

รูปแบบพฤติกรรมการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงในชุมชน

Community care team working behavior pattern of mental health promotion in aging at risk

สุดา วงศ์สวัสดิ์, วท.ม.¹, ดุษฎี โยเหลา, พร.ด.², นริสรา พึ่งโพธิ์สภ, ศศ.ด.²
Suda Wongsawat, M.Sc.¹, Dusadee Yoelao Ph.D.², Narisara Peungposop, Ph.D.²

สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต¹
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ²
Bureau of Mental Health Promotion and Development, Department of Mental Health¹
Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อรายงานเบื้องต้นผลการศึกษารูปแบบพฤติกรรมการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

วัสดุและวิธีการ การวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ ในจังหวัดนครนายกและฉะเชิงเทรา ระหว่างเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๙ - พฤษภาคม ๒๕๖๐ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ร่วมวิจัยและผู้ให้ข้อมูล ผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ เจ้าหน้าที่รัฐ อาสาสมัครสาธารณสุข ครอบครัวของผู้สูงอายุ 48 คน ผู้ให้ข้อมูลคือผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต 22 คน เครื่องมือคือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบบันทึกการสังเกต รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีสังเกตทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม บันทึกเทปการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

ผล ในระยะก่อนดำเนินการวิจัย ไม่มีรูปแบบพฤติกรรมการทำงานที่ชัดเจน เป็นแบบตั้งรับหรือสมัครใจ ขาดการทำงานร่วมกันของหน่วยงานภายในและภายนอกสังกัด ในระยะดำเนินการวิจัย ในวงจรการสร้างทฤษฎีบท ได้รูปแบบพฤติกรรมการทำงาน 6 รูปแบบ ในวงจรการสร้างรูปแบบพฤติกรรมการทำงาน ได้รูปแบบพฤติกรรมการทำงาน 8 รูปแบบ ในระยะสิ้นสุดกระบวนการวิจัย ได้รูปแบบพฤติกรรมการทำงาน 8 รูปแบบ

สรุป รูปแบบพฤติกรรมการทำงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน 8 รูปแบบ ได้แก่ 1) การพูดคุย รับฟัง และสัมผัส 2) การเยี่ยมเยียนและจัดกิจกรรมที่บ้านของผู้สูงอายุบ่อยครั้ง 3) การดูแลสุขภาพและความปลอดภัย 4) การช่วยเหลือเป็นการส่วนตัว 5) เป็นสื่อกลางจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ 6) เอาใจใส่และตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ 7) การอดกลั้นและปรับตัวเข้าหาผู้สูงอายุ และ 8) การให้คำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ชุมชน ผู้สูงอายุ รูปแบบพฤติกรรม สุขภาพจิต ส่งเสริม
ติดต่อผู้พิมพ์ e-mail: suda.wongsawat@gmail.com

Abstract

Objectives Preliminary report about community care team working behavior pattern of mental health promotion in aging at risk.

Materials and methods Emancipatory action research was conducted in Nakornnayok and Chachoengsao between November 2016–May 2017. The sample were 48 co-researchers: government officers, health volunteers, older people's family members and 22 interviewed of elderly risk group. Research instrument consists of In-depth interview form for co-researchers, observation guideline. The data collections were observing participatory style of target group, in-depth interview, brainstorming and focus group. Content analysis and descriptive analysis were applied for qualitative and quantitative data respectively.

Results In preparation research process; community care team working behavior pattern of mental health promotion in aging at risk was a passive style and depended on selves' willingness. In conducting research process; cycles of developing the theorem; 6 initial working pattern were produced, cycle of working behavior pattern developing; 8 patterns were resulted. After completing research process: 8 working behavior patterns were finally proposed.

Conclusion Community care team working behavior pattern of mental health promotion in aging at risk was proposed in 8 patterns: 1) making conversation, listening and touching 2) frequent home visiting 3) giving health care and well-being 4) personal assisting 5) conflict mediating between care giver and elderly 6) attentive facilitating elder's need 7) being patient and adjusted 8) giving health care advices.

Keywords: aging at risk, community care team, mental health, promotion, working behavior
corresponding author e-mail: suda.wongsawat@gmail.com

บทนำ

ในปี ๒๕๕๖ ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุเป็นอันดับ 2 ในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รองจากประเทศสิงคโปร์¹ ในปี ๒๕๕๘ ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ร้อยละ 79.8 ต้องมีผู้ดูแลแต่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ร้อยละ 19.0 และช่วยตัวเองไม่ได้ร้อยละ 1.4² โดยพบว่า ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 95 มีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ข้อเข่าเสื่อม พิกการซึมเศร้า ตามลำดับ³ โรคของผู้สูงอายุมักเป็นโรค

เรื้อรังที่ต้องการการดูแลระยะยาว ทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นตามการสูงวัยของประชากร อีกทั้งอัตราเกื้อหนุนผู้สูงอายุจะลดลง ผู้สูงอายุจำเป็นต้องพึ่งพาตนเองและอาจต้องใช้ชีวิตอยู่ลำพัง เสี่ยงต่อภาวะเครียด ปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต เกิดข้อจำกัดในการพึ่งพาตนเอง กระทั่งต่อการทำหน้าที่ต่างๆ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน⁴ และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย⁵ สำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 21 มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

หรือมีความเสี่ยงต่อการมีปัญาสุขภาพจิต⁶ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม เช่น การเกษียณอายุการทำงาน การสูญเสียบทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัว การเสียชีวิตของคู่สมรส ญาติ คนใกล้ชิด หรือเพื่อน ล้วนส่งผลกระทบต่อจิตใจและเกิดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต⁷

ปัจจุบันการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของไทย มีการดูแลและติดตามโดยทีมสุขภาพชุมชนซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และองค์กรทางสังคมระดับชุมชน เป้าหมายของการดูแลสุขภาพจิตโดยทีมชุมชน มุ่งเน้นให้เกิดการค้นหา คัดกรองกลุ่มเสี่ยงและเพิ่มการเข้าถึงบริการ ซึ่งจากการทบทวนรูปแบบพฤติกรรมการทำงานของทีมสุขภาพชุมชน พบว่า การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยทีมสุขภาพชุมชนนั้น มีทั้งหน่วยงานระดับท้องถิ่น ระดับชุมชน และหน่วยงานเอกชน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานระดับท้องถิ่น และระดับชุมชน แต่ส่วนใหญ่ยังเป็นการตั้งรับกับปัญหาและเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุทั่วไป ไม่ได้เน้นที่กลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะ การทำงานส่วนใหญ่ยังเป็นแบบแยกส่วนแม้จะเป็นโครงการเดียวกัน เช่น หน่วยงานระดับท้องถิ่นทำหน้าที่ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณอย่างเดียว โดยไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน การดำเนินกิจกรรม ผู้ดูแลระดับชุมชนทำหน้าที่ปฏิบัติตามกิจกรรมที่ทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้กำหนด การดูแลสุขภาพของทีมสุขภาพในระดับหมู่บ้าน เช่น ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุของชุมชน ส่วนใหญ่พบว่าเป็นการดูแลเกี่ยวกับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ และการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน เช่น ดูแลเรื่องอาหาร สุขภาพ การพาไปทำบุญ พาไปร่วมกิจกรรม เป็นต้น ทำให้รูปแบบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุยังไม่ชัดเจนเป็นรูปธรรม⁸⁻¹²

เอกสารนี้เป็นรายงานเบื้องต้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบพฤติกรรมการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตของทีมสุขภาพชุมชน

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้ใช้วิธีการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ (emancipatory action research)¹³ ซึ่งเป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาและแก้ปัญหาร่วมกันระหว่างนักวิจัยและผู้ร่วมวิจัยที่มีสถานะเท่าเทียมกันทุกด้านตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผน การลงมือปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล เน้นให้มีการวิพากษ์ การปฏิบัติงานอาศัยแนวคิดทฤษฎีที่มีอยู่ โดยเริ่มจากการสะท้อนการปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน รวบรวมเป็นความรู้และวิธีปฏิบัติที่ชัดเจนแล้ววางแผนเพื่อพัฒนาร่วมกัน สร้างกิจกรรมการดำเนินงานตามแผน ร่วมสังเกต เก็บรวบรวมข้อมูล มีกิจกรรมสะท้อนสิ่งที่ปฏิบัติจากการวางแผนและพัฒนาร่วมกัน เพื่อศึกษารูปแบบพฤติกรรมการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพชุมชน เป็นการวิจัยที่มุ่งเน้นปรับเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติและเป็นการปรับเปลี่ยนระดับโครงสร้างทางสังคม สร้างความตระหนักของผู้ปฏิบัติ ส่งผลให้ผู้ร่วมวิจัยเห็นการปฏิบัติที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งในระดับตนเองและระดับทีม

ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๙ - พฤษภาคม ๒๕๖๐ ในจังหวัดนครนายกและจังหวัดฉะเชิงเทรา จังหวัดละ 1 อำเภอ 1 ตำบล โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่คือ มีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจำนวนมาก การทำงานของทีมสุขภาพในพื้นที่ไม่ชัดเจน และเป็นความต้องการของบุคลากรในพื้นที่ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ 1) ผู้ร่วมวิจัย ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการศึกษา คัดเลือกผู้สมัครใจและร่วมกระบวนการได้ครบ มุ่งมั่นทำงานเพื่อชุมชนและมีประสบการณ์ในการทำงานหรือดูแลผู้สูงอายุ

อย่างน้อย 1 ปี ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่รัฐ ได้แก่ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดละ 4 คน รวม 8 คน 2) อาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดละ 11 คน รวม 22 คน 3) ครอบครัวของผู้สูงอายุ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดละ 9 คน รวม 18 คน และ 4) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จังหวัดละ 11 คน รวม 22 คน จำนวนรวม 70 คน คัดเลือกโดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์ต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ ได้แก่ 4.1) อยู่คนเดียว 4.2) มีโรคเรื้อรัง 4.3) สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมไม่ดี 4.4) พิจารณาต้องมีผู้ดูแลแต่ยังช่วยตัวเองได้ 4.5) มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า เจ็บป่วยด้วยโรคจิต

ขั้นตอนการดำเนินวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1. ระยะก่อนดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่ 1.1) สสำรวจบริบทของพื้นที่ โดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ครอบครัวของผู้สูงอายุ โดยสัมภาษณ์หนึ่งต่อหนึ่งในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 ครั้ง สัมภาษณ์เป็นกลุ่มในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและครอบครัวของผู้สูงอายุ รวม 2 ครั้ง และสังเกตการจัดกิจกรรม เครื่องมือ คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับสถานการณ์ผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงในชุมชน การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงในแต่ละพื้นที่ที่ดำเนินการอยู่ แนวทางการสังเกตเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้สูงอายุในชุมชน สภาพแวดล้อมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ขั้นตอนที่ 1.2) อบรมทีมผู้ร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยเป็นผู้อบรมเกี่ยวกับองค์ความรู้ที่จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 1 ครั้ง 2 วัน และการใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูล 1 ครั้ง 3 วัน 2. ระยะดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 2.1) การสร้างทฤษฎีบท เป็นการสร้างความรู้ที่ชัดเจนร่วมกัน และการจัดรวบรวมวิธีปฏิบัติ ในกลุ่มผู้ร่วมวิจัย ได้แก่

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ครอบครัวของผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกต 2 ครั้ง เครื่องมือ คือ 2.1.1) แนวคำถามเพื่อกระตุ้นให้เกิดการสนทนา แลกเปลี่ยนกันอย่างอิสระในกิจกรรมการวิจัยในขั้นตอนต่างๆ 2.1.2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วยประเด็นเกี่ยวกับการให้ความหมาย หรือแนวคิดที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง รวมถึงการปฏิบัติที่มีต่อการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ 2.1.3) แบบบันทึกเรื่องเล่าแบบมีโครงสร้าง (story telling) เพื่อเก็บเรื่องราวที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินการของผู้เข้าร่วมกิจกรรมกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ซึ่งผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันสร้างขึ้น และ 2.1.4) แนวทางการสังเกตเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม และ 2.2) การวิจัยเชิงวิพากษ์ ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติการสังเกต และการสะท้อนหลังการปฏิบัติในกลุ่มผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ครอบครัวของผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ โดยการสังเกต สัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มจำนวน 2 ครั้ง เครื่องมือ คือ 2.2.1) แนวคำถามเพื่อกระตุ้นให้เกิดการสนทนา แลกเปลี่ยนกันอย่างอิสระในกิจกรรมการวิจัยในขั้นตอนต่างๆ 2.2.2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วยประเด็นเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีต่อการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ 2.2.3) แบบบันทึกเรื่องเล่าแบบมีโครงสร้าง (story telling) เพื่อเก็บเรื่องราวที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินการของผู้เข้าร่วมกิจกรรมกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ซึ่งผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันสร้างขึ้น และ 2.2.4) แนวทางการสังเกตเกี่ยวกับมีส่วนร่วม 3. ระยะสิ้นสุดกระบวนการวิจัย ประกอบด้วย การประชุมระดมความคิดเห็น การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ครอบครัวของผู้สูงอายุ จำนวน 48 คน 1 ครั้ง เครื่องมือ คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการ

เปลี่ยนแปลงในกระบวนการทำงานและรูปแบบพฤติกรรมการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพชุมชน และแนวทางการสังเกตเกี่ยวกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้วิธีการดังนี้

1) การศึกษาเอกสาร (documentation) ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ เพื่อสังเคราะห์เป็นขั้นตอนและกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

2) การสังเกต (observation) ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม บันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกต โดยการจดบันทึกและบันทึกเทปใน 3 ระยะ ได้แก่ 2.1) การสังเกตก่อนดำเนินการวิจัย ได้แก่ สถานการณ์ของผู้สูงอายุในชุมชน สภาพแวดล้อมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เพื่อได้ข้อมูลพื้นฐานที่ใช้เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงภายหลังการวิจัย 2.2) สังเกตระหว่างการทำวิจัย ได้แก่ กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และการเข้าร่วมกิจกรรม และ 2.3) การสังเกตหลังสิ้นสุดการวิจัย ได้แก่ กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เพื่อตรวจสอบข้อมูลหลักฐานการวิจัยให้สมบูรณ์และชัดเจนยิ่งขึ้น

3) การระดมสมอง (brain storming) เป็นการประชุมเพื่อขอความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสองพื้นที่พร้อมกันเพื่อสะท้อนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำการประชุม ในกลุ่มเจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐ อาสาสมัครสาธารณสุข และครอบครัวผู้สูงอายุ 48 คน ในประเด็นเกี่ยวกับสิ่งที่ชอบและไม่ชอบในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นส่วนหนึ่งในการปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย บันทึกข้อมูลโดยการจดบันทึกและบันทึกเทป

4) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ในระยะ

ก่อนดำเนินการวิจัย และสิ้นสุดการวิจัยเกี่ยวกับสถานการณ์ด้านการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน สภาพปัญหาและความต้องการของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ตามแนวทางการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นประเด็นคร่าวๆ บันทึกข้อมูลโดยการจดบันทึกและบันทึกเทป

5) การสนทนากลุ่ม (focus group) เพื่อค้นหารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุของทีมสุขภาพในชุมชนของพื้นที่ภาคกลาง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการ ประยุกต์หลักการสนทนาสนทนา (dialogue) เพื่อให้เล่าเรื่อง (story telling) อย่างอิสระ และการฟังอย่างตั้งใจ บันทึกข้อมูลโดยการจดบันทึกและบันทึกเทป

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation)

1) วิธีการเก็บข้อมูลมากกว่า 1 วิธี 2) แหล่งข้อมูลมากกว่า 3 แหล่ง และ 3) การสะท้อนข้อมูลกลับไปยังผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ และตรวจสอบกระบวนการวิจัยที่เชื่อถือได้ (dependability) ในประเด็นระเบียบวิธีวิจัยและขั้นตอนการทำวิจัยมีความชัดเจน นำเสนอข้อมูลครบถ้วนและครอบคลุม

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ดังนี้

1) ถอดข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และทำการบันทึกข้อมูลที่ได้ออกมา 2) สร้างรหัสการแสดงผลข้อมูลและเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของข้อมูล เพื่อใช้อ้างอิงหรืออธิบายความต่อไป และ 3) แปลความ สร้างข้อสรุปและพิสูจน์ข้อสรุป โดยนำข้อมูลที่มามีรหัสเดียวกันมาทำการวิเคราะห์ ตีความ และแปลความหมาย ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ โครจสร้างวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่ SWUEC 161/59 สิ้นสุด กรกฎาคม ๒๕๖๐

ผล

ผู้ร่วมวิจัยจำนวน 70 คน ประกอบด้วย 4 กลุ่ม ได้แก่ เจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐ 8 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 22 คน ครอบครัวผู้สูงอายุ 18 คน และผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 22 คน เมื่อจำแนกผู้สูงอายุตามการคัดกรอง Activities of Daily Living (ADL) พบว่าเป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม ร้อยละ 88 กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ร้อยละ 10 และกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง ร้อยละ 2 และปัญหาผู้สูงอายุด้านกาย จิต สังคม 3 ลำดับแรกได้แก่ การเจ็บป่วยเรื้อรัง อาศัยอยู่คนเดียวและปัญหาสุขภาพจิต

ในการศึกษารูปแบบพฤติกรรมการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน

1. ระยะก่อนดำเนินการวิจัย ในขั้นตอนการสำรวจพื้นที่ พบว่ารูปแบบพฤติกรรมการทำงานในอดีต เป็นการทำงานในแนวตั้งรับ คือ ผู้ดูแลหรือเจ้าหน้าที่อาสาสมัครประจำอยู่กับที่ และให้ผู้สูงอายุเป็นผู้เดินเข้ามาหา การทำงานแยกเป็นคนละส่วนทำให้ต่างคนต่างทำหน้าที่ของตนเองตามที่ได้รับมอบหมาย การทำงานในด้านการดูแลผู้สูงอายุยังคงถูกมองว่าเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข จึงยังไม่ได้ได้รับความร่วมมือจากองค์กรภายนอก เช่น องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เป็นต้น รวมถึงยังไม่เคยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างทีมดูแลผู้สูงอายุกับพื้นที่อื่น ดังนั้นรูปแบบพฤติกรรมของการทำงานจึงมีลักษณะที่แตกต่างกันออกไปตามความเหมาะสมของแต่ละบริบท และยังไม่ได้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน บทบาทหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุ ถูกกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย เช่น ให้การดูแลเรื่องสุขภาพะ ให้การรักษาอาการเบื้องต้นตามความเห็นของทีมดูแล ประสานงานจัดส่งผู้สูงอายุให้ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลประจำตำบลหรือส่งต่อ เป็นต้น

2. ระยะดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์

2.1 วงจรที่ 1 การสร้างทฤษฎีบท จากการทำสุนทรียสนทนา ทำให้ได้รูปแบบพฤติกรรมการทำงาน และเกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบพฤติกรรมการทำงาน โดยรูปแบบพฤติกรรมการทำงานในอดีตจากประสบการณ์ของผู้ดูแลแต่ละคน มีทั้งสิ้น 6 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบที่ 1 การพูดคุยและให้คำแนะนำ ใช้การพูดคุยในเชิงบวก ให้คำแนะนำเพื่อให้เกิดความหวัง รูปแบบที่ 2 การมาเยี่ยมบ่อยครั้งหรือการโทรคุยอย่างสม่ำเสมอ ใช้การมีปฏิสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความอุ่นใจว่าไม่ถูกทอดทิ้ง รูปแบบที่ 3 ดูแลสุขภาพและความเป็นอยู่ เป็นการดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ลดความกังวลกับความผิดปกติหรือความเสื่อมถอยของร่างกายตนเอง รูปแบบที่ 4 เป็นสื่อกลางจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ เพื่อลดปัญหาความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ รูปแบบที่ 5 ช่วยเหลือเป็นการส่วนตัว โดยต้นทุนส่วนตัวที่ตนเองมี รูปแบบที่ 6 ผลักดันให้ไปพบแพทย์เมื่อมีปัญหาทางร่างกายและมีปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น มีความเครียดสูง เป็นต้น จึงแนะนำหรือประสานให้ไปพบแพทย์

การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงาน พบว่าผู้ร่วมวิจัยสร้างข้อตกลงรูปแบบพฤติกรรมการทำงานที่เห็นร่วมกันว่าเป็นสิ่งที่ดี และสอดคล้องกับบริบทของตน รับทราบว่าลักษณะการทำงานดูแลผู้สูงอายุต้องการการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ การทำงานที่มีประสิทธิภาพต้องมีเครือข่าย และเห็นความสำคัญของการทำงาน คือการได้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ

2.2 วงจรที่ 1 สู่วงจรที่ 2 การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมด้วยความสมัครใจในระหว่างวงจรที่ 1 ไปสู่วงจรที่ 2 ดังนี้

ด้านความคิด จากเดิมที่ทีมดูแลมองว่า ผู้สูงอายุคือผู้ที่มีปัญหาและความเสื่อมของสังขาร จึงต้องการการดูแลป้องกันและรักษาโรค แต่ภายหลัง ได้มีความผูกพันเหมือนเป็นญาติผู้ใหญ่ของตนเอง รวมถึงเมื่อได้มีการลงพื้นที่บ่อยมากขึ้นและพูดคุย ระหว่างกันมากขึ้น ทำให้ทราบว่ายังมีอีกหลายคน ที่ต้องการความช่วยเหลือ และเห็นว่าการทำงาน ตรงนี้มีความสำคัญต่อผู้อื่น รวมถึงรู้สึกดีใจที่ได้เป็น จุดเริ่มต้นของการทำกิจกรรมที่มีประโยชน์

ด้านพฤติกรรมการทำงานคือ จากเดิมที่ ทีมดูแลมองการทำงานว่าทำตามหน้าที่ แต่ภายหลัง ได้เริ่มแสดงพฤติกรรมที่มากกว่าแต่ก่อน คือจากที่เคยไปประเมินภาวะซึมเศร้า ตรวจดูแลร่างกาย ได้ เริ่มมีการพูดคุยพร้อมกับการสัมผัสร่างกายผู้ป่วย บางรายมีการโอบกอด ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกทึ่งว่าทีมดูแล ไม่รังเกียจ พร้อมกับเดินทางและมีของติดไม้ติดมือ ไปฝาก ทำให้ผู้สูงอายุมีการรอคอยทีมดูแลทดแทน การรู้สึกว่าอยู่ตามลำพัง รวมถึงญาติผู้สูงอายุเริ่มให้ การต้อนรับมากขึ้น และจากเดิมคิดว่าการดูแลสุขภาพ ร่างกายและประเมินคัดกรองตามแบบคัดกรอง โรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) มีความเพียงพอสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ แต่เมื่อมีการลงพื้นที่และพูดคุยกัน มากขึ้นทำให้ทราบว่าเงื่อนไขสำคัญของปัญหาทาง สุขภาพจิตของผู้สูงอายุคือการอยู่ตามลำพัง และความไร้สมรรถภาพในการทำงาน ทำให้มีรายได้น้อย ลง/ไม่มีรายได้จนต้องพึ่งพิงผู้อื่น ซึ่งการสร้างความสุข ให้ผู้สูงอายุคือการที่ลูกหลานกลับมาหา และไม่ต้อง กังวลกับสภาพความเป็นอยู่ในอนาคต เช่น การรับ ประทาน การอยู่อาศัย เป็นต้น

ด้านเครือข่าย ระหว่างทีมผู้ดูแลและ องค์การบริหารส่วนตำบล จากเดิมองค์การบริหาร ส่วนตำบล มีความคิดว่าการทำงานเช่นนี้เป็นงานของ สาธารณสุข ไม่ได้อยู่ในขอบเขตขององค์การบริหาร ส่วนตำบล จึงไม่ยกาก้าวหน้าหน้าที่ แต่ภายหลัง จากที่มีการเชื้อเชิญนายกองค์การบริหารส่วนตำบล

ให้เดินทางไปเยี่ยมผู้สูงอายุ ทำให้พบว่าการทำงาน มีความเกี่ยวข้องกัน และองค์การบริหารส่วนตำบล มีความสามารถในการช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ และมี แนวทางการช่วยเหลือกับทีมดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงในชุมชนเพิ่มขึ้น ระหว่างทีมผู้ดูแลและ ผู้สูงอายุ นั่นคือ จากเดิมการทำงานเป็นไปตามหน้าที่ และมีการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ครบตามนโยบายกำหนด แต่ภายหลังได้เกิดความรู้สึกผูกพัน และมีความสุขทั้ง ผู้ให้และผู้รับ และระหว่างทีมผู้ดูแลและญาติผู้สูงอายุ นั่นคือ จากเดิมการทำงานเป็นการเข้าไปพบและ ประเมินเพื่อให้ได้ข้อมูลย้อนกลับมารายงานที่หน่วย งาน แต่ภายหลังทีมดูแลได้เดินทางไปและให้ความสำคัญ กับญาติผู้สูงอายุ ทำให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยน และมีการให้คำแนะนำเมื่อเวลาไปเยี่ยมบ้าน

2.3 วงจรที่ 2 การสร้างรูปแบบพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จากการทำสุนทรีย- สันทนาการ โดยใช้เทคนิคเรื่องเล่า...เร้าพลัง ได้รูปแบบ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ 8 รูปแบบ และเกิดการเปลี่ยนแปลงในความหมายของการดูแล ผู้สูงอายุ กิจกรรม และเครือข่าย ดังนี้

รูปแบบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิต ผู้สูงอายุ 8 รูปแบบพฤติกรรม ได้แก่ 1) การพูดคุย รับฟัง และสัมผัส 2) การเยี่ยมเยียนและจัดกิจกรรม ที่บ้านของผู้สูงอายุบ่อยครั้ง 3) การดูแลสุขภาวะและ ความเป็นอยู่ 4) การช่วยเหลือเป็นการส่วนตัว 5) การ เอาใจและตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ 6) การอดกลั้นและปรับตัวเข้าหาผู้สูงอายุ 7) เป็น ลีอกกลางจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ และ 8) การให้คำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุ

ความหมายในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ความหมายที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ ความหมายเพื่อ ให้ตนเองมีความพยายามอดทนอดกลั้น ความหมาย ที่รู้สึกว่าจะต้องทำตามหน้าที่ ความหมายในความรู้สึก ภาคภูมิใจที่ได้ตอบแทนพระคุณแม่ และความหมาย ที่เกิดจากการเรียนรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพจิตของ

ผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่แตกต่างจากรูปแบบพฤติกรรมในวงจรที่ 1 ดังนี้ รูปแบบที่ 1 มีการพูดคุยในลักษณะของการเล่าเรื่องตลกขบขัน แหะให้หัวเราะ การสัมผัสระหว่างการพูดคุย เน้นการรับฟัง รูปแบบที่ 2 มีการจัดกิจกรรมในบ้าน มีการรวมตัวของสมาชิกเพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี รูปแบบที่ 3 การดูแลสุขภาพและความเป็นอยู่ยังคงดำเนินต่อไปตามวงจรที่ 1 ในรูปแบบที่ 4 มีการช่วยเหลือที่นอกเหนือจากการทำงาน รูปแบบที่ 5 มีกิจกรรมที่เพิ่มจากวงจรที่ 1 คือ การสอบถามความต้องการของผู้สูงอายุและใส่ใจในรายละเอียด พร้อมตอบสนองได้ตรงตามความต้องการ รูปแบบที่ 6 การอดกลั้นและปรับตัวเข้าหาผู้สูงอายุ เป็นรูปแบบที่เกิดขึ้นในวงจรที่ 2 โดยเน้นการอดกลั้นใจเย็นเมื่อผู้สูงอายุอารมณ์ไม่ดี ไม่ตอบโต้ และเน้นการปรับตัวเข้าหาผู้สูงอายุ รูปแบบที่ 7 เป็นสื่อกลางจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ เป็นรูปแบบที่เกิดขึ้นในวงจรที่ 2 เนื่องจากปัญหาความขัดแย้งระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแล โดยผู้ดูแลหรืออาสาสมัครเป็นคนกลางสำหรับการแก้ปัญหาความขัดแย้งและเป็นพยานในการทำข้อตกลงการปฏิบัติต่อกันของทั้งสองฝ่าย และรูปแบบที่ 8 การให้คำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นรูปแบบที่ดำเนินการต่อเนื่องมาจากวงจรที่ 1 โดยวงจรที่ 2 นี้รูปแบบจากวงจรที่ 1 ที่หายไปคือ รูปแบบการผลักดันให้ไปพบแพทย์จากผู้ดูแล

เครือข่าย ได้แก่ การชักชวนนายกองค์การบริหารส่วนตำบลร่วมในกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ และเกิดการโน้มน้าวใจให้ชาวบ้านหันมาเข้าร่วมและดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้

2.4 ระยะหลังสิ้นสุดกระบวนการวิจัยเป็นระยะที่ผู้วิจัยได้ถอนตัวออกจากพื้นที่ เมื่อเห็นว่าในพื้นที่เกิดผลผลิตที่มีความยั่งยืนในการสร้างและพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง การเปลี่ยนแปลงในกระบวนการทำงานที่เกิดขึ้นหลังจากวงจรที่ 2 ดังนี้

1) เกิดกิจกรรมเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอเป็นวงจร มีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้สูงอายุโดยเริ่มจากผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสหรือคนที่มีความจำเป็นต้องดูแล จากนั้นจึงเลือกวิธีการช่วยเหลือ เช่น การส่งต่อ การให้คำปรึกษา การช่วยเหลือค่าใช้จ่าย เป็นต้น ในช่วงแรกเป็นการขอรับบริจาค ระเบียบเงินเพื่อช่วยเหลือเป็นการเฉพาะกิจ แต่ภายหลังได้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และมีชาวบ้านเข้ามาช่วยเหลือมากขึ้น

2) เกิดเครือข่ายที่สนับสนุนการทำงานภายในชุมชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นฝ่ายหลักในการจัดเวทีสำหรับการพูดคุยแลกเปลี่ยนกระบวนการทำงานกับเครือข่ายอื่นจากองค์การบริหารส่วนตำบล ชุมชน มีการปรับเปลี่ยนแนวคิดจากเดิมที่เห็นว่าเป็นเรื่องที่ต้องจัดการบริหารส่วนตำบลไม่ควรเข้าไปก้าวก่ายการทำงานของสาธารณสุข เปลี่ยนไปสู่การคิดว่าผู้สูงอายุเป็นสมาชิกของชุมชนกลุ่มหนึ่งที่องค์การบริหารส่วนตำบลต้องให้การดูแลช่วยเหลือ

3) การทำงานประสานกันในระดับของหน่วยงานภาครัฐระหว่างศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ เทศบาล และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ เกิดเป็นการหมุนเวียนการเยี่ยมบ้านและดูแลผู้สูงอายุรับไปอยู่ในสถานที่พักพิงของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

4) นโยบายที่ช่วยสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุ จากเดิมที่นโยบายไม่เอื้ออำนวยต่อการออกไปเยี่ยมบ้านหรือสนับสนุนในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุภายนอกสถานที่ตั้งของหน่วยงาน แต่ในระหว่างการทำงาน ได้มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายในเรื่องการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล การสนับสนุนทีมดูแลเข้าไปในพื้นที่

เมื่อสังเคราะห์รูปแบบพฤติกรรมการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของ

ที่มีสุขภาพในชุมชนจากทั้งสองพื้นที่ พบว่ามีรูปแบบพฤติกรรมการทำงานที่เหมือนกัน 8 รูปแบบ ดังนี้

รูปแบบพฤติกรรมที่ 1 การพูดคุย รับฟัง และสัมผัส หมายถึง การพูดเพื่อสร้างให้เกิดกำลังใจ หรือสร้างให้เกิดความหวัง โดยเป็นรูปแบบที่ทีมดูแลผู้สูงอายุใช้เพื่อการพัฒนาความสามารถของผู้สูงอายุในการพึ่งพิงตนเอง และวางแผนอนาคตของตนเองได้ รูปแบบพฤติกรรมนี้ ยังแบ่งออกเป็นลักษณะย่อยได้ 6 ลักษณะ ได้แก่ 1) การเล่าเรื่องตลกขบขัน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้หัวเราะและอารมณ์ดี 2) การกระเช้าเย้าแหย่ เป็นวิธีการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ต่อต้านการทักทายภาพบำบัด 3) การสัมผัสระหว่างพูดคุย เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความปรารถนาดี มีความรักใกล้ชิดกันมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มคนที่เป็นโรคทางจิตเวช เช่น โรคจิตเภท ผลกดทับ เป็นต้น รวมถึงผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลใกล้ชิด 4) การพูดให้กำลังใจ ไม่ให้ท้อแท้เป็นการสร้างความหวังให้กับผู้สูงอายุว่าจะอยู่ในภาวะที่เป็นโรคเรื้อรังไม่นาน สามารถหายได้ หากดูแลรักษาตนเองเป็นอย่างดี 5) พูดคุยถึงเรื่องชีวิตประจำวัน เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้ว่าตนเองเป็นที่สนใจและติดตามอย่างต่อเนื่อง ลดภาวะความเครียดจากการอยู่คนเดียวในตอนกลางวันได้ 6) เน้นการรับฟังผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เล่าหรือระบายความในใจออกมา

รูปแบบพฤติกรรมที่ 2 การเยี่ยมเยียน และจัดกิจกรรมที่บ้านของผู้สูงอายุบ่อยครั้ง หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้เดินทางไปหาผู้สูงอายุที่บ้าน มีการพูดคุยถามไถ่ และรวบรวมสมาชิกหลายคนมารวมตัวกัน ทำกิจกรรมที่บ้านของผู้สูงอายุ เช่น การทำอาหารรับประทานร่วมกัน การร้องรำทำเพลง เป็นต้น

รูปแบบพฤติกรรมที่ 3 การดูแลสุขภาพและความปลอดภัย หมายถึง การที่ผู้ดูแลช่วยดูแลด้านสภาวะความเป็นอยู่ เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

รูปแบบพฤติกรรมที่ 4 การช่วยเหลือ เป็นการส่วนตัว หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้เสียสละต้นทุนส่วนตัวให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเป็นไปนอกเหนือจากบทบาทหน้าที่ เช่น การมาเฝ้าใช้ตอนตี 4 การบริจาคอาหาร การช่วยเหลือด้านการเงิน เป็นต้น ซึ่งรูปแบบพฤติกรรมนี้เกิดจากความรู้สึกสงสาร และรับไม่ได้หากผู้สูงอายุที่เคยดูแลต้องเจ็บป่วย หรือประสบอุบัติเหตุ

รูปแบบพฤติกรรมที่ 5 เป็นสื่อกลางจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้ดูแลเป็นสื่อกลางในการลดปัญหาความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลหลักกับผู้สูงอายุ อันเกิดจากสาเหตุความไม่เข้าใจกัน ความเหน็ดเหนื่อย ความหงุดหงิดจากความเจ็บป่วย หรือไร้ความสามารถในการดูแลตนเอง

รูปแบบพฤติกรรมที่ 6 เอาใจใส่และตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้ดูแลสอบถามความต้องการจากผู้สูงอายุ โดยสอบถามโดยตรงหรือสังเกตความชอบ/ไม่ชอบของผู้สูงอายุ และตอบสนองตามที่ผู้สูงอายุต้องการ มีการเอาอกเอาใจ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่ตนเองชื่นชอบ

รูปแบบพฤติกรรมที่ 7 การอดกลั้น และปรับตัวเข้าหาผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้ดูแลพยายามอดกลั้นอารมณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยวิธีการเงียบ ตั้งสติ เบี่ยงเบนความสนใจของตนเอง พยายามทำความเข้าใจผู้สูงอายุ เดินหนีออกห่างจากผู้สูงอายุชั่วคราว เป็นต้น

รูปแบบพฤติกรรมที่ 8 การให้คำแนะนำ ในการดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ทีมดูแลผู้สูงอายุให้คำแนะนำกับญาติพี่น้องของผู้สูงอายุในด้านการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และเป็นการสร้างทัศนคติที่ดีกับผู้สูงอายุ

วิจารณ์

เมื่อเริ่มมีการเข้าถึงพื้นที่เยี่ยมบ้าน ทำให้พบปัญหาหลายอย่าง ซึ่งในขณะนั้นกระบวนการทำงานของเจ้าหน้าที่ยังเป็นการแยกหน้าที่การทำงานกันคนละส่วน ทั้งภายในองค์กรที่ไม่เคยมีการพูดคุยหรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวมถึงไม่เคยสร้างเครือข่ายกับภายนอกหน่วยงาน ทำให้ข้อมูลถูกเก็บไว้กับตัวบุคคล ขาดการขึ้นชมหรือมีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบพฤติกรรมของการทำงานให้เป็นระบบดังจะเห็นได้จากการให้ความหมายในระยก่อนการดำเนินการปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ว่า “ดูแลตามหน้าที่” ทำให้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ทีมสุขภาพในชุมชนยังมีความเข้าใจวิธีการส่งเสริมสุขภาพจิตน้อย และแยกความแตกต่างระหว่างการดูแลสุขภาพโดยทั่วไปไม่ได้^๑ กระบวนการที่ถูกนำมาใช้คือการเน้นการประเมินสุขภาพจิตด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) หากพบปัญหาความเสี่ยงหรือมีความเครียดระดับสูงจะเน้นการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลหรือไปพบแพทย์ที่หน่วยงาน

ทั้งนี้ในการจัดกิจกรรมหรือการทำโครงการต่างๆ ได้มีการตอบสนองต่อกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุ เช่น การจัดกิจกรรมทัศนศึกษา การจัดงานประเพณีที่เชิญให้ผู้สูงอายุมาเข้าร่วม การออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมที่จัดขึ้นเหมาะกับกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระ สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ แต่กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตมักเป็นกลุ่มติดบ้าน ซึ่งช่วยเหลือตัวเองได้บ้างหรือต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเพียงบางส่วน มีการจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคม และกลุ่มติดเตียงซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ ต้องการให้ผู้อื่นช่วยเหลือในการเคลื่อนย้าย มีโรคประจำตัวหลายโรคที่ควบคุมไม่ได้ ทำให้มี

ความเครียดจากโรคเรื้อรัง การพึ่งพิงคนอื่น และโดยส่วนใหญ่มักรับรู้ว่าคุณค่าในตนเองลดลง บทบาทความสำคัญในครอบครัวที่ลดลงและถูกเปลี่ยนไปสู่รุ่นหลังในการเข้ามามีบทบาทมากยิ่งขึ้น¹⁴ ทำให้สูญเสียความมั่นใจหรือรับรู้ศักยภาพของตนเอง จึงยังมีความต้องการกิจกรรมหรือการขับเคลื่อนอีกหลายอย่างเพื่อตอบสนอง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การทำความเข้าใจบริบท และความต้องการอย่างแท้จริงของผู้สูงอายุนำไปสู่การค้นหาคำตอบที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง⁷ เพื่อนำไปสู่การวางแผนการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ต่อไป เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง ระดับความสัมพันธ์ภายในครอบครัวระหว่างผู้สูงอายุ และสมาชิกคนอื่น ๆ การที่ไม่มีใครมาเยี่ยม เป็นปัจจัยร่วมที่ส่งผลต่อสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ^{15,16} ดังนั้นจึงนำมาสู่การพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโดยมีพื้นฐานอยู่ที่การเยี่ยมบ้าน และมุ่งเน้นการเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเอง และเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเป็นสำคัญ

กระบวนการศึกษารูปแบบพฤติกรรมการทำงาน จากผลการศึกษาถึงสถานการณ์ด้านการทำงานและช่องว่างในการดำเนินงานที่ผ่านมา ทำให้ทราบว่าทีมผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้เริ่มให้ความสำคัญต่อการสร้างระบบการทำงาน แต่การดำเนินการยังไม่เคยมีการทำงานประสานกัน เป็นเพียงลักษณะจิตอาสาเท่านั้น การทำงานส่วนใหญ่เน้นการดูแลสุขภาพกาย และให้ความหมายการดำเนินการว่า “ทำตามหน้าที่” อย่างไรก็ตามเงื่อนไขที่เข้ามาเกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนกระบวนการทำงาน คือ การมีเครือข่ายส่วนตัวกับหน่วยงานชุมชน เช่น การเข้าชุมชนร่วมกับนายกองค์การบริหารส่วนตำบล นำไปสู่การเห็นสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุที่ยากลำบาก และกระตุ้นให้หน่วยงานชุมชนได้เห็นว่าการ

ดำเนินการดังกล่าวเป็นความรับผิดชอบของหน่วยงานด้านชุมชนเช่นเดียวกัน จนนำไปสู่ความร่วมมือร่วมกันในระดับของความสัมพันธ์ระดับบุคคล และสร้างการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน ซึ่งในช่วงแรกของการมาเข้าร่วมกิจกรรมนั้น เกิดจากการได้รับมอบหมายให้เข้าร่วม เป็นหน้าที่ และมาด้วยความเกรงใจ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ในการร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการดูแลผู้สูงอายุ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น¹⁰ ทั้งนี้ ปัจจัยสำคัญเนื่องจากทีมสุขภาพในชุมชนมีความเข้าใจบริบท และความต้องการของผู้สูงอายุเป็นต้นทุนเดิม เป็นที่ยอมรับของคนในชุมชน มีเครือข่ายที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูล และส่งต่อความช่วยเหลือระหว่างกันได้

รูปแบบพฤติกรรมการทำงานในอดีตจากประสบการณ์ของผู้ดูแล 6 รูปแบบเหล่านี้เป็นรูปแบบที่ใช้ปฏิบัติมาก่อนเข้าสู่วงจร 1 ยังไม่เคยมีการสะท้อนผลการดำเนินการดังกล่าว เมื่อผู้วิจัยได้ผลักดันให้เกิดเวทีสุนทรียสนทนาแล้วทำให้เกิดตัวอย่างของสถานการณ์ที่ประสบความสำเร็จมากมาย ทำให้แต่ละทีมเกิดความเห็นคล้อยตามจนนำไปสู่การตั้งคำถามสัญญาว่าจะนำไปปฏิบัติตาม สอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ของแบนดูรา¹⁷ ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตน โดยเชื่อว่าตนสามารถทำงานต่างๆ ได้สำเร็จ โดยแบนดูรา¹⁸ สามารถพัฒนาได้ 4 รูปแบบ ซึ่งผลการศึกษาค้นพบใน 3 รูปแบบจากการทำสุนทรียสนทนา ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (mastery experiences) โดยผู้เล่าได้นำประสบการณ์และเทคนิคที่ทำให้ผู้สูงอายุแต่ละรายมีสุขภาพจิตดีขึ้นตามนิยามที่กำหนดไว้ 2) การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) เกิดขึ้นจากการที่

ผู้วิจัยซึ่งดำรงตำแหน่งบริหาร ได้แสดงความชื่นชมและให้ความสำคัญกับการทำงานในระดับปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับแนวคิดว่าการพัฒนาด้วยคำพูดชักจูงเหล่านี้ขึ้นอยู่กับบุคคลที่พูดเกลี้ยกล่อมด้วยว่ามีอิทธิพลต่อบุคคลที่ถูกชักจูงมาน้อยเพียงใด 3) การกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) โดยผู้วิจัยได้สร้างสถานการณ์มากระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการทำงาน เช่น การตั้งคำถามว่าถ้าหากเราไม่สร้างรูปแบบพฤติกรรมการทำงานขึ้นมาจะเกิดอะไรขึ้น เป็นต้น ทำให้ความหมายที่เกิดขึ้นจากเดิมที่ทำเพื่อหน้าที่ มีการประเมินด้วยแบบประเมินถูกเปลี่ยนแปลงไปสู่การปฏิบัติที่ดีขึ้นต่างไปจากแนวทางเดิม เพราะไม่ต้องการให้ผู้สูงอายุในชุมชนต้องมีปัญหาสุขภาพจิต และเพิ่มงานในด้านการดูแลรักษาหรือฟื้นฟูให้มากขึ้น เป็นต้น จนนำไปสู่การวางแผนร่วมกัน และสร้างคำมั่นสัญญาในการนำรูปแบบไปใช้สอดคล้องกับการดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ ในกระบวนการวางแผน การปฏิบัติและสังเกตการณ์และจึงมาสู่การสะท้อนผล

ผลลัพธ์จากการพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการในช่วงที่ 2 ช่วงปฏิบัติการวิจัยเชิงวิพากษ์ ประกอบด้วย 2 วงจร ซึ่งได้มีการพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุตามแนวคิดของฮาร์เบอร์มาส ที่พยายามหาจุดลงตัวระหว่างความสัมพันธ์ของผู้รู้กับสิ่งที่ถูกรู้ (epistemology) ที่ผสมผสานระหว่างการเข้าใจความเชิงนัยวิเคราะห์ (interpretive understanding) กับการอธิบายเชิงสาเหตุ (causal explanation) โดยเน้นการวิพากษ์ข้อจำกัดของพื้นที่ที่ทำการศึกษา ซึ่งข้อค้นพบในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เข้าไปช่วยผลักดันกระบวนการในช่วงที่ 2 และร่วมสร้างประเด็นที่นำไปสู่การวิพากษ์รูปแบบพฤติกรรมการทำงานในอดีตเพื่อนำไปสู่รูปแบบพฤติกรรมการทำงานบนพื้นที่จริง จนเกิดเป็นระบบที่มีความยั่งยืน

สรุป

รูปแบบพฤติกรรมการทำงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน 8 รูปแบบ ได้แก่ 1) การพูดคุย รับฟัง และสัมผัส 2) การเยี่ยมเยียนและจัดกิจกรรมที่บ้านของผู้สูงอายุบ่อยครั้ง 3) การดูแลสุขภาวะและความเป็นอยู่ 4) การช่วยเหลือเป็นการส่วนตัว 5) เป็นสื่อกลางจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ 6) เอาใจใส่และตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ 7) การอดกลั้นและปรับตัวเข้าหาผู้สูงอายุ และ 8) การให้คำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุและการนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่น ควรเริ่มต้นจากการสร้างการรับรู้ในตนเองหรือในทีมดูแลสุขภาพโดยการใช้ประสบการณ์จากงานวิจัยครั้งนี้ที่สามารถผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับต่างๆ ของทีมดูแลสุขภาพซึ่งมีความสำคัญในเรื่องสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ข้อจำกัด

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดในกระบวนการทำวิจัยต้องใช้เวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้พฤติกรรมบุคคลนั้นคงอยู่

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิตเรื่อง การสร้างและพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน: การวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ หลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

References

1. Mahidol University. Population and social in ASIAN : Challenge and opportunity. Retrieved from http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr/AnnualConference/Download/2556/2556_conference_full.pdf [22 April 2017]
2. Department of Health. Supervision report : April 2015. (Meeting documents). Bangkok: Department of Health, Ministry of Public Health.
3. The Health Intervention and Technology Assessment Program. Survey on well-being of Thai elderly 2013. Retrieved from <http://www.hitap.net/wp-content/uploads/2014/10รายงานผู้สูงอายุ-2556.pdf> [22 April 2017]
4. Martin LG, Preston SH. Demography of aging. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK236671/> [22 April 2017]
5. Lyyra TM, Heikkinen RL. Perceived social support and mortality in older people. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2006;61:S147-52.
6. National Statistic Office. Survey on social status, culture and mental health : 2008. Retrieved from <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/pocketBook/culture51.pdf> [22 April 2017]
7. Choorat W, Sawangdee Y, Arunraksombat S. Factors Influencing the risk of having mental health problems of Thai elderly. Thai Popul J 2012;3:87-109.
8. Pongsaengpan P, Rodjarkpai Y . Community participation on elderly health promotion in Eastern Thailand. public health J Burapha 2014;9:14-8.
9. Patanung B, Chamruspanth V. Health promotion system for being active ageing among elderly people in Non Udom Sub-District, Muangyang District, Nakhonratchasima Province [thesis]. Khon Kaen: College of Local administration KhonKaen University; 2013.
10. Thammaseang A, Kankhwao B, Kankhwao P. Caregiving of elderly persons by family and community supportive in urban and suburban community. KhonKaen Province. Khonkaen: Sirindhorn College of Public Health; 2011.
11. Kaewsod C, Pongpaw S, Wannajak P, Ekkanrong P, Keawsuwan B. Study and development a model of long-term health care of the elderly with more integrated involvement of the community. Retrieved from file:///C:/Users/Home/Downloads/pdf_61670bc61f5f4d050f8dca05026e1af2.pdf [22 April 2017]

12. Sittipreechachan P, Priyatrak P, Chotkakam Y. Community participation in the process of care of elderly at MABCARE subdistrict. J Thai Army Nurs 2012;13:8-17.
13. Kemmis S. McTaggart R. The action research reader. 3rd edition. Victoria: Deakin University Press; 1988.
14. Suvanashiep S. Psychiatrist's experience in elderly care. [Interview] Nonthaburi: Bureau of Mental Health Technical Development Meeting Room [2 December 2011]
15. Sitthisarn T. Factors Influence on the mental health of the elderly in the Kamphaengsaen Hospital Elderly Club, Nakhon Pathom Province. J Soc Sci Hum 2009;35:160-72.
16. Ruayboonsong T. Self-esteem, social support and mental health of the elderly at the elderly club, Srithanya Hospital. [thesis]. Bangkok: Faculty of Social Sciences Kasetsart University; 2009.
17. Bandura A. The ethics and social purposes of behavior modification. In C.M. Franks & G.T. Wilson (Eds.), Annual review of behavior therapy theory and practice (Vol.3). New York: Brunner/Mazel; 1975.
18. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev 1977;84:191-215.