

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

Development of care system for dependent older persons in community

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 38 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน) 2558

Volume 38 No.2 (April-June) 2015

ปราณี โอภาสนันท์ ป.ศ.* พรทิพย์ ปาอิน พย.ม.* สุนีย์ ปัญญาวงศ์ ส.บ.**

Paralee Opanant RN, Ph.D* Porntip Pa-in RN, MSN.* Sunee Punyawong BPH.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน และบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เก็บข้อมูล โดยวิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการศึกษาเอกสาร ระยะเวลา ตั้งเดือน กุมภาพันธ์ 2556 ถึงเดือนพฤษภาคม 2557 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา ใน 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) *การวิเคราะห์สถานการณ์* พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพและข้อจำกัดจากความสามารถ ทำให้รับรู้ว่าเป็นภาระ ต้องพึ่งพาคนในครอบครัว จึงต้องการการดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแลทั้งในครอบครัวในชุมชน และจากบุคลากรด้านสุขภาพและสังคม 2) *การดำเนินการพัฒนา* โดยการสร้างทีมวิจัยในพื้นที่ การสร้างความตระหนัก และการดำเนินการพัฒนา โดยการเพิ่มสัดส่วนและพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในชุมชน การจัดบริการถึงบ้าน การระดมทุนเพื่อการจัดบริการ และการพัฒนาเข้าสู่ระบบชุมชน และขั้นตอน 3) *การประเมินผล* ผลการศึกษา พบว่า ระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น มีผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้สูงอายุและต่อชุมชน โดยผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงการดูแลโดยผู้ดูแลในชุมชน ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวันและความเป็นอยู่ แต่ยังคงต้องการการดูแลเชิงรุกถึงบ้านโดยทีมสุขภาพและสังคมเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: ระบบการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การดูแลในชุมชน

Abstract

This action research aimed to develop care system for dependent older persons in community. Participants were older persons, volunteers for caring older persons, community's leaders and health care providers from health promoting hospital. Data were obtained through participatory observations, in-depth interviews, focus group discussion, and document analysis, during February 2013 to May 2014. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics. Qualitative data were analyzed by using content analysis. Results in 3 phases were: 1) *Situational analysis*, it was found that older persons had limitations from old ages and health problems. They felt that they were burden to the family and had to rely on family's members. They need help from both family members and community caregivers, as well as from health and social care providers; 2) *Development phase*, the local research team was built and awareness was raised. The development were increasing the numbers and capability of community caregivers, providing home care

*Lecturer, School of Nursing University of Phayao

**Director of Maesai Subdistrict Health Promotion Hospital, Mueang District, Phayao Province

services, fund raising for service supports, and putting the activities into community system; 3) *Evaluation*, the developed care system had benefits for older persons and for community. Older persons could get access to daily care and better living conditions. However, the care at home from health and social care providers were still needed.

keywords: care system, dependent older persons, community care

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงอายุในจำนวนและสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดว่าในปี พ.ศ. 2564 จะมีประชากรอายุ 65 ปี ขึ้นไปคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด¹ การที่มีอายุยืนยาวมากขึ้นมักตามมาด้วยภาวะที่ถดถอยทางด้านสุขภาพ อันเนื่องมาจากการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายที่เสื่อมลงตามอายุ ส่งผลให้มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2552 มีผู้สูงอายุชายประมาณ 60,000 และผู้สูงอายุหญิง ประมาณ 80,000 คนที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรง ต้องการผู้อื่นในการช่วยเหลือดูแล คาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 100,000 และ 140,000 คน ในปี พ.ศ. 2562² ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะมีค่าใช้จ่ายในการดูแลที่สูงมาก เนื่องจากต้องมีผู้ดูแลและเป็นค่าใช้จ่ายในการเสียโอกาสของผู้ดูแล พบว่า ถ้าผู้สูงอายุได้รับการดูแลในสถาบัน จะมีช่วงค่าใช้จ่ายในการดูแลประมาณ 48,000-630,000 บาท/คน/ปี ส่วนการดูแลในครอบครัว พบว่า ต้นทุนเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายประมาณ 81,537 บาท/คน/ปี ในขณะที่รายได้เฉลี่ยของประชากรไทย อยู่ที่ประมาณ 187,000 บาทต่อปี

การเข้าสู่สังคมสูงอายุ ประชากรผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดความเจ็บป่วยเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพ เมื่อตกอยู่ในภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคคลอื่น แต่จากรายงานสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.2553 พบขนาดครัวเรือนไทยเล็กลงอย่างมาก โดยในปี พ.ศ. 2513 จากขนาดครัวเรือนเท่ากับ 5.7 คนต่อครัวเรือน ลดลงเหลือเพียง 3.1 คนต่อครัวเรือน ในปี พ.ศ.2553 ประกอบกับการที่คน

ไทยอยู่เป็นโสดกันมากขึ้น ส่วนคนที่แต่งงานแล้วยังมีจำนวนบุตรลดลง ร่วมกับการย้ายถิ่นของบุตรไปทำงานในเมืองมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการอยู่อาศัยในลักษณะที่อยู่ตามลำพังคนเดียว หรืออยู่กับคู่สมรสมากขึ้น พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว อยู่กับคู่สมรสมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.6 เป็นร้อยละ 8.6 และจากร้อยละ 16.3 เป็นร้อยละ 17.6 ตามลำดับ นับตั้งแต่ปี พ.ศ.2550 จนถึงปี พ.ศ. 2554³ เมื่อผู้สูงอายุเกิดความเจ็บป่วยหรือมีภาวะพึ่งพิง การขาดการสนับสนุน การดูแล ช่วยเหลือที่เหมาะสม จะทำให้อาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว จนเกินกำลังความสามารถของครอบครัวในการจัดการปัญหาได้ในที่สุด ทั้งผู้ดูแลและผู้สูงอายุจะอยู่ในสภาพที่อ่อนแอทั้งสองฝ่าย ซึ่งอาจนำไปสู่การถูกทอดทิ้ง (Neglect) หรือการกระทำอันมิพึงประสงค์ต่อผู้สูงอายุ (elderly abuse) ซึ่งจะเป็นปัญหาใหญ่ในการจัดบริการการดูแลสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในอนาคต ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จึงจำเป็นต้องมีการจัดบริการดูแลระยะยาวในชุมชนทดแทนเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ รวมทั้งเป็นการแบ่งเบาภาระของครอบครัว

การดูแลระยะยาว หมายถึง การดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม สำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบากอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีความพิการทุพพลภาพ ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน โดยผู้ดูแลที่

เป็นทางการ (บุคลากรด้านสุขภาพและสังคม) และผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน) รวมทั้งบริการในครอบครัว ชุมชน หรือสถานบริการ⁴⁻⁵ การศึกษาครั้งนี้ ใช้แนวคิดเรื่อง การดูแลโดยชุมชนเป็นฐาน เน้นการดูแลในชุมชนและโดยชุมชน โดยการดูแลในชุมชนถือเป็นการปรับกระบวนการทัศนจากการดูแลที่เน้นการพึ่งพิงสถาบัน (Institutionalization) สู่การพึ่งพิงตนเองของชุมชน โดยการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง มีความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิตและเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต การดูแลโดยชุมชน มีความหมายถึงชุมชนที่มีความเอื้ออาทร โดยจัดให้มีเครือข่ายการคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ ชุมชนสามารถให้การดูแลสมาชิกในชุมชนของตนเอง การนำแนวคิดเรื่อง การใช้ชุมชนเป็นฐานเข้ามาช่วยในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นแนวคิดที่ได้มีการยอมรับกันโดยทั่วไปว่า นอกเหนือจากสถาบันครอบครัวแล้ว ชุมชนยังถือเป็นสถาบันหนึ่งที่เป็นแหล่งเกื้อหนุนสำหรับผู้สูงอายุที่เหมาะสม เพราะจะมีความไวต่อปัญหา เนื่องจากเข้าใจถึงบริบท สภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุจะอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข มีหลักประกันที่มั่นคงนั้น นอกจากจะขึ้นอยู่กับตัวผู้สูงอายุและครอบครัวแล้วยังขึ้นกับสมาชิกที่อยู่ในชุมชนทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย ทุกสถานะในชุมชน รวมถึงลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนด้วย

จากรายงานระดับการสูงวัยของประชากรในจังหวัดต่าง ๆ พ.ศ.2557 พบว่า จังหวัดพะเยา เป็นจังหวัดที่มีดัชนีการสูงวัยมากที่สุด 10 อันดับแรก โดยมีค่าดัชนีเท่ากับ 120.1 ซึ่งถือว่าเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super aged society) คือมีค่าดัชนีมากกว่า 120 ขึ้นไป⁶ จากการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและระบบการดูแลระยะยาวในจังหวัดพะเยา (2554)⁷⁻⁸ ประเด็นที่มีความสำคัญ คือ การเตรียมความพร้อมของระบบบริการด้านสุขภาพและสังคมทั้งจำนวนบุคลากร ทรัพยากร งบประมาณ และการบริหารจัดการ การ

พัฒนาระบบบริการที่ผ่านมามุ่งให้บริการหลักแก่ประชาชนส่วนใหญ่ที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง โดยเฉพาะการบริการในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังมีจำกัดมากจึงมีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องพัฒนาให้เกิดระบบการดูแลโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ดังนั้นทางผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าชุมชนมีแนวทางการดูแลในชุมชนโดยการสร้างระบบและกลไกการคุ้มครองที่จะเกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอยู่ในชุมชนได้อย่างมีหลักประกันการดูแลที่มั่นคงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)⁹⁻¹⁰ ในพื้นที่ ต.แม่ใส อ.เมือง จ.พะเยา โดยมีแนวคิด การดูแลระยะยาว และการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เป็นแนวคิดเบื้องต้นของการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย 15 เดือน (ระหว่างกุมภาพันธ์ 2556 – พฤษภาคม 2557) ขั้นตอนในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (situational analysis phase) ประกอบด้วย การศึกษาบริบทชุมชน ปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน การจัดการดูแลในชุมชน บริการสุขภาพและสังคม ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พยาบาลวิชาชีพ ประจำ รพ.สต. จำนวน 2 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 6 คน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 12 คน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) จำนวน 24 คน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประเมินด้วยแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ได้ค่าคะแนน 0-11 คะแนน

จำนวน 39 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 20 คน (ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2556) **ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการพัฒนา** (developmental phase) คือ การวางแผน ปฏิบัติการพัฒนา และประเมินผล (plan, action, and evaluation) แก่นำในการพัฒนากระบวนการดำเนินงานกิจกรรม ประกอบด้วย บุคลากรของ รพ.สต.จำนวน 3 คน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 15 คน (ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2556-กุมภาพันธ์ 2557) และ **ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล** (evaluation phase) เป็นการประเมินกระบวนการดำเนินงานและการเปลี่ยนแปลง โดยการประชุมระดมสมองและการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2557)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) แบบสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม ปัญหาความต้องการ การบริการสุขภาพและสังคม แผน/นโยบายและการจัดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)¹¹ วิเคราะห์จำแนกประเภทข้อมูล (typological analysis) และวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis)

ความเชื่อถือได้ของข้อมูล เป็นการตรวจสอบเพื่อยืนยันว่าข้อมูลและวิธีการได้มาซึ่งข้อมูลว่ามีความเหมาะสม ถูกต้อง เป็นจริง และมีคุณภาพ ทั้งในประเด็นภายในของการวิจัย ได้แก่ นักวิจัย กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การตีความข้อมูล ส่วนประเด็นภายนอก เป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์ต่อผู้ให้ข้อมูล ผู้ร่วมวิจัย รวมทั้งใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า เป็นการตรวจสอบความถูกต้องตรงกันของข้อมูลที่ได้มาจากหลายแหล่ง ได้แก่ แหล่งบุคคล เวลา และสถานที่

ผลการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์

การศึกษาดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบดังนี้

ผลการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า 1.1)

ข้อมูลทั่วไป ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74.4) อายุอยู่ในช่วง 80-89 ปี (ร้อยละ 46.2) มองเห็นไม่ชัด/มัว (ร้อยละ 48.7) ไตยินไม่ชัดเจน (ร้อยละ 28.2) มีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กก./ตร.ม. (ร้อยละ 43.6) มีความเจ็บป่วย คือ เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 48.7) โรคเกาต์/ข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 23.1) โรคหลอดเลือดสมอง/อัมพาต (ร้อยละ 10.3) 1.2) **ปัญหาของผู้สูงอายุ** คือ รับประทานยาขาด/เกิน (ร้อยละ 64.1) ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ (ร้อยละ 30.7) ปัสสาวะราด (ร้อยละ 28.2) หกล้มมากกว่า 1 ครั้งใน 6 เดือน (ร้อยละ 15.4) และมีแผลกดทับ (ร้อยละ 12.8) ไปพบแพทย์ไม่ตรงตามวันนัด (ร้อยละ 48.7) ได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 20.5) 1.3) **ความต้องการการดูแลช่วยเหลือ** พบว่า ต้องการการดูแลที่บ้าน/การเยี่ยมบ้านจากผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ (ร้อยละ 48.7) การพาไปตรวจตามนัด (ร้อยละ 35.9) และการช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่าย (ค่าเดินทาง ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป) (ร้อยละ 15.4)

ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า

ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ให้ข้อมูลหลักมีดังต่อไปนี้

ผู้สูงอายุรับรู้ว่า ตนเองเป็นภาระ ต้องพึ่งพาครอบครัว/คนดูแล จึงต้องการให้มีเพื่อนบ้านหรือมีคนมาเยี่ยมเยียน และต้องการให้มีทีมการดูแลสุขภาพที่บ้านมาเยี่ยมดูแลที่บ้าน แม้มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ในชุมชน แต่ก็ยังไม่เพียงพอทำให้ไม่สามารถดูแลได้ทั่วถึง และ อผส.เหล่านั้นยังไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัวผู้สูงอายุในด้านศักยภาพและความสามารถในการดูแล ดังข้อมูล

1. เป็นภาระ ต้องพึ่งพาผู้ดูแล

จากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังร่วมกับการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงไปเรื่อยๆ จนถึงภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่ตลอดเวลาส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นภาระ จนต้องทำใจรับสภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการที่จำเป็น ดังข้อมูล “เจ็บหัวเข่า ไปไหนก็ยากลำบาก กิน ถ่าย ก็ตรงนี้ บางวันรู้สึกเจ็บมาก ก็ทนเอา กินยาที่มีไปก่อน ไม่ไหวจริง ๆ ถึงบอกลูก เขาก็ต้องทำมาหากิน ออกไปรับซื้อของเก่า ตั้งแต่เช้ากลับบ้านอีกทีก็ค่ำเกือบมืด แล้วยังต้องมาหาข้าว หาน้ำให้กิน พาไปอาบน้ำ” และ “บางครั้งหมอนัดเร็วขึ้น จากสามเดือนครั้งเป็นเดือนละครั้ง ถ้ายายังมีกินอยู่ก็ไม่ไป ไปหาหมอแต่ละครั้ง ลูกต้องขาดงาน รายได้ก็ไม่มี ลูกเขาก็กำลังเรียนหนังสือ ต้องกินต้องใช้”

2. ต้องการคนมาเยี่ยมมาดูแล

ผู้สูงอายุมีความต้องการให้มีคนมาเที่ยวหา ถามไถ่ความเป็นอยู่ ซึ่งทำให้ชีวิตคลายความเหงาไปได้บ้าง ถึงแม้จะรู้ว่าอาการที่เป็นอยู่นั้น โอกาสที่จะหายหรือดีขึ้นมีน้อยมาก อย่างน้อยการที่มีคนมารู้ถึงปัญหาและความเจ็บป่วยที่ต้องเผชิญ ร่วมกับได้ทราบข่าวความเคลื่อนไหว ความเป็นไปของคนในหมู่บ้าน เพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกัน ก็ทำให้มีกำลังใจที่จะอยู่เป็นเสาหลักให้ลูกหลานต่อไป ดังข้อมูล “อยากให้มีคนมาเที่ยวหาบ่อยๆ อย่างน้อยเดือนละครั้งสองครั้ง จะได้ไม่เหงา มีคนมาคุยด้วย เอาข้อมูลข่าวสารมาบอก ก็ได้รู้ด้วยว่าใครเป็นอย่างไร อยู่ดีมีสุขหรือไม่” และ “เขามาเที่ยวหา มาดูยา มาวัดความดัน แบบนี้ดี ก็จะได้รู้ว่าสภาพเราเป็นอย่างไรบ้าง กินยาถูกต้องหรือไม่ บางครั้งได้ยาตัวใหม่มา อ่านก็ไม่ออก ที่หมอบอกมาก็สับสนหมด จำไม่ค่อยได้”

3. บริการสุขภาพถึงบ้าน

จากข้อจำกัดของร่างกาย ประกอบกับ

ครอบครัวและเครือญาติไม่อยู่ในสภาพที่จะช่วยเหลือ เกื้อกูลผู้สูงอายุได้มากนัก เนื่องจากต้องแบกรับความรับผิดชอบมากมาย ทั้งบทบาทในครัวเรือน การทำหน้าที่ทั้ง สามเณร ปู่บ้าน แม่บ้าน การทำงานเพื่อหารายได้ การดูแลบุพการีและบุตรไปพร้อม ๆ กัน ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุตกอยู่ในภาวะยากลำบาก ผู้สูงอายุและผู้ดูแล จึงต้องการบริการถึงบ้านที่สะดวก รวดเร็ว ดังข้อมูล “เวลาหมอนัดให้ไปพบ โจจริงก็อยากไปทุกครั้ง แต่มันติดตรงที่ไป-มาลำบาก ขึ้นรถหลายต่อก็เลยต้องให้ลูกหลานไปส่ง ถ้ามีรถมารับถึงบ้านแล้ว พาไปพบหมอที่ รพ. แบบนั้น ไปคนเดียวก็ได้” และ “ถ้ามีหมอใหญ่มาตรวจที่บ้านก็จะดีมากอย่างน้อยสักปีละครั้ง เวลาพาแม่ไปหาหมอแต่ละครั้งลำบากมาก ต้องอุ้มขึ้นลงบันได เกือบ 10 ชั้น ค่าจ้างเหมารถครั้งละ 300 บาท แล้วยังต้องไปรอตรวจตั้งแต่ตีสี่ได้กลับบ้านอีกทีก็เกือบบ่ายสอง ไปแต่ละครั้งก็ไต่ยาตัวเดิมมากินต่อ”

4. ดูแลไม่ทั่วถึง

ในพื้นที่ที่ศึกษา มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ที่ผ่านการอบรมจาก สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดพะเยา จำนวน 5 คน รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุทั้ง 12 หมู่บ้าน จากการที่ อผส.ได้เข้ามาทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ได้กล่าวถึงความรู้สึกไว้ ดังนี้ “ได้รับคัดเลือกให้เป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 5 คนแรก ทางจังหวัดเชิญให้ไปอบรมประมาณ 2 ครั้ง แล้วให้กลับมาดูแลผู้สูงอายุทั้งตำบลรวม 12 หมู่บ้าน เกือบ 800 คน ทั้งกลุ่มสีแดง สีเขียว ดูแลไม่ทั่วถึง คนที่ควรได้รับการดูแลจริง ๆ เราเข้าไปหาไม่ถึง เพราะไม่รู้จักเขาดี ต้องให้คนในหมู่บ้านดูแลกันเองจะดีกว่า เขารู้ปัญหากันจริงๆ อย่างน้อย ควรจะมี อผส. ทุกหมู่บ้าน”

5. ขาดการยอมรับ

อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เล่าว่า “การมาเป็น อผส. เป็นงานที่เข้ามาทำด้วยใจจริง ๆ ไม่ได้รับค่าตอบแทน มีหลายครอบครัวที่ไม่ยอมรับเรา เนื่องจากไม่มั่นใจว่า จะสามารถดูแลพ่อแม่เขาได้จริง” และ

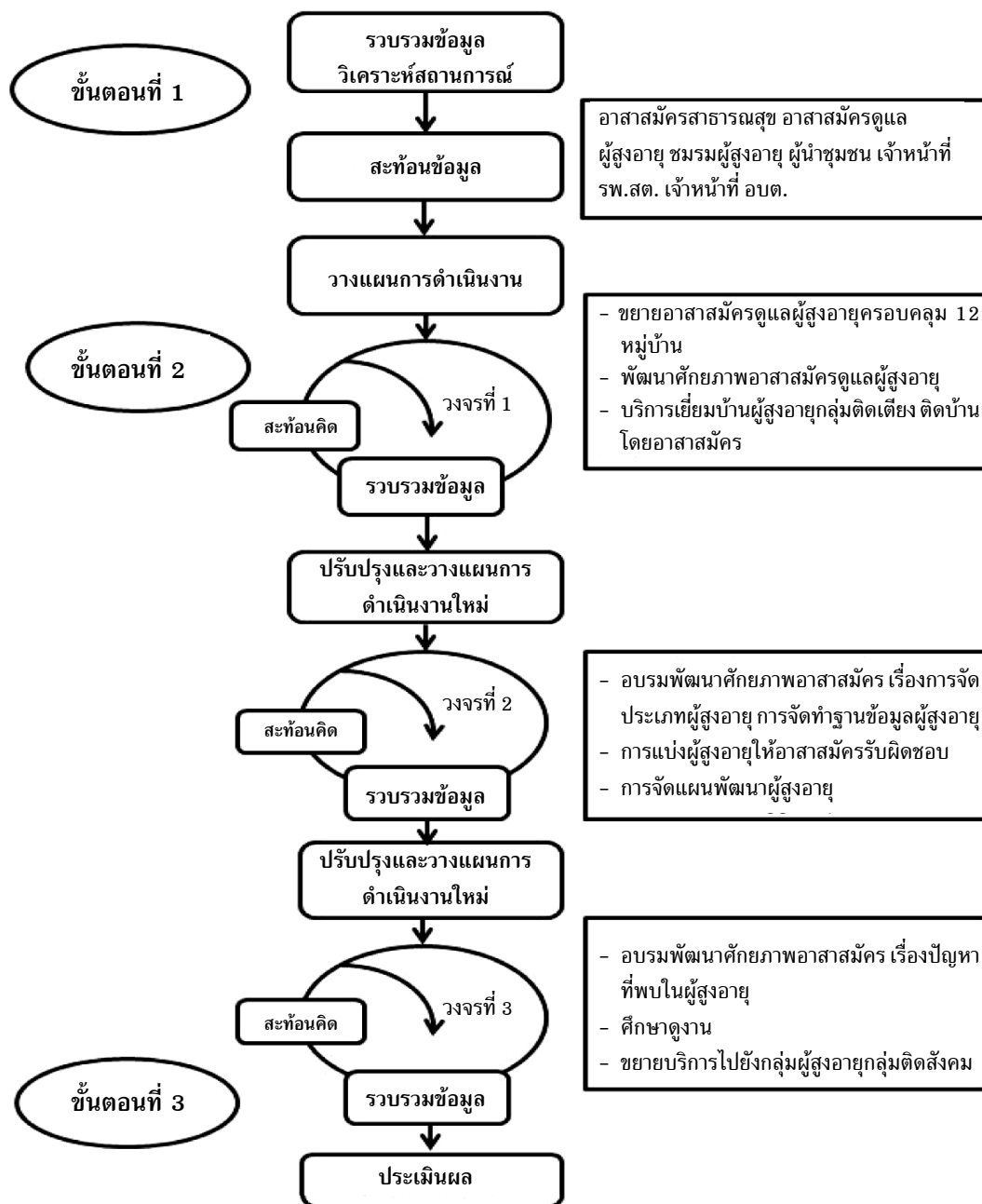
“อาสาทำงาน เพราะต้องการเข้ามาช่วยดูแลผู้สูงอายุที่เป็นคนรู้จัก เป็นญาติ เป็นคนบ้านเดียวกัน ผู้สูงอายุบางคนลูกหลานก็ไม่ดูแล เราเอาข้าวเอาน้ำไปให้ ไปเที่ยวหา ผู้สูงอายุให้พกรับมา แค่นี้ก็มีความสุข แต่บางครั้งออกไปเที่ยวหาลูกหลานก็ไม่ค่อยพอใจ ว่าเราจะไปช่วยทำอะไรได้ ก็ไม่ได้เรียนมาทางนี้” และ “บางบ้านเราไปบอกเขาให้พริกตัว ออกกำลังกาย แขนขาให้ผู้สูงอายุ ลูกหลาน บอกว่า เป็นโรคคนเฒ่า ทำไปก็เท่านั้น ก็ปล่อยให้อยู่คนเดียว อยู่อย่างนั้น บางบ้านเราเข้าไปดูแลผู้สูงอายุ แนะนำให้เขาทำ เขาก็ฟังทำตามที่เราบอก แต่มีหลายบ้านก็ไม่ยอมรับ ก็ใช้ว่าบ้านหลังนั้นจะดูแลพ่อแม่เขาดีนะ ปล่อยให้ได้อยู่ตามประสาคนแก่อยู่ไปวัน ๆ เอาแค่นี้ให้เขาให้อาหารกิน บางครั้งก็ท้อ ว่าเราจะเข้าไปยุ่งกับเขาทำไม”

สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพและข้อจำกัดจากความสามารถ ทำให้รับรู้ว่าเป็นภาระ ต้องพึ่งพาคนในครอบครัว จึงต้องการการดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแลทั้งในครอบครัวในชุมชน และการบริการจากบุคลากรด้านสุขภาพและสังคม แต่การดูแลที่มีอยู่ยังมีข้อจำกัด บริการสุขภาพและสังคมที่มีอยู่ไม่ได้ออกแบบไว้สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และการให้ความช่วยเหลือเป็นการช่วยเหลือแบบครั้งคราว แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ขาดการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง จำนวนและศักยภาพของผู้ดูแลในชุมชนที่มีอยู่ยังไม่สามารถตอบสนองปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและทั่วถึง จึงเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการพัฒนา

ขั้นตอนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ตามวงจรการวิจัยปฏิบัติการ มีการวางแผน ปฏิบัติการ และประเมินผล เป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ที่ใช้ทุนทางสังคมโดย

เน้นการสร้างศักยภาพผู้ดูแลในชุมชน มีการจัดบริการสุขภาพถึงบ้าน และให้การดูแลอย่างต่อเนื่องในทุกมิติของสุขภาพ โดยมีการดำเนินการ ดังนี้ 1) **การสร้างทีมวิจัยในพื้นที่** โดยเริ่มการจัดประชุมร่วมกันเพื่อปรึกษาหารือปัญหาของผู้สูงอายุในชุมชนและสร้างทีมทำงานร่วมกันซึ่งเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ 2) **การสร้างความตระหนัก** ถึงความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยผ่านการจัดเวทีประชาคมเพื่อเสนอข้อมูล ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุให้กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับทราบและร่วมเสนอข้อคิดเห็นเพื่อกำหนดแนวทางในการพัฒนาระบบ 3) **การดำเนินการพัฒนา** ดังนี้ คือ 3.1) **การเพิ่มสัดส่วนและพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในชุมชน** โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการให้เพียงพอ เหมาะสม ครอบคลุม ทั้ง 12 หมู่บ้านเพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น ร่วมกับการเสริมศักยภาพผู้ดูแลให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3.2) **การจัดบริการถึงบ้าน** โดยกำหนดให้มีบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดย อพส. อย่างเป็นรูปธรรม 3.3) **การระดมทุนเพื่อการจัดบริการ** เช่น การเยี่ยมบ้าน และการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบความทุกข์ยาก ตามความจำเป็น เช่น สนับสนุนค่ารถ/ยานพาหนะที่จะไปรับบริการรักษาอย่างต่อเนื่อง ด้านวัสดุอุปกรณ์ช่วยเหลือด้านการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยในการขับถ่าย ชุดทำแผลที่บ้าน เบาะรองนอน เป็นต้น และ 3.4) **การพัฒนาให้เข้าสู่ระบบชุมชน** เพื่อให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืน โดยการผลักดันแผนงานด้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เข้าบรรจุในแผนพัฒนาของ อบต. ระยะเวลาสามปี (พ.ศ. 2557-2559)¹² ในยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านการพัฒนาสังคม การศึกษาและวัฒนธรรม ดังวงจรการวิจัยปฏิบัติการ (แสดงในแผนภาพที่ 1)



แผนภาพที่ 1 วงจรการวิจัยปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล

การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พบว่า **ด้านผลลัพธ์
ต่อผู้สูงอายุ** ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงในเรื่องการ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและงานบ้าน แต่ยังไม่สามารถ
ตอบสนองกับปัญหาและความต้องการได้ครอบคลุม
ทางด้านสุขภาพและสังคม เนื่องมาจากการเจ็บป่วยใน
ผู้สูงอายุเกิดจากความเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมถอยลงทาง

ด้านการทำหน้าที่ การมีโรคประจำตัวร่วมหลายโรค ร่วมกับมีอาการจากกลุ่มโรคเฉพาะในผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) ยังมีความต้องการดูแลที่มีความเฉพาะเจาะจงจากบุคลากรทางด้านวิชาชีพ อีกทั้งการได้รับดูแลแบบไม่เป็นทางการ ยังมีข้อจำกัดในเรื่องการดูแลที่ได้มาตรฐาน และการยอมรับในบทบาทของผู้ดูแล **ด้านผลลัพธ์ต่อชุมชน** พบว่า ชุมชนสามารถให้การดูแลสมาชิกในชุมชนของตนเอง ตอบสนองปัญหาและความต้องการที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของวัฒนธรรมชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของทุกเครือข่ายในชุมชน เกิดการเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาของชุมชนในเรื่องอื่น ๆ แต่ยังพบว่า นโยบายและแผนงานด้านผู้สูงอายุของท้องถิ่นยังไม่ครอบคลุมทุกด้าน เช่น ระบบการฟื้นฟูสภาพและการดูแลทุกระดับของการพึ่งพิง บริการสนับสนุนการดูแลที่บ้าน เช่น อาหาร ยา อุปกรณ์เวชภัณฑ์ที่จำเป็น หลักประกันในการดำเนินชีวิตทั้งด้านที่อยู่อาศัย และผู้ดูแลที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี

ปัจจัยความสำเร็จ การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ครั้งนี้ มีปัจจัยสำคัญจาก 1) องค์กรภาคประชาชน มีความมุ่งมั่น ตั้งใจ ในการทำงานเพื่อผู้สูงอายุ เป็นการใช้ทุนทางสังคมให้เกิดประสิทธิภาพสูงที่สุด 2) ชุมชนมีการบริหารจัดการที่ยึดผลประโยชน์ร่วมกัน 3) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนทั้งภายในและภายนอกพื้นที่ 4) การมีผู้นำและแกนนำที่มีจิตอาสาและจิตสวัสดิการ และ 5) การมีนักวิชาการทำงานในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557-2561¹² การดำเนินการในพื้นที่เริ่มจากการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้

ดูแลแบบที่ไม่เป็นทางการ เพื่อให้มีสิทธิและเข้าถึงบริการ ที่พึงได้รับโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยการเข้าไปให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุเฉพาะราย โดยเฉพาะในรายที่ขาดคนดูแลในครอบครัวหรือให้การดูแลที่ไม่เหมาะสม การพัฒนาระบบการดูแลเกิดจากความตระหนักถึงปัญหาของผู้สูงอายุในพื้นที่ร่วมกันของภาคีหลักในการทำงานในชุมชนที่สำคัญ คือ องค์กรภาคประชาชน (ชมรมผู้สูงอายุ อพส.) และภาครัฐ (อบต. และรพ.สต.) การขับเคลื่อนระบบโดยการ ใช้ทุนทางสังคม เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุระดับชุมชน และทรัพยากรที่มีอยู่ คือ ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ โดยการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแล และการบริหารจัดการกำลังคน เพื่อให้มีการดูแลอย่างทั่วถึง ทำให้ระบบสามารถขับเคลื่อนไปได้อย่างต่อเนื่อง ร่วมกับแนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ชุมชนเข้าใจปัญหาที่แท้จริง มีความไวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ การดำเนินการแก้ไขปัญหาดังอยู่บนบริบทของพื้นที่และวัฒนธรรมของชุมชนร่วมกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้คนในชุมชนต้องการให้มีบริการสำหรับผู้สูงอายุที่บ้าน เพราะจะช่วยลดภาระการดูแลของครอบครัว ทำให้โครงการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่จัดทำขึ้นโดย อพส. ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลแต่สิ่งนี้ยังไม่ทำให้เกิดเป็นหลักประกันได้ว่าการดำเนินงานจะได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง จึงต้องมิขับเคลื่อนและผลักดันระบบโดยผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย คือ ชมรมผู้สูงอายุ ให้บรรจุแผนงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในแผนพัฒนาสามปีของ อบต.¹³ อุปสรรคที่สำคัญในการพัฒนาระบบ คือ 1) ฐานข้อมูลของผู้สูงอายุในชุมชน ที่ใช้ในการแบ่งกลุ่มเพื่อการจัดบริการสุขภาพและสังคมที่เหมาะสม ยังขาดการเชื่อมโยงกันของแต่ละหน่วยงาน เช่น อบต. รพ.สต. และ รพ.แม่ข่าย จึงทำให้เกิดช่องว่างในการเข้าถึงบริการและการจัดบริการที่เหมาะสม ดังนั้นจึงมีความจำเป็นและ

สำคัญอย่างเร่งด่วนในการจัดทำฐานข้อมูลให้มีความเป็นปัจจุบัน ควรกำหนดระยะเวลาในการปรับปรุงข้อมูลให้เป็นรูปธรรม เช่น ทุก 6 เดือน หรือทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงของสถานะทางสุขภาพ รวมทั้งการเชื่อมโยงฐานข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงสิทธิอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม 2) การจัดบริการที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุเป็นการช่วยเหลือที่ทำได้เองโดยคนในชุมชนไม่มีระบบการช่วยเหลือจากรัฐบาลกลางอย่างเป็นรูปธรรม ประกอบกับคนดูแลมาทำงานด้วยจิตอาสา ไม่มีค่าตอบแทนการทำงานในรูปแบบนี้ต่อเนื่องไปในระยะยาวโดยใช้จิตอาสาเพียงอย่างเดียว จะไม่สามารถธำรงรักษาคนทำงานในระบบนี้ได้ จะเกิดการผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนให้ อผส. คนใหม่เข้ามาทำงานในระบบเรื่อย ๆ หรือเกิดการลดจำนวนลงของ อผส. ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุโดยคนในชุมชนเอง เป็นกลไกสำคัญที่ทำให้เกิดระบบบริการในชุมชนอย่างยั่งยืน จึงควรมีการสนับสนุนงบประมาณในการจัดบริการที่บ้าน รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในชุมชนให้มีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านให้มีประสิทธิภาพข้อจำกัดในการศึกษา การวิจัยในครั้งนี้มีการพัฒนาระบบในองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพ การให้บริการสุขภาพ (แบบไม่เป็นทางการ) เป็นหลัก ซึ่งระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนยังเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบอื่น ๆ ของระบบสุขภาพอีก¹⁴ เช่น ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล บุคลากรทีมการดูแล และการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น จึงควรต้องพัฒนาองค์ประกอบในด้านอื่น ๆ ต่อไป เพื่อให้ระบบเกิดความยั่งยืน

สรุปจากผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นกระบวนการพัฒนาระบบบริการที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงให้สามารถเข้าถึงบริการตามสิทธิและ/หรือ ได้รับการสนับสนุนที่ครอบคลุมปัญหา/ความต้องการ/ตามข้อจำกัดของร่างกาย ปัจจัยที่สำคัญคือ การนำศักยภาพของชุมชนมาเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนา

“ร่วมคิด ร่วมทำ” ซึ่งส่งผลให้ชุมชนเกิดความสำนึกรับผิดชอบของคนของชุมชนของตนเอง รวมทั้งผลการจากการดำเนินการส่งผลเป็นรูปธรรมต่อผู้สูงอายุ ส่งผลให้ทุกฝ่ายในชุมชนหันมาให้ความร่วมมือและผลักดันให้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรจัดทำแผนงาน โครงการการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุเป็นประจำต่อเนื่องทุกปี โดยให้ครอบคลุมปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและกำหนดตัวชี้วัดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้เป็นรูปธรรม

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรจัดทำแผนงาน นโยบาย การดูแลผู้สูงอายุทุกกลุ่มในชุมชน ให้ครอบคลุมทั้งทางด้านสุขภาพ หลักประกันที่มั่นคงในการดำรงชีวิต และการมีส่วนร่วมตั้งแต่ระดับครอบครัวถึงในระดับชุมชน

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการทำวิจัยต่อยอดในการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่เกี่ยวข้องแต่ละองค์ประกอบเช่น การพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ค่าใช้จ่ายรายหัวในการจัดบริการผู้สูงอายุที่บ้านตามระดับการพึ่งพิง

เอกสารอ้างอิง

1. Office of the National Economic and Social Development Board. Population Projections for Thailand 2010–2040. Bangkok: October Print Press; 2013. (in Thai)
2. Srithamrongsawat S, Bundhamcharoen K, Sasat S. Projection of demand and expenditure for institutional long-term care in Thailand. Health care reform project: Thai-European Cooperation for Health; 2009

3. Prachuabmoh V, Chayovan N, Wongsit M, et al. The Project on Monitoring and Evaluation of the Second National plan for Older Persons (2002–2021) Round 2 (2007–2011). Bangkok: College of Population Studies Chulalongkorn University; 2013. (in Thai)
4. World Health Organization. Current and Future Long-term Care Needs. [Cited 27 October 2014]. Available from http://www.who.int/chp/knowledge/publications/ltc_needs.pdf
5. Yodpet S. The Integration of Long-Term Care System for The Elderly in Thailand. Bangkok: J Printed; 2009. (in Thai)
6. Institute for Population and Social Research Mahidol University. Population Aging in Thailand 2014. [Cited 30 October 2014]. Available from <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr/Contents/Books/FullText/2014/2014-Population-Aging-Poster.pdf>
7. Opanant P, Prasitwatcharakorn WT. Research Project of Family's Care for Older Adults. Phayao: Phayao Provincial Social Development and Human Security Office; 2011. (in Thai)
8. Opanant P, Pa-in P. Development Health and Social System in Long Term Care for The Promotion of Active Ageing in Rural Community, Northern Thailand. Phayao: University of Phayao; 2013. (in Thai)
9. Kemmis S, McTaggart R. Participatory Action Research In NK Denzin, YS Lincoln (Eds). **Handbook of qualitative research. 2nd ed.** London: SAGE; 2000. p. 567–605
10. Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative Research in Nursing Advancing the Humanistic Imperative. 5 th ed. Philadelphia: Lippincott; 2010.
11. Fetterman DM. Ethnography step by step. 2nd ed. Thousand Oaks: SAGE; 1998.
12. National Health Security Committee. National Action Plan for Dependent Elderly Long Term Care (2014–2018). Bangkok: National Health Security Office (NHSO), Thailand. (in Thai).
13. Mae Sai Sub-district Administrative Organization. The Sub-district Administrative Organization plan (2014–2016). compressed document copies; 2013. (in Thai)
14. World Health Organization. Health System. [Cited 30 October 2014]. Available from http://www.wpro.who.int/mediacentre/factsheets/fs_201005_health_systems/en/