

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยติดเตียง ในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน

Community Participation in Long Term Care for Bedridden Patients in the Ban Suan Municipality District

Received : September 11, 2023

Revised : October 25, 2023

Accepted : October 30, 2023

ณัฐนิชา มณีสุวรรณ, วท.ม. (Natnicha Maneesuwan, Ms.C.)¹

สุริยา ฟองเกิด, ปร.ด. (Suriya Fongkerd, Ph.D.)^{2*}

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยติดเตียงในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน

วิธีการวิจัย: การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย ประกอบด้วย 4 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง (caregiver: CG) จำนวน 8 คน และจิตอาสา จำนวน 2 คน กลุ่มที่ 2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 10 คน กลุ่มที่ 3 ผู้นำชุมชน จำนวน 8 คน และบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 2 คน กลุ่มที่ 4 ผู้ดูแลหลัก (Family caregiver) จำนวน 10 คน คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเป็นแบบการวิเคราะห์เนื้อหาตามแนวคิดวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของ โคไลซี

ผลการวิจัย: พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยติดเตียงในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน มีประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของครอบครัว ได้แก่ การเตรียมอาหารสำหรับผู้สูงอายุ การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ และการดูแลรักษาสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การมีส่วนร่วมของหน่วยงานทางสุขภาพ ได้แก่ การให้บริการการดูแลรักษาเบื้องต้นทางสุขภาพ ให้คำแนะนำ ปรีกษา สอนให้ความรู้ และประสานงานกับหน่วยงานอื่น และ 3) การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายชุมชน โดยการจัดบริการทางสังคมให้กับผู้ป่วยติดเตียงและครอบครัวตามสิทธิสวัสดิการแห่งรัฐเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ตลอดจนประสานงานกับภาคีเครือข่ายการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม, ผู้ป่วยติดเตียง, ชุมชน

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี

(Registered nurse, Public Health Service Center, Ban Suan Municipality Chonburi Province)

²อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

(Lecturer, Boromrajonani College of Nursing, Chon Buri, Faculty of Nursing, Phraboromrajchanok Institute)

*ผู้รับผิดชอบบทความ (Corresponding author)

E-mail: suriya@bnc.ac.th

Abstract

Objective: The purpose of this research was to study community participation in long-term care for bedridden patients in Ban Suan Municipality.

Methods: The informants in this qualitative research consisted of four groups: Group 1: 8 caregivers and 2 volunteers; Group 2: 10 village health volunteers; Group 3: 8 community leaders and 2 public health personnel; Group 4: 10 family caregivers selected as key informants. Data was collected using the group discussion method. The tool used was a semi-structured interview.

Results: The results showed that community participated in long-term care for bedridden patients in Ban Suan Municipality. Three main participations were found: 1) Family participation, including preparing food for the elderly, body cleansing, restoring health of the elderly and providing health care for the elderly; 2) Participation of health agencies including providing basic health care services, giving advice, consulting, and teaching knowledge and coordination with other agencies; and 3) participation of local administrative organizations and community network partners by providing social services to bedridden patients and their families according to state welfare rights to ensure a good quality of life as well as coordinating with network partners to participate in long-term care for bedridden patients in the community.

Keywords: Participation, Bedridden Patients, Community

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ผู้ป่วยติดเตียงโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากผลการสำรวจในปี 2564 พบว่า มีผู้สูงอายุติดเตียงร้อยละ 1.3 ตึบ้านร้อยละ 1.8 เพิ่มขึ้นมากกว่าปี 2558 ถึง 1.5 เท่า (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) จากสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดังกล่าว ทำให้รัฐบาลต้องเร่งพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยสร้างความเป็นธรรม และลดความเหลื่อมล้ำในทุกมิติ (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2566) รัฐบาลต้องเพิ่มงบประมาณค่าใช้จ่ายทางด้านสวัสดิการสังคม และการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นภายใต้ระบบการดูแล

ระยะยาว (สำนักงบประมาณของรัฐบาล สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2562) การดูแลระยะยาว (Long Term Care) เป็นการจัดบริการสาธารณสุข และสวัสดิการสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยติดเตียง โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวเป็นการให้บริการด้านสวัสดิการสังคมแก่กลุ่มผู้ป่วยติดเตียงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขในสังคม (ปาณิสดา บุญรัตกลิน, 2561) ถึงแม้ว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงระยะยาวที่รัฐบาลได้จัดไว้ให้ประชาชนไทยนั้น ค่อนข้างที่จะมีความสมบูรณ์ และเป็นรูปธรรมมากที่สุดจากอดีตที่ผ่านมา ซึ่งทำให้ผู้ที่

เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยติดเตียง ได้รับสวัสดิการสังคมไปด้วย เช่น กลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ซึ่งกลุ่มเหล่านี้ เป็นกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เป็นทางการ (กฤตวรรณ สาหร่าย, ฤชงค์ เสนานุช และ ชัตติยา กรรณสูตร, 2562) แต่ในขณะเดียวกัน กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่เป็นทางการ คือกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งทำหน้าที่ในการดูแลตลอดทั้งวันทั้งคืน ต้องเสียสละตนเองทั้งกายและใจ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ทิ้งไปไหนแต่ไม่ได้รับสวัสดิการ การดูแล และการพัฒนาศักยภาพเหมือนกับกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นทางการ (สุรียา พองเกิด, กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม และ กนกพร นทีชนสมบัติ, 2562)

การมีส่วนร่วมของประชาชนในบริบทของประเทศไทย มีการตีความหมายหลากหลาย ตามบริบทสังคม การเมือง และสิ่งแวดล้อม ในนิยามของการมีส่วนร่วมที่ยังไม่ชัดเจน ประชาชนส่วนใหญ่และเจ้าหน้าที่ที่ทราบกฎหมายของรัฐธรรมนูญยังมีความเห็นว่าการมีส่วนร่วมของประชาชน คือ การรับฟังความคิดเห็นของประชาชนผ่านเวทีประชาพิจารณ์เท่านั้น ซึ่งส่งผลให้การมีส่วนร่วมของประชาชนไม่ประสบความสำเร็จ และเกิดข้อขัดแย้งในการพัฒนาสังคมไทย (จินตนา อาจสันเทียะ และ รัชณีย์ ป้อมทอง, 2561) การมีส่วนร่วม (Participation) เป็นกระบวนการที่สนับสนุนให้เกิดปฏิสัมพันธ์ของผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการดำเนินการใดๆ ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์นั้นได้นำไปสู่การแลกเปลี่ยนและสร้างความเข้าใจร่วมกันของผู้เกี่ยวข้อง (จิตรกร วนะรักษ์, 2564) ทางด้านจิตใจ และอารมณ์ (Mental and Emotional Involvement) ของบุคคล

ในสถานการณ์กลุ่ม (Group Situation) ผลของการเกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นการกระตุ้นให้มีการกระทำการใด ๆ จนบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่ม ด้วยความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกันกับกลุ่ม (จำรัส พรหมบุตร, 2565) การมีส่วนร่วมของชุมชนเกิดจากจิตใจที่ต้องการเข้าร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง เพื่อให้เกิดผลต่อความต้องการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตทางสังคมของกลุ่มคน การจัดกิจกรรมให้ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงจำเป็นต้องคำนึงถึงวิถีการดำเนินชีวิต ค่านิยม ประเพณี และทัศนคติของบุคคล เพื่อให้เกิดความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม (ชัยวัฒน์ พุ่มซ้อน และ กันตพัฒน์ พรศิริวัชรสิน, 2561) เนื่องจากกระบวนการพัฒนาอย่างเสรีตามหลักการของความเป็นประชาธิปไตย ต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกคน กระบวนการมีส่วนร่วมจึงแสดงถึงความตระหนัก ความต้องการ และคุณค่าของประชาชนที่เป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินการและการตัดสินใจของภาครัฐ ภายใต้การมีเป้าหมายเดียวกัน โดยใช้กระบวนการสื่อสารแบบสองทาง เพื่อให้มีการตัดสินใจที่เหมาะสม และได้ รับการสนับสนุนจากประชาชน (ชวลิต สวัสดิ์ผล และ วาริ ศรีสุรพล, 2565) การเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนจึงควรประกอบด้วย (1) การวิเคราะห์ สังเคราะห์ ปัญหาของชุมชน (2) การวางแผนที่เหมาะสม และสอดคล้องกับวิถีชีวิต (3) การกำหนดกิจกรรม (4) การดำเนินกิจกรรม และ (5) การประเมินผลกิจกรรม โดยให้ความสำคัญกับการใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการเข้ามามีส่วนร่วม หน่วยงานภาครัฐคอยช่วยเหลือ ให้คำแนะนำหรืออำนวยความสะดวกเท่านั้น ดังนั้น การมีส่วนร่วมของชุมชนจึงควรเน้นความเท่าเทียมของโอกาสและการรับรู้ของประชาชน อันจะนำมาซึ่งการวิเคราะห์สถานการณ์ของชุมชน การวางแผนในการพัฒนาหรือแก้ปัญหา การดำเนินการตามแผนและ

กระบวนการติดตามประเมินผลที่เป็นรูปธรรม ดังนั้นความสำเร็จของกระบวนการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบหลายด้าน อาทิ ศักยภาพของประชาชนในชุมชน ความสัมพันธ์ของประชาชนในชุมชน การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของประชาชน สถาบันทางสังคม ในชุมชน ทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงความสามารถในการวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ ของชุมชน และองค์ประกอบที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการมีส่วนร่วมสำคัญที่สุด คือ ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในบริบทของสังคมไทย ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพ

พยาบาลชุมชนนับว่าเป็นบุคลากรอีกกลุ่มหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการให้บริการสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลชุมชนจึงต้องมีสมรรถนะทางด้านความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลทักษะในการปฏิบัติงานที่มี มาตรฐานเป็นที่ยอมรับ มีความชำนาญ และคุณลักษณะที่เหมาะสมของบุคคลที่จะสามารถปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับชุมชน โดยเฉพาะพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. พยาบาลวิชาชีพได้รับการยอมรับว่าเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการผลักดันให้การดำเนินงาน ของ รพ.สต. ให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ ตลอดจนมีหน้าที่สำคัญในการสื่อสารความรู้ไปสู่ประชาชน และปฏิบัติ ตนเป็นผู้ช่วยด้านต่างๆ ของประชาชน (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2560) ดังนั้นพยาบาลชุมชนจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจในภารกิจของหน่วยงานและหน้าที่ความรับผิดชอบและสมรรถนะของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน รวมถึงมาตรฐานบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์เพื่อให้บริการพยาบาลแก่ บุคคลครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการพัฒนาารูปแบบ

การดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมวางแผนเป็นสิ่งสำคัญและเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจากการที่ภาคประชาชนโดยผู้ดูแล อาสาสมัคร ผู้แทนจากองค์กรชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมรับฟังข้อมูลปัญหาผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนทำให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและร่วมคิดหาทางออกด้วยกันจะช่วยทำให้การพัฒนาบริการสำหรับผู้ป่วยติดเตียง มีความยั่งยืนได้มากกว่าการทำและคิดแทนโดยเจ้าหน้าที่

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยพบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลายแห่งได้เริ่มต้นการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามระบบการดูแลระยะยาว โดยการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติกับผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน แต่การปฏิบัติตามนโยบายนั้นยังไม่พบว่ามียุทธวิธีที่ชัดเจนซึ่งในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวนก็ยังเป็นการบริการพยาบาลแบบแยกส่วนเน้นเฉพาะการดูแลผู้ป่วยอย่างเดียวเท่านั้น เพื่อให้เกิดรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยติดเตียง และพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลชุมชนให้มีศักยภาพที่สูงขึ้น จึงได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยติดเตียงในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวนเพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าสู่การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุข มั่นคง และยั่งยืนต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยติดเตียงในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน

3. คำถามการวิจัย

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยติดเตียงในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน มีลักษณะเป็นอย่างไร และมีส่วนร่วมเรื่องอะไรบ้าง

4. ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยติดเตียงในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน โดยผู้วิจัยทำการสนทนากลุ่ม (focus group) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีลักษณะ เนื้อหาสาระเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ

4.1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant)

ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลหลักไว้ คือ 1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง (caregiver: CG) ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนจากกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 70 ชั่วโมง และมีการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติหน้าที่มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี 3) บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองบ้านสวน อำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี 4) ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชน ประธานชมรมผู้สูงอายุ ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5) จิตอาสาในชุมชน 6) ผู้ดูแลหลักในครอบครัว (Family caregiver) ที่ให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนต่อเนื่องที่บ้านตลอดเวลา ไม่น้อยกว่า 1 ปี โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และมีความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ และกำหนดกลุ่มที่จะทำการ

สนทนากลุ่มโดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ซึ่งเป็นกลุ่มขนาดกลาง โดยมีจำนวนสมาชิกกลุ่ม ๆ 8-10 คน (ชาย โพธิ์สิตา, 2556) ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง (caregiver: CG) จำนวน 8 คน และจิตอาสา จำนวน 2 คน

กลุ่มที่ 2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 10 คน

กลุ่มที่ 3 ผู้นำชุมชน จำนวน 8 คน และบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 2 คน

กลุ่มที่ 4 ผู้ดูแลหลัก (Family caregiver) จำนวน 10 คน

4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการวิจัย ซึ่งต้องมีปฏิสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับผู้ให้ข้อมูลสร้างความสัมพันธ์กับผู้ให้ข้อมูลเพื่อสร้างความไว้วางใจ และได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือที่สุด ผู้วิจัยผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการวิจัยเชิงคุณภาพ ผ่านการอบรมการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากสภาวิจัยแห่งชาติ (วช.) และผ่านการอบรมหลักสูตรการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพจากสมาคมนักวิจัยแห่งประเทศไทย ปัจจุบันมีผลงานวิจัยเชิงคุณภาพจำนวนหนึ่งที่ตีพิมพ์ในวารสารระดับชาติ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้จัดหาอุปกรณ์และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและภาษาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1 และอุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียงเพื่อให้บันทึกเสียงขณะสนทนากลุ่ม และแบบบันทึกข้อมูลสำหรับใช้ในการวิจัย และสร้างแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม

4.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

4.3.1 ประสานงานกับเทศบาลเมืองบ้านสวน ประธานชุมชน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ วิธิดำเนินงาน และระยะเวลาดำเนินการวิจัยให้ทราบตลอดจนขอความร่วมมือในการอนุญาตให้ผู้เกี่ยวข้องในสังกัดเข้าร่วมกิจกรรมในการวิจัยครั้งนี้

4.3.2 เข้าไปในพื้นที่เพื่อการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน สร้างความคุ้นเคยกับผู้นำชุมชน และเชิญชวนเข้าร่วมการดำเนินการวิจัยโดยประสานอย่างเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ

4.3.3 ประชุมชี้แจงสร้างความเข้าใจระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ วิธิดำเนินงาน และระยะเวลาดำเนินการวิจัยให้ทราบ และนัดหมายวัน เวลาสถานที่ เพื่อทำการสนทนากลุ่ม

4.3.4 สนทนากลุ่ม (Focus group discussion) กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ทั้ง 4 กลุ่ม โดยทำการสนทนากลุ่มเพียงวันละ 1 กลุ่ม พร้อมทั้งสังเกตพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มขณะสนทนากลุ่มจดบันทึกและบันทึกเสียงขณะสนทนากลุ่มจนกว่าการสนทนากลุ่มจะเสร็จสิ้น ซึ่งผู้วิจัยแบ่งหน้าที่กันรับผิดชอบการเก็บข้อมูลโดยแบ่งเป็น ผู้สัมภาษณ์ ผู้สังเกตการณ์ และจดบันทึก และเขียนบันทึกเชิงปฏิบัติการเพื่อช่วยให้การสะท้อนคิดของผู้วิจัย ชี้นำทิศทางในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

4.3.5 จัดการข้อมูล หลังจากเสร็จสิ้นจากการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยจะมีการจัดข้อมูล คือ หลังจากเสร็จสิ้นการสนทนากลุ่ม จะทำการถอดเทปทุกคำพูดของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม ทั้ง 4 กลุ่ม และนำข้อมูลมาจัดเรียงในแต่ละเรื่อง

เพื่อสะดวกในการนำข้อมูลออกมาใช้ และป้องกันการการสับสนของผู้วิจัย นำข้อมูลที่มีการจัดเรียงเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบกับแนวคิด ทฤษฎี เอกสารบทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงมาวิเคราะห์ร่วมกันว่าถูกต้องและตรงตามวัตถุประสงค์หรือไม่

4.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลภายหลังการสนทนากลุ่มและรวบรวมข้อมูลในแต่ละครั้งโดยการกำหนดรหัสข้อมูล จัดหมวดหมู่ข้อมูล และเชื่อมโยงข้อมูลให้เป็นแนวเรื่อง โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นแบบการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ควบคู่กับการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่องตามแนวคิดวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของโคไลซี (Colaizzi, 1978) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

4.4.1 อ่านบทวนข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการถอดคำจากเทปบันทึกเสียงสัมภาษณ์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตามข้อมูลนั้น ๆ และใช้ปากกาสีเน้นข้อความระบายทับตัวหนังสือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคำถามการวิจัย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการถอดความมากำหนดรหัสเบื้องต้นซึ่งป็นรหัสข้อมูล

4.4.2 จัดการกับรหัสข้อมูลที่ได้ให้เป็นหมวดหมู่ โดยนำรหัสที่มีเนื้อหาอยู่ในกลุ่มเดียวกันมารวมเป็นหมวดหมู่เดียวกัน และสร้างข้อสรุปย่อๆชั่วคราว โดยได้นำไปให้ผู้แทนจากผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์

4.4.3 สร้างข้อสรุปสะสมชั่วคราว ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลาตามข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เพิ่มขึ้นจนกระทั่งมีความอิ่มตัวของข้อมูล (Data saturated) คือ ไม่มีข้อมูลใหม่หรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกิดขึ้นอีก

4.4.4 เขียนและขัดเกลาผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.5 ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

4.5.1 ความเชื่อถือได้ (Credibility) ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเคยมีผลงานวิจัยเชิงคุณภาพตีพิมพ์เผยแพร่ เรื่องประสบการณ์การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลบ้านสวน อำเภอมือง จังหวัดชลบุรี เป็นบุคลากรสาธารณสุขสังกัดศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองบ้านสวน ตำบลบ้านสวน เรียนรู้วิถีชุมชนและบริบทต่างๆ ของชุมชนตำบลบ้านสวนมาเป็นระยะเวลา 10 ปี ทำให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชนตำบลบ้านสวน และกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนจนเกิดความไว้วางใจต่อกันและกัน ใช้เวลาอยู่ในพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 5 เดือนระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชนทุกครั้ง ผู้วิจัยสังเกตและจดบันทึกสะท้อนคิดความรู้สึกของตนเองต่อการเก็บข้อมูลในแต่ละครั้งเพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป ทั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์การสนทนากลุ่ม การสังเกต และจดบันทึก เพื่อให้ข้อมูลที่ได้นั้นมีความเป็นจริงและถูกต้องมากที่สุด และแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย วันที่ รหัสของผู้ให้ข้อมูล เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามสำหรับใช้ใน

การสัมภาษณ์การสนทนากลุ่ม ซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การสร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเตือนความจำในระหว่างการสัมภาษณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบกลุ่ม พร้อมทั้งใช้เทคนิคการสนทนาสรุปความ การสะท้อนความคิดในบางช่วงของการสนทนา เพื่อตรวจสอบการตีความของผู้วิจัยให้ถูกต้องตรงตามความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลในระดับหนึ่ง สังเกตพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลขณะสัมภาษณ์ ว่าผู้ให้ข้อมูลมีการแสดงทางสีหน้าท่าทาง อากัปกิริยาที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออกมาให้เห็น ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต ผู้วิจัยจดบันทึกทันทีที่สังเกตเห็นเพื่อป้องกันข้อมูลคลาดเคลื่อนจากความจริง และในขณะเดียวกันได้จดบันทึกสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และสิ่งแวดล้อมรอบข้างสะท้อนความรู้สึกส่วนตัวของผู้วิจัยที่มีต่อผู้ให้ข้อมูลเพื่อลดอคติของผู้วิจัย เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการวิเคราะห์ให้ชัดเจนและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (Member checks) และตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) (สุภากร จันทวานิช, 2554)

4.5.2 การตรวจสอบได้ (Auditability) ผู้วิจัยได้เขียนรายละเอียดของกระบวนการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างชัดเจน นำไปสู่การสร้างข้อสรุปและตรวจสอบได้ โดยหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจะนำข้อมูลมาตรวจสอบเพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่ได้รับนั้นถูกต้อง และตรงกับสภาพความเป็นจริง

4.5.3 ความเฉพาะเจาะจงและนำไปใช้จริงตามประสบการณ์ที่พบ (Transferability) ผู้วิจัยคำนึงถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ตามข้อค้นพบของงานวิจัยในบริบทที่นอกเหนือจากบริบทที่ผู้วิจัยทำการศึกษาคือตำบลบ้านสวน หรือชุมชนอื่นๆ

ภายใต้บริบทและเงื่อนไขที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยผู้วิจัยได้เขียนบรรยายลักษณะของตำบลบ้านสวน การเก็บรวบรวมข้อมูล การเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจงของผู้ให้ข้อมูลที่มีความหลากหลาย แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก ตลอดจนขั้นตอนการดำเนินการวิจัยไว้อย่างละเอียด เพื่อให้ผู้อ่านได้เข้าใจ และสามารถนำผลการวิจัยที่ค้นพบในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยติดเตียงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

4.5.4 การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) ผู้วิจัยอธิบายว่าผลการศึกษานี้เป็นข้อค้นพบที่เกิดขึ้นจริงจากผู้ให้ข้อมูลหลัก มิได้เกิดจากความลำเอียงส่วนตัวของผู้วิจัย ซึ่งสามารถตรวจสอบได้ และการดำเนินการวิจัยได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการที่หลากหลายได้แก่ การสัมภาษณ์ สักเกต และการจดบันทึกตลอดจนการสะท้อนคิดข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลทุกราย โดยผู้วิจัยกระทำทันทีที่สัมภาษณ์และสังเกตเสร็จ หรือภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการหลงลืมข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยนำคำพูดของผู้ให้ข้อมูลมาถ่ายทอดลงในผลการวิจัยอย่างครบถ้วนตามความเป็นจริง และในระหว่างการทำวิจัย ผู้วิจัยนำข้อค้นพบที่ได้มาทำการตรวจสอบร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อรับคำแนะนำหรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนสรุปเป็นผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์ ซึ่งผู้อ่านสามารถตรวจสอบความถูกต้องซ้ำได้ตลอดเวลา

4.6 จริยธรรมในการวิจัย

ได้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เลขที่รับรอง CBO Rec 65-068 วันที่ให้การรับรอง 19 ธันวาคม 2565 และผู้วิจัยจึงทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

4.6.1 ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์ รวมทั้งขั้นตอน และรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์และขออนุญาตบันทึกเทปไว้ เพื่อความถูกต้องในการบันทึกข้อมูลและให้ผู้ให้ข้อมูลลงลายชื่อให้ยินยอมด้วยทุกคนเป็นหลักฐาน

4.6.2 อธิบายให้ทราบว่าผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ได้ และถ้าหากตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย สามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อผู้ให้ข้อมูลแต่อย่างใด

4.6.3 เมื่อผู้ให้ข้อมูลสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูล

4.6.4 ตลอดการวิจัยผู้ให้ข้อมูลสามารถซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการทำวิจัยครั้งนี้ได้

4.6.5 ในระหว่างการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะปกปิดข้อมูลที่ไม่ต้องการเปิดเผย

4.6.6 ขณะที่สนทนากลุ่ม หากผู้ให้ข้อมูลเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เช่น สะเทือนใจ คับข้องใจจนไม่สามารถพูดคุยต่อไปได้ ผู้วิจัยยุติการสนทนาและอยู่เป็นเพื่อน ให้กำลังใจ และรองานกว่าผู้ให้ข้อมูลพร้อมที่จะพูดคุยต่อ ถ้าผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมหรือประสงค์ที่จะยุติการสนทนา ผู้วิจัยจะยุติการสนทนาและสอบถามผู้ให้ข้อมูลเพื่อเลือกเวลานัดหมายในครั้งต่อไป

4.6.7 ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะรับรู้ข้อมูล ตลอดจนสามารถตรวจสอบข้อมูลของตนเอง ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้วิจัย

4.6.8 ในการนำเสนอข้อมูลและเขียนรายงานการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้นามสมมติเพื่อเป็นการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอในภาพรวมโดยไม่เฉพาะเจาะจงผู้ใด

5. ผลการวิจัยและอภิปรายผล

5.1 ผลการวิจัย

5.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ส่วนมากมีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาและประกอบอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงไม่เพียงพอและผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วยติดเตียง ระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 6 ปี อายุของผู้ดูแลเฉลี่ย 52 ปี เป็นผู้ดูแลหลักของครอบครัว จำนวน 8 คน และจิตอาสา จำนวน 2 คน กลุ่มผู้นำชุมชน ประกอบด้วย นายกเทศมนตรี 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน ประธานชุมชน 3 คน ประธานชมรมผู้สูงอายุ 1 คน ประธาน อสม. 1 คน พยาบาลชุมชน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 10 คน กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (CG) 10 คน

5.1.2 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน มีกิจกรรมหลักๆ ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในแต่ละวัน ซึ่งมีหลากหลายกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยติดเตียง เนื่องจากผู้ป่วยติดเตียงไม่สามารถทำได้เอง ซึ่งเปรียบเสมือนเป็นพยาบาลประจำครอบครัวของตนเอง โดยมีข้อค้นพบ 4 ประเด็นหลัก ได้แก่

1) การเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วยติดเตียง เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีอาหารสดใหม่รับประทานและรับประทานแต่เช้าจะได้ไม่หิวมากเกินไปหากต้องรับประทานตอนสาย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ตื่นตั้งแต่ตีสี่ตีห้ามาหุงข้าว ทำกับข้าว เตรียมอาหารไว้ให้เค้า(ผู้ป่วยติดเตียง) เค้าตื่นมาจะได้มีอะไรกิน ป้อนข้าวป้อนน้ำ ต้องให้เค้ากินตรงเวลา” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3/4)

2) การดูแลทำความสะอาดร่างกายให้ผู้ป่วยติดเตียง เพราะในตอนกลางคืนผู้ป่วยจะมีการขับถ่ายออกมาทำให้สกปรกบนที่นอน แต่จะทำความสะอาดหลังจากรับประทานอาหาร เนื่องจากในช่วงเช้าผู้ป่วยจะหนาวและอาจทนความหนาวไม่ไหว ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้ “อาบน้ำให้คนแก่ทุกวันแต่สายๆ หน่อยนะ เช้าๆ มันหนาว เขาจะสั่น ถ้าถ่ายก็ค่อยเช็ดทำความสะอาดเอา แล้วก็อาบอีกทีตอนบ่าย 3 ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6/4)

3) การฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยติดเตียง ผู้ดูแลจะคอยออกกำลังกาย ทำกายภาพโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อให้ผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ขยับเคลื่อนไหวร่างกายทำให้เกิดข้อติดแข็งและกล้ามเนื้อลีบ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้ “แกข้อติดยืดเหยียดยากมาก หมอบอกว่าอยู่ว่างๆ ก็ต้องทำกายภาพให้บ่อยๆ เราก็อำท่าที่ทำได้ ไรเราก็กลัวเหมือนกัน ทำที่เจ็บทีแกก็ร้องลั่น เราก็ไม่กล้าทำต่อละ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5/4)

4) การดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ เช่น มีไข้ ผู้ดูแลก็จะทำการดูแลในเบื้องต้น เช่น ให้อาบน้ำ เช็ดตัวลดไข้ ดื่มน้ำ และนอนพักผ่อนให้ร่างกายอบอุ่น เป็นต้น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้ “เวลามีไข้ก็ใช้ปรอทที่ อสม. เค้าแจกมาวัดไข้ให้ก่อน ไข้กินยาพารา และก็เช็ดตัว ทำในเบื้องต้นก่อนเพราะเราพาเค้าไปโรงพยาบาลมากจะไปทีนี่ก็ต้องเดือนร้อนคนหลายคนช่วยกัน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1/4)

5.1.3 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

1) การมีส่วนร่วมของหน่วยงานทางสุขภาพ ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล โรงพยาบาลชุมชนได้เข้าไปเยี่ยมบ้าน คัดกรองและตรวจสุขภาพ ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาช่วยเหลือ จัดประชุมและอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในด้านการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งผู้ป่วยติดเตียงจะได้รับการดูแลช่วยเหลือดูแลจากทีมบุคลากรทางสุขภาพ ประกอบด้วย 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่ง อสม. เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนมานานมากกว่า 30 ปี 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver: CG) ซึ่ง CG ทุกคนผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่น้อยกว่า 70 ชั่วโมง ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ 3) ชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในชมรมเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง มีจิตอาสาคอยพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนและมีกิจกรรมจิตอาสาให้กับผู้ป่วยและผู้ด้อยโอกาสในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ 4) ผู้นำชุมชน เป็นผู้ที่มีบทบาทในการประสานงานรับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์จากสมาชิกในชุมชนและดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยติดเตียงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี 5) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบุคลากรทางสุขภาพที่ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพ ให้คำปรึกษา ประสานงานในส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม 6) เทศบาล ทำหน้าที่ในการจัดสวัสดิการทางสังคมโดยน่านโยบายในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเข้ามาจัดการและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุติดเตียงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และ 7) องค์กรเอกชน เนื่องจากเป็นพื้นที่

ที่อยู่ในเขตอุตสาหกรรม ผู้ประกอบการจะต้องมีความรับผิดชอบต่อสังคมจึงได้มีการบริจาคเงินสมทบกองทุนในชุมชนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยติดเตียงและจัดหาเครื่องอุปโภคบริโภคให้กับผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“พวกเรามีการทำงานที่แบ่งงานกันเป็นสายงาน ก็จะมีสายทางสาธารณสุข ก็จะมีคุณหมอ พยาบาล สาธารณสุข ที่ รพ.สต. และก็มีอสม CG มีชมรมผู้สูงอายุ พวกเราทำงานร่วมกันเวลาออกไปดูแลผู้ป่วยในชุมชนกัน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5/3)

“หนูก็เห็นมีมาเยี่ยมบ่อยค่ะ ที่เห็นก็จะเป็น คุณหมออนามัย อสม ชมรมคนแก่ณะค่ะ เดี่ยวนี้เขาเป็นโรงเรียนผู้สูงอายุกันแล้ว และก็มี...อะไรล่ะ...เขาเรียกกัน CG....CG... เขาก็มาช่วยดูแลดิฉัน บางทีเฝ้าคนไข้แทนเราเพื่อให้เราไปทำธุระได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4/4)

“ผมก็ถือว่า เป็นผู้นำชุมชน ชาวบ้านเดือดร้อน เจ็บป่วย ขอความช่วยเหลือ ผมก็รับเรื่องต่อ และรายงานข้อมูลให้ อบต. ท่านได้ทราบ ท่านนายกก็จะพาทีมงานของท่านลงพื้นที่มาดูแล ช่วยเหลือตามสิทธิและสวัสดิการที่ท่านมี” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2/3)

“เห็นมีบริษัทใหญ่ๆ ห้างต่างๆ ที่เขาอยู่แถวชุมชนเขาก็จะนำสิ่งของมาแจกให้ผู้ป่วยติดเตียงด้วยนะ บริจาคเงินให้ช่วยเหลือด้วยนะ แต่เขาก็ต้องประสานงานโดยผ่านมาทางเทศบาล. และทีมจากเทศบาล. ผู้บริหาร และกับบริษัทห้างร้านต่างๆ ก็จะลงพื้นที่มาด้วยกัน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1/3)

หน่วยงานทางสุขภาพจะจัดให้ทีมสุขภาพมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน ประกอบด้วย กิจกรรมการดูแลด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตใจ การดูแลด้านเศรษฐกิจและสังคม ดังนี้

(1) การดูแลด้านร่างกาย พบว่าผู้ป่วยติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งจะมีญาติที่ทำหน้าที่ในการดูแลหลักตลอด 24 ชั่วโมง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ (CG) และหน่วยงานสุขภาพเข้ามาให้ความช่วยเหลือในการให้บริการ การติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยติดเตียงในรายที่มีปัญหาสุขภาพ ซึ่งกิจกรรมที่ผู้ป่วยติดเตียงได้รับการดูแล ได้แก่ การดูแลสุขภาพจิต ส่วนบุคคล ด้านอาหาร ออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน และการดูแลทางการแพทย์ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ส่วนมากป้าก็จะเข้าไปดู ไปคัดกรองน้ำตาลให้เขา แนะนำเรื่องอาหาร เป็นส่วนใหญ่ การดูแลประจำวันจะเป็นหน้าที่ของญาติเขาค่ะ...” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1/1)

“เฉพาะงาน CG เข้า 8 โมง ต้องถึงบ้านคนไข้ไปดูการทานอาหาร รสหวาน มัน เค็ม ถูกต้องไหม ทานอาหารเสร็จดูเรื่องทานยาอย่าง ต่อเนื่องไหม ถูกต้องไหม ก็คือ จะดูการทานยาของเขา เสร็จ นั่งคุยกันสักพักออกกำลังกาย บอกเลยต้องบังคับถ้าไม่บังคับไม่ทำ มีอยู่หนึ่งรายถ้าเกิดไม่ไปตอนเช้า ยาหลังอาหารไม่กินค่ะ พอไปตอนเที่ยงนั้นอะไร ยาหลังอาหารเช้า” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2/1)

“ช่วยเหลือในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้เขาค่ะ เราก็ช่วยเขาในเรื่องของนวัตกรรม ทำอย่างไรไม่ให้เขาเป็นอีก ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน บางคนอาจไม่ดีขึ้นแต่ก็ไม่ได้ทำให้มันเลวลง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3/3)

“เวลาคนไข้และญาติโทรมาตามเราก็เตรียมกระเป๋ายี่ยมและก็ออกไปกับ อสม. ส่วนใหญ่นะคะก็จะไปเปลี่ยนสายยางให้อาหาร เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ และก็ทำแผลค่ะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1/3)

(2) การดูแลด้านจิตใจ พบว่าผู้ป่วยติดเตียงและครอบครัวจะได้รับการให้กำลังใจจากเพื่อนบ้าน อสม. ชมรมผู้สูงอายุ และบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยติดเตียงและครอบครัวมีขวัญและกำลังใจที่จะต่อสู้กับภาวะสุขภาพและความทุกข์ทรมานที่เผชิญอยู่ และผ่านพ้นวิกฤตนี้ไปได้ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“คือเราก็พูดคุยให้กำลังใจ ให้เขาทำใจยอมรับสภาพที่เขาเป็นอยู่ และทีมงานของพวกเราก็จะมีนักจิตวิทยาลงไปช่วยประเมินสภาพจิตให้ด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2/2)

“พวกเราก็จัดตารางเวรกัน ชมรมเพื่อไปเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียง ไปให้กำลังใจ ไปพูดคุย ชวนพูดคุยเกี่ยวกับธรรมะ ใครชอบสนุกๆ เราก็ไปทำกิจกรรมจำพวก..ร้องเพลงบ้าง เข้าจะได้ไม่เศร้าและจะได้มีกำลังใจที่จะสู้ต่อ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10/1)

“อสม.ก็ไปให้กำลังใจ มาเยี่ยม เขาแค่เห็นเราเขาก็ดีใจนะ ไปถึงก็จะหอมๆ หอมมาอีกแล้วเหอ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6/2)

(3) การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายชุมชน

การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน องค์กรเอกชน มูลนิธิ เมื่อมีการร้องทุกข์จากสมาชิกภายในชุมชน ได้ทำการลงพื้นที่ เพื่อเข้าไปเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียงตามบ้าน ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าไปช่วยเหลือ มีการจัดประชุม เสนอโครงการและกิจกรรมที่แก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง มีการจัดทำแผนนโยบายและการมอบหมายงานให้แก่ทีมงานที่เกี่ยวข้อง นำโครงการไปปฏิบัติ มีการจัดตั้งกองทุน และรับบริจาคเงินจากหน่วยงานเอกชนเพื่อ

เข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน รวมทั้งมีการให้กำลังใจจากผู้สูงอายุด้วยกัน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“กองสวัสดิการของชุมชนนี้ ก็ส่วนใหญ่มักจะมีประชุมทุกครั้ง กรรมการชุมชน ประธานชุมชน เดือนละครึ่ง ก็จะมีแจ้ง อบต. เสร็จแล้วก็จะมาที่เรา มันก็แบบนี้ นายกเป็นคนไปติดต่อเอง อย่างบริษัทห้างร้าน...อย่างนี้ ก็เขาขอเสนอ แล้วก็ใจใหญ่ ๆ ก็ให้เสนอหนึ่งอะไรอย่างนี้ บ้างก็ 50,000 บ้าง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2/3)

“มีผู้ป่วย 1 คนก็จะมี เทศบาล. โดยกองสาธารณสุขของเขา เข้ามาดูแลแล้วก็จะมี อสม. มาด้วย..เขาจะส่งพยาบาลลงไปดูให้ก่อน แล้วต่อไปเขาก็จะดูแล ถ้าต้องการดูแลตลอด ก็จะมี อสม. ลงไป ไปบอกเขาก็คือหนึ่ง จริงๆชุมชนเขาเป็นคนรับแจ้งประสานงานต่อ ส่วนมากเขาก็จะมาบอกชุมชน.” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3/3)

“เทศบาล จะมีส่วนในการสนับสนุนผ้าอ้อมสำเร็จรูป เดือนละ 1 ครั้ง ไข่ นม ข้าวสาร เวลาที่มีกิจกรรมผู้พิการ เราจะเอาบัตรเขาไปรับของที่แจกให้ บางบ้านที่เข้าบ้านอยู่ เทศบาลจะช่วยเป็นเงินเล็กน้อย แต่เขาไม่ได้นำเงินของ มาช่วยเหลือนะ เขาก็มีกองทุน มูลนิธิมาช่วยเหลือ...” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1/3)

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

5.2.1 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

จากข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในแต่ละวันที่มีความหลากหลาย กิจกรรมที่ต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยติดเตียง เนื่องจากผู้ป่วยติดเตียงไม่สามารถทำได้เอง ซึ่งเปรียบเสมือนเป็นพยาบาลประจำครอบครัวของตนเอง โดยมีข้อค้นพบ 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การเตรียมอาหาร

สำหรับผู้ป่วยติดเตียง 2) การดูแลทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยติดเตียง 3) การฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยติดเตียง และ 4) การดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยติดเตียง เนื่องจากสังคมไทยยังเป็นสังคมที่มีวัฒนธรรมของการตอบแทนบุญคุณของผู้มีพระคุณ การดูแลผู้ป่วยติดเตียงซึ่งเป็นผู้สูงอายุ นั้น จึงเป็นหน้าที่ของคนในครอบครัว โดยญาติผู้ดูแลจะทำหน้าที่คอยดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในเรื่องอาหาร ยา และการปรนนิบัติ ซึ่งความเป็นชุมชนท้องถิ่นของไทย จะยังคงมีวัฒนธรรมที่สืบทอดกันมาเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุพการี เช่น พ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย ไม่ว่าจะเป็นการดูแลจากสามี ภรรยา ลูกสาว ลูกชาย ลูกเขย สะใภ้ และหลาน ญาติผู้ดูแลต้องปฏิบัติต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่อยู่มีภาวะพึ่งพิง สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษม อรรถากร และ สุเทพ เชื้อสมุทร (2564) ที่อธิบายว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จำเป็นต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ผู้สูงอายุบางรายอาจจะพอช่วยแขน ขาได้บ้าง แต่ถึงอย่างไรก็ตามยังต้องมีคนช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันทุกอย่างเช่นกัน ได้แก่ การป้อนอาหาร และน้ำ การช่วยเหลือในการล้างหน้า แปรงฟัน และการอาบน้ำ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ

ชวลิต สวัสดิ์ผล, ธวัชชัย เพ็งพิณิจ, อัครเดช เสนานิกรณ์ และวารี ศรีสุรพล (2560) ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย พบว่า ญาติผู้ดูแลมีกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละวัน ได้แก่ 1) การเช็ดตัว หรือการอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย การแต่งตัวสวมใส่เสื้อผ้า 2) การดูแลเกี่ยวกับอาหาร ตั้งแต่ การเตรียมอาหาร การป้อนอาหารและน้ำ 3) การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย พบว่า ญาติผู้ดูแลมีวิธีการดูแลให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุใน

รักษาพยาบาลแบ่งออกเป็น 2 วิธี คือ การดูแลรักษาด้วยตนเอง คือการซื้อยามาให้ผู้สูงอายุรับประทานเอง การจัดยาตามที่โรงพยาบาลจัดให้มาสำหรับให้ผู้สูงอายุรับประทาน และการรักษาแบบทางเลือกคือการพาผู้สูงอายุไปรักษากับหมอพื้นบ้าน สำนักสงฆ์ หมอคู่ที่เป็นความเชื่อของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ และครอบครัว

5.2.2 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนได้รับการบริการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือดูแลจากหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชน ประกอบด้วย 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver: CG) 3) ชมรมผู้สูงอายุ 4) ผู้นำชุมชน 5) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6) องค์การบริหารส่วนตำบล และ 7) องค์การเอกชน และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งแบ่งออกเป็น การดูแลของหน่วยงานสุขภาพ และการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ซึ่งการนำกระบวนการการวางแผนอย่างมีส่วนร่วมมาใช้ในการพัฒนาชุมชนในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน ประกอบด้วยกระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างความรู้ร่วมกัน 2) การสร้างแนวทางในการพัฒนา และ 3) การสร้างแนวทางการปฏิบัติ การทำงานร่วมกันของชุมชนทุกภาคส่วนจะเป็นแนวทางที่ก่อให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชน อันจะนำไปสู่การเป็นชุมชนอยู่เย็นเป็นสุขได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย (2557) พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยอาศัยกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการจัดเวทีระดมความคิด วิเคราะห์ปัญหาด้านการส่งเสริมและการดูแลสุขภาพร่วมกันระหว่างชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ตัวแทนของครอบครัว

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน ในการหาแนวทางการพัฒนาแกนนำ ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน การกระตุ้นให้เห็นความสำคัญด้านสุขภาพ และแนวคิดการทำงานโดยอาศัยภาคีเครือข่ายให้เกิดการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน และสอดคล้องกับการศึกษาของ รณิตา มนต์คลัง ภักดี โพธิ์สิงห์ และสัญญา เคนาภูมิ (2559) พบว่า การร่วมมือกันของเครือข่ายในชุมชน และการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนั้น โดยมีเทศบาลร่วมเป็นผู้ดูแลหลักในการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในเรื่องของชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ เพื่ออำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตและดูแลสุขภาพ ได้แก่ เปี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส เช่นเดียวกับการศึกษาของ วาสนา ศิริรักษ์ และนงลักษณ์ สุริโย (2560) พบว่า การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน จากความร่วมมือของญาติ อาสาสมัครสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ดำเนินงานร่วมกันให้ความสำคัญ ช่วยกันสนับสนุนหาเงินทุนเข้ามาช่วยเหลือ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงจะประสบความสำเร็จ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

6. สรุป

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยติดเตียงในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน สามารถสรุปได้ดังนี้

6.1 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ได้แก่ 1) การเตรียมอาหารสำหรับผู้สูงอายุ 2) การดูแลทำความสะอาดร่างกาย 3) การฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ และ 4) การดูแลรักษาสุขภาพผู้สูงอายุ

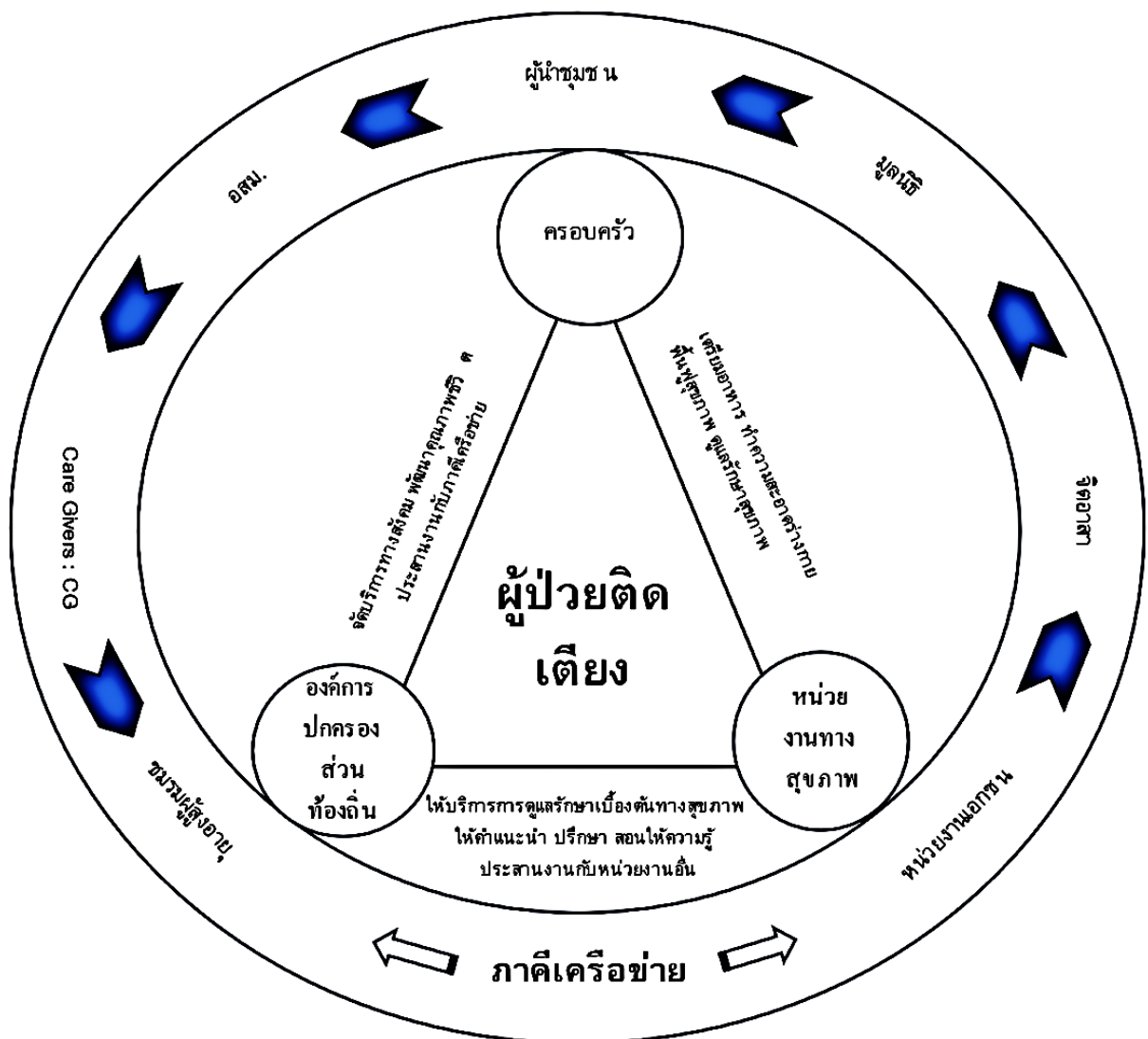
6.2 การมีส่วนร่วมของหน่วยงานทางสุขภาพ ได้แก่ การให้บริการการดูแลรักษาเบื้องต้นทางสุขภาพ ให้คำแนะนำ ปรีกษา สอนให้ความรู้ และประสานงานกับหน่วยงานอื่น

6.3 การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายชุมชน โดยการ จัดบริการทางสังคมให้กับผู้ป่วยติดเตียงและ

ครอบครัวตามสิทธิสวัสดิการแห่งรัฐเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ตลอดจนประสานงานกับภาคีเครือข่ายการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน

สามารถสรุปองค์ความรู้ใหม่ได้ตาม

รูปที่ 1



รูปที่ 1 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยติดเตียง
ในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน

7. ข้อเสนอแนะ

7.1 พยาบาลชุมชนควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักมีการเตรียมความพร้อม เพิ่มศักยภาพคนในครอบครัวและช่วยแบ่งเบาภาระและผลกระทบของผู้ดูแลหลักให้สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้ อย่างเหมาะสม

7.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรมี

มาตรการในการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงต้องเจ็บป่วยและกลายเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การดูแลสุขภาพ การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ

7.3 ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการมีส่วนร่วมตามระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยติดเตียงและครอบครัวอันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี

8. เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2566). *แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ.2566-2580)*. สืบค้นจาก https://www.dop.go.th/download/laws/th1653553501-843_0.pdf
2. กฤตวรรณ สาหร่าย, ฤชงค์ เสนานุช และ ชัตติยา กรณสูตร. (2562). รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่อุตสาหกรรม. *วารสาร มฉก.วิชาการ*, 23(2), 229-241.
3. เกษม อรรถากร และ สุเทพ เชื้อสมุทร. (2564). บทบาทประชาสังคมกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง. ใน *วิถีพุทธ วิถีชุมชน รากฐานชีวิตอันแข็งแกร่งล้านนาในสังคมวิถีใหม่ ครั้งที่ 7*. ลำพูน: วิทยาลัยสงฆ์ลำพูน, มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
4. จินตนา อาจสันเทียะ และ รัชณีย์ ป้อมทอง. (2561). แนวโน้มการดูแลผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21: ความท้าทายในการพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(1), 39-46.
5. จิตรกร วนะรักษ์. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชมรมจริยธรรม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(2), 285-294.
6. จำรัส พรหมบุตร. (2565). การพัฒนามนุษย์ตามพุทธวิธี. *วารสารพุทธจิตวิทยา*, 7(1), 13-18.
7. ชัยพัฒน์ พุ่มซ้อน และ กันตพัฒน์ พรศิริวัชรสิน. (2561). แนวทางการแก้ไขปัญหาสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. *วารสารเครือข่ายส่งเสริมการวิจัยทางมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 1(1), 25-36.
8. ขวลิท สวัสดิ์ผล และ วารี ศรีสุรพล. (2565). การพัฒนาศักยภาพชุมชนท้องถิ่นเพื่อผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสาร มจร บาลีศึกษาพุทธโฆสปริทรรศน์*, 8(1), 43-56.
9. ชาย โปธิสิตา. (2556). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 6)*. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พินท์ติ้ง.

10. ขวลิต สวัสดิ์ผล, ธวัชชัย เพ็งพิณิจ, อัครเดช เสนานิกรณ์ และ วารีย์ ศรีสุรพล. (2560). การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 5(ฉบับพิเศษ), 387-405.
11. ปาณิสรา บุญยรัตกลิน. (2561). การดูแลระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน: บทบาทพยาบาล. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 11(1), 47-59.
12. ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย. (2557). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน. รายงานการวิจัยได้รับทุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
13. รณิดา มนต์คลัง, ภักดี โพธิ์สิงห์ และ สัญญา เคนาภูมิ. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการนํานโยบายการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุไปสู่การปฏิบัติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. *วารสารวิชาการแพรวกาฬสินธุ์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์*, 3(2), 133-153.
14. วิจิตร ศรีสุพรรณ. (2560). โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 4(2), 5-19.
15. วาสนา ศิริรักษ์ และนางลักษณ์ สุริโย. (2560). การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลธัญญา อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานการวิจัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.
16. สุภางค์ จันทวานิช. (2554). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 19)*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
17. สุริยา พองเกิด, กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม และ กนกพร นทีธนสมบัติ. (2562). ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 9(1), 69-89.
18. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *บทสรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564*. สืบค้นจาก: <http://www.nso.go.th> > summary_exclusive_64
19. สำนักงานประมาณของรัฐบาล สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2562). *แนวทางการบริหารจัดการงบประมาณรายจ่ายด้านสวัสดิการสังคมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ*. รายงานวิชาการสำนักงานประมาณของรัฐบาล ฉบับที่ 5/2562. สืบค้นจาก: <https://www.parliament.go.th>
20. Colaizzi P. (1978). *Psychological research as the Phenomenologist views it. In Existential – Phenomenological Alternatives for Psychology* (Valle R. & King M. eds). London: Oxford University Press, Page 48-71.