึ่งทุกท่านคงกระจำในใจ ของตนเอง จึงขออนุโมทนาในบุญกุศลที่ได้ตั้งไว้ดีแล้ว

ถึงวันนี้ ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองชัยนาทและภาคีเครือข่ายการมีส่วนร่วมของรัฐ ท้องถิ่นและชุมชน ได้ร่วมกันเปลี่ยนแปลงมายาคติของสังคมที่มองผู้สูงอายุ คือ “ภาระ” เป็น “พลัง” ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองชัยนาทมีบทเรียนสำคัญจากการดำเนินงานวิจัยนี้ เป็นแนวทางของการ พัฒนาเพื่อดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรี สามารถพึ่งตนเองดูแลตนเองและแบ่งปันการดูแล กันและกันได้อย่างเข้มแข็ง โดยมีพลังสอดประสานของชุมชนท้องถิ่นและรัฐ เป็นฐานเกื้อหนุน

ณัฐธัญย์ จิวเขียง

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ข
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
สารบัญ.....	ง
สารบัญตาราง .....	จ
สารบัญภาพ .....	ฉ
<b>บทที่</b>	
<b>1 บทนำ</b>	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	4
กลุ่มประชากรตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
<b>2 ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b>	
สถานการณ์ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง.....	9
พรบ.และระเบียบต่างๆ.....	11
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	19
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	27
<b>3 วิธีดำเนินการวิจัย</b>	
รูปแบบในการวิจัย .....	29
วิธีการและเทคนิคที่ใช้ในการวิจัย .....	30
วิธีการและเทคนิคที่ใช้ในการวิจัย .....	30
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง...	33
วิธีการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล.....	34
สถานที่ในการวิจัย.....	34

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย.....	34
ปฏิทินในการปฏิบัติงาน .....	35
4 ผลการวิจัย	
ส่วนที่ 1 ข้อมูลการสำรวจสภาวะสุขภาพและการสนับสนุนการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังของภาครัฐ ชุมชน และท้องถิ่นในเขตเทศบาลเมือง ชัยนาท .....	38
ส่วนที่ 2 ข้อมูลการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) .....	78
ส่วนที่ 3 แนวทางการพัฒนาระบบการสนับสนุนการดูแลสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง โดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ชุมชน และท้องถิ่นในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท.....	90
ส่วนที่ 4 สิ่งดีที่เกิดขึ้นกับพลังการขับเคลื่อนกระบวนการวิจัยของทีมพื้นที่	94
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย .....	98
อภิปรายผลการวิจัย .....	103
ข้อเสนอแนะ.....	104
บรรณานุกรม.....	106
ภาคผนวก.....	109
ประวัติผู้วิจัย.....	119

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
3.1 ปฏิทินในการปฏิบัติงาน .....	36
4.1 เพศของกลุ่มตัวอย่าง .....	38
4.2 สถานภาพ .....	39
4.3 การศึกษา .....	40
4.4 อาชีพ .....	41
4.5 รายได้ .....	42
4.6 ประเภทที่มาของรายได้ .....	43
4.7 จำนวนบุตรที่ยังมีชีวิต .....	44
4.8 ความถี่ในการมาหา .....	45
4.9 ลักษณะที่อยู่อาศัย .....	46
4.10 ความคงทน .....	47
4.11 ความเป็นเจ้าของ .....	48
4.12 ส้วม .....	49
4.13 ลักษณะส้วม .....	50
4.14 ลักษณะแบบส้วม .....	51
4.15 ราวจับส้วม .....	52
4.16 ระดับของพื้นส้วม .....	53
4.17 พื้นส้วม .....	54
4.18 แสงสว่างภายในบ้าน .....	55
4.19 พื้นภายในบ้าน .....	56
4.20 ราวจับบันไดบ้าน .....	57
4.21 พื้นบันได .....	58
4.22 บ้านที่อยู่ใกล้ .....	59
4.23 ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน .....	60
4.24 การปลูกผักสวนครัว .....	61
4.25 การดูแลของครอบครัว .....	62
4.26 การดูแลของเพื่อนบ้าน .....	63

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
4.27 การดูแลของผู้เฒ่า.....	64
4.28 การดูแลของชมรมผู้สูงอายุ.....	65
4.29 การดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุข.....	66
4.30 โรคประจำตัว.....	67
4.31 ภาวะสุขภาพจิต.....	68
4.32 ศักยภาพตามความสามารถ.....	69
4.33 อุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์.....	70
4.34 จำนวนร้อยละการประดิษฐ์อุปกรณ์ช่วยในการดูแลสุขภาพ.....	71
4.35 สรุปการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมพลังที่อาศัยลำพัง	78
4.36 ข้อค้นพบพฤติกรรมผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังและมีภาวะเจ็บป่วยต้องพึ่งพิง	85
4.37 ข้อค้นพบพฤติกรรมแกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัคร ดูแลผู้สูงอายุและ care giver (ที่ไม่ได้รับค่าจ้าง).....	86
4.38 ข้อค้นพบพฤติกรรมการสนับสนุนของผู้บริหารงานด้านสาธารณสุข และผู้รับผิดชอบงาน ผู้สูงอายุ.....	88
4.39 ข้อเสนอแนะทางการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่อาศัยลำพังโดยการมี ส่วนร่วมของภาครัฐ ชุมชน และท้องถิ่นในเขต เทศบาลเมืองชัยนาท.....	92

## สารบัญญภาพ

ภาพที่	หน้า
2.1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	28
4.1 สถานการณ์สภาวะสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังในเขตเทศบาล	72
4.2 กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกให้เป็นแกนนำ ทำกิจกรรมกลุ่ม.....	73
4.3 สภาพปัญหา(ทุกข์)ของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังในเขตเทศบาล.....	74
4.4 ความต้องการและทัศนคติภาพการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังในเขตเทศบาล	75
4.5 เวทีสรุปปัญหาการเก็บข้อมูลในชุมชน.....	76
4.6 นักวิจัยชุมชนสำรวจบ้านผู้สูงอายุอยู่ลำพัง.....	76
4.7 ประธานภาคี เครือข่าย ภาครัฐ เข้าช่วยเหลือบ้านผู้สูงอายุที่อาศัยกับผู้มีภาระ เป็นคนพิการ 2 คน.....	77
4.8 เวทีคืนข้อมูล.....	77
4.9 นางวัลภา คงอินทร์ คุณครูบ้านอายุวัย 61 ปี.....	79
4.10 นายเทพ ลีลา ช่างตัดผม วัย 61 ปี.....	80
4.11 นายองอาจ หล้าอุบล ประธานชมรมจักรยานจังหวัดชัยนาท.....	81
4.12 อ.ชด หุ่นดี ประธานชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมือง.....	82
4.13 อาจารย์วิจิต แก้วจินดา ประธานชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร	83
4.14 อาจารย์เชาวดี สุวรรณ โขติ ประธานชมรมสตรีอาสาพัฒนาชุมชน เทศบาลเมืองชัยนาท.....	84
4.15 ศูนย์ผู้สูงอายุเทศบาลเมืองชัยนาท.....	96
4.16 ผลลัพธ์ที่ได้จากการวิจัย.....	97

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังอยู่ในระยะที่ 4 ของการเปลี่ยนแปลงประชากร กล่าวคือเป็นช่วงที่อัตราการเกิดและอัตราการตายต่ำ โดยประเทศไทยอยู่ในกลุ่มประเทศที่เป็นคลื่นระลอกสองของสังคมผู้สูงอายุโลก และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ใช้เวลาประมาณ 20 – 22 ปี ที่สัดส่วนผู้มีอายุ 65 ขึ้นไปต่อจำนวนประชากรรวมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.0 เป็นร้อยละ 14.1 ซึ่งประเทศไทยนับว่ามีอัตราเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี 2553 และเป็นสังคมผู้สูงอายุเต็มตัว ในปี 2573 ทำให้ประเทศไทยมีเวลาในการเตรียมพร้อมคนและระบบที่จะรองรับผู้สูงอายุในระยะสั้น (ปีพมา เขียรวิศิษฏ์สกุล ,2551)

ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคม พบว่า มีผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังมากขึ้น สืบเนื่องมาจากโครงสร้างประชากรในปัจจุบันที่แต่ละครอบครัวมีลูกน้อย ลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว และจากภาวะสังคมเศรษฐกิจที่เปลี่ยนจากสังคมเกษตรไปเป็นสังคมอุตสาหกรรม ทำให้มีการเคลื่อนย้ายแรงงานเข้าสู่เมือง คนเข้าสู่สังคมบริโภคนิยม มีอัตราการหย่าร้างสูงกว่าสังคมไทยยุคที่ผ่านมา เด็กไม่ได้ถูกเลี้ยงดูจากพ่อแม่แต่ได้รับการตามใจเพื่อทดแทนเวลาที่ขาดหายไป โดยมีข้อมูลสนับสนุนจากรายงานสถานการณ์ความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันของสังคมไทย พ.ศ.2545 - 2549ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ระบุว่าครอบครัวไทยเผชิญกับปัญหาการขาดความตระหนัก ในบทบาทหน้าที่และมีความแตกแยก ส่งผลกระทบต่อความอบอุ่นของครอบครัวไทย ซึ่งอยู่ในระดับต้องเร่งแก้ไข จากสถานการณ์และข้อมูลเบื้องต้นทำให้กล่าวได้ว่า สังคมไทยจะเผชิญสังคมผู้สูงอายุที่มีภาวะโรค ที่อยู่ตามลำพังเพิ่มขึ้น ดังข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทยในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา (พศ. 2523 – 2550) พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียว หรือไม่มีอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุโดยไม่มีลูกหลานคอยดูแล เป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2529 สัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมีร้อยละ 4.3 เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.6 ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่กันเฉพาะคู่สมรสในปี 2529มีอัตราส่วน ร้อยละ 6.7 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.3 ในปี 2550 อัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุ หรืออัตราพึ่งพิงวัยสูงอายุในปี 2537

เป็น 10.7 เพิ่มขึ้นเป็น 14.3 ในปี 2545 และเพิ่มขึ้นเป็น 16.0 ในปี 2550 หมายความว่า ประชากรวัยทำงาน 100 คน ต้องรับภาระในการเลี้ยงดูผู้สูงอายุ 16 คน ประกอบกับสัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในครัวเรือน มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากร้อยละ 6.3 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 7.7 ในปี 2550 และร้อยละ 56.7 ของผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังในครัวเรือน อยู่ได้โดยไม่มีปัญหา ที่เหลือร้อยละ 43.3 มีปัญหา ซึ่งปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ฐิติกร ร้อยละ 51.2 ไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 27.5 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) ผู้สูงอายุต้องการผู้ดูแลในการทำกิจกรรมประจำวัน จากการตรวจสอบสุขภาพโดยการตรวจร่างกายพบว่าผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ต้องมีคนดูแลบางเวลาร้อยละ 52.2 และต้องมีคนดูแลตลอดเวลา ร้อยละ 10.2 (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, 2547)

นอกจากนี้สังคมไทยในปัจจุบันมีผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังมากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคที่อยู่ตามลำพังกลุ่มผู้สูงอายุมีปัญหาทางสุขภาพและมีแนวโน้มอยู่คนเดียวมากขึ้น ในปี 2559 ผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปมีจำนวนทั้งสิ้น 4.6 ล้านคนหรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 42.9 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 5.6 ล้านคนในปี 2564 ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นวัยพึ่งพิงทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ โดยผู้สูงอายุ 75 ปีขึ้นไป จะมีสถานะติดเตียงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.6 จากช่วงอายุ 60-64 ปีที่มีเพียงร้อยละ 0.9 ส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้ มีการคาดการณ์ว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจะเพิ่มจาก 6,356.63 ล้านบาทในปี 2553 เป็น 228,482.21 ล้านบาท ปี 2565 ขณะเดียวกันผู้สูงอายุอาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียวมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.6 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 8.7 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ในปี 2557 โดยส่วนใหญ่มักมีปัญหาด้านสุขภาพทั้งทางจิตและทางกาย รวมทั้งขาดผู้ดูแล สำหรับผู้สูงอายุวัยต้นอายุ 60-69 ปีที่มีสถานะทางสุขภาพดีมีกว่าร้อยละ 59.9 ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ยังสามารถทำงานได้ แต่สัดส่วนของการทำงานยังไม่สูงมากนัก โดยปี 2557 ผู้สูงอายุวัย 60-64 ปี มีงานทำร้อยละ 59.2 และกลุ่มวัย 65-69 ปี ร้อยละ 45.6 ของประชากรในวัยเดียวกัน ยิ่งจะส่งผลต่อรายได้และเงินออมเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุวัยปลาย นอกจากนี้ ระบบบริการยังไม่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ สะท้อนได้จากผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 7.2 ที่พึงพอใจในบริการสาธารณะทุกระบบ และสถานที่สาธารณะส่วนใหญ่ไม่มีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ ทางลาดบันไดมีราวจับ ห้องสุขาที่ใช้งานได้ (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 หน้า 41)

แม้ว่าในสังคมไทยจะมีการดำเนินงานในกลุ่มผู้สูงอายุ มีแนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ แต่ละหน่วยงานดำเนินงานผู้สูงอายุตามภารกิจของตนเอง มีภาพการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชนบ้างซึ่งยังเป็นพื้นที่ส่วนน้อยของสังคมไทย โดยที่ผ่านมามีการดำเนินงานผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีลักษณะภาพรวมของกลุ่มผู้สูงอายุ แต่กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังที่มีลักษณะเฉพาะ

และต้องคำนึงว่าผู้สูงอายุที่อยู่โดยลำพังยังมีความหลากหลายต่อความต้องการรับบริการตามปัจจัยพื้นฐานของชีวิตที่แตกต่างกัน จึงไม่ควรมีบริการในรูปแบบเดียวหรือบริการแบบ “เสื้อโหล” ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงความแตกต่างของผู้สูงอายุในกลุ่มดังกล่าวให้ชัดเจน เช่น กลุ่มที่ลำบากยากจน กลุ่มที่มีกำลังทางด้านเศรษฐกิจ กลุ่มที่ยังมีพลัง กลุ่มที่มีปัญหาด้านสุขภาพ เป็นต้น

จากสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นนี้ทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงสูงมากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุมักมีปัญหาด้านสุขภาพตามมาได้แก่ปัญหา การได้ยินและการมองเห็น การสื่อสาร การเคลื่อนไหว ร่างกายและอุบัติเหตุ ปัญหาในการรับประทานอาหารและการขับถ่าย ปัญหาสุขภาพจิตใจ โรคสมองเสื่อม ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่พบบ่อย 3 อันดับแรกในผู้สูงอายุได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 13.3 และโรคหัวใจ ร้อยละ 7 ( มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2553) นอกจากนี้จากปัญหาโรคเรื้อรังที่พบแล้วยังพบว่า ภาวะทุพพลภาพเป็นปัญหาที่พบในผู้สูงอายุ ภาวะทุพพลภาพเป็นการสูญเสียการทำหน้าที่ของระบบต่างๆ ในร่างกาย จำแนกตามความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น แขนขาอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่สะดวก ทำกิจวัตรประจำวันบางอย่างไม่ได้ การเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุอาจเป็นผลมาจากโรคเรื้อรังหรือเป็นผลมาจาก สมรรถภาพที่ถดถอยโดยไม่ได้เกิดจากโรคใดโรคหนึ่งโดยเฉพาะ (ละเอียด แจ่มจันทร์ และสุรี ชันชรภักขวงศ์, 2549) นอกจากนี้ยังพบว่า การเกิดอุบัติเหตุเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะ ทุพพลภาพ อุบัติเหตุที่พบบ่อยคือ การหกล้ม (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554)

เทศบาลเมืองชัยนาทรับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชน 18 ชุมชน ประชากร 12,527 คน มีผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้น ไป 2,310 คน คิดเป็นร้อยละ 18.44 ของประชากร ทั้งหมด จากรายงานสถิติจังหวัดชัยนาท พ.ศ. 2557 พบว่าสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากเช่นเดียวกัน กล่าวคือในจำนวนประชากรทั้งหมด 332,737 คน มีจำนวนผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปถึง 55,899 คน คิดเป็นร้อยละ 16.79 (สำนักงานสถิติจังหวัดชัยนาท, 2557) นอกจากนี้ลักษณะสังคมของจังหวัดชัยนาทมีการเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมหรือชนบทเป็นสังคมอุตสาหกรรมหรือชุมชนเมือง ซึ่งส่งผลกระทบต่อโครงสร้างระบบครอบครัว เปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งอาศัยอยู่เพียงลำพังเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังที่เหมาะสมควรเกิดอยู่บนฐานการใช้ข้อมูลและการสร้างความรู้ร่วมกัน โดยนำข้อมูลและปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในชุมชนที่ผ่านการเรียนรู้ร่วมกันของกลุ่มผู้สูงอายุ ชุมชน ท้องถิ่น และภาครัฐ ซึ่งการเรียนรู้ที่เข้าไปสัมผัสข้อเท็จจริงจะทลายข้อจำกัดในการปิดกั้นตนเอง โดยใช้ทุนของสังคมไทยยังมีรากฐานวัฒนธรรมที่ยังสามารถนำกลับฟื้นคืนได้ หากการเรียนรู้ดังกล่าวจะทำให้ชุมชนท้องถิ่นและรัฐมีเป้าหมายในการให้ผู้สูงอายุทุกคนในสังคมมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรี ตามปณิญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542 ที่ว่า "รัฐ โดยความร่วมมือ"

ขององค์กร ภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องตรากฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อเป็นหลักประกันและการบังคับใช้ ในการพิทักษ์สิทธิ กลุ่มครองสวัสดิภาพและจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ" การใช้ทุนชุมชนและการเรียนรู้ร่วมกันของผู้ที่เกี่ยวข้อง น่าจะเป็นพลังในการฟื้นคืนพร้อมกับการพัฒนาระบบสนับสนุนเพื่อเตรียมการรับมือกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังที่มากขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังเป็นการทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังได้รับการพิทักษ์และคุ้มครองให้พ้นจากการละเมิดสิทธิ จากเหตุผลและความจำเป็นข้างต้น เทศบาลเมืองชัยนาทยังไม่เคยได้มีการสำรวจค้นหาผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน มีเพียงปรากฏการณ์ที่ได้พบเห็นจากการเยี่ยมบ้านและคำบอกเล่าของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชน แต่ไม่ได้รวบรวมวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการหรือความจำเป็นของการพัฒนาระบบสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง ดังนั้นจึงมีความประสงค์ที่จะดำเนินการศึกษาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท นี้ขึ้น โดยนำร่องการศึกษาและพัฒนาในพื้นที่ 4 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนศรีวิชัย ชุมชนหลักเมือง ชุมชนทรายงามสัมพันธ์ และชุมชนวงษ์โตเก่าพัฒนา เพื่อค้นหาสภาวะชีวิตที่สำคัญของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังโดยชุมชน ท้องถิ่นและรัฐร่วมกันสนับสนุนการพัฒนาสังคมผู้สูงอายุยุคใหม่ที่มองผู้สูงอายุเป็น “พลัง” ให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ดูแลพึ่งพาตนเองและเกื้อหนุนพึ่งพากันและกันสู่การบรรลุเป้าหมาย “สภาวะแห่งชีวิต” นั่นคือสุขภาพองค์รวมนั่นเอง

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1 เพื่อศึกษาคูณลักษณะทั่วไป สภาพแวดล้อม การรับรู้และการเข้าถึงสิทธิตามมาตรฐาน ความเชื่อเรื่องสุขภาพและการมีส่วนร่วมสนับสนุนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังของภาครัฐ ภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน เขตเทศบาลเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

2 เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบการสนับสนุนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังของ ภาครัฐภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน เขตเทศบาลเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

### ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตพื้นที่ ดำเนินการศึกษาในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท จำนวน 4 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนศรีวิชัย ชุมชนหลักเมือง ชุมชนทรายงามสัมพันธ์ และชุมชนวงษ์โตเก่าพัฒนา

2. ขอบเขตประชากร ดำเนินการในประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ลำพังในเขตพื้นที่ชุมชนศรีวิชัย ชุมชนหลักเมือง ชุมชนทรายงามสัมพันธ์ และชุมชนวงษ์โตเก่าพัฒนา

3. ขอบเขตเนื้อหา คำนึงการศึกษาสภาวะสุขภาพและการสนับสนุนการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านคุณลักษณะทั่วไป ด้านสภาวะแวดล้อม ด้านการรับรู้และการเข้าถึงสิทธิตามมาตรฐานการส่งเสริมสวัสดิการและการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ และด้านความเชื่อเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง โดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ชุมชน และท้องถิ่น ในเขตพื้นที่ชุมชนศรีวิชัย ชุมชนหลักเมือง ชุมชนทรายางสัมพันธ์ และชุมชนวงษ์โตเก่าพัฒนา

### กลุ่มประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ลำพังในเขตพื้นที่ชุมชนศรีวิชัย ชุมชนหลักเมือง ชุมชนทรายางสัมพันธ์ และ ชุมชนวงษ์โตเก่าพัฒนา จำนวน 218 คน

#### คำถามสำคัญในการวิจัย

1. คุณลักษณะทั่วไป สภาพแวดล้อม การรับรู้และการเข้าถึงสิทธิตามมาตรฐาน ความเชื่อเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังเป็นอย่างไร ภาครัฐ ภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน เขตเทศบาลเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท ได้มีส่วนร่วมสนับสนุนการดูแลอย่างไรบ้าง
2. การมีส่วนร่วมสนับสนุนของภาครัฐ ภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน ส่งผลต่อระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง ในเรื่องระบบฐานข้อมูล ระบบการจัดบริการสุขภาพ ระบบการดูแล ระบบการช่วยเหลือฉุกเฉิน/ส่งต่อ ระบบเครือข่ายคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ ระบบการให้ทุนชุมชนสนับสนุนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและระบบการสร้างสิ่งแวดลอมที่เอื้ออาทรบริการสาธารณะอย่างไร หน่วยงานใดเป็นเจ้าภาพหลัก

#### คำนิยามศัพท์เฉพาะ

**ผู้สูงอายุ** หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ดำรงชีวิตอยู่ในเขตพื้นที่ชุมชนชุมชนศรีวิชัย ชุมชนหลักเมือง ชุมชนทรายางสัมพันธ์ และชุมชนวงษ์โตเก่าพัฒนา

**ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง** หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ดำรงชีวิตอยู่ในเขตพื้นที่ชุมชนชุมชนศรีวิชัย ชุมชนหลักเมือง ชุมชนทรายางสัมพันธ์ และชุมชนวงษ์โตเก่าพัฒนา และอาศัยอยู่เพียงคนเดียว หรืออยู่กับผู้ที่เป็นภาระ(หลานหรือคนพิการ) หรืออยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ หรืออาศัยอยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ ตลอด 24 ชั่วโมงหรือช่วงเวลากลางวันหรือช่วงเวลากลางคืน

**การดูแลสุขภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง** หมายถึง การส่งเสริม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในด้านสภาวะแวดล้อม การรับรู้ และการเข้าถึงสิทธิตามมาตรฐานการส่งเสริมสวัสดิการและการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ และด้านความเชื่อเรื่องสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ สามารถดูแลตนเองได้ และมีโอกาสแสดงศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้

**การมีส่วนร่วมของรัฐ ท้องถิ่นและชุมชน** หมายถึง การเปิดโอกาสให้หน่วยงานรัฐ ท้องถิ่นและประชาชนในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังได้รับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ เพื่อสร้างความโปร่งใสและเพิ่มคุณภาพการตัดสินใจให้ดีขึ้น และเป็นที่ยอมรับร่วมกันของทุก ๆ ฝ่าย

**การพัฒนากระบวนการสนับสนุนการดูแลสุขภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง** หมายถึง กระบวนการจัดทำกรออกแบบการดูแลสุขภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในด้านสภาวะแวดล้อม การรับรู้และการเข้าถึงสิทธิตามมาตรฐานการส่งเสริมสวัสดิการและการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ และด้านความเชื่อเรื่องสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ การสำรวจค้นหาปัญหา และสะท้อนกลับข้อมูลเพื่อสร้างการรับรู้ปัญหาาร่วมกันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การระดมความคิดเพื่อกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา การขับเคลื่อนแนวทางแก้ไขปัญหาสู่การปฏิบัติ และการประเมินผล

**การรับรู้และการเข้าถึงสิทธิตามมาตรฐาน** หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติไว้จากบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญดังกล่าว ประกอบกับข้อกำหนดของปฎิญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542 ที่ว่า "รัฐ โดยความร่วมมือร่วมขององค์กร ภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องตรากฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อเป็นหลักประกันและการบังคับใช้ ในการพิทักษ์สิทธิ คุ้มครองสวัสดิภาพและจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ"

**ภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น** หมายถึง เทศบาลเมืองชัยนาท

**ชุมชน** หมายถึง ชุมชนในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. คืบข้อมูลที่ได้จากการสำรวจสภาวะสุขภาพและการสนับสนุนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ให้ กับ ผู้สูงอายุ ภาครัฐ ชุมชน ภาครีเอกชนที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย ส่วนที่ 1 4 หมวด ได้แก่

หมวดที่ 1 ข้อมูลด้านคุณลักษณะทั่วไป

หมวดที่ 2 ข้อมูลด้านสภาวะแวดล้อมทั่วไป

หมวดที่ 3 ข้อมูลด้านการรับรู้และการเข้าถึงสิทธิตามมาตรฐานการส่งเสริมสวัสดิการและการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ

หมวดที่ 4 ข้อมูลด้านความเชื่อเรื่องสุขภาพ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมพลั้งที่อาศัยลำพัง กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุอาศัยเพียงลำพังอยู่ที่มีภาวะเจ็บป่วยต้องพึ่งพิง กลุ่มที่ 3 แกนนำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และ care giver(ที่ไม่ได้รับค่าจ้าง) และกลุ่มที่ 4 ผู้บริหารงานด้านสาธารณสุขและผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองชัยนาทและ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

ส่วนที่ 3 แนวทางการพัฒนาระบบการสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังโดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ชุมชน และท้องถิ่นในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท

เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ทราบข้อมูลที่แท้จริง ที่ต้องรู้ และเพื่อร่วมกันระดมแนวคิดสรุปทเรียน การใช้ข้อมูลและสร้างการเรียนรู้ร่วมกันของผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อ เสนอแนวทางการพัฒนาระบบการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังเขตเทศบาลเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

2. เกิดองค์ความรู้นำไปสู่การพัฒนา นโยบายให้ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังมีศักยภาพในการพึ่งพาตนเองและอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีโดยการสนับสนุนของภาครีเอกชนหน่วยงานรัฐ ท้องถิ่นและชุมชน

## บทที่ 2

### ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง เขตเทศบาลเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท ซึ่งวัตถุประสงค์ของบทนี้เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดสำหรับการวิจัย โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าและวิเคราะห์เอกสาร ตำราแนวคิด ทฤษฎี และบทความข้อเขียนทางวิชาการ ตลอดจนทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาสังเคราะห์เป็นแนวคิดเพื่อสนับสนุนกรอบแนวคิดในการวิจัย ทั้งนี้เพื่อให้การศึกษาค้นคว้าเป็นไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและมีคุณภาพ ผู้วิจัยจึงกำหนดลำดับหัวข้อเรื่อง ดังต่อไปนี้

#### 1 สถานการณ์ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง

- 1) สถานการณ์ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังในประเทศไทย
- 2) ภูมิหลังเทศบาลเมืองชัยนาท

#### 2 พรบ.และระเบียบต่างๆ

- 1) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560
- 2) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 -2564) ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ เป้าหมายที่ 2 คนในสังคมไทยทุกช่วงวัยมีทักษะ ความรู้และความสามารถเพิ่มขึ้น

#### 3) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

#### 4) สิทธิประโยชน์ตาม พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546

#### 5) มาตรฐานการส่งเสริมสวัสดิภาพและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ

#### 3 ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ให้สรุปแต่ละแนวคิดเป็นนิยามศัพท์เฉพาะของผู้วิจัย

#### 1) แนวคิดการอยู่ตามลำพังของผู้สูงอายุ

#### 2) การจัดระบบดูแลและให้บริการผู้สูงอายุ

#### 3) แนวคิดเรื่องสุขภาพองค์รวม

#### 4) งานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุและการอยู่ตามลำพังของผู้สูงอายุ

#### 4.1 มุมมองใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้ปรากฏการณ์ประชากร

ผู้สูงอายุ

4.2 หลักประกันเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุเกี่ยวกับระบบสวัสดิการ และการดำเนินการสำหรับผู้สูงอายุ

4.3 ความต้องการของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง

4.4 การศึกษาผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่โดยลำพัง

4.5 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

#### 4. กรอบแนวคิดการวิจัย

### 1. สถานการณ์ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง

1 สถานการณ์ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังในประเทศไทย ในศตวรรษที่ 21 นี้ ประชากรโลกได้ก้าวเข้าสู่วิกฤตการณ์ผู้สูงอายุซึ่งมีอายุ 60 ปีขึ้นไป จากสถิติแนวโน้มประชากรโลกมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและคาดว่าในปี ค.ศ.2050 ประชากรโลกจะมีมากกว่า 9 พันล้านคน และในจำนวนนี้ประมาณ 2 พันล้านคนเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 22 ทำให้การดูแลผู้สูงอายุกลายเป็นภาระหนักมากขึ้นแก่ครอบครัว ชุมชน และภาครัฐ ปัจจุบันผู้สูงอายุในประเทศแถบเอเชียและละตินอเมริกา ยังอาศัยอยู่กับลูกหลาน คิดเป็น ร้อยละ 75 ในขณะที่ประเทศในยุโรป ออสเตรเลีย และอเมริกาเหนือ ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 70 ต้องดำเนินชีวิตตามลำพัง และมีแนวโน้มจะต้องอยู่ตามลำพังตนเองมากขึ้น สำหรับประเทศไทย โครงสร้างประชากรมีแนวโน้มเข้าสู่สังคมสูงอายุ เช่นเดียวกับประเทศอื่น ๆ ทั่วโลกและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มจากร้อยละ 5.0 ในปี พ.ศ.2493 เป็นร้อยละ 10.1 ในปี พ.ศ.2543 (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ 2550) และจากรายงานของสำนักข่าวประชาสัมพันธ์ (2550) พบว่าผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.7 ใน ปี พ.ศ. 2550 และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 58.3) ยังอาศัยอยู่กับลูกหลานในครอบครัวขยาย ร้อยละ 3.1 อยู่ในครอบครัวเดี่ยว และที่เหลือร้อยละ 31.0 ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง ซึ่งในจำนวนนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 56.7 ไม่มีปัญหาต่อการอยู่ตามลำพังคนเดียว แต่ร้อยละ 21.8 มีความรู้สึกเหงา จากข้อมูลดังกล่าวแสดงว่าปัจจุบันการอยู่ตามลำพังคนเดียวของประชากรไทยมีจำนวนไม่น้อย และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากเหตุผลหลายประการ อาทิ ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จำนวนผู้เป็นโสดหรือเป็นหม้ายเพิ่มขึ้น ลูกแยกออกไปเป็นครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้น การย้ายถิ่นฐานของลูกเพื่อการประกอบอาชีพเพิ่มขึ้น เป็นต้น ประเด็นการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุนี้องค์การสหประชาชาติได้มี นโยบายให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเอง จากการประชุมสัมมนาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ในปี ค.ศ. 1991 และกำหนดเป็นนโยบายต่อเนื่องถึงปัจจุบัน (2547) มีหลักปฏิบัติ 18 ข้อ จัดกลุ่มได้ 5 ด้าน ได้แก่ 1) การพึ่งพาตนเอง 2) การมีส่วนร่วมในสังคม 3) การบริการสังคม 4) ความพึงพอใจในชีวิต และ 5) เกียรติยศและการยอมรับในสังคม

ดังนั้น การวางแผนเพื่อรองรับให้ผู้สูงอายุมีความพร้อมอยู่ลำพังตนเอง จึงเป็นเรื่องที่จำเป็นอย่างไรก็ตาม หากระบบสวัสดิการจากภาครัฐ องค์กรต่างๆ ในเรื่องของสิ่งอำนวยความสะดวก และการบริการในประเทศไทยยังไม่เหมาะสม ผู้สูงอายุนอกจากจะอยู่ตามลำพังได้ยากแล้ว ยังจะมีความเป็นอยู่ที่ยากลำบากขึ้น เพราะจำนวนสัดส่วนผู้สูงอายุที่ทุกข์ยากปัจจุบันมีเพิ่มมากขึ้น อันเป็นผลของการขยายตัวของภาวะความเจ็บป่วย และภาวะทุพพลภาพ (จูโร ทัพวงษ์ และคณะ 2550) ในปัจจุบันการดูแล ช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มที่อยู่ตามลำพังมาจากระบบชุมชน กิจกรรมในชุมชน การตรวจสุขภาพจากอาสาสมัครประจำชุมชน ซึ่งเป็นส่วนที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะการอยู่คนเดียวกระทบต่อสภาพจิตใจมากกว่าปกติ พบว่ามีประมาณ 6% ที่อยากฆ่าตัวตาย เป็นสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปจากอดีต สอดคล้องกับภาวะปัญหาสุขภาพจิต และภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้น เรื่องความต้องการทางจิตใจจึงเป็นเรื่องที่ต้องจับคู่กับสวัสดิการและความต้องการทางร่างกาย เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ (บุญทิพย์ สิริธรรังศรี และคณะ 2553)

**2 ภูมิหลังเทศบาลเมืองชัยนาท** สภาพทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญของเทศบาลเมืองชัยนาทเทศบาลเมืองชัยนาท เดิมเป็นสุขาภิบาลรู้จักกันในชื่อของ ตำบลบ้านกล้วย ต่อมาได้ยกฐานะท้องที่ตำบลบ้านกล้วยเป็นเทศบาลเมืองชัยนาท ตามประกาศราชกิจจานุเบกษา เล่ม 53 หน้า 815 วันที่ 29 พฤศจิกายน 2479 ในสมัย พ.อ.พหลพล พยุหเสนา นายกรัฐมนตรี มีเนื้อที่ 1.25 ตารางกิโลเมตร ต่อมาในเขตเทศบาลได้มีประชาชนเข้ามาอยู่อาศัย และประกอบการค้า เป็นจำนวนมาก จึงได้มีพระราชกฤษฎีกาเปลี่ยนแปลงเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ขยายเขตพื้นที่เป็น 6.061 ตารางกิโลเมตร ตามประกาศราชกิจจานุเบกษา เล่ม 85 ตอนที่ 121 วันที่ 31 ธันวาคม 2511 ในสมัยจอมพล ถนอม กิตติขจร นายกรัฐมนตรี

การจัดตั้งเทศบาลครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2479 เทศบาลยังไม่มีอาคารสำนักงาน จึงใช้เรือนพักคนไข้ของสุขศาลา ซึ่งได้รับโอนมาจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ปัจจุบันเป็นที่ตั้งของสำนักงานราชพัสดุ) ต่อมาในปี พ.ศ. 2496 เทศบาลได้รับโอนกิจการไฟฟ้าจาก บริษัท ไฟฟ้าไพบูลย์ จำกัด จึงใช้อาคารที่ทำการไฟฟ้าเป็นสำนักงานตั้งอยู่บริเวณตลาดสดเทศบาล ต่อมาในปี พ.ศ. 2515 เทศบาลได้ขอกู้เงินจากกองทุนส่งเสริมกิจการเทศบาล (ก.ส.ท.) จำนวน 1 ล้านบาทมาก่อนสร้างอาคารสำนักงานแล้วเสร็จ ปลายปี พ.ศ. 2517 ปัจจุบันได้ดำเนินการก่อสร้างอาคารสำนักงานเทศบาล หลังใหม่ในพื้นที่เดิมเริ่มก่อสร้างเดือนมีนาคม 2553 งบประมาณ 66 ล้านบาท และปรับปรุงตกแต่งภายในอีก 5 ล้านบาท พื้นที่ เทศบาลเมืองชัยนาทมีพื้นที่ประมาณ 6.061 ตารางกิโลเมตร ประกอบด้วยตำบลในเมื่อ ตำบลเขาท่าพระบางส่วน ตำบลบ้านกล้วยบางส่วน และตำบลท่าชัยบางส่วน มีลักษณะภูมิประเทศโดยทั่วไปเป็นพื้นที่ราบลุ่ม มีแม่น้ำเจ้าพระยาไหลผ่าน พื้นที่

ปัจจุบัน: 6.061 ตร.กม. เปลี่ยนแปลงเขตกิ่งต่ำสุด: วันที่ 31 ธันวาคม 2511 พื้นที่เดิมก่อน  
เปลี่ยนแปลงเขต: 1.25 ตร.กม.อาณาเขต

เทศบาลเมืองชัยนาทตั้งอยู่บริเวณภาคกลางตอนบน ตั้งอยู่บริเวณริมฝั่งซ้ายของแม่น้ำ  
เจ้าพระยาและเป็นตอนเหนือสุดของภาคกลาง บนเส้นรุ้งที่ 15 องศาเหนือ และเส้นแวงที่ 100 องศา  
ตะวันออก สูงจากระดับน้ำทะเลปานกลาง 16.854 เมตร ห่างจากกรุงเทพมหานครประมาณ 195  
กิโลเมตร มีอาณาเขต ดังนี้

ทิศเหนือ หลักเขตที่ 1 ตั้งอยู่ห่างจากริมแม่น้ำเจ้าพระยาฝั่งตะวันตกระยะ 50 ม. และห่าง  
จากริมคลองห้วยยางฝั่งเหนือ ระยะ 900 เมตร เป็นเส้นตรงไปทางทิศตะวันออกถึง หลักเขตที่ 2 ซึ่ง  
ตั้งอยู่ริมแม่น้ำเจ้าพระยาฝั่งตะวันออกตามแนว เส้นตั้งฉากกับคันกั้นน้ำชลประทานสายใหญ่ ตรง  
กม.8.300 จากหลักเขตที่ 2 เป็นเส้นตรงไปทางทิศตะวันออกถึง หลักเขตที่ 3 ซึ่งตั้งอยู่ริมคันกั้นน้ำ  
ชลประทานสายใหญ่ ฝากตะวันออกตรง กม. 8.300

ทิศตะวันออก จากหลักเขตที่ 3 เลียบตามริมคันกั้นน้ำชลประทานสายใหญ่ฝากตะวันตก  
ไปทางทิศตะวันออกเฉียงใต้ ถึงหลักเขตที่ 4 ซึ่งตั้งอยู่ริมทางหลวงแผ่นดินตอนสิงห์บุรี- ชัยนาท  
ฝากตะวันตกตรงปลายคันกั้นน้ำชลประทานเล็ก รอบจังหวัดชัยนาท ฝากตะวันตก

ทิศใต้ จากหลักเขตที่ 4 เลียบตามริมคันกั้นน้ำชลประทานเล็กรอบจังหวัดชัยนาท  
ทิศตะวันตกไปทางทิศตะวันตกเฉียงใต้ ถึงปลายถนนพรหมประเสริฐแล้วเป็นเส้นตรงไปทางทิศ  
ตะวันตกถึงหลักเขตที่ 5 ซึ่งตั้งอยู่ริม แม่น้ำเจ้าพระยาฝั่งตะวันออก จากหลักเขตที่ 5 เป็นเส้นตรงไป  
ยังทิศตะวันตกแนวเดียวกับคันกั้นน้ำชลประทานเล็กรอบจังหวัดชัยนาทถึงหลักเขตที่ 6 ซึ่งตั้งอยู่ริม  
ฝั่งแม่น้ำเจ้าพระยาฝั่งตะวันตกระยะทาง 50 เมตร ทิศตะวันตก จากหลักเขตที่ 6 เป็นเส้นขนานกับ  
ริมแม่น้ำเจ้าพระยาฝั่งตะวันตกไปทางทิศเหนือ บรรจบหลักเขตที่ 1

## 2. กฎหมายและระเบียบต่างๆ

1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 เป็นรัฐธรรมนูญแห่ง  
ราชอาณาจักรไทย ฉบับที่ 20 ซึ่งจัดร่างโดยคณะกรรมการร่างรัฐธรรมนูญ ในระหว่าง พ.ศ. 2557–  
2560 ภายหลังกการรัฐประหารในประเทศโดยคณะรักษาความสงบแห่งชาติ เมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม  
พ.ศ. 2557 โดยรัฐธรรมนูญฉบับนี้ สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร  
ทรงลงพระปรมาภิไธยเมื่อวันที่ 6 เมษายน พ.ศ. 2560 ณ พระที่นั่งอนันตสมาคม พระราชวังดุสิต  
กรุงเทพมหานคร และมีพลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี เป็นผู้รับสนอง

พระราชโองการ มีทั้งสิ้น 16 หมวด 1 บทเฉพาะกาล 279 มาตรา โดยหมวดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ คือ หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย

มาตรา 25 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย นอกจากที่บัญญัติคุ้มครองไว้เป็นการเฉพาะในรัฐธรรมนูญแล้ว การใดที่มีได้ห้ามหรือจำกัดไว้ในรัฐธรรมนูญหรือในกฎหมายอื่น บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพที่จะทำเช่นนั้นได้และได้รับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญ ตราบเท่าที่การใช้สิทธิหรือเสรีภาพเช่นว่านั้น ไม่กระทบกระเทือนหรือเป็นอันตรายต่อความมั่นคงของรัฐ ความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน และไม่ละเมิดสิทธิหรือเสรีภาพของบุคคลอื่น

มาตรา 26 การตรากฎหมายที่มีผลเป็นการจำกัดสิทธิหรือเสรีภาพของบุคคลต้องเป็นไปตามเงื่อนไขที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ ในกรณีที่รัฐธรรมนูญมิได้บัญญัติเงื่อนไขไว้ กฎหมายดังกล่าวต้องไม่ ขัดต่อหลักนิติธรรม ไม่เพิ่มภาระหรือจำกัดสิทธิหรือเสรีภาพของบุคคลเกินสมควรแก่เหตุและจะกระทบต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของบุคคลมิได้ รวมทั้งต้องระบุนุเหตุผลความจำเป็นในการจำกัดสิทธิและเสรีภาพไว้ด้วยกฎหมายตามวรรคหนึ่ง ต้องมีผลใช้บังคับเป็นการทั่วไป ไม่มุ่งหมายให้ใช้บังคับแก่กรณีใดกรณีหนึ่งหรือแก่บุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นการเจาะจง

มาตรา 27 บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมาย มีสิทธิและเสรีภาพและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกันชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกันการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล ไม่ว่าด้วยเหตุความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคมความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญหรือเหตุอื่นใด จะกระทำมิได้มาตรการที่รัฐกำหนดขึ้นเพื่อขจัดอุปสรรคหรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิหรือเสรีภาพได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น หรือเพื่อคุ้มครองหรืออำนวยความสะดวกให้แก่เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการหรือผู้ด้อยโอกาส ย่อมไม่ถือว่าเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมตามวรรคสามบุคคลผู้เป็นทหาร ตำรวจ ข้าราชการ เจ้าหน้าที่อื่นของรัฐ และพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรของรัฐย่อมมีสิทธิและเสรีภาพเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป เว้นแต่ที่จำกัดไว้ในกฎหมายเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวกับการเมือง สมรรถภาพ วินัย หรือจริยธรรม

มาตรา 28 บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย

มาตรา 32 บุคคลย่อมมีสิทธิในความเป็นอยู่ส่วนตัว เกียรติยศ ชื่อเสียง และครอบครัว การกระทำอันเป็นการละเมิดหรือกระทบต่อสิทธิของบุคคลตามวรรคหนึ่ง หรือการนำข้อมูลส่วนบุคคลไปใช้ประโยชน์ไม่ว่าในทางใด ๆ จะกระทำมิได้ เว้นแต่โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายที่ตราขึ้นเพียงเท่าที่จำเป็นเพื่อประโยชน์สาธารณะ

มาตรา 33 บุคคลย่อมมีเสรีภาพในเคหสถานการเข้าไปในเคหสถานโดยปราศจากความยินยอมของผู้ครอบครอง หรือการค้นเคหสถานหรือที่รโหฐานจะกระทำมิได้ เว้นแต่มีคำสั่งหรือหมายของศาลหรือมีเหตุอย่างอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ

มาตรา 34 บุคคลย่อมมีเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็น การพูด การเขียน การพิมพ์ การโฆษณา และการสื่อความหมายโดยวิธีอื่น การจำกัดเสรีภาพดังกล่าวจะกระทำมิได้ เว้นแต่โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายที่ตราขึ้นเฉพาะเพื่อรักษาความมั่นคงของรัฐ เพื่อคุ้มครองสิทธิหรือเสรีภาพของบุคคลอื่น เพื่อรักษาความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน หรือเพื่อป้องกันสุขภาพของประชาชน เสรีภาพทางวิชาการย่อมได้รับความคุ้มครอง แต่การใช้เสรีภาพนั้นต้องไม่ขัดต่อหน้าที่ของปวงชนชาวไทยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน และต้องเคารพและไม่ปิดกั้นความเห็นต่างของบุคคลอื่น

มาตรา 41 บุคคลและชุมชนย่อมมีสิทธิ

- (1) ได้รับทราบและเข้าถึงข้อมูลหรือข่าวสารสาธารณะในครอบครองของหน่วยงานของรัฐตามที่กฎหมายบัญญัติ
- (2) เสนอเรื่องราวร้องทุกข์ต่อหน่วยงานของรัฐและได้รับแจ้งผลการพิจารณาโดยรวดเร็ว
- (3) ฟ้องหน่วยงานของรัฐให้รับผิดชอบเนื่องจากการกระทำหรือการละเว้นการกระทำของข้าราชการพนักงาน หรือลูกจ้างของหน่วยงานของรัฐ

มาตรา 42 บุคคลย่อมมีเสรีภาพในการรวมกันเป็นสมาคม สหกรณ์ สหภาพ องค์กร ชุมชน หรือหมู่คณะอื่น การจำกัดเสรีภาพตามวรรคหนึ่งจะกระทำมิได้ เว้นแต่โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายที่ตราขึ้นเพื่อคุ้มครองประโยชน์สาธารณะ เพื่อรักษาความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชนหรือเพื่อการป้องกันหรือจัดการกีดกันหรือการผูกขาด

มาตรา 44 บุคคลและชุมชนย่อมมีสิทธิ

- (1) อนุรักษ์ ฟื้นฟู หรือส่งเสริมภูมิปัญญา ศิลปะ วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม และจารีตประเพณีอันดีงามทั้งของท้องถิ่นและของชาติ
- (2) จัดการ บำรุงรักษา และใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และความหลากหลายทางชีวภาพอย่างสมดุลและยั่งยืนตามวิธีการที่กฎหมายบัญญัติ
- (3) เข้าชื่อกันเพื่อเสนอแนะต่อหน่วยงานของรัฐให้ดำเนินการใดอันจะเป็นประโยชน์ต่อประชาชนหรือชุมชน หรืองดเว้นการดำเนินการใดอันจะกระทบต่อความเป็นอยู่อย่างสงบสุขของประชาชนหรือชุมชนและได้รับแจ้งผลการพิจารณาโดยรวดเร็ว ทั้งนี้ หน่วยงาน

ของรัฐต้องพิจารณาข้อเสนอแนะนั้นโดยให้ประชาชนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการพิจารณาด้วยตามวิธีการที่กฎหมายบัญญัติ

(4) จัดให้มีระบบสวัสดิการของชุมชนสิทธิของบุคคลและชุมชนตามวรรคหนึ่ง หมายความว่ารวมถึงสิทธิที่จะร่วมกับองค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่นหรือรัฐในการดำเนินการดังกล่าวด้วย

มาตรา 46 สิทธิของผู้บริโภคย่อมได้รับความคุ้มครองบุคคลย่อมมีสิทธิรวมกันจัดตั้งองค์กรของผู้บริโภคเพื่อคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภคองค์กรของผู้บริโภคตามวรรคสองมีสิทธิรวมกันจัดตั้งเป็นองค์กรที่มีความเป็นอิสระเพื่อให้เกิดพลังในการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภค โดยได้รับการสนับสนุนจากรัฐ ทั้งนี้ หลักเกณฑ์และวิธีการจัดตั้งอำนาจในการเป็นตัวแทนของผู้บริโภค และการสนับสนุนด้านการเงินจากรัฐ ให้เป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติ

มาตรา 47 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขของรัฐบุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

มาตรา 48 บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีและไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ และบุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐตามที่กฎหมายบัญญัติ

2 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560–2569) ได้จัดทำขึ้นในช่วงเวลาของการปฏิรูปประเทศและสถานการณ์โลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและเชื่อมโยงกันใกล้ชิดกันมากขึ้น โดยได้น้อมนำหลัก “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” มาเป็นปรัชญานำทางในการพัฒนาประเทศต่อเนื่องจากแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9–11 เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและช่วยให้สังคมไทยสามารถยืนหยัดอยู่ได้อย่างมั่นคงเกิดภูมิคุ้มกัน และมีการบริหารจัดการความเสี่ยงอย่างเหมาะสมส่งผลให้การพัฒนาประเทศสู่ความสมดุลและยั่งยืน ภายใต้เงื่อนไขและสภาพแวดล้อมด้านเศรษฐกิจ สังคม ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นทั้งในและต่างประเทศดังกล่าว จะเป็นแรงกดดันให้ประเทศไทยต้องปรับตัวและมีการบริหารความเสี่ยงอย่างชาญฉลาดมากขึ้น ต่อจากนี้ไป ประเทศไทยต้องปรับเปลี่ยนครั้งใหญ่ เพื่อแก้ไขปัญหารากฐานสำคัญที่เป็นจุดอ่อนและข้อจำกัดของประเทศที่สั่งสมมานาน ในขณะที่เดียวกันดำเนินยุทธศาสตร์เชิงรุกเพื่อใช้ประโยชน์จากจุดแข็งและจุดเด่นของประเทศ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญกับประเด็นที่มีลักษณะการบูรณาการ และใช้ประกอบการพิจารณาการจัดสรรงบประมาณ เพื่อการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติเกิดผลสัมฤทธิ์ได้อย่างแท้จริง ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ดังนี้

1) การเตรียมพร้อมด้านกำลังคนและการเสริมสร้างศักยภาพของประชากรในทุกช่วงวัย มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพทุนมนุษย์ของประเทศ โดยพัฒนาคนให้เหมาะสมตามช่วงวัย เพื่อให้

เติบโตอย่างมีคุณภาพ การหล่อหลอมให้คนไทยมีค่านิยมตามบรรทัดฐานที่ดีทางสังคม เป็นคนดี มีสุขภาพที่ดีที่มีคุณธรรมจริยธรรม มีระเบียบวินัย และมีจิตสำนึกที่ดีต่อสังคมส่วนรวม การพัฒนาทักษะที่สอดคล้องกับความต้องการในตลาดแรงงานและทักษะที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตใต้วงจรชีวิตที่ 21 ของคนในแต่ละช่วงวัยตามความเหมาะสม การเตรียมความพร้อมของกำลังคนด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่จะเปลี่ยนแปลงโลกในอนาคต ตลอดจนการยกระดับคุณภาพการศึกษาสู่ความเป็นเลิศ การสร้างเสริมให้คนมีสุขภาพดีที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพและการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ

2) การสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำให้ความสำคัญกับการจัดบริการของรัฐที่มีคุณภาพทั้งด้านการศึกษา สาธารณสุข ให้กับผู้ที่ด้อยโอกาสและผู้ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล การจัดสรรที่ดินทำกิน สนับสนุนในเรื่องการสร้างอาชีพ รายได้ และสนับสนุนการเพิ่มผลิตภาพผู้ด้อยโอกาสสตรี และผู้สูงอายุ รวมทั้งกระจายการจัดบริการภาครัฐให้มีความครอบคลุมและทั่วถึงทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ ตลอดจนสร้างชุมชนเข้มแข็งให้เป็นพลังร่วมทางสังคมเพื่อสนับสนุนการพัฒนาและพร้อมรับผลประโยชน์จากการพัฒนา โดยส่งเสริมการประกอบอาชีพของผู้ประกอบการระดับชุมชน การสนับสนุนศูนย์ฝึกอาชีพชุมชน ส่งเสริมให้ชุมชนจัดสวัสดิการและบริการในชุมชน และผลักดันกลไกการกระจายที่ดินทำกินและการบริหารจัดการที่ดินของชุมชน โดยมุ่งบรรลุเป้าหมายสำคัญในการยกระดับรายได้ประชากรกลุ่มร้อยละ 40 ที่มีรายได้ต่ำสุด

3) สถานการณ์และแนวโน้มของสังคมไทย โครงสร้างประชากรไทยเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๒ โดยปี 2557 ประชากรวัยแรงงานจะมีจำนวนสูงสุดและเริ่มลดลงอย่างต่อเนื่อง คุณภาพคนไทยทุกกลุ่มวัยยังมีปัญหา คุณภาพการศึกษาและการเรียนรู้ของคนไทยยังอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำขณะที่คนไทยมีแนวโน้มเป็นโรคไม่ติดต่อมากขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต รวมถึงปัญหาด้านสุขภาพในวัยผู้สูงอายุจะส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายภาครัฐ นอกจากนี้คนไทยส่วนใหญ่ยังมีปัญหาด้านคุณธรรมจริยธรรม และไม่ตระหนักถึงความสำคัญของระเบียบวินัย ความซื่อสัตย์และการมีจิตสาธารณะ

### 3. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

แผนผู้สูงอายุกล่าวถึงแผนผู้สูงอายุแห่งชาติของไทย และแผนปฏิบัติการเชิงนโยบาย มีสาระสำคัญ ดังนี้ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ปัจจุบันมี 2 ฉบับ ได้แก่ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525-2544) และ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) โดยมีสาระสำคัญของแต่ละแผน ดังนี้

3.1 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525-2544) ได้ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นบุคคลที่ทำประโยชน์ต่อสังคมมาเป็นระยะเวลายาวนาน จึงต้องส่งเสริมและ คงคุณค่า

ในสังคมสืบไปและหากในกรณีที่สูงอายุต้องอยู่ในระยะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ครอบครัว สังคมและชุมชน โดยภาครัฐต้องให้การสนับสนุนและช่วยเหลือประกอบกับปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2542 ซึ่งกำหนดปฏิญญาไว้ 9 ข้อ เพื่อคุ้มครองและดูแลผู้สูงอายุโดยให้รัฐและเอกชนมีส่วนร่วม โดยเฉพาะในข้อที่ 1 ที่ให้ผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ได้รับการพิทักษ์และคุ้มครองให้พ้นจากการถูกทอดทิ้งและละเมิดสิทธิ จากแผนผู้สูงอายุฉบับที่ 1 และปฏิญญาผู้สูงอายุไทย และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ได้นำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564)

3.2 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ได้ให้ความสำคัญและมีวิสัยทัศน์ว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคม และสมควรส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุดโดยครอบครัวและชุมชนเกื้อกูล เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพที่สมเหตุผล โดยมีสวัสดิการจากรัฐเป็นระบบเสริม เพื่อให้เกิดหลักประกันในวัยสูงอายุและความมั่นคงของสังคม โดยมีมาตรการในการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชากรทุกคนเตรียมการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ มีคุณภาพชีวิต และมีหลักประกัน โดยกำหนดยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

3.3 แผนปฏิบัติการเชิงรุก แผนปฏิบัติการเชิงรุก เป็นแผนขององค์การสหประชาชาติ โดยคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก (ESCAP) ซึ่งได้กำหนดกลยุทธ์การปฏิบัติระดับภูมิภาคสำหรับแผนการปฏิบัติการระหว่างประเทศกรุงแมดริด ว่าด้วยการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ปี 2002 (พ.ศ.2545) และแผนปฏิบัติการเมืองมาเก๊าว่าด้วยการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกปี 1999 (พ.ศ.2542) โดยกำหนดให้มีการดำเนินงานด้านการพัฒนาสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีในผู้สูงอายุ โดยรับรองคุณภาพชีวิตในคนทุกวัย รวมทั้งการอยู่ได้โดยลำพังตนเอง มีสุขภาพและความเป็นอยู่ดี

#### 4 สิทธิประโยชน์ตาม พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 บัญญัติไว้ว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ จากบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญดังกล่าว ประกอบกับข้อกำหนดของปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542 ที่ว่า "รัฐ โดยการมีส่วนร่วมขององค์กร ภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องตรากฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อเป็นหลักประกันและการบังคับใช้ ในการพิทักษ์สิทธิคุ้มครองสวัสดิภาพและจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ" จึงเป็นที่มาของการตราพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ

พ.ศ. 2546 ซึ่งมีผลบังคับใช้มาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2547 จนถึงปัจจุบัน โดยสาระสำคัญของ พรบ. ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตราที่ 11 ได้บัญญัติเกี่ยวกับสิทธิของผู้สูงอายุไว้ว่า ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับความคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่างๆ รวมทั้งสิ้น 13 ประการ อาทิเช่น

1. การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นพิเศษ

2. การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต

3. การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม

4. การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน

5. การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ หรือการบริการสาธารณะอื่น

6. การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม

7. การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ

8. การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกรังแกหรือแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบตามกฎหมายหรือถูกทอดทิ้ง

9. การให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี หรือในทางการแก้ไขปัญหาคกรอบครัว

10. การจัดที่พักอาศัย อาหาร และเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง

11. การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพตามความจำเป็นอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

12. การสงเคราะห์ในการจัดการศพ

13. การอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

5. มาตรฐานการส่งเสริมสวัสดิภาพและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุได้จัดทำมาตรฐานการส่งเสริมสวัสดิภาพและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ เป็นข้อกำหนดที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการปกป้อง ดูแล มีหลักประกันด้านสวัสดิภาพทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงความยุติธรรมทางสังคม ในการพัฒนาความสามารถและทักษะด้านต่างๆอย่างสูงสุด เพื่อให้ผู้สูงอายุ พึ่งพาตนเองได้ดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม มีส่วนร่วมในชีวิตครอบครัว ชุมชน และสังคม ตลอดจนได้รับความช่วยเหลือ ไม่ถูกแสวงหาผลประโยชน์

มาตรฐานสำหรับผู้สูงอายุ มี 4 ข้อกำหนด 10 องค์ประกอบคือ

1. ข้อกำหนดด้านความมั่นคงในชีวิต หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสวัสดิภาพและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิให้มีความมั่นคงด้านสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูทางการแพทย์ มี 4 องค์ประกอบคือ ความมั่นคงด้านสุขภาพ ด้านที่อยู่อาศัย ด้านชีวิตครอบครัวและการอยู่ในชุมชน และด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน มี 4 ตัวชี้วัด คือ

ร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพทั่วไปประจำปี

ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลและรักษาโรคเมื่อเจ็บป่วย

ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัวหรือในบริเวณใกล้เคียงกัน

ร้อยละ 100 ของผู้สูงอายุที่ไม่ถูกเอาเปรียบหรือถูกทำร้ายร่างกายและจิตใจ

2. ข้อกำหนดด้านการศึกษา หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสวัสดิภาพและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิให้ได้รับการศึกษา อบรม เรียนรู้ ตามความถนัด ความสนใจ หรือความต้องการ มี 2 องค์ประกอบคือ การศึกษาและการเรียนรู้ และการเข้าถึงบริการข้อมูลข่าวสาร มี 2 ตัวชี้วัดคือ

ร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาอบรม เรียนรู้ ตามความสนใจ ความถนัดหรือ

ความต้องการ

ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุที่รับทราบข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ผ่านสื่อต่างๆ

3. ข้อกำหนดด้านเศรษฐกิจ หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสวัสดิภาพและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิให้มียานทำและ/หรือมีรายได้ตลอดจนมีหลักประกันและการออมที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นคงในชีวิต มี 2 องค์ประกอบคือ 1 การมีงานทำกับรายได้ 2 การมีหลักประกันด้านการออม มี 3 ตัวชี้วัดคือ

ร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายของตนเอง

ร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุที่ต้องการทำงานและมียานทำ

ร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุที่มีเงินออม

4. ข้อกำหนดด้านสังคม หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม การปฏิบัติศาสนกิจตามศาสนาที่ตนนับถือ การถ่ายทอดความรู้ ภูมิปัญญา มี 3 องค์ประกอบคือ 1 การปฏิบัติศาสนกิจ 2 การมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม 3 การเป็นที่พึ่งทางใจให้กับคนวัยอื่น มี ๓ ตัวชี้วัด คือ

ร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุที่ได้ปฏิบัติศาสนกิจตามศาสนาที่ตนนับถือ

ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุที่มีการถ่ายทอดภูมิปัญญา/องค์ความรู้หรือทักษะชีวิตให้กับลูกหลานหรือชุมชน

### 3. แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและการอยู่ตามลำพังของผู้สูงอายุ

#### 1 แนวคิดการอยู่ตามลำพังของผู้สูงอายุ

บุญทิพย์ สิริธรรังศรี และคณะ 2553 ได้วิเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มที่อยู่ตามลำพัง พบว่า สาเหตุของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังในประเทศไทย เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมและเศรษฐกิจโลกส่งผลให้วิถีชีวิตของประชากรประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไป จากการที่อยู่เป็นครอบครัวใหญ่โดยมีปู่ย่าตายายอยู่ร่วมกับพ่อแม่ลูกหลาน ได้มีการแยกเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้ผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่ตามลำพังเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ จากงานวิจัยของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ (2543: 18) พบว่า การที่ผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่ตามลำพัง อันเนื่องมาจากเป็นโสดหรือเป็นหม้ายมากขึ้น ไม่มีบุตร และการย้ายถิ่นฐานของลูกเพื่อการประกอบอาชีพ หรือลูกเสียชีวิตจากการเป็นโรคหรืออุบัติเหตุ นอกจากนี้ยังพบว่า สาเหตุของผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่ตามลำพัง เนื่องมาจาก 3 ประการหลัก ได้แก่

- 1) ลูก เช่น ไปทำงานนอกบ้าน/ไปทำงานต่างจังหวัด/แยกย้ายไปมีครอบครัว/เสียชีวิต
- 2) จากคู่สมรส เช่น เสียชีวิต ไปทำงานนอกบ้าน ไปปฏิบัติธรรม ไปอยู่กับลูกเพื่อเลี้ยงหลาน
- 3) ตัวผู้สูงอายุเอง เช่น ช่วยเหลือตัวเองได้/ไม่ยอมเป็นภาระของใคร/ไม่มีลูกหลาน ผลกระทบจากการอยู่ตามลำพังของผู้สูงอายุ จากการที่ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพัง พบว่า ทำให้เกิดผลกระทบในทางลบ ดังนี้

1) ด้านร่างกาย พบว่า ส่วนใหญ่ มีปัญหาทุกระบบ โดยเฉพาะระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เช่น ปวดเมื่อยเนื้อตัว ปวดหลัง ปวดเอว ปวดขา และไม่มีแรง เดินไม่ค่อยได้ เป็นโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ไต เป็นต้น ปัญหาจากการเสื่อมของอวัยวะ เช่น ต้อกระจก ต้องไปหาหมอประจำ และบางคนมีหลายโรค เป็นต้น

2) ด้านจิตใจและอารมณ์ รู้สึกไม่มีความสุข สิ้นหวัง หมดพลัง เหงา ว่าเหววิตกกังวลทั้งจากการเจ็บป่วย และการเงิน ภาวะเครียด ซึมเศร้า โมโหหงุดหงิดเพราะไปไหนไม่ได้ หงุดหงิดง่าย อารมณ์ไม่ค่อยดี โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ยังพบว่า จำนวนไม่น้อยที่มีความหวาดกลัว และสลดหดหู่

3) ด้านครอบครัวและสังคม ขาดการปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ขาดเอาใจใส่ดูแล ถูกดูถูก มีความขัดแย้งในครอบครัว และขาดการปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและบุตรหลาน และขาดการปฏิสัมพันธ์กับสังคม เนื่องจากขาดการพบปะ สังสรรค์ กับเพื่อน เพื่อนบ้าน การเข้าสังคมลดน้อยลง ทำให้เกิดการแยกตัวเอง

4) ผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณ ความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีในชีวิตของตนเองลดน้อยลง เนื่องจาก สูญเสียการยอมรับนับถือ ขาดความรัก ความเอาใจใส่จากบุตรหลานหรือสมาชิกในครอบครัวและสังคม ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกหมดหวังในชีวิตจากผลกระทบในทางลบที่เกิดขึ้นดังกล่าว ส่วนใหญ่เกิดจากการขาดการเตรียมความพร้อมในการอยู่ตามลำพัง ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่ผู้สูงอายุต้องได้รับการเตรียมความพร้อม โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ สิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับ รวมทั้งมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต ซึ่งการให้ความรู้และกำลังใจแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังไม่ต่างจากผู้สูงอายุโดยทั่วไป เพียงแต่ส่วนใหญ่ความต้องการด้านกำลังใจและสังคมมีความต้องการมาก

## 2 แนวคิดการคุ้มครองผู้บริโภค

ตั้งแต่อดีตระบบคุ้มครองผู้บริโภคของประเทศไทยมีแนวนโยบายให้รัฐเป็นผู้คุ้มครองสิทธิของผู้บริโภคเป็นหลัก เพราะเชื่อมั่นว่าหากรัฐจัดการได้ดีแล้วผู้บริโภคจะไม่เกิดปัญหา เห็นได้จากพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค ปี พ.ศ. 2522 หรือกฎหมายอื่น ๆ ที่ให้การดูแลผู้บริโภค เช่น กฎหมายอาหารและยา ที่เน้นบทบาทรัฐในการควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์ให้ปลอดภัยก่อนถึงมือผู้บริโภค เพราะเชื่อว่าเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคโดยอ้อม โดยกฎหมายจะไม่มีส่วนสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของผู้บริโภคในระดับต่าง ๆ แต่ในสถานการณ์ปัจจุบันแนวคิดดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการคุ้มครองผู้บริโภคที่ยังดำรงอยู่ในปัจจุบัน เพราะไม่สามารถคุ้มครองผู้บริโภคได้จริง อีกทั้งยังเป็นการสร้างปัญหาหรือภาระหนักให้แก่หน่วยงานที่ควบคุมกฎหมายดังกล่าวอีกด้วย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 รัฐธรรมนูญฉบับแรกที่ได้ให้ความสำคัญของการคุ้มครองผู้บริโภค โดยบัญญัติไว้ในมาตรา 57ว่า “สิทธิของบุคคลซึ่งเป็นผู้บริโภคย่อมได้รับความคุ้มครอง ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ กฎหมายตามวรรคหนึ่งต้องบัญญัติให้มีองค์การอิสระ ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนผู้บริโภคทำหน้าที่ให้ความเห็นในการตรากฎหมาย กฎ และข้อบังคับ และให้ความเห็นในการกำหนดมาตรการต่างๆ เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค” ถือเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญในการทำให้เกิดการมีส่วนร่วมจากประชาชน ผู้บริโภคในการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและมาตรการเพื่อการคุ้มครองตนเอง หลักการสิทธิผู้บริโภคของประเทศไทยได้ถูกบัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 และพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 ประกอบด้วย 5 ประการ (7, 13) ได้แก่

1. สิทธิที่จะได้รับข่าวสาร รวมทั้งคำพรรณนาคุณภาพที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการ

2. สิทธิที่จะมีอิสระในการเลือกหาสินค้าหรือบริการ

3. สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากการใช้สินค้าหรือบริการ

4. สิทธิที่จะได้รับความเป็นธรรมในการทำสัญญา ได้แก่

5. สิทธิที่จะได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหาย หัวใจของการจัดระบบและให้บริการผู้สูงอายุ อยู่ที่การผสมผสานทั้งกิจกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ สังคม ด้านจิตวิญญาณ และการสนับสนุนจากหน่วยงานหรือที่เกี่ยวข้อง ที่มีบทบาทเสริมพลังกัน ของ 3 ประสานภาคีหลัก กล่าวคือ

1. บทบาทเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1.1 Care Provider ให้บริการด้านสุขภาพ ให้ข้อมูลทางวิชาการ

1.2 Care Manager สนับสนุน ต่อยอดสิ่งที่ทำอยู่แล้ว ประสานเชื่อมโยงกับแหล่งบริการ หรือแหล่งทรัพยากรอื่น เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ คุณภาพ อย่างต่อเนื่อง

1.3 Advocate and Empowerment กระตุ้น สนับสนุน และเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ ให้มีบทบาทเข้ามามีส่วนร่วมหลักในการดูแลและจัดการปัญหา

2. บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.1 Law enforcement พิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุที่เป็นผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ผู้ถูกทอดทิ้ง ดำเนินการช่วยเหลือให้เป็นไปตามกฎหมาย

2.2 Resource support สนับสนุนงบประมาณ กองทุน ให้กับผู้สูงอายุในชุมชน หรือหน่วยงานอื่นในการจัดการปัญหาผู้สูงอายุ

2.3 Social Welfare จัดบริการด้านสวัสดิการสังคม จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ส่งเสริมอาชีพ การหารายได้ เพื่อสร้างความภาคภูมิใจและลดการพึ่งพิง

3. บทบาทชุมชน(รวมถึงผู้ดูแลและครอบครัว)

3.1 การเตรียมชุมชนให้มีความเข้าใจสภาพผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

3.2 การสร้างการมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของปัญหาของผู้สูงอายุในชุมชน โดยผ่านชมรมผู้สูงอายุ แกนนำผู้สูงอายุ อาสาสมัครผู้สูงอายุ มีเวทีในการแลกเปลี่ยนความรู้จากการทำงาน กิจกรรมต่อเนื่องที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและศาสนา

3.3 ระดมความช่วยเหลือจากชุมชน การจัดตั้งกองทุนสนับสนุนผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ในส่วนการจัดระบบบริการผู้สูงอายุในขณะนี้ยังเป็นระบบที่ดูแลผู้สูงอายุโดยภาพรวม ยังขาด

ระบบการดูแลเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังที่จะมีปริมาณมากขึ้นจากสภาพสังคมและเศรษฐกิจ โดยในกลุ่มนี้จะมีความต้องการการสนับสนุนในส่วนที่แตกต่างไปจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัว ที่อาจจะต้องพัฒนารูปแบบการจัดให้มีหน่วยบริการถึงบ้าน (Home visit) และสนับสนุนให้มีนักสุขภาพประจำครอบครัว

### 3 แนวคิดสุขภาพองค์รวม

องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามของสุขภาพว่าเป็นภาวะที่ไม่เพียงแต่ปราศจากโรค แต่ยัง หมายรวมถึงความเป็นปกติสุขทั้งกาย ใจ สังคม และปัญญา จะเห็นได้ว่านิยามนี้ครอบคลุมสุขภาพใน 4 ด้านอย่างสมบูรณ์และเป็นภาพรวมของคนทั้งคน ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็น “ดุลยภาพของชีวิต” องค์กรด้านวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขในซีกโลกตะวันตกกลับมีวิสัยทัศน์ มุมมอง หรือ กระบวนทัศน์ในเรื่องสุขภาพแบบแยกส่วนและแพร่กระจายไปทั่วโลกตลอดระยะเวลาไม่น้อยกว่า 50 ปีที่ผ่านมา สุขภาพถูกครอบงำด้วยวิธีคิดที่เห็นว่าคนเหมือนเครื่องจักร สามารถแยกเป็นส่วนๆ จิตใจ และร่างกายเป็นคนละส่วนกัน การคิดแบบนี้ทำให้เกิดการดูแลสุขภาพแยกเป็นส่วนๆ ก่อให้เกิดองค์ความรู้และเทคโนโลยีในการรักษาเฉพาะทาง ลึกลงไปเป็นเรื่องๆแต่ละโรค แต่ละอวัยวะ ขาดความสนใจในความสัมพันธ์ขององค์ประกอบย่อยๆของชีวิต ไม่ได้ดูแลคนทั้งคน สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก (หรือประชาชนรู้จักกันในนามกรมหลวงสงขลานครินทร์ และ สมเด็จพระราชบิดาแห่งการแพทย์) ครั้งหนึ่งทรงมีพระราชดำรัสกับนักศึกษาแพทย์ว่า “ฉันไม่ต้องการให้เธอมีความรู้การแพทย์เพียงอย่างเดียว ฉันต้องการให้เธอเป็นคนด้วย” แสดงว่าพระองค์ ท่านทรงเห็นสุขภาพองค์รวมโดยเฉพาะความสัมพันธ์ของสุขภาพกายและใจ ยิ่งไปกว่านั้นทรงเตือน นักศึกษาแพทย์อย่ามัวรักษาแต่โรคหรือร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่ง แต่ให้คำนึงถึงการดูแลเอาใจใส่ ผู้ป่วยทั้งคนอย่างองค์รวมทั้งกาย จิตใจ และครอบครัว – สังคม ด้วยความเมตตากรุณาต่อเพื่อน มนุษย์ด้วยกัน (ปัจจุบันใช้คำว่า ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์) ณ ปัจจุบันนี้ กระบวนทัศน์หรือวิธีคิดในเรื่องสุขภาพแบบแยกส่วนกำลังถูกเปลี่ยนไปสู่วิธีคิด แบบองค์รวม ซึ่งกำลังได้รับความสนใจจากวงการแพทย์ สาธารณสุข และสังคมมากขึ้น ทั้งนี้โดยอาศัยหลักคิดเชิงนิเวศวิทยา กล่าวคือ ความเป็นปกติสุขของชีวิตคนเราแต่ละคน ประกอบด้วยความสัมพันธ์ของระบบย่อยๆที่อยู่ภายในตัวคน ทั้งองค์ประกอบด้านร่างกาย ตั้งแต่เซลล์ โมเลกุล เนื้อเยื่อ และอวัยวะต่างๆ องค์ประกอบทางจิตใจ คือ ความรู้สึก ความคิด และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมภายนอกตัวคน เช่น ดิน น้ำ อากาศ รวมทั้งชีวิตอื่น ๆ ทั้งคน (ครอบครัว พ่อแม่ ญาติ สังคม) พืช สัตว์ จุลินทรีย์ ฯลฯ ทุกองค์ประกอบมีความสัมพันธ์กัน มีหน้าที่ทำงานสอดคล้องจองกัน โดยที่ความสัมพันธ์นี้มีการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา และถูกควบคุมด้วยการจัดระเบียบตัวเองที่พอเหมาะพอดีอยู่ในภาวะสมดุล เรียกว่า “ดุลยภาพของชีวิต” หากองค์ประกอบส่วนใดก็ตามเกิดผิดปกติ ก็จะมี

ส่งผลต่อความสัมพันธ์และการทำงานทำ หน้าที่ของทั้งระบบ เรียกว่า ขาดสมดุลหรือขาดดุลยภาพ ระบบก็จะพยายามปรับตัวให้กลับสู่ความ สมดุล ถ้าปรับตัวไม่ได้ก็จะแสดงออกด้วยการเจ็บป่วย ต่างๆทั้งกายและจิตใจ เช่น มีไข้ ปวดหัว ปวด เมื่อยเนื้อเมื่อยตัว คลื่นไส้ อาเจียน เกรียด นอนไม่หลับ วิตกกังวล หรือแม้แต่โรคทางจิตต่างๆ ฯลฯ หากร่างกายสามารถปรับให้คืนสู่สภาวะสมดุลได้ สุขภาพดีก็จะดำรงอยู่ ชีวิตก็จะมี ความเจริญมี ความสุขต่อไป สุขภาพแบบองค์รวมนี้ จึงอยู่บน กฎเกณฑ์ที่ว่า ส่วนรวมทั้งหมดถูกสร้างขึ้นมาจากส่วนย่อยๆ ที่สัมพันธ์เกี่ยวเนื่องและพึ่งพาต่อกัน ไม่สามารถแยกจากกันได้ เพราะถ้าส่วนใดส่วนหนึ่งถูกทำลาย ไป จะทำให้ความสัมพันธ์ระหว่าง ส่วนต่างๆเสียดุลยภาพไป ซึ่งจะทำให้ส่วนอื่นๆถูกทำลายไปด้วย เช่นเดียวกับชีวิตมนุษย์แต่ละคน จะประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ถ้าองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งของ ชีวิตสูญเสียการ ทำงานไป ก็จะส่งผลต่อองค์ประกอบอื่นๆที่เหลือ ในขณะที่เดียวกันชีวิตและ องค์ประกอบของชีวิตแต่ละ ด้านก็จะเกี่ยวเนื่องและสัมพันธ์กับสรรพสิ่งแวดลอมเช่นกัน แม้ว่าองค์ รวมจะมีส่วนย่อยหลายอย่างมา ประกอบกันก็ตาม แต่ทว่าองค์รวมก็มีคุณสมบัติใหม่ที่ ส่วนประกอบย่อยไม่มี ตามแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวมนี้จึงสอดคล้องกับนิยามดั้งเดิมขององค์การอนามัยโลกที่ กล่าวว่า สุขภาพมิได้หมายถึงเพียงการปราศจากโรค แต่หมายรวมถึงสภาวะที่ชีวิตมี ความปกติสุข สามารถรักษาสมดุลของระบบความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบย่อยไว้ได้ ทั้ง องค์ประกอบด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ภาวะสมดุลเช่นนี้ คือ สุขภาวะหรือการมี สุขภาพที่ดี นอกจากนี้ ยังมีกรกล่าวถึงหลักคิดเรื่องสุขภาพองค์รวมในแง่มุมอื่นๆ เช่น สุขภาพ องค์รวม เป็นกระบวนการที่สนับสนุนการมองโลก มองชีวิต ว่าทุกสิ่งทุกอย่างสานสัมพันธ์กัน มิได้แยก ส่วนเป็นเรื่องๆ มองชีวิตเป็นหนึ่ง มิได้แยกกายกับจิต มิได้แยกเรื่องทางสังคม สิ่งแวดล้อม ออก จากเรื่องสุขภาพ ถ้าเป็นหนึ่งก็ย่อมมีความเครียด อาจเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ สุขภาพองค์รวม จึง สะท้อนออกมาในการดำเนินชีวิตอย่างมีสติ ทำให้อยู่เย็นเป็นสุข โดยการรู้จักเลือกวิธีการดำเนิน ชีวิตทั้งทางกายใจ สิ่งแวดล้อม สังคม อาหารและด้านจิตวิญญาณ ก่อให้เกิดสุขภาพ (เสรี พงศ์พิศ , สุขภาพ 200 คำ หน้า 154)

สุขภาพแบบองค์รวม เป็นการมองสุขภาพว่าที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับทั้งชีวิตมากกว่า เน้นแค่ ความเจ็บป่วยหรือการจัดการกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยจะพิจารณาที่ “ตัวคนทั้ง คน” ความ เกี่ยวเนื่องของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมถึงปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ที่มีปฏิสัมพันธ์ กับคนคนนั้น สุขภาพองค์รวม หมายถึง สุขภาพที่ครอบคลุมทุกมิติของชีวิตที่เป็นสุขภาวะ โดยรวม อันเกิด จาก สุขภาวะทางกาย จิตและสังคม ซึ่งต่างเชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด หากที่จะแยก ออกจาก กันเป็นๆ หรืออย่างใดๆ ได้ (พระไพศาล วิสาโล: สุขภาพองค์รวมกับสุขภาพสังคม)

“Holistic” หมายถึง การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งความหมายดั้งเดิมของ Holistic มาจาก ภาษากรีกคือ คำว่า Holos หมายถึง Whole แปลว่าทั้งหมด สุขภาพองค์รวมจึงหมายถึง ความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่เพียงแต่ไม่เจ็บป่วย หรือไม่มีโรค หากยังครอบคลุมถึง การดำเนินชีวิตที่ยืนยาวและมีความสุขของทุกคนด้วย ในพระพุทธศาสนา ทัศนะหรือกระบวนการคิดแบบองค์รวมปรากฏอยู่ใน “โยนิโสมนสิการ” หรือเรียกว่า วิธีคิดแบบสืบสาวเหตุปัจจัย หรือ อิทัปปัจจยตา โดยมีหลักการว่า “เมื่อสิ่งนี้มี สิ่งนี้จึงมี เพราะสิ่งนี้เกิด สิ่งนี้จึงเกิด เพราะสิ่งนี้ไม่มี สิ่งนี้จึงไม่มี เพราะสิ่งนี้ดับ สิ่งนี้จึงดับ” ภาพรวมของมนุษย์ โลกและจักรวาล มีความสัมพันธ์เกี่ยวโยงกันในลักษณะขององค์รวม ซึ่งพุทธทาสภิกขุได้เปรียบเทียบ จำลองความคิดในเรื่องนี้ในรูปของ “สหกรณ์” ว่า “ดูเถอะจักรวาลคือสโม ระหว่างดวง อาทิตย์ ดวงดาว ดวงอะไรต่างๆ จักรวาลทั้งหมดมันอยู่อย่างสหกรณ์ มันเนื่องกันและกัน สัมพันธ์กัน และกันมันจึงอยู่ได้ ในโลกเดียวกันมันมีการอยู่แบบสหกรณ์ มนุษย์ สัตว์ เจริญกัน กับต้นไม้ กับ แผ่นดิน มันอยู่อย่างประสานงานกันแบบสหกรณ์ มือ ดิน แขน ขา มันทำงานแบบสหกรณ์ ชีวิตจึง รอดได้ (พุทธทาสภิกขุ, 2521 หน้า 39-40)

#### 4 งานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุและการอยู่ตามลำพังของผู้สูงอายุ

จากการศึกษางานวิจัยและบทความที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุแล้ว พบว่ามีบทความและงานวิจัยสำคัญที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. มุมมองใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้ปรากฏการณ์ประชากรผู้สูงอายุศึกษาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2545) พบว่า การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุนับเป็นปัจจัยสำคัญที่ผู้สูงอายุทุกคนต้องการ ดังนั้นการมีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงเป็นเป้าหมายของชีวิตของผู้สูงอายุ ดังที่ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล ได้สรุปไว้ในบทความดังกล่าวว่า ผู้ที่โชคดีไม่ตายก่อนวัยอันควรย่อมสูงวัยขึ้นจนเข้าสู่ระยะวัยของผู้สูงอายุ และขอมุ่งหวังที่จะมีคุณภาพชีวิตที่สมเหตุสมผลในวัยที่สูงขึ้น คุณภาพของชีวิตของมนุษย์ในสังคมเป็นเป้าหมายที่ตั้งอยู่บนเสาหลักที่สำคัญประกอบ 3 ประการ ได้แก่ 1) สุขภาพและความมีอิสระจากภาวะพึ่งพิงให้ยาวนานที่สุด 2) ความมั่นคงได้แก่ความมั่นคงทางการเงิน ความมั่นคงในการเข้าถึงบริการที่จำเป็น ความมั่นคงในการมีผู้ดูแลที่เหมาะสม ความมั่นคงในสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย และความมั่นคงที่จะดำรงอยู่ในความภาคภูมิใจและสิทธิมนุษยชน และ 3) การมีส่วนร่วมทั้งการมีส่วนร่วมในครอบครัว ในชุมชนและในสังคมทั้งที่ก่อให้เกิดรายได้และก่อให้เกิดประโยชน์ที่ไม่ใช่ตัวเงิน แต่เป็นคุณค่ากับผู้อื่นและส่วนรวมและตัวเอง

2. หลักประกันเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุเกี่ยวกับระบบสวัสดิการและการดำเนินการสำหรับผู้สูงอายุ จากผลการศึกษาของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) เพื่อให้บรรลุใน

การนำไปสู่เป้าหมายหลักทั้ง 3 ประการที่กล่าวมานั้น จำเป็นต้องมีหลักประกันวัยสูงอายุในมิติอื่น ๆ ที่สำคัญ เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวัยสูงอายุ ดังนี้

2.1 หลักประกันด้านสุขภาพ ทุกคนในสังคมควรได้รับหลักประกันในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการรักษาฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องเพื่อการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดีได้นานที่สุด โดยพึ่งตนเองได้

2.2 หลักประกันด้านการเงิน ประชากรทุกคนต้องมีหลักประกันด้านการเงินเพียงพอต่อการดำรงชีวิตเมื่ออย่างก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุแต่ปัจจุบันนี้ประชากรจำนวนหนึ่งไม่สามารถสร้างหลักประกันได้เพียงพอ ด้วยเหตุนี้ทุกคนในสังคมจึงควรได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนให้เตรียมความพร้อมด้านการเงินสำหรับวัยสูงอายุ เพื่อให้สามารถมีเงินใช้ได้ในช่วงวัยสูงอายุและมีโอกาสได้รับการพัฒนาหรือมีรายได้ในช่วงวัยสูงอายุ

2.3 หลักประกันด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุทุกคนมุ่งหวังที่จะอยู่อาศัยในบ้านและในชุมชนของตน โดยเฉพาะอย่างยิ่งอยู่กับครอบครัว ดังนั้นการเกื้อหนุนและเอื้อโอกาสให้ที่พักอาศัยที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุจึงเป็นหลักประกันที่จำเป็น นอกจากนี้สภาพแวดล้อมที่ผู้สูงอายุอยู่จะต้องไม่มีความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุแต่กลับเอื้อให้ผู้สูงอายุอยู่โดยช่วยเหลือตนเองได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2.4 หลักประกันด้านผู้ดูแล เป็นที่ยอมรับกันว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุนั้นผู้สูงอายุทุกคนย่อมเจ็บป่วยและต้องการผู้ดูแล ดังนั้นการเตรียมการเกี่ยวกับผู้ดูแลที่เป็นบุตรหลาน หรือการใช้บริการต่าง ๆ จากภาครัฐและภาคเอกชนจึงเป็นเรื่องที่สังคมและรัฐต้องสนับสนุนและสร้างหลักประกันด้านนี้ให้กับสมาชิกในสังคมทุกคน

2.5 หลักประกันด้านความปลอดภัยและสิทธิมนุษยชน ผู้สูงอายุทุกคนต้องการจะดำรงชีวิตอยู่อย่างปลอดภัย มีศักดิ์ศรีและไม่ถูกเอารัดเอาเปรียบหรือได้รับการปฏิบัติโดยมิชอบจากบุคคลรอบด้าน หลักประกันด้านนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งแห่งการเป็นมนุษย์แต่ถูกมองข้ามจากสังคม ดังนั้นการสร้างเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ การณรงค์ถึงคุณค่าของผู้สูงวัย การออกกฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธินับเป็นกลไกสำคัญในการสร้างหลักประกันด้านนี้

2.6 หลักประกันการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ผู้สูงอายุควรได้รับความเป็นธรรมในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ได้มีโอกาสในการพัฒนาการดำรงชีวิต การเข้าถึงบริการ การเข้าถึงสิทธิต่าง ๆ และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นทั้งข้อมูลด้านสุขภาพ ด้านการศึกษา ด้านการพัฒนาทักษะ ด้านสังคม เศรษฐกิจและการเมือง รวมถึงข้อมูลข่าวสารการอบรมสื่อสิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์

3. ความต้องการของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง องค์กร Senior Citizen Home Safety Association (SCHSA) ในฮ่องกงก่อตั้งขึ้นเมื่อปี ค.ศ.1996 เพื่อบริการฉุกเฉิน 24 ชั่วโมงสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง ในการเริ่มต้นก่อตั้ง SCHSA และได้กำหนดวิสัยทัศน์ขององค์กร “เป็นองค์กรช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังได้โดยปราศจากความหวาดกลัวอันตราย” ให้บริการแบบรับแจ้งเหตุฉุกเฉินด้วยเครื่องส่งสัญญาณประจำตัวของสมาชิกซึ่งมีทั้งแบบสวอยคอและนาฬิกาแล้วโต้ตอบกลับผ่านระบบโทรศัพท์บ้าน นอกจากนั้น องค์กรนี้ได้มีการวิเคราะห์ความต้องการของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง ดังนี้

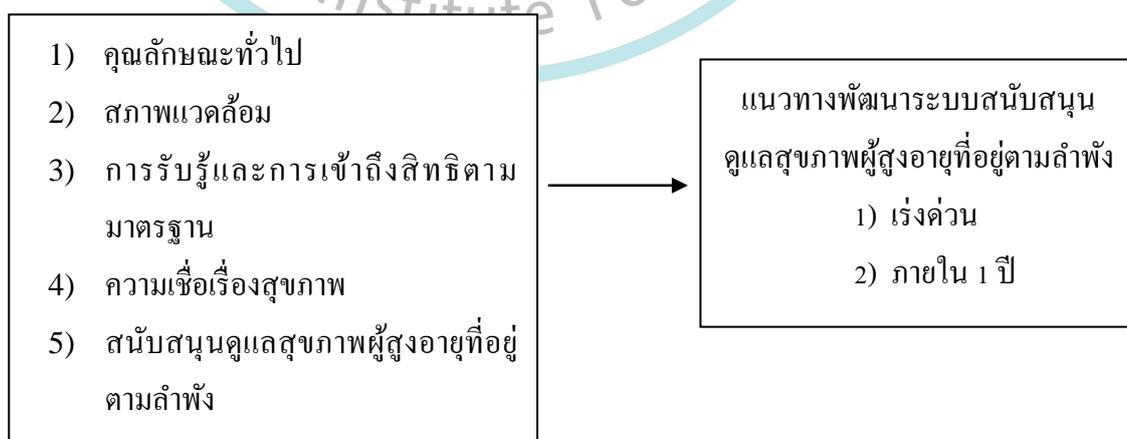
1. ความต้องการทางกายภาพ เช่น เสื้อผ้า หรือผ้าห่มยามอากาศหนาวเย็น
2. การดูแลสุขภาพอนามัยและการสงเคราะห์ด้านการรักษา
3. การอยู่ในบ้านที่ปลอดภัย
4. การมีคนช่วยเหลือดูแลภายในบ้าน
5. การช่วยเหลือฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ
6. การช่วยเหลือด้านการเงิน
7. การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว
8. การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและมีกิจกรรมทางสังคม
9. การได้รับข้อมูลข่าวสารในชีวิตประจำวัน
10. ความห่วงใยเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน

4 การศึกษาผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่โดยลำพัง : ข้อค้นพบจากโครงการกาญจนบุรี (ไซเพีย อาแว : วิทยานิพนธ์ 2556) การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ และสถานะความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง โดยไม่มีผู้ใหญ่วัยแรงงานอาศัยร่วมอยู่ด้วย พบว่าผู้สูงอายุอาศัยอยู่ตามลำพังโดยไม่มีผู้ใหญ่วัยแรงงานอาศัยอยู่ด้วย มีสาเหตุจาก ไม่ได้แต่งงาน คู่สมรสเสียชีวิตหรือหย่าร้าง ลูก ๆ ย้ายถิ่นไปอาศัยอยู่ต่างพื้นที่ หรือแต่งงานแยกครอบครัว ปัญหาต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังประสบนั้นส่วนใหญ่มีปัญหาคือ ภัยอันตราย สุขภาพร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และปัญหาด้านที่อยู่อาศัย ด้านความต้องการของผู้สูงอายุ พบว่ายังคงมีความต้องการอยู่ในปัจจัยพื้นฐานทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านการเงินแหล่งความช่วยเหลือที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้นั้นส่วนใหญ่มาจากบุตรหลานเครือญาติ และชุมชน จากการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุในโครงการกาญจนบุรีที่แม้จะอาศัยอยู่โดยลำพังแต่ก็ไม่ได้ถูกทอดทิ้งเสมอไป เนื่องด้วยสังคมไทยยังมีลูกหลานเครือญาติที่ยังคงให้ความเคารพและให้ความช่วยเหลือ อีกทั้งชุมชนยังมีความเอื้ออาทรเกื้อกูลกัน ตลอดจนความกตัญญูทศเวทีที่บุตรมีต่อบุพการีนั่นส่งผลให้ผู้สูงอายุยังคงได้รับการดูแลและได้รับการยกย่องให้อยู่ในสังคมได้ด้วยดีเสมอมา

5 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น จากการศึกษาของ วิราพรธรรม วิโรจน์รัตน์และคณะ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาโดยการมีส่วนร่วม ระหว่าง ครอบครัว ชุมชน และองค์กรรัฐ พบว่าการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยมี อาสาสมัครเป็นผู้ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่าง ครอบครัว ชุมชน และศูนย์บริการ สาธารณสุขไปทดลองใช้ พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจสูงกว่าก่อนให้บริการอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเข้าถึงบริการได้สูงขึ้นกว่าก่อนให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) อย่างไรก็ตามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและความพึงพอใจในบริการของผู้ดูแลไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยให้ข้อเสนอแนะว่า ระบบบริการสุขภาพที่พัฒนาขึ้นนี้มีประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และ เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการร่วมคิด ร่วมทำในกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ควรมีการศึกษาประสิทธิผล ของรูปแบบบริการนี้ต่อไป

### กรอบความคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ผสมผสานแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ได้แก่ แนวคิดการอยู่ตามลำพังของผู้สูงอายุ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติของไทยและแผนปฏิบัติการเชิง ไข สติทธิประโยชน์ตาม พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรฐานการส่งเสริมสวัสดิภาพและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ การคุ้มครองผู้บริโภคและการจัดระบบดูแลและให้บริการผู้สูงอายุ นำเสนอกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังภาพ



ภาพที่ 2.1 กรอบความคิดในการวิจัย

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ที่ผู้วิจัยเข้าไปศึกษาในชุมชน เพื่อเจาะลึกเกี่ยวกับประเด็นของชีวิตและความเป็นอยู่ของชุมชนเพื่อส่งเสริมให้สามารถพึ่งตนเอง

#### รูปแบบในการวิจัย

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังเขตเทศบาลเมือง ชัยนาทจังหวัดชัยนาทนี้เป็น การวิจัย เชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่ผสมผสานวิทยาการแบบสหสาขา ทั้งด้านสาธารณสุข สังคมศาสตร์ในการดำเนินงานวิจัย โดยเน้นให้มีการใช้ข้อมูลและสร้างการเรียนรู้ร่วมกันของผู้ที่ เกี่ยวข้องในพื้นที่ ใช้ระยะเวลาการศึกษา ปี (ปี 2560 – 2561) ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ กลุ่มผู้ที่มี อายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ อยู่ตามลำพังเฉพาะกลางวัน อยู่กับผู้ที่เป็นภาระ (หลาน/คนพิการ) อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ และอยู่คนเดียว ในเขตพื้นที่ชุมชนศรีวิชัย ชุมชนหลัก เมือง ชุมชนทรายางสัมพันธ์ และชุมชนวงษ์โตเก้าพัฒนา จำนวน 318 คน ซึ่งจะจำแนกผลการ วิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลการสำรวจสถานะสุขภาพและการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตาม ลำพังของภาครัฐ ชุมชน และท้องถิ่นในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview)

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมพลั้งที่อาศัยลำพัง

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุอาศัยเพียงลำพังอยู่ที่มีภาวะเจ็บป่วยต้องพึ่งพิง

กลุ่มที่ 3 แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และ care giver(ที่ไม่ได้รับค่าจ้าง)

กลุ่มที่ 4 ผู้บริหารงานด้านสาธารณสุขและผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการ สาธารณสุขเทศบาลเมืองชัยนาทและโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

ส่วนที่ 3 แนวทางการพัฒนาระบบการสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง โดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ชุมชน และท้องถิ่นในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท

## วิธีการและเทคนิคที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลการสำรวจสภาวะสุขภาพและการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังของภาครัฐ ชุมชน และท้องถิ่นในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท

### 1. เครื่องมือเชิงปริมาณ

ใช้วิธีการวิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐาน คือ ค่าความถี่ สัดส่วน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากแบบสำรวจสภาวะสุขภาพและการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านคุณลักษณะทั่วไป ด้านสภาวะแวดล้อม ด้านการรับรู้และการเข้าถึงสิทธิตามมาตรฐานการส่งเสริมสวัสดิการและการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิ์ผู้สูงอายุ และด้านความเชื่อเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง โดยดำเนินการสร้างเครื่องมือแบบมีส่วนร่วมจากผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่งานวิจัย โดยให้ความสำคัญและนำหลักข้อมูลที่ผู้ทำงานในพื้นที่ศึกษาได้ใช้ประโยชน์ในการพัฒนาตัวระบบการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท โดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขออกสำรวจผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังใน 4 ชุมชน คือชุมชนศรีวิชัย ชุมชนหลักเมือง ชุมชนทรายางสัมพันธ์ ชุมชนวงษ์โตเก่าพัฒนา โดยสำรวจผู้สูงอายุอาศัยลำพัง รวม 318 คน

### 2. เครื่องมือเชิงคุณภาพ

#### ข้อมูลการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมพลั้งที่อาศัยลำพัง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมพลั้งที่อาศัยลำพัง จำนวน 4 ชุมชน ชุมชนละ 2 ท่าน รวมทั้งสิ้นจำนวน 8 ท่าน ประเด็น

1. การดำรงชีวิตประจำวัน
2. แนวคิดการใช้ชีวิต (ความเชื่อ ศรัทธา แรงจูงใจ)หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงและธรรมะ

พอเพียงและธรรมะ

3. สิ่งที่ยึดเหนี่ยวให้ชีวิตยืนยาว
4. ข้อกังวลห่วงใย
5. การรับรู้ความทุกข์ของผู้อื่นและการให้ความช่วยเหลือ
6. บุคคลหรือหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญของการดูแลสุขภาพและ

คุ้มครองผู้บริโภคในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุอาศัยเพียงลำพังอยู่ที่มีภาวะเจ็บป่วยต้องพึ่งพิง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังที่มีภาวะเจ็บป่วยต้องพึ่งพิง จำนวน 4 ชุมชน ชุมชนละ 2 ท่าน รวมทั้งสิ้นจำนวน 8 ท่าน ประเด็น

1. การดำรงชีวิตประจำวัน
2. แนวคิดการใช้
3. สิ่งที่ยึดเหนี่ยวให้ชีวิตยืนยาว
4. ข้อกังวลหัวใจ
5. การรับรู้ความทุกข์ของผู้อื่นและการให้ความช่วยเหลือ
6. บุคคลหรือหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญของการดูแลสุขภาพและ

คุ้มครองผู้บริโภคในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง

กลุ่มที่ 3 แกนนำชุมชน

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และ care giver (ที่ไม่ได้รับค่าจ้าง) ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มแกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และ care giver (ที่ไม่ได้รับค่าจ้าง) จำนวน 4 ชุมชน ชุมชนละ 2 ท่าน รวมทั้งสิ้นจำนวน 8 ท่าน ในประเด็น

1. แรงจูงใจในการเป็นอาสาสมัครดูแล ผู้สูงอายุ
2. บทบาท
3. วิธีการทำงาน
4. ผลตอบรับและปัญหาอุปสรรค
5. บทบาทชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง
6. สิ่งที่ควรได้รับการสนับสนุนในการทำงานบทบาทอาสาสมัครดูแล

ผู้สูงอายุ

กลุ่มที่ 4 ผู้บริหารงานด้านสาธารณสุขและผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของเทศบาลเมืองชัยนาทและโรงพยาบาลชัยนาทนครินทร์

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้บริหารเทศบาลเมืองชัยนาท เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองชัยนาท โรงพยาบาลชัยนาทนครินทร์ ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชัยนาท ใน ประเด็น

1. แผนงาน โครงการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุของหน่วยงาน
2. ระบบข้อมูล
3. การประสานงานเครือข่าย

4. กิจกรรมหลักที่ส่งเสริมการเข้าถึงบริการแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง
5. ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

ส่วนที่ 2 แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง เขตเทศบาลเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

## 2 แนวทางการสนทนากลุ่มโดยกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วม

เพื่อศึกษาสถานการณ์อดีต ปัจจุบันและอนาคตของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง ทุนของชุมชนที่ยังคงอยู่ในการจัดระบบสนับสนุนเพื่อเกื้อกูลตนเองในระดับชุมชน ท้องถิ่น ระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในพื้นที่ ร่วมแลกเปลี่ยนเพื่อพัฒนาระบบการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง โดยผู้วิจัยนำข้อมูลการสำรวจสถานะสุขภาพและการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง ของภาครัฐ ชุมชน และท้องถิ่นในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท มาผสมผสานกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ แบบเจาะลึก (in-depth interview) ทั้ง 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมพลั้งที่อาศัยลำพัง กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุอาศัยเพียงลำพังอยู่ที่มีภาวะเจ็บป่วยต้องพึ่งพิง กลุ่มที่ 3 แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และ care giver (ที่ไม่ได้รับค่าจ้าง) และกลุ่มที่ 4 ผู้บริหารงานด้านสาธารณสุขและผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองชัยนาทและโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร โดย จัดเวทีสะท้อนคืนข้อมูลแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อร่วมกันระดมแนวคิดเสนอแนวทางการพัฒนาระบบการสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท เพื่อให้ได้ข้อเสนอผลการศึกษาจากการสรุปบทเรียนของการขับเคลื่อนกระบวนการวิจัย และ แนวทางการพัฒนาระบบการสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง ใน ประเด็นดังนี้

- 1) การก่อเกิด
- 2) สร้างทางเลือก
- 3) ตัดสินใจ
- 4) การดำเนินงาน

โดยขั้นตอนการดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นการขับเคลื่อนตามการนำของสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 3 นครสวรรค์ โดยมีวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาทเป็นที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ร่วมกิจกรรมเป็นระยะ กิจกรรมส่วนใหญ่ประกอบด้วย การจัดประชุมเชิงปฏิบัติเพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มีส่วนร่วมคิด วางแผน กำหนด

กิจกรรมและประเมินผล การลงพื้นที่เก็บข้อมูลการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและ เชิงคุณภาพ และการสรุปผลเป็นระยะทั้งภายในพื้นที่และร่วมกับทีมระดับเขต

## ประชากรกลุ่มเป้าหมาย วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง

### 1. พื้นที่

ทำการศึกษาในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองชัยนาท จำนวน 4 ชุมชน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งพิจารณาจาก

1.1 ชุมชนที่มีแกนนำชุมชนให้ความสนใจการทำงานพัฒนาระบบบริการและงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

1.2 ชุมชนที่มีกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเข้มแข็งและมีความสนใจดำเนินงานผู้สูงอายุ

1.3 ชุมชนที่มีผู้สูงอายุและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนทั้งใน ส่วน ชุมชน ท้องถิ่น และภาครัฐที่มีความสัมพันธ์ที่ดีและมีประสบการณ์ดำเนินงานสุขภาพร่วมกัน

ผลการคัดเลือกพื้นที่เป้าหมายการศึกษา ได้แก่ ชุมชนศรีวิชัย ชุมชนหลักเมือง ชุมชนทรายางสัมพันธ์ และชุมชนวงษ์โตแก้วพัฒนา

### 2 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณประกอบด้วยแบบสอบถาม

2.1 กลุ่มผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ดำรงชีวิตอยู่ในเขตพื้นที่ชุมชนชุมชนศรีวิชัย ชุมชนหลักเมือง ชุมชนทรายางสัมพันธ์ และชุมชนวงษ์โตแก้วพัฒนา จำนวน 318 โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ได้แก่

2.1.1 อยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ (100%)

2.1.2 อยู่ตามลำพัง เฉพาะกลางวัน (30%)

2.1.3 อยู่กับผู้ที่เป็นภาระ(หลาน ผู้พิการ) (100%)

2.1.4 อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ (100%)

2.1.5 อยู่คนเดียว (100%)

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (จะจัดเก็บข้อมูล วิเคราะห์ ในปีที่ 2) โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) มีเป้าหมาย คือ

- 2.2 ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุใน 3 กลุ่ม ได้แก่
- 2.2.1 โรงพยาบาลชยันนาทเรนทร
  - 2.2.2 ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองชยันนาท
  - 2.2.3 กองสวัสดิการสังคมเทศบาลเมืองชยันนาท
  - 2.2.4 ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลชยันนาทเรนทร
  - 2.2.6 ผู้บริหารเทศบาลเมืองชยันนาทและผู้นำชุมชน
  - 2.2.7 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพหุติพลัง
  - 2.2.8 ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังที่มีภาวะเจ็บฟังก
  - 2.2.9 ชมรม/กลุ่มผู้สูงอายุ
  - 2.2.10 อาสาสมัครสาธารณสุข

### วิธีการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้วิธีการวิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐาน คือ ค่าความถี่ สัดส่วน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (อนุमान)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์จำแนกประเภท การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และสังเคราะห์/สรุปบทเรียน และให้ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในงานวิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและมีส่วนร่วมในการสังเคราะห์ข้อมูล (พรรณนา)

### สถานที่ในการวิจัย

พื้นที่ชุมชนชุมชนศรีวิชัย ชุมชนหลักเมือง ชุมชนทรายางสัมพันธ์ และชุมชนวงษ์โต  
เก่าพัฒนาเทศบาลเมืองชยันนาท จังหวัดชยันนาท

### ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพและการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่  
ตามลำพังเขตเทศบาลเมืองชยันนาท

การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview)

เดือนตุลาคม 2559 – กันยายน 2560

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง เขตเทศบาล  
เมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

เดือนตุลาคม 2560 – มกราคม 2560

## ปฏิทินการปฏิบัติงาน

### ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

1. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
2. พัฒนารายเอียดกระบวนการ กรอบการดำเนินงานและบริหารงานวิจัย
3. ประสานงานและสำรวจพื้นที่เข้าร่วมงานวิจัย
4. พัฒนาเครื่องมือแบบเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ(แบบสอบถาม)
5. จัดอบรมอาสาสมัครเก็บข้อมูลเพื่อเก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง
6. จัดเวทีประชุมสนทนากลุ่มเก็บข้อมูลบริบทพื้นที่
7. จัดการข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล
8. จัดเวทีสะท้อนคืนข้อมูลแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อร่วมกันระดมแนวคิดเสนอแนวทางการพัฒนาระบบการสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท
9. จัดเวทีระดมความคิดเห็นเพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท
10. จัดประชุมนำเสนองานวิจัย
11. สรุปและรายงานผลการศึกษา



ขั้นตอน ที่	การศึกษาดำเนินงาน	เดือนตุลาคม 2560 – กันยายน 2561												
		ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	
1	<b>ระยะที่ 1 เตรียมการ</b> 1. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 2. พัฒนารอบการดำเนินงานและบริหารงานวิจัย พัฒนาเครื่องมือแบบเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ	↔												
2	<b>ระยะที่ 2 การสำรวจข้อมูลสุขภาพและการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังเขตเทศบาลเมืองชัยนาท</b> ขั้นตอนการเก็บข้อมูล (แบบสอบถาม) 1. จัดอบรมอาสาสมัครเก็บข้อมูลเพื่อเก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง 2. เก็บข้อมูลการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังของภาครัฐ ชุมชน และท้องถิ่น ใน 4 พื้นที่ 3. การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) 4. จัดการข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล	↔												
3	<b>ระยะที่ 3 การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง เขตเทศบาลเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท</b> 1. จัดเวทีสะท้อนคืนข้อมูล 2. จัดเวทีระดมความคิดเห็นเพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท								↔					
4	<b>ระยะที่ 3 เขียนรายงานวิจัยและจัดพิมพ์</b> 1. จัดประชุมนำเสนองานวิจัย 2. สรุปรายงานผล											↔		

# ปฏิทินการปฏิบัติงาน

## ตารางที่ 3.1 ปฏิทินการปฏิบัติงาน



## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การศึกษาและพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคนในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยตามลำพังโดยการมีส่วนร่วมของรัฐ กรณีศึกษา: เทศบาลเมืองชัยนาท นี้เป็นการวิจัย เชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่ผสมผสานวิทยาการแบบสหสาขา ทั้งด้านสาธารณสุข สังคมศาสตร์ ในการดำเนินงานวิจัย โดยเน้นให้มีการใช้ข้อมูลและสร้างการเรียนรู้ร่วมกันของผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ใช้ระยะเวลาการศึกษา 2 ปี (ปีงบประมาณ 2558 – 2559) ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ กลุ่มผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ อยู่ตามลำพัง เฉพาะกลางวัน อยู่กับผู้ที่เป็นภรรยา/คนพิการ) อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ และอยู่คนเดียว ในเขตพื้นที่ชุมชนศรีวิชัย ชุมชนหลักเมือง ชุมชนทรายางสัมพันธ์ และชุมชนวงษ์โตเก้าพัฒนา จำนวน 318 คน ซึ่งจำแนกผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลการสำรวจสถานะสุขภาพและการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังของภาครัฐ ชุมชน และท้องถิ่นในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมพลัดที่อาศัยลำพัง กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุอาศัยเพียงลำพังอยู่ที่มีภาวะเจ็บป่วยต้องพึ่งพิง กลุ่มที่ 3 แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และ care giver(ที่ไม่ได้รับค่าจ้าง) และกลุ่มที่ 4 ผู้บริหารงานด้านสาธารณสุขและผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลเมืองชัยนาทและโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

ส่วนที่ 3 แนวทางการพัฒนาระบบการสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังโดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ชุมชน และท้องถิ่นในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท

ส่วนที่ 4 สิ่งดีๆที่เกิดขึ้นกับพลังการขับเคลื่อนกระบวนการงานวิจัยของทีมพื้นที่

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลการสำรวจสภาวะสุขภาพและการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่  
ตามลำพัง ของภาครัฐ ชุมชน และท้องถิ่นในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท  
ประกอบด้วย 4 หมวด ได้แก่**

**หมวดที่ 1 ด้านคุณลักษณะทั่วไป**

**ตารางที่ 4.1 เพศของกลุ่มตัวอย่าง**

จำแนกการอยู่	เพศ				รวม	
	หญิง		ชาย		จำนวน	ร้อยละ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. อยู่คนเดียว	38	11.94	18	5.66	56	17.61
2. อยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ	74	23.27	68	21.38	142	44.65
3. อยู่ตามลำพังเฉพาะกลางวัน	53	16.66	16	5.03	69	21.69
4. อยู่กับผู้ที่เป็นภรรยา	7	2.20	1	0.31	8	2.52
5. อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	2	0.62	3	0.94	5	1.58
6. อื่นๆ	22	6.91	11	3.46	33	10.38
7. ไม่ให้ข้อมูล	2	0.62	3	0.94	5	1.57
รวม	198	62.27	120	37.73	318	100

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังของเทศบาลเมืองชัยนาท ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.27 ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุด้วยกันมากที่สุด ร้อยละ 44.64 รองลงมาคือ อยู่ตามลำพังเฉพาะกลางวัน ร้อยละ 21.69 และอยู่คนเดียว ร้อยละ 17.61 ตามลำดับ

**ตารางที่ 4.2 สถานภาพ**

จำแนกการอยู่	สถานภาพ									
	โสด		คู่		หม้าย		หย่า/แยก		ไม่ให้ข้อมูล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.อยู่คนเดียว	17	5.34	5	1.57	29	9.11	5	1.57	0	0
2. อยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ	9	2.84	127	39.94	3	0.94	0	0	3	0.94
3. อยู่ตามลำพังเฉพาะกลางวัน	3	0.94	17	5.35	40	12.57	7	2.2	2	0.62
4. อยู่กับผู้ที่เป็นภาระ	0	0	1	0.31	5	1.57	1	0.31	1	0.31
5. อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	1	0.31	1	0.31	2	0.62	0	0	1	0.31
6. อื่นๆ	1	0.31	7	2.20	24	7.54	0	0	1	0.31
7.ไม่ให้ข้อมูล	0	0	3	0.94	0	0	0	0	2	0.62
รวม	31	9.74	161	50.62	103	32.38	13	4.08	10	3.14

จากตารางที่ 4.2 พบว่า สถานภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังของเทศบาลเมืองชัยนาท ส่วนใหญ่อยู่เป็นคู่สมรส ร้อยละ 50.62 โดยอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุด้วยกันมากที่สุด รองลงมา มีสถานภาพเป็นหม้ายที่อยู่ลำพังตอนกลางวัน ร้อยละ 32.38 และสถานภาพโสดอยู่คนเดียว ร้อยละ 9.74 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.3 การศึกษา

จำแนกการอยู่	การศึกษา															
	ไม่ได้รับ การศึกษา		ประถมศึกษา		มัธยมต้น		มัธยมปลาย		อนุปริญญา		ปริญญาตรี		สูงกว่าปริญญาตรี		ไม่ให้ข้อมูล	
	จำ นวน	ร้อยละ	จำ นวน	ร้อยละ	จำ นวน	ร้อยละ	จำ นวน	ร้อยละ	จำ นวน	ร้อยละ	จำ นวน	ร้อยละ	จำ นวน	ร้อยละ	จำ นวน	ร้อยละ
1. อยู่คนเดียว	1	0.31	26	8.17	16	5.03	3	0.94	2	0.62	5	1.57	1	0.31	2	0.62
2. อยู่กับผู้สูงอายุที่เป็น ผู้สูงอายุ	5	1.57	53	16.66	14	4.40	16	5.03	7	2.20	34	10.69	9	2.83	4	1.25
3. อยู่ตามลำพังเฉพาะกลางวัน	3	0.94	37	11.63	4	1.25	5	1.57	3	0.94	10	3.14	1	0.31	6	1.88
4. อยู่กับผู้ที่เป็นภาระ	1	0.31	4	1.25	1	0.31	1	0.31	0	0	1	0.31	0	0	0	0
5. อยู่กับคนอื่นที่ไม่ญาติ	0	0	2	0.62	0	0	0	0	0	0	2	0.62	1	0.31	0	0
6. อื่นๆ	3	0.94	17	5.34	3	0.94	2	0.62	1	0.31	7	2.20	0	0	0	0
7. ไม่ให้ข้อมูล	0	0	2	0.62	1	0.31	1	0.31	0	0	1	0.31	0	0	0	0
รวม	13	4.08	141	44.33	39	12.26	28	8.80	13	4.08	60	18.86	12	3.77	12	3.77

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังของเทศบาลเมืองชัยนาท ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.33 ซึ่งเป็นกลุ่ม  
ผู้สูงอายุที่อยู่กับผู้สูงอายุด้วยกันมากที่สุด รองลงมาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 18.86 และระดับมัธยมต้น ร้อยละ 12.26 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.4 อาชีพ

จำแนกการอยู่	อาชีพ													
	ไม่ได้ทำงาน		งานบ้าน		รับจ้าง		ค้าขาย		เกษตรกร		ข้าราชการ (บำนาญ)		ไม่ตอบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อยู่คนเดียว	16	5.03	6	1.88	3	0.94	12	3.77	0	0	10	3.14	9	2.82
2. กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ	25	7.86	13	4.08	13	4.08	19	5.97	1	0.31	59	18.55	12	3.76
3. อยู่ตามลำพังเฉพาะกลางวัน	22	6.91	6	1.88	5	1.57	5	1.57	0	0	12	3.77	19	5.97
4. อยู่กับผู้ที่เป็นภาระ	0	0	1	0.31	2	0.62	1	0.31	0	0	2	0.62	2	0.62
5. อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	1	0.31	0	0	0	0	1	0.31	0	0	2	0.62	1	0.31
6. อื่นๆ	6	1.88	3	0.94	3	0.94	7	2.20	0	0	6	1.88	8	2.51
7. ไม่ให้ข้อมูล	0	0	2	0.62	0	0	2	0.62	0	0	1	0.31	0	0
รวม	70	22.01	31	9.74	26	8.17	47	14.77	1	0.31	92	28.93	51	16.04

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ(บำนาญ) คิดเป็นร้อยละ 28.93 รองลงมา ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 22.01 และอาชีพค้าขาย ร้อยละ 14.77 ตามลำดับ และส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุอาศัยลำกับอยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกัน

ตารางที่ 4.5 รายได้

จำแนกการอยู่	รายได้																	
	<1500		1501-2000		2000-3000		3001-4000		4001-5000		5001-9999		10,000-19,999		>20,000		ไม่ตอบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อยู่คนเดียว	16	5.03	3	0.94	4	1.25	1	0.31	0	0	6	1.88	16	5.03	2	0.62	8	2.51
2. ผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ	19	5.97	6	1.88	9	2.83	9	2.83	2	0.62	9	2.83	27	8.49	47	14.77	14	4.40
3. อยู่ตามลำพังเฉพาะ กลางวัน	14	4.40	3	0.91	6	1.88	1	0.31	3	0.94	9	2.83	14	4.40	9	2.83	10	3.14
4. อยู่กับผู้ที่เป็นการะ	1	0.31	0	0	0	0	0	0	1	0.31	2	0.62	1	0.31	0	0	3	0.94
5. อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ ญาติ	1	0.31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.62	2	0.62	0	0
6. อื่นๆ	9	2.83	3	0.94	0	0	1	0.31	2	0.62	4	1.25	4	1.25	5	1.57	5	1.57
7. ไม่ให้ข้อมูล	2	0.62	0	0.94	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.31	2	0.62
รวม	62	19.49	15	4.71	19	5.97	12	3.77	8	2.51	30	9.43	64	20.12	66	20.75	42	13.20

จากตารางที่ 4.5 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ส่วนใหญ่มีรายได้ อยู่ในระดับมากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 20.75 รองลงมา อยู่ในระดับ 10,000-19,999 ร้อยละ 20.12 และ น้อยกว่า 1,500 บาท ร้อยละ 19.49 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุอาศัยลำพังในกลุ่มที่อาศัยอยู่กับ ผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกัน

ตารางที่ 4.6 ประเภทที่มาของรายได้

จำแนกการอยู่	มีรายได้จาก											
	บุตร		เบี้ยยังชีพ		ประกันสังคม		ค่าเช่าห้อง/นา		ประกอบอาชีพ		ไม่ตอบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อยู่คนเดียว	5	1.57	28	8.80	5	1.57	6	1.88	4	1.25	8	2.51
2. อยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ	34	10.69	44	13.83	18	5.66	20	6.28	5	1.57	21	6.60
3. อยู่ตามลำพังเฉพาะกลางวัน	19	5.97	30	9.43	6	1.88	9	2.83	1	0.31	4	1.25
4. อยู่กับผู้ที่เป็นภาระ	0	0	5	1.57	0	0	2	0.62	0	19.49	1	0.31
5. อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	1	0.31	2	0.62	1	0.31	0	0	0	0	1	0.31
6. อื่นๆ	6	1.88	18	5.66	3	0.94	1	0.31	2	0.62	3	0.94
7. ไม่ให้ข้อมูล	0	0	3	0.94	1	0.31	0	0	0	0	1	0.31
รวม	65	20.44	130	40.88	34	10.69	38	11.94	12	3.77	39	12.26

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ส่วนใหญ่มีรายได้จาก เบี้ยยังชีพ ร้อยละ 40.88 รองลงมา บุตร ร้อยละ 20.44 และค่าเช่าห้อง/นา ร้อยละ 11.94 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุอาศัยลำพังในกลุ่มที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุด้วยกันและผู้ที่อยู่ลำพังเฉพาะกลางวัน

ตารางที่ 4.7 จำนวนบุตรที่ยังมีชีวิต

จำแนกการอยู่	จำนวนบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่																	
	0		1		2		3		4		5		6		7		8	
	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ	จำนวน	ร้อย ละ
1. อยู่คนเดียว	19	5.97	12	3.77	14	4.40	5	15.57	4	1.25	0	0	0	0	1	0.31	1	0.31
2. ผู้สูงอายุ	21	6.60	24	7.54	54	16.98	27	8.49	11	3.45	2	0.62	2	0.62	1	0.31	0	0
3. เฉพาะกลางวัน	5	1.57	8	2.51	13	4.08	19	5.97	15	4.71	2	0.62	2	0.62	5	1.57	0	0
4. อยู่กับภรรยา	0	0	0	0	2	0.62	4	1.25	1	0.31	1	0.31	0	0	0	0	0	0
5. อยู่กับคนอื่น	2	0.62	1	0.31	1	0.31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.31
6. อื่นๆ	1	0.31	6	1.88	15	4.71	1	0.31	5	1.57	2	0.62	2	0.62	0	0	1	0.31
7. ไม่ให้ข้อมูล	0	0	2	0.62	3	0.94	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
รวม	48	15.09	53	16.66	102	32.07	56	17.61	36	11.32	7	2.20	6	1.88	7	2.20	3	0.94

จากตารางที่ 4.7 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ส่วนใหญ่มีบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่จำนวน 2 คน ร้อยละ 32.07 รองลงมา 3 คน ร้อยละ 17.61 และ 1 คน ร้อยละ 16.66 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุอาศัยลำพังในกลุ่มที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกัน

ตารางที่ 4.8 ความถี่ในการมาหา

จำนวนครั้ง	ความถี่ในการมาหา													
	อยู่คนเดียว		อยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ		อยู่ตามลำพังเฉพาะกลางวัน		อยู่กับผู้ที่เป็นภาระ		อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ		อื่นๆ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทุกวัน	10	3.14	27	8.49	29	9.11	1	0.31	0	0	12	3.76	79	24.80
1-2 ครั้ง/เดือน	13	4.40	32	10.06	12	3.77	3	0.94	1	0.31	5	1.57	66	20.75
3-4 ครั้ง/เดือน	2	0.62	13	4.08	5	1.57	0	0	0	0	4	1.25	24	7.55
5-6 ครั้ง/เดือน	1	0.31	6	1.88	1	0.31	1	0.31	0	0	3	0.93	12	3.77
1-2 ครั้ง/ปี	5	1.57	15	4.71	8	2.51	3	0.94	2	0.62	1	0.31	34	10.69
>3-4 ครั้ง/ปี	1	0.31	12	3.77	2	0.62	0	0	0	0	1	0.31	16	5.03
1-2 ปีมาครั้ง	0	0	2	0.62	3	0.94	0	0	0	0	1	0.31	6	1.89
ไม่ตอบ	24	7.54	35	11.00	9	2.83	0	0	2	0.62	11	2.82	81	25.47
รวม	56	17.61	142	44.65	69	21.69	8	2.51	5	1.57	33	10.37	318	100

จากตารางที่ 4.8 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาทที่ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่มีครอบครัวหรือบุตรหลานมาหาผู้สูงอายุทุกวัน ร้อยละ 24.80 รองลงมา มาหาเดือนละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 20.75 และ มาหา 1-2 ครั้งต่อปี ร้อยละ 10.69 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุอาศัยลำพังในกลุ่มที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกัน

## หมวด 2 สถานะแวดล้อมทั่วไป

### ตารางที่ 4.9 ลักษณะที่อยู่อาศัย

จำแนกการอยู่	การพักอาศัย									
	บ้านชั้นเดียว		บ้านใต้ถุนสูง		บ้านสองชั้น		อื่นๆ		ไม่ให้ข้อมูล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อยู่คนเดียว	22	6.91	8	2.51	22	6.91	4	1.25	0	0
2. อยู่กับ ผู้สูงอายุที่เป็น ผู้สูงอายุ	23	7.23	12	3.77	89	27.98	18	5.66	0	0
3. อยู่ตามลำพัง เฉพาะกลางวัน	17	5.34	8	2.51	34	10.69	9	2.53	1	0.31
4. อยู่กับผู้ที่ เป็น ภาระ	3	0.94	0	0	5	1.57	0	0	0	0
5. อยู่กับคนอื่น ที่ไม่ใช่ญาติ	1	0.31	0	0	2	0.62	2	0.62	0	0
6. อื่นๆ	12	3.77	1	0.31	14	4.40	5	1.57	1	0.31
7. ไม่ให้ข้อมูล	2	0.62	1	0.31	1	0.31	1	0.31	0	0
รวม	80	25.15	30	9.43	167	52.51	39	12.26	2	0.62

จากตารางที่ 4.9 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ส่วนใหญ่มีที่พักอาศัยเป็นแบบบ้านสองชั้น ร้อยละ 52.51 รองลงมาเป็นบ้านชั้นเดียว ร้อยละ 25.15 และ อื่นๆ ร้อยละ 12.26 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุอาศัยลำพังในกลุ่มที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกัน

ตารางที่ 4.10 ความคงทน

จำแนกการอยู่	ความคงทน					
	ถาวร		ชั่วคราว		อื่นๆ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อยู่คนเดียว	6	1.88	44	13.83	6	1.88
2. อยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ	6	1.88	132	41.50	4	1.25
3. อยู่ตามลำพังเฉพาะกลางวัน	8	2.51	61	19.18	0	0
4. อยู่กับผู้ที่เป็นภรรยา	2	0.62	5	1.57	1	0.31
5. อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	0	0	4	1.25	1	0.31
6. อื่นๆ	1	0.30	26	8.17	6	1.88
7. ไม่ให้ข้อมูล	0	0	3	0.94	2	0.62
รวม	23	7.23	275	86.47	20	6.28

จากตารางที่ 4.10 พบว่า ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ส่วนใหญ่เป็นแบบชั่วคราว ร้อยละ 86.47 และเป็นแบบถาวร เพียงร้อยละ 7.23 โดยส่วนใหญ่เป็นที่พักของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุด้วยกัน

ตารางที่ 4.11 ความเป็นเจ้าของ

จำแนกการอยู่	ความเป็นเจ้าของ							
	บ้านเช่า		บ้านตนเอง		อาศัยคนอื่น		ไม่ให้ข้อมูล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อยู่คนเดียว	7	2.20	45	14.15	1	0.31	3	0.94
2. อยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ	11	3.45	122	38.36	8	2.51	1	0.30
3. อยู่ตามลำพังเฉพาะกลางวัน	7	2.20	57	17.92	5	1.57	0	0
4. อยู่กับผู้ที่เป็นภาระ	1	0.31	5	1.57	1	0.31	1	0.31
5. อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	1	0.31	4	1.25	0	0	0	0
6. อื่นๆ	4	1.25	25	7.86	1	0.31	3	0.94
7. ไม่ให้ข้อมูล	0	0	2	0.62	2	0.62	1	0.31
รวม	31	9.74	260	81.76	18	5.66	9	2.83

จากตารางที่ 4.11 พบว่า ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ส่วนใหญ่มีที่อยู่อาศัยเป็นบ้านของตนเอง ร้อยละ 81.76 รองลงมาเป็นบ้านเช่า ร้อยละ 9.74 และอาศัยคนอื่น ร้อยละ 5.66 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่เป็นที่พักของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุด้วยกัน

ตารางที่ 4.12 ส้วม

จำแนกการอยู่	ส้วม			
	ใช้		ไม่ใช้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อยู่คนเดียว	56	17.61	0	0
2. อยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ	140	44.02	2	0.62
3. อยู่ตามลำพังเฉพาะกลางวัน	67	21.06	2	0.62
4. อยู่กับผู้ที่เป็นภาระ (หลาน/ผู้พิการ)	8	2.51	0	0
5. อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	5	1.57	0	0
6. อื่นๆ	32	10.06	1	0.31
7. ไม่ให้ข้อมูล	5	1.57	0	0
รวม	313	98.42	5	1.57

จากตารางที่ 4.13 พบว่า ส้วมของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ส่วนใหญ่มีการใช้ส้วม ร้อยละ 98.42 และไม่ใช่ส้วมร้อยละ 1.57 โดยผู้สูงอายุที่ไม่ใช้ส้วมส่วนมากเป็นกลุ่มที่อยู่กับผู้สูงอายุด้วยกันและอยู่ตามลำพังเฉพาะกลางวัน

ตารางที่ 4.13 ลักษณะส้วม

จำแนกการอยู่	ลักษณะส้วม					
	ส้วมในบ้าน		ส้วมนอกบ้าน		ไม่มีส้วม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อยู่คนเดียว	54	16.98	2	0.62	0	0
2. อยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ	137	43.08	1	0.31	4	1.25
3. อยู่ตามลำพังเฉพาะกลางวัน	67	21.06	2	0.62	0	0
4. อยู่กับผู้ที่เป็นภาระ	8	2.51	0	0	0	0
5. อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	5	1.57	0	0	0	0
6. อื่นๆ	33	10.37	0	0	0	0
7. ไม่ให้ข้อมูล	4	1.25	0	0	1	0.31
รวม	308	96.85	5	1.57	5	1.57

จากตารางที่ 4.13 พบว่า ลักษณะส้วมของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ส่วนใหญ่เป็นส้วมที่อยู่ในบ้าน ร้อยละ 96.85 และเป็นส้วมนอกบ้าน ร้อยละ 1.57 นอกจากนี้ยังพบว่าไม่มีส้วม จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.57

ตารางที่ 4.14 ลักษณะแบบส้วม

จำแนกการอยู่	ลักษณะแบบส้วม			
	นั่งยอง		ชักโครก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อยู่คนเดียว	12	3.77	44	13.83
2. อยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ	30	9.43	112	35.22
3. อยู่ตามลำพังเฉพาะกลางวัน	8	2.51	61	19.18
4. อยู่กับผู้ที่เป็นภาระ	2	0.62	6	1.88
5. อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	0	0	5	1.57
6. อื่นๆ	4	1.25	29	9.11
7. ไม่ให้ข้อมูล	3	0.94	2	0.62
รวม	59	18.55	259	81.44

จากตารางที่ 4.14 พบว่า ลักษณะแบบส้วมของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมือง  
 ชัยนาท ส่วนใหญ่เป็นแบบชักโครก ร้อยละ 81.44 และแบบนั่งยอง ร้อยละ 18.55

ตารางที่ 4.15 ราวจับส้วม

จำแนกการอยู่	ราวจับส้วม					
	มี		ไม่มี		ไม่ให้ข้อมูล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อยู่คนเดียว	12	3.77	37	11.63	7	2.20
2. อยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ	52	16.35	73	22.95	17	5.34
3. อยู่ตามลำพังเฉพาะกลางวัน	17	5.34	48	15.09	4	1.25
4. อยู่กับผู้ที่เป็นภาระ (หลาน/ผู้พิการ)	0	0	8	2.51	0	0
5. อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	2	0.62	3	0.94	0	0
6. อื่นๆ	13	4.08	17	5.34	3	0.94
7. ไม่ให้ข้อมูล	1	0.31	2	0.62	2	0.62
รวม	97	30.50	188	59.11	33	10.37

จากตารางที่ 4.15 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ส่วนใหญ่มีส้วมที่ไม่มีราวจับ ร้อยละ 59.11 และส่วนมากเป็นกลุ่มที่อยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกัน

ตารางที่ 4.16 ระดับของพื้นที่ร่วม

จำแนกการอยู่	ระดับของพื้นที่ร่วม					
	ต่างระดับ		ราบ		ไม่ให้ข้อมูล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อยู่คนเดียว	10	3.14	40	12.57	6	1.88
2. อยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ	44	13.83	87	27.35	11	3.45
3. อยู่ตามลำพังเฉพาะกลางวัน	22	6.91	44	13.83	3	0.94
4. อยู่กับผู้ที่เป็นภาระ (หลาน/ผู้พิการ)	2	0.62	6	1.88	0	0
5. อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	1	0.31	4	1.25	0	0
6. อื่นๆ	8	2.51	22	6.91	3	0.94
7. ไม่ให้ข้อมูล	0	0	3	0.94	2	0.62
รวม	87	27.35	206	64.77	25	7.86

จากตารางที่ 4.16 พบว่า ระดับของพื้นที่ร่วมของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมือง ชัยนาท ส่วนใหญ่เป็นพื้นราบ ร้อยละ 64.77 และเป็นพื้นต่างระดับ ร้อยละ 27.35

ตารางที่ 4.17 พื้นผิว

จำแนกการอยู่	พื้นผิวขณะเปียกน้ำ			
	ลื่น		ไม่ลื่น	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อยู่คนเดียว	5	1.57	51	16.03
2. อยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ	13	4.08	129	40.56
3. อยู่ตามลำพังเฉพาะกลางวัน	6	1.88	63	19.81
4. อยู่กับผู้ที่เป็นภาระ (หลาน/ผู้พิการ)	1	0.31	7	2.20
5. อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	1	0.31	4	1.25
6. อื่นๆ	2	0.62	31	9.74
7. ไม่ให้ข้อมูล	1	0.31	4	1.25
รวม	29	9.11	289	90.88

จากตารางที่ 4.17 พบว่า ระดับของพื้นผิวขณะเปียกน้ำของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ส่วนใหญ่มีสภาพไม่ลื่น ร้อยละ 90.88

ตารางที่ 4.18 แสงสว่างภายในบ้าน

จำแนกการอยู่	แสงสว่างภายในบ้าน					
	เพียงพอ		ไม่เพียงพอ		ไม่ให้ข้อมูล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อยู่คนเดียว	50	15.72	4	1.25	2	0.62
2. อยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ	134	42.13	2	0.62	6	1.88
3. อยู่ตามลำพังเฉพาะกลางวัน	68	21.38	0	0	1	0.31
4. อยู่กับผู้ที่เป็นภาระ	7	2.20	0	0	1	0.31
5. อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	5	1.57	0	0	0	0
6. อื่นๆ	30	9.43	0	0	3	0.94
7. ไม่ให้ข้อมูล	3	0.94	0	0	2	0.62
รวม	297	93.39	6	1.88	15	4.71

จากตารางที่ 4.18 พบว่า แสงสว่างภายในที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาทส่วนใหญ่มีแสงสว่างเพียงพอ ร้อยละ 93.39

ตารางที่ 4.19 พื้นภายในบ้าน

จำแนกการอยู่	พื้นภายในบ้าน					
	ลิ้น		ไม่ลิ้น		ไม่ให้ข้อมูล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อยู่คนเดียว	5	1.57	51	16.03	0	0
2. อยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ	9	2.83	131	41.19	2	0.62
3. อยู่ตามลำพังเฉพาะกลางวัน	4	1.25	65	20.44	0	0
4. อยู่กับผู้ที่เป็นภาระ	2	0.62	6	1.88	0	0
5. อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	0	0	5	1.57	0	0
6. อื่นๆ	3	0.94	29	9.11	1	0.31
7. ไม่ให้ข้อมูล	0	0	5	1.57	0	0
รวม	23	7.23	292	91.82	3	0.94

จากตารางที่ 4.19 พบว่า พื้นในบ้านของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ส่วนใหญ่เป็นพื้นแบบไม่ลิ้น ร้อยละ 91.82

ตารางที่ 4.20 ราวจับบันไดบ้าน

จำแนกการอยู่	ราวจับบันไดบ้าน					
	มีราวจับ		ไม่มีราวจับ		ไม่ให้ข้อมูล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.อยู่คนเดียว	33	10.37	15	4.71	8	2.51
2. อยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ	113	35.53	21	6.60	8	2.51
3. อยู่ตามลำพังเฉพาะกลางวัน	43	13.52	11	3.45	15	4.71
4. อยู่กับผู้ที่เป็นภาระ	3	0.94	3	0.94	2	0.62
5. อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	4	1.25	0	0	1	0.31
6. อื่นๆ	23	7.23	5	1.57	5	1.57
7.ไม่ให้ข้อมูล	5	1.57	0	0	0	0
รวม	224	70.44	55	17.29	39	12.26

จากตารางที่ 4.20 พบว่า บันไดบ้านของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ส่วนใหญ่เป็นบันไดที่มีราวจับ ร้อยละ 70.44

ตารางที่ 4.21 พื้นบันได

จำแนกการอยู่	พื้นบันได					
	ลื่น		ไม่ลื่น		ไม่มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อยู่คนเดียว	2	0.62	34	10.69	20	6.28
2. อยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ	4	1.25	105	33.01	33	10.37
3. อยู่ตามลำพังเฉพาะกลางวัน	2	0.62	46	14.46	21	6.60
4. อยู่กับผู้ที่เป็นภาระ	0	0	5	1.57	3	0.94
5. อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	0	0	4	1.25	1	0.31
6. อื่นๆ	2	0.62	19	5.97	12	3.77
7. ไม่ให้ข้อมูล	0	0	4	1.25	1	0.31
รวม	10	3.14	217	68.23	91	28.61

จากตารางที่ 4.21 พบว่า พื้นบันไดบ้านของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมือง  
 ชัยนาท ส่วนใหญ่ เป็นพื้นชนิดไม่ลื่น ร้อยละ 68.23 รองลงมาไม่มีบันได ร้อยละ 28.61

ตารางที่ 4.22 บ้านที่อยู่ใกล้

จำแนกการอยู่	บ้านที่อยู่ใกล้			
	ไม่มี		มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.อยู่คนเดียว	1	0.31	55	17.29
2. อยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ	3	0.94	139	43.71
3. อยู่ตามลำพังเฉพาะกลางวัน	0	0	69	21.69
4. อยู่กับผู้ที่เป็นภรรยา	0	0	8	2.51
5. อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	0	0	5	1.57
6. อื่นๆ	1	0.31	32	10.06
7. ไม่ให้ข้อมูล	0	0	5	1.57
รวม	5	1.57	313	98.42

จากตารางที่ 4.22 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ส่วนใหญ่มีบ้านที่อยู่ใกล้ ร้อยละ 98.42

ตารางที่ 4.23 ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน

จำแนกการอยู่	ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน					
	บ้านญาติ		เพื่อนบ้าน		ไม่มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.อยู่คนเดียว	18	5.66	38	11.94	0	0
2. อยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ	62	19.49	73	22.95	7	2.20
3. อยู่ตามลำพังเฉพาะกลางวัน	29	9.11	39	12.26	1	0.31
4. อยู่กับผู้ที่เป็นภาระ	3	0.94	5	1.57	0	0
5. อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	2	0.62	3	0.94	0	0
6. อื่นๆ	11	3.45	20	6.28	2	0.62
7. ไม่ให้ข้อมูล	2	0.62	2	0.62	1	0.31
รวม	127	39.93	180	56.60	11	3.45

จากตารางที่ 4.23 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านในลักษณะเพื่อนบ้าน ร้อยละ 56.60 รองลงมาเป็นบ้านญาติ ร้อยละ 39.93 และไม่มีความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านร้อยละ 3.45

ตารางที่ 4.24 การปลูกผักสวนครัว

จำแนกการอยู่	การปลูกผักสวนครัว 5 ชนิด			
	ใช่		ไม่ใช่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อยู่คนเดียว	15	4.71	41	12.89
2. อยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ	65	20.44	77	24.21
3. อยู่ตามลำพังเฉพาะกลางวัน	30	9.43	39	12.26
4. อยู่กับผู้ที่เป็นภาระ	3	0.94	5	1.57
5. อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	1	0.31	4	1.25
6. อื่นๆ	14	4.40	19	5.97
7. ไม่ให้ข้อมูล	2	0.62	3	0.94
รวม	130	40.88	188	59.11

จากตารางที่ 4.24 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ส่วนใหญ่ปลูกผักสวนครัว ไม่ครบ 5 ชนิด ร้อยละ 59.11

หมวด 3 ด้านการรับรู้และการเข้าถึงสิทธิตามมาตรฐานการส่งเสริมสวัสดิการและการ  
คุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4.25 การดูแลของครอบครัว

จำแนกการอยู่	การดูแลของครอบครัว			
	ไม่ดูแล		ดูแล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อยู่คนเดียว	9	2.83	47	14.77
2. อยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ	8	2.51	134	42.13
3. อยู่ตามลำพังเฉพาะกลางวัน	6	1.88	63	19.81
4. อยู่กับผู้ที่เป็นภาระ	0	0	8	2.51
5. อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	1	0.31	4	1.25
6. อื่นๆ	1	0.31	32	10.06
7. ไม่ให้ข้อมูล	0	0	5	1.57
รวม	25	7.86	293	92.13

จากตารางที่ 4.25 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ส่วนใหญ่  
ได้รับการดูแลจากครอบครัว ร้อยละ 92.13

ตารางที่ 4.26 การดูแลของเพื่อนบ้าน

จำแนกการอยู่	การดูแลของเพื่อนบ้าน			
	ไม่ดูแล		ดูแล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อยู่คนเดียว	7	2.20	49	15.40
2. อยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ	21	6.60	121	38.05
3. อยู่ตามลำพังเฉพาะกลางวัน	11	3.45	58	18.23
4. อยู่กับผู้ที่เป็นภรรยา	1	0.31	7	2.20
5. อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	1	0.31	4	1.25
6. อื่นๆ	11	3.45	22	6.91
7. ไม่ให้ข้อมูล	1	0.31	4	1.25
รวม	53	16.66	265	83.33

จากตารางที่ 4.26 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากเพื่อนบ้าน ร้อยละ 83.33

Learning Institute For Everyone

ตารางที่ 4.27 การดูแลของผู้นำ

จำแนกการอยู่	การดูแลของผู้นำ			
	ไม่ดูแล		ดูแล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อยู่คนเดียว	6	1.88	50	15.72
2. อยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ	12	3.77	130	40.88
3. อยู่ตามลำพังเฉพาะกลางวัน	3	0.94	66	20.75
4. อยู่กับผู้ที่เป็นภรรยา	2	0.62	6	1.88
5. อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	1	0.31	4	1.25
6. อื่นๆ	2	0.62	31	9.74
7. ไม่ให้ข้อมูล	1	0.31	4	1.25
รวม	27	8.49	291	91.50

จากตารางที่ 4.27 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากผู้นำ ร้อยละ 91.50

ตารางที่ 4.28 การดูแลของชมรมผู้สูงอายุ

จำแนกการอยู่	การดูแลของชมรมผู้สูงอายุ			
	ไม่ดูแล		ดูแล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อยู่คนเดียว	7	2.20	49	15.40
2. อยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ	38	11.94	104	32.70
3. อยู่ตามลำพังเฉพาะกลางวัน	23	7.23	46	14.46
4. อยู่กับผู้ที่เป็นภรรยา	4	1.25	4	1.25
5. อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	4	1.25	1	0.31
6. อื่นๆ	7	2.20	26	8.17
7. ไม่ให้ข้อมูล	2	0.62	3	0.94
รวม	85	26.72	233	73.27

จากตารางที่ 4.28 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 73.27

ตารางที่ 4.29 การดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุข

จำแนกการอยู่	การดูแลของ อสม			
	ไม่ดูแล		ดูแล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.อยู่คนเดียว	0	0	56	17.61
2. อยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ	4	1.25	138	43.39
3. อยู่ตามลำพังเฉพาะกลางวัน	2	0.62	67	21.06
4. อยู่กับผู้ที่เป็นภาระ	0	0	8	2.51
5. อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	1	0.31	4	1.25
6. อื่นๆ	1	0.31	32	10.06
7. ไม่ให้ข้อมูล	1	0.31	4	1.25
รวม	9	2.83	309	97.16

จากตารางที่ 4.29 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจาก อสม. ร้อยละ 97.16

## หมวด 4 ความเชื่อเรื่องสุขภาพ

### ตารางที่ 4.30 โรคประจำตัว

จำแนกการอยู่	โรคประจำตัว			
	มี		ไม่มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อยู่คนเดียว	42	13.20	14	4.40
2. อยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ	109	34.27	33	10.37
3. อยู่ตามลำพังเฉพาะกลางวัน	48	15.09	21	6.60
4. อยู่กับผู้ที่เป็นภาระฯ	4	1.25	4	1.25
5. อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	4	1.25	1	0.31
6. อื่นๆ	29	9.11	4	1.25
7. ไม่ให้ข้อมูล	4	1.25	1	0.31
รวม	240	75.78	78	24.52

จากตารางที่ 4.30 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.78

ตารางที่ 4.31 ภาวะสุขภาพจิต

จำแนกการอยู่	สุขภาพจิต					
	ดี		ปกติ		เสี่ยง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อยู่คนเดียว	28	8.80	18	5.66	10	3.14
2. อยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ	81	25.47	56	17.61	5	1.57
3. อยู่ตามลำพังเฉพาะกลางวัน	42	13.20	21	6.60	6	1.88
4. อยู่กับผู้ที่เป็นภาระ	5	1.57	2	0.62	1	0.31
5. อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	3	0.94	2	0.62	0	0
6. อื่นๆ	18	5.66	11	3.45	4	1.25
7. ไม่ให้ข้อมูล	3	0.94	1	0.31	1	0.31
รวม	180	56.60	111	34.90	27	8.49

จากตารางที่ 4.31 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิต อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 56.60 รองลงมาในระดับปกติ ร้อยละ 34.90 และมีภาวะเสี่ยงร้อยละ 8.49

ตารางที่ 4.32 ศักยภาพตามความสามารถ

จำแนกการอยู่	ศักยภาพตามความสามารถ					
	ติดสังคม		ติดบ้าน		ติดเตียง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อยู่คนเดียว	43	13.52	13	4.08	0	0
2. อยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ	102	32.07	35	11.00	5	1.57
3. อยู่ตามลำพังเฉพาะกลางวัน	37	11.63	29	9.11	3	0.94
4. อยู่กับผู้ที่พิการ	7	2.20	1	0.31	0	0
5. อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	2	0.62	3	0.94	0	0
6. อื่นๆ	20	6.28	10	3.14	3	0.94
7. ไม่ให้ข้อมูล	4	1.25	0	0	1	0.31
รวม	215	67.61	91	28.62	12	3.77

จากตารางที่ 4.32 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาทส่วนใหญ่ มีศักยภาพตามความสามารถ ประเภท ติดสังคมร้อยละ 67.61 ติดบ้านร้อยละ 28.62 และติดเตียง ร้อยละ 3.77

ตารางที่ 4.33 อุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์

จำแนกการอยู่	อุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์			
	ไม่มี		มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อยู่คนเดียว	45	14.15	11	3.45
2. อยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ	112	35.22	30	9.43
3. อยู่ตามลำพังเฉพาะกลางวัน	57	17.92	12	3.77
4. อยู่กับผู้ที่เป็นภาระ	7	2.20	1	0.31
5. อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	5	1.57	0	0
6. อื่นๆ	20	6.28	13	4.08
7. ไม่ให้ข้อมูล	2	0.62	3	0.94
รวม	248	77.98	70	22.01

จากตารางที่ 4.33 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ส่วนใหญ่ไม่มีอุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์ ร้อยละ 77.98

ตารางที่ 4.34 จำนวนร้อยละการประดิษฐ์อุปกรณ์ช่วยในการดูแลสุขภาพ

จำแนกการอยู่	การประดิษฐ์อุปกรณ์ช่วยในการดูแลสุขภาพ			
	ไม่มี		มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อยู่คนเดียว	46	14.46	10	3.14
2. อยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ	125	39.30	17	5.34
3. อยู่ตามลำพังเฉพาะกลางวัน	66	20.75	3	0.94
4. อยู่กับผู้ที่เป็นภรรยา	8	2.51	0	0
5. อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	5	1.57	0	0
6. อื่นๆ	27	8.49	6	1.88
7. ไม่ให้ข้อมูล	3	0.94	2	0.62
รวม	280	88.05	38	11.94

จากตารางที่ 4.34 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ส่วนใหญ่ไม่ได้มีการประดิษฐ์อุปกรณ์ช่วยในการดูแลสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 88.05

ผู้วิจัยได้สรุปผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลสถานะสุขภาพและการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังของภาครัฐ ชุมชน และท้องถิ่นในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ทั้ง 4 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 ข้อมูลด้านคุณลักษณะทั่วไป หมวดที่ 2 ข้อมูลด้านสภาวะแวดล้อมทั่วไป หมวดที่ 3 ข้อมูลด้านการรับรู้และการเข้าถึงสิทธิตามมาตรฐานการส่งเสริมสวัสดิการและการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ และหมวดที่ 4 ข้อมูลด้านความเชื่อเรื่องสุขภาพ นำเสนอได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตพื้นที่ 4 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนศรีวิชัย ชุมชนหลักเมือง ชุมชนทรายางสัมพันธ์ และชุมชนวงษ์โตเก่าพัฒนา จำนวน 318 คน คิดเป็นสัดส่วนพึงพิงที่ต้องการเกือบ 1 ต่อ 20 ของประชากรทั้งหมดในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท โดยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังกับผู้สูงอายุด้วยกันและอยู่ลำพังเฉพาะกลางวัน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลและสนับสนุนอย่างใกล้ชิด

จุดเด่น ที่ค้นพบจากการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังส่วนใหญ่ยังมีคู่สมรสอยู่ เป็นกลุ่มข้าราชการบำนาญ มีรายได้มากกว่า 2 หมื่นบาทต่อเดือนและมีบุตรหลานมาหาทุกวัน

ประเด็นที่ต้องเร่งรัดพัฒนา ได้แก่ การหนุนเสริมเรื่องอาชีพเพื่อเสริมรายได้ เพราะผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังส่วนหนึ่งยังไม่มีอาชีพและใช้เบี้ยยังชีพเป็นรายได้หลัก ซึ่งควรหนุนเสริมพลังให้แก่

## ผู้สูงอายุที่อาศัยลำพัง



ภาพที่ 4.1 สถานการณ์สภาวะสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังในเขตเทศบาล



## สถานการณ์ (วันที่ 31 ธันวาคม 2557)

- จำนวน 7,018 คน
- ประชากร 12,622 คน : ชาย 5,894 คน(46.7%) / หญิง 6,728 คน(53.3%)



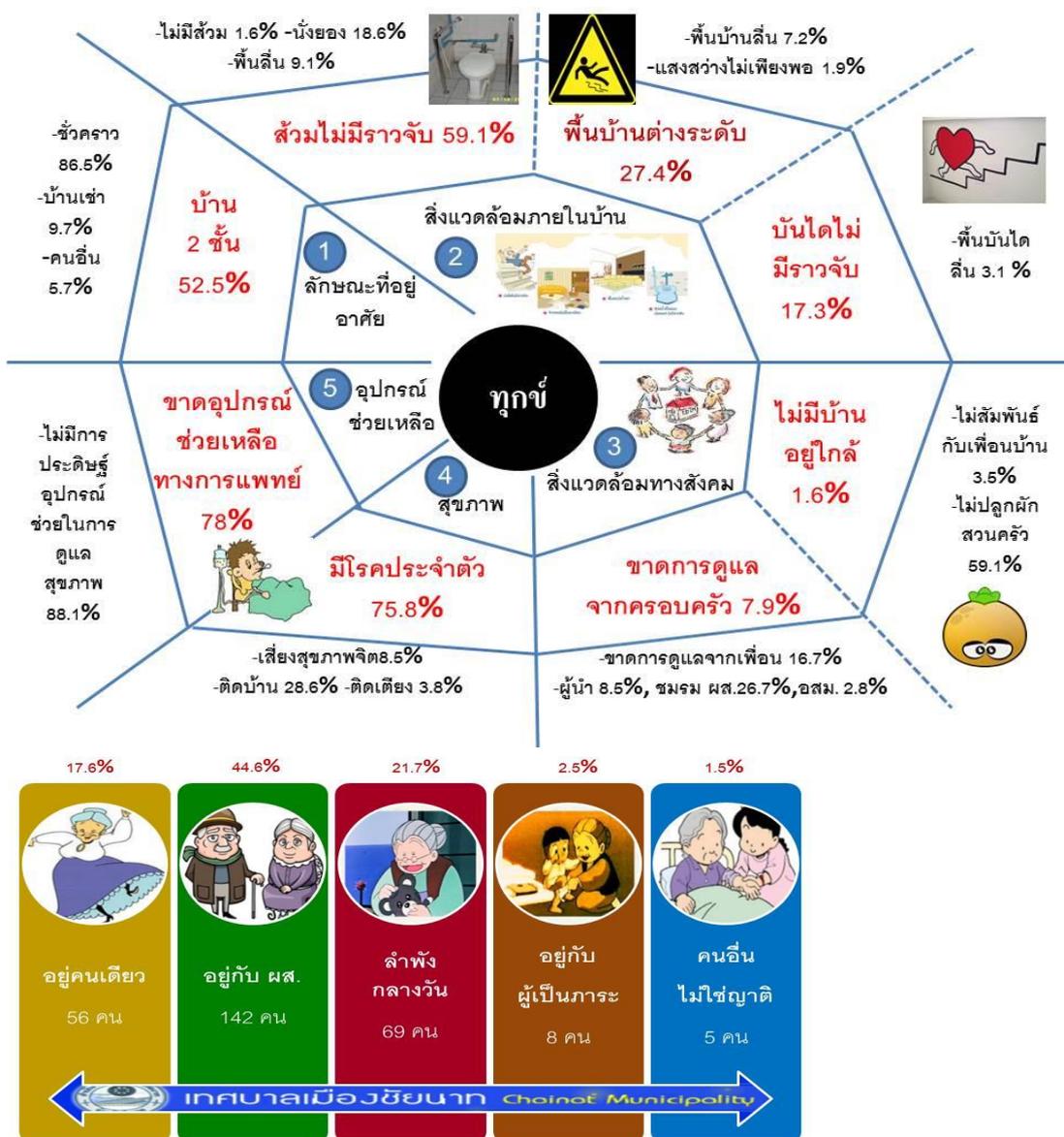
ภาพที่ 4.2 กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกให้เป็นแกนนำทำกิจกรรมกลุ่ม

1. ประเด็นปัญหาที่ได้จากข้อค้นพบการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัญหาด้านสภาวะแวดล้อมทั่วไป ด้านการรับรู้และการเข้าถึงสิทธิตามมาตรฐานการส่งเสริมสวัสดิการและการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ และด้านความเชื่อเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ทั้ง 4 ชุมชน มีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กัน ซึ่งสามารถจำแนกตามแผนภาพโยแมงมุมและอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ทั้ง 4 ชุมชน มีความเสี่ยงต่อการประสบอุบัติเหตุภายในบ้าน เนื่องจากข้อค้นพบสาเหตุที่สำคัญ 2 ประการ ได้แก่

1. ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นบ้าน 2 ชั้น ลักษณะชั่วคราว ภายในบ้านไม่มีอุปกรณ์ราวจับเพื่อใช้สำหรับพยุงตัวหรือยึดเหนี่ยวร่างกายขณะเคลื่อนไหว โดยเฉพาะในห้องสุขาและบันได นอกจากนี้ยังมีบางส่วนที่เป็นพื้นต่างระดับ

2. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวและอยู่ในสภาพติดบ้าน ไม่ค่อยเข้าสังคม ก่อให้เกิดเสี่ยงต่อการสูญเสียสุขภาพจิต นอกจากนี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังส่วนใหญ่ไม่นิยมประดิษฐ์อุปกรณ์ช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพ เนื่องจากอยู่ในชุมชนเขตเมืองที่นิยมการซื้อหาสะดวกรวดเร็วกว่า อีกทั้งแรงสนับสนุนจากคนในชุมชนก็ขาดการกระตุ้นใช้ภูมิปัญญามาพัฒนาแก้ไขปัญหในชีวิตประจำวัน

ข้อสังเกตที่ค้นพบ คือ ยังมีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังส่วนหนึ่งยากไร้และมีรายได้น้อย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในด้านการพัฒนาที่อยู่อาศัยและปรับสภาพสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น ยังไม่มีส้วม หรือมีแบบนั่งยอง แสงสว่างภายในบ้านไม่เพียงพอ พื้นบ้านหรือห้องส้วมเป็นชนิดลื่น ขาดการดูแลจากครอบครัว ตลอดจนขาดความตระหนักและการเอาใจใส่ด้านสุขภาพ ซึ่งควรเร่งรัดพัฒนาต่อไป



ภาพที่ 4.3 สภาพปัญหา(ทุกข)ของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังในเขตเทศบาล

อย่างไรก็ตาม จากข้อค้นพบการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ทั้ง 4 ชุมชน มีความต้องการสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐานจำนวน 7 ประการ ได้แก่

1. ราวจับห้องน้ำ
2. การเชื่อมบ้าน
3. สถานที่จัดกิจกรรมร่วมกันในชุมชน
4. รถบริการรับ-ส่ง ด้านความเจ็บป่วยและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
5. เครื่องอุปโภคบริโภคในครัวเรือน
6. อาชีพเสริมเพื่อเพิ่มรายได้
7. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

ซึ่งเมื่อวิเคราะห์เชื่อมโยงกับทุนทางสังคมของเทศบาลเมืองชัยนาท พบว่า สามารถดำเนินการพัฒนา

แก้ไขปัญหาดังกล่าวให้สอดคล้องความต้องการทั้ง 7 ประการ ได้ทันทีและเกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพเชิงประจักษ์ได้ด้วย เนื่องจากทุนทางสังคมมีมากโดยเฉพาะ “ทุนคน” ซึ่งผู้วิจัยพบว่า พลังกลุ่มผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการบำนาญ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีชมรมผู้สูงอายุทั้งในระดับเทศบาลและระดับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในระดับเข้มแข็ง ทำกิจกรรมต่อเนื่องทุกเดือน มีการจัดสวัสดิการชุมชน เช่น ฅาปนกิจสงเคราะห์ กองทุนสวัสดิการ และกลุ่มออมทรัพย์ ในระดับชุมชนและระดับเทศบาล นอกจากนี้ เทศบาลเมืองยังมีหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้องและหนุนเสริม เช่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เครือข่ายบ้านพักเด็กและสตรีจังหวัด ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจังหวัด ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองชัยนาทจำนวน 2 แห่ง โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท หน่วยงานระดับกองต่าง ๆ ของเทศบาลเมืองชัยนาท และทีมนายกเหล่ากาชาดจังหวัดชัยนาท



ภาพที่ 4.4 ความต้องการและทุนศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังในเขตเทศบาล

**ประเด็นท้าทาย** คือ การสานพลังทุนทางสังคมที่มีอยู่ของเทศบาลเมืองให้รับรู้ เข้าใจและเห็นปัญหาที่เป็นความทุกข์ร่วมของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง เพื่อแปลงทุกข์ด้วยทุนที่มีอยู่ให้เกิดการกระทำที่ตอบสนองความต้องการที่จำเป็นอย่างแท้จริง ภายใต้ความร่วมมือของทุกภาคส่วนทั้งหน่วยงานรัฐ ท้องถิ่น และชุมชน

ผู้วิจัยเห็นว่า ปัจจัยสำคัญคือ ผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพและด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเทศบาลเมืองชั้นนาท ควรร่วมกันเป็นเจ้าภาพหลักทำหน้าที่เชื่อมประสานพลังภาคีเครือข่ายเพื่อจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เชื่อมคน เชื่อมงาน เชื่อมทรัพยากรและสานพลังศักยภาพของแต่ละภาคส่วนให้หนุนเสริมอย่างสมดุล

“เกิดการตระหนักรู้คุณค่าและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นเจ้าของสุขภาพร่วมกัน”





ภาพที่ 4.5 เวทีสรุปปัญหาการเก็บข้อมูลในชุมชน



ภาพที่ 4.6 นักวิจัยชุมชนสำรวจบ้านผู้สูงอายุอยู่ลำพัง



ภาพที่ 4.7 ประสานภาคี เครือข่าย ภาครัฐ เข้าช่วยเหลือบ้านผู้สูงอายุที่อาศัยกับผู้พิการ  
เป็นคนพิการ 2 คน



ภาพที่ 4.8 เวทีคืนข้อมูล

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview)

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมพลังที่อาศัยลำพัง

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุอาศัยเพียงลำพังอยู่ที่มีภาวะเจ็บป่วยต้องพึ่งพิง

กลุ่มที่ 3 แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

กลุ่มที่ 4 ผู้บริหารงานด้านสาธารณสุขและผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมพลังที่อาศัยลำพัง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมพลังที่อาศัยลำพัง จำนวน 4  
ชุมชน ชุมชนละ 2 ท่าน รวมทั้งสิ้นจำนวน 8 ท่าน ซึ่งนำเสนอผลการวิจัยได้ดังนี้

ตารางที่ 4.35 ตารางสรุปการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมพลังที่อาศัยลำพัง

ประเด็น	ข้อค้นพบ
1.การดำรงชีวิตประจำวัน	-ตื่นนอนช่วง 04.00-05.30 น. -กิจกรรม: สวดมนต์ ทำสมาธิ ออกกำลังกาย(เดิน แกว่งแขน แอโรบิค เต้นบาสโลป รำวง) เตรียมอาหาร ทำบุญใส่บาตร ทำความสะอาดบ้าน เข้าร่วมประชุมสังสรรค์ พักผ่อน อ่านหนังสือ ดูทีวี รดน้ำต้นไม้ ปลุกพืชผักสวนครัว -อาหาร: นม น้ำพริก ผัก ปลา กาแฟ -ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 300 บาท/วัน (อาหารและของใช้ส่วนตัว)
2.แนวคิดการใช้ชีวิต (ความเชื่อ ศรัทธา แรงจูงใจ)	-หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงและธรรมะ -ภูมิใจในตนเองที่ใฝ่เรียนรู้และพัฒนา -ภูมิใจได้ช่วยเหลือผู้อื่นและสังคมชุมชนที่อยู่อาศัย -ภูมิใจได้เป็นบุคคลดีเด่น -แรงจูงใจครอบครัวประสบความสำเร็จ เป็นคนดี การงาน มั่นคง
3.สิ่งที่ยึดเหนี่ยวให้ชีวิตยืนยาว	ครอบครัวและธรรมะ

ตารางที่ 4.35 ตารางสรุปการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมพลังที่อาศัยลำพัง (ต่อ)

ประเด็น	ข้อค้นพบ
4.ข้อกังวลห่วงใย	การทำตัวแทน(ทายาท) ร่วมพัฒนาชุมชน
5.การรับรู้ความทุกข์ของผู้อื่นและการให้ความช่วยเหลือ	-เห็นใจและเข้าใจ ให้ความช่วยเหลือด้านสวัสดิการ ให้คำปรึกษาด้านกฎหมาย พุดคุยเยี่ยมเยียนกำลังใจ และประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
6.บุคคลหรือหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญของการดูแลสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภคในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง	1.คนในครอบครัว ด้านการเงินและกำลังใจ 2.เพื่อนบ้าน ด้านกิจกรรมที่ทำไม่ได้ 3.โรงพยาบาล ด้านการรักษาเมื่อเจ็บป่วย 4.เทศบาล ด้านบำบัดทุกข์บำรุงสุขตามอำนาจหน้าที่ 5.อสม. ด้านน้ำใจเอาใจใส่ต่อละแวกบ้านที่รับผิดชอบ

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมพลังที่อาศัยลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท มีวิถีชีวิตที่เรียบง่าย ใช้หลักแนวคิดความพอเพียงและหลักธรรมะเป็นเครื่องดำเนินชีวิตจนเกิดความภาคภูมิใจ และศรัทธาแห่งตนและคุณความดี ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำอย่างต่อเนื่องด้วยการบริโภคอาหารและออกกำลังกายที่เบาสบาย หล่อเลี้ยงจิตใจด้วยครอบครัวและสามารถแบ่งปันเสียดสเวลา ความสุขให้ผู้อื่นและสังคมได้

### บทเรียนชีวิต...ผู้สูงอายุที่มี “พุดพลัง”



ภาพที่ 4.9 นางวัลภา คงอินทร์ คุณครูบ้านอายุวัย 61 ปี

“ เป็นครูเกษียณจาก โรงเรียนอนุบาลชัยนาท ก่อนเคยทำงานหนักมาก 6 โมงเช้าถึง รร 6 โมงเย็นกลับถึงบ้านไม่ค่อยมีเวลาว่างเลยพอเกษียณมาว่าง จิตตกเลยค่ะ เคยทำงานมากเลยอยู่ไม่ได้งานอะไรเลย เดินออกกำลังกายก่อนนอนแล้วเพื่อนมาชวนปั่นจักรยานเข้ามาเดินตอนตีห้าหน้าบ้าน แล้วก็ปั่นนัดกันมาแล้วก็ไปถ่ายรูปที่สันเขื่อนเจ้าพระยา ปั่นอยู่ปี สุขภาพที่เคยจิตตกไม่มี ความดันลดลง จาก150เหลือ110 ปวดหัวเข่าก็หายไปด้วยไม่รู้เกี่ยวกับอะไรไม่รู้ แต่ที่ได้แน่ๆคือสุขภาพจิต พอปั่นไปถึงเขื่อนก็ถ่ายรูปลงไลน์ แล้วก็ไปกินกาแฟ ใครมีอะไรก็มาแบ่งปันกัน เราลงขันกันเดือนละ 100 บาท เราไม่ได้ปั่นไกลๆเราปั่นซ้าๆได้เพื่อน”

นางวัลภา กล่าว



ภาพที่ 4.10 นายเทพ ลีลา ช่างตัดผมวัย 61 ปี

“ผมป่วยอย่างหนักมากเลยนะครับ เบาหวาน ความดัน หัวใจ เลือดข้น นี่คือผม เป็ผ่านไป กลับมาเป็นทีอย่างทีเห็นเข้าที อย่ำท้อ ถามว่าป็นแล้วเหนื่อยมัย เหนื่อยครับแล้วป็นทำไม แล้วนอนทำไม แล้วป็นกับนอนจะเลือกอะไร นอนเมื่อไรก็นอนได้ ลูกหลานรอท่านอยู่นะครับ ตอนนีไม่ ต้องไปผ่าแล้วครับ ผมต่อรองหมอยิ่งกินยามากเท่าไรยิ่งอันตราย แล้วผมของฝากลูกหลานใครต่อ การจะเรียนเสริมสวยเชิญได้เลยนะครับเราสอนจนกว่าจะเป็นไม่ใช่รูๆปลาๆขอเชิญเลยนะครับ ”

พี่เทพลีลา

ผู้สูงอายุที่มี “พหุพิพลัง”



#### ภาพที่ 4.11 นายองอาจ หล้าอุบล ประธานชมรมจักรยานจังหวัดชัยนาท

เราทำตามใจเรา คือคนวัยนี้ อย่าไปกดดันในสิ่งต่างๆไม่ต้องทำตามกรอบสี่เหลี่ยมคนอายุ70 ต้องทำอย่างนี้เท่านั้น ทำอย่างไรก็ได้ ให้สุขภาพดี เราซึมซับสิ่งดีๆอย่างอื่นมันดีตามมาหมดตั้งแต่คำพูด ถ้าว่าเราตินะจะลุกจะเดินจะนั่งจะเดิน 60 ขึ้น 70ขึ้นทำให้คนอายุ40ต้องอิจฉา แบบต่างๆที่เอามาใส่ตัวผมให้สุขภาพดีคือออกกำลังกาย ขานี้เอาไว้ห่างๆเลย ตื่นมาแต่เช้าแม่บ้านจะประจบพอบ้านก็กินข้าวนี้ประจบแบบผิๆที่ถกต้องสูบลมยางจักรยานรีซิ่ง กระหนุงกระหนิงไปกันสองคน บ้านเราเส้นทางจักรยานแทบจะปลอดภัยที่สุดในประเทศไทยเลยนะรีบแม่น้ำเจ้าพระยาได้ทั้งไอโซนออกซิเจน อากาศดี อารมณ์ดี วัฒนธรรมของสุนัขริมทางก็ทักทายดีขึ้น ไม่ไล่จับเหมือนแต่ก่อนเพราะชิน เคล็ดลับ อารมณ์ดี ออกกำลังกายออกแบบของตัวเองทำอะไรแล้วที่ผมพูดมันมีอยู่ในธรรมชาติอยู่แล้วการออกกำลังกายเราจะได้ตั้งแต่ปลายประสาทส่วนหัวยันปลายเท้า ร่างกายสูบฉีดโลหิตได้แรงขึ้นออกกำลังกายมัน “ทำให้เรารู้จักจังหวะในการหายใจเรามากที่สุด” หายใจเข้าออกซิเจนหายใจออกคาร์บอนไดออกไซด์ของดีเอาเข้าของไม่ได้เอาออกไปให้หมด

ผู้สูงอายุที่มี “พละกำลัง”



#### ภาพที่ 4.12 อ.ชด หุ่นดี ประธานชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมือง

ผมเองรวย มีเงินล้าน โสด มีความมุ่งมั่นเริ่ม ตั้งแต่ปี50เริ่มก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุเทศบาลชัยนาท ผมไม่ชอบ แต่ผมชอบ อสม. ชมรมตั้งมา9ปี ขึ้นแรกเลยต้องให้เค้าก่อน โครงการผู้สูงอายุต้องรวบรวมคนแล้วจะทำอย่างไรให้เค้าเข้ามาและได้ปรึกษานายก และได้ไอเดีย แจกเสื้อ ตอนนี้

เสียเหลือเกินวันพ่อ ทำแจก 300 ตัว ในตอนสมัคร หลังจากนั้นที่อยู่วันนี้ 397 ท่าน แล้วผมก็ดูแลมาตลอด ทุกข์สุขอะไร มีการฉาปนกิจสำหรับสมาชิก

...เราต้องบริจาคทานเพื่อฝึกตัวเองไม่ให้เป็นคนโลก ผมมีตั้งให้เค้าไป100 แล้วมันมีความสุขครับที่ได้ช่วยคนเดือดร้อน ลองเลยครับเห็นหมาเราก็กิน เห็นแมวก็ให้มันกิน ใครเดือดร้อนเราช่วยได้เราช่วย แต่ไม่ให้ตัวเองลำบากนะ ช่วยเพราะเราช่วยได้จะเกิดความสุขจริงๆเลย ครับ สุขที่เราให้คนหิวเนี่ย คนหิวเนี่ยให้เลยครับ เราจะสุขทันทีเลย โอ้ให้เค้ากิน เมื่อวันนั้นผมไปตกคิอยู่ ผมไปขึ้นรถไฟฟรีนั่งกินข้าวตรงรถไฟตอน8 โมงเช้าก็มีคนมาไหว้ของตั้งซื้อข้าวกิน ทุกคนก็ไม่สนใจนะ เค้ามองกันในแง่ลบอะ ว่าไอ้พวกนี้ไม่ทำงานขอเค้ากิน ผมก็เลยๆแล้วเค้าก็เดินมาหาผม รั้มั้ยผมทำอะไร ผมก็ไปบอกแม่ค้าตัดข้าวให้เค้างานนี้เนาะ ผมไม่ได้ให้เงินนะ แต่ผมให้เค้ากิน เค้าก็ไปนั่งกินแล้วก็ยกมือไหว้ผม ผมไม่ต้องการสิ่งตอบแทนแต่มีความสุข นี่ละครับ ผมให้ได้เสียสละได้แล้วจะมีความสุข เริ่มจากการฝึกล้างสมองตัวเอง ให้เรามีชีวิตอยู่แบบนอนตายตาหลับ ตายแบบยิ้มตาย ไม่ทუნทุลาฯ สุดท้ายนะครับ มีเรื่องจริงเมื่อ2วันที่ผ่านมา ผมงานศพของคุณพ่อของสามีเพื่อนผม เชื่อมั้ยครับก่อนจะตายทรมานมากเลย มันเหลือเชื่ออะ คนตายต้องค่อยๆไปใช้มัยตายแบบสงบ คนทუნทุลาฯเพราะทำบาปไว้เยอะแกลบลงไม่ตกกลงนรกแน่คล้ายๆอย่างนั้นละ น้ำลายฟูมปาก ขนาดมีเครื่องช่วยหายใจนะคืนเหมือนวัวเหมือนควายนะ นี่มันมีจริงเหลือเนี่ย ผมไม่เชื่อเรื่องสวรรค์นะผมเชื่อว่าปัจจุบันนี้มีความสุขไร้เปล่าไม่ต้องมีชาติหน้า ชาตินี้ละ ผมอยากเป็นอาจารย์ใหญ่เอาไปผ่าก็ได้ เอาไปบริจาคผมเสียตาย ผมไม่ได้สูบบุหรี่มาตั้งแต่อายุ25 ไม่ดื่มเหล้า

**ผู้สูงอายุมิ “พฤทธิพลัง”**



**ภาพที่ 4.13** อาจารย์วิจิต แก้วจินดา ประธานชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชยันนาทเรนทร

บางส่วนจะรู้จักผม ผมรับไม้ต่อจากอ.เฉลิม อ.เชาวดี ตอนนั้นยังไม่รู้จัก ผมก็เข้ามา 2ปี อ.เฉลิมก็จากไป ก่อนไปเขาก็ยึดเยียดให้ผมเป็นตอนนั้นผมลืมนะว่าผม อายุ63แล้ว นึกว่ายัง 50ต้นๆอยู่ ชมรมผู้สูงอายุนี้นำมาทำเพราะว่า ปัจจุบันนี้ผู้สูงอายุก็นึกถึงคนแก่ตัวอเป็นกึ่ง ผมขาวผมร่วง ไปไหนก็ไม่ได้ ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง เล้ามองว่าต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ ผมมีความคิดว่าต้องสร้างภาพลักษณ์ แทนที่จะต้องเป็นภาระของสังคม อย่างกระนั้นเลยเราเป็นตัวของเราเองดีกว่า เราต้องส่งเสริมเรื่องสุขภาพ ทั้งกายและจิต วิทยากรให้ความรู้เรื่อง โรคภัยไข้เจ็บ อาหารของผู้สูงอายุ ตรวจโรคเบาหวาน ความดัน นันทนาการ พระเทศน์ ยกคุณภาพชีวิตแทนที่จะหงอยเหงาอยู่ที่บ้าน ยกระดับชีวิต “เราต้องอยู่ในสังคมที่เป็นบวกให้ได้”

ผู้สูงอายุที่มี “พหุณิพลัง”



**ภาพที่ 4.14** อาจารย์เชาวดี สุวรรณโชติ ประธานชมรมสตรีอาสาพัฒนาชุมชนเทศบาลเมืองชยันนาท

เป็นครูมาก่อนพูดอะไรก็กลัวนักเรียนไม่เข้าใจแต่ไม่พูดออกนอกกลุ่มนอกทาง เดิมทีเดียวเราเกษียณตั้งแต่ 2540 เป็นหัวหน้าอ.แนะแนวที่โรงเรียน ชนพ. แล้วก็ อ.ระดับ 8 มีรุ่นพี่ชักชวนเมื่อไรเกษียณมาร่วมชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชยันต เพราะที่ตอนนั้นเป็นพระราชเสาวนีย์ของสมเด็จพระย่าในมีชมรมผู้สูงอายุ ใครๆก็เป็นได้ ก็ได้รับตำแหน่งประชาสัมพันธ์ เลขา รองประธาน ประธาน เป็นประธาน 7 ปี แต่ตอนนี้เป็นประธานที่ปรึกษาชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชยันตทนเรนทร ตอนทำงานเราก็อยากให้มีสวัสดิการให้สมาชิกเค้าก่อน “เราก็ให้เค้าก่อนเมื่อเราอยากได้อะไรเค้าก็ให้เราได้ง่าย” ตอนนี้เราให้ใครง่ายเราก็คงคิดให้ เราทำงานมาเยอะเลย ตอนนี้กองสวัสดิการ เราได้เป็นสตรีดีเด่นแห่งชาติ เป็นแม่ดีเด่นแห่งชาติ เรามาให้กะ เรายึดศีล 5 กะในการดำเนินชีวิต คนไทยเราจำเป็นต้องมีเศรษฐกิจพอเพียง แม้แต่การใช้เงินในครอบครัวก็ต้องพอเพียงกะ ผิดต้องยอมรับ นารักจะตายไป แต่ต้องมีเหตุผลกะ มีแต่คำว่าให้แล้วก็อยากให้เราเป็นผู้ให้

### กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังที่มีภาวะเจ็บป่วยต้องพึ่งพิง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังที่มีภาวะเจ็บป่วยต้องพึ่งพิง จำนวน 4 ชุมชน ชุมชนละ 2 ท่าน รวมทั้งสิ้นจำนวน 8 ท่าน ซึ่งนำเสนอผลการวิจัยได้ดังนี้

#### ตารางที่ 4.36 ข้อค้นพบพฤติกรรมผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังและมีภาวะเจ็บป่วยต้องพึ่งพิง

ประเด็น	ข้อค้นพบ
1.ภาวะทุกข์ยากต้องพึ่งพิง	ไปหาหมอโดยรถรับจ้าง
2.ความเชื่อศรัทธาด้านสุขภาพ	เชื่อกฎแห่งกรรม ยึดมั่นความดี การแพทย์ปัจจุบันรักษาได้
3.ความช่วยเหลือที่ได้รับ	-การเยี่ยมให้คำปรึกษา ให้ความรู้ด้านสุขภาพของหน่วยงาน -อสม.คอยช่วยตรวจคัดกรองสุขภาพและแจ้งข่าวสาร -แกนนำชุมชน จัดประชุมและสวัสดิการชุมชน -เพื่อนบ้าน พุดคุย

	- ลูกหลานญาติพี่น้อง ดูแลเยี่ยมเจ็บป่วย การใช้ชีวิตประจำวัน
4. ความต้องการช่วยเหลือที่ทำให้เข้าถึงสามารถเข้าถึงบริการมากขึ้น	- มีช่องทางด่วนเฉพาะ - บริการรับส่ง (เข้าร่วมกิจกรรมหรือไปหาหมอ) - มีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพื่อทำกิจกรรมร่วมกัน - มีกิจกรรมหลากหลายทั้งร่างกาย สมอง จิตใจ - ข่าวสารเสียงตามสาย
5. การได้รับบริการเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังต้องพึ่งพิง	- มีแพทย์ ทันตแพทย์และจิตแพทย์ดูแลประจำ - เยี่ยมต่อเนื่อง

โดยสรุปผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังที่มีภาวะเจ็บป่วยต้องพึ่งพิง มีความทุกข์เรื่องการเดินทางไปรักษาพยาบาล ต้องการการบริการรับส่งทั้งการรักษาและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ตลอดจนการเชื่อมต่อเนื่องจากทีมสุขภาพที่หลากหลายทั้งด้านรักษาจากแพทย์ ด้านสุขภาพฟันและสุขภาพจิต ส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือในสังคมมีอยู่แล้วทั้งหน่วยงานรัฐและคนในชุมชน สิ่งที่ต้องการเพิ่มเติมคือการมีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพื่อจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่หลากหลายทั้งด้านกาย สมองและจิตใจ ตลอดจนการได้รับข่าวสารจากเสียงตามสายเพื่อเข้ารับรู้ การสื่อสารและเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ

**กลุ่มที่ 3 แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และ care giver**

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มแกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และ care giver (ที่ไม่ได้รับค่าจ้าง) จำนวน 4 ชุมชน ชุมชนละ 2 ท่าน รวมทั้งสิ้นจำนวน 8 ท่าน ซึ่งนำเสนอผลการวิจัยได้ดังนี้

**ตารางที่ 4.37** ข้อค้นพบพฤติกรรมแกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และ care giver (ที่ไม่ได้รับค่าจ้าง)

ประเด็น	ข้อค้นพบ
1. แรงจูงใจในการเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ	- เขาค่อยโอกาส ขาดคนดูแล เหมือนได้ทำบุญ - อยากเรียนรู้และมีประสบการณ์เพื่อใช้กับญาติและครอบครัว
2. บทบาท	- เยี่ยมบ้าน เพื่อนคุยไม่ให้เหงา ตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้น - ให้คำแนะนำการรับประทานยา อาหาร แจ็งข่าวและสิทธิ์ต่าง ๆ - ตำรวจ จัดทำข้อมูล ประสานความช่วยเหลือ

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-สร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ดูแลอำนวยความสะดวกจ่าย เบี้ยยังชีพ กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ</li> <li>-บริการรับส่งผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล</li> </ul>
3.วิธีการทำงาน	<p>ทำความเข้าใจกับเพื่อนร่วมงาน กระจายข่าวให้ อสม. ลงพื้นที่สำรวจ เยี่ยมบ้านและชักชวนผู้สูงอายุพูดคุยเรื่องประจำวันบ่อยๆ ให้เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อเพื่อขอรับการช่วยเหลือ</p>
4.ผลตอบรับและปัญหาอุปสรรค	<ul style="list-style-type: none"> <li>-ผลตอบรับดี ผู้สูงอายุมีความสุข ดีใจที่มีคนมาดูแล</li> <li>-อุปสรรคช่วงเวลาไม่สอดคล้องกัน ขาดความต่อเนื่องเพราะต้องประกอบอาชีพหลัก ยังไม่มั่นใจใช้เครื่องมืออุปกรณ์ช่วยเหลือ</li> </ul>

ตารางที่ 4.37 ข้อค้นพบพฤติกรรมแกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และ care giver (ที่ไม่ได้รับค่าจ้าง) (ต่อ)

ประเด็น	ข้อค้นพบ
5.บทบาทชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง	<ul style="list-style-type: none"> <li>-กิจกรรมสังสรรค์ พบปะพูดคุยเดือนละครั้ง</li> <li>-จัดให้มียานพาหนะรับส่งผู้สูงอายุในชุมชน</li> <li>-สร้างเครือข่ายให้ความรู้และผู้ดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น</li> <li>-ประสานหน่วยงานให้ความช่วยเหลือ</li> <li>-ดูแลจัดสภาพแวดล้อมบ้านให้เหมาะสมและปลอดภัย เช่น ราวจับ แสงสว่าง โถส้วมชักโครก</li> <li>-จัดหาสวัสดิการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตประจำวันแก่ผู้ด้อยโอกาส และอยู่ในภาวะต้องพึ่งพิง</li> <li>-สร้างสังคมที่ไม่ทอดทิ้งกัน</li> </ul>
6.สิ่งที่ควรได้รับการสนับสนุนในการทำงานบทบาทอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ	<ul style="list-style-type: none"> <li>-แรงจูงใจ การเอาใจใส่และอำนวยความสะดวกในการประสานงาน</li> <li>-ข้อมูลที่จำเป็นและชัดเจน</li> <li>-การมีส่วนร่วมของหน่วยงาน ญาติและคนในชุมชน</li> <li>-งบประมาณทำกิจกรรมในชุมชน</li> </ul>

	-วิทยากรให้ความรู้และทีมสุขภาพ หมอ พยาบาล นักกายภาพ -กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน
--	--

โดยสรุปแกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และ care giver (ที่ไม่ได้รับค่าจ้าง) ร่วมเป็นอาสาสมัครเพราะเห็นทุกข์ของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังที่ขาดคนดูแลและยากไร้ อยู่ในภาวะพึ่งพิงสังคมและผู้อื่น บทบาทที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังส่วนใหญ่เน้นความเป็นเพื่อนพึ่งพา คอยเยี่ยมพูดคุยให้กำลังใจและประสานความช่วยเหลือ ซึ่งกำลังใจของการทำงานคือ ความสุขของผู้รับ และมองว่าชุมชนสามารถร่วมมือกันให้ความช่วยเหลือภายในชุมชนได้ เช่น การปรับสภาพแวดล้อมบ้าน การรับส่งผู้สูงอายุ การจัดสวัสดิการที่จำเป็นต่อการบริโภคอุปโภคและการเจ็บป่วย เพื่อให้เกิดสังคมที่ไม่ทอดทิ้งกัน สิ่งที่หน่วยงานรัฐหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรสนับสนุนการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัคร ได้แก่ แรงจูงใจ ระบบข้อมูล องค์กรความรู้ งบประมาณและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีม

#### กลุ่มที่ 4 ผู้บริหารงานด้านสาธารณสุขและผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลเมืองชัยนาทและโรงพยาบาลชัยนาทเรนทร

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารงานด้านสาธารณสุขและผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองชัยนาทและโรงพยาบาลชัยนาทเรนทร มีข้อค้นพบ ดังนี้

ตารางที่ 4.38 ข้อค้นพบพฤติกรรมกรรมการสนับสนุนของผู้บริหารงานด้านสาธารณสุขและผู้รับผิดชอบงาน ผู้สูงอายุ

ประเด็น	ข้อค้นพบ
1.แผนงานโครงการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุของหน่วยงาน	ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองชัยนาทและโรงพยาบาลชัยนาทเรนทรมีแผนงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อเนื่องทุกปี โดยใช้งบประมาณหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของเทศบาลเมืองชัยนาท กิจกรรมส่วนใหญ่เน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั่วไป ได้แก่ การอบรมให้ความรู้การประเมินดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว(Long term care) การตรวจคัดกรองสุขภาพ การลงเยี่ยม ผู้สูงอายุในชุมชน การส่งเสริมการออกกำลังกาย และการฝึกทักษะให้กับ อาสาสมัคร(Care giver) เพื่อ

	ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียง
2.ระบบข้อมูล	-มีฐานข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลด้านการรักษาพยาบาล ไม่มีข้อมูลด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ยกเว้น 4 ชุมชนที่นำร่องมีระบบข้อมูลแต่ยังไม่ครอบคลุมทุกหลังคาเรือน -มีการนำข้อมูลมาจัดบริการ One stop service และส่งมอบให้ Care manager และ Care giver จัดบริการต่อเนื่องในชุมชน
3.การประสานงาน เครือข่าย	-ประสานสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 3 นครสวรรค์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสัญนาทและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท ด้านองค์ความรู้และวิชาการ รวมถึงวิจัยพัฒนางาน -ประสานเครือข่ายแกนนำชุมชนและอาสาสมัครต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน -ประสานงานผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุตามความต้องการที่ค้นพบ

ตารางที่ 4.38 ข้อค้นพบพฤติกรรมการณ์สนับสนุนของผู้บริหารงานด้านสาธารณสุขและ  
ผู้รับผิดชอบงาน ผู้สูงอายุ (ต่อ)

ประเด็น	ข้อค้นพบ
4.กิจกรรมหลักที่ส่งเสริมการเข้าถึงบริการแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง	-การตรวจคัดกรองและประเมินสภาพปัญหา -การจัดบริการแก้ไขตามสภาพที่พบเป็นรายบุคคล โดยทีมสุขภาพ -การจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุเดือนละ 1 ครั้ง -จัดคลินิกผู้สูงอายุทุกสัปดาห์ในสถานบริการ
5.ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ	-ควรปรับปรุงระเบียบกฎหมายการใช้งบประมาณ โดยเฉพาะกองทุนสุขภาพฯ ให้เอื้อต่อการพัฒนาระบบสำหรับผู้ดูแลคุณภาพชีวิตและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังหรือด้อยโอกาสตามสภาพความจำเป็นที่ครอบคลุมกาย จิต สังคมและสิ่งแวดล้อม -ควรสร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน

โดยสรุป ในมุมมองของผู้บริหารงานด้านสาธารณสุขและผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองชัยนาทและโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร เห็นว่า หน่วยงานรัฐและท้องถิ่นมีศักยภาพเพียงพอต่อการจัดบริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง สิ่งที่เป็น

ข้อจำกัดสำคัญคือ ข้อกฎหมายและระเบียบการใช้งบประมาณที่ไม่เอื้อต่อการจัดบริการได้อย่างครบองค์รวม จึงทำให้เกิดความไม่มั่นใจและไม่กล้าใช้จ่ายงบประมาณของแต่ละหน่วยงาน ทั้งๆที่จำนวนเงินของแต่ละหน่วยงานมีมากเพียงพอ ดังคำสนทนาที่ว่า

“การดูแลผู้สูงอายุ ท้องถิ่นให้ความสนใจสูงมาก แต่เงื่อนไขในการเข้าไปดูแล ดิกระเบียบกติกายะ...เรื่องหลักเลยต้องแก้ไขกฎหมายให้สอดคล้องกัน และโดยพื้นฐานของจิตใจหรือคนใกล้ชิดเค้าต้องการดูแลอยู่แล้วแต่เค้าทำยาก...”

นอกจากนี้ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ยังให้ข้อเสนอแนะไว้อย่างน่าสนใจเกี่ยวกับการสร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ดังคำสนทนาที่ว่า

“นับแต่ปี 60 ประเทศไทยจะเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ เทศบาลจะต้องสร้างสิ่งอำนวยความสะดวกให้ได้ อย่างเช่น ทางลาด ห้องน้ำ ผู้สูงอายุไม่ใช่ผู้ไร้ประโยชน์นะ ท้องถิ่นควรเปิดโอกาสให้เค้า เช่น ให้ผู้สูงอายุกวาดถนนในหน้าบ้านของตัวเอง แล้วมีค่าตอบแทนให้พอสมควร เค้าได้คุณภาพชีวิต ได้ประโยชน์ บริเวณที่สะอาด อย่างนี้ต้องเปิดโอกาสให้เขามามีส่วนร่วม...”

“...ให้ผลิตหม้อเท่าไรก็ไม่พอ ถ้ายังไม่ส่งเสริมด้านสุขภาพ โรงพยาบาลถูกสร้างมาให้รักษาเป็นหลัก โรงพยาบาลต้องสร้างคนอีกกลุ่มหนึ่งไปดูแลเสริมสร้างสุขภาพในชุมชน ต้องไปสร้างคนกลุ่มนี้ไปดูแลก่อนเค้าจะป่วย ก็คือหาบุคคลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพ เอาเค้ามาสอนคนอื่นให้ดูแลสุขภาพตัวเอง...”

### ส่วนที่ 3 แนวทางการพัฒนาระบบการสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังโดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ชุมชน และท้องถิ่นในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลการสำรวจสถานะสุขภาพและการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังของภาครัฐ ชุมชน และท้องถิ่นในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท มาผสมผสานกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ แบบเจาะลึก ทั้ง 4 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมพลั้งที่อาศัยลำพัง

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุอาศัยเพียงลำพังอยู่ที่มีภาวะเจ็บป่วยต้องพึ่งพิง

กลุ่มที่ 3 แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และ care giver(ที่ไม่ได้รับค่าจ้าง)

กลุ่มที่ 4 ผู้บริหารงานด้านสาธารณสุขและผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองชัยนาทและโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร และจัดเวทีสะท้อนคืนข้อมูลแก่ผู้

มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อร่วมกันระดมแนวคิดเสนอแนวทางการพัฒนาระบบการสนับสนุนการดูแล  
สุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังโดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ชุมชน และท้องถิ่นในเขตเทศบาล  
เมืองชัยนาท ซึ่งนำเสนอผลการศึกษาดังนี้

**ตารางที่ 4.39** ข้อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ตาม  
ลำพังโดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ชุมชน และท้องถิ่นในเขตเทศบาลเมือง  
ชัยนาท

ข้อค้นพบ จากการวิจัย	ข้อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ ตามลำพังโดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ชุมชน และท้องถิ่นในเขตเทศบาลเมือง ชัยนาท	
	เร่งด่วน (ดำเนินการแล้ว)	ภายใน 1 ปี
1.สภาพแวดล้อม ภายในบ้าน -เสี่ยงอุบัติเหตุเป็น อัมพาต/พิการ -ยากไร้ ด้อยโอกาส -อยู่กับคนพิการ -ส้วมไม่มีราวจับ -พื้นต่างระดับ -บันไดไม่มีราวจับ -ไม่มีส้วม	1.ประสานความร่วมมือ กับภาคี ในการให้ความช่วยเหลือ เช่น พมจ. เทศบาลเมืองชัยนาท , กองทุนฟื้นฟู พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการจังหวัด ชัยนาท ในการปรับปรุงสภาพแวดล้อม ภายในบ้านจำนวน 2 หลัง ได้แก่ 1.บ้านนายทองสุข รอดแก้ว ผู้สูงอายุ อาศัยลำพัง พิกัดด้านการเคลื่อนไหว 2.บ้าน นางแกระ ชัยอำนาจ ผู้สูงอายุ อาศัยลำพัง พิกัด อาศัย กับ คนพิการ 2 คน	1. จัดกลุ่มเข้าเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ ที่อยู่ลำพัง,มิชของเยี่ยม ผู้สูงอายุ,ชมรม ผู้สูงอายุ,ชมรมสตรี 2. จัดตั้งกลุ่มดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง โดยเฉพาะของเทศบาล (ประกอบด้วย 4 ส่วน 1.รัฐ 2.ท้องถิ่น 3.ชุมชน/กลุ่มองค์กร 4.เอกชน/ธุรกิจ องค์กรอื่นๆ)
2.สุขภาพและอุปกรณ์ ทางการแพทย์ -มีโรคประจำตัว -ไม่มีอุปกรณ์ ช่วยเหลือที่ประดิษฐ์ ให้เหมาะสมกับ สภาวะของตนเอง	1. ร่วมกับ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ในการซ่อมอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น วอล์คเกอร์, ไม้ค้ำยัน, รถเข็น, 2. ร่วมกับกองทุนฟื้นฟูฯ ในการจัดซื้อ อุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์ จำนวน 3 ราย ในชุมชนทรายางสัมพันธ,ศรีวิชัย 3.จัดทีมสุขภาพเทศบาลเมืองชัยนาท	1. จัดหาวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ให้กับผู้สูงอายุ,ผู้ป่วย และจัดทำ อุปกรณ์ให้เหมาะสมกับสภาพของ ผู้ป่วย 2. จัดหาและบริจาควัสดุต่างๆอุปกรณ์ ที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพ 3. ออกเยี่ยมฟื้นฟูสภาพจิตใจของ

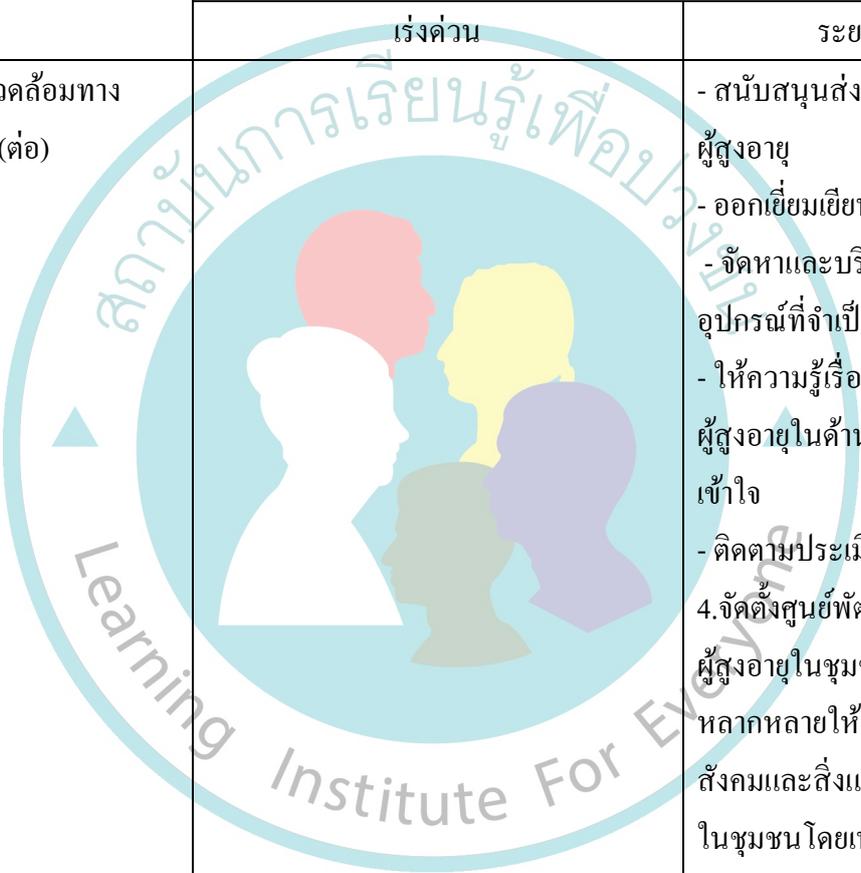
-ต้องการรถบริการ รับส่งเข้าร่วมกิจกรรม และรักษาพยาบาล	ที่ประกอบด้วยรัฐ ท้องถิ่น และชุมชน ออกเยี่ยมผู้สูงอายุติดเตียง 4.มีบริการรถรับส่งผู้ป่วย อย่างทันทั่วถึง เจ้าหน้าที่ป้องกันอยู่เวรยาม ตลอด 24 ชม	ผู้ป่วย ผู้สูงอายุ 4. ให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุในด้านต่างๆเพื่อสร้าง ความเข้าใจ
---	---	--

**ตารางที่ 4.39** ข้อเสนอแนะทางการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ตาม  
ลำพังโดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ชุมชน และท้องถิ่นในเขตเทศบาลเมือง  
ชัยนาท (ต่อ)

ข้อค้นพบ จากการวิจัย	ข้อเสนอการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ตาม ลำพังโดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ชุมชน และท้องถิ่น ในเขตเทศบาลเมือง ชัยนาท	
	เร่งด่วน	ระยะสั้น 1-3 ปี
-ต้องการทีมสห วิชาชีพที่หลากหลาย ทั้งกายและจิตใจ	5. ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 แห่ง มีแพทย์ประจำ เพื่อเป็นการ แบ่งเบา ภาระจากโรงพยาบาลชัยนาท นเรนทร	

<p>3. สิ่งแวดล้อมทางสังคม - ไม่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มหรือชมรม</p> <p>- ไม่มีสัมพันธภาพกับเพื่อนบ้าน</p> <p>- หวาดระแวงไม่ยอมให้เยี่ยม</p> <p>- รายได้ไม่เพียงพอ</p> <p>- ข้อมูลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังของชุมชนไม่ชัดเจนและไม่ครบถ้วน</p>	<p>1. ชุมชนจัดกิจกรรมเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังให้ครอบคลุมทุกคน</p> <p>2. เทศบาลสนับสนุนงบประมาณและการขับเคลื่อนกิจกรรม โดยบรรจุในแผนยุทธศาสตร์ แผนพัฒนาท้องถิ่นและแผนสุขภาพชุมชน ได้แก่แผนงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดกิจกรรมส่งเสริมอาชีพ</li> <li>- จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ</li> </ul> <p>เช่น ปั่นจักรยานร่วมกับชมรมจักรยานเพื่อสุขภาพจังหวัดชัยนาท</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดกิจกรรมด้านความบันเทิง นันทนาการ เช่น รำมะนา , ลีลาศ , บาสโลฟ</li> </ul>	<p>1. ขยายผลการวิจัยเพื่อสะท้อนข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุอาศัยลำพังในชุมชนอื่นๆ ให้ครอบคลุมในเขตเทศบาลเมืองชัยนาทจำนวน 18 ชุมชน</p> <p>2. สานพลังเครือข่ายทีมดูแลสุขภาพประกอบด้วย(ทุกระดับและภาคส่วน)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- รพ. – ท้องถิ่น - แกนนำชุมชน</li> <li>- ทีมหมอครอบครัว</li> <li>- ชมรมสตรี /ชมรมผู้ประกอบกา</li> <li>- อสม. - ชมรมผู้สูงอายุ</li> <li>- อผส.- พมจ.</li> <li>- สสส.</li> </ul> <p>3. ขับเคลื่อนกิจกรรมทีมสุขภาพโดย</p> <p>3.1 ประชุมร่วมกันเพื่อการวางแผนในการติดตามเยี่ยมและดูแลสุขภาพ</p> <p>3.2 การกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีม</p>
--	--	---

ตารางที่ 4.39 ข้อเสนอแนะทางการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังโดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ชุมชน และท้องถิ่นในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท (ต่อ)

ข้อค้นพบจากการวิจัย	ข้อเสนอการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังโดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ชุมชน และท้องถิ่นในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท	
	เร่งด่วน	ระยะสั้น 1-3 ปี
3. สิ่งแวดล้อมทางสังคม (ต่อ)		<ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ</li> <li>- ออกเยี่ยมเยียนฟื้นฟูสภาพจิตใจ</li> <li>- จัดหาและบริจาคมวัสดุต่างๆ</li> <li>อุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพ</li> <li>- ให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านต่างๆเพื่อสร้างความเข้าใจ</li> <li>- ติดตามประเมินผล</li> <li>4. จัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน โดยทำกิจกรรมที่หลากหลายให้ครอบคลุมมิติกาย จิต สังคมและสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องในชุมชน โดยเน้นการเข้าถึงบริการของกลุ่มผู้อาศัยอยู่ลำพัง</li> <li>- จัดกิจกรรมส่งเสริมอาชีพ</li> <li>- จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- จัดกิจกรรมด้านความบันเทิง</li> <li>- จัดกิจกรรมงานฝีมือ</li> <li>- ส่งเสริมการปลูกผักสวนครัว</li> <li>- ดูแลติดตามผลอย่างต่อเนื่อง</li> <li>- มิตรภาพบำบัด , ครอบครั</li> </ul>

## ส่วนที่ 4 สิ่งดีที่เกิดขึ้นกับพลังการขับเคลื่อนกระบวนการงานวิจัยของทีมพื้นที่

การวิจัยเรื่อง การศึกษาและพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยตามลำพัง โดยการมีส่วนร่วมของรัฐ กรณีศึกษา: เทศบาลเมืองชัยนาท นี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ใช้ระยะเวลาการศึกษา 2 ปี โดยเน้นให้มีการใช้ข้อมูลและสร้างการเรียนรู้ร่วมกันของผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ทีมพื้นที่ได้ร่วมกันสรุปบทเรียนของการขับเคลื่อนกระบวนการงานวิจัย นำเสนอได้ดังนี้

### 4.1 การก่อเกิด

“เกรงใจ” เป็นจุดเริ่มของการรับงานวิจัยนี้ในพื้นที่เทศบาลเมืองชัยนาท เพราะทีมที่มาเสนอเป็น พี่น้องกัลยาณมิตรทางด้านสุขภาพกันมาโดยตลอดโดยเฉพาะ พี่แดง (อรอนงค์) อ.อุทิศและพี่ต้อย ระหว่างฟังการเกริ่นนำและจุดมุ่งหมายของโครงการวิจัยนี้ ก็แอบนึกถึง “ภาวะ” ที่ต้องตามมา งานประจำที่ทำอยู่ก็มากและยังทำไม่ค่อยได้ดีเท่าไร แต่อีกแฉกหนึ่งของความคิดก็นึกแปลกๆ ว่า “คงทำกันเป็นทีมช่วยกัน”

“วิจัย” ชื่อนี้คืออยากชมสำหรับพวกเราในสายปฏิบัติ มันคือความยุ่งยาก ซับซ้อนและต้องใช้พลังวิชาการมาก สมอมันสั่งว่า “ไม่ๆ เราไม่ชอบ เราไม่เป็น เราไม่ถนัด ทำไมต้องทำให้เหนื่อย...”

### 4.2 สร้างทางเลือก

ร่วมวิจัย ข้อดี คือ เป็นการพัฒนาชุมชน สร้างการเรียนรู้และกระตุ้นกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างรัฐ ท้องถิ่นและชุมชน ที่สำคัญคือ เรายังไม่มีข้อมูลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง ส่วนข้อเสีย คือ เหนื่อยแน่ๆ และกังวลว่าจะทำได้หรือไม่ไม่ร่วมวิจัย ข้อดี คือ ไม่เป็นภาระข้อเสีย ขาดโอกาสการเรียนรู้

### 4.3 ตัดสินใจ

ภายหลังที่พี่ทีมสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 3 นครสวรรค์เล่าเรื่องและเหนี่ยวนำทีมงานของเราที่ประกอบด้วย ทีมสุขภาพโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ทีมสุขภาพศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองชัยนาท (ศูนย์ 2 ห้วยรอ) และทีมนักพัฒนาชุมชน กองสวัสดิการ ...ตอนนั้นสังเกตสีหน้าท่าทางของหมอถาวร สายสวรรค์ หัวหน้าทีม บวกกับพลังเชียร์ของทีมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและทีมวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี...งานนี้คงเหลือทางเลือกเดียว “ทำก็ทำ...ไม่ลองไม่รู้”

#### 4.4 การดำเนินงาน

ขั้นตอนการดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นการขับเคลื่อนตามการนำของสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 3 นครสวรรค์ โดยมีวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาทเป็นที่เล็งเห็นในพื้นที่ร่วมกิจกรรมเป็นระยะ กิจกรรมส่วนใหญ่ประกอบด้วย การจัดประชุมเชิงปฏิบัติเพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มีส่วนร่วมคิด วางแผน กำหนดกิจกรรมและประเมินผล การลงพื้นที่เก็บข้อมูลการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและ เชิงคุณภาพ และการสรุปผลเป็นระยะทั้งภายในพื้นที่และร่วมกับทีมระดับเขต

ผลการเปลี่ยนแปลงที่ปรากฏชัด คือ การรวมพลังทำงานเสริมกันระหว่างกองสวัสดิการและสังคมและกองสาธารณสุขของเทศบาลเมืองชัยนาท **“โดยไม่คิดแยกว่าเป็นหน้าที่ของใคร”**

ส่วนกองทัพทีมวิจัยในชุมชน 40 ชีวิต (4 ชุมชนๆละ 10 คน) ก็มีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางบวกเช่นกัน กล่าวคือ มีความมุ่งมั่นตั้งใจและกระตือรือร้นในการสำรวจค้นหา กลุ่มเป้าหมาย ซึ่งปัญหาส่วนหนึ่งคือ ความเข้าใจเรื่องแบบฟอร์มการสำรวจ การให้ความร่วมมือของกลุ่มเป้าหมาย การลงบันทึกผลการสำรวจและประมวลผล โดยได้แก้ไขด้วยการปรึกษาทีมพี่เลี้ยงมาช่วยชี้แจงวิเคราะห์นำเสนอข้อมูลและไปศึกษาดูงานพื้นที่สามง่ามท่าโบสถ์ จังหวัดพิจิตร ผลลัพธ์ที่ได้เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยครบ 2 ปีนี้เป็นประโยชน์ต่อชุมชนมาก กล่าวคือ

1. ทำให้ชุมชนและผู้บริหาร หน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้องได้รับรู้สภาพจริงของปัญหาอย่างเด่นชัด จากการลงสำรวจพื้นที่จริง การสะท้อนคืนข้อมูลและภาพถ่าย ในประเด็นต่าง ๆ ทั้งด้านสุขภาพและด้านอื่นๆของชีวิตผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง นำไปสู่กระบวนการเชื่อมโยงและระดมทรัพยากรเพื่อให้ความช่วยเหลือ และออกแบบการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพร่วมกันภายใต้การสนับสนุนของรัฐ ท้องถิ่นและชุมชน

2. เป็นแหล่งศึกษาดูงานของกลุ่มผู้สูงอายุจังหวัดสุพรรณบุรีและอยุธยา ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุภาคภูมิใจและเกิดการกระตุ้นเสริมพลังให้พัฒนากลุ่มผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและเข้มแข็งมากขึ้น

3. เกิดแรงกระเพื่อมเชิงนโยบายของผู้บริหารสูงสุด นายเกษม ธีร์นื่อง ประภาสเป็น 3. วาระสำคัญของเทศบาลว่า “เทศบาลเมืองชัยนาทจะก้าวสู่...เมืองที่เป็นหนึ่งเดียวกับผู้สูงอายุ” (The city is the one with the elderly) และสนับสนุนงบประมาณทำกิจกรรมด้านคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น รวมถึงพิจารณาให้จัดตั้งสโมสรผู้สูงอายุของเทศบาลเมืองชัยนาท นำร่องที่ชุมชนท่าแจ่ง (วงเงิน 8 ล้านบาท ปีงบประมาณ 2559-2560)



ภาพที่ 4.15 ศูนย์ผู้สูงอายุเทศบาลเมืองชัยนาท

4. เกิดการขยายวงภาคีเครือข่ายกว้างขึ้นกว่าเดิม เช่น พัฒนาศักดิ์และความมั่นคงของมนุษย์ ศูนย์ไว้ที่พึ่ง บ้านพักเด็กและสตรีจังหวัดชัยนาท กลุ่มชมรมสตรี ชมรมจักรยานเพื่อสุขภาพ ชมรมคนพิการ ชมรมผู้ประกอบการร้านค้าและธุรกิจเอกชน ฯลฯ

-ทีมลงไปทำงานในพื้นที่ ทำให้คนข้างเคียงและคนในชุมชนลงมาช่วยดูแลเพิ่มขึ้น

5. ได้แผนการพัฒนาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

6. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภาครัฐ ท้องถิ่นและชุมชน ได้มีพื้นที่และเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เสริมพลังและถ่ายทอดเติมเต็มประสบการณ์แก่กันและกัน

-เกิดการเปรียบเทียบชุมชนตนเอง เห็นตนเอง เห็นคนอื่น ค้นหาจุดแข็งและเรียนรู้เพิ่มขึ้น

-ก่อเกิดแนวคิดใหม่ๆ ที่เป็นวิถีชีวิต ไม่ต้องยึดติดกฎกติกาและระเบียบตามโครงสร้างรัฐ เช่น การจัดสวัสดิการออมทรัพย์ของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ที่บริหารจัดการด้วยคณะกรรมการที่มีความซื่อสัตย์ต่อเนื่องมายาวนานกว่า 20 ปี และมีความเข้มแข็งเพิ่มมากขึ้น

7. ผู้สูงอายุได้มีโอกาสเลือกการดูแลสุขภาพด้วยตนเองที่หลากหลาย ตื่นเต้นและสนุกสนาน

8. ผู้สูงอายุที่มีภาวะ พหุติพลัง ได้รับการเชิดชูเกียรติ สร้างความภาคภูมิใจและร่วมเป็นแกนนำขยายวงการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

9. วิธีการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เป็นเพียงแขกรับเชิญ รอเทศบาลและหมอบำบัดกิจกรรม รอรับเงินเบี้ยยังชีพ รอร่วมรับประทานอาหารแล้วกลับบ้าน เปลี่ยนเป็นชุมชนช่วยกันจัดการ คัดสรรกิจกรรมและเป็นนักแสดง รวมถึงกำกับประเมินผล สร้างกิจกรรมใหม่ๆ แบบเบ็ดเสร็จ เช่น จัดกิจกรรมพบปะสังสรรค์ ตัดผมฟรี ตรวจสุขภาพ ให้ความรู้เรื่องสิทธิ์ต่างๆ การแสดงภูมิปัญญา การสอนอาชีพ และสัญจรไปแต่ละชุมชน

10. แกนนำผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาศักยภาพเพิ่มขึ้น มีการนำเสนอผลงานผ่านสื่อสารออนไลน์ เช่น Line กลุ่ม ไลน์ผลงาน อวดดีกัน ก่อให้เกิดกระแส เสริมพลังสร้างความดี คนในชุมชนเริ่มรับรู้และแสดงความเป็นเจ้าของสุขภาพ มีจิตอาสาร่วมพัฒนาเพิ่มมากขึ้น

### ขยายวงภาคี

พมจ. ศูนย์ไร่ที่พึ่ง บ้านพักเด็กและสตรีจังหวัดชัยนาท กลุ่มชมรมสตรี ชมรมจักรยานเพื่อสุขภาพ ชมรมคนพิการ ชมรมผู้ประกอบการร้านค้า ธุรกิจเอกชน



[หัวข้อใหญ่]

ภาพที่ 4.16 ผลลัพธ์ที่ได้จากการวิจัย

## บทที่ 5

### สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัย การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังเขตเทศบาลเมือง ชัยนาทจังหวัดชัยนาท เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ที่ผสมผสานวิทยาการแบบสหสาขา ทั้งด้านสาธารณสุขและสังคมศาสตร์ โดยเน้นให้มีการใช้ข้อมูลและสร้างการเรียนรู้ร่วมกันของผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้สูงอายุอาศัยลำพังคนเดียว อยู่ลำพังกับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ อยู่ตามลำพังเฉพาะกลางวัน อยู่กับผู้ที่เป็นภาระ (หลาน ผู้พิการ) อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติที่ดำรงชีวิตอยู่ในเขตพื้นที่ชุมชนศรีวิชัย ชุมชน หลักเมือง ชุมชนทรายางสัมพันธ์ และชุมชนวงษ์โตเก่าพัฒนา จำนวน 318 คน

#### สรุปผลการวิจัย

##### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามเพื่อสำรวจสภาวะสุขภาพและการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านคุณลักษณะทั่วไป ด้านสภาวะแวดล้อม ด้านการรับรู้และการเข้าถึงสิทธิตามมาตรฐานการส่งเสริมสวัสดิการและการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ และด้านความเชื่อเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง โดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ชุมชน และท้องถิ่นในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ซึ่งใช้วิธีการวิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ สัดส่วน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แบบสัมภาษณ์เจาะลึกและการสนทนากลุ่มเพื่อสถานการณ์อดีต ปัจจุบันและอนาคตของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง ทุนของชุมชนที่ยังคงอยู่ในการจัดระบบสนับสนุน

เพื่อเกื้อกูลกันเองในระดับชุมชน ท้องถิ่น ระบบบริการสุขภาพที่เกื้อกูลต่อผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังของเทศบาลเมืองชัยนาท โดยวิเคราะห์จำแนกประเภท การวิเคราะห์เนื้อหา และสังเคราะห์สรุปบทเรียนและให้ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในงานวิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและมีส่วนร่วมในการสังเคราะห์ข้อมูล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในส่วนของการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ สามารถสรุปผลการวิจัยและมีประเด็นอภิปราย ดังต่อไปนี้

### สรุปผลการวิเคราะห์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมีประเด็นการวิเคราะห์ร่วมกัน 2 ประการ ได้แก่

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะทั่วไป สภาพแวดล้อม การรับรู้และการเข้าถึงสิทธิตามมาตรฐานความเชื่อเรื่องสุขภาพและการมีส่วนร่วมสนับสนุนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังของภาครัฐ ภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน เขตเทศบาลเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

2. เพื่อศึกษาผลของการมีส่วนร่วมสนับสนุนของภาครัฐ ภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนที่มีต่อระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง เขตเทศบาลเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

1. ศึกษาคุณลักษณะทั่วไป สภาพแวดล้อม การรับรู้และการเข้าถึงสิทธิตามมาตรฐานความเชื่อเรื่องสุขภาพและการมีส่วนร่วมสนับสนุนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังของภาครัฐ ภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน เขตเทศบาลเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังของเทศบาลเมืองชัยนาท ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.27 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีสถานภาพคู่ อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกัน มีอาชีพข้าราชการบำนาญ มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท รายได้ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยยังชีพ/อาชีพ ส่วนใหญ่มีบุตร ที่ยังมีชีวิตอยู่ จำนวน 2 คน และมาหาทุกวัน

สภาพแวดล้อม สภาพสังคม การรับรู้และการเข้าถึงสิทธิ รวมถึงความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท โดยสรุปพบว่า มีความเสี่ยงต่อการประสบอุบัติเหตุภายในบ้าน เนื่องจากลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นบ้าน 2 ชั้น ลักษณะชั่วคราว ภายในบ้านไม่มีอุปกรณ์ราวจับเพื่อใช้สำหรับพยุงตัวหรือยึดเหนี่ยวร่างกายขณะเคลื่อนไหว โดยเฉพาะในห้องสุขาและบันได นอกจากนี้ยังมีบางส่วนที่เป็นพื้นต่างระดับ ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวและอยู่ในสภาพ ติดบ้าน ไม่ค่อยเข้าสังคม ก่อให้เกิดเสี่ยงต่อการสูญเสียสุขภาพจิต นอกจากนี้ พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังส่วนใหญ่ ได้รับการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ

เบาหวาน ความดันและซึมเศร้าประจำปี ในรอบปีที่ผ่านมา ได้รับการเยี่ยมบ้านจาก อสม.และหมอ จากโรงพยาบาลใกล้บ้าน (รพ.สต./รพช./รพ.จังหวัด) แต่ไม่นิยมประดิษฐ์อุปกรณ์ช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพ เนื่องจากอยู่ในชุมชนเขตเมืองที่นิยมการซื้อหาสะดวกรวดเร็วกว่า อีกทั้งแรงสนับสนุนจากคนในชุมชนก็ขาดการกระตุ้นใช้ภูมิปัญญามาพัฒนาแก้ไขปัญหา ในชีวิตประจำวัน สภาพแวดล้อมทางสังคม พบว่า ส่วนใหญ่มีเพื่อนบ้านใกล้เคียงของท่านที่สามารถเรียกได้ ครอบครัวและชุมชนสามารถให้การสนับสนุนช่วยเหลือได้ และมีอสม. ผู้นำและชมรมผู้สูงอายุดูแลในชุมชน

ข้อสังเกตที่ค้นพบ คือ ยังมีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังส่วนหนึ่งยากไร้และมีรายได้น้อย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในด้านการพัฒนาที่อยู่อาศัยและปรับสภาพสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น ยังไม่มีส้วม หรือมีแบบนั่งยอง แสงสว่างภายในบ้านไม่เพียงพอ พื้นบ้านหรือห้องส้วมเป็นชนิดลื่น ขาดการดูแลจากครอบครัว ตลอดจนขาดความตระหนักและการเอาใจใส่ด้านสุขภาพ

**2. เพื่อศึกษาผลของการมีส่วนร่วมสนับสนุนของภาครัฐ ภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนที่มีต่อระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง เขตเทศบาลเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท**

ผลวิจัยและการจัดสนทนากลุ่ม สามารถวิเคราะห์สังเคราะห์ได้ว่า ความช่วยเหลือที่จำเป็น และสอดคล้องความต้องการของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ควรได้รับการสนับสนุนจากรัฐ ท้องถิ่นและชุมชน ได้แก่

1. ควรมีการติดตั้งราวจับในห้องน้ำ บันไดหรือบริเวณอื่นๆของบ้านที่มีความชันหรือลื่น
2. ควรจะมีการเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพเพื่อช่วยเหลือด้านสุขภาพ
3. ควรมีสถานที่จัดกิจกรรมผู้สูงอายุที่บริการสำหรับผู้สูงอายุและมีการออกแบบบริการ และกิจกรรม ที่เหมาะสม
4. ควรมีการจัดรถบริการรับส่งจากบ้านถึง โรงพยาบาล และสถานที่จัดกิจกรรมในชุมชน
5. ควรจะมีการสนับสนุนเครื่องใช้อุปโภค บริโภคสำหรับในครัวเรือน
6. ควรส่งเสริมการหารายได้และสนับสนุนอาชีพเสริม
7. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคม เช่น การสมัครสมาชิกชมรมผู้สูงอายุให้ทั่วถึง การพบปะกับผู้อื่นในชุมชน

ซึ่งเมื่อวิเคราะห์เชื่อมโยงกับทุนทางสังคมของเทศบาลเมืองชัยนาท พบว่า ทุนทางสังคมมีมากโดยเฉพาะ “ทุนคน” ซึ่งผู้วิจัยพบว่า พลังกลุ่มผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการบำนาญ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีชมรมผู้สูงอายุทั้งในระดับเทศบาลและระดับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในระดับเข้มแข็ง ทำกิจกรรมต่อเนื่องทุกเดือน มีการจัดสวัสดิการชุมชน

เช่น ฌาปนกิจสงเคราะห์ กองทุนสวัสดิการ และกลุ่มออมทรัพย์ ในระดับชุมชนและระดับเทศบาล นอกจากนี้ เทศบาลเมืองยังมีหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้องและหนุนเสริม เช่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เครือข่ายบ้านพักเด็กและสตรีจังหวัด ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจังหวัด ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองชัยนาทจำนวน 2 แห่ง โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท หน่วยงานระดับกองต่าง ๆ ของเทศบาลเมืองชัยนาท และทีมนายกเหล่ากาชาดจังหวัดชัยนาท

และจากการค้นพบสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินงานในการ โครงการนี้และการจัดเวทีเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากหน่วยงานรัฐ ท้องถิ่นและชุมชนในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท โดยมีข้อสรุปเสนอเป็นแนวทางการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังโดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ชุมชน และท้องถิ่นในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท 3 ประเด็น ดังนี้

## 1. ประเด็นสภาพแวดล้อมภายในบ้าน

- 1.1 ควรมีการประสานความร่วมมือกับภาคีในการให้ความช่วยเหลือ เช่น พมจ. เทศบาลเมืองชัยนาท กองทุนฟื้นฟูพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการจังหวัดชัยนาท ในการปรับปรุงสภาพแวดล้อม
- 1.2 จัดกลุ่มเข้าเยี่ยมผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังโดยชมรมผู้สูงอายุและหรือชมรมสตรี โดยในระยะยาว

ควรมีการจัดตั้งกลุ่มดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังในภาพรวมของเทศบาล ที่ประกอบด้วยรัฐ ท้องถิ่น ชุมชนกลุ่มองค์กร และภาคเอกชนธุรกิจองค์กรอื่นๆ

## 2. ประเด็นสุขภาพและอุปกรณ์ทางการแพทย์

- 2.1 ควรมีการประสานความร่วมมือโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรเพื่อฝึกสอน ช่อมอุปกรณ์

ทางการแพทย์ เช่น วอล์คเกอร์, ไม้ค้ำยัน รถเข็น ฯลฯ

- 2.2 ควรประชาสัมพันธ์เพื่อรับบริจาควัสดุอุปกรณ์ต่างที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพและประสาน

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและผู้สูงอายุจังหวัดชัยนาทจัดซื้อ อุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์

- 2.3 จัดทีมสุขภาพที่มีองค์ประกอบรัฐ ท้องถิ่นและชุมชนเพื่อให้ความรู้และออกเยี่ยมผู้สูงอายุ

ติดตามแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง และจัดบริการรถรับส่งผู้ป่วยรักษาทันที่ 24 ชั่วโมง

### 3. ประเด็นสิ่งแวดล้อมทางสังคม

3.1 ชุมชนควรจัดกิจกรรมเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังให้ครอบคลุมทุกคน

3.2 เทศบาลสนับสนุนงบประมาณและการขับเคลื่อนกิจกรรม โดยบรรจุในแผนยุทธศาสตร์

แผนพัฒนาท้องถิ่นและแผนสุขภาพชุมชน เช่น กิจกรรมส่งเสริมอาชีพ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมด้านความบันเทิง นันทนาการ เช่น รำมะนา กีฬา บาส โលพ เป็นต้น

3.3 ควรขยายผลการวิจัยเพื่อสะท้อนข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุอาศัยลำพังในชุมชนอื่นๆ ให้ครอบคลุมในเขตเทศบาลเมืองชัยนาททั้ง 18 ชุมชน

3.4 ควรขับเคลื่อนกิจกรรมที่มสุขภาพ โดยประชุมร่วมกันเพื่อการวางแผนในการติดตามเยี่ยมและดูแลสุขภาพ การกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีม สนับสนุนส่งเสริมกิจกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ออกเยี่ยมเยียนฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วย ผู้สูงอายุ จัดหาและบริจาควัสดุต่างๆ อุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพ ให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เพื่อสร้างความเข้าใจ ติดตามประเมินผล

3.5 จัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน โดยทำกิจกรรมที่หลากหลายให้ครอบคลุม

มิติกาย จิต สังคมและสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องในชุมชน โดยเน้นการเข้าถึงบริการของกลุ่มผู้อาศัยอยู่ลำพัง

เช่น จัดกิจกรรมส่งเสริมอาชีพ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ จัดกิจกรรมด้านความบันเทิง นันทนาการจัดกิจกรรมงานฝีมือ ส่งเสริมการปลูกผักสวนครัว ดูแลติดตามผลอย่างต่อเนื่อง มิตรภาพบำบัด เป็นต้น

ซึ่งจากการสรุปบทเรียนการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ ได้ข้อค้นพบว่ากระบวนการวิจัยก่อให้เกิด การเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลลัพธ์สำคัญ ดังนี้

#### 1. ระดับนโยบาย:

ผู้บริหารสูงสุด นายเกษญา สี่พี่น้อง ประกาศเป็นวาระ “เทศบาลเมืองชัยนาทจะก้าวสู่.. เมืองที่เป็นหนึ่งเดียวกับผู้สูงอายุ” (The city is the one with the elderly” และสนับสนุนงบประมาณ ทำกิจกรรมด้านคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น รวมถึงพิจารณางบประมาณให้จัดตั้งสโมสรผู้สูงอายุของเทศบาลเมืองชัยนาท นำร่องที่ชุมชนท่าแจ้ง (วงเงิน 8 ล้านบาท ปีงบประมาณ 2559-2560)

#### 2. ระดับปฏิบัติ:

ทำให้ชุมชนและผู้บริหาร หน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้องได้รับรู้สภาพจริงของปัญหา นำไปสู่กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เสริมพลังและถ่ายทอดเติมเต็มประสบการณ์แก่กันและกัน เชื่อมโยง

และระดมทรัพยากร และร่วมกันออกแบบการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพร่วมกันภายใต้การสนับสนุนของรัฐ ท้องถิ่นและชุมชน ตลอดจนมีการพัฒนาเป็นแหล่งศึกษาดูงานของกลุ่มผู้สูงอายุ ภายในและภายนอกจังหวัด

### 3. หน่วยงานรัฐ ท้องถิ่น:

เกิดการขยายวงภาคีเครือข่ายกว้างขึ้นกว่าเดิม เช่น พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ศูนย์ไร่ที่พึ่ง บ้านพักเด็กและสตรีจังหวัดชัยนาท กลุ่มชมรมสตรี ชมรมจักรยานเพื่อสุขภาพ ชมรมคนพิการ ชมรมผู้ประกอบการร้านค้าและธุรกิจเอกชน ฯลฯ มีแผนการพัฒนาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

### 4. ชุมชน:

ก่อเกิดแนวคิดใหม่ๆ ที่เป็นวิถีชีวิต ไม่ต้องยึดติดกฎกติกาและระเบียบตามโครงสร้างรัฐ เช่น การจัดสวัสดิการออมทรัพย์ของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ที่บริหารจัดการด้วยคณะกรรมการที่มีความซื่อสัตย์ต่อเนื่องมายาวนานกว่า 20 ปี และมีความเข้มแข็งเพิ่มมากขึ้น

### 5. ผู้สูงอายุ:

เกิดความภาคภูมิใจและเกิดการกระตุ้นเสริมพลังให้พัฒนาผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและเข้มแข็งมากขึ้น เกิดการเปรียบเทียบชุมชนตนเอง เห็นตนเอง เห็นคนอื่น ค้นหาจุดแข็งและเรียนรู้เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุได้มีโอกาสเลือกการดูแลสุขภาพด้วยตนเองที่หลากหลาย ตื่นเต้นและสนุกสนาน ผู้สูงอายุที่มีภาวะ พหุพิพัตถ์ ได้รับการเชิดชูเกียรติ สร้างความภาคภูมิใจและร่วมเป็นแกนนำขยายวงการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เกิดการรวมกลุ่มและมีความเป็นเจ้าของสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เป็นชุมชนช่วยกันจัดการ และแกนนำผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาศักยภาพเพิ่มขึ้น มีการนำเสนอผลงานผ่านสื่อออนไลน์ เช่น Line กลุ่ม ไลน์ผลงาน อดคิดกัน ก่อให้เกิดกระแส เสริมพลังสร้างความคิด มีจิตอาสาร่วมพัฒนาเพิ่มมากขึ้น

## อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ต้องการความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากรัฐ ท้องถิ่นและชุมชน ได้แก่ ราวจับในห้องน้ำ บันไดหรือบริเวณอื่นๆ ของบ้านที่มีความชันหรือลื่น การเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพ สถานที่จัดกิจกรรมผู้สูงอายุ รถบริการรับส่งจากบ้านถึงโรงพยาบาล และสถานที่จัดกิจกรรมในชุมชน เครื่องใช้อุปโภค บริโภค สำหรับในครัวเรือน รายได้และอาชีพเสริม และการมีส่วนร่วมในสังคม สอดคล้องกับ ผลการ

วิเคราะห์ความต้องการของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังขององค์กร ว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการ การดูแล สุขภาพอนามัยและการสงเคราะห์ด้านการรักษา การอยู่ในบ้านที่ปลอดภัย การช่วยเหลือฉุกเฉิน หรืออุบัติเหตุ การช่วยเหลือด้านการเงิน และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและมีกิจกรรม ทางสังคม

โดยผลการวิจัยข้อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังโดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ชุมชน และท้องถิ่นในเขตเทศบาลเมืองชัยนาททั้ง 3 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ประเด็นสุขภาพและอุปกรณ์ทางการแพทย์ และ ประเด็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมนั้นพบว่า สอดคล้องกับผลการศึกษาศึกษาของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (๒๕๔๔) ที่ศึกษาหลักประกันเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุเกี่ยวกับระบบสวัสดิการและการดำเนินการสำหรับผู้สูงอายุโดยพบว่า ผู้สูงอายุควรมีหลักประกันด้านสุขภาพหลักประกันด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม หลักประกันด้านผู้ดูแล หลักประกันด้านความปลอดภัยและสิทธิมนุษยชน และหลักประกันการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร

## ข้อเสนอแนะการวิจัย

จากการวิจัย เรื่อง การศึกษาและพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพและการคุ้มครอง ผู้บริโภคในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังโดยการมีส่วนร่วมของรัฐ ท้องถิ่นและชุมชนในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

### 1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

1.1 ข้อค้นพบของการวิจัย พบว่า จุดเด่นของเทศบาลเมืองชัยนาท คือ การมี “ทุนคน” ในกลุ่มผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง มีศักยภาพและมีภาวะพลัดพลังสูง เป็นต้นแบบและแรงกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในชุมชนได้ อาทิเช่น กิจกรรมเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังให้ครอบคลุมทุกคน กิจกรรมส่งเสริมอาชีพ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมด้านความบันเทิง นันทนาการ เช่น รำมะนา ลีลาศ บาส โលฟ เป็นต้น ดังนั้นทีมสุขภาพเทศบาลเมืองชัยนาทควรจัดเวทีระดมความคิดเห็นเพื่อขับเคลื่อนกิจกรรมทีมสุขภาพร่วมกับภาคีเครือข่ายให้เกิดการเรียนรู้โดยประจักษ์ร่วมกันเพื่อวางแผนในการติดตามเยี่ยมและดูแลสุขภาพ การกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีม สนับสนุนส่งเสริมกิจกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ออกเยี่ยมเยียนฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วย ผู้สูงอายุ จัดหาและบริจาคมวัสดุต่างๆอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพ ตลอดจนให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านต่างๆเพื่อสร้างความเข้าใจ และร่วมติดตามประเมินผล

1.2 ผลการวิจัยครั้งนี้ ได้ข้อเสนอแนะทางการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง โดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ชุมชน และท้องถิ่นในเขตเทศบาลเมืองชัยนาทที่เป็นรูปธรรมชัดเจนจำนวน 3 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ประเด็นสุขภาพและอุปกรณ์ทางการแพทย์ และประเด็นสิ่งแวดล้อมทางสังคม และบรรจุในแผนพัฒนาท้องถิ่นและแผนสุขภาพชุมชนของเทศบาลในปี 2560-2562 ดังนั้น ควรมีการขับเคลื่อนแผนสู่การปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมโดยขยายผลกระบวนการวิจัยเพื่อให้เกิดข้อมูลและการสะท้อนการรับรู้และความตระหนักด้านข้อค้นพบจากข้อมูลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอาศัยลำพังในชุมชนอื่นๆ ให้ครอบคลุมในเขตเทศบาลเมืองชัยนาททั้ง 18 ชุมชน รวมถึงให้ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้พื้นที่นำร่อง 4 ชุมชนเดิม และร่วมประเมินผลตลอดระยะเวลาดำเนินงานตามแผนที่กำหนด

## 2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการและวิจัยประเมินผลเพื่อต่อยอดผลการวิจัยครั้งนี้สู่การปฏิบัติตามข้อเสนอแนะทางการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง โดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ชุม





## บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2552). **ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (ฉบับที่ 6)พ.ศ. 2552 กรมอนามัย**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย. **รามาชิดิสาร**. 14(3): 358-398.
- พุทธทาสภิกขุ. (2521). **ปฏิจจนุปบาทจากพระโอบอ้อม**. คณะธรรมทาน ไชยา.
- พระไพศาล วิสาโล. **สุขภาพองค์รวมกับสุขภาพสังคม**. สืบค้น 5 สิงหาคม 2559, จาก <http://www.visalo.org/article/healthsukapabkabOngRuam.htm>
- บุญทิพย์ สิริรังศรี และคณะ. (2553). **การพัฒนาเครือข่ายการจัดการความรู้ทางการแพทย์พยาบาลบนอินเทอร์เน็ตของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช**. รายงานการวิจัย สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช.
- ปัทมา เขียววิศิษฐ์สกุล. (2551). **อนาคตสังคมผู้สูงอายุ: จากมุมมองเศรษฐกิจมหภาค**. **วารสารเศรษฐกิจและสังคม**. 45(1), 7-25.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2554). **ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2553). **รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553**. กรุงเทพฯ: บริษัท ที คิว พี จำกัด
- สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ. (2544). **ผู้สูงอายุไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย**. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย
- สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และ ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. (2542). **ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติและสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสถิติจังหวัดชัยนาท. (2557). **รายงานสถิติผู้สูงอายุจังหวัดชัยนาท**. ชัยนาท : สำนักงานสถิติ จังหวัดชัยนาท
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2557, กรกฎาคม 9). **แนวทางสร้างงาน สร้างความภาคภูมิใจให้ผู้สูงอายุ**. สืบค้น 5 สิงหาคม 2559, จาก <http://thaitgri.org/?p=306>

- ศิริวรรณ ศิริบุญ. ทบทวนองค์ความรู้ด้านบทบาทของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.  
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ  
ไทย; 2552.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2559, เมษายน 15). หุ่นส่วนประเทศไทย: ระบบสุขภาพกับสังคมผู้สูงอายุ.  
โพสต์ทูเดย์, 14(4817), 1.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2553, มีนาคม). การสังเคราะห์ระบบการดูแล  
ผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย. สืบค้น สิงหาคม 5, 2559, จาก  
<http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/2902?locale-attribute=th>
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2554). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 2.  
กรุงเทพฯ : ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
มหาวิทยาลัยมหิดล
- ปัทมา เชียรวิศิษฎ์สกุล. (2551). อนาคตสังคมผู้สูงอายุ: จากมุมมองเศรษฐกิจมหภาค. วารสาร  
เศรษฐกิจและสังคม. 45 : 1 หน้า : 7-25.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โชคธนาวิชัย, ธนิกานต์ ศักดาพร. โครงการตัวแบบการ  
ดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบทไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข  
(สวรส.) และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2552.
- ศิริวรรณ ศิริบุญ. ทบทวนองค์ความรู้ด้านบทบาทของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.  
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย;  
2552.
- วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์และคณะ. (2557, กรกฎาคม-กันยายน). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ  
สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น. วารสารสภาการพยาบาล, 29(3), หน้า 104-115.





## หมวดที่ 2 สถานะแวดล้อมทั่วไป

### 2. ลักษณะที่อยู่อาศัย

- 2.1 ลักษณะบ้าน
- บ้านชั้นเดียว →  ชั่วคราว  ถาวร
  - บ้านใต้ถุนสูง →  ชั่วคราว  ถาวร
  - บ้านสองชั้น →  ชั่วคราว  ถาวร
  - ตึกแถว / อาคารพาณิชย์ →  ชั่วคราว  ถาวร
  - อื่นๆ ระบุ .....

- 2.2 ความเป็นเจ้าของ  เป็นบ้านเช่า  เป็นบ้านตนเอง  อาศัยคนอื่นอยู่

### 3. สิ่งแวดล้อมในบ้าน... (ให้ผู้สัมภาษณ์เดินดู/สังเกต ร่วมกับการซักถามด้วย)

- 3.1 ส้วม
- 3.1.1) ผู้สูงอายุได้ใช้ส้วมหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่
- 3.1.2)  มีส้วมในบ้าน  มีส้วมอยู่นอกบ้าน  ไม่มีส้วม
- 3.2 ลักษณะแบบส้วม
- 3.2.1) แบบ  นั่งยอง  ชักโครก หรือแบบโถนั่ง
- 3.2.2) ราวจับ  มี  ไม่มี
- 3.2.3) ระดับของพื้นส้วม  ต่างระดับ  ราบ
- 3.2.4) พื้นส้วมขณะเปียกน้ำ  ลื่น  ไม่ลื่น
- 3.2.5) แสงสว่าง  เพียงพอ  ไม่เพียงพอ
- 3.3 พื้นภายในบ้าน  ลื่น  ไม่ลื่น
- 3.4 บันไดบ้าน
- 3.4.1)  มีราวจับ  ไม่มีราวจับ
- 3.4.2)  พื้นบันไดลื่น  พื้นบันไดไม่ลื่น
- ไม่มีบันไดบ้าน(บ้านชั้นเดียว)

### 4. สิ่งแวดล้อมทางสังคม

- 4.1 มีบ้านที่อยู่ใกล้เคียงบ้านของท่านที่พอเรียกกันได้  ไม่มี  มี
- ถ้ามี...เป็นบ้าน  บ้านญาติ  เพื่อนบ้าน
- 4.2 บริเวณบ้านมีการปลูกพืชผักสวนครัว ไว้ใช้ประกอบอาหารกินเอง
- อย่างน้อย 5 ชนิด  ใช่  ไม่ใช่

### 5. ความสามารถของครอบครัวและชุมชน ในการสนับสนุน ช่วยเหลือ ดูแลท่าน

- 5.1 ครอบครัว  ไม่ดูแล
- มี (ระบุ ใคร) .....
- ดูแลด้าน  พาออกนอกบ้าน(ไปเที่ยว/ไปวัด/ไปตลาด ฯลฯ)
- พาไปหาหมอ  ดูแลเรื่องอาหาร

- การกินยา     เงินทอง  
 อื่นๆ.....

5.2 เพื่อนบ้าน  ไม่ดูแล  ดูแลด้าน(ระบุ)

- สุขภาพ     อาหาร     ติดต่อประสานงาน  
 เยี่ยมบ้าน     ปรับปรุงสภาพแวดล้อม  
 สวัสดิการ     แจ้งข่าวสาร  
 จัดกรรับส่ง     บริการช่วยเหลือ เช่น .....  
 อื่นๆ ระบุ.....

5.3 ผู้นำ  ไม่ดูแล  ดูแลด้าน(ระบุ)ได้แก่

- สุขภาพ     อาหาร     ติดต่อประสานงาน  
 เยี่ยมบ้าน     ปรับปรุงสภาพแวดล้อม  
 สวัสดิการ     แจ้งข่าวสาร  
 จัดกรรับส่ง     บริการช่วยเหลือ เช่น .....  
 อื่นๆ ระบุ.....

5.4 ชมรมผู้สูงอายุ  ไม่ดูแล  ดูแลด้าน(ระบุ)ได้แก่

- สุขภาพ     อาหาร     ติดต่อประสานงาน  
 เยี่ยมบ้าน     ปรับปรุงสภาพแวดล้อม  
 สวัสดิการ     แจ้งข่าวสาร  
 จัดกรรับส่ง     บริการช่วยเหลือ เช่น .....  
 อื่นๆ ระบุ.....

5.5 อสม.  ไม่ดูแล  ดูแลด้าน(ระบุ)ได้แก่

- สุขภาพ     อาหาร     ติดต่อประสานงาน  
 เยี่ยมบ้าน     ปรับปรุงสภาพแวดล้อม  
 สวัสดิการ     แจ้งข่าวสาร  
 จัดกรรับส่ง     บริการช่วยเหลือ เช่น .....  
 อื่นๆ ระบุ.....

หมวดที่ 3 การรับรู้และการเข้าถึงสิทธิตามมาตรฐานการส่งเสริมสวัสดิภาพและการคุ้มครองพิทักษ์  
สิทธิผู้สูงอายุ

- 1) ท่านได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ เบาหวาน ความดัน และ ซึมเศร้า ประจำปี ใช่หรือไม่  
 1 ใช่  2 ไม่ใช่
- 2) ท่านได้รับการดูแล รักษาเมื่อเจ็บป่วย ใช่หรือไม่  1 ใช่  2 ไม่ใช่
- 3) ท่านได้ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ใช่หรือไม่  1 ใช่  2 ไม่ใช่
- 4) ท่านอาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกับบุตรหลาน หรือบริเวณเดียวกันกับบุตรหลานใช่หรือไม่  
 1 ใช่  2 ไม่ใช่
- 5) ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยถูกเอาเปรียบ หรือถูกหลอก ถูกโกง ใช่หรือไม่  
 1 ใช่  2 ไม่ใช่
- 6) ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยถูกทำร้ายร่างกาย ใช่หรือไม่  1 ใช่  2 ไม่ใช่  
 ถ้าเคยถูกทำร้าย ท่านถูกทำร้าย โดยใคร .....
- 7) ในรอบ 1 ปี ท่านเคยถูกทำร้าย จิตใจ ใช่หรือไม่  1 ใช่  2 ไม่ใช่  
 ถ้าเคยถูกทำร้าย ท่านถูกทำร้าย โดยใคร .....
- 8) ในรอบ 1 ปี ท่านเคยถูกทำร้าย / ทางเพศ ใช่หรือไม่  1 ใช่  2 ไม่ใช่  
 ถ้าเคยถูกทำร้าย ท่านถูกทำร้าย โดยใคร .....
- 9) ภายในบ้านของท่านมีสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมและปลอดภัย อย่างน้อย 3 รายการ  
 (ข้างล่าง) ใช่หรือไม่  
 ราวจับ เช่น ราวจับบันได ราวจับในห้องน้ำ  
 โถส้วมแบบนั่งราบ  ทางลาด  
 ทางเดินเข้าบ้านระดับเดียวกัน  ประตูเลื่อน  
 อุปกรณ์เปิดปิดประตูแบบคันโยก  พื้นบ้านเป็นระดับเดียวกัน  
 1. ใช่ (ตอบ 3 รายการขึ้นไป)  2. ไม่ใช่
- 10) ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเข้าร่วมประชุม อบรม ศึกษา เรียนรู้ จากหน่วยงาน  
 องค์กร หรือชมรมผู้สูงอายุใช่หรือไม่  1. ใช่  2. ไม่ใช่
- 11) ท่านเคยรับทราบข้อมูลข่าวสารทั่วไปจากสื่อต่างๆ ใช่หรือไม่  1. ใช่  2. ไม่ใช่
- 12) ท่านเคยรับทราบข้อมูลด้านสิทธิประโยชน์หรือสิทธิพิเศษของผู้สูงอายุ ตาม พรบ. 2546  
 (เช่น เบี้ยยังชีพ จัดให้มีช่องทางพิเศษในโรงพยาบาล) ใช่หรือไม่  1. ใช่  2. ไม่ใช่
- 13) ท่านมีรายได้ที่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายของตนเอง ใช่หรือไม่  1. ใช่  2. ไม่ใช่

- 14) ปัจจุบัน ท่านมีงานทำที่สร้างรายได้ ใช่หรือไม่  1. ใช่  2. ไม่ใช่
- 15) ปัจจุบันท่านมีเงินออม ใช่หรือไม่  1. ใช่  2. ไม่ใช่
- 16) ปัจจุบันท่านมีหนี้สิน ใช่หรือไม่  1. ใช่  2. ไม่ใช่
- 17) ท่านได้ปฏิบัติศาสนกิจตามศาสนาที่ท่านนับถือหรือไม่  1. ใช่  2. ไม่ใช่
- 18) ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น ไปวัดทำบุญ งานบุญประเพณี หรือการเข้าร่วมประชุมประจำเดือนกับผู้นำชุมชน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ใช่หรือไม่  1. ใช่  2. ไม่ใช่
- 19) เคยมีบุตร หลาน คนในครอบครัว หรือบุคคลอื่น มาขอคำปรึกษาในเรื่องต่างๆ ใช่หรือไม่  1. ใช่  2. ไม่ใช่
- 20) ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านได้รับการเยี่ยมบ้านจาก อสม. และหมอจากโรงพยาบาลใกล้บ้าน (รพ.สต./รพช./รพ.จังหวัด) หรือไม่  1. ใช่  2. ไม่ใช่
- 21) ครั้งหนึ่ง ท่านเคยนำความรู้ ภูมิปัญญา หรือความเก่งเฉพาะด้านที่ท่านมี นำไปสอนหรือบอกคนอื่นๆ ใช่หรือไม่  1. ใช่  2. ไม่ใช่
- 22) ท่านเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ  1. ใช่  2. ไม่ใช่

#### หมวดที่ 4 : ความเชื่อเรื่องสุขภาพ(มองปัญหาควบคู่กับการจัดการ)

4.1 ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่  มี  ไม่มี

ถ้ามี โรคประจำตัว

1. ....  รักษาที่ .....  ไม่ได้รับการรักษา
2. ....  รักษาที่ .....  ไม่ได้รับการรักษา
3. ....  รักษาที่ .....  ไม่ได้รับการรักษา
4. ....  รักษาที่ .....  ไม่ได้รับการรักษา

4.2 ผู้ที่พาไปรักษาเป็นประจำ มีความสัมพันธ์ เป็น ..... กับผู้สูงอายุ  
 ไม่มีใครพาไป(ไปรักษาด้วยตัวเอง)

อาชีพคนที่พาไปรักษา .....

ท่านสามารถติดต่อผู้ที่พาไปได้ตลอดเวลา ตลอด 24 ชั่วโมง  ใช่  ไม่ใช่

4.3 สุขภาพใจ (ประเมินความเครียดกับความสุข ใช้แบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ

คำชี้แจง

- กรุณาใส่  ล้อมรอบตัวเลขในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด

- คำถามต่อไปนี้นี้จะถามถึงประสบการณ์ของท่านในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน ให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์ อารมณ์ ความคิดเห็นและความรู้สึกของท่าน ว่าอยู่ในระดับใดแล้วตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือก คือ
  - **ไม่เคย** หมายถึง ไม่มีเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึก หรือ ไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ
  - **เล็กน้อย** หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อยหรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย
  - **มาก** หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มาก หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มาก
  - **มากที่สุด** หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มากที่สุด หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นมากที่สุด

ข้อ	คำถาม	ไม่ เคย	เล็ก น้อย	มาก	มาก ที่สุด
1	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต				
2	ท่านรู้สึกสบายใจ				
3	ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง				
4	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้กับการดำเนินชีวิตประจำวัน				
5	ท่านรู้สึกผิดหวังในตัวเอง				
6	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์				
7	ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)				
8	ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์ ดับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น				
9	ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต				
10	ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์				
11	ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา				
12	ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส				
13	ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว				

14	หากท่านป่วยหนักท่านเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลท่านเป็นอย่างดี				
15	สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน				
<b>รวม</b>					
<b>คะแนนรวม</b>					

**การแปลผล** เมื่อรวมคะแนนทุกข้อนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้ (คะแนนเต็ม 45)

ท่านได้  35-45 คะแนน หมายถึงสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ดี

28-34 คะแนน หมายถึงสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ

27 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์เสี่ยง

ในกรณีที่ท่านมีคะแนนอยู่ในกลุ่มสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์เสี่ยง ท่านอาจช่วยเหลือตนเองเบื้องต้นโดยขอรับบริการปรึกษาจากสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านของท่านได้

#### 4.4 ศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของท่าน (Barthel Activities

Daily Living: ADL) ประเมินแล้วจากข้อมูลที่เคยสำรวจ แยกเป็น 3 กลุ่ม

ดิดั้งคม คะแนน .....  ดิดบ้าน คะแนน .....  ดิดเตียง คะแนน.....

#### 4.5 ท่านมีอุปกรณ์ช่วยเหลือเกี่ยวกับสุขภาพทางการแพทย์

ไม่มี  มี เช่น ( ) สายให้อาหาร ( ) สายสวนปัสสาวะ ( ) รถเข็น ( ) ไม้เท้า ( ) เตียง ( ) เครื่องพ่นยา ( ) อื่นๆ .....

#### 4.6 ท่านมีการประดิษฐ์อุปกรณ์ช่วยในการดูแลสุขภาพที่ทำด้วยภูมิปัญญาชาวบ้านหรือไม่

ไม่มี  มี ระบุ.....

#### 4.7 ท่านเคยรับการรักษาสุขภาพ ด้วยวิธีอื่นๆ นอกเหนือจากการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันด้วยหรือไม่ ไม่เคย เคย ได้แก่

การบริโภคน้ำหมัก  ยาชุด  สมุนไพร  น้ำมันดี  หมอน้ำมัน

ทรงเจ้า  หมอเป่า  หมอนวด  อื่นๆ ระบุ

.....

**หมวดที่ 5 จากสภาพความเป็นอยู่ ท่านต้องการให้ใครเข้ามาช่วยเหลือ ในเรื่องต่างๆ ต่อไปนี้**

เรื่องที่ต้องการช่วยเหลือ	ผู้ที่ท่านต้องการให้ใครมาช่วยเหลือ						
	ครอบครัว	เพื่อนบ้าน	อสม.	ผู้นำชุมชน	ท้องถิ่น	รัฐ	อื่นๆ
1. ข้าวของ เครื่องใช้							

2. อาชีพ รายได้							
3. การพัฒนาที่อยู่อาศัย(ตัวบ้าน)							
4. การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมทั้งภายใน และบริเวณบ้าน							
5. การพัฒนาศักยภาพแกนนำและ ครอบครัว หรือ การพัฒนาผู้ที่จะมา ดูแลผู้สูงอายุ							
6. การเฝ้าระวังปัญหา ผลกระทบจาก การอยู่ลำพัง							
7. การดูแลความเจ็บป่วย							
8. อื่นๆ							

หมวดที่ 6 ความคิดเห็นของผู้สัมภาษณ์ ต่อผู้สูงอายุ คิดว่าผู้สูงอายุท่านนี้ควรได้รับความช่วยเหลือเรื่อง  
อะไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

วันที่เก็บข้อมูล.....ระยะเวลาในการสัมภาษณ์.....นาที

ชื่อผู้เก็บข้อมูล (นาย / นาง / นางสาว) .....

ตำแหน่ง .....

เบอร์โทรติดต่อ .....

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - นามสกุล นายณัฐธัญญ์ ใจเวียง  
 วันเดือนปีเกิด 18 มกราคม 2517  
 ที่อยู่ 24/6 ซ.บ้านกล้วย 5 ต.บ้านกล้วย อ.เมืองชัยนาท จ.ชัยนาท  
 เบอร์โทรศัพท์ 088-2806309  
 อีเมล sukit\_otto@hotmail.com  
 สถานที่ทำงาน สำนักงานเทศบาลเมืองชัยนาท  
 ประวัติการศึกษา มัธยม โรงเรียนนครสวรรค์  
 ปริญญาตรี รัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

