

ศักยภาพของชุมชนในการสนับสนุนการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลที่บ้าน Community Competence to Support Health Care Management for Elderly People Who Need Caregivers at Home

สุรพันธ์ สืบเนียม¹, สุรชาติ ลิทธิปกรณ์^{1*}, สมจิต แคนสีแก้ว¹ และ อุไร จำปาหวะดี¹
Suraphan Seubniam¹, Surachat Sittipakorn^{1*}, Somjit Daenseekaew¹ and Urai Jumpawadee¹
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม^{1*}
Faculty of Nursing, Mahasarakham University^{1*}

(Receive: October 17, 2021; Revised: July 22, 2022; Accepted: July 25, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มุ่งศึกษาศักยภาพของชุมชนในการสนับสนุนการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลที่บ้านของ 14 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคามโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2564 จากผู้นำชุมชน ผู้จัดการดูแล นักบริบาลท้องถิ่น อาสาสมัครผู้ดูแลและผู้ดูแลหลักในครอบครัว รวม 166 คน ที่ร่วมดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียง 25 คน จากโรคเรื้อรัง และ ผู้สูงอายุติดบ้าน 28 คนจากการหกล้มที่ทำให้กระดูกเชิงกรานและกระดูกสันหลังเคลื่อน ผลการวิจัยพบว่า

ผู้นำชุมชนริเริ่มให้มีการจัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุในชุมชน ประสานศูนย์การดูแลต่อเนื่องที่บ้านของจังหวัด สนับสนุนการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชนได้ประสานความร่วมมือกับบุคลากรของ รพ.สต. ซึ่งเป็นผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกันพัฒนาความรู้และทักษะแก่อาสาสมัครผู้ดูแลของชุมชนและร่วมส่งเสริมทักษะแก่ผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ บุตรสาว บุตรสะใภ้ และญาติให้สามารถจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน โดยมีกิจกรรมดังนี้ 1) การประเมินสุขภาพ 2) การรับประทานยาและการไปตรวจตามนัด 3) การปรับสภาพแวดล้อมของบ้านและที่อยู่อาศัย 4) การจัดหาอาหารตามการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ 5) การส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพ 6) การจัดให้นอนหลับและพักผ่อนอย่างเพียงพอ 7) การส่งเสริมให้บริหารจัดการจิตใจ นอกเหนือจากนั้นการวิจัยนี้พบว่า ผู้นำชุมชนได้ประสานขอทุนเพื่อปรับสภาพบ้านผู้สูงอายุและจัดหาอุปกรณ์การดูแลให้แก่ผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ รวมถึงการเพิ่มคุณภาพการประสานกลุ่มอาสาสมัครให้ช่วยเหลือกันในบางโอกาสที่ผู้ดูแลในครอบครัวติดภารกิจมาก เพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุได้ต่อเนื่องและมีคุณภาพการดูแลที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับชุมชนและสังคมไทยเพื่อนำไปพัฒนาต่อ คือ การเสริมหนุนให้ผู้นำชุมชนประชุมร่วมกับอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และหาแนวทางส่งเสริมความรู้และศักยภาพการจัดการให้อาสาสมัครผู้ดูแลของชุมชน

คำสำคัญ: ศักยภาพของชุมชน, การจัดการสุขภาพ, ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลที่บ้าน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail Surachat.s@msu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 094-2603636)

Abstract

The purpose of this qualitative research was to estimate the capacity of communities to support home care services to elderly people in 14 health-promoting hospitals in Kantharawichai district of Mahasarakham Province. Data were collected through in-depth interviews, focus-group discussion, as well as both participant and non-participant observations from February to June 2021. The key informants were community leaders, care managers, government home caregivers, and family volunteer caregivers, for a total of 166 caregivers who took care of 25 elderly people living with chronic illnesses and 28 elderly people who were stuck at home from falls, hip and spine dislocations.

The results showed that community leaders have set a community aging fund and coordinated with provincial continuing home care centers to support community aging home care. Community leaders also cooperated with health-promoting hospital personnel to support the elderly's health care management in their families. Family volunteer caregivers received training so they could develop their competencies for 1) health assessment, 2) giving medicines, 3) physical check and follow up 4) adjusting and renovating home and environment, 5) cooking and seeking appropriate foods, 6) assisting exercising for rehabilitation, 7) providing adequate sleep and rest, and 8) mental health management.

Moreover, this research found that community leaders called for home renovation funding. They also provided elderly people with equipment and increased the hours of hospital caregivers for cooperating with family caregivers who had over workload.

Communities and Thai society, in general, need to develop the community caregivers' knowledge and skills by training and encouraging them to form an effective network, notably through regular meetings with the community.

Keywords: Elderly, Community, Health Care Management, Home Caregivers

บทนำ

ประเทศไทยพบจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จาก พ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้สูงอายุ 9.841 ล้านคน (ร้อยละ 14.2 ของประชากรทั้งหมด) ในปีพ.ศ. 2563 มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มเป็น 11.855 ล้านคน (ร้อยละ 16.7 ของประชากรทั้งหมด) จากการที่ประเทศไทยมีทั้งจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สังคมไทยจึงก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) (Office of the National Economic and Social Development Council, 2017-2021) ประเทศไทยจึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาประชากรทุกช่วงวัยให้อยู่ด้วยกันอย่างเกื้อหนุนกันเพื่อให้ประชากรทุกช่วงวัยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Good quality of life, Wellness) (Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, 2015) มีการอาศัยอยู่ร่วมกันในชุมชนแบบเอื้ออาทรต่อกันและกันของสมาชิกทุกช่วงวัย (Hongthong, 2015) โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้ดูแลชุมชนและสังคมมาตลอดจนถึงช่วงวัยที่ความแข็งแรงของร่างกายได้ถดถอยลงจนผันผ่านจากผู้ที่ไม่หรือผู้มีความรู้การต่อชุมชนและสังคมกลายเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิง (Kanlaya, Maitree, & Nilrat, 2009)

พื้นที่ศึกษาครั้งนี้เป็นพื้นที่ในความรับผิดชอบของ 14 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในปี 2563 อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ทุกตำบลมีสัดส่วนผู้สูงอายุมาก อยู่ระหว่างร้อยละ 15-17 ของประชากรทั้งหมด ประกอบกับประชากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือนิยมสร้างบ้านใต้ถุนสูง ผู้สูงอายุจึงหกล้มเมื่อเดินขึ้นบ้านหรือตกบันไดทำให้เกิดความพิการ เป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 93.03 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 5.34 กลุ่มติดเตียง ร้อยละ 1.63 (Mahasarakham Provincial Health Office, Mahasarakham, 2021) กลุ่มผู้นำชุมชน องค์การท้องถิ่น และองค์กรภาครัฐในท้องถิ่น ได้ร่วมกันพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยและพิการ เช่น การจัดตั้งกองทุนสงเคราะห์กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน ให้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของกองสวัสดิการและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ (Division of Older Persons Welfare Promotion and Rights Protection, 2018) และมีการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้มีความรู้ มีทักษะการดูแลผู้สูงอายุซึ่งส่วนมากไม่ต้องการได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลแต่ต้องการอยู่กับลูกหลานจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตโดยมีลูกหลานดูแลอยู่ที่บ้าน (National Commission on Older Persons, 2021)

ผู้วิจัยซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลของมหาวิทยาลัยมหาสารคามที่ตั้งอยู่ในอำเภอกันทรวิชัยและได้นำนิสิตไปฝึกปฏิบัติการพยาบาลในพื้นที่พบผู้สูงอายุที่ป่วยหรือพิการติดบ้านบางคนอาศัยอยู่บ้านตามลำพังในตอนกลางวันเนื่องจากบุตรหลานไปรับจ้างหาเงินมาเลี้ยงครอบครัวและผู้สูงอายุส่วนมากไม่สามารถรับประทานยาและทำความสะอาดร่างกายตนเองหลังขับถ่าย ต้องรอจนบุตรหลานกลับบ้าน ผู้วิจัยจึงสนใจทำวิจัยเพื่อถอดบทเรียนชุมชนโดยสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมจากผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชนถึงกระบวนการเสริมหนุนและศักยภาพของชุมชนในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยและพิการที่ต้องการการดูแลที่บ้าน รวมถึงศึกษาปัญหาและอุปสรรคของชุมชนในการเสริมหนุนการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ป่วยและพิการที่ต้องการการดูแลที่บ้าน โดยคาดว่าจะนำผลการวิจัยไปสู่การสร้างห้องเรียนร่วมกันในชุมชนและกำหนดข้อเสนอแนะในการพัฒนาชุมชนและครอบครัวให้ร่วมกันดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยหรือพิการรวมถึงการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น (Local Wisdom) (Duangudom, 2012) เพื่อนำไปประยุกต์สู่การปฏิบัติอย่างกว้างขวางในการพัฒนาคนและชุมชนที่ยั่งยืนต่อไป (Siripanich, 2008; Wasi, 2012)

วัตถุประสงค์วิจัย

1. ศึกษากระบวนการเสริมหนุนและศักยภาพของชุมชนในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยและพิการที่ต้องการการดูแลที่บ้าน
2. ศึกษาปัญหาและอุปสรรคของชุมชนเสริมหนุนการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ป่วยและพิการที่ต้องการการดูแลที่บ้าน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาชุมชนสู่การดูแลผู้สูงอายุของกองสวัสดิการและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ ปี 2561 (Office of the National Economic and Social Development Council, 2017-2021) โดยระบุ 3 ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการพัฒนาผู้สูงอายุให้เข้มแข็งมีคุณภาพ ดังนี้ 1) กระบวนการจากภาครัฐ ได้แก่ หน่วยงานของรัฐที่ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อบต. อบจ. อบป. และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) Division of Older Persons Welfare Promotion and Rights Protection (2018) 2) กระบวนการจากผู้นำชุมชน เช่น การจัดตั้งกองทุนสงเคราะห์กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน การสร้างทัศนคติที่ดีของประชาชนต่อการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลสวัสดิการและ

จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ (Siripanich, 2008) 3) กระบวนการที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพครอบครัวผู้สูงอายุ ได้แก่ กลุ่ม อสม. นักบริบาล และผู้ดูแล ที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การพัฒนาจิตวิญญาณอย่างสม่ำเสมอ การรับการตรวจและรักษาตามแพทย์แผนปัจจุบันและการบำบัดรักษาที่ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา (Wasi, 2012)

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) แบบปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive Phenomenology) (Chantavanich, 2004) ศึกษาระหว่างกุมภาพันธ์ถึงมิถุนายน พ.ศ.2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึง ผู้นำชุมชนเจ้าหน้าที่ และอาสาสมัคร จำนวน 573 คน ประกอบด้วย 3 กลุ่มหลัก 7 กลุ่มย่อย ได้แก่ 1) กระบวนการจากภาครัฐ 1.1) เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 14 คน 1.2) ผู้จัดการการดูแลผู้ (Care Manager) 14 คน และ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 42 คน 2) กระบวนการจากชุมชน 2.1) ผู้นำชุมชน คือ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 194 คน 2.2) อาสาสมัครนักบริบาลท้องถิ่น 14 คน 2.3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) 122คน 3) กระบวนการด้านครอบครัว 3.1) ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุที่ป่วย หรือ พิการ 110 คน 3.2) ผู้สูงอายุที่ป่วย หรือ พิการ ติดเตียง ติดบ้าน 63 คน

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) จำนวน 166 คน เลือกแบบเจาะจงตามความสมัครใจจากกลุ่มประชากร 3 กลุ่มหลัก 7 กลุ่มย่อย ได้แก่ 1) กระบวนการจากภาครัฐ 1.1) เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล 12 อบต. ๆ ละ 1 คน ที่เป็นหัวหน้าทีมดูแลสุขภาพ รวม 12 คน 1.2) เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ๆ ละ 11 คน ที่เป็นหัวหน้าทีมดูแลสุขภาพ รวม 12 คน 1.3) เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ๆ ละ 1 คน ที่ทำหน้าที่ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) นำมาทุกคน รวม 14 คน 2) กระบวนการจากชุมชน 2.1) ผู้นำชุมชน คือ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จาก 12 ตำบล ๆ ละ 1 คน รวม 12 คน 2.2) อาสาสมัครนักบริบาลท้องถิ่น มี รพ.สต.ละ 1 คน นำมาทุกคน รวม 14 คน 2.3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) รพ.สต.ละ 2-3 คน รวม 51 คน 3) กระบวนการด้านครอบครัว 3.1) ผู้ดูแลหลักในครอบครัว 63 คน ส่วนมากเป็นลูกสาว หลานสาว และลูกสะใภ้ 3.2) ผู้สูงอายุที่ป่วยและพิการ 63 คน ไปเยี่ยมหมด ที่ป่วยติดเตียง 25 คน จากโรคเส้นเลือดสมองแตก ตีบ ตัน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง และ ผู้สูงอายุที่ติดบ้าน 28 คน จากการได้รับอุบัติเหตุหกล้มในครัวเรือนทำให้กระดูกสะโพกและกระดูกสันหลังเคลื่อน จึงต้องนอนติดบ้าน ติดเตียง มีผู้สูงอายุที่สามารถสื่อสารให้ข้อมูลได้ 50 คน ที่เหลือ 13 คน ญาติผู้ดูแลเป็นผู้ให้ข้อมูลแทน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ถูกพัฒนาขึ้นมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัย 3 คน ทุกคนเป็นผู้มีประสบการณ์วิจัยเชิงคุณภาพไม่ต่ำกว่า 5 ปี ผู้วิจัยได้สร้างแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และการสนทนากลุ่ม และมีผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาล 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือก่อนนำไปใช้ ได้แก่

1. แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (Guideline for In-Depth Interview) เป็นคำถามที่มุ่งศึกษาศักยภาพของผู้ดูแลในการประเมินภาวะสุขภาพและการสนับสนุนการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ ศึกษาการรับรู้ ความคิด ความเชื่อและประสบการณ์การดูแลและสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น ด้านการใช้ยา การจัดการน้ำหนักตัวเอง การลดบริโภคเกลือ การออกกำลังกาย การเลิกหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการงดยาสูบหรือ

2. แนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม (Guideline for Participant and Non-Participant Observation) เป็นแนวทางการสังเกตเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปในชุมชน สมาชิกชุมชน ความสัมพันธ์ของอาสาสมัครที่มาร่วมดูแลผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัว วิธีการจัดการดูแลผู้สูงอายุ การจัดการสภาพแวดล้อม

3. แนวทางการสนทนากลุ่ม (Guideline for Focus Group) เป็นคำถามกระตุ้นให้กลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ และการเข้าร่วมแก้ไขปัญหาการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

4. เครื่องมือในการเก็บบันทึกข้อมูล ได้แก่ เทปบันทึกเสียง ปากกาและสมุดบันทึก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือราชการไปยังกำนันและสาธารณสุขอำเภอ พร้อมสำเนาถึงผู้อำนวยการ รพ.สต. ซึ่งเป็นผู้ที่แจ้งไปยังกลุ่มเป้าหมายคือครอบครัวผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลที่บ้าน เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล วันก่อนไปเก็บข้อมูลผู้วิจัยติดต่อประสานงานทางวาจากับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขอความร่วมมือประสานไปยังบ้านผู้สูงอายุ ผู้วิจัยทั้ง 3 คน เป็นผู้เก็บข้อมูล ดังนี้

1. การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อค้นหาข้อเท็จจริงตามมุมมองของผู้นำชุมชนและอาสาสมัครในชุมชนผู้ซึ่งมีข้อมูลมากและสนใจในการให้ข้อมูลการรับรู้ ความคิด ความเชื่อและประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้นในชุมชนและแนวทางการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ ใช้เวลาสัมภาษณ์ คนละ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ที่บ้านของผู้สูงอายุเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแล การให้คำแนะนำผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว ปฏิสัมพันธ์ของอาสาสมัครชุมชนกับผู้สูงอายุและครอบครัว เมื่อมีกิจกรรมการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา การใช้ยา การจัดการน้ำหนักร่างกาย การลดบริโภคเกลือ การเลิกหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่

2. การสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสนทนากลุ่มผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ และอาสาสมัคร ที่ สำนักงาน รพ.สต. ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 8-12 คน รวม 14 ครั้ง ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้านเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เจ้าหน้าที่ อบต. อาสาสมัครนักรับบาลท้องถิ่น ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้วิจัยป้อนคำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยให้ ผู้นำชุมชนร่วมกันตอบเกี่ยวกับการสนับสนุนผู้สูงอายุ ผู้ดูแลในครอบครัว และอาสาสมัครชุมชนในการดูแลและการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุจัดการสุขภาพตลอดจนปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข กลุ่มผู้ร่วมสนทนาเป็นคนในพื้นที่เดียวกันและร่วมกันทำงานมาตลอดจึงร่วมสนทนาในกลุ่มของ รพ.สต.เดียวกันได้ โดยต่างเติมเต็มข้อมูลให้กัน

3. การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ทำที่บ้านของผู้สูงอายุในขณะที่สัมภาษณ์ ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทราบว่าทำการสังเกตและให้อิสระในการบอกยุติการสัมภาษณ์และการสังเกตได้ทันทีหากไม่ประสงค์ ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมดูแล การให้คำแนะนำผู้สูงอายุ และผู้ดูแลในครอบครัว ปฏิสัมพันธ์ของอาสาสมัครชุมชนกับผู้สูงอายุและครอบครัว ใช้เวลา 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

4. การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมดูแล การให้คำแนะนำผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว ปฏิสัมพันธ์ของอาสาสมัครชุมชนกับผู้สูงอายุและครอบครัว โดยไม่ได้บอกให้ผู้นำชุมชนทราบสังเกตในกลุ่มเดียวกันแต่คนละเวลา เช่น ผู้วิจัยไปทำกิจกรรมร่วมกับอีกครอบครัว แต่สามารถมองเห็นและสังเกตพฤติกรรมผู้ดูแลที่ให้การดูแลหรือ เดินทางปรึกษากับอีกครอบครัวได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) (Wasi, 2012; Chantavanich, 2004) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม มาอ่านหลาย ๆ ครั้ง แล้วนำมาแยกประเภท จัดหมวดหมู่สรุปประเด็นสำคัญ โดยพิจารณาจากความสัมพันธ์เชิงเหตุผล เขียนตามความเข้าใจเนื้อหา ตรวจสอบเชื่อมโยงและ

ยืนยันความถูกต้อง ผ่านการอ่านทบทวนซ้ำหลาย ๆ ครั้ง และเขียนเพิ่มส่วนของการวิเคราะห์ให้ครอบคลุมตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากหลายแหล่งเพื่อให้ได้มุมมองที่หลากหลาย (Data Triangulation) และการตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (Investigator Triangulation) 3 คน จากผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) โดยนักวิจัยค้นข้อมูลที่ได้อีกจากผู้ให้ข้อมูล และผู้วิจัยได้ประชุมนำเสนอผลการศึกษาต่อเจ้าหน้าที่ภาครัฐในพื้นที่จนได้ข้อค้นพบที่เป็นข้อสรุปร่วมกันจึงถือว่ามีความถูกต้อง

จริยธรรมวิจัย

รายงานนี้เป็นผลระยะที่ 1 ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายผู้ดูแลสู่บริการถึงบ้านอย่างมีคุณภาพ” ผ่านการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 041-001/2564 รับรองวันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2564

ผลการวิจัย

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมกับแกนนำชุมชน ผู้วิจัยพบประเด็นที่น่าสนใจ 3 เรื่อง ได้แก่ 1) กระบวนการของชุมชนในการเสริมหนุนการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน 2) ศักยภาพของชุมชนในการเสริมหนุนการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน 3) ปัญหาและอุปสรรคของชุมชนในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. กระบวนการของชุมชนในการเสริมหนุนการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน

การวิจัยพบกระบวนการของชุมชนในการเสริมหนุนการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านของ 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1) กระบวนการจากภาครัฐ 2) กระบวนการจากชุมชน 3) กระบวนการด้านครอบครัว โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 กระบวนการจากภาครัฐในการเสริมหนุนการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ผู้ให้ข้อมูลทุกคนบอกเล่าตรงกันว่า สาธารณสุขอำเภอเป็นผู้นำ พร้อมกับเสนอโครงการและให้งบประมาณในการจัดอบรมแกนนำเพื่อใช้ในการทำงานเฉพาะด้านการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเชิญเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อบต.) เข้าร่วมอบรมพร้อมกัน และพัฒนาการจัดการในแต่ละ รพ.สต. จนเกิดการพัฒนางานร่วมกันดังนี้

1.1.1 ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ พยาบาลวิชาชีพ หรือ นักวิชาการสาธารณสุขจาก รพ.สต.ละ 1 คนที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการจัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ในอำเภอนี้มี 14 คน ให้ข้อมูลเมื่อปี พ.ศ. 2559 ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยกองทุนเพื่อการบริหารสุขภาพระยะยาว (LTC) ส่งเข้าอบรมการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยและอาศัยอยู่ที่บ้าน หลักสูตร 70 ชั่วโมง เพื่อนำความรู้มาพัฒนาระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ หรือ ที่ รพ.สต. ให้มีกำลังคนในการสนับสนุนแกนนำชุมชนที่มาทำงานในหมู่บ้าน เสริมหนุนกลุ่ม อสม. ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหรือผู้ป่วย หรือ ผู้พิการที่ติดบ้าน โดย รพ.สต. ทุกที่มอบหมายงานใหม่เพิ่ม จึงเกิดกลุ่มผู้จัดการดูแลขึ้นเหมือนเป็นกลุ่มบุคลากรใหม่ แต่ข้อเท็จจริงคือพยาบาลวิชาชีพที่เป็นข้าราชการคนเดิมของ รพ.สต. แต่มีงานใหม่เพิ่มตามชื่อที่เกิดขึ้นใหม่อย่างเป็นทางการในชื่อว่า ผู้จัดการการดูแล หรือ Care Manager หรือ เรียกกันสั้น ว่า CM แต่ละเดือนมีการประชุมที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเพื่อประเมินสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยและต้องดูแลที่บ้าน ตอนนี้งานอำเภอมีผู้สูงอายุป่วย 63 คนไปเยี่ยมหมอดูผู้ป่วยติดเตียง 25 คนจากเส้นเลือดสมองแตกเบาหวานความดัน ไตเรื้อรังและมีผู้สูงอายุที่ป่วยติดบ้าน 28 คนจากการหกล้ม กระดูกเคลื่อนจนต้องนอนติดบ้านติดเตียง

“ผู้จัดการการดูแล หรือ CM หรือ Care manager เกิดมาประมาณ 3 ปี เมื่อกองทุนดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง LTC กำหนดให้ CM เป็นพี่เลี้ยง CG ทำงานดูแลสุขภาพคนติดบ้าน ติดเตียง ของกองทุน LTC จึงเป็น อสม. เดิมที่มาเข้ารับการอบรมเพิ่ม (การสนทนากลุ่ม ที่ รพ.สต. ขามเฒ่า) เดิมงานดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงทำไม่ได้ไม่ต่อเนื่อง เพราะ อสม. เองก็มีงานอื่นมือถือน้อยอยู่แล้ว ทั้งการทำมาหากินในชีวิตประจำวัน และการทำงานฐานะ อสม. ซึ่งเป็นงานลักษณะจิตอาสา เช่นกัน อสม. หลายคนสวมหมวกงานกิจจิตอาสาให้กับภาครัฐอยู่ก่อนแล้ว ตอนนี้มีกลุ่มที่มาแบ่งงานไปทำ แต่ก็ร่วมกันอยู่ดี” (การสนทนากลุ่ม ที่ รพ.สต. มะกอก)

1.1.2 เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล ในแต่ละ อบต. ได้ทำการเสริมหนุนการจัดการ สุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน และพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล โดยส่งเจ้าหน้าที่สุขภาพเข้าอบรมการดูแลที่บ้านพร้อมกันทั้งอำเภอ หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ได้ร่วมแกนนำชุมชนพัฒนากระบวนการทำงานให้เกิดการเสริมหนุนและสอดคล้องกันในทุกกระบวนการทำงาน จนเกิดการพัฒนามาให้มีความพร้อม และแกนนำมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน จึงสรุปศักยภาพของแกนนำชุมชนในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ได้ 2 ลักษณะ ได้แก่ การเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสภาพผู้สูงอายุเพื่อนำมาวางแผนการดูแล การบริหารจัดการเงินที่ได้จากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำหรับการดูแลผู้สูงอายุและนำมาจัดซื้ออุปกรณ์การดูแล และแบ่งเป็นค่าตอบแทนเสริมหนุนการทำงานของดูแลที่ไปเยี่ยมและให้การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยและพิการที่บ้านเป็นอย่างดีและนอกจากนั้นยังเป็นผู้ประสานหาทุนหรืออุปกรณ์มาเสริมหนุนให้ครอบครัวจัดการสุขภาพผู้สูงอายุตามมาตรฐาน ได้แก่ เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม อาหาร ยาบำรุง แพนเพิร์ส ตลอดจนจัดการปรับสภาพบ้านให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยมีที่นอนที่ปลอดภัยในบ้านของตนเอง

1.2 กระบวนการจากชุมชนในการเสริมหนุนการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านชุมชนได้พัฒนากระบวนการเสริมหนุนการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านผ่าน 3 แกนนำดังนี้

1.2.1 ผู้นำชุมชน ผู้นำชุมชนให้ข้อมูลทุกคนบอกเล่าตรงกันว่า กลุ่มผู้นำทำหน้าที่อำนวยความสะดวกและประสานการดูแล โดยมี อสม. เป็นแกนนำ ร่วมกับดูแลในชุมชนที่ดูแลสุขภาพประชาชนอย่างเข้มแข็งมาตลอด และเมื่อสาธารณสุขอำเภอคำหรือถึงการอบรมผู้ดูแล ผู้นำชุมชนจึงประสานการรับสมัครและการเข้ารับการอบรมแกนนำเพื่อใช้ในการทำงานเฉพาะด้านการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

1.2.2 นักบริบาล มี รพ.สต.ละ 1 คน ซึ่งเป็นผู้ที่ถูกคัดเลือกจากผู้ดูแลทั้งหมดของ รพ.สต. ให้ทำหน้าที่เป็นนักบริบาล ทุกคนจึงเคยเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มาไม่ต่ำกว่า 5 ปี และได้รับการฝึกอบรมผู้ดูแล 70 ชั่วโมง ตามหลักสูตรของกรมอนามัย ทำให้นักบริบาลมีความรู้พื้นฐานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยหรือพิการติดบ้านติดเตียงเพิ่มมากขึ้นจากประสบการณ์ที่เคยทำในบทบาทของ อสม. และบทบาทผู้ดูแล นักบริบาลทุกคนให้ข้อมูลตรงกันว่า ได้มีการเข้าร่วมการฝึกอบรมเพิ่มความรู้และทักษะด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพกับนักกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลเป็นเวลา 3 วัน และลงพื้นที่ทำงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่บ้านพร้อมนักกายภาพบำบัดของโรงพยาบาล เพื่อให้มีการเสริมทักษะหน้างานทุกครั้งทั้งทาง รพ.ช.ออกมาดูแลผู้ป่วย และทาง สปสช. ให้โอกาสรับการอบรม ด้วยเงินกองทุนแอลทีซี (Long Term Care, LTC) เพื่อให้มั่นใจในการทำงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยพึ่งพิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และอยู่ภายใต้การสนับสนุนของกองทุนหลักประกันสุขภาพ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยติดบ้าน “พวกเรานักบริบาล ดีใจนะที่ประเทศไทยเราได้พัฒนาจัดให้มีบริการผู้ป่วยเรื้อรัง (LTC) ให้มีความเข้มแข็งขึ้น “เราเป็น อสม. พวกกันทำงานเต็มที่ พอให้สมัครอบรม CG พวกเราก็ก็น่าไปอบรม พอบอกว่าให้เป็นนักบริบาล เราก็ก็น่าเป็นอีก (การสนทนากลุ่ม ที่ รพ.สต. หนองอุ่ม) ทำงานไป ทำเพื่อพี่น้องเรา ดีใจที่สังคมไทยมีหลักประกันว่าเมื่อประชาชนทุกคนอายุมากขึ้น เข้าสู่วัยสูงอายุ เมื่อร่างกายมีความเสื่อม ถดถอยจนมีการเจ็บป่วยหรือ พิกการ กลายเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จะได้รับการดูแลอย่างสม่ำเสมอ (การสนทนากลุ่ม ที่ รพ.สต. กุดไผ่จ่อ) ดีใจนะ

บ้านเรามีลูกหลานที่มีความรู้จากการอบรมมาดูแลพ่อแม่ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ซึ่งสุดท้ายยามแก่เฒ่าเราต้องพึ่งพาลูกหลาน แต่งานการที่ต้องทำ ดังนั้น CG CM หรือ พวกเรานักบริบาลที่เกิดขึ้นมาใหม่ ก็ร่วมทำงานช่วยกันอยู่ดี” (การสนทนากลุ่ม ที่ รพ.สต. นาสินวน)

1.2.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อสม. ทุกคนได้ให้ความร่วมมือในการพัฒนาชุมชน นำใหม่อย่างดี โดยผู้ให้ข้อมูลมีประเด็นชวนแลกเปลี่ยนที่ รพ.สต. จนได้บทสรุปร่วมกันในการสนทนากลุ่ม ว่า “เราทำงานร่วมกันเพื่อญาติพี่น้องของเรา” (การสนทนากลุ่ม ที่ รพ.สต. ศรีสุข) “สังคมไทยอ่อนแอหรือ ทำหยาบมากขึ้น ตอบยังไม่ได้ ทุกหมู่บ้านมีจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากขึ้น ลูกหลานก็ต้องไปทำมาหากิน เด็กๆ ต้องไปเรียนหนังสือ ส่วนผู้สูงอายุก็เฝ้าบ้าน บางคนอยู่ตามลำพัง บางบ้านอยู่เป็นคู่ บางกลุ่มมีบ้านอยู่ใกล้ๆ กันก็มารวมกันนั่งฟังวิทยุ นั่งทำงาน จักสาน เตรียมและรับประทานอาหาร พับเสื้อผ้า หรือ เตรียมผัก เตรียมอาหารให้ลูกหลานนำไปขายในเมือง แบบนี้ก็เป็นสุข (การสนทนากลุ่ม ที่ รพ.สต. ท่าขอนยาง) มีผู้สูงอายุบางคนล้ม อุบัติเหตุ ขาดหัก สะโพก เคลื่อน เข้าแตก ต้องนอนติดเตียง ติดบ้าน นี่ลำบากมาก กลุ่ม อสม. กับ CG ต้องเข้าไปช่วยลูกหลานที่ไม่มีทักษะดูแล ต้องรีบประสานไปที่ รพ.สต.(การสนทนากลุ่ม ที่ รพ.สต. ขามเรียง) ทาง อบต. ให้ประสานขอเงินสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยติดเตียงจาก สปสช. จึงมองการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุว่า เป็นทั้งความอ่อนแอ แต่เป็นตัวเร่งที่ก่อให้เกิดความเข้มแข็งที่เราซึ่งเป็นลูกหลานได้มาทำงานโฮมบุญกัน” (การสนทนากลุ่ม ที่ รพ.สต. หัวข้าว)

1.3 กระบวนการด้านครอบครัวในการเสริมหนุนการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน กระบวนการด้านครอบครัวในการเสริมหนุนการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

1.3.1 ผู้ดูแล ทุกหมู่บ้านมีผู้ดูแล (Care Giver) 2-3 คน ทุกคนให้ข้อมูลตรงกันว่า สาธารณสุขอำเภอแจ้งให้ทราบในที่ประชุมประจำเดือนของ อสม.ทั้งอำเภอ ว่า ให้ อสม. ผู้ที่สำเร็จมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีประสบการณ์เป็น อสม.มากกว่า 5 ปี และสมัครใจพัฒนาตนเองเป็นผู้ดูแล ให้ทาง รพ.สต.คัดเลือกเพื่อรับการอบรมหลักสูตรผู้ดูแล 70 ชั่วโมง โดยไม่ต้องจ่ายค่าสมัครและค่าเล่าเรียน เพื่อให้เปลี่ยนเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยหรือพิการติดบ้านติดเตียง เรียกกันทั่วไปว่า ซีจี (CG) เป็นอักษรย่อภาษาอังกฤษที่มาจากคำเต็มว่า Care Giver

กลุ่มผู้ดูแลทั้งหมดจึงถูกสาธารณสุขอำเภอส่งเข้าอบรมที่จังหวัด จัดโดยสำนักงานวิจัยและพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) ร่วมกับกรมอนามัย ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อให้ผู้สำเร็จการอบรมสามารถให้บริการระยะยาวแก่ผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังและต้องการการดูแลที่บ้าน ภายใต้การบริหารจัดการการดูแลในรูปแบบที่หลากหลายตามบริบทพื้นที่ และเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้ระบบบริการสุขภาพสามารถสร้างกำลังคนในระบบให้เพียงพอกับความต้องการของประชากรในอำเภอกันทรวัดที่มีผู้สูงอายุมากขึ้น

“พวกเราเป็น CG ภายใต้กองทุน LTC (Long Term Care) ของ สปสช.ช่วยกันทำงานให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง ที่กำลังมีปัญหาสุขภาพ และลูกหลานยังดูแลไม่เป็น กลุ่ม CG จึงเข้าไปดูแล พาลูกทำ จนครอบครัวสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุได้” (การสนทนากลุ่ม ที่ รพ.สต. มะค่า)

1.3.2 ผู้ดูแลในครอบครัว ทุกครอบครัวที่มีผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่บ้าน ต้องมีผู้ดูแลหลักเพื่อรับการสอนจากผู้จัดการการดูแล ซึ่งให้ทั้งความรู้และฝึกทักษะให้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Family Care Giver) 1-2 คน ขึ้นกับความพร้อมของครอบครัว เพื่อให้สามารถจัดการศึกษาผู้สูงอายุ หรือ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุจัดการสุขภาพตนเอง โดยมีสาระที่ต้องทำได้ ได้แก่ 1) การประเมินสุขภาพ 2) การระบุปัญหาหรือความต้องการที่ต้องดูแล 3) การตั้งเป้าหมายการดูแล 4) การวางแผนการดูแล 5) การประเมินผลการดูแล 6) บันทึกเพื่อการรายงานต่อผู้ดูแลและผู้จัดการการดูแลตามความจำเป็น

2. ศักยภาพของแกนนำชุมชนในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม พบว่า ทุกกลุ่มแกนนำชุมชนได้ร่วมพัฒนากระบวนการทำงานให้เกิดการเสริมหนุนและสอดคล้องกันในทุกกระบวนการทำงาน จนเกิดการพัฒนาให้ทีมมีความพร้อม และแกนนำมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน จึงสรุปศักยภาพของแกนนำชุมชนในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ได้ 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) เยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสภาพผู้สูงอายุเพื่อนำมาวางแผนการดูแล 2) ดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดีและเสริมหนุนให้ครอบครัวจัดการสุขภาพผู้สูงอายุตามเครขรฐณะ ดังนี้

2.1 เยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสภาพผู้สูงอายุเพื่อนำมาวางแผนการดูแล ส่วนใหญ่ตอบว่า เป็นการเยี่ยมให้กำลังใจและดูแลกิจวัตรประจำวันมี 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การประเมินสัญญาณชีพโดยเฉพาะการวัดความดันโลหิต เพราะผู้ดูแลในครอบครัววัดอุณหภูมิกาย จับชีพจรและการหายใจได้ แต่ไม่มีอุปกรณ์วัดความดันโลหิต 2) การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน หรือ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ซึ่งผู้ดูแลทุกคนระบุว่า ต้องประเมินทุกครั้งที่ได้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุและให้การดูแลอย่างเหมาะสมกับศักยภาพของผู้สูงอายุอย่างไ้่ก่ตามจากการสังเกตการทำงาน พบว่า ผู้ดูแลยังใช้เกณฑ์การประเมินไม่ถูกต้องและตอบไม่ได้ ว่า กลุ่มที่ 1 กลุ่มติดสังคม คือ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ ตั้งแต่ มี ADL 12 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนรวม 20 คะแนน กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน คือ ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง มีคะแนน ADL 5-11 คะแนนกลุ่มที่ 3 กลุ่มติดเตียงคือ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ คะแนน ADL 0 -4 คะแนน 3) การประเมินสภาพแวดล้อม ส่วนมากตอบตรงกันว่าต้องดูแลให้ปลอดภัย สะดวก ดูแลแสงสว่าง และใกล้ห้องน้ำ ดูแลความสะอาดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ หรือ ป้องกันการร้นล้ม ผู้ดูแลต้องมาช่วยจัดที่อยู่อให้ ส่วนมากเลือกชั้นล่าง ติดห้องน้ำ 4) การประเมินความสมดุลทางเศรษฐกิจสังคมผู้ดูแลทุกคนตอบคล้ายกันว่า มีส่วนสำคัญในการประเมินและส่งข้อมูลให้องค์การปกครองท้องถิ่นเพื่อขอเงินสวัสดิการผู้สูงอายุ หรือ ความพิการ และการบริหารจัดการของครอบครัวว่าได้นำมาใช้แก่ผู้สูงอายุจริงหรือไม่ เป็นการพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุร่วมกับผู้นำชุมชน

2.2 ดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดีและเสริมหนุนให้ครอบครัวจัดการสุขภาพผู้สูงอายุตามเครขรฐณะ โดยผู้ดูแลและนักบริบาลให้ข้อมูลตรงกันว่า ร่วมกันดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดีการดูแลกิจวัตรประจำวัน การทำความสะอาด แผล การรับประทานยา รับประทานอาหาร การจัดที่อยู่ออาศัย และการไปตรวจตามนัด เพื่อสุขภาพกาย สุขภาพจิตใจที่ดีของผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ที่เห็นมาตั้งแต่เกิดอยู่ในหมู่บ้านเดียวกัน เมื่อได้ดูแลผู้สูงอายุจึงดูแลเหมือนได้เฝ้าญาติ หรือเหมือนมาเยี่ยมญาติของเรา ไม่ใช่ไปดูแลคนอื่น จึงสนิทกับทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว และจากทั้ง 14 รพ.สต.สรุปรวมกัน พบการทำงานดูแลผู้สูงอายุ รวมแล้ว คือ 7 อ. 2 ส.1) อาหาร ส่งเสริมการรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางอาหาร ลดการกินหวาน มัน เค็ม 2) ออกกำลังกาย ให้เหมาะสมกับคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน 3) อนามัย คือ การดูแลความสะอาดร่างกาย 4) อุจจาระ หมายถึงการดูแลให้การขับถ่ายและปัสสาวะอย่างสะดวก 5) อากาศ จัดให้พักอยู่ในที่อากาศบริสุทธิ์ ที่เพียงพอ และอุณหภูมิเหมาะสม 6) อารมณ์ ผู้ดูแลมีการประเมินสุขภาพจิตและส่งเสริม ซึ่งผู้สูงอายุเลือกวิธีการสวดมนต์เข้า เย็น ฟังวิทยุ ฟังข่าวและหมอลำ 7) อุบัติเหตุ ให้คำแนะนำในการป้องกันอุบัติเหตุจากการหกล้ม ร้นล้มโดยเฉพาะในห้องน้ำ และ 2 ส. คือ 1) ลดการสูบบุหรี่ ผู้สูงอายุต้องได้รับคำแนะนำในการเลิกบุหรี่และการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ ต้องร่วมป้องกันบุหรี่มือ 2 ในครอบครัว 2) ลดการดื่มสุรา ผู้สูงอายุต้องได้รับคำแนะนำในการเลิกดื่มสุราเช่นกัน “CG ทำงานตามความสามารถ ไปวัดความดันโลหิต พลิกตะแคงตัว นวดหลัง นวดสะโพกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการทำแผลที่เกิดจากอุบัติเหตุในบ้าน ส่วนมากเป็นแผลเล็กๆ ที่ไม่มีการติดเชื้อ” (การสนทนากลุ่ม รพ.สต.ท่าขอนยาง) “การดูแลผู้สูงอายุแต่ละคนมีความต่างกัน ให้ตอบสนองความต้องการและเหมาะสมตามสภาพปัญหาที่แตกต่างกันหรือการเปลี่ยนแปลง โดยขึ้นอยู่กับสุขภาพและการใช้ชีวิตในวัยที่ผ่านมาของผู้สูงอายุจึงทำให้ร่างกายและจิตใจเปลี่ยนถดถอยที่ไม่เท่ากันรวมถึงสภาพครอบครัวที่

อาศัยอยู่ร่วมกัน ทั้งสภาพบ้าน สัมพันธภาพของสมาชิกครอบครัว การประกอบอาชีพ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม” (การสนทนากลุ่ม รพ.สต.กุดไผ่จ่อ)

3. ปัญหาและอุปสรรคของชุมชนในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุบ้าน

3.1 ผู้ดูแลไม่สามารถจัดสรรเวลาตอบสนองกับความต้องการของผู้สูงอายุ จากการร่วมสนทนากลุ่มพบว่าผู้ดูแลไม่เพียงพอและงานมากเนื่องจากผู้สูงอายุที่ติดเตียงต้องการมีผู้ดูแลตลอดเวลา ผู้ดูแลไม่สามารถจัดสรรเวลาตอบสนองกับความต้องการของผู้สูงอายุที่ติดเตียงซึ่งต้องการผู้ดูแลแทนบุตรหลานเพื่อให้บุตรหลานได้ไปทำงานหารายได้ และมีเวลาพักผ่อนหลังเลิกงาน แต่เนื่องจากมีรายได้น้อยจึงไม่สามารถจ้างคนมาดูแลส่วนตัวได้ ผู้ดูแลของชุมชนได้แสดงความเข้าใจและเห็นใจและพยายามจัดสรรเวลาให้ได้ตามแผนด้วยเจตจำนงการเข้ามาแบบจิตอาสาสู่การจ้างงานเต็มเวลาแม้รายได้น้อยและพบว่าความใส่ใจ อุทิศตน เสียสละมาดูแลจึงทำให้ผู้สูงอายุและครอบครัวไว้วางใจ บางครั้งจึงมีการตามให้ไปช่วยตอนกลางคืน หรือเวลาส่งต่อไปตรวจหรือ รักษาที่โรงพยาบาล “การทำงานของชุมชนผู้ดูแล CG ตั้งอยู่บนฐานของงานจิตอาสา ต่อจากการเป็น อสม. ซึ่งก็ดูแลอย่างใกล้ชิดแล้ว พอมาเป็นผู้ดูแล เราเลยตามดูทั้งหมู่บ้าน ให้คำปรึกษาแก่เพื่อน อสม.ด้วย จึงมีส่วนในการสนับสนุนอย่างใกล้ชิดครอบครัว พอครอบครัวขาดคนดูแลบางวันก็ตามเราไปเฝ้าแทนลูกหลาน เราก็บอกไป จึงทำให้เราจัดสรรเวลาไม่ถูก” (การสนทนากลุ่ม รพ.สต.หนองอุ่ม) “การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง ต้องประสานกับทาง รพ.สต.และ อบต.เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับสวัสดิการ และยังคงตามดูอีกว่า ผู้สูงอายุได้ใช้เงินสวัสดิการที่ได้รับไหม หรือลูกหลานเอาไปใช้หมด” (การสนทนากลุ่ม รพ.สต.ขามเรียง)

3.2 การเขียน Care plan ส่ง CM เป็นการเพิ่มภาระและใช้เวลา จากการสนทนากลุ่ม พบปัญหาที่ตรงกัน ว่า การเขียนแผนการดูแล ซึ่งเรียกกันว่า Care Plan มีการกำหนดกิจกรรม และระยะเวลาที่ผู้ดูแลต้องร่วมวางแผนกับผู้จัดการดูแล เพื่อให้การดูแลเหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุที่ป่วยหรือพิการ รพ.สต. ทั้ง 14 แห่ง จึงกำหนดให้ทีมงานมีการร่วมกำหนด Care Plan ให้ CG ไปเยี่ยมรายละ 1-2 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์ “การเขียน Care Plan เป็นเรื่องยาก ต้องใช้เวลา เราเขียนหนังสือไม่เก่ง มันเลยเสียเวลากับสิ่งนี้” “การเขียน Care Plan ทำให้เราได้คิดอย่างรอบครอบ และมีการปรึกษากับ CM ทำให้มีความรู้เพิ่ม และเราต้องคำนึงถึงความพร้อมของครอบครัว พวกเราผู้ดูแลเห็นประโยชน์นะ แต่มันใช้เวลามาก”

3.3 ค่าตอบแทนที่ได้น้อยแต่ยังต้องเจียดสมทบผู้สูงอายุไปพบแพทย์ จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ดูแลได้รับการจัดสรรค่าตอบแทน โดยงบประมาณจาก สปสช. ได้กำหนดค่าตอบแทนให้กับ CG ที่ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง 5-10 คน ให้ได้รับการสนับสนุนจากกองทุน LTC เดือนละ 1,500 บาทต่อราย ถ้าดูแลน้อยกว่า 5 คน ให้ได้รับเดือนละ 600 บาทต่อราย ซึ่งแต่ละพื้นที่พบผู้สูงอายุไม่ไปพบแพทย์เนื่องจากไม่มีค่ารถ กลุ่มผู้ดูแลได้ร่วมสนับสนุนเงินให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

3.4 อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นมีน้อยต้องไปดูแลผู้สูงอายุหลายหมู่บ้าน “อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น” ได้รับค่าตอบแทนเดือนละ 5,000 บาท ต่างจาก CG ที่ได้รับค่าตอบแทนน้อยกว่ามาก บางพื้นที่จึงพบว่ามีความต้องการปรับเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น แต่ด้วยงบประมาณมีข้อจำกัดจึงไม่สามารถเพิ่มจำนวนได้ กลุ่ม CG จึงมีข้อเสนอแนะให้พัฒนา CG ทุกคนเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นต่อไป

อภิปรายผล

การวิจัยนี้พบกระบวนการของชุมชนในการเสริมหนุนการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านของ 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1) กระบวนการจากภาครัฐ 2) กระบวนการจากชุมชน 3) กระบวนการด้านครอบครัว โดยพบกระบวนการจากชุมชนที่มีอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยและพักอยู่ที่บ้านจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ถือเป็นการพัฒนาระบบบริการ

สุขภาพของไทยที่มีความสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน (Chantavanich, 2004) จึงเป็นการพัฒนาเพื่อเพิ่มกำลังคนด้านสุขภาพในชุมชนที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนที่กำลังก้าวสู่สังคมสูงอายุ ชุมชนมีข้อสรุปที่ว่า การเกิดอาสาสมัครกลุ่มใหม่ขึ้นในชุมชน คือกลุ่มนักรับบาลท้องถิ่น และกลุ่ม CG อย่างเป็นทางการ จึงเป็นการโหมบุญ คือ การรวมพลังของลูกหลานมาทำความดีงามให้กับผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับคำสอนของพุทธศาสนาซึ่งเป็นศาสนาประจำท้องถิ่น (Puttakosa, 2015)

นอกจากนี้ยังพบว่ากระบวนการของชุมชนในการเสริมหนุนการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านนี้ ได้พัฒนาศักยภาพบุคลากรในชุมชน และเป็นการสร้างงานที่ก่อประโยชน์แก่ชุมชน (Kawhom, 2012) จึงเป็นการทำงานโดยชุมชน เพื่อชุมชน ชุมชนจึงให้ความร่วมมือ และคาดหวังความช่วยเหลือจากชุมชน (KumKainam, 2011) ประกอบกับการพยาบาลวิชาชีพที่ รพ.สต. เป็นผู้จัดการการดูแล ที่ให้การสนับสนุนผู้ดูแลโดยเข้าไปเสริมหนุนและประสานการดูแลร่วมกับผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งเป็นลูกหลานให้ความร่วมมือการดูแลกับ อสม. ซึ่งทำงานบริการด้านสุขภาพทุกอย่างสำหรับประชาชนในพื้นที่ (Uwanno, 2009) เหนือสิ่งอื่นใด บริการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังและพิการในชุมชน ก่อให้เกิดการประสานไปยัง อบต. และ เทศบาลตำบล ซึ่งเป็นการประสานของบสวัสดิการมาเพื่อดูแลผู้สูงอายุตามภาวะสุขภาพ ดังนั้นจึงถือเป็นบริการชุมชนเพื่อพิทักษ์สิทธิชุมชนให้ซึ่งบที่มาจากภาษีของท้องถิ่นเพื่อคุณภาพชีวิตของคนในท้องถิ่น (Maesincee, 2021)

การวิจัยนี้พบวิธีการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยที่บ้าน เช่นการเตรียมอาหารสำหรับผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ดูแลในชุมชนจากผลิตทางการเกษตรที่ทำได้ในชุมชนมีทำอาหาร เช่น การแกงอ่อม การทำน้ำพริกผัดกลว ของคนท้องถิ่นอีสานจึงเป็นการอนุรักษ์วัฒนธรรมอีสานที่ปู่ย่า ตายาย บรรพบุรุษได้ถ่ายทอดผ่านรุ่นต่อรุ่นและยังเสริมให้ลูกหลานในชุมชนรักสามัคคี เอื้ออาทร ดูแลกัน ไม่ทอดทิ้งกัน (Siriboonlong, 2011) การดูแลจึงเป็นการเพิ่มศักยภาพของชุมชนในการสนับสนุนการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลที่บ้าน และเป็นการโหมบุญอย่างสมบูรณ์ตามวัฒนธรรมท้องถิ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

อย่างไรก็ตามการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านนี้ได้เพิ่มภาระงานให้กับพยาบาล ที่ทำงานที่ รพ.สต. ซึ่งมีอัตรากำลังจำกัด คือ มี รพ.สต. ละ 1 คน พยาบาลจาก 14 รพ.สต. เห็นว่างานนี้มีประโยชน์ต่อการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตแก่ประชากรในพื้นที่ แต่ก็เป็งานที่เพิ่มขึ้นทุกวัน จึงมีข้อเสนอแนะให้กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งดูแล รพ.สต. หรือ กระทรวงมหาดไทยที่ดูแลกองสุขภาพบาลสิ่งแวดล้อมและสาธารณสุข ขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (Ponetong, 2011) ให้จัดหาบุคลากรเพิ่มเติม จึงเป็นข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นที่เสนอให้เพิ่มอัตรากำลังเพื่อให้บริการการดูแลสุขภาพระยะยาว (LTC) ของท้องถิ่นให้เป็นบริการที่ได้มาตรฐานเดียวกัน และมีคุณภาพเหมาะสมกับงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุน (Deanseekaew, Klungklang & Smith, 2012)

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของชุมชนได้รับการสนับสนุนจากผู้นำชุมชนและองค์กรภาครัฐในชุมชน ในการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลที่บ้าน และมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ สปสช. จึงถือเป็นองค์กรที่เสริมหนุนชุมชนผ่านการก่อตั้งกองทุนเพื่อพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพภายใต้การบริหารจัดการกำลังคนในชุมชนโดยแกนนำชุมชน จึงก่อให้เกิดการบริหารจัดการที่หลากหลายและสวยงามแบบจิตอาสาที่ร่วมโหมบุญกัน (Ponetong, 2011) และมีการประสานอย่างดีระหว่าง รพ.สต. และอบต. อบจ. จึงเป็นการรวมพลังหน่วยราชการและชุมชนอย่างสร้างสรรค์ จนเป็น “สามประสานที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน” 3 ภาค ได้แก่ สปสช. กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย และเป็น 3 ภาคหลักในการจัดบริการผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลการเจ็บป่วยที่บ้าน และ สปสช. ยังร่วมสร้างความตระหนักถึงปัญหาผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ (Deanseekaew, Klungklang & Smith, 2012) อย่างไรก็ตามรัฐและองค์กรท้องถิ่นควรสนับสนุนการทำงานดูแลที่บ้านในลักษณะจิตอาสาสู่การดูแลผู้ป่วยติดเตียง ติดบ้าน ซึ่งเป็นงานที่หนักและ

ต้องการการพัฒนาคุณภาพต่อไปอีกเพื่อแก้ไขปัญหาสังคมสูงอายุสู่การชี้ทางออกของการพัฒนาประเทศในทางที่เหมาะสม มีคุณค่า และมีประสิทธิผล

การนำผลวิจัยไปใช้

1. การใช้ประโยชน์ในเชิงสาธารณะ เพื่อให้สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลเพิ่มมากขึ้น ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้เห็นบทบาทของผู้ดูแลในหลากหลายมิติเพิ่มขึ้น การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพติดบ้าน ติดเตียง จึงควรมีการตอบสนองด้านเศรษฐกิจ โดยอาจมีการรวมกลุ่มเป็นกลุ่มสหกิจผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในหมู่บ้าน เพื่อการประสานงาน สร้างเครือข่ายการช่วยเหลือดูแล การสานต่อ เชื่อมต่อความช่วยเหลือจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการจากหน่วยงานของรัฐ และทำให้เกิดอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุเกิดขึ้นในชุมชน ย่อมจะเป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนนั้น ๆ ได้อีกช่องทางหนึ่ง

2. การนำไปใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย สามารถนำข้อมูลไปประกอบเป็นข้อมูลในการกำหนดมาตรการ แนวทางให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหา ที่มีคือครบถ้วนในการดูแลที่ไม่เพียงพอ โดยหน่วยงานของรัฐจะได้มีข้อมูลเชิงลึก เพื่อเกิดความเข้าใจและเป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจกำหนดนโยบาย และทิศทางการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล ให้สอดคล้องและตอบสนองตามความต้องการของครอบครัวของผู้สูงอายุและผู้ดูแลอย่างมีคุณภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. องค์กรปกครองท้องถิ่นควรเพิ่มจำนวนผู้ดูแลและนักบริบาลให้สอดคล้องกับการเพิ่มสัดส่วนของผู้สูงอายุในท้องถิ่นและเพิ่มอุปกรณ์ให้กับผู้ดูแล เช่น เครื่องวัดความดันโลหิตเพื่อประเมินสัญญาณชีพ เครื่องเจาะหาระดับน้ำตาลปลายนิ้ว

2. เพิ่มจำนวนพยาบาลวิชาชีพเพื่อทำหน้าที่ผู้จัดการดูแลในชุมชนและควรได้รับการอบรมเป็นพยาบาลเฉพาะทางที่มีทักษะด้านการรักษาโรคเบื้องต้น เพื่อให้การบำบัดรักษาที่จำเป็นได้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ไม่ต้องการส่งต่อไปที่อื่นจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

References

- Chantavanich, S., (2004). *Qualitative Research Methodology*. Bangkok: AP graphic Company. Chulalongkorn University Press. (in Thai)
- Deanseekaew, S., Klungklang, R. & Smith, J. F. (2012). Community Participation Efforts for Strengthening Community Well-being through Conflict Management. *Philippine Journal of Nursing, Special Edition*, 82(12), 49-56
- Division of Older Persons Welfare Promotion and Rights Protection. (2018). *Community Development to the elderly care in Community*. Retrieved April 16, 2022 from <https://www.dop.go.th/en/implementaion/7>. (in Thai)
- Duangudom, W. (2012). The Development of Appropriate Communication Media on Life Quality of Thai Elderly of Citizen in Bangkok and Phrae Province. *Chandrakasem Rajabhat University Journal*, 18(34), 13-22 (in Thai)

- Hongthong, P. (2015). *Human Resources for Health Research and Development Office (HRDO). Service Development in Common Chronic Disease among Elderly in Community.* (in Thai)
- KumKainam, T. (2011). *Education and Community Development.* 3rd Printed. Siripham Offset Company. (in Thai)
- Kanlaya, S, Maitree, J. & Nilrat N. (2009). *The Development of Community Participation in the Whole Life Educational Management for the Elderly.* Ban Cha-Uad Sub-District, Julaporn Distriet, Nakhon Si Thammarat Province. *Narkbhutparitat Journal*, 1(1), 70-80. (in Thai)
- Kawhom, C., (2012). *Sustainable Development.* Retrieved April 22, 2022 from <http://sukanrat.blogspot.com/2012/09/sustainable-development.html>. (in Thai)
- Maesincee, S., (2021). *Concept of Thailand 4.0.* Retrieved March 19, 2022 from https://planning2.mju.ac.th/government/20111119104835_planning/Doc_25590823143652_358135.pdf. (in Thai)
- Maharakham Provincial Health Office, Maharakham. (2021). Data Strategy, Key Performance Indicator and Guidelines for Long Term Care. *LTC Data Collection Fiscal Year 2020.* (in Thai)
- National Commission on Older Persons. (2021). *The Report: The Situation of the Thai Older Persons.* Retrieved May 15, 2022 from <https://thaitgri.org/?cat=8> (in Thai)
- Office of the National Economic and Social Development Council on NESDC. *The Twelfth National Economic and Social Development Plan (2017-2021).* Retrieved May 28, 2022 from https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=6422 (in Thai)
- Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. (2015). *Report from Data Based in Health Promotion and Prevention in Standard 21 Files.* Report from Screening (Fiscal year 2012-2014). Retrieved April 16, 2022 from <http://203.157.10.11/report/index.php>. (in Thai)
- Ponetong, U., (2011). *Handbook for Active Aging Development to Quality Retirees.* Bangkok Amarin.
- Puttakosa, K. (2015). *Handbook for Learning Community Development.* Retrieved June 19, 2021 from http://www1.nrct.go.th/downloads/sci_adviser/manual_develop_community.pdf. (in Thai)
- Siripanich, B, (2008). *Health Behavior and Lifestyle of the Elderly Who Live Long and Strong.* Bangkok. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Siriboonlong, S. (2011). *Sustainable Development: Socio-Economic Metabolism and Colonization of Nature.* Retrieved April 24, 2022 from <http://oocities.org>. (in Thai)
- Uwanno, B. (2009). *Report form Study: Cooperation of Person in Public Policy Process.* (2nd printed) Bangkok. AP Graphic Company. (in Thai)
- Wasi, P. (2012). *Strategy for Sustainable Community Development.* Bangkok. Kreal Computer and Printing Company. (in Thai)