

**การมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน
เพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี**

มนทิรา อุตมานันท์^{1*} ชื่นชนก ไควนธ์²

Received : October 25, 2019

Revised : November 21, 2019

Accepted : December 23, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี โดยผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) จำนวน 3 คน สมาชิกเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนจำนวน 8 คน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 5 คน และญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 5 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 21 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1. การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดตั้งเครือข่าย การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการเครือข่าย การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเครือข่ายและการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ 2. การเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย การจัดการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอน (การศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ) การสนับสนุนทรัพยากร การเสริมแรงในการทำงาน

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วม การเสริมสร้างพลังอำนาจ เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน

¹ นิสิตระดับคุณวุฒิปบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

* ผู้นิพนธ์หลัก

² ผศ.ดร.อาจารย์สาขาวิชาพัฒนศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย e-mail: Chuenchanok.K@chula.ac.th

* ผู้นิพนธ์หลัก e-mail: Muttamanun@yahoo.com

THE PARTICIPATION AND EMPOWERMENT OF COMMUNITY HEALTH NETWORKS FOR LONG TERM CARE
POTENTIAL DEVELOPMENT FOR DEPENDENCY ELDERLY PERSONS, KUDTAPHET SUB DISTRICT,
LAM SONTHI DISTRICT, LOPBURI PROVINCE

Montira Uttamanun^{1*} Chuenchanok Kovin²

Abstract

This study is qualitative research. The research objective was to study the participation and empowerment of community health networks for long term care potential development for dependency elderly persons, Kudtaphet Sub District, Lam Sonthi District, Lopburi Province. The samples included the District Health Board (3 persons) and the members of community health network (8 persons) that selected by purposive sampling method and the stakeholders included the dependency elderly persons (5 persons) and the relatives of the dependency elderly persons (5 persons) that selected by snowball method. The total of samples were 21 persons. The data were conducted by In-depth Interview and non – participant observation. Data analysis was explored by content analysis method.

The results of this research were showed that 1. The participation of community health networks for long term care potential development for dependency elderly persons included the participation of network establishment process, the participation of network management, the participation of operations and the participation of receiving benefits 2. The empowerments included the empowerment education, resource support and positive reinforcement.

Keywords : PARTICIPATION, EMPOWERMENT, HEALTH NETWORK

¹ Ph.D. Candidate in the Division of Development Education, Faculty of Education, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

² Assistant Professor of development education in the Faculty of Education at Chulalongkorn University, Thailand , e-mail: Chuenchanok.K@chula.ac.th

* Corresponding author, e-mail: Muttamanun@yahoo.com

บทนำ

จากข้อมูลการสำมะโนประชากรและการเคหะ พ.ศ. 2553 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ แสดงให้เห็นว่า ประชากรสูงอายุของประเทศไทยมีประมาณ 8.50 ล้านคน คิดเป็นเกือบร้อยละ 13.20 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งมีประมาณ 63.80 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555) ปี พ.ศ. 2557 ประเทศไทยมีประชากรเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 68 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรสูงวัยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวนมากถึง 10 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2557) ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นชัดเจนว่าสังคมไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยแล้ว (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2556)

จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพคนไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - 2552 พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556) ดังนี้ 1) การพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวันซึ่งประเมินจากการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (activities of daily livings: ADL) และการทำกิจวัตรด้านการเดินทาง การเดินทาง และการสื่อสาร (instrumental activities of daily livings: IADL) 2) ภาวะสมองเสื่อม 3) ความเสื่อมถอย 4) การหกล้ม ซึ่งการหกล้มเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ ซึ่งอาจนำไปสู่การบาดเจ็บรุนแรงหรือเสียชีวิตได้ 5) โรคเรื้อรัง

การจัดการกับปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ที่ต้องทำงานร่วมกันในรูปแบบเครือข่าย ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งที่เป็นเครื่องมือหรือวิธีการทำงานให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ เพราะสมาชิกเครือข่ายต่างมีบทบาทสำคัญต่อการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) นอกจากนั้นควรจะต้องมีการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งเป็นกระบวนการกระทำทางสังคมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน องค์กร และชุมชนในการควบคุมชีวิตของตนเองในชุมชนและสังคม (Wallerstein and Bernstein, 1988) จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะส่งเสริมให้เครือข่ายสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากสังคมผู้สูงอายุ สภาพเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ปัญหาการเพิ่มขึ้น และปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยจึงมีความต้องการศึกษาการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ซึ่งมีผลการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เป็นที่ยอมรับในระดับประเทศ โดยมุ่งหวังว่าผลการศึกษามีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังกล่าว จะเป็นประโยชน์ต่อเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนอื่นๆ ในการเพิ่มขีดความสามารถของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนให้มากขึ้นในด้านการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง

1. เกณฑ์การเลือกกรณีศึกษา

ผู้วิจัยเลือกกรณีศึกษา โดยพิจารณาว่าเป็นเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นที่ยอมรับในระดับประเทศ และยังมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) ได้กรณีศึกษา คือ เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน ตำบลลูกตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี

2. การรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม

3. ผู้ให้ข้อมูลหลัก 1) ในระดับบริหารและปฏิบัติการ ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (นายอำเภอ), ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน, สาธารณสุขอำเภอ, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager), ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 1 คน, กำนัน 1 คน, ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขระดับตำบล 1 คนและขอให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสนอรายชื่อ ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน, อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) 1 คน และ อาสาสมัคร (จิตอาสา) 1 คน รวมทั้งสิ้น 11 คน 2) ผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบลูกโซ่ หรือการเลือกตัวอย่างแบบสโนว์บอล (Snowball Sampling) เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยการแนะนำของผู้ให้ข้อมูลที่ได้เก็บข้อมูลไปแล้วต่อไป จนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการ หรือกระทั่งได้ข้อมูลที่น่าสนใจศึกษา ประกอบด้วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งสามารถตอบคำถามได้ จำนวน 5 คน และผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวนอย่างละ 5 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 10 คน

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In – depth Interview) โดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น (Semi – structured Interview) ประกอบด้วย

4.1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับผู้ให้ข้อมูลหลักในระดับบริหารและระดับปฏิบัติการ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก, การมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน เพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice)

4.2 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก, การได้รับการดูแลจากเครือข่ายสุขภาพและความพึงพอใจในการรับการดูแล

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วยรายละเอียด 3 ส่วน ดังนี้

1.1 การมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดตั้งเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการประสานเครือข่ายในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมเป็นเครือข่ายในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้การทำงานของเครือข่ายเกิดความเข้มแข็ง มีการสนับสนุนงบประมาณขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเชื่อมโยงเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เข้ามาสนับสนุนด้านวิชาการ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น

ชักชวนผู้นำชุมชนเข้ามาช่วยหาอุปกรณ์ วัสดุ ทรัพยากร หาแรงงานช่างฝีมือ หางบประมาณ ซึ่งจะมีกองทุนหมู่บ้านให้การสนับสนุนร่วมด้วย

1.2 การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน ประกอบด้วย

1.2.1 ด้านการวางแผน

1.2.1.1 การกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมกัน เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนไม่ได้กำหนดวิสัยทัศน์ไว้อย่างเป็นรูปธรรมและชัดเจนมากนัก แต่สมาชิกของเครือข่ายจะมีปรัชญาการทำงานร่วมกัน คือ “คนล่าสนธิไม่ทอดทิ้งกัน”

1.2.1.2 กำหนดเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ร่วมกัน เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันไว้ว่า ถ้าเป็นผู้ป่วยติดบ้านต้องจะดูแลให้กลับไปเป็นผู้ป่วยติดสังคม ผู้ป่วยติดเตียงต้องจะดูแลให้กลับมาเป็นผู้ป่วยติดบ้านหรือติดสังคม ไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน ให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

1.2.1.3 การให้คำปรึกษา เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนมีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษา โดยจะเป็น ผู้คอยกระตุ้นให้ประชาชนร่วมคิด ร่วมระดมสมองชุมชนก็จะค่อยๆ คิดกันออกมาได้

1.2.1.4 การวางแผน และการตัดสินใจร่วม เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน มีส่วนร่วมในการวางแผน และการตัดสินใจการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยจะมีการประชุมร่วมกัน นำข้อมูลปัญหาที่พบจากการเยี่ยมผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ด้านสภาพแวดล้อมทั้งด้านครอบครัว และสังคม นำข้อมูลมารายงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อใช้วางแผนแก้ไข

1.2.1.4 กิจกรรมร่วม เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรม และร่วมดำเนินกิจกรรมในการแก้ไขปัญหา โดยเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาในที่ประชุมเวทีทำแผน ว่าตอนนี้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ต้องทำกิจกรรมอะไรบ้าง และมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมที่ต้องให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการลงมือปฏิบัติงานจริง

1.2.2 ด้านการจัดองค์กร

1.2.2.1 โครงสร้าง และบทบาทหน้าที่ เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนมีการกำหนดโครงสร้างและบทบาทหน้าที่สมาชิกเครือข่าย ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, องค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.), อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ฯลฯ โดยสมาชิกร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน ซึ่งปัจจุบันมีการจัดทำคำสั่งคณะกรรมการต่างๆ เป็นลายลักษณ์อักษรมากขึ้น

1.2.2.2 การประสานงานในเครือข่าย เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนจะมีการประสานงานภายในเครือข่าย ทั้งที่เป็นทางการ เช่น การประสานด้วยหนังสือราชการ และไม่เป็นทางการ เช่น ทางโทรศัพท์ ทางกลุ่มไลน์

1.2.3 ด้านการชี้แนะ

1.2.3.1 ภาวะผู้นำ และแรงจูงใจในการทำงาน ผอ.รพ.สต. เป็นผู้ที่ภาวะผู้นำ มีความซื่อสัตย์สุจริต ขยันและมีความเสียสละเพื่อส่วนร่วม มีความสามารถในการชักจูงและสร้างแรงจูงใจโน้มน้าวให้สมาชิกเครือข่ายเห็นความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) จะคอยสร้างแรงจูงใจในการทำงานกับกับปฏิบัติระดับหมู่บ้าน

1.2.3.2 การประสานงาน และการสื่อสาร ผอ.รพ.สต. จะเป็นผู้ประสานการทำงานกับหน่วยงานอื่นๆ ในระดับตำบล นอกจากนั้นยังมีการประสานงานกับหน่วยงานที่อยู่เหนือระดับตำบลขึ้นไปอีกด้วย หรือประสานงานในภาพรวมทั้งหมด ส่วนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) จะประสานการ

ทำงาน สื่อสารกับผู้ปฏิบัติระดับหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver: CG) โดยการสื่อสารและการประสานงานจะมีทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

1.2.4 ด้านการควบคุม เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน มีการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการปฏิบัติงานหลายวิธี เช่น การสุ่มถามจากญาติผู้ป่วย ติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อีกช่องทางหนึ่งจะดูจากรายงานการเยี่ยมบ้านที่ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver: CG) จัดทำขึ้น

1.3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนและการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

1.3.1 การมีส่วนร่วมในการให้ / รับรู้ข้อมูลข่าวสาร หรือรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนมีส่วนร่วมในการให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสาร โดยจะมีรูปแบบทั้งการจัดประชุมอย่างเป็นทางการ เพื่อให้และรับข้อมูล และไม่เป็นทางการเช่นการค้นพบปัญหาของผู้สูงอายุในชุมชนก็จะรายงานผ่านช่องทางที่หลากหลาย เช่น การแจ้งทางโทรศัพท์

1.3.2 การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ซึ่งในแต่ละปีจะมีการนำข้อมูลทะเบียนราษฎร์ของผู้สูงอายุมาตรวจสอบร่วมกันระหว่างเครือข่ายสุขภาพ แล้วจัดแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุด้วยการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) แล้วแบ่งออกเป็นกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง ทำให้ทราบข้อมูลเพื่อนำมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา นอกจากนี้ยังมีการจัดการจัดเวทีในการร่วมกันค้นหาปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เช่น ทำแผนกองทุนสุขภาพตำบลเพื่อจัดการบริหารส่วนตำบล (อบต.) เวทีประเมินการคัดกรองภาวะสุขภาพของแต่ละปี เวทีประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เวทีประชุมผู้สูงอายุ โดยสมาชิกเครือข่ายจะร่วมกันคิด ร่วมประชุมเพื่อค้นหาปัญหา และช่วยกันจัดลำดับว่าจะแก้ไขเรื่องอะไรก่อนตามความจำเป็น บางอย่างสามารถทำพร้อมกันได้ ก็จะทำพร้อมกันไป

1.3.3 การมีส่วนร่วมค้นหาสาเหตุของปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ โดยหลังจากทราบปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มแต่ละคนแล้ว เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนจะมาร่วมกันคิดว่าปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละคนมีสาเหตุมาจากอะไร และจะมีวิธีการ หรือทำกิจกรรมอะไรบ้างในการแก้ไขปัญหให้กับผู้สูงอายุ ทำอย่างไรจะชะลอกลุ่มติดสังคมไม่ให้เป็นกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดบ้านไม่ให้เป็นกลุ่มติดเตียงหรือทำให้ดีขึ้นกลายเป็นกลุ่มติดสังคม ส่วนข้อมูลที่ได้จากชุมชนก็นำมาวิเคราะห์หาสาเหตุร่วมกันในที่ประชุม นอกจากนี้ เวลาไปเยี่ยมผู้ป่วยจะสังเกตว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติอะไรบ้าง จะนำปัญหาที่พบมารายงานเจ้าหน้าที่ ช่วยกันค้นหาสาเหตุ และวางแผนแก้ไขปัญหา

1.3.4 การมีส่วนร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหา เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนมีส่วนร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหา โดยจะเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาในที่ประชุมเวทีทำแผนกองทุนสุขภาพตำบล เมื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ต้องทำอะไรบ้าง ถ้าไม่ทำจะเกิดอะไรขึ้น กลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง จะมีการติดตามเยี่ยมบ้าน มีการฟื้นฟูสมรรถภาพ จะมีการวิเคราะห์ว่าส่วนใดที่เกินความสามารถของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เช่น case ที่มีปัญหาค่อนข้างซับซ้อน เรื่องบ้าน ที่อยู่อาศัยที่จะต้องซ่อมแซม เครือข่ายสุขภาพที่เป็นกลุ่มผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ต้องเข้ามาร่วมจัดการเรื่องดังกล่าว เป็นต้น ส่วนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) จะมีส่วนร่วมในการวางแผน Care plan และดำเนินการตามแผนร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Give), อสม. ผู้นำชุมชน และประชาชนในชุมชนแล้วแต่สภาพปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละคนที่ต้องแก้ไข

1.3.5 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล เครือข่ายสุขภาพพระดัมขุมชน มีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงาน โดยใช้วิธีการประเมินที่หลากหลายวิธี เช่น การสุ่มถามจากญาติผู้ป่วย ติดตามผู้ป่วยที่บ้าน อีกช่องทางหนึ่งจะดูจากรายงานการเยี่ยมบ้านที่ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM), ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Give: CG) และจะทำการบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ เช็กข้อมูล ซึ่งผลการประเมินการดำเนินงานและนำมาสรุปในที่ประชุมทุกเดือน ว่าการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละคนเป็นอย่างไรบ้าง ต้องแก้ไขเพิ่มเติมอะไร ทั้งด้านสุขภาพ ครอบครัวย เศรษฐกิจ และสังคม นอกจากนี้ เวลาที่เครือข่ายเข้าไปดูแลผู้สูงอายุจะประเมินผลที่ได้รับว่าเป็นอย่างไร

1.3.6 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ผลประโยชน์ที่เครือข่ายสุขภาพพระดัมขุมชนได้รับจากการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ คือ เกิดความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในสิ่งที่ทำ นอกจากนี้ การดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดียังช่วยลดภาระงาน เพราะ ถ้ายังติดบ้าน ติดเตียง ก็ต้องดูแลเป็นพิเศษ ถ้าเขาเปลี่ยนจากติดเตียงเป็นกลุ่มติดสังคม หรือใช้ชีวิตได้ตามปกติเจ้าหน้าที่ก็ไม่ต้องดูแลมาก เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุ

2. การเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพพระดัมขุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วยรายละเอียด 3 ส่วน ดังนี้

2.1 การให้การศึกษา (Education)

2.1.1 การจัดการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอน (การศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ) ซึ่งมีกระบวนการเรียนรู้ที่เริ่มจากการฟัง (listening) การสนทนา (dialogue) และการปฏิบัติงาน (action) โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1.1.1 การพัฒนาทักษะการฟังที่ดี (active listening) ให้แก่เครือข่ายสุขภาพพระดัมขุมชน เพื่อให้สามารถทำความเข้าใจปัญหาหรือประเด็นหลักของชุมชน สามารถที่จะระบุปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้ โดยใช้วิธีการอบรมให้ความรู้ การบอกและประสบการณ์การเรียนรู้การทำงานจากหน้างานจริง มีการนำ case ของผู้ป่วยที่มีปัญหาเป็นกรณีศึกษาและพูดคุยแลกเปลี่ยนกันอย่างต่อเนื่อง

2.1.1.2 การพัฒนาทักษะการสนทนาที่ดี (dialogue) ให้แก่เครือข่ายสุขภาพพระดัมขุมชนเพื่อกระตุ้นให้เกิดการคิดเชิงวิพากษ์ร่วมกันวิเคราะห์และอภิปรายปัญหาหรือประเด็นทางสังคม โดยสมาชิกเครือข่ายมีการสะท้อนผลการปฏิบัติในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีการนำข้อมูลผู้ปวยมาสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สมาชิกเครือข่ายมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา คิดวิธีการแก้ไขปรับปรุงที่เหมาะสมและพอใจของทุกฝ่ายทั้งผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน และผู้ปฏิบัติเอง

2.1.1.3 พัฒนากิจกรรมการปฏิบัติงาน (action) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ของเครือข่ายสุขภาพพระดัมขุมชน เครือข่ายสุขภาพพระดัมขุมชนมีการประเมินผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยแต่ละ Case อย่างมีส่วนร่วม โดยผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Give: CG) จะเป็นผู้ประเมินหลัก ซึ่งจะลงไปดูว่าทำได้จริงไหม นำข้อมูลที่ได้จากการลงเยี่ยมผู้ป่วยมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติงาน และใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง

2.1.2 การฝึกอบรม ซึ่งมี 2 รูปแบบคือ การอบรมตามหลักสูตรมาตรฐานที่กำหนดโดยผู้จัดทำหลักสูตรจากส่วนกลาง นอกจากนั้นเครือข่ายสุขภาพยังมีส่วนร่วมในการเสนอประเด็นที่อยากเรียนรู้เพิ่มเติม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการค้นพบในการปฏิบัติงานแล้วต้องการศึกษาเพิ่มเติม ก็จะเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อจัดการอบรมเพิ่มเติมต่อไป

2.2 การสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนได้รับการสนับสนุนทรัพยากร ทั้งในด้านเงิน สิ่งของ อุปกรณ์ และการให้กำลังใจ ทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชน โดยการสนับสนุนมีหลากหลายรูปแบบ

2.3 การเสริมแรงในการทำงานให้แก่เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนมีความภูมิใจ และพึงพอใจกับการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุแข็งแรง มีสุขภาพที่ดีขึ้น ช่วยแบ่งเบาภาระของคนในครอบครัว ผู้สูงอายุและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และมีความคิดที่จะพัฒนาการดำเนินให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในการเสริมแรงในการทำงานนี้ มีทั้งการเสริมแรงภายในเครือข่ายและจากภายนอกเครือข่าย โดยได้รับการยอมรับและชื่นชมผลการปฏิบัติงานทั้งจากหน่วยงานอื่นและตัวผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยเอง และประชาชนทั่วไป

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ด้านการมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดตั้งเครือข่าย พบว่าเกิดจากปัญหาด้านผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น การดูแลโดยฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่สามารถทำได้ จึงมีร่วมกันจัดตั้งเครือข่ายดังกล่าวขึ้นเพื่อดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สอดคล้องกับแนวคิดของ พระมหาสุหิตย์ อาภากรโ (อบอุณ) (2548) ที่พบว่า สถานการณ์ และประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน มีความจำเป็นต้องใช้ความเป็นเครือข่ายในการแก้ปัญหา และสร้างพลังในการเรียนรู้ เพื่อให้เกิดการพัฒนากิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง เครือข่ายลักษณะนี้ จะเกิดขึ้นหลังจากสถานการณ์นั้นเกิดความรู้สึกอึดอัดเต็มที่ และมีผู้ประสานงานเพื่อให้เครือข่ายมีความต่อเนื่อง ซึ่งโครงสร้างความสัมพันธ์ของเครือข่ายในลักษณะนี้ จะมีการรวมพลังอย่างแน่นหนา และมีการปรับบทบาทต่อการพัฒนาในแง่มุมที่หลากหลาย ทำให้การทำงานของเครือข่ายเกิดความเข้มแข็ง เกิดประสิทธิภาพและความต่อเนื่อง

ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการเครือข่าย การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและการมีส่วนในการรับผลประโยชน์ พบว่า เครือข่ายสุขภาพชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผน การจัดองค์กร การชี้แนะ การควบคุมผลการปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมในการให้ / รับรู้ข้อมูลข่าวสาร หรือรับรู้ปัญหาสุขภาพ การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การมีส่วนร่วมค้นหาสาเหตุของปัญหา หลังจากทราบปัญหาของผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหา การมีส่วนร่วมในการประเมินผล การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ สอดคล้องกับแนวคิดของ เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง (2526) ที่ชี้ให้เห็นว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนานั้น ประชาชนจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติงาน เริ่มจากการค้นหาปัญหาและสาเหตุ การวางแผน ดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาลงสู่การปฏิบัติงาน การร่วมรับประโยชน์ และการติดตามประเมินผล และผลการศึกษาของ กานตมณี ไวยครุฑ (2561) ที่ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาเยาวชนจะต้องมีการมีส่วนร่วมกันรับผิดชอบจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ในการสร้างการรับรู้ร่วมกันจากทุกภาคส่วนในชุมชน การร่วมกันระดมความคิดจากทุกภาคส่วนในชุมชนถึงปัญหา สาเหตุ และผลกระทบจากปัญหาเยาวชน การร่วมกันระดมความคิดหาแนวทางการแก้ไขปัญหามาพัฒนาเยาวชน และกระบวนการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาเยาวชน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สันถนุญ จักรภัทวงศ์ และคณะ (2561) พบว่า ประชาชนในชุมชนให้ความสนใจในการตัดสินใจในการเสนอปัญหา ร่วมวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของประชาชนในชุมชนร่วมกัน ด้านการดำเนินโครงการ เห็นได้ว่าประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการ และเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนเกี่ยวกับการอนุรักษ์วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมของชุมชน คนในชุมชนได้รับผลประโยชน์หลักในด้าน

เศรษฐกิจที่มาจากนักท่องเที่ยวเข้ามาจับจ่ายใช้สอย และการเข้ามาท่องเที่ยวในชุมชน ด้านการประเมินผลโครงการ การมีส่วนร่วมของประชาชนอยู่ในระดับน้อย

ผลการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องให้การศึกษา (Education) แก่สมาชิกเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อให้เกิดพลังอำนาจในการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจที่ Wallerstein และ Bernstein ได้ประยุกต์ตัวแบบของการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจของ Freire มาใช้ในงานด้านสุขภาพ คือ การฟัง การสนทนา และการลงมือปฏิบัติ (listening, dialogue, action) (Wallerstein and Bernstein, 1988) นอกจากนั้นเสริมสร้างพลังอำนาจยังมีความจำเป็นต้องได้รับทรัพยากรในการดำเนินงาน ซึ่งมีหลากหลายรูปแบบ ทั้งในรูปของงบประมาณจากส่วนราชการและการร่วมสนับสนุนงบประมาณจากสมาชิกเครือข่ายหรือจากภาครัฐและเอกชนที่อยู่ภายนอกเครือข่าย จะทำให้เกิดพลังอำนาจในการปฏิบัติงานสอดคล้องกับแนวคิดของ Luthans (1998) ที่กล่าวถึงกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคลากรว่า การมอบอำนาจหน้าที่พร้อมสนับสนุนทรัพยากรเพื่อให้สามารถตัดสินใจตามอำนาจหน้าที่สู่การปฏิบัติจริงได้ และการส่งเสริมให้สามารถประยุกต์ใช้ทรัพยากร ทำให้เกิดสิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์และมีคุณค่า และสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Hawks (1992) ที่กล่าวถึงขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่ามี 6 ขั้นตอน 1 ใน 6 ขั้นตอนนั้นคือ การจัดหา/เตรียมการ (Providing) มีการจัดหา เตรียมการ/ระดมทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์เพื่อให้ทำงานประสบผลสำเร็จ และยังพบว่าการเสริมแรงในการทำงานให้แก่เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน มีผลต่อความสำเร็จของงาน สอดคล้องกับทฤษฎีการเสริมแรง (Reinforcement Theory) ของ Skinner (1969) ที่กล่าวว่า การเสริมแรงบวก (Positive Reinforcement) เป็นการเสริมความต่อเนื่องของพฤติกรรมโดยการให้ผลกระทบเป็นตัวเสริมแรงบวก คือ สิ่งตอบแทนที่ดึงดูดใจหรือพอใจเป็นรางวัล เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติการเป็นที่ต้องการ เช่น การจ่ายเงิน การเลื่อนตำแหน่ง การขอบคุณ การชมเชย การให้กำลังใจ การให้คุณค่า เป็นต้น การเสริมแรงบวกเป็นตัวจูงใจที่ใช้ได้ผลที่สุดในการเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต้องเริ่มจากความตั้งใจจริงใจ มีความเมตตา และรักในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ
2. เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนต้องให้ความสำคัญกับการปลูกฝังวัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุ การสร้างค่านิยม และวัฒนธรรมที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ
3. ควรมีการศึกษาประเภทของพลังอำนาจที่มีประสิทธิผลสูงสุดต่อการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อการนำประเภทของพลังอำนาจนั้นไปใช้ในการปฏิบัติงานด้านอื่นๆของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนต่อไป
4. ควรมีการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการสร้างความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีความเข้มแข็งต่อเนื่องและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่อง การมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ดร.นพ.พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ ผศ.ดร.ชื่นชนก โควรินทร์ และ รศ.ดร. รัตนา สำโรงทอง ที่ให้คำปรึกษาและแนะนำ ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กานต์มณี ไวยครุฑ. (2561). การมีส่วนร่วมในการพัฒนาเยาวชน ชุมชนบ้านโนนจิก ตำบลวัฒนานคร อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว. *วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*. ปีที่ 13 ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม พ.ศ. 2561), 12-20.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง. (2526). *การบริหารการพัฒนาชนบท*. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- พระมหาสุทนต์ อาภาภิโร (อบอูน). (2548). *เครือข่าย: ธรรมชาติความรู้และการจัดการ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข (สรส.): พิสิษฐ์ ไทย ออฟเซต.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2557). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ :มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับมูลนิธิสถาบันวิจัย และพัฒนาผู้สูงอายุไทย
- (มส.ผส.). (2556). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555*. กรุงเทพมหานคร : บริษัท พงษ์พาณิชย์เจริญผล จำกัด.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). *สำมะโนประชากรและเคหะ*. [ออนไลน์]. สืบค้นจาก: <http://popcensus.nso.go.th/file/popcensus-10-01-56-T.pdf> [21 พฤษภาคม 2557]
- สัณห์รัฐ จักรภัทรวงศ์ และคณะ. (2561). การมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมของชุมชนเพื่อการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน ศึกษากรณีเขตสัมพันธวงศ์ กรุงเทพมหานคร. *วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*. ปีที่ 13 ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม พ.ศ. 2561), 283-295.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2556). *การศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศจากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 – 2583*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- Hawks, J. H. (1992). Empowerment in nursing education: concept analysis and application to philosophy, leaning and instruction. *Journal of Advanced Nursing*, 17(5), 609-618.
- Luthans, F. (1998). *Organizational behavior*. Boston, Mass: Irwin/McGraw-Hill.
- Skinner, B. F. (1969). *Contingencies of reinforcement*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Wallerstein, N. & Bernstein, E. (1988). *Empowerment Education: Freire's Ideas Adapted toHealth Education*. *Health Education & Behavior*, 15(4), 379-394.