

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

# สถานะและศักยภาพชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลแห่งหนึ่ง ภาคเหนือ ประเทศไทย

พรรณิภา ไชยรัตน์ พย.ม.\*

ชนิษฐา นันทบุตร Ph.D. (Nursing)\*\*

\* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

\*\* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วันรับ:	24 เม.ย. 2562
วันแก้ไข:	18 มิ.ย. 2562
วันตอบรับ:	7 ก.ค. 2562

บทคัดย่อ การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเรื่อง การบริการสุขภาพโดยชุมชนเป็นฐานสำหรับผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ภายใต้บริบท สังคม วัฒนธรรม เป็นการสรุปข้อมูลสถานะและ ศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งใช้กระบวนการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนาเร่งด่วน ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย อาสาสมัคร ผู้นำท้องที่ แกนนำกลุ่มทางสังคม องค์กรชุมชนใน 10 หมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ พนักงาน ของหน่วยบริการสุขภาพ และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เก็บข้อมูลโดยการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และศึกษาจากเอกสาร โครงการ สรุปรายงาน ช่วงเดือนธันวาคม 2560 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2561 วิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยใช้ตารางวิเคราะห์ เส้นเวลา และจัดกลุ่มความสัมพันธ์ ผลการศึกษาจะเป็นการอธิบายบริบทชุมชน ที่แสดงถึงศักยภาพและการจัดการ ตนเองในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุทั้งทางตรง และทางอ้อม อันเป็นผลกระทบจากโครงสร้างทางกายภาพ เศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ สภาวะแวดล้อม และการเมืองการปกครอง โดยมีลักษณะงานบริการที่กระทบต่อการดำเนินชีวิตของ ผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทุกภาวะสุขภาพ อธิบายด้วยข้อมูลสำคัญ 3 ประการคือ (1) เส้นทางพัฒนาการดูแลสุขภาพ ชุมชน (2) ข้อมูลสถานะการดูแลผู้สูงอายุ และ(3) ศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ ข้อเสนอที่ได้เป็นการวิเคราะห์ สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งอธิบายสถานะของทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชน ที่เชื่อมโยงกับทุนทางสังคม ทุกระดับ ปัญหาและเหตุที่มาของปัญหาในชุมชน รวมถึงระบบการจัดการเพื่อให้เกิดผลดีกับผู้สูงอายุ สามารถนำไป ใช้ในส่วนกระบวนการเพื่อเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้ชุมชนของบุคลากร แกนนำ ผู้นำ ส่วนข้อมูลสรุปที่เป็นผลการ ศึกษาใช้เป็นข้อมูลชุมชน จัดทำหลักสูตรเรียนรู้ พัฒนาข้อเสนอโครงการ ต่อยอดงานพัฒนานวัตกรรมบริการดูแล สุขภาพ และอธิบายปรากฏการณ์เพื่อหาประเด็นวิจัยอื่นต่อไป

คำสำคัญ: สถานะชุมชน, ศักยภาพชุมชน, การดูแลผู้สูงอายุ

## บทนำ

สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุระดับโลก ระหว่างปี คริสต์ศักราช 2017 ถึง 2050 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นกว่าเท่า ตัว อายุคาดเฉลี่ยประชากรสูงขึ้น<sup>(1,2)</sup> นั้นหมายถึง 1 ใน 5 ของประชากรโลกจะเป็นผู้สูงอายุ และเป็นสังคม

ผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ซึ่งแต่ละประเทศจะเกิดขึ้นในช่วง เวลาที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับ สภาพการพัฒนาด้านสภาพ แวดล้อม ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ การศึกษา ล้วนส่งผลต่อสุขภาพ อายุที่ยืนยาว จึงเป็นความท้าทาย สำหรับศตวรรษนี้ที่ต้องเตรียมความพร้อมรับสถานการณ์

ที่กล่าวมา ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยเมื่อเป็น“สังคมสูงวัย”<sup>(3)</sup> ปรากฏในลักษณะของอัตราการพึ่งพิงวัยสูงอายุที่มากขึ้น วัยเด็กลดลง ผลจากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุโดยเฉพาะเมื่อประชากรรุ่นเกิดล้านที่เกิดในปีคริสต์ศักราช 1963-1983 ทอยเข้าสู่วัยสูงอายุ รวมทั้งความจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทั้งในด้านการดูแลสุขภาพ สวัสดิการ อาชีพ และรายได้ และการช่วยเหลือเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน เจ็บป่วย ยากลำบาก ภาระเลี้ยงดู สภาพการอยู่อาศัยที่ไม่ปลอดภัย และแม้จะมีส่วนร่วมในกำลังแรงงาน แต่สัดส่วนการบริโภคกับรายได้นั้นขาดสมดุล<sup>(4)</sup> อีกทั้งความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุทั้งในระดับสถานบริการ ในครอบครัว และชุมชน เพิ่มขึ้น ชับซ้อนมากขึ้น สถานการณ์การบริการสาธารณสุขยังเป็นการจัดการตามนโยบาย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นรูปแบบเดียว เมื่อมีข้อจำกัดในการจัดการ เช่น ความแตกต่างของบริบทพื้นที่บริการ ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวมากกว่าบริการที่มีอยู่ หรือเกินศักยภาพครอบครัวที่จะจัดการได้ ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ ความเพียงพอของทรัพยากรที่สนับสนุน ขาดภาคีเครือข่ายร่วมบริการ จึงเป็นเงื่อนไขการบริการสุขภาพในปัจจุบัน ส่งผลต่อความครอบคลุมและคุณภาพการบริการ ฉะนั้นในการปรับบริการสุขภาพที่ตอบสนองสถานการณ์ที่กล่าวมา อาจไม่ได้ใช้รูปแบบเดียว ต้องคำนึงถึงสภาพพื้นที่ วิถีความเป็นอยู่ ลักษณะความซับซ้อนของการเจ็บป่วย ดังนั้นบริการที่มีอยู่ ความต้องการใช้ และเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุจึงเป็นโจทย์สำคัญในการพัฒนาบริการสุขภาพที่สร้างผลกระทบที่ดีต่อผู้สูงอายุ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง การบริการสุขภาพโดยชุมชนเป็นฐานสำหรับผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนภายใต้บริบท สังคม วัฒนธรรม ของพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่งในภาคเหนือของประเทศไทย ซึ่งมีบริบทเป็นตำบลในเขตเมือง มีลักษณะประชากรที่เป็นสังคมสูงอายุแบบสมบูรณ์ เป็นพื้นที่ตั้งของหน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ หน่วย

บริการปฐมภูมิถ่ายโอนไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เรียกว่า โรงพยาบาลชุมชนประจำตำบล มีวิวัฒนาการของระบบการดูแลสุขภาพชุมชนที่สร้างกระทบที่ดีกับทุกกลุ่มวัย และใช้ชุมชนเป็นฐานในการพัฒนาทุกเรื่อง ด้วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยบริการสุขภาพเสมือนองค์กรเดียวกัน การบริการสุขภาพจึงมีความแตกต่างทั้งการจัดการ รูปแบบบริการ หน่วยที่จัดบริการ จึงนับได้ว่าเป็นรูปแบบบริการแนวใหม่ ที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ทั้งหน่วยงาน องค์กรในและนอกชุมชน และการนำใช้ทุนทางสังคมและศักยภาพเป็นกลไกขับเคลื่อน ซึ่งแสดงถึงความพร้อมของพื้นที่ในการที่จะจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนแบบมีส่วนร่วม<sup>(5)</sup> ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยจึงต้องอธิบายสถานะ และศักยภาพของชุมชน เพื่อให้เห็นบริบทการจัดการตนเอง บริการที่มีอยู่ อันจะนำไปสู่การวิเคราะห์การใช้บริการ การเข้าถึงบริการ และความครอบคลุมของบริการสำหรับผู้สูงอายุในทุกมิติ ซึ่งคาดว่าผลการศึกษาค้นคว้าจะเป็นแนวทางในการออกแบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงเป็นแนวทางให้หน่วยบริการสุขภาพบุคลากรวิชาชีพ สร้างบริการที่ส่งผลต่อการใช้และเข้าถึงบริการผู้สูงอายุ จนเกิดความครอบคลุม และสนองตอบปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในชุมชน โดยนำใช้ข้อมูลที่แสดงสถานะ และศักยภาพการจัดการตนเองของชุมชน เป็นฐานในการพัฒนาต่อยอด ขยายและเพิ่มงาน พัฒนานวัตกรรมที่สร้างผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางตรง และทางอ้อม

### วิธีการศึกษา

ใช้แบบการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนาแบบเร่งด่วน (rapid ethnographic community assessment process; RECAP)<sup>(6)</sup> เนื่องจากเป็นวิธีการประเมินชุมชนที่ให้ผู้ชุมชนดำเนินการเอง เน้นการทำความเข้าใจกับทุนทางสังคมทุกระดับ สร้างความเข้าใจในงานและกิจกรรมของชุมชนรวมทั้งความสัมพันธ์ของทุนทางสังคมต่างๆ กับงานและกิจกรรมที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ประชาชน ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบวิธีนี้ ในฐานะที่นักวิจัยเป็น เครื่องมือหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล ต้องเข้าใจวิถี วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี วิถีชีวิต ความคิด ความ เชื่อ และความรู้ ที่มีลักษณะที่เฉพาะของกลุ่มหรือพื้นที่ วิจัย<sup>(7)</sup> ในฐานะคนใน ที่ต้องเก็บข้อมูลด้วยความเคร่งครัด หลีกเลียงอคติ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ดำเนินการช่วง เดือนธันวาคม 2560 ถึงกุมภาพันธ์ 2561 โดยเลือกผู้ให้ ข้อมูลแบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้แทนหมู่บ้านจำนวน 10 หมู่บ้านรวม 60 คน ประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 10 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 6 คน ผู้บริหาร พนักงานองค์การบริหารส่วนตำบล 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 25 คน แกนนำกองทุนสวัสดิการชุมชน วิสาหกิจชุมชน กลุ่มอาชีพ ชมรมผู้สูงอายุรวมจำนวน 4 คน พยาบาล นักวิชาการ สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลชุมชนประจำตำบล 5 คน

การเก็บข้อมูล ดำเนินการโดย (1) การสังเกตกิจกรรม ในชุมชนทั้งแบบมีส่วนร่วม ไม่มีส่วนร่วม เช่น ลักษณะ ทางกายภาพ กิจกรรม เหตุการณ์ในชุมชน การรวมตัวของ กลุ่มคน ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ (2) การ สัมภาษณ์เชิงลึก (3) การสนทนากลุ่ม กับกลุ่มอาสาสมัคร แกนนำกลุ่ม องค์การชุมชน เพื่อสอบถามข้อมูลงาน และ กิจกรรม ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ (4) ข้อมูลที่มี อยู่แล้วภายใต้การดำเนินการโดยชุมชน ได้แก่ ข้อมูล ประชากรทะเบียนราษฎร<sup>(8)</sup> ระบบข้อมูลตำบล (Thailand community network appraisal program; TCNAP)<sup>(9)</sup> การวิจัยชุมชน (RECAP) ที่พื้นที่ดำเนินการเอง และมีการตรวจสอบข้อมูลและปรับข้อมูลทุกปี และข้อมูลอื่น ๆ ที่มีในชุมชน เช่น ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน ข้อมูลพื้นฐาน ระดับหมู่บ้าน<sup>(10)</sup> ข้อมูลการรับเงินช่วยเหลือของผู้สูงอายุ (เบี้ยยังชีพ)<sup>(11)</sup> ผู้ยากไร้ที่ต้องได้รับความช่วยเหลือ ข้อมูลด้านสุขภาพจากโรงพยาบาลชุมชนประจำ ตำบล

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยหลัก ซึ่งใช้วิธี วิทยาการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบวิพากษ์ อยู่ใน ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุ และ

สถานการณ์ของการบริการสุขภาพ ซึ่งอธิบายผลการศึกษา ไว้ 3 องค์ประกอบ คือ (1) การสรุปสถานะและศักยภาพ ของการดูแลผู้สูงอายุของพื้นที่ศึกษาคือส่วนที่ยกมานำ เสนอในบทความนี้ (2) บริบทประชากรผู้สูงอายุในชุมชน และผู้สูงอายุที่ต้องการบริการสุขภาพ (3) การให้ความ หมายผู้สูงอายุที่ต้องการบริการสุขภาพ และปัญหาและ ความต้องการบริการสุขภาพใน 3 มุมมอง(องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้สูงอายุที่ต้องการบริการสุขภาพ ผู้ให้บริการสุขภาพ) ส่วนระยะที่ 2 และ 3 เป็นการ วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพ และสังเคราะห์ข้อเสนอ ปัจจัย เงื่อนไขเพื่อเป็นแนวทาง ในการพัฒนาการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์โดยนำข้อมูลมาจัดระบบ หาความ หมาย และแยกแยะองค์ประกอบ เชื่อมโยงหาความ สัมพันธ์ของข้อมูล<sup>(12,13)</sup> นำสู่การสร้างข้อสรุปที่แสดงถึง ข้อค้นพบในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิง เนื้อหา (content analysis) การจำแนกประเภท ปრაกฏการณ์ (typological analysis) ตารางแสดงข้อมูล เทียบเคียงความเหมือน-ความต่าง (matrix table) การ วิเคราะห์โดยใช้เส้นเวลา (time line analysis) เพื่อจัด ลำดับการเกิดขึ้นของสถานการณ์<sup>(7)</sup> ความเข้มงวด (rigor) และความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (trustworthiness) ผู้วิจัย มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณา คือการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) และตรวจสอบผลการวิเคราะห์กับผู้ให้ ข้อมูลหลัก ผู้บริหารหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นผู้รู้ เข้าใจปรากฏการณ์ในพื้นที่ศึกษา เป็นอย่างดี<sup>(14)</sup> และการศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย- ขอนแก่น (HE602278)

#### ผลการศึกษา

องค์ประกอบของบริบทชุมชนที่ศึกษามี 3 ส่วน ได้แก่ เส้นทางพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชนของพื้นที่ ศึกษา ข้อมูลพื้นฐานของชุมชนตามโครงสร้าง 5 ด้าน

ได้แก่ สังคม เศรษฐกิจ สุขภาพ สภาวะแวดล้อม และ การเมืองการปกครอง และศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ มีรายละเอียดดังนี้

### ส่วนที่ 1 เส้นทางพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชน

ตำบลแห่งนี้มีลักษณะเป็นเขตเมือง มี 10 หมู่บ้าน พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ตั้งของสถานที่ราชการ สถานศึกษามีการดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน ประกอบด้วย 3 ระยะซึ่งจัดกลุ่มตามช่วงเวลาที่เกิดการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

- ระยะที่ 1 เตรียมถ่ายโอนสถานีนอนามัยไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ก่อนปีพุทธศักราช 2550 ซึ่งมีนโยบายรัฐในการดูแลกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี จึงค้นหาและนำอาสาสมัครผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อเป็นต้นแบบ จัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องการดูแลตัวเอง สิทธิสวัสดิการ โดยสถานีนอนามัยเป็นเจ้าของภาพ และชุมชนมีข้อร้องเรียนกลิ่นเหม็นจากมูลสุกร การทิ้งขยะไม่เป็นที่ ไม่คัดแยกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ได้ดำเนินการแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วม จนเกิดนวัตกรรมชุมชนขยะทองคำ และได้รับรางวัลการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล และยังมีส่วนร่วมในโครงการด้านสุขภาพ เช่น การบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบล พัฒนาหน่วยงานปลอดภัย เหล้า รวมถึงร่วมจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นระยะนี้ อบต. รับผิดชอบงานด้านการศึกษา และตั้งโรงเรียนอนุบาล-ประถม ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และหน่วยงานสาธารณสุข

- ระยะที่ 2 ระยะถ่ายโอนภารกิจงานบริการสาธารณสุขสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปีพุทธศักราช 2550-2555 การถ่ายโอนสถานีนอนามัยสังกัดองค์กรบริหารส่วนตำบลดำเนินการเสร็จเรียบร้อย ณ วันที่ 15 ตุลาคม 2551 ได้ปรับปรุงบริการเพื่อให้เอื้อต่อผู้รับบริการ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ โดยย้ายที่ตั้งไปอยู่ในเขตชุมชน จัดหน่วยตรวจรักษาเคลื่อนที่ ฝึกทักษะอาสาสมัครให้มีศักยภาพครอบคลุมงานด้านสาธารณสุข ระยะนี้ อบต. ประกาศใช้ข้อบัญญัติการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ให้การดูแลสิทธิสวัสดิการ ที่อยู่อาศัย อาชีพที่ครอบคลุม ตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และเข้าร่วมเป็นเครือข่ายโครงการตำบลสุขภาพของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ถอดบทเรียนทุนทางสังคม และศักยภาพ มีจุดเด่นที่การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพชุมชน มีกลุ่มจิตอาสาที่หลากหลาย มีระบบข้อมูลตำบลนำไปเพื่อจัดการปัญหาตามกลุ่มวัย และกลุ่มเฉพาะ เช่น โรคเรื้อรัง คนยากจน จิตเวช กลุ่มเสี่ยง เป็นต้น ใช้กระบวนการประชาคมสุขภาพ และทำความเข้าใจร่วมกับสถาบันการศึกษาพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย 4 เรื่อง ได้แก่ การดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในชุมชน การดูแลคนพิการ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และแนวทางการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ จนเกิดเป็นหลักสูตรเรียนรู้ในชุมชน

- ระยะที่ 3 ระยะบูรณาการบริการสุขภาพสู่งานประจำ (ปีพุทธศักราช 2556 ถึงปัจจุบัน) ได้ต่อยอดงานพัฒนาในระยะที่ 2 จนเกิดเป็นนวัตกรรมเชิงระบบ เช่น การจัดการขยะแบบบูรณาการ คณะกรรมการธรรมาภิบาลประจำตำบล ศูนย์จิตอาสาดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โรงเรียนสุขุมสุข (โรงเรียนผู้สูงอายุ) ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและผู้สูงอายุในชุมชน วิทยาลัยจิตอาสา โรงเรียนธรรมาภิบาล 1 ครัวเรือน 1 CPR (cardiopulmonary resuscitation) มีหลักสูตรเรียนรู้ระบบการดูแลสุขภาพชุมชนเป็นพื้นที่ดูงานระบบการจัดการสุขภาพชุมชนในเครือข่ายตำบลสุขภาพ ได้ประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบลเป็นกลไกในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพในชุมชน จัดให้มีแพทย์จิตอาสาบริการ โรงพยาบาลแม่ข่ายสนับสนุนแพทย์ ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัดร่วมบริการสุขภาพดูแลที่บ้าน และฟื้นฟูสภาพในชุมชน ส่งอาสาสมัคร 8 คน เรียนนักรับบาล 6 เดือน และฝึกอบรมผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ (care givers) 50 คน ผู้จัดการดูแล (care manager) 3 คน (อาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน) เพิ่มเครื่องมืออุปกรณ์ เพื่อฟื้นฟูสภาพในศูนย์ฟื้นฟูฯ ปรับภารกิจบริการของ อบต. ตามบทบาทหน้าที่ และกำหนดให้



พนักงานต้องมีงานที่เป็นนวัตกรรมอย่างน้อย 1 เรื่องต่อรอบการประเมินผลงาน งานบริการสุขภาพจึงกระจายไปในส่วนงานต่างๆ เช่น (1) กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ดูแลงานโรคระบาด อาชีวอนามัย งานคุ้มครองผู้บริโภค การจัดการขยะ (2) กองสวัสดิการสังคม ดูแลบริการด้านคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาส และเสริมความเข้มแข็งให้กลุ่มที่เกี่ยวข้อง (3) สำนักปลัด ดูแลงานรับส่งลูกเงิน บริการรับส่งผู้สูงอายุไปร่วมกิจกรรม รับส่งกรณีฉุกเฉิน 24 ชั่วโมง เป็นต้น (4) กองช่างออกแบบแปลนบ้าน ซ่อม ปรับปรุงห้องน้ำให้บ้านผู้สูงอายุ ส่งผลให้องค์การบริหารส่วนตำบลได้รับรางวัลการบริหารจัดการที่ดีต่อเนื่องหลายปี เป็นพื้นที่เรียนรู้สำหรับนักศึกษา สถาบันการศึกษา เจ้าหน้าที่ หน่วยงาน และเป็นต้นแบบการถ่ายโอนหน่วยบริการสุขภาพไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแต่ละช่วงมีพัฒนาการที่สร้างผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางตรงและทางอ้อม และครอบคลุมทุกภาวะสุขภาพ ลำดับการพัฒนาต่อเนื่องของการถ่ายโอนซึ่งกระทบต่อการบริหารจัดการเชิงระบบ การพัฒนา และกิจกรรม ทำให้เกิดผลดีต่อผู้สูงอายุ และกลุ่มวัยอื่น การบูรณาการงานด้านสุขภาพโดยเฉพะงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุไปสู่งานประจำจึงทำให้เกิดนวัตกรรมเชิงระบบที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลสถานะในการดูแลผู้สูงอายุ

### ด้านสังคม

พื้นที่ศึกษาเป็นเขตเมือง มี 10 หมู่บ้าน ประชากรทั้งสิ้น 15,496 คน 6,342 หลังคาเรือน เพศชายมากกว่าเพศหญิง โครงสร้างประชากร มีลักษณะเป็นพีรามิดรูปแบบหดตัว แสดงถึงอัตราการเกิดและตายต่ำ กลุ่มวัยเด็กเพศชายมากกว่าหญิง พอเข้าสู่วัยเรียน ทำงาน เพศหญิงมากกว่าชาย และชัดเจนช่วง 50 ปีขึ้นไป เนื่องจากเป็นพื้นที่เขตทหารซึ่งมีทหารเกณฑ์ วิทยาลัยพยาบาล และสถานศึกษาสงเคราะห์ ทำให้ประชากรช่วง 20-24 ปี มีจำนวนมากจนเกินสมดุล อัตราพึ่งพิงรวม 41 ใช้ภาษาถิ่น

พ่ายพิในการสื่อสาร และภาษาไทยเป็นภาษาราชการ ประชากรจบการศึกษาแล้วร้อยละ 77.2 และกำลังศึกษาร้อยละ 18.0 มีผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ 94 คนทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่เข้ามาอาศัยอยู่กับบุตร หลาน งานบุญประเพณี ได้แก่ การสืบชะตา บุญบูชาบ้าน ตานข้าวใหม่ ปีใหม่เมือง หล่อเทียนพรรษา ยี่เป็ง สลากภัตร เป็นต้น ใช้ศูนย์กระจายเสียงหมู่บ้าน และหนังสือราชการเป็นช่องทางการสื่อสาร ชุมชนมีลักษณะการดูแลช่วยเหลือ 3 ลักษณะ ดังนี้

1) การช่วยเหลือกันยามปกติ เป็นการช่วยเหลือเมื่อเกิด ป่วย เสียชีวิต ทุนประกอบอาชีพ และทุนการศึกษา ทุนทางสังคมที่มีงานกิจกรรมที่ส่งผลกระทบ เช่น สถาบันการเงินชุมชน กองทุนหมู่บ้าน กลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิต กองทุนสวัสดิการชุมชน ฅาปนกิจสงเคราะห์หมู่บ้าน กองทุนช่วยเหลือผู้ยากไร้ กองทุนอาชีพคนพิการ เป็นต้น และกลุ่มที่ให้การดูแลช่วยเหลือกันในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (1 คนต่อ 41 หลังคาเรือน) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (5 คนต่อผู้สูงอายุ 447 คน) อาสาสมัครพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ (1 คนต่อ 1 หมู่บ้าน) อาสาปศุสัตว์ (1 หมู่บ้านต่อ 5 คน) อาสาจัดการขยะ 22 คน (1 หมู่บ้านต่อ 2-3 คน) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care givers) (1 คนต่อผู้สูงอายุติดบ้าน-ติดเตียง 1 คน) เป็นต้น

2) การช่วยเหลือกันยามเกิดภัยพิบัติ เช่น น้ำท่วม พายุ ไฟป่า ไฟไหม้บ้าน มีการช่วยเหลือ ดูแลโดยอาสาสมัครป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยฝ่ายพลเรือน (ร้อยละ 1.3 ของประชากรทั้งหมด) กลุ่มชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน เป็นต้น

3) การช่วยเหลือกันยามฉุกเฉิน เช่น อุบัติเหตุ ตกจากที่สูง หกล้ม ไข้สูง ชักหมดสติ เป็นต้น มีระบบการส่งต่อและการดูแลเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินโดยหน่วยกู้ชีพ ซึ่งมีอาสาสมัครกู้ชีพอยู่เวรหมุนเวียนตลอด 24 ชั่วโมงจำนวน 20 คน และฝึกทักษะรายครัวเรือนในการช่วยฟื้นคืนชีพจำนวน 915 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 14.0

### ด้านเศรษฐกิจ

ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 56.2 รองลงมา คือ รับราชการ ร้อยละ 15.6 ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 8.7 รัฐวิสาหกิจ เอกชน ร้อยละ 6.1 ตามลำดับ รายได้ประชากรเฉลี่ย 96,411 บาทต่อปี รายได้ครัวเรือนเฉลี่ย 245,059 บาทต่อปี ไม่มีประชากรหรือครัวเรือนที่รายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน ร้อยละ 24.8 ของครัวเรือนมีการออม ส่วนใหญ่ออมที่ธนาคารออมสิน กลุ่มออมทรัพย์ กองทุนหมู่บ้าน และธนาคารพาณิชย์อื่นๆ ตามลำดับ การรวมกลุ่มที่สร้างผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ (1) กลุ่มอาชีพ เช่น กลุ่มน้ำดื่มบ่อปู่ กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร กลุ่มจักรสานไม้ไผ่ขัด กลุ่มแปรรูปอาหาร กลุ่มอาชีพคนพิการ กลุ่มนวดแผนไทย เป็นต้น (2) องค์การการเงิน ได้แก่ กลุ่มสัจจะสะสมทรัพย์ กองทุนหมู่บ้าน กองทุนบทบาทสตรี-แม่บ้าน เป็นต้น ทุกกลุ่มอาชีพ และกองทุน มีเงินหมุนเวียนรวม 19,574,000 บาท และยังมีแหล่งทุนเพื่อการประกอบอาชีพ ระดับเครือข่าย อำเภอ จังหวัด เช่น สถาบันการเงินชุมชน สหกรณ์เครดิตยูเนี่ยน กองทุนออมทรัพย์บ้านมั่นคง เป็นต้น

### ด้านสภาพแวดล้อม

1) การจัดการดิน พื้นที่ทั้งหมด 48.5 ตารางกิโลเมตร เป็นพื้นที่อยู่อาศัย 2.0 ตารางกิโลเมตร ทั้ง 10 หมู่บ้าน มีเกษตรกรทำนาเพียง 3 ราย จำนวน 259 ครัวเรือน จัดการที่ดินรอบบริเวณบ้านในลักษณะการปลูกกินเอง และแบ่งปันเพื่อนบ้าน ร้อยละ 80.0 มีผลการตรวจสอบเคมีในกระแสเลือด ระดับไม่ปลอดภัย มีโครงการเกษตรเขตเมือง ที่ส่งเสริมให้ประชาชนได้ผลิตอาหารบริโภคในครัวเรือน และมีข้อบัญญัติในการจัดการพื้นที่สาธารณะ 6 แห่ง รวมกว่า 37 ไร่ เดิมเป็นที่รกร้างชุมชนทิ้งขยะส่งกลิ่นเหม็น จึงมีมติให้จัดเป็นพื้นที่สาธารณะ ปลูกผักและสมุนไพรเพื่อบริโภค แปรรูป จำหน่าย กลุ่มทำปุ๋ยหมักชีวภาพ และอาสาจัดการขยะนำขยะเปียกมาทำปุ๋ยหมักจำหน่ายในชุมชน

2) การจัดการน้ำ ทุกหมู่บ้านมีประปาหมู่บ้าน โดยองค์การบริหารส่วนตำบลมีกระบวนการจัดการแบบ

กระจายอำนาจ แต่ละหมู่บ้านมีการบริหารจัดการกันเอง น้ำที่ใช้บริโภคส่วนใหญ่จะซื้อจากแหล่งผลิตที่เชื่อถือได้ และผ่านการตรวจ รับรองมาตรฐาน

3) การจัดการป่า มีพื้นที่ป่ากว่า 20,000 ไร่ เป็นเขตอุทยานแห่งชาติ และเขตทหาร เป็นป่าอนุรักษ์ และแหล่งอาหารทั้งในและนอกพื้นที่ มีกลุ่มอาสาสมัครพิทักษ์สิ่งแวดล้อม กลุ่มอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน ได้กำหนด กฎ กติกาในระดับหมู่บ้าน ตำบลในการเข้าใช้ประโยชน์พื้นที่ป่า

4) การจัดการขยะ จากปัญหาไม่แยกขยะ ทั้งขยะไม่เป็นที่ มีขยะจำนวนมากทิ้งในที่สาธารณะ องค์การบริหารส่วนตำบลสนับสนุนการคัดแยกขยะ มีครัวเรือนเข้าร่วมโครงการ 1,759 หลังคาเรือน ร้อยละ 27.7 ปริมาณขยะเฉลี่ย 0.5 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน ได้นำขยะเปียกไปทำปุ๋ยหมัก น้ำหมัก ขยะรีไซเคิลดำเนินการตามศักยภาพของแต่ละหมู่บ้าน อาจตั้งกองทุนขยะ ธนาคารขยะ ได้กำหนดข้อตกลงคัดแยกและจัดการขยะ 4 รูปแบบ ได้แก่ (1) ครัวเรือนคัดแยกขยะเอง นำไปรวมในจุดรับขยะ องค์การบริหารส่วนตำบลกำจัดให้สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ไม่มีค่าธรรมเนียม (2) ครัวเรือนคัดแยกขยะ ขยะแห้งให้อาสาสมัครเก็บให้ (3) ครัวเรือนคัดแยกขยะอาสาสมัครมาเก็บขยะอินทรีย์ให้ ขยะแห้งเจ้าของบ้านไปส่งจุดรับขยะ (4) ครัวเรือนคัดแยกขยะ อาสาสมัครเก็บขยะอินทรีย์และขยะแห้ง รูปแบบที่(2)-(4) มีค่าธรรมเนียมต่างกัน

### ด้านสุขภาพ

ปัญหาและความต้องการของกลุ่มประชากร มีดังนี้

1) เด็ก 0-2 ปี กินนมแม่ครบ 6 เดือนน้อยกว่า ร้อยละ 50.0 จากแบบรายงานโรงพยาบาลชุมชนประจำตำบล เดือนธันวาคม พุทธศักราช 2560 ไม่มีเด็กมีภาวะทุพโภชนาการ แต่พบเด็กที่มีพัฒนาช้า 2 คน

2) เด็ก 3-5 ปี เข้าเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กในพื้นที่เพียง 1 ใน 3 ที่เหลือเรียนใกล้ที่ทำงานของบิดา มารดา นอกพื้นที่ มีกลุ่มเด็กชาติพันธุ์ที่ไม่ได้รับวัคซีนเลย 1 คน และพบโรคระบาดมือ เท้า ปาก ใช้เลือดออก

3) กลุ่มวัยเรียน (6-14 ปี) พบมีพัฒนาการล่าช้า

เกิดโรคระบาดในโรงเรียน ท้องร่วง ไข้เลือดออก และ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

4) วัยทำงาน (15-59 ปี) เสียชีวิตจากมะเร็งตับ ท่อน้ำดี ปอด มะเร็งปากมดลูก รองลงมาเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และโรคทางเดินหายใจ ตามลำดับ ร้อยละ 48.0 เป็นโรคเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 50-59 ปี

5) ผู้สูงอายุ มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ซ้ำซ้อน พิการ อยู่คนเดียว เจ็บป่วยขาดคนดูแล

6) ผู้ป่วยจิตเวช ขาดยา เดินทางไปรับยาลำบากขาดคนดูแล

7) คนพิการขาดอาชีพ ต้องการมีรายได้เลี้ยงดูตนเอง ครอบครัว

8) ผู้ป่วยเรื้อรัง ขาดยา รับประทานไม่สม่ำเสมอ มีโรคแทรกซ้อน ซ้ำซ้อนเข้าออกโรงพยาบาลบ่อย

9) ผู้ด้อยโอกาส ไม่มีที่อยู่อาศัย หรือมีแต่ที่อยู่ไม่มั่นคง ปลอดภัย การดูแลช่วยเหลือกันในชุมชน มีอาสาสมัครสาธารณสุข (เขี้ยวชาญ) 8 สาขา ได้แก่ สาขาแม่และเด็ก แพทย์แผนไทย ส่งเสริมสุขภาพ วัฒนธรรม มะเร็งสุขภาพจิต คุ่มครองผู้บริโรค ควบคุมโรค รวม 153 คน อัตราส่วน 1 คนต่อ 41 หลังคาเรือน ติดตามดูแลรายครัวเรือนที่รับผิดชอบ และแก้ไขปัญหา ดำเนินกิจกรรมตามสาขาที่เชี่ยวชาญ มีงานกิจกรรมที่กระทบต่อสุขภาพ ผ่านโครงการกองทุนสุขภาพตำบล ปีงบประมาณ 2561 และ 2562 มีโครงการเสนอขอรับการสนับสนุนจากกองทุน 52 โครงการ และ 57 โครงการ ตามลำดับ และยังมีงานด้านสุขภาพที่บูรณาการเข้าไปในงานประจำของส่วนงานต่างๆ และข้อบัญญัติขององค์การบริหารส่วนตำบล เช่น งานช่วยเหลือ ดูแลผู้ด้อยโอกาสของกองสวัสดิการสังคม งานของสภาวัฒนธรรม ชมรมผู้สูงอายุโดยกองการศึกษาและวัฒนธรรม งานจัดการมลพิษ มาตรฐานสถานประกอบการที่เป็นภัยกับสุขภาพ การควบคุมโรคระบาด งานคุ่มครองผู้บริโรค โดยกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม งานปรับสภาพแวดล้อม ในบ้าน นอกบ้านโดยกองช่าง เป็นต้น

### ด้านการเมืองการปกครอง

เป็นการนำใช้ทุนทางสังคมในการจัดการ ดังนี้

1) การจัดการกฎ กติกา ข้อตกลง แบ่งเป็นการจัดการระดับหมู่บ้าน โดยคณะกรรมการหมู่บ้าน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล จะทำประชาคมร่วมกับทุกหมู่บ้านเพื่อการแก้ปัญหา ทำแผนพัฒนาท้องถิ่น การทำข้อบัญญัติการห้ามเผาในที่โล่งแจ้ง การทำบ่อดักไขมัน เป็นต้น

2) การจัดการความขัดแย้ง โดยใช้กลไกของกำนันผู้ใหญ่บ้านและศูนย์พัฒนาครอบครัวให้มีระบบการจัดการในระดับหมู่บ้าน หากจัดการไม่สำเร็จจะส่งข้อมูลเข้าสู่ศูนย์ไกล่เกลี่ยระดับตำบลในการเจรจาปรึกษา

### ส่วนที่ 3 ศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ

มีผู้สูงอายุมีทั้งหมด 2,213 คน (ร้อยละ 14.3 ของประชากรทั้งหมด) แต่อยู่จริงรวมประชากรแฝงร้อยละ 20.1 เพศชายน้อยกว่าหญิง ลักษณะชุมชนเมือง เป็นที่ตั้งส่วนราชการ มีการกระจายตัวและการเคลื่อนย้ายประชากรสูง 2 ใน 5 เป็นผู้สูงอายุตอนต้น ผู้ที่มีอายุเกิน 100 ปีจำนวน 6 คน รับเบี้ยยังชีพ 1,655 คน ร้อยละ 74.8 ระบบการดูแลผู้สูงอายุปรากฏความสัมพันธ์ เชื่อมโยงการดำเนินงานและกิจกรรมของทุนทางสังคม ที่สร้างผลกระทบกับผู้สูงอายุ 2 งานหลัก ได้แก่ การบริการสุขภาพ และการส่งเสริมภาวะผู้นำและการอาสา และ 4 งานรองที่สนับสนุนให้งานหลักสามารถขับเคลื่อนและเกิดผลดีต่อผู้สูงอายุ และครอบครัว ได้แก่ การจัดสวัสดิการเพื่อการช่วยเหลือ การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิต การพัฒนาและนำใช้ข้อมูล และการส่งเสริมอาชีพและลดรายจ่าย รายละเอียดดังนี้

1) การบริการสุขภาพ มีฐานคิดการบริการที่มุ่งให้เกิดการเข้าถึง และคุณภาพการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ต้องได้รับการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง และสามารถเข้าถึงการบริการของผู้ให้บริการอย่างน้อย 5 กลุ่ม ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด กลุ่มนักการแพทย์แผนไทย และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) และผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (care manager) ครอบคลุม

อย่างน้อย 3 รูปแบบบริการ ได้แก่

1.1) บริการในศูนย์บริการฟื้นฟูสภาพผู้พิการ และผู้สูงอายุ โดยนักกายภาพบำบัด และอาสาสมัครให้บริการ (1) ผู้ที่ได้รับการส่งต่อจากหน่วยบริการสุขภาพ (2) ส่งต่อจากการไปดูแลสุขภาพที่บ้าน (3) เข้ามาขอรับบริการเองให้บริการทุกวันศุกร์ด้วยเครื่องมือที่ทันสมัย และเพียงพอ

1.2) การบริการสุขภาพที่บ้าน มีผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลสุขภาพที่บ้านโดย (1) ส่งต่อมาจากหน่วยบริการสุขภาพ (2) อาสาสมัครส่งต่อจากชุมชน และ (3) ทะเบียนดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลชุมชนตำบล ให้บริการหลายรูปแบบ เช่น พยาบาลและผู้ช่วยของโรงพยาบาลชุมชนตำบลให้การดูแลที่บ้านตามความจำเป็น อาจจัดแพทย์ นักกายภาพบำบัดเพิ่มเติมตามปัญหาและความซับซ้อน หรือมอบหมายอาสาสมัครประจำตัวซึ่งจะเยี่ยมดูแลตามแผนการดูแล มีเครื่องมือ อุปกรณ์ พาหนะสนับสนุนการดูแลที่บ้านที่ครอบคลุม และเพียงพอ เช่น รถปิคอัพ รถตุ๊ก ๆ มอเตอร์ไซด์ ไว้ใช้ตามความเหมาะสม กองทุนสนับสนุน อุปกรณ์ เครื่องมือ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป เครื่องผลิตออกซิเจน เตียงผู้ป่วย ที่นอนลม เครื่องดูดเสมหะ รวมถึงกายอุปกรณ์ เช่น รถเข็นนั่ง ไม้เท้า คอกช่วยเดิน เป็นต้น

1.3) การจัดการศูนย์จิตอาสาดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (care giver center) เป็นศูนย์บริการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยนักบริบาล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตามความต้องการของครอบครัว ภายใต้ฐานคิดการเป็นองค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร มีแนวทางให้บริการดังนี้ (1) คัดเลือกอาสาสมัครที่มีอยู่ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้มีจิตอาสาอื่นๆ เพื่อฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การฝึกอบรมจำนวน 420 ชั่วโมงเป็นนักบริบาลในชุมชน จำนวน 8 คน ฝึกอบรม 70 ชั่วโมงเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 50 คน (2) ทำหน้าที่เป็นศูนย์ประสานงาน ชั้นทะเบียนอาสาสมัคร และมอบหมายการดูแลโดยอาสาสมัครที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียง ในอัตราส่วน 1 ต่อ 1 ให้การดูแลในลักษณะบางเวลา และทำหน้าที่เป็น

ศูนย์กลางมอบหมายอาสาสมัครกรณีผู้สูงอายุและครอบครัวร้องขอที่เกินไปจากบริการพื้นฐาน เช่น ต้องการคนดูแลช่วงที่ญาติจำเป็นต้องไปธุระ ต้องการคนอยู่เป็นเพื่อนช่วงกลางคืน เป็นต้น ส่วนค่าใช้จ่ายให้เป็นข้อตกลงระหว่างผู้ให้การดูแล และผู้รับการดูแล (3) ทำแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแล โดยประเมินจากเงื่อนไขการจัดการดูแลได้โดยผู้ดูแลในครอบครัว และสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยทั่วไปศูนย์จะติดตามดูแล ในช่วงระยะ 3 เดือน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วย และครอบครัวสามารถจัดการตนเองได้ และสามารถขอรับบริการต่อเนื่องได้เมื่อจำเป็น และ (4) ฝึกอบรม ฟื้นฟูความรู้ และประเมินทักษะการดูแลของนักบริบาล ผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ อย่างสม่ำเสมอ

2) การส่งเสริมภาวะผู้นำและการอาสา เป็นการนำศักยภาพการเป็นผู้นำ ผู้รู้ ของผู้สูงอายุผ่านการทำงานของกลุ่มทางสังคม องค์กรชุมชน ได้แก่ การเพิ่มจำนวนอาสาสมัครที่เป็นผู้สูงอายุ เช่น กลุ่มจิตอาสาอาวุโส และกลุ่มปราชญ์ชุมชน มาเป็นครูสอนในโรงเรียนผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุระดมแรงเป็นพี่เลี้ยงในกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ สนับสนุนการรวมกลุ่มและเป็นผู้นำออกกำลังกาย เช่น กลุ่มร่ววย้อนยุค ฟ้อนเล็บ ไท่เก็ง ชี่กง รำกระบอง เป็นต้น มีสภาวัฒนธรรมตำบล เป็นต้นแบบการจัดกิจกรรมทางพุทธศาสนา งานบุญประเพณี เป็นคณะกรรมการบริหารโรงเรียนผู้สูงอายุ และการร่วมเป็นกรรมการในการกำหนดนโยบาย ระดับพื้นที่ ได้แก่ คณะกรรมการธรรมาภิบาล คณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล คณะกรรมการศูนย์พัฒนาครอบครัว เป็นต้น มีการให้คุณค่า เสริมภาวะการเป็นผู้นำ ได้แก่ การยกย่องเชิดชูคนดี คนต้นแบบผู้สูงอายุสุขภาพดี ผู้สูงวัย สุขใจในระดับจังหวัด เป็นต้น

3) การจัดสวัสดิการเพื่อการช่วยเหลือ เป็นสวัสดิการที่ช่วยเหลือกันยามปกติมี 4 ลักษณะ ได้แก่ (1) สวัสดิการเพื่อสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มาโรงเรียนฮอมสุข จำนวน 110 คน จะได้รับบริการแช่เท้าสมุนไพร นวดเท้า นวดตัว โดยกลุ่มนวดแผนไทย การมีศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและผู้สูงอายุ ช่วยดูแลฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีความพิการ



ติดเตียง หรือผู้ที่มีปัญหากล้ามเนื้อ กระดูก และข้อที่ต้องได้รับการดูแลฟื้นฟู ศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน ที่มีกรรมการระดับชุมชนเฝ้าระวัง และประสานการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ยากจน ไม่มีคนช่วยเหลือดูแล หรือ ได้รับการกระทำรุนแรงจากครอบครัว ชุมชน (2) สวัสดิการเพื่อตัวเอง ได้แก่ กองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุ โรงเรียนสอนสุข เพื่อเยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นสมาชิกของโรงเรียน กองทุนผู้สูงอายุเพื่องานสาธารณะ โดยระดมเงินในการเทศนาของพระในวิชาธรรมะจากสมาชิกในโรงเรียน เพื่อใช้ในกิจกรรมสาธารณะในชุมชนในนามโรงเรียนสอนสุข กองทุนเรียนครั้งละ 1 บาท เพื่อใช้สนับสนุนอุปกรณ์การเรียนการสอน และกิจกรรมเสริมอื่น ๆ ในโรงเรียน เช่นการฝึกอาชีพ ธรรมะสัจจร เป็นต้น (3) การระดมเงินโดยการทอดผ้าป่า เป็นกองทุนทำกิจกรรมผู้สูงอายุ (4) การเพิ่มรายได้ให้กับผู้สูงอายุด้วยการทำอาชีพเสริม ได้แก่ รวมกลุ่มทำแคบหมู หัตถกรรมเศษผ้า กลุ่มไม้ไผ่ขัด กลุ่มแม่บ้านบ้านพระนอน เป็นต้น การจัดตลาดสีเขียว ให้ผู้สูงอายุนำผักปลอดสารพิษในครัวเรือนแลกเปลี่ยน ขายให้คนในชุมชน และแจกให้กับกลุ่มคนยากจน ด้อยโอกาส พิกการ เป็นต้น

4) การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิต เป็นการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และเอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุมีทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพทั้งในบ้าน นอกบ้าน และสิ่งแวดล้อมทางสังคม ดังนี้ (1) การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ลักษณะได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านที่เอื้อต่อผู้สูงอายุในบ้าน ได้แก่ จัดทำบ้านตัวอย่างสำหรับผู้สูงอายุ ติดเตียง พิกการในชุมชนจำนวน 10 หลัง กองสวัสดิการสังคม กองช่าง กลุ่มจิตอาสา และอาสาสมัคร ร่วมจัดปรับบ้านและสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ (บ้านเทิดไท้) การปรับสภาพบ้านพักผู้สูงอายุ ด้อยโอกาส พิกการ ติดเตียง ในชุมชน เช่น ห้องน้ำ มีราวจับ ชักโครก พื้นไม้ลื่น ทางลาดชัน เป็นต้น การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุภายนอกบ้าน ได้แก่ การปรับพื้นที่สาธารณะ บริการสาธารณะให้เอื้อต่อผู้สูงอายุ ได้แก่ จัด

ทำทางลาด และราวจับ ราวจับห้องน้ำ ที่จอดรถ ห้องน้ำ สำหรับคนพิการในหน่วยงานราชการ วัดทุกแห่งในเขตพื้นที่ การบริการรับ-ส่ง ไปร่วมกิจกรรมโดยรถราง รถตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ รถรับ-ส่งฉุกเฉิน 24 ชั่วโมง เป็นต้น (2) การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสังคม ได้แก่ การรวมกลุ่มช่วยเหลือ บริการผู้สูงอายุทั้งในกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง เช่น กลุ่มอาสาสร้างสุข กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มอาสาสมัครพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้พิการและผู้สูงอายุ และกลุ่มอาสาพัฒนาสังคมช่วยเหลือคนพิการ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขน้อย เป็นต้น

5) การพัฒนา และนำใช้ข้อมูล ระบบข้อมูลของตำบล ที่สอดคล้องกับผู้สูงอายุและสามารถนำไปใช้ในการออกแบบ จัดการกับปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุซึ่งพื้นที่มีข้อมูลหลายลักษณะ มีที่มา เป้าหมาย และเจ้าภาพ ในการพัฒนาข้อมูลต่างกัน เช่น ระบบข้อมูลตำบล การวิจัยชุมชน ฐานข้อมูลการจ่ายเบี้ยยังชีพ ข้อมูลผู้ประสบปัญหาทางสังคมของศูนย์พัฒนาครอบครัว ฐานข้อมูลของหน่วยบริการสุขภาพ (Java health center information system; JHCIS) ข้อมูลผู้สูงอายุตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่วนการนำข้อมูลไปใช้ขึ้นอยู่กับลักษณะข้อมูลที่ต้องการ และวัตถุประสงค์ เช่น นำใช้ข้อมูลเพื่อวางแผนการทำงานผ่านการทำประชาคม ประกอบการเสนอแผนงาน โครงการบูรณาการงานผู้สูงอายุในการกิจงานของกองสวัสดิการสังคม กองสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม และโรงพยาบาลชุมชนตำบล ประกอบการจัดทำระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์เพื่อเป็นระบบสารสนเทศของการจัดเก็บรายได้ขององค์การบริหารส่วนตำบล แต่เพิ่มกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการดูแลช่วยเหลือ เพื่อให้เข้าถึงบริการทางสังคมโดยองค์การบริหารส่วนตำบลเพิ่มขึ้นอีกด้วย

6) การส่งเสริมอาชีพและลดรายจ่าย เป็นงาน กิจกรรมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุเพื่อการสร้างรายได้ ลดรายจ่าย ด้วยการผลิตเพื่อการค้า แบ่งปัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันเอง และเรียนรู้ข้ามกลุ่มวัย เช่น วัยทำงาน วัยรุ่น เป็นต้น ได้แก่ การฝึกทักษะอาชีพในโรงเรียนผู้สูงอายุ

(ฮอมสุข) เช่น การทำขนม หัตถกรรมเศษผ้า จักรสาน ไม้ไผ่ตด เป็นต้น การปลูกผักปลอดสารพิษ และจัดตลาด ในชุมชนให้จำหน่าย หรือแจกให้สำหรับคนพิการ ยากจน เป็นต้น

### วิจารณ์

ข้อมูลทั้ง 3 ส่วน เป็นการสรุปสถานะ และศักยภาพ ของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ที่เป็นผลจากการใช้ กระบวนการวิจัยชุมชนเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเร่งด่วน ในการเปิดพื้นที่เรียนรู้ในชุมชนทั้ง 10 หมู่บ้าน และเป็น ผลการศึกษาส่วนแรกในระยะเวลาที่ 1 คือ การวิเคราะห์ สถานการณ์ผู้สูงอายุ และสถานการณ์ของการบริการ สุขภาพ แสดงข้อมูลที่เชื่อมโยง สัมพันธ์กัน อย่างน้อย 2 ส่วน ได้แก่

1) ข้อมูลทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชน ได้แก่ คนเก่ง คนนำ คนสำคัญ ผู้นำ กลุ่มทางสังคม องค์กรชุมชน การสื่อสารและข้อมูลชุมชน ลักษณะประชากร กลุ่มทาง สังคม องค์กรชุมชนต่างๆ และปัญหาสุขภาพ พร้อมทั้ง การดูแล และบริการสุขภาพ ซึ่งจะทำให้ชุมชนเห็นข้อมูล ที่สำคัญในทุกมิติ สามารถกำหนดบทบาทตนเองในการ พัฒนา และแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแล และแก้ไข ปัญหาผู้สูงอายุได้ในฐานะทุนทางสังคม<sup>(5)</sup> เห็นได้จาก ข้อมูลในผลการศึกษาส่วนที่ 1 และ 2 อธิบายเส้นทาง พัฒนาของการดูแลสุขภาพชุมชนโดยมีเงื่อนไขที่จุด เปลี่ยนของวิวัฒนาการจากการถ่ายโอนหน่วยบริการ สาธารณสุขไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น<sup>(15)</sup> และ การอธิบายความเชื่อมโยงของข้อมูลตามโครงสร้างชุมชน 5 ด้าน ได้แก่ สังคม เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม สุขภาพ และการเมืองการปกครอง<sup>(16-19)</sup> แสดงให้เห็นเงื่อนไขการ พัฒนาบริการสุขภาพที่ตอบสนองโครงสร้าง หรือภารกิจ ของหน่วยงานที่ครอบคลุมทุกภาวะสุขภาพ การจัดการกับ ปัญหา และเหตุที่มาของปัญหาที่มีการนำใช้ข้อมูลจาก แหล่งต่างๆ ในชุมชน กระบวนการมีส่วนร่วม การบูรณา การเข้าสู่งานประจำของส่วนงานต่างๆ ในสังกัด ทำให้มิติ ของคนที่ทำงานด้านสุขภาพ ขยายไปในงานอื่นๆ ที่มาก

กว่าบุคลากรสาธารณสุข

2) ข้อมูลการจัดการตนเองของชุมชน ความสัมพันธ์ และความเชื่อมโยงของทุนทางสังคมเป็นระบบย่อย ที่ สร้างผลกระทบกับผู้สูงอายุ เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ ปัญหาของผู้สูงอายุและครอบครัว<sup>(20)</sup> ศักยภาพและความ พร้อมในการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องของพื้นที่ การพัฒนา งานและกิจกรรมในชุมชนที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิต นโยบาย สาธารณะ และจัดการกับปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ปัจจัย เสริมสุขภาพ<sup>(21)</sup> ได้แก่ การบริการสุขภาพตามความหลากหลายของภาวะสุขภาพ การส่งเสริมภาวะผู้นำและการ อาสาช่วยเหลือกัน<sup>(22)</sup> การจัดสวัสดิการเพื่อการช่วยเหลือ การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิต<sup>(23)</sup> การ พัฒนาและนำใช้ข้อมูลเพื่อการช่วยเหลือ ดูแลผู้สูงอายุ การส่งเสริมอาชีพและลดรายจ่าย<sup>(20)</sup> ซึ่งแต่ละทุนทาง สังคมแสดงจุดร่วมของงาน กิจกรรมที่ดำเนินการ จนเกิด การประสานงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เปรียบเทียบ ความเหมือน ความต่าง ของการทำงานทั้งทางด้านเทคนิค วิธีการทำงาน คู่มือ อุปกรณ์ วัสดุุดิบ ข้อมูล และงบประมาณ อีกทั้งยังแสดงผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งเชิงการ ดูแล บริการสุขภาพ สวัสดิการสังคม เศรษฐกิจ สิ่ง- แวดล้อมที่ครอบคลุมตามวิถีความต้องการบริการสุขภาพ ของผู้สูงอายุและครอบครัว และเป็นบทเรียนของชุมชน ในฐานะตำบลต้นแบบ นำสู่การจัดการเรียนรู้ แลกเปลี่ยน กับเครือข่าย การพัฒนาต่อยอดการทำงาน พัฒนา นวัตกรรม และการออกแบบนโยบายสำหรับการดูแล ผู้สูงอายุที่ครอบคลุมต่อไป

### ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นส่วนที่หนึ่งของผลการศึกษาในระยะ ที่ 1 ของงานวิจัยหลักซึ่งใช้วิธีวิทยาการวิจัยเชิง ชาติพันธุ์วรรณาแบบวิพากษ์ การได้มาของข้อมูลในส่วน นี้ผู้วิจัยใช้แบบวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเร่งด่วน ซึ่ง มีหลักการที่เน้นให้ชุมชนดำเนินการเอง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ ครบถ้วน ทำความรู้จักกับทุนทางสังคมทุกระดับ ทำความเข้าใจกับงาน และกิจกรรม รวมถึงการวิเคราะห์

ความเชื่อมโยง ความสัมพันธ์ของทุนทางสังคม กับงาน และกิจกรรมที่มีอยู่ ในการนำไปใช้จึงมีข้อจำกัด 3 ลักษณะ ดังนี้ (1) ผู้วิจัยใช้เป็นเครื่องมือในการเปิดพื้นที่ ทำความเข้าใจบริบท และประเมินโครงสร้างชุมชนโดยรวม ส่งผลต่อการได้มาของข้อมูลมีข้อจำกัด การรับรู้ เรียนรู้ ข้อมูลจะขาดต้องตรวจสอบซ้ำไปมา กับหลายคน หลายสถาน-การณ์ ทำให้การสรุปข้อมูลส่วนนี้ล่าช้า แม้ว่าทุกครั้งที่ลงพื้นที่แต่ละหมู่บ้านจะมีแกนนำกลุ่ม องค์กรชุมชน หรืออาสาสมัคร หรือพนักงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลชุมชนประจำตำบล ไปด้วยก็ตาม (2) เนื่องจากข้อมูลที่ได้จากข้อสรุปสถานะ และศักยภาพของชุมชน ในการดูแลผู้สูงอายุมีที่มาจากหลายแหล่ง ตรวจสอบข้อมูลซ้ำไป ซ้ำมาจนได้ข้อสรุปในช่วงเวลาหนึ่งทีเก็บข้อมูล การนำไปใช้จึงมีข้อจำกัดในการยืนยันข้อมูลที่เป็นจำนวน เพราะอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย จึงเสนอว่า ข้อมูลที่ได้จากข้อสรุปการทำวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเร่งด่วน ควรต้องปรับปรุงทุกปี เพื่อให้ข้อมูลเป็นปัจจุบันและเป็นที่ยอมรับ (3) ข้อมูลที่สรุปได้ในการศึกษาระยะนี้เป็นตัวอย่างการสรุปรายงานที่ได้จากกระบวนการวิจัยที่เป็นระยะแรก และเป็นผลผลิตจากการใช้เครื่องมือที่เป็นแบบวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเร่งด่วน ในการเรียนรู้ชุมชนซึ่งไม่ใช่ผลการศึกษาวิจัย แต่เป็นข้อมูลสรุปจากการศึกษาชุมชน

### ข้อเสนอแนะ และการนำไปใช้

(1) การนำกระบวนการไปใช้ คือกระบวนการวิจัยชุมชนเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเร่งด่วน ในการเรียนรู้ชุมชน อาจนำไปฝึกอบรมให้บุคลากร ผู้นำแกนนำในชุมชน ซึ่งจะสามารถทำสรุปบทเรียน และประสบการณ์ของทุนทางสังคม ที่มีงาน และกิจกรรมกระทบต่อผู้สูงอายุ หรือประเด็นอื่นตามเป้าหมายที่ต้องการได้

(2) นำผลการศึกษาไปใช้ ข้อมูลที่สรุปได้คือข้อมูลสถานะ และศักยภาพของพื้นที่ แสดงให้เห็นการแก้ปัญหาของพื้นที่ การจัดการตนเอง การพัฒนางานและกิจกรรมในชุมชน นโยบายสาธารณะ จัดการกับปัจจัยเสี่ยง ปัจจัย

เสริมด้านสุขภาพ เป็นต้น ชุมชนสามารถนำไปใช้เพื่อการจัดทำหลักสูตรเพื่อสร้างการเรียนรู้ภายในพื้นที่และเครือข่าย การพัฒนาข้อเสนอโครงการเพื่อแก้ปัญหาของพื้นที่หรือพัฒนานวัตกรรมเฉพาะประเด็น การจัดทำรายงานสถานะตำบลสุขภาพ การต่อยอดการทำงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบ เป็นต้น

(3) ข้อเสนอในการทำวิจัยต่อไป จากการสรุปสถานะ และศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้เห็นศักยภาพการจัดการกับปัญหา เงื่อนไขการจัดการตนเอง งานที่สร้างผลกระทบต่อสุขภาพ จึงมีข้อเสนอในการทำวิจัยต่ออย่างน้อย 2 ประเด็นดังนี้ ผลกระทบต่อบริการสุขภาพ กรณีหน่วยบริการสุขภาพถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อศึกษาผลที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพของประชากร เมื่อหน่วยบริการสุขภาพถ่ายโอน ทั้งในแง่การบริหารจัดการ ผลสัมฤทธิ์การบริการในแต่ละกลุ่มประชากร เป็นต้น ศักยภาพอาสาสมัคร กับการเพิ่มคุณภาพบริการด้านสุขภาพ และการบูรณาการงานบริการสุขภาพเข้าสู่งานประจำขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยวิเคราะห์ปัจจัย เงื่อนไขการจัดการ และกลไกสนับสนุนให้เกิดคุณภาพบริการที่ครอบคลุมทุกมิติ

### กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ทำการศึกษาในตำบลดอนแก้ว อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้นำชุมชน แกนนำ-กลุ่ม องค์กรในชุมชน อาสาสมัครต่าง ๆ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้ว องค์กรการบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว ที่ให้การสนับสนุน และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลการตลอดการศึกษาวิจัย และศูนย์วิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน คณะ-พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สนับสนุนทุนการศึกษา และเป็นแหล่งฝึกทักษะวิชาการด้านการวิจัยชุมชน สำหรับผู้วิจัย

### เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. World population ageing. New York:

- United Nations Publication [Internet]. 2017 [cited 2018 May 19]. Available from: [http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015\\_Report.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf)
2. World Health Organization. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals [Internet]. [cited 2018 May 19]. Available from: <http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/>
  3. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย 2560: เสริมพลังกลุ่มเปราะบาง สร้างสังคมไม่ทอดทิ้งกัน. นครปฐม: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2560.
  4. ปราโมทย์ ปราสาทกุล, บรรณาธิการ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. กรุงเทพมหานคร: พรินเทอร์; 2559.
  5. ชนิษฐา นันทบุตร. การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนท้องถิ่นในการพัฒนา ระบบดูแลสุขภาพชุมชน และการใช้กองทุนสุขภาพตำบลเป็นกลไกการสนับสนุน. เอกสารประกอบการบรรยายการประชุมนานาชาติรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี 2559 (Prince Mahidol Award Conference 2016); 26 มกราคม 2559; ณ โรงแรมบางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ กรุงเทพมหานคร; 2559.
  6. ชนิษฐา นันทบุตร. คู่มือการพัฒนาทักษะการวิจัยชุมชน ด้วยการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนาแบบเร่งด่วน (rapid ethnographic community assessment process: RECAP). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2556.
  7. Fetterman DM. Ethnography: step by step. 2<sup>nd</sup> ed. Thousand Oaks, CA: Sang; 1998.
  8. งานทะเบียนราษฎร องค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว. งานทะเบียนราษฎรและบัตร. เชียงใหม่: องค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว; 2561.
  9. ชนิษฐา นันทบุตร. ระบบฐานข้อมูล TCNAP. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2560.
  10. สำนักงานพัฒนาชุมชน จังหวัดเชียงใหม่. รายงานคุณภาพชีวิตประชาชน จังหวัดจังหวัดเชียงใหม่จากข้อมูลความเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ประจำปี 2560. เชียงใหม่: สำนักงานพัฒนาชุมชน จังหวัดเชียงใหม่; 2560.
  11. องค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว. ทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและผู้พิการ ประจำปี 2560. เชียงใหม่: องค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว; 2560.
  12. ชาย โพธิ์สิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง; 2554.
  13. Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis. 2<sup>nd</sup> ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publication; 1994.
  14. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks, CA: Sage Publication; 1994. p. 105-17.
  15. สุดารัตน์ สุดสมบูรณ์, วิรัตน์ ธรรมาภรณ์, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์. บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุไทย. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้ 2559;9:121-7.
  16. ชนิษฐา นันทบุตร. แนวทางการวิเคราะห์สถานะสุขภาพของชุมชน และระบบการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น. การประชุมเชิงปฏิบัติการเตรียมพื้นที่ สำหรับเวทีสานพลังชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็งสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ครั้งที่ 2 ประจำปี 2561: ศาสตร์ของพระราชากับการสร้างเสริมสุขภาพ; 1-3 มีนาคม 2561; โรงแรมรามการ์เด้น, กรุงเทพมหานคร.
  17. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ตัวชี้วัดสำคัญด้านสังคม พ.ศ. 2559. กรุงเทพมหานคร: สำนักสถิติพยากรณ์สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2559.
  18. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ตัวชี้วัดสำคัญประเทศไทย พ.ศ. 2559. กรุงเทพมหานคร: สำนักสถิติพยากรณ์สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2559.
  19. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. สุขภาพคนไทย 2559 : ตายดี วิถีที่เลือกได้. นครปฐม: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2559.
  20. ศิริวรรณ ชอบธรรมสกุล. การดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสูงคุณภาพชีวิตที่ดี. วารสารดุสิตบัณฑิตทางสังคมศาสตร์ 2561;8:15-25.
  21. ดวงพร เสงบุญพันธ์, ชนิษฐา นันทบุตร. บรรณาธิการ. ภูมิสังคม หนึ่งในรากฐานการพัฒนาที่ยั่งยืน. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2560.
  22. วิญญูทัยบุญ บุญทัน, ชนิษฐา นันทบุตร, วรรณภา ศรีธัญรัตน์. การพัฒนาภาวะผู้นำของผู้สูงอายุในการสร้างเสริมสุขภาพ. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2561;24:178-95.
  23. วิสาขา ภูจินดา, ยลดา พงศ์สุภา. รูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมโดยผู้สูงอายุในชุมชนชนบท. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2560;13:81-7.



**Abstract: Community Profile and Community Potential for Elderly Care in a Sub-district in the North Region of Thailand**

**Pannipa Chairat, M.N.S.\*; Khanitta Nuntaboot, Ph.D. (Nursing)\*\***

*\* Khon kaen Provincial Health Office, Khon Kaen, Thailand; \*\* Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand*

*Journal of Health Science 2019;28:815-27.*

This article is a part of study : community-based health services for elderly care. The objective of this study was to study the health services within the social, economic, environmental, and cultural contexts in a community. It was an assessment of community profile and the potential for elderly care using Rapid Ethnographic Community Assessment Process – RECAP. The samples were village volunteers, community leaders, and key informants who lived in 10 villages, and personnel of community health services and local government organization. Data were collected by observations, in-depth interviews, focus group discussions, and literature review during December 2017 – February 2018. Afterward, content analysis, typological analysis and time line analysis were performed and expressed in matrix tables. The study results revealed that community potential and management directly and indirectly for elderly care were affected by the community structure of physicals societies, economies, environment, health, and political patterns. The service characteristics affecting the lifestyle of the elderly covered all health conditions; and were described by 3 importance issues: (1) the development pathway to improve community health care, (2) the healthy community profile, and (3) the community potential of elderly care. The study represented an analysis of the situation of elderly care, social capital status and community potential related to problem and needs, and the systems management positively impacting the elderly health. Such findings could be used as a community learning tool for the leaders, and a guideline for developing their work. It could also be utilized as a model development curriculum, an approach for proposal development and a process to create innovations for the care of the elderly.

**Keywords: community profile, community potential, elderly care**