

กระบวนการคืนข้อมูลสู่ชุมชนเพื่อการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุ

สาคร อินทไธโล, ปร.ด. (การพยาบาล)¹ วิทยา วาโย, พย.ม.² กัลยารัตน์ คาศาส์, พย.ม.²
ณรงค์ คำอ่อน, พย.ม.² รัตนดาวรรณ คลังกลาง, ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์)²

บทคัดย่อ

บทนำ ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจสถานการณ์ผู้สูงอายุและการดูแลในกลุ่มอาสาสมัครผู้ให้การดูแลในชุมชนทุกหมู่บ้านของตำบลโนนท่อน จังหวัดขอนแก่น และดำเนินการสร้างความตระหนักในปัญหาโดยมีใจเป็นเพียงการเผยแพร่ข้อมูลหรือบอกกล่าวให้คนในชุมชนทราบเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จึงดำเนินการเปิดเวทีการสนทนากลุ่มโดยชุมชนในรูปแบบงานวิจัยชุมชนเชิงปฏิบัติการ โดยเชื่อว่าความคิดริเริ่มของชุมชนจะนำไปสู่การสร้างเครือข่ายที่แข็งแกร่งและการตัดสินใจที่เหมาะสมต่อการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่ยั่งยืนของชุมชน

วัตถุประสงค์ เพื่อค้นหาความคิดเห็นของชุมชนต่อข้อมูลปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับ และค้นหาแนวทางการแก้ไขโดยชุมชนตามความคิดเห็นของชุมชน

การออกแบบวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยมีชุมชนเป็นฐานตามแนวคิดของ Ernest Stringer

วิธีการดำเนินการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 30 คน เป็นผู้แทนชุมชน โดยเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติ ประกอบด้วย 1) ผู้นำชุมชน จำนวน 14 คน 2) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 14 คน และ 3) พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนท่อน 1 คน 4) นักพัฒนาชุมชน 1 คน จากเทศบาลตำบลโนนท่อน ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน 2565 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยนำเสนอผลการสำรวจให้กับชุมชน จากนั้นดำเนินการสนทนากลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มละ 10 คน จำนวน 3 กลุ่ม ทำการสนทนากลุ่มกลุ่มละ 1 ครั้ง โดยใช้แนวการนำสนทนากลุ่มแบบคำถามกึ่งโครงสร้าง ร่วมกับการบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา โดยนำหลักเกณฑ์การพิจารณาความน่าเชื่อถือ (trustworthiness) ของ Lincoln และ Guba ประกอบด้วย credibility transferability dependability และ confirmability มาสอดคล้องกรอบการวิจัยและรายงานสาระที่สกัดได้

ผลการศึกษา ผู้ให้ข้อมูลจากทั้ง 14 หมู่บ้าน เป็นเพศหญิง 18 คน และเป็นเพศชาย 12 คน มีอายุอยู่ในช่วง 38-70 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา พบว่ากระบวนการป้อนกลับข้อมูลสู่ชุมชนและให้ชุมชนสะท้อนกลับผลการสำรวจชุมชนที่ได้ ช่วยยืนยันความเข้าใจและความพร้อมในการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อปัญหาการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจากมุมมองของชุมชนและการดำรงชีวิตประจำวันของคนในชุมชนได้เป็นอย่างดี ชุมชนได้สะท้อนมุมมองสรุปได้ 3 หมวดหมู่ คือ การทบทวนสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ การปรับสภาพปัญหาตามมุมมองของชุมชน และจัดลำดับความสำคัญและตัดสินใจ การทบทวนสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ เป็นในหลายลักษณะ ทั้งอยู่ลำพังบางเวลาและตลอดเวลา ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ด้วยบางเวลาหรือตลอดเวลา การปรับสภาพปัญหาตามมุมมองของชุมชน มองว่าชุมชนยังให้การดูแลผู้สูงอายุปัญหาขาดผู้ดูแลยังไม่ใช่ปัญหาสำคัญมากนัก และการจะให้ชุมชนเข้าไปช่วยเหลือผู้สูงอายุโดยตรง ชุมชนมองเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ส่วนปัญหาที่สำคัญและตัดสินใจร่วมกันแก้ไข เป็นในเรื่องของการขาดความรู้ในการดูแลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการไม่เข้าถึงการบริการสุขภาพเนื่องจากเป็นปัญหาที่ชุมชนโดยรวมได้ประโยชน์ร่วมกัน แนวทางการแก้ไขประกอบด้วย ส่งเสริมความรู้ให้ผู้ดูแล การจัดการช่วยเหลือในระยะฉุกเฉิน และการจัดบริการเชิงรุกในการเข้าถึงการบริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ ผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ คือจุดเริ่มต้นของการทำงานในระยะการวางแผนเพื่อการปฏิบัติ และลงไปสู่การนำไปปฏิบัติ รวมทั้งการประเมินผลการปฏิบัติในรูปแบบการวิจัยซึ่งเป็นเป้าหมายของการนำการแก้ไขปัญหามาโดยมีชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

วารสารสภาการพยาบาล 2566; 38(2) 49-63

คำสำคัญ กระบวนการคืนข้อมูล การสะท้อนกลับของชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชน การดูแลผู้สูงอายุ

วันที่ได้รับ 15 ก.พ 2566 วันที่แก้ไขบทความสำเร็จ 26 พ.ค 2566 วันที่รับตีพิมพ์ 31 พ.ค 2566

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: s_intolo@yahoo.co.th

^{1,2}อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Feedback Loop Reflecting Processes for Community Engagement in Elderly Care

Sakorn Intolo, PhD. (Nursing)¹ Wittaya Wayo, M.N.S.² Kunlayarat Kadsanit, M.N.S.²
Narong Kam-on, M.N.S.² Ratdawan Klungklang, PhD. (Nursing)²

Abstract

Introduction Recently our research team conducted a multi-village survey among volunteer elderly caregivers in the Non-Thon district of Khon Kaen province. To address community concerns, the information feedback is not only disseminating and informing people about the situation. Transforming information through community-led conversations is essential.

Objectives This study aimed to describe how the community transforms the information related to elderly care using feedback loop reflecting processes, and to identify possible actions participated by the community to solve the problems.

Design Community-based action research processes guided by Ernest Stringer action research framework.

Methodology Community participants in this study were thirty community representatives and stakeholders purposively selected according to the inclusion criteria, consisting of 1) fourteen community leaders, 2) fourteen volunteer caregivers in the community, and 3) a nurse from primary care unit, 4) a community development worker. Data were collected using three focused group discussions with a semi-structured questions guide from May to June 2022. About ten informants were in each focused group. The researcher provided feedback information on elderly issues from the survey and community reflections were openly discussed on the information given including the problems and solving plans. The group discussions were community-led and facilitated by the researchers with taped recordings and field notes. The data were analyzed using the method of content analysis. Four criteria of credibility, transferability, dependability, and confirmability outlined by Lincoln and Guba were interwoven throughout the audit trail of the research methodology to reveal the transparency and the trustworthiness of the analysis.

Findings The informants from 14 villages were 18 females and 12 males aged between 35 to 70 years. Most informants had completed primary school level, followed by low-secondary school level. The feedback reflection process confirmed its usefulness for better understanding and exploring the readiness and community participation towards the issues of elderly care in their community. Three major categories that emerged during the group meetings were reassessment of the issues, data transforming and prioritizing, and decision-making. The living conditions of the elders were reassessed and recognized in terms of living alone solely, living alone but having relatives nearby, and living with family which was the majority group. The family caregivers were elderly spouses and family members. Data transforming towards the issue and community needs to involve in direct elderly care. The community shelved the caring issue for reasons of low priority and not being ready to provide direct support for caregiving tasks. Separately, the community and health care team prioritized the issues and agreed to arrange caregiver training, ambulance services, and proactive support services for the elders at home. These strategies were beneficial to broader groups in the community.

Recommendation Due to the action research process of this study, findings obtained from this reflection loop will be the beginning of the next step of “act” via the process of action planning, implementation, monitoring the actions, and evaluation of the outcomes. The future steps of action research required proper community involvement and research methodology.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2566; 38(2) 49-63

Keywords feedback loop process/ community reflection/ community engagement/ elderly care

Received 15 February 2023 Revised 26 May 2023 Accepted 31 May 2023

¹ Corresponding Author, E-mail: s_intolo@yahoo.co.th

^{1,2} Instructor, Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute.

ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society) ตามการให้คำนิยามขององค์การสหประชาชาติ (United nation) ได้ระบุไว้อย่างชัดเจนว่า การมีจำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นสัดส่วนเกินร้อยละ 20 หรือการมีจำนวนประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมดในประเทศถือว่าเป็นประเทศนั้นเป็นสังคมผู้สูงอายุ¹ จากผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2564 ที่ผ่านมา พบว่าประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และจำนวนผู้สูงอายุทั้งประเทศคิดเป็นร้อยละ 18.3 ของประชากรทั้งประเทศ² แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยกำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในอนาคตอันใกล้³ ซึ่งในปัจจุบันเกิดการเปลี่ยนแปลงของบริบทสังคมจากชุมชนชนบทที่กลายเป็นชุมชนเมืองมากขึ้น ความเจริญก้าวหน้าด้านต่างๆ นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบวิถีการดำเนินชีวิตของคนภายใต้บริบทของสังคมที่เริ่มเปลี่ยนแปลงไป³ ความก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนนานขึ้นแต่ภาวะเจ็บป่วยที่เรื้อรังก็เพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน จำนวนผู้สูงอายุในสังคมเพิ่มสูงขึ้น บ่งบอกถึงแนวโน้มภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น แม้นโยบายด้านสาธารณสุขของประเทศมุ่งเน้นการพัฒนาในด้านต่างๆ เพื่อรองรับผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับปัญหาการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง วิธีของการดูแลผู้สูงอายุจะเป็นอย่างไร นับเป็นคำถามสำคัญสำหรับอนาคตที่กำลังจะมาถึงในไม่ช้า⁴

ปัจจุบันจังหวัดขอนแก่นซึ่งเป็นจังหวัดที่อยู่ตอนกลางของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลายเป็นศูนย์กลางการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคมในระดับภูมิภาค⁴ มีประชากรผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากเป็นอันดับที่ 4 ของประเทศ คือ 171,099 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 18.9 ของประชากรทั้งหมด พื้นที่ชุมชนเมืองกำลังขยายตัว ส่งผลให้ชุมชนระหว่างเมืองเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและวัฒนธรรมกลายเป็นสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทเพิ่มขึ้น รวมทั้งตำบลโนนท่อน เป็นพื้นที่หนึ่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น อยู่ห่างจากตัวจังหวัดขอนแก่น 26 กิโลเมตร มีจำนวนชุมชน 14 หมู่บ้าน มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 1,884 คน คิดเป็นร้อยละ 19.2 ของประชากรทั้งตำบล และมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอาศัยบ้านและติดเตียง คิดเป็นร้อยละ 1 จะเห็นได้ว่าภาพรวมของจังหวัดขอนแก่นและตำบลโนนท่อนมีแนวโน้มเป็นไปในทิศทางเดียวกับภาพรวมของประเทศทั้งด้านโครงสร้าง

ประชากรและบริบททางสังคม

ในปี พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยและคณะ⁶ ได้ทำการสำรวจนำร่องเพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการด้านการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลโนนท่อนซึ่งเป็นพื้นที่เกี่ยวข้องในด้านการปฏิบัติงานที่ผสมผสานการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำการสำรวจข้อมูลจากอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจำนวน 350 คน จาก 14 หมู่บ้านโดยใช้แบบสำรวจ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุสะท้อนปัญหาและความต้องการด้านการดูแลผู้สูงอายุในหลายประเด็น ไม่ว่าจะเป็นปัญหาการขาดผู้ดูแล การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ได้จำกัดปัญหาด้านจิตใจเมื่อขาดผู้ดูแล เช่น ความรู้สึกเหงาของผู้สูงอายุ ตลอดจนความลำบากในการเข้ารับบริการสุขภาพ นอกจากนี้ผู้ดูแลยังมีความต้องการด้านการดูแลผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ได้แก่ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดูแลตนเอง การมีระบบดูแลในเวลากลางวัน การส่งเสริมสุขภาพจิตและการบริการสุขภาพแบบเชิงรุก

อย่างไรก็ตาม การที่จะนำประเด็นปัญหาเหล่านี้ไปสู่กระบวนการแก้ไขปัญหามีส่วนร่วมของชุมชนได้นั้น จะต้องมีการป้อนข้อมูลกลับให้กับชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders) ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งในส่วน of ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พยาบาลวิชาชีพ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุคคลดังกล่าวถือว่าเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญในการกระตุ้นคนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมทั้งการแสดงความคิดเห็น และการวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหา รวมไปถึงการร่วมกันลงมือแก้ปัญหา เพื่อให้การทำงานร่วมกันเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ร่วมกัน⁷

กระบวนการคืนข้อมูล (feedback reflection loop) เป็นกระบวนการป้อนกลับข้อมูล เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันจากกลุ่มผู้วิจัยผู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาโดยตรง กระบวนการคืนข้อมูลสู่ชุมชนเป็นขั้นตอนสำคัญที่จะช่วยให้คนในชุมชนได้มีส่วนร่วมในรับรู้ข้อมูล แบ่งปันแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ ประสบการณ์และนำไปสู่การร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาด้านการดูแลผู้สูงอายุ⁸ ทั้งนี้จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่พบว่ามีการรายงานผลการศึกษาระบุถึงกระบวนการคืนข้อมูลสู่ชุมชนที่ชัดเจน เป้าหมายเมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการคืนข้อมูลสู่ชุมชนจะนำไปสู่การ

วางแผนดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบมีส่วนร่วมอย่างเป็นรูปธรรม อันจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของชุมชนด้านการดูแลผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับสถานการณ์จริงเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อใช้กระบวนการคืนข้อมูลสู่ชุมชนในการ

1. สะท้อนความคิดเห็นของชุมชนต่อข้อมูลปัญหาการดูแลผู้สูงอายุ
2. ค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาคาดการดูแลผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยมีชุมชนเป็นฐานของ Ernest Stringer (community based action research)⁹ เป็นกรอบกระบวนการดำเนินการวิจัย กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยมีชุมชนเป็นฐาน มุ่งเน้นปัญหาในชีวิตประจำวัน การวิจัยเข้าไปในพลวัตที่ซับซ้อน เปลี่ยนวิธีและมุมมองจากผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้อำนวยความสะดวก (facilitator) ในการค้นหาปัญหาและแนวทางการแก้ไข เชื่อว่านโยบายหรือมาตรฐานที่ออกมาจากส่วนกลางอาจไม่ตอบโจทย์ในทุกพื้นที่หรือสถานการณ์ จำเป็นต้องหาคำตอบภายใต้บริบทนั้นๆ สนับสนุนขั้นตอนที่เกี่ยวข้องตามบริบทที่กำหนดโดยผู้มีความรู้ความสามารถ มุ่งเน้นแก้ปัญหาด้วยการมีส่วนร่วมและให้เกิดการแก้ไขที่ยั่งยืน กระบวนการวิจัยประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ มอง คิดและปฏิบัติ (Look-Think-Act) กิจกรรมหลักทั้ง 3 ขั้นตอนนี้ เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นเกลียววนหลายรอบตามพลวัตรของปัญหาและการแก้ไข (recycling set of activities) ซึ่งวิธีการนี้จะช่วยให้เกิดการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องต่างๆ ในชุมชนเพื่อสำรวจปัญหาและพัฒนาแนวทางแก้ไขปัญหามาของชุมชนร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 1 มอง (Look) มีจุดมุ่งหมายสำคัญคือการสำรวจปัญหาในการศึกษาของผู้วิจัยก่อนหน้าได้ดำเนินการไปในส่วนของการสำรวจปัญหาและความต้องการด้านการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 ระยะที่ 1 ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้ว

ขั้นตอนที่ 2 คิด (Think) เป็นขั้นตอนสืบเนื่องจากขั้นตอนที่ 1 โดยเป็นกระบวนการให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายที่มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยเห็นสภาพปัญหาปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการปรับปรุงแก้ไขปัญหาและบริบทอื่นๆ ที่แวดล้อม ปัญหาที่ต้องการแก้ไขอย่างถ่องแท้และชัดเจน และค้นหาแนวทางแก้ไขจุดมุ่งหมายร่วมกัน

ขั้นตอนคิดเป็นขั้นตอนของกระบวนการคืนข้อมูลสู่ชุมชนที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ โดยผู้วิจัยใช้วิธีนำเสนอข้อมูลที่ได้ดำเนินการสำรวจมาให้ชุมชนร่วมวิเคราะห์และพิจารณาให้ชุมชนสามารถอธิบายรายละเอียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเพื่อจะนำไปสู่การกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหา ร่วมกันโดยการนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากการสำรวจปัญหาและความต้องการด้านการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุมาป้อนคืน และนำไปสู่การตีความและวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันระหว่างผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายในชุมชน โดยมีนักวิจัยและทีมวิจัยเป็นผู้คอยให้ความช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในการตีความและวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งผลการดำเนินงานในขั้นตอนนี้จะทำให้เกิดความชัดเจนเกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่ชุมชนต้องการแก้ไขมากยิ่งขึ้น แสดงดัง Figure 1

ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติ (Act) เป็นขั้นตอนที่จะยังไม่ได้เกิดขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ และจะเป็นขั้นตอนที่ดำเนินการต่อเนื่องภายหลังจากการศึกษาค้นคว้า โดยขั้นตอนของการวางแผนปฏิบัติที่ชัดเจนและดำเนินการแก้ไขปัญหามาให้สำเร็จ ลุล่วงไปตามที่ได้คิดวิเคราะห์ไว้โดยมีการประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นกลยุทธ์สำคัญ เพื่อการระบุนความสำเร็จของการแก้ไขปัญหามาอยู่ในระดับใด มีประเด็นใดบ้างที่จะต้องทำการแก้ไขในวงจรรอบต่อไป

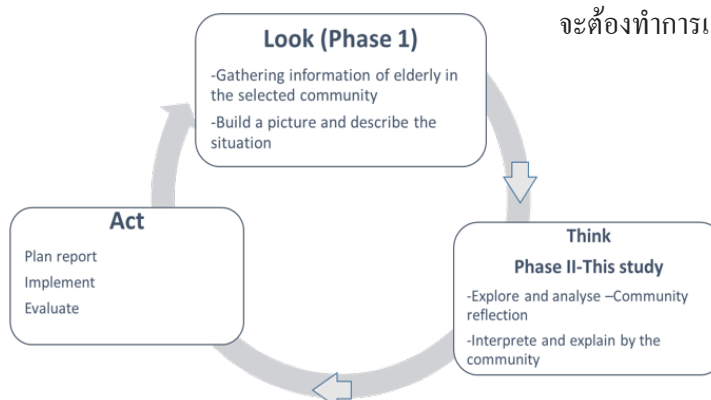


Figure 1 Conceptual framework of the study (Modified from Ernest Stringer's action research processes)⁹

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยมีชุมชนเป็นฐาน⁹ (community-based action research) ในส่วนของกระบวนการสะท้อนกลับ (reflection) พื้นที่ศึกษา คือชุมชนในเขตเทศบาลบ้านโนนท่อน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน 2565 โดยวิธีสนทนากลุ่ม (focus group discussion) จำนวน 3 ครั้ง การดำเนินการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล (Key informants) จำนวน 30 คน โดยยึดตามหลักการกำหนดขนาดตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวทางของ Nastasi และ Schensul¹⁰ ประกอบด้วยผู้แทนจากชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง จาก 14 หมู่บ้าน ได้แก่ 1) ผู้นำชุมชนของทั้ง 14 หมู่บ้าน เป็น จำนวน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน 13 คน 2) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งเป็นผู้อยู่ในชุมชนทั้ง 14 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 1 คน จำนวน 14 คน 3) พยาบาลวิชาชีพ 1 คน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนท่อน 1 คน 4) นักพัฒนาชุมชน 1 คน จากเทศบาลตำบลโนนท่อน การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเลือก (criterion sampling)¹¹ ดังนี้ 1) เป็นผู้ที่มีความเข้าใจบริบทพื้นฐานของชุมชนในเขตเทศบาลบ้านโนนท่อนเป็นอย่างดี โดยเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนนี้มาแล้วไม่น้อยกว่า 5 ปี และมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคมของชุมชนสม่ำเสมอ 2) มีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 2.1) ในกรณีเป็นผู้นำชุมชน มีประสบการณ์และบทบาทในการเป็นผู้นำชุมชน ไม่น้อยกว่า 2 ปี 2.2) ในกรณีเป็นกลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ต้องมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ไม่น้อยกว่า 2 ปี 2.3) ส่วนพยาบาลวิชาชีพและนักพัฒนาชุมชน จะต้องมีส่วนร่วมในการมีส่วนร่วมในระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ศึกษา ไม่น้อยกว่า 2 ปี 3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้อย่างชัดเจน และ 4) มีความยินดีในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ เกณฑ์คัดออกคือ ไม่สามารถเข้าร่วมการสนทนากลุ่มได้

เครื่องมือในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้นอกจากตัวผู้วิจัยที่ถือเป็นเครื่องมือหลักในการวิจัยเชิงคุณภาพแล้ว ยังมีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกภาคสนาม แนวคำถามการสนทนากลุ่มแบบกึ่ง

โครงสร้าง จำนวน 3 คำถาม แนวคำถามเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับข้อมูลสถานการณ์ปัญหาและความต้องการด้านการดูแลของผู้สูงอายุในชุมชน ความคิดเห็นต่อการแก้ไขปัญหาและแนวทางการแก้ไขตามความคิดเห็นของชุมชน

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกภาคสนาม แนวคำถามการสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้างส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน จำนวน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) จากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้และปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนขอนแก่น (IRB-BCNKK-34-2021) ผู้วิจัยประสานผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนท่อน ซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ศึกษา เพื่อขอความร่วมมือในการค้นหาผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และทีมวิจัยได้ติดต่อรายบุคคลเพื่อประเมินคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนด และสอบถามความสะดวกในการเข้าร่วมกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย เปิดโอกาสให้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยตามความสะดวกและความสมัครใจ การยืนยันความสมัครใจทำโดยการลงนามความยินยอมในเอกสาร อีกทั้งผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยและถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาเมื่อต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น พร้อมทั้งให้ลงนามความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มภายหลังได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยประกอบด้วย การประสานงานกับพื้นที่เพื่อการประชุมแลกเปลี่ยน การประชุมเพื่อการป้อนข้อมูลคืนสู่ชุมชน และการร่วมค้นหาปัญหาและแนวทางการแก้ไขร่วมกับชุมชน

ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับพื้นที่เพื่อการประชุมแลกเปลี่ยน และประสานผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนท่อน ซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ในพื้นที่ศึกษา พร้อมนัดเวลาในการเข้าร่วมสนทนากลุ่ม ขั้นตอนการคืนข้อมูลให้กับชุมชน โดยให้ทางชุมชนดำเนินการกำหนดสถานที่ ชุมชนได้จัดแบ่งกลุ่มในการคืนข้อมูลออกเป็น 3 กลุ่มตามพื้นที่ที่ชุมชนสะดวกในการเข้าร่วมประชุมเพื่อการป้อนข้อมูลคืนสู่ชุมชน

การประชุมเพื่อการป้อนข้อมูลคืนสู่ชุมชน ประกอบไปด้วยการเตรียมข้อมูลเพื่อการป้อนคืนสู่ชุมชน และการสะท้อนกลับจากชุมชนทั้งสภาพปัญหาและแนวทางการแก้ไข ในระหว่างการดำเนินการสนทนากลุ่มคณะผู้วิจัยดำเนินการจดบันทึกเหตุการณ์ สถานการณ์ในแบบบันทึกภาคสนาม ผู้วิจัยวางแผนการสนทนากลุ่มแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60-120 นาทีตามหลักการสนทนากลุ่ม¹⁰

การเตรียมข้อมูลเพื่อการป้อนคืนสู่ชุมชน ซึ่งข้อมูลสรุปที่นำเสนอแก่ชุมชนมีดังนี้

1. ข้อมูลปัญหาการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ที่ผ่านการสำรวจในระยะที่ 1 (Look) จากการทำการสำรวจทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และนำมานำเสนอในขั้นตอนการคืนข้อมูล ทั้ง 3 กลุ่มในประเด็นที่สำคัญ มีดังนี้

จากข้อมูลผู้ดูแลผู้สูงอายุ รายงานว่ามีผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ลำพังโดยไม่มีผู้ดูแลใน 14 หมู่บ้าน มีจำนวน 12 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว เช่น เป็นบุตรชาย/บุตรสาว/สะใภ้/บุตรเขย ความต้องการการพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง รองลงมาคือ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย

ผลการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 350 คน จาก 14 หมู่บ้านพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยความรู้ด้านสุขภาพด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพ รองลงมาคือ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ และทักษะการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ส่วนความรู้ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดและอยู่ในระดับปานกลาง

ด้านสถานการณ์ปัญหาความต้องการด้านการดูแลผู้สูงอายุตามมุมมองอาสาสมัครผู้ดูแล สรุปได้ 4 ประเด็น คือ ความเสี่ยงของผู้สูงอายุจากการขาดผู้ดูแล ความรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยวจากการมีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ผู้ดูแลมีความรู้ไม่เพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุ และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ยากลำบาก

2. กระบวนการป้อนคืนข้อมูลให้ชุมชน ดำเนินการเป็นการนำเสนอข้อมูล และการสะท้อนกลับจากชุมชนร่วมกับการค้นหาแนวทางการแก้ไข

2.1. การนำเสนอข้อมูล ผู้วิจัยนำเสนอผลการสำรวจปัญหาและความต้องการด้านการดูแลผู้สูงอายุ (purposive) โดยผู้วิจัยได้นำเสนอด้วย โปรแกรม power point จำนวน 13 ภาพ ด้วยข้อความที่เข้าใจง่าย และสรุปเป็นเอกสารรายงานผลการสำรวจปัญหาและความต้องการด้านการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 10 หน้า ประกอบด้วยหัวข้อ ชื่อและรายละเอียดของการสำรวจปัญหาและความต้องการด้านการดูแลผู้สูงอายุมอบไว้ให้กับชุมชนทุกคนเพื่อประกอบการสนทนาและวิเคราะห์ การนำเสนอเป็นในลักษณะการปรึกษาหารือเพื่อการทำงานร่วมกันในชุมชน ในระหว่างการนำเสนอ เปิดโอกาสให้ชุมชนได้สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลการศึกษาที่ได้นำเสนอ และและสอบถามความต้องการด้านการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2.2 การสะท้อนกลับจากชุมชนร่วมกับการค้นหาแนวทางการแก้ไข (Community reflection) ผู้วิจัยนำหลักการกระบวนการคืนข้อมูล มาประยุกต์ใช้ มีกระบวนการหลักดังนี้

1) ภายหลังจากผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลและประเด็นสรุปให้แก่ชุมชนอย่างไม่เป็นทางการ ได้เปิดโอกาสให้ชุมชนได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูลที่นำเสนอในเรื่องปัญหา ความต้องการด้านการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุตามมุมมองทั้งจากข้อมูลที่ได้รับและจากการสะท้อนกลับของชุมชน (bidirectional interactions)

2) กระบวนการให้ข้อมูลย้อนกลับมีความยืดหยุ่นตลอดขั้นตอนการสนทนา (iterative process) โดยเปิดโอกาสให้ชุมชนเสนอวิธีการสนทนาที่ไม่เป็นทางการ เพื่อเชิญชวนให้ชุมชนมีส่วนร่วม

3) ในระหว่างการสนทนา ข้อมูลที่นำเสนอแก่ชุมชนจะถูกถ่ายทอด ส่งผ่านการแปลความ ตามการวิเคราะห์ของชุมชน (transformative process) จะช่วยยืนยันประเด็นปัญหาที่นำเสนอว่าเป็นไปตามบริบทและการรับรู้ในสถานการณ์ที่ดำเนินอยู่ในชีวิตประจำวันหรือไม่อย่างไร มีการสรุปประเด็นปัญหาเป็นระยะ

4) ส่งเสริมให้ชุมชนได้สะท้อนความคิดเห็นในประเด็นที่ได้รับจากการป้อนคืนข้อมูลและให้ร่วมกันสรุปประเด็นในมุมมองของชุมชน เพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการหา

แนวทางการแก้ไขตามความคิดเห็นของชุมชนตามประเด็นที่กำหนดและการหาแนวทางการแก้ไขตามความคิดเห็นของชุมชน

5) ระหว่างการสนทนา ทำการบันทึกเทป และจดบันทึกภาคสนาม ทีมวิจัยช่วยกันบันทึกการสนทนากลุ่มและสรุปสาระสำคัญแต่ละประเด็นปัญหาและแนวทางการแก้ไขตามความคิดเห็นของชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา¹² (content analysis) ดำเนินการตามขั้นตอน โดย จัดเตรียมข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์ โดยการถอดเทปการสนทนากลุ่ม (transcribed verbatim) กำหนดประเด็นวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย กำหนดและเข้ารหัสข้อความ (coding) จัดหมวดหมู่ของข้อมูล เป็นหัวข้อใหญ่ (categories) หัวข้อย่อย (subcategory) นำเสนอผลการวิจัยภายใต้หัวข้อแต่ละหัวข้อ โดยมีการสนับสนุนจากข้อมูลทฤษฎีและการใส่คำพูดของผู้ให้ข้อมูลประกอบ มีเลขรหัสกำกับโดยไม่เปิดเผยชื่อ

ในการกำหนดรหัสผู้ให้ข้อมูล มีจำนวน 3 กลุ่ม รหัสอักษร 2 ตัวแรก แทนกลุ่มผู้ให้ข้อมูล (VH แทนผู้นำชุมชน CG แทนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ HP แทนบุคลากรสุขภาพฯ) รหัสอักษรตัวที่ 3 แทนเพศของผู้ให้ข้อมูล (M แทน เพศชาย F แทน เพศหญิง) รหัสตัวเลข ตัวที่ 4 แทนลำดับของชุมชน (ลำดับที่ 1-14 ตามลำดับหมู่บ้าน) ตัวอย่างเช่น รหัสผู้ให้ข้อมูล VH-F1 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูล ผู้นำชุมชน เพศหญิง เป็นตัวแทนของหมู่ที่ 1

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีการเพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามหลักการของลินคอร์นและกิบา¹³⁻¹⁴ ดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือของกระบวนการวิจัย (dependability) เป็นการอธิบายรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เริ่มโครงการวิจัยไปจนถึงการพัฒนาและการรายงานผลการวิจัย (audit trail)¹⁴ ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายไว้อย่างชัดเจนในทุกกระบวนการ

2. ความเชื่อถือของข้อมูล (credibility) เป็นความเชื่อมั่นว่าผลลัพธ์ที่ได้มาจากมุมมองและการวิเคราะห์ของผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมมีความตรงตามสาระ เป็นจริง น่าเชื่อถือ และเชื่อถือได้¹⁴ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ร่วมกันสำรวจปัญหากับชุมชนมาก่อนแล้ว มีความคุ้นเคยการทำงานร่วมกันใน

ระดับหนึ่ง ในระหว่างการสนทนากลุ่ม การสรุปข้อมูลจากวิเคราะห์ปัญหาเป็นระยะให้เกิดความเข้าใจตรงกัน เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการ เมื่อการสนทนากลุ่มเสร็จสิ้นผู้วิจัยทำการถอดเทปบทสนทนากลุ่ม และนำข้อมูลจากการถอดเทปไปให้ตัวแทนผู้ให้ข้อมูลในแต่ละกลุ่มเพื่อยืนยัน (member checking) ว่าข้อมูลถูกต้อง เป็นจริงและตรงกับสาระที่ผู้ให้ข้อมูลได้ช่วยกันวิเคราะห์ รวมไปถึงการนำผลสรุปที่ได้มาปรึกษาร่วมกันในกลุ่มทีมผู้วิจัย (peer debriefing) เพื่อยืนยันการวิเคราะห์ที่ถูกต้อง

3. การยืนยันผลการวิจัย (confirmability) เป็นการแสดงน้าเชื่อถือว่าผลการศึกษาที่ผ่านการวิเคราะห์จากกระบวนการการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นไปโดยธรรมชาติของสาระที่ได้จากการศึกษา ไม่ได้รับอิทธิพลจากอคติของผู้วิจัย¹⁴ ในการศึกษาครั้งนี้ กระบวนการสะท้อนกลับโดยชุมชนจากข้อมูลสำรวจที่ผู้วิจัยนำเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการยืนยันความตรงของข้อมูลในขั้นต้น และการนำบันทึกสาระที่ได้จากการสนทนากลุ่ม มาถอดความทีละประโยค สะท้อนข้อมูลที่รวบรวมจากผู้เข้าร่วมอย่างเป็นกลาง สามารถตรวจสอบได้จากหลักฐานยืนยัน เช่น บันทึกภาคสนาม เอกสารบันทึกข้อมูลการถอดเทป และเอกสารผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา เป็นต้น

เมื่อรวบรวมข้อมูลแล้ว ทีมผู้วิจัยทั้งหมดดำเนินการตรวจสอบความเที่ยงของข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์เบื้องต้นร่วมกันในเบื้องต้นก่อน (peer debriefing) เพื่อยืนยันความถูกต้องในการนำเสนอข้อมูลได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยในการรายงานผล ในทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัยมีการระบุขั้นตอนโดยละเอียด มีการเรียงร้อยข้อความสรุปร่วมกับข้อความสนทนา เรียงร้อยในรูปแบบที่คล้ายการเขียนวรรณกรรม (novel-like report) และนำบทสนทนาที่สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์มาใช้ประกอบคำบรรยายเพื่อยืนยันความตรงของสาระที่สรุปและสอดคล้องจากบทสนทนาที่นำมาถอดความ

4. การนำข้อมูลที่ได้ออกจากการศึกษาไปใช้ (transferability) การบรรยายผลการศึกษามีรายละเอียดมากพอ อาจนำไปใช้ในกลุ่มที่คล้ายคลึงกันแต่มีได้หมายความว่าถึงนำไปใช้อย่างแพร่หลาย¹⁴ ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้การบรรยายผลในรายละเอียดโดยนำข้อความสนทนาของผู้ให้ข้อมูลมาประกอบเพื่อแสดงทั้งการยืนยันด้วยความตรงตามเนื้อหา และแสดงรายละเอียดให้เห็นชัด (thick description)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลจากทั้ง 14 หมู่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 18 คน และเป็นเพศชาย 12 คน อายุต่ำสุดคือ 35 ปี อายุสูงสุดคือ 70 ปี และอายุเฉลี่ยคือ 51.2 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ โดยมีจำนวน 27 คน รองลงมาคือเคยสมรส (หม้าย/หย่า/แยก) จำนวน 2 คน จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด 16 คน รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาจำนวน 10 คน ส่วนใหญ่มีบทบาทที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนคือ เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยตรงจำนวน 14 คน กำนันและผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 14 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน และนักพัฒนาชุมชน จำนวน 1 คน

การจัดกิจกรรมสนทนากลุ่ม ดำเนินการทั้งสิ้น 3 ครั้ง ตามจำนวนกลุ่มที่แบ่งตามลักษณะของพื้นที่ใกล้เคียงกันของหมู่บ้านทั้ง 14 แห่ง ครั้งที่ 1 จัดที่ห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนท่อน สำหรับ ผู้ให้ข้อมูลจากหมู่ที่ 5,6,8,9 ครั้งที่ 2 จัด ณ ศาลาเอนกประสงค์ของหมู่ที่ 2 สำหรับผู้ให้ข้อมูลจากหมู่ที่ 1,2,7,10 และครั้งที่ 3 จัดที่ศาลาเอนกประสงค์ของวัด สำหรับ ผู้ให้ข้อมูลจากหมู่ที่ 3,4,12,14 การสนทนากลุ่ม ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 75 นาที ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 80 นาที และครั้งที่ 3 ใช้เวลา 70 นาที

ก่อนการเริ่มสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลได้ดำเนินการเลือกผู้นำกลุ่มและเลขานุการเพื่อช่วยในการดำเนินการสนทนา โดยกลุ่มที่ 1 ผู้นำกลุ่มคือ ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 5 เลขากลุ่ม คือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน หมู่ที่ 6 กลุ่มที่ 2 ผู้นำกลุ่มคือ บุคลากรสุขภาพ เลขากลุ่ม คือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน หมู่ที่ 2 และ กลุ่มที่ 3 ผู้นำกลุ่มคือ กำนัน ซึ่งเป็นผู้นำชุมชนหมู่ที่ 4 เลขากลุ่ม คือ ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 12

ในการนำเสนอผลการศึกษากครั้งนี้ คำว่า “ชุมชน” ไม่ได้หมายถึง สถานที่ที่บุคคลมารวมกลุ่มกัน หรือพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ที่เป็นที่อาศัยของกลุ่มคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง แต่เป็นทั้งภาพของชุมชนโดยรวม มิใช่เพียงสถานที่ เพื่อให้สามารถอธิบายผลการศึกษได้กระชับและชัดเจน

ผลการวิเคราะห์กระบวนการสะท้อนกลับจากชุมชน

ภายหลังการป้อนคืนข้อมูลให้กับชุมชน ชุมชนได้ร่วมกันสะท้อนกลับข้อมูล ผลการวิเคราะห์เนื้อหา สามารถสกัดสาระออกมาได้ 30 รหัส เลือกรหัสที่เกี่ยวข้องมาทั้งสิ้น 16 รหัส จัดเป็นกลุ่มใหญ่ได้ 3 หมวดหมู่ คือ 1) การทบทวน

สภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ 2) การปรับสภาพปัญหาตามมุมมองของชุมชน และ 3) จัดลำดับความสำคัญและตัดสินใจ

การทบทวนสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ (Reassess the issue)

ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในชุมชน ที่มีในหลายลักษณะ ตั้งแต่อยู่ลำพัง และมีผู้อาศัยอยู่ด้วย เช่น คู่สมรส บุคคลในครอบครัวโดยตรง และญาติ สภาพของผู้สูงอายุ มีตั้งแต่สามารถทำกิจวัตรได้จนถึงเป็นผู้ป่วยติดเตียง ผู้ดูแลมีตั้งแต่ตนเอง คู่สมรส เพื่อนบ้าน ญาติ และเจ้าหน้าที่อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในโครงการผู้ดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชน และเป็นคนในชุมชนนั่นเอง

ในการสนทนากลุ่ม ทั้งผู้นำชุมชน และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ต่างรับรู้สภาพและช่วยขยายข้อมูลเพิ่มเติม นอกเหนือจากข้อมูลที่ป้อนกลับ

การอยู่ลำพัง (Living alone) การสนทนาถึงจำนวนผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ลำพังโดยไม่มีผู้ดูแล การดำเนินชีวิตลำพังต้องรวมถึงการดูแลสุขภาพตนเองตามแผนการรักษา บุคลากรสุขภาพให้ข้อมูลเพิ่มเติม ผู้สูงอายุคนหนึ่งล้างไตผ่านทางหน้าท้องด้วยตนเอง

“ยาย... เพ็นอยู่คนเดียว ลูกชาย 2 คน ทำงานอยู่ต่างจังหวัด เพ็นเป็นไตวายระยะสุดท้ายได้ล้างไตทางหน้าท้อง เพ็นก็ทำเองนะ เพ็นทำอาหารเอง เพราะต้องควบคุมอาหาร” (HP-F1)

และมีผู้สูงอายุบางรายที่ต้องการการพึ่งพิงอย่างมาก ไม่มีทั้งครอบครัวหรือญาติที่น้องคอยช่วยเหลือและไม่สามารถถูกล่อออกไปทำกิจวัตรประจำวันดังเช่นผู้สูงอายุคนอื่น เพื่อนบ้านคือผู้คอยให้ความช่วยเหลือบ้าง รวมทั้งเจ้าหน้าที่

“บ้านนั้นเป็นผู้ป่วยติดเตียงอยู่ลำพัง ไม่มีญาติ จะมีบ้านข้างๆ คอยช่วยเหลือเป็นครั้งคราว กับจะมีซีจี (CG: Care giver คือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาวของเทศบาลตำบลโนนท่อน) มาเยี่ยมสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง” (VH-F1)

การอยู่ลำพังแต่มีญาติพี่น้องในบริเวณใกล้เคียง (Living alone and having relatives living nearby) การสนทนาเชิงลึกทำให้ทราบว่า การอยู่ลำพัง ไม่ได้หมายความว่า “ไม่มีใครดูแล” ชุมชนให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า คำว่า “อยู่ตามลำพัง” มีบางรายเท่านั้น ส่วนใหญ่แล้วยังมีสมาชิกในครอบครัวที่ยังติดต่อกัน ไปมาหาสู่กัน แต่มีได้มาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลโดยตรงหรือพักอาศัยด้วยตลอดเวลา

“ยายไม่แต่งงาน แต่ก่อนอยู่กับพ่อแม่แต่พ่อแม่เสียชีวิต แกก็เลยอยู่บ้านหลังนั้นคนเดียว จะมีบ้านน้องสาวอยู่ข้างๆ ในเขตพื้นที่ใกล้เคียงกัน น้องสาวก็ดูแลอยู่ห่างๆ เพราะอยู่บ้านคนละหลัง” (CG-F1)

ในช่วงของการอยู่ตามลำพัง ทุกอย่างคือความสามารถที่ผู้สูงอายุจะทำให้ตนเองได้ และอาจจะขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อจำเป็น

“ส่วนใหญ่ยายช่วยตัวเอง ทำอาหารกินเอง ทำงานบ้านเอง หลานมานอนเป็นเพื่อนในบางครั้ง” (CG-F1)

ในบางราย การอยู่ตามลำพังเป็นเพียงในเวลากลางวัน “อยู่กับหลานชาย ตอนกลางวันเขาไปทำงาน ตอนเย็นถึงจะกลับมา” (VH-F12)

การอยู่กับสมาชิกในครอบครัว (Living with family)
สมาชิกในครอบครัวคือผู้ดูแลใกล้ชิด ในกรณีที่ผู้สูงอายุอยู่ร่วมด้วย มีตั้งแต่คู่สมรสที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกัน มีสมาชิกในครอบครัว เช่น น้อง ลูก หลาน คู่สมรสของลูกหลาน เช่น หลานเขย หรือหลานสะใภ้

ในรายที่คู่สมรสยังมีชีวิตอยู่ต่างก็เป็นผู้สูงอายุด้วยกันพักอาศัยที่บ้านของตัวเองและมีลูกหลานที่ไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยผู้ดูแลจึงเป็นการที่ผู้สมรสดูแลกันเอง

“ตา-ยาย บ้านนั้น อยู่กันสองคนตา-ยาย ลูกเขาไม่ได้อยู่ด้วย ไปทำงานที่กรุงเทพฯ” (CG-F8)

ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสจึงจำเป็นต้องดูแลตนเองและดูแลคู่สมรสไปพร้อมกัน มีทั้งกรณีที่สุขภาพดีทั้งคู่หรือคนใดคนหนึ่งมีภาวะเจ็บป่วย หรือทั้งสองคนมีปัญหาสุขภาพต้องดูแลซึ่งกันและกัน

“ผู้สูงอายุบ้านหลังนั้นอยู่กันสองตายาย ลูกอยู่กรุงเทพฯ ช่วงวันหยุดยาวเขาถึงจะกลับมาเยี่ยมที เห็นเห็นดูแลกันสองตา-ยาย คุณตาไปไหนมาไหนลำบาก มียายแหละที่คอยดูแล” (CG-F10)

ส่วนอีกบ้าน ก็เป็นลักษณะเดียวกัน “บ้านนั้น ตากับยายอยู่ด้วยกัน ตามีปัญหาพิการการเคลื่อนไหว ส่วนคุณยายเป็นผู้ดูแลหลัก” (CG-F12)

การดูแลตนเองตามกำลัง สุขภาพใครแข็งแรงกว่าผู้นั้นเป็นผู้ดูแล “คุณตาเป็นผู้ป่วยติดบ้าน ไป-มาลำบากอยู่กับคุณยาย คุณยายเป็นผู้ดูแล” (VH-F3)

ผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัว มักเป็นครอบครัวใหญ่เป็นสมาชิกของครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกัน ประกอบด้วยพี่น้อง ลูกหรือหลานที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด

“คนในครอบครัวมี 6 คน ยาย ลูกสาว-ลูกเขย หลานอีก 2 คน และลูกสาวคนเล็กยังไม่แต่งงาน” (CG-F3)

การที่ครอบครัวอยู่ด้วยกัน ก็เพื่อช่วยกันดูแลผู้สูงอายุในบ้าน “ยายมีลูก 3 คน ลูกๆ ไม่ได้แยกครอบครัวไป 2 คน ลูกสาวคนเล็กแต่งงาน มีลูกแล้ว 2 คน ก็อยู่บ้านหลังนี้แหละอยู่ดูแลยาย” (CG-F2)

บ้านที่มีสมาชิกหลายคน ผู้ดูแลก็มีหลายคนตามไปด้วย “คุณตาป่วยติดเตียงมา 3 ปีกว่าแล้ว เคยได้ใส่ท่อช่วยหายใจ รักษาจนสุดทาง สุดท้ายก็ถูกไปไหนมาไหนไม่ได้ โชคดีที่ครอบครัวมีสมาชิกหลายคน ได้ช่วยกันดูแลผลัดเปลี่ยนกันดูแล” (CG-F9)

ในรายหนึ่งผู้อาสาสมัครดูแลเล่าว่า แม้เป็นคนโสดแต่ก็มีแต่พี่น้องที่เติบโตมาด้วยกัน อาศัยอยู่ในบ้านพักของญาติพี่น้องหรือครอบครัวของพี่น้อง หรืออาจเป็นบ้านของพ่อแม่แต่ดั้งเดิม ซึ่งก็จากกันไปก่อนในเวลาต่อมา ความผูกพันในครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมบ้านเดียวกันทำให้ไม่ทอดทิ้งกัน

“ยายอยู่กับครอบครัวน้องสาว น้องสาวเสียชีวิตแล้วอยู่กับน้องเขยและหลานสาว” (VH-M2) ในกรณีนี้ บุคคลที่มาใช้ชีวิตร่วมกันโดยมิได้ผูกพันกันทางสายเลือดกลับมาเป็นผู้ดูแลในที่สุด “คนดูแลหลักคือน้องเขย” (CG-F2)

การปรับภาพปัญหาตามมุมมองของชุมชน (Data transformation) เมื่อสนทนากับสภาพความเป็นอยู่ในภาพรวม วิเคราะห์มุมมองปัญหาได้เป็น 3 กลุ่ม คือ คนในชุมชนยังดูแลผู้สูงอายุ ปัญหาที่ยังไม่ถึงเวลาต้องแก้ไข

คนในชุมชนยังดูแลผู้สูงอายุ (In safe hands)
“ชาวบ้านเรายังคืออยู่ ไม่ค่อยมีปัญหาการทอดทิ้งผู้สูงอายุ ลูกยังดูแลพ่อแม่ ไม่ได้ปล่อยปละละเลยหรอก ชาวบ้านเรายังถือปฏิบัติตามหลักพุทธศาสนา พ่อแม่ก็สอนลูก ตายายก็สอนหลาน” (VH-M13)

กิจกรรมในชุมชนเกี่ยวกับผู้สูงอายุยังปฏิบัติสืบเนื่องต่อมา

“บ้านเรามีกิจกรรมส่งเสริมความกตัญญูต่อผู้สูงอายุ วันสงกรานต์จัดกันทุกปี ให้ลูกหลานมาขอรดน้ำขอพรผู้สูงอายุ สิ่งนี้ยังมีความสำคัญ ทำให้เกิดความผูกพันของคนในครอบครัว ช่วยกันใส่ใจผู้สูงอายุ” (VH-M4)

และการไม่มีผู้ดูแลในบางช่วงเวลาคือเป็นความจำเป็นหากเป็นในเรื่องปากท้องการมีรายได้ในครัวเรือนถือเป็นเหตุปัจจัยพื้นฐานสำคัญของการอยู่ลำพังแต่มีค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแล

“รายได้เป็นเรื่องสำคัญ เป็นเรื่องหลัก ผู้ดูแลไม่มีเงิน ถึงต้องไปทำงานช่วงกลางวัน เลยส่งผลต่อผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ลำพังช่วงกลางวัน” (VH-F12)

“ถ้าไม่ไปปรับจ้างจะเอาอะไรกิน มันจำเป็นที่เขาต้องทั้งผู้สูงอายุให้อยู่คนเดียวในช่วงกลางวัน” (CG-F1)

ปัญหาที่ยังไม่ถึงเวลาต้องแก้ไข (Shelved issue)

ชุมชนมองว่าสภาพปัญหาเรื่องการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน “ยังไม่โดดเด่น หรือชัดเจน” ประเด็นการดูแลมีความเกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวเป็นสำคัญ การขาดผู้ดูแล ถึงแม้จะเป็นปัญหาที่มองเห็นจากสภาพที่เป็นจริง แต่ยังไม่ถึงระดับที่ต้องเข้าไปช่วยแก้ไข

ผู้นำชุมชน มองว่าหากชุมชนจะเข้าไปเป็นผู้ดูแลให้ปัญหามีมากกว่าการเข้าไปเป็นผู้ดูแล “เป็นเรื่องละเอียดอ่อน แก้ไขยากอยู่นะ” (VH-F8) โดยเฉพาะการต้องการอยู่โดยลำพัง

“บางทีอาจเป็นความต้องการของผู้สูงอายุเองก็ได้ อาจไม่ใช่ลูกหลานไม่สนใจที่จะดูแล แต่สาเหตุอาจมาจากบุคลิกภาพของผู้สูงอายุเองก็เป็นได้ที่ทำให้ไม่มีใครอยากดูแล” (VH-F8) อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุและอยู่ในชุมชน

อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุและอยู่ในชุมชนนั้นก็เห็นพ้องว่า การดูแลเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของคนในครอบครัว ซึ่งแต่ละครอบครัวมีความรับผิดชอบของตนเอง “จะให้ใครมาดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ใช่ญาติพี่น้องมันยากอยู่นะ แต่ละคนเขาก็มีบทบาทหน้าที่ของเขา” (CG-F1)

นอกจากนี้ ในส่วนของการเป็นอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ผู้ดูแลสะท้อนว่า ภาระตามหน้าที่ที่เกินกำลัง

“เวลาไปเยี่ยมก็ส่งสารเพิ่นนะ ค่าตอบแทนที่เราได้จากหน้าที่ที่ทำได้เอาไปซื้อของไปเยี่ยมเพิ่นหมด มาคิดดูอีกมุมนี้ เราทำงานได้ค่าตอบแทน แต่ทำไมเราต้องไปช่วยคนอื่นก่อนที่จะช่วยคนในครอบครัวเรา” (CG-F8)

ส่วนบุคลากรสุขภาพในพื้นที่มองว่าครอบครัวของผู้สูงอายุเองต้องมารับผิดชอบ

“การขาดผู้ดูแล จะหาคนอื่นมาดูแลผู้สูงอายุแทนคงเป็นไปได้ยากเพราะทุกคนมีภาระที่ต้องดูแล ผู้สูงอายุและคนในครอบครัวตนเองอยู่แล้ว” (HP-F1)

“ถ้าไม่มีผู้ดูแลที่เป็นลูกเป็นหลาน ก็ต้องเป็นบทบาทของญาติพี่น้องที่ต้องดูแลกันเองในเบื้องต้นก่อน” (HP-F1)

แต่สถานการณ์เหล่านั้น ยังรอได้ และในอนาคต

ชุมชนมองว่าหากมีผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพิงจำนวนเพิ่มมากขึ้น ถึงเวลานั้น ผู้นำชุมชนคือบุคคลที่ควรเข้าไปช่วยบริหารจัดการ

“ผู้นำหมู่บ้านจะเป็นแกนนำในการคิดหาแนวทางในการให้ทุกคนช่วยกันปฏิบัติตาม เช่น ถ้าเราจะช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ป่วยต้องไม่มีญาติจะทำอย่างไร” (VH-M5)

ความคิดเห็นนำมาเสนอเพิ่มเติมจากการทำงานของชุมชนอื่น “เคยเห็นหมู่บ้านอื่น ผู้นำชุมชนเพิ่นจะกำหนดเป็นข้อปฏิบัติร่วมกันเลย ตั้งกองทุนของหมู่บ้าน เก็บเงินสวัสดิการจากสมาชิกและเอาไว้ช่วยกันเวลาเจ็บป่วยหรือต้องการความช่วยเหลือ” (CG-F13)

การจัดลำดับความสำคัญและตัดสินใจ (Prioritizing and decision making) ชุมชนแม้จะไม่พร้อมที่จะเข้าไปช่วยจัดการดูแลผู้สูงอายุโดยตรง ยังมีปัญหาบางประการที่ผู้วิจัยนำเสนอและเห็นว่าชุมชนเห็นพ้องและตัดสินใจที่จะดำเนินการแก้ไข คือ ผู้ดูแลมีความรู้ไม่เพียงพอ กรณีการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการไม่สามารถเข้าถึงการบริการของโรงพยาบาล **ผู้ดูแลมีความรู้ไม่เพียงพอ (Insufficient knowledge related caregiving)** เกี่ยวข้องกับปัญหาเกี่ยวกับการขาดความรู้ของผู้ดูแล ชุมชนรับรู้สภาพ และพบเห็นได้จากการติดตามเยี่ยมบ้าน

“อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้านเราก็เห็นอยู่นะว่าผู้ดูแลบางคนเพิ่นไม่ค่อยเข้าใจนะว่า น้ำตาลต่ำ น้ำตาลสูง เป็นยังไง ต้องดูแลอย่างไร” (VH-F3)

โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้สูงอายุดูแลกันเองตามลำพัง กำลังการดูแลที่จำกัดทำให้ความรู้ที่พอมีอาจนำมาใช้ไม่ได้ “คุณตา คุณยายอยู่กันสองคน ตาเป็นไตวายระยะท้าย คุณยายเป็นเบาหวาน ตายายดูแลกันเอง อาหารเพิ่นก็คงจัดตามสะดวก คงควบคุมยากอยู่ กินอะไรก็กินเหมือนๆ กัน” (CG-F12)

เป้าหมายของการส่งเสริมความรู้ ไม่เพียงแค่อำนาจสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่เพื่อสุขภาพผู้ดูแลด้วย

“ผู้ดูแลเองก็มีปัญหาสุขภาพ ปัญหาที่สำคัญ ควรต้องเพิ่มความสามารถในการดูแลให้กับผู้ดูแล” (VH-M1)

แนวทางการแก้ไขปัญหา บุคลากรสุขภาพเสนอแนะว่าให้เป็นแนวทางที่จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแล และเพื่อให้ปัญหาด้านการดูแลผู้สูงอายุถูกแก้ไขได้ตรงกับความต้องการกลุ่มเป้าหมายคืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

“ในแต่ละปีเราจะมีโครงการส่งเสริมความรู้ให้กับกลุ่ม อสม. ในเรื่องการดูแลสุขภาพอยู่แล้ว เราจัดอบรมให้ความรู้กลุ่มผู้ดูแลไปด้วยกันน่าจะดี เน้นความรู้ในการดูแลตนเองและการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ” (HP-F1)

เช่นเดียวกับบุคลากรด้านสังคมที่มองว่าการแก้ไขปัญหานี้ สามารถทำได้ทันที “การขาดความรู้ในการดูแลตนเองและการดูแลผู้สูงอายุไม่เพียงพอ ตรงส่วนนี้เราน่าจะดำเนินการได้เลย โดยการส่งเสริมความรู้ให้กับผู้ดูแลได้โดยตรง” (SP-F1)

กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน (Emergency illness)

กลุ่มเป้าหมายคือผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียวเพราะมีข้อจำกัดในการเข้ารับบริการสุขภาพ ในประเด็นนี้ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตั้งแต่ผู้นำชุมชน บุคลากรสุขภาพ และทางสังคมเข้ามาร่วมแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจ

ชุมชนมองว่าความปลอดภัยของทุกคนในชุมชนเป็นเรื่องสำคัญ และผู้สูงอายุคือกลุ่มเสี่ยงสูง

“ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง มีความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมาก เช่น อารมณ์ เป็นลม โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง ถ้าไม่มีใครเห็นอาจจะถึงขั้นเสียชีวิตได้” (VH-M4)

โดยเฉพาะผู้สูงอายุบางรายอยู่ห่างไกลจากชุมชนยากแก่การพบเห็นเหตุการณ์หรือขอความช่วยเหลือ “คุณยายบ้านก็อยู่ห่างจากคนอื่น ถ้าเกิดเหตุฉุกเฉินขึ้นก็น่าเป็นห่วงอยู่นะ เพ็นอยู่คนเดียวด้วย” (CG-F2)

แนวทางการแก้ไขปัญหาที่เป็นไปได้ ชุมชนมองว่าการเจ็บป่วยฉุกเฉิน เป็นเรื่องที่ต้องช่วยเหลือกัน ให้ทันทั่วทั้ง

“การเจ็บป่วยฉุกเฉิน อุบัติเหตุหรือเรื่องความปลอดภัยในชุมชนเป็นเรื่องที่ควรคุยกันในภาพรวมของชุมชน เพราะเป็นเรื่องที่ทุกคนต้องช่วยกัน” (CG-F7)

การกำหนดผู้รับผิดชอบ จะช่วยให้เกิดการประสานงาน และโครงสร้างที่มีอยู่ในชุมชน คือแหล่งสนับสนุนที่ดี

“เรามี ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน อสม. แต่ละหมู่บ้าน ให้คนเหล่านี้เป็นผู้ประสานกรณีมีเหตุฉุกเฉินที่ผู้สูงอายุไม่มีผู้ดูแล ถ้ามีผู้ดูแลเขาจะประสานได้อยู่แล้ว” (VH-M13)

ในประเด็นนี้ มีความเกี่ยวข้องกับสถานพยาบาล ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และเทศบาลได้ให้ความคิดเห็นถึงระบบที่มีอยู่ บุคลากรด้านสังคม ยืนยันระบบบริการสุขภาพฉุกเฉินมีรองรับกรณีฉุกเฉิน

“เทศบาลเรามีรถฉุกเฉินอยู่แล้ว มีระบบการรับ-ส่งกรณีเจ็บป่วย” (SP-F1)

เมื่อปัญหาการส่งต่อผู้สูงอายุในกรณีฉุกเฉินได้ข้อสรุปร่วมกัน และประเด็นใหม่ก็เข้ามาเพิ่มเติมคือการเข้าถึงการรักษาที่ต่อเนื่องซึ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ “แต่ก็เรื่องที่เป็นห่วงคือเวลาป่วยแล้วไม่มีใครพาไปตรวจตามนัด ยาหมดไม่มีกินจะทำอย่างไร” (SP-F1)

บุคลากรสุขภาพเสนอรูปแบบการบริการเยี่ยมบ้านเชิงรุกเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว

“โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของเรามีการบริการเยี่ยมบ้าน เราสามารถนำเรื่องนี้ไปร่วมวางแผนได้เช่นวันศุกร์ บ่ายจะเป็นการติดตามเยี่ยมบ้านของทีมสหสาขาวิชาชีพ เราก็ระดมกลุ่มที่เสี่ยงต่อการขาดนัดเพื่อให้ทีมลงติดตามเยี่ยมตรวจเชิงรุกเลย”

ข้อเสนอดังกล่าว อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาวของเทศบาลตำบลโนนท่อนก็เห็นพ้อง “เห็นด้วยค่ะ เป็นไปได้ไหมว่า เวลาที่มีผู้สูงอายุเจ็บป่วยที่ต้องให้ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในกรณีไม่มีผู้ดูแลที่บ้าน เราจะเอาเข้าระบบการดูแลระยะยาวของเทศบาลไปด้วยเลย” (CG-F5)

โดยสรุป กระบวนการคืนข้อมูลสู่ชุมชนและให้ชุมชนสะท้อนกลับปัญหาที่นำเสนอและแนวทางการแก้ไขพบว่า ข้อมูลที่ผู้วิจัยนำเสนอเป็นประเด็นปัญหา เช่น จำนวนผู้สูงอายุในชุมชนมีจำนวนมาก และบางส่วนต้องอยู่ตาม

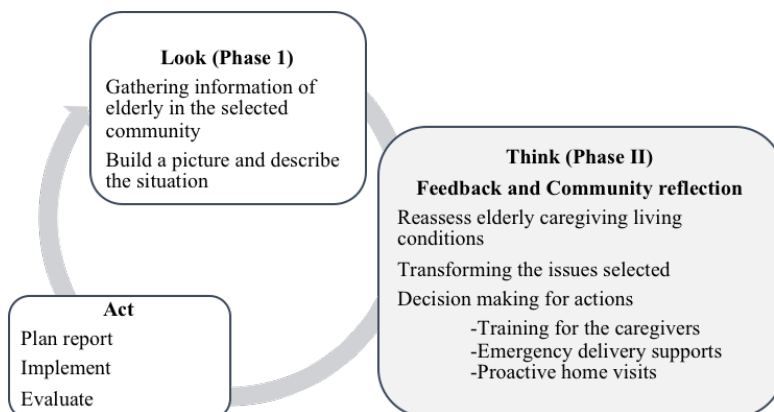


Figure 2 The feedback reflection process emerged from the study

ลำพัง ปัญหาการขาดการดูแลของผู้สูงอายุเป็นเรื่องสำคัญ ชุมชนจะมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร รวมไปถึงปัญหาการไม่สามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพเนื่องจากขาดผู้ดูแล และผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวขาดความรู้ การสะท้อนกลับของชุมชน เกิดการทบทวนสภาพปัญหาความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ปรับภาพปัญหาที่เป็นของชุมชนแท้จริง และจัดลำดับความสำคัญและตัดสินใจแก้ไขปัญหา แสดงดัง Figure 2

การทบทวนสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในชุมชน ได้ขยายความให้เห็นภาพเชิงลึกกว่า “การอยู่ตามลำพังของผู้สูงอายุไม่ได้หมายความว่าความถึงการอยู่ตามลำพังตลอดเวลาและไม่มีผู้ช่วยเหลือพึ่งพิง” การอยู่เพียงลำพังของผู้สูงอายุในชุมชนเป็นเพียงบางเวลาเป็นส่วนใหญ่ และมีญาติพี่น้องอยู่ในบริเวณใกล้เคียง สมาชิกในครอบครัวที่อยู่ด้วยออกไปทำงานหาเลี้ยงครอบครัว และกลับมาในตอนค่ำ หรือกลับมา

เยี่ยมเยียนเป็นบางครั้ง รวมถึงการมีผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวและต้องดูแลสุขภาพตนเอง ชุมชนยอมรับได้ว่าการต้องออกไปทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพของสมาชิกในครอบครัว ผู้สูงอายุเป็นเรื่องจำเป็น ส่วนผู้สูงอายุที่มีสมาชิกในครอบครัวอาศัยอยู่ด้วยกัน ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลจากสมาชิกครอบครัว ความต้องการการดูแลขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุในการต้องการการพึ่งพา อีกทั้งสภาพสังคมวัฒนธรรมของชุมชนยังคงรักษาวัฒนธรรมประเพณีในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพบว่าการสนทนากลุ่มผู้ที่สามารถให้รายละเอียดข้อมูลผู้สูงอายุได้ค่อนข้างมาก คือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ชุมชนมองว่าปัญหาความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุโดยชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจึงยังไม่นำไปสู่การตัดสินใจที่จะวางแผนแก้ไข อีกทั้งการเข้าไปช่วยดูแลผู้สูงอายุในบ้านเป็นปัญหาที่มีความละเอียดอ่อน และมีปัจจัย

Table 1 Findings of the feedback reflection process

Categories	Subcategories	Details
• Reassessment of the situation	• Living alone • Living alone and having relatives support • Living with family	• Living alone with an illness • Living alone without serious illness • Living alone only in the daytime • Living alone and having relatives living nearby • Elder spouse • Extended family • Sibling
• Data Transformations	• In safe hands • Shelved the issue	• Accept that living alone is possible • Community culture to respect and care for the elderly • Refused to involve in direct care management by the community • Viewed as the responsibility of the elderly's family • Individual issues
• Prioritization and Decision making	• Insufficient knowledge related elderly caregiving • Risks for emergency illness • In ability to access hospital services	• Training for the caregivers • Assigned responsible people to coordinate • Ambulance service • Proactive home visits

แวดล้อมในหลายประเด็น โดยเฉพาะการรับผิดชอบของแต่ละครัวเรือน รวมถึงความต้องการส่วนตัวของผู้สูงอายุแต่ละคนด้วยเช่นเดียวกัน ซึ่งชุมชนมองว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็น “เรื่องในครอบครัว” และเป็นหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงของสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนเครือญาติ ชุมชนยังมีวัฒนธรรมที่ค้ำจุน การดูแลผู้สูงอายุ ระดับความรุนแรงของปัญหาอยู่ในระดับน้อยและยังรับได้ในกรณีที่เกิดปัญหาครอบครัวผู้สูงอายุ และญาติพี่น้องจะเป็นผู้ที่ต้องเข้ามารับผิดชอบเรื่องการดูแลเป็นลำดับแรก หากปัญหาเพิ่มมากขึ้นขอให้ผู้นำชุมชนนำมาปรึกษาหารือเพิ่มเติมในภายหลัง

ปัญหาที่ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมองว่าสำคัญคือผู้ดูแลมีความรู้ไม่เพียงพอ กรณีการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการเข้าถึงการบริการสุขภาพ ชุมชนตระหนักในความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น และมองโครงสร้างของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถช่วยกันประสานความช่วยเหลือได้และในบางเรื่องสามารถทำได้ทันที ทั้งการจัดอบรมความรู้ที่เพิ่มอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้ารับการอบรมเพิ่มเติมด้วย รวมไปถึงการประสานกับเทศบาลในการนำผู้สูงอายุส่งโรงพยาบาลหากมีกรณีฉุกเฉิน รวมไปถึงการจัดบริการเชิงรุกในการเยี่ยมบ้านให้แก่ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต้องติดตามต่อเนื่อง สรุปรายละเอียด แสดงดัง Table 1

การอภิปรายผล

วัตถุประสงค์ของการศึกษาเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้เพื่อนำข้อมูลปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่สำรวจได้เสนอต่อชุมชนผ่านกระบวนการสะท้อนคิด โดยใช้กระบวนการคืนข้อมูลสู่ชุมชน และให้ชุมชนร่วมกันค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของชุมชน

ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจปัญหาจากการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 เมื่อข้อมูลดังกล่าวถูกนำมาประเมินโดยชุมชนขั้นตอนการคืนข้อมูลให้ชุมชนจึงเป็นการทำความเข้าใจในประเด็นปัญหาโดยมุมมองของชุมชนที่ชัดเจนยิ่งขึ้น¹⁵ ผู้วิจัยพบว่ากระบวนการคืนข้อมูลสู่ชุมชนที่นำมารายงานให้เห็นกระบวนการที่ชัดเจนเป็นประโยชน์และเป็นไปตามเป้าหมายของกระบวนการ “คิด” ที่ต้องการวิเคราะห์การแปลความต่อปัญหาที่รับรู้ในบริบทของชุมชน มิใช่ตามข้อมูลของผู้วิจัย⁹ ทำให้เห็นธรรมชาติและบริบทของชุมชน รวมไปถึงความต้องการและความพร้อมในการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของตน

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วม ไม่สามารถมองประเด็นปัญหาเพียงด้านสุขภาพอย่างเดียว ผลการสะท้อนกลับของชุมชน พบมุมมองการพิจารณาและแก้ไขปัญหาการดูแลผู้สูงอายุ มีความเกี่ยวข้องกับการต้องมีรายได้ ประเด็นการยอมรับความเป็นจริงของการเลี้ยงชีพในแต่ละครอบครัว ค่านิยมวัฒนธรรมประเพณี และการยืนยันว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ของครอบครัวโดยตรง เช่น การอยู่ตามลำพังของผู้สูงอายุ และมุมมองเชิงวัฒนธรรมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง “ไม่ได้ถูกทอดทิ้ง” และ “ยอมรับได้” เมื่อสมาชิกในครอบครัวต้องออกไปหารายได้ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ว่าโดยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในชุมชนยังมีสมาชิกในครอบครัว¹⁵ รวมไปถึงประเด็นของวัฒนธรรมในชุมชนที่ยังยึดเหนี่ยวให้คนในชุมชนยึดถือปฏิบัติสืบต่อกันมา ทั้งการให้ความเคารพผู้อาวุโส และการตอบแทนบุญคุณบุญการ¹⁶ และถึงแม้ว่าจะมีผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่งจริงในชุมชนแต่ก็ยังมีจำนวนน้อย

ผลการสะท้อนกลับของข้อมูลยังนำไปสู่การค้นหาแนวทางการแก้ปัญหาและเลือกแก้ไขเพียงบางปัญหาเท่านั้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Ernest Stringer⁹ ได้ระบุไว้ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่สามารถแก้ไขทุกปัญหาได้ การที่ชุมชนไม่ตัดสินใจที่จะร่วมค้นหาแก้ไขแนวทางการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่โดยลำพัง พิจารณาได้ในหลายประเด็น จะใช้เพียงมุมมองด้านการดูแลอย่างเดียวไม่ได้ โดยเฉพาะการจะได้รับการดูแลจากผู้อื่นที่ไม่ใช่สมาชิกครอบครัว การมีบุคคลอื่นอยู่ในพื้นที่ส่วนตัว การมีทรัพย์สินการดำรงชีวิต ค่าใช้จ่ายในการดูแลที่นอกเหนือไปจากการดูแล ซึ่งต่างจากการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล บริบทเหล่านี้ มีความละเอียดอ่อนต่อความรู้สึกของทั้งผู้สูงอายุและคนในชุมชน ที่สำคัญ หากมีผู้อื่นมาดูแลให้แล้ว สมาชิกในครอบครัวก็ไม่ต้องมาทำภาระหน้าที่ของตน และชุมชนต้องเป็นผู้รับภาระแทน ซึ่งเป็นไปไม่ได้ ประเด็นนี้จึงทำให้ชุมชนมองว่าเป็น “ปัญหาส่วนบุคคล” ชุมชนมองว่าการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว “เป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว” แม้ในกรณีผู้สูงอายุติดเตียงอาศัยอยู่ลำพัง มุมมองของชุมชนมองว่าการดูแลผู้สูงอายุรายนี้ควรเป็นบทบาทของญาติพี่น้องช่วยดูแลเป็นสำคัญ และชุมชนที่ทำการศึกษานี้ครั้งนี้ระบุชัดเจนว่ายังคงวัฒนธรรมที่ค้ำจุนนี้อยู่

ภายใต้กระบวนการสนทนากลุ่มเพื่อค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เป็นไปได้ ในปัญหาการขาดความรู้และการสนับสนุนในกรณีฉุกเฉิน เป็นเรื่องไม่ซับซ้อน ผู้วิจัยพบว่าชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจน มีความพร้อมในการเชื่อมประสานกับสถานบริการสุขภาพในพื้นที่ การให้ความสำคัญกับปัญหาที่ผู้ดูแลมีความรู้ไม่เพียงพอ และการเจ็บป่วยฉุกเฉินยังเป็นการช่วยเหลือในลักษณะของ “ประโยชน์ร่วม” และ “มีส่วนร่วมได้และเสีย” เนื่องจากปัญหาที่มีโอกาสขึ้นกับคนส่วนใหญ่ และมีแนวโน้มจะเกิดความสำเร็จในการแก้ไข18 มีระบบรพพยาบาลฉุกเฉินรองรับ เพียงนำมาวางแผนร่วมกันให้เกิดการประสานงานและกำหนดผู้ประสานงานที่มีความพร้อมจะดำเนินการ รวมไปถึงการเพิ่มเติมการจัดระบบบริการเชิงรุกที่อยู่ในขอบเขตงานอยู่แล้ว นับเป็นการเพิ่มการจัดบริการเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในการเข้าถึงการบริการ19

ผู้วิจัยพบว่ายังมีข้อมูลจากการสำรวจที่ป้อนกลับและสิ่งที่ชุมชนสะท้อนมีความไม่สอดคล้องกันในประเด็นของความรอบรู้ในเรื่องสุขภาพของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในระยะสำรวจพบว่าอยู่ในระดับดี แต่ผลจากการสนทนากลุ่ม อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพของตนเอง และระบุดึงการขาดความรู้ในการดูแล และมีความต้องการที่จะได้รับการส่งเสริมความรู้เพิ่มเติม ทั้งนี้ นับเป็นการยืนยันได้ว่ากระบวนการค้นหาคำตอบผ่านงานวิจัยเชิงคุณภาพยังคงทำให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง และการทำการวิจัยแบบมีส่วนร่วมด้วยวิธี mixed methods และ triangulation study ยังมีความสำคัญเป็นอย่างมาก

การค้นหามุขบุคคลที่มีบทบาทสำคัญ (Key persons) ในการที่จะนำไปสู่การวางแผนที่มีประสิทธิภาพในระยะของการวางแผนการปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเป็นเรื่องสำคัญ ผู้วิจัยพบโครงสร้างการทำงานที่ดีในระหว่างสนทนากลุ่ม โดยผู้ที่สามารถให้รายละเอียดข้อมูลผู้สูงอายุได้ค่อนข้างมากคือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีความเป็นไปได้ว่าอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีบทบาทค่อนข้างมากในการประสานงานและสื่อสารข้อมูลต่างๆ ระหว่างหน่วยบริการสุขภาพและผู้คนที่อยู่ในชุมชน ประกอบกับการทำงานในบทบาทของอาสาสมัครที่เลือกปฏิบัติหน้าที่ด้วยความสมัครใจและมีค่าตอบแทนไม่มาก การมีส่วนร่วม

ที่ดีและความใส่ใจทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลของคนในชุมชนได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ ผู้นำชุมชนคือผู้ใหญ่บ้านและกำนัน ยังเป็นบุคคลที่มีเครือข่ายการประสานและมอบหมายบุคคลที่เกี่ยวข้อง ชุมชนให้ความเคารพเชื่อถือและบุคลากรสุขภาพจะมีความจำเพาะชัดเจนในเรื่องการบริการสุขภาพ ทั้งนี้ การนำผู้แทนจากครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุมาร่วมวางแผนด้วยจะนำไปสู่การวางแผนการแก้ไขปัญหาได้ครอบคลุมมากขึ้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยไม่ได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในครอบครัวโดยตรง การศึกษาเชิงลึกถึงความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อการมีผู้ดูแลจากบุคคลที่มีไม่ใช่สมาชิกในครอบครัว ทำให้ยังขาดมิติของปัญหาความต้องการของครอบครัวแท้จริง

นอกจากนี้ ผู้วิจัยตระหนักถึงข้อจำกัดของวิธีการสนทนากลุ่มที่มาจากหลากหลายส่วนที่มาจากชุมชนเดียวกันและมีความเกี่ยวข้อง มีทั้งข้อดีในการร่วมแสดงความคิดเห็นและข้อจำกัดโดยเฉพาะในประเด็นที่ละเอียดอ่อนที่อาจมีผลต่อสัมพันธภาพของคนในชุมชน หรือความเป็นส่วนตัวของบุคคล อีกทั้งการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลอาจเป็นประโยชน์ด้านข้อมูล แต่อาจก่อให้เกิดความไม่ไว้วางใจในกระบวนการกลุ่มที่มี และเป็นการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยที่เป็นบุคคลภายนอกชุมชนและเข้าไปศึกษาชุมชนภายในระยะเวลาที่จำกัด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้และเพื่อการวิจัย

ผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ คือจุดเริ่มต้นของการทำงานในระยะการวางแผนเพื่อการปฏิบัติและลงไปสู่การนำไปปฏิบัติ รวมทั้งการประเมินผลการปฏิบัติในรูปแบบการวิจัยซึ่งเป็นเป้าหมายของการนำการแก้ไขปัญหาโดยมีชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ที่สนับสนุนทุนวิจัยพื้นฐาน (Fundamental Fund) ประจำปี 2565 สำหรับการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณ ผศ.ดร.นงลักษณ์ สุวิศิษฐ์ ที่สละเวลาอันมีค่าอย่างยิ่งในการให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงการเขียนรายงานของบทความให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

References

1. United Nations Population Fund. Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge. New York: United Nations Population Fund. 2012.
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). Situation of the Thai Older Persons 2021. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University. 2021. (in Thai)
3. Intolo S, Chamnanborirak P, Intharit J, Imnamkhao S, Yowaphui P, Pranudta S, et al. Perception in self-health care of older persons in suburban areas. MKHJ [Internet]. 2020 [cited 2023 Aprin21]; 17(2):240-9. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/246781/167767> (in Thai)
4. Public Health Strategy Development Group. Strategic Plan for Health Khon Kaen Province (2023-2027) [Internet]. 2022. Khon Kaen Provincial Public Health Office [cited 2023 Aprin21]; Available from: <https://www.kkpho.go.th/index.php> (in Thai)
5. Kedsuk K., Chouikerd P. & Kedsuk, Vi. Non Thon Municipality. Situation and Operations of the Elderly of Non Thon Municipality, Muang District, Khon Kaen Province. 2021.(in Thai)
6. Intolo S, Amornrojanavaravutti W, Chaiprain T. Problems in Care of Older People and Caregivers' needs: Context of Semi Urban, Semi -rural Society. College of Asian Scholar Journal [Internet]. 2022 [cited 2023 April21];12(4):146-55. Available from: <https://casjournal.cas.ac.th/admin/superadmin/copver1/675122370.pdf> (in Thai)
7. Wallerstein N, Duran B. Using community-based participatory research to address health disparities. Health Promot Pract [Internet]. 2006 [cited 2023 April11];7:312–23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16760238/>
8. Baker A., Weisgrau J., & Bristol P K. Feedback loops: Mapping transformative interactions in education innovation [Internet]. Digital Promise; 2022. [cited 2023 May21]. Available from: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED622549.pdf>
9. Stringer ET. Action research [Internet]. Third edition. Thousand Oaks, CA: Sage. 2007.
10. Nastasi BK, & Schensul SL. Contributions of qualitative research to the validity of intervention research. Journal of School Psychology [Internet]. 2005 [cited 2023 April11]; 43(3): 177-95. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022440505000348>
11. Miles MB, & Huberman AM. Qualitative data analysis. An Expanded Sourcebook (2nded.) Thousand Oaks, CA: Sage; 1994. P.55-88.
12. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qualitative health research [Internet]. 2005 [cited 2023 April10]; 15(9): 1277-88. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1049732305276687?journalCode=qhra>
13. Lincoln YS, Guba, EG. Naturalistic Inquiry. Newbury Park, CA: Sage Publications. 1985.
14. Nowell L S., Norris JM., White D E., & Moules N J. Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. International Journal of Qualitative Methods 2017; [cited 2023 May 21]; 16(1). Available from: <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
15. Chatakarn V. Action Research. Suratthani Rajabhat Journal [Internet]. 2015 [cited 2023 May 21]; 2(1): 29-49. Available from: <https://e-journal.sru.ac.th/index.php/srj/article/view/241>(in Thai)
16. Phratreprattanasutee. Parental Care according to Buddhism. Princess of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Sciences [Internet]. 2014 [cited 2023 May 21]; 1(2): 65-74. Available from: <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/pnuhuso/article/view/53500> (in Thai)
17. Rattananaraj P, Sarakan K, Kotta P. Potential of Elderly Caregivers Associated with Isan Cultural Context. J Royal Thai Army Nurses [Internet]. 2020 Apr. 27 [cited 2023 May 11]; 21(1):147-56. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/241486> (in Thai)
18. Kasemkitwattana S & Prison P. Chronic Patients' Family Caregivers: A Risk Group That Must Not Be Overlooked. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2014;29(4):22-31. (in Thai)
19. Khammek S, Intagoon K. The Development of The Integrated Quality of The Elderly in Semi-urban and Semi-rural Areas: The Case of Plai Chomphon Sub-district, Muang District, Phitsanulok Province. NBJ.2021; [cited 2023 May 10];10(1):74-88. Available from: <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/NBJ/article/view/251546/170886> (in Thai)