บทความวิจัย
วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ
Journal of Nursing Science & Health
ปีที่ 41 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน) 2561
Volume 41 No.2 (April-June) 2018

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังด้วยกระบวนการจิตอาสาเพื่อส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ*

Development of care system for older people with chronic disease through volunteers to promote spiritual well-being

นงเยาว์ มงคลอิทธิเวช พย.ม.** มัลลิกา มาตระกูล พย.ม** ลักขณา เทศเปี่ยม พย.ม**
เบญจมาศ กาดแสง พย.ม***รัญชนา หน่อคำ พย.ม****
Nongyao Mongkhonittivech MSN,** Mullika Matrakul MSN,** Luckkana Thetpiam MSN,**
Benchamat Thatsaeng MSN,*** Ranchana Nokham MSN.****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังด้วยจิตอาสาเพื่อส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก สนทนากลุ่ม และกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการจัดการความรู้ที่มีการสะท้อนคิดมิติด้านจิตวิญญาณ ผลการศึกษา 1) การพัฒนาระบบโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยสร้างความตระหนักให้กับคนในชุมชน เพิ่มจำนวน จิตอาสาและพัฒนาให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย จัดทำโครงการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ รวมทั้งสร้างเครือข่ายจิตอาสา 2) การติดตามประเมินผล พบว่า กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่มีการสะท้อนคิดด้านจิตวิญญาณ และการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐานมีความเหมาะสม ในการพัฒนาระบบมีผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จิตอาสาและชุมชน โดยผู้สูงอายุเข้าถึงการดูแลมากขึ้น มีระดับความสุข ความพึงพอใจ สูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) และมีระดับ ความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วน จิตอาสา มีระดับความสุข ความพึงพอใจ และความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ชุมชนให้การยอมรับและสนับสนุนการทำงานของจิตอาสาเข้าร่วมเป็นเครือข่าย

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบ การดูแล ผู้สูงอายุ จิตอาสา ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

Abstract

This participatory action research aimed to develop a care system for elderly people with chronic disease through volunteers to promote spiritual well-being. Data were collected by in-depth interviews, focus groups, and knowledge management with spiritual reflection. The results indicated in two phases:

*Research funding from Thai Health Promotion Foundation

**Lectural, School of Nursing, Mae Fah Luang University, Thailand
***Lectural, School of Nursing, Payap University, Thailand
****Lectural, School of Nursing, Chiang Rai University , Thailand

1) The care system developed by creating awareness for people in the community; increasing the number of volunteers and improving their capabilities in patient care; implementing spiritual well-being promotion projects; and establishing a volunteer network; 2) Evaluation, showing community participatory learning, knowledge management with spiritual reflection and community based care were appreciated as part of the development of the care system. These results had positive effects on the older people with chronic disease, the volunteers and the community. The older people had more access to health care services. The older people had statistically significant ($p<0.01$) greater levels of satisfaction and happiness than before the system was developed. Although, those older people had greater scores of spiritual well-being, the result was shown non-significant. As well as, the volunteers had significantly greater level of satisfaction, happiness and spiritual well-being ($p<0.01$). The community accepted and supported volunteers working as a network.

keywords: development heath care system, older people, volunteer, spiritual well- being

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ปัจจุบันสถานการณ์ที่ทุกประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยต้องเผชิญคือ การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ คือ มีจำนวนประชากรที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้น มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรรวมทั้งประเทศ ภายในเวลาอันรวดเร็ว เป็นเวลาไม่ถึง 10 ปี คือในช่วงปี ค.ศ. 2024-2025 ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก จากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจึงส่งผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจ สังคม บริการสาธารณสุขโดยรวมเป็นอย่างมาก เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยแห่งความเสื่อมถอยทั้งร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อยู่ในภาวะพึ่งพิงต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือ[1,2] ในสังคมไทยเมื่อผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ของบุตรหลานที่ต้องดูแล แต่จากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปครอบครัวมีขนาดเล็กลงเป็นครอบครัวเดี่ยว บุตรหลานต้องออกไปทำงานนอกบ้านหรือต่างถิ่น ทำให้ผู้สูงอายุบางส่วนถูกทอดทิ้ง ขาดที่พึ่ง ขาดคนดูแล ทำให้เกิดอาการทรุดหนัก วิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าต้องเป็นภาระของบุคคลอื่น[3] นำไปสู่ปัญหาที่รุนแรงมากยิ่งขึ้น จากการศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตเทศบาลตำบลแม่เงิน อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย ร่วมกับสถิติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เงิน พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนร้อยละ 36.3 ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และร้อยละ 6 ป่วยเป็นอัมพฤกษ์หรือมีความพิการ และที่เป็นปัญหารุนแรง ร้อยละ 73 มีปัญหาด้านจิตใจ คือ รู้สึกเหงา ซึมเศร้า ตอนกลางวันผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียวเนื่องจากบุตรออกไปทำงานนอกบ้าน จึงมีปัญหาเรื่องการรับประทานยาผิด ไม่ได้รับประทานอาหาร ไม่สามารถไปพบแพทย์ได้หากไม่มีบุตรหลานพาไป ไม่มีหน่วยงานหลักในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยตรง แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของชุมชน คือ มีกลุ่มจิตอาสาดูแลผู้ป่วย 7 คน ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างไม่เป็นทางการ ไม่ได้รับการยอมรับจากญาติผู้ป่วยและคนในชุมชน บางครั้งรู้สึกเครียด ท้อและทุกข์ใจ และยังคงทำอย่างต่อเนื่องจากการได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยที่ให้การดูแล มีความสุขจากสิ่งที่ได้ทำ

การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนนั้นไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเท่านั้น แต่ขึ้นอยู่กับการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชนด้วย ดังนั้นการพัฒนาชุมชนให้มีศักยภาพในการดูแลตนเอง จึงเป็นสิ่งสำคัญในการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เป็นแหล่งประโยชน์ที่มีพลังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และสามารถสร้างสุขภาพ

ให้เกิดขึ้นกับทุกคนในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ การดูแลโดยชุมชนเป็นฐาน (community based care) เป็นการดูแลใกล้บ้านที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ง่าย เน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน เป็นบริการที่ตอบสนองความต้องการของคนในชุมชนสอดคล้องกับวิถีชุมชนแบบดั้งเดิม[4] ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้รับการตอบสนองความต้องการหรือแก้ไขปัญหาได้อย่างตรงจุด รวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์ และได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านจิตวิญญาณที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรมความเชื่อของผู้สูงอายุ

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังด้วยจิตอาสาจึงพัฒนาขึ้นเพื่อส่งเสริมให้เกิดความ ผาสุกทางจิตวิญญาณของทั้งผู้สูงอายุ จิตอาสา และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เนื่องจากจิตวิญญาณเป็นมิติสำคัญที่ช่วยระบบที่สร้างขึ้นสามารถพัฒนาได้อย่างต่อเนื่องและมีความยั่งยืน จากการที่ผู้ที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณจะเป็นผู้ค้นพบวิธีการสร้างความสุขที่แท้จริงให้ตนเองและรู้วิธีหรือช่องทางต่าง ๆ ที่จะสร้างความสุขให้ผู้อื่นได้[5] กระบวนการของการเป็นจิตอาสา เป็นการฝึกน้อมใจรับใช้ผู้อื่นยอมสละตน คำนึงถึงผู้อื่นโดยไม่มีผลประโยชน์ส่วนตน จึงเป็นกระบวนการบ่มเพาะสุขภาวะทางจิตวิญญาณในด้านการมีเมตตากรุณาโดยไม่มีเงื่อนไข เป็นรากฐานที่มั่นคงทางจิตที่ส่งผลถึงชีวิตที่มีสุขภาวะครบทุกมิติ[6] ด้วยคุณลักษณะเด่นของจิตอาสา จึงมีความเหมาะสมในการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จิตอาสาจะได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุให้ครบทุกมิติ โดยเน้นมิติด้านจิตวิญญาณ แนวคิดสำคัญที่จะช่วยให้จิตอาสาเกิดการเรียนรู้ได้อย่างลึกซึ้ง และเกิดการเติบโตภายในหรือพัฒนาสุขภาวะทางจิตวิญญาณด้วย คือ การเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม (participation learning) ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่จิตอาสาเป็นผู้ริเริ่มและมีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ทุกคนมีสิทธิในการแสดงความคิดเห็น คิดร่วมกัน ศึกษาค้นคว้า เรียนรู้จากแหล่งต่าง ๆ แล้วร่วมกันตัดสินใจ และร่วมกันปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชนร่วมกัน ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในรูปแบบที่เรียกว่า “KM with spiritual reflection” หรือ “soft KM”[5] ซึ่งเป็นการค้นหาศักยภาพของจิตอาสา และภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และค้นหาปัญหาหรือความต้องการของจิตอาสาที่ต้องพัฒนาให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และมีการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เพื่อให้จิตอาสามีทักษะการดูแลผู้สูงอายุจากการฝึกปฏิบัติจริง และมีการบูรณาการความรู้เดิมหรือภูมิปัญญาท้องถิ่นกับความรู้ทางวิชาการในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการและสภาวะของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีสุขภาวะที่ดีขึ้น และมีการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาทั้งตัวผู้สูงอายุและจิตอาสาด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังด้วยกระบวนการจิตอาสาเพื่อส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ทำการศึกษาใน 12 หมู่บ้าน เทศบาลตำบลแม่เงิน อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย ดำเนินการในเดือนพฤษภาคม 2559 ถึง มิถุนายน 2560

ผู้เข้าร่วมวิจัย ในระยะวิเคราะห์สถานการณ์มีผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 70 คน ประกอบด้วย จิตอาสา 22 คน ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 22 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 22 คน พยาบาลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน ผู้บริหารส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่เทศบาล จำนวน 4 คน ส่วนระยะพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังด้วยกระบวนการจิตอาสา

มีผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 90 คน เลือกจิตอาสาจากการบอกต่อ (snowball sampling) และเลือกแบบเจาะจง คือเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการช่วยเหลือผู้อื่น มีความตั้งใจจริง มีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมตลอดโครงการ จำนวน 40 คน ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 22 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 22 คน พยาบาลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน ผู้บริหารส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่เทศบาล จำนวน 6 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือส่วนหนึ่งของการวิจัย ผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมการเป็นวิทยากรกระบวนการจากมูลนิธิสดศรี สฤษดิ์วงศ์ และมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นผู้เข้าไปดำเนินการในการสนทนากลุ่ม การจัดวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จดบันทึกภาคสนาม และถอดบทเรียน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาเป็นระยะ ๆ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการปรับแผนการดำเนินการวิจัยให้เหมาะสม

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างในการสนทนากลุ่ม ประเด็นในการจัดวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (soft KM) แบบประเมินผลลัพธ์โครงการ 5 ฉบับ ได้แก่ 1) แบบประเมินความสุขของกรมสุขภาพจิต[7] 2) แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังของนงเยาว์ กันทะมูล[8] 3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังด้วยกระบวนการจิตอาสา[9] 4) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังด้วยกระบวนการจิตอาสา 5) แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของจิตอาสา โดยผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของจิตอาสา และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังด้วยกระบวนการจิตอาสาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

การรวบรวมข้อมูล

ใช้วิธีการหลายวิธี ได้แก่ การสัมภาษณ์แบบทั่วไป การสัมภาษณ์เชิงลึก สนทนากลุ่ม และกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการจัดการความรู้ที่มีการสะท้อนคิดมิติด้านจิตวิญญาณ มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับบริบทชุมชน ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง การจัดการดูแลในชุมชน บริการสุขภาพและสังคม วิธีการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่นำมาใช้ ปัจจัยความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรค แนวทางการพัฒนาให้ดีขึ้น และผลการสะท้อนคิดด้านจิตวิญญาณจากประสบการณ์หลังให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในแต่ละครั้งของจิตอาสา

ขั้นตอนการวิจัย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย การศึกษาบริบทชุมชน ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง การจัดการดูแลในชุมชน บริการสุขภาพและสังคม และวิเคราะห์สถานการณ์ของจิตอาสา ประกอบด้วย วิธีการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่นำมาใช้ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการพัฒนาให้ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการพัฒนาระบบ ตามกระบวนการวางแผน ลงมือปฏิบัติ และประเมินผล (plan, action, and evaluation) โดย

1. วางแผนโดยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่มีการสะท้อนคิดมิติด้านจิตวิญญาณ (soft KM) เพื่อค้นหาศักยภาพ ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และสิ่งที่จิตอาสาต้องการพัฒนาศักยภาพของตนเอง รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์จริงสู่การวางแผนในการวางระบบการดูแล

2. การฝึกปฏิบัติ โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังให้แก่จิตอาสา หลังจากนั้น 2 สัปดาห์ ทบทวนการปฏิบัติและทดสอบความรู้และการปฏิบัติ จิตอาสาฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนโดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

เป็นพี่เลี้ยงเป็นเวลา 2 วัน แล้วจึงให้จิตอาสาให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนของตนเอง เป็นระยะเวลา 1 เดือน

3. ประเมินการฝึกปฏิบัติโดยการจัดวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่มีการสะท้อนคิดมิติด้านจิตวิญญาณ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ปัจจัยความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรค แนวทางการพัฒนาให้ดีขึ้น และพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล เป็นการประเมินกระบวนการดำเนินการ การเปลี่ยนแปลง โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสะท้อนคิดการปฏิบัติจากกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติ โดยการใช้แบบประเมินทั้ง 6 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความสุข ความพึงพอใจ และความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลัง โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และสถิติทดสอบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่สัมพันธ์กัน (paired t-test) หลังทดสอบการแจกแจงข้อมูลพบว่ามีการกระจายปกติ

ความเชื่อถือได้ของข้อมูล

ผู้วิจัยได้ตรวจความน่าเชื่อถือตลอดกระบวนการวิจัย โดยใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) เริ่มตั้งแต่ขณะเก็บข้อมูล การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นการเก็บข้อมูลจากหลายวิธี (methodological triangulation) และจากหลายแหล่งข้อมูล (data triangulation) ทั้งจากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อสม จิตอาสา ผู้นำชุมชนทั้งกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกเทศบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยให้ผู้ให้ข้อมูลอ่านหรือกลับไปถามซ้ำ เพื่อให้ได้ข้อมูลตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด[10] การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เอกสารรับรองเลขที่ REH59121

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

1.1 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) ร้อยละ 64.0 เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.2 อาศัยอยู่กับลูกหรือหลาน มีผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 36.3 โรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 67.5 โรคข้อและกระดูก ร้อยละ 30.91 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 28.76 โรคเบาหวาน ร้อยละ 25.54 และอัมพฤกษ์/พิการ ร้อยละ 5.91 ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังยังได้รับการดูแลช่วยเหลือจากสังคมค่อนข้างน้อย ผู้ดูแลหลักคือคนในครอบครัว พยาบาล และ อสม. มีภาระงานมากไม่สามารถดูแลได้อย่างทั่วถึง ผู้สูงอายุรู้สึกเหงาและต้องการให้มีคนมาเยี่ยม ดังข้อมูล *"อยู่บ้านคนเดียวไม่ได้คุยกับใครเลย ข้าวก็ไม่อยากกิน ลูกหาข้าวไว้ให้แต่มันเย็น แข็ง กินไม่ได้"* *"อายุมากแล้วจะไปไหน ทำอะไรก็ลำบาก มีจิตอาสามาแอ่วหา มาทำนั่นทำนี่ให้ ดีใจนัก ๆ เป็นทำให้หมดเลย ทำให้ดีกว่าลูกอีก ทำความสะอาดขี้เยี่ยวทำให้หมดเลย ลูกหลานยังบ่กล้าทำให้เลย อยากให้เค้ามาแอ่วหาบ่อย ๆ"*

1.2 จิตอาสา มีแกนนำคนแรกเป็นผู้ป่วยจิตเวช ที่เคยคิดฆ่าตัวตาย ครอบครัวแตกแยก ได้รับการช่วยเหลือจนสามารถผ่านพ้นมาได้ จึงอยากช่วยเหลือคนอื่น ๆ ที่ประสบปัญหาเหมือนกันจนสามารถช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาคล้าย ๆ กันและรวมกลุ่มกัน 7 คน โดยมีแรงจูงใจในการทำความดี ทำบุญ เพื่อให้มีชีวิตที่ดีขึ้น ๆ และมีความสุขที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น *"...สำหรับเรื่องรังเกียจสิ่งสกปรก ก็คิดว่าความสกปรกเขามี เราก็มี เราคิดว่าเราทำกับผู้สูงอายุ ที่เขาไม่มีความสามารถที่จะดูแลตนเอง จะได้บุญได้กุศล ความดีที่ทำกับผู้สูง*

อายุ จะได้ปกป้องเราบ้างแค่นี้ค่ะ...”

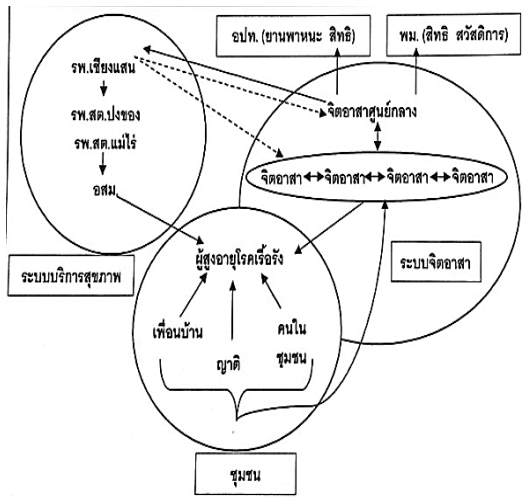
และจากการที่เคยเป็นคนป่วย จึงเข้าใจผู้ป่วยด้วยกันได้ดี พูดคุยเข้าใจกันง่าย ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ไม่ใช่จะเป็นการให้อย่างเดียว *“เมื่อก่อนดิฉันเคยป่วยเดินไม่ได้ เกิดความท้อแท้ในชีวิตหลาย ๆ คนก็รู้ว่าดิฉันเป็นผู้ป่วยจิตเวชมาก่อน แต่ ณ วันนี้ หลังจากดิฉันรู้สึกว่าได้ช่วยเหลือคนอื่นดีขึ้น ทำมาทุกวันนี้ก็รู้สึกว่าดิฉันก็ดีขึ้น ๆ”*

1.3 ระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุโดยตรงในชุมชนยังไม่มี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีพยาบาลเพียง 1 คน และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุซึ่งมีภาระงานมาก ต้องดูแลประชาชนทุกช่วงวัย ทำให้ดูแลได้ไม่ทั่วถึง ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยรุนแรงได้รับการเยี่ยมบ้าน 1-2 เดือนต่อครั้ง ส่วนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และกำนันผู้ใหญ่บ้าน ยังไม่มีระบบในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ชัดเจน ขาดการรับรู้สถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วยในชุมชน

2. การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเพื่อส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ

2.1 กระบวนการพัฒนา ใช้แนวคิดการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐานและกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีการสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการให้ข้อมูลสถานการณ์ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน และสถานการณ์ของจิตอาสา แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ให้แต่ละกลุ่มคัดเลือกตัวแทนเข้าร่วมการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ มีผู้สมัครเป็นจิตอาสาจำนวน 60 คน คัดเลือก 40 คน เข้าร่วมกิจกรรมในการเข้าวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการอบรมเชิงปฏิบัติการในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และลงพื้นที่ปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตนเอง ในระหว่างการดำเนินโครงการ มีผู้สนใจสมัครและเข้าร่วมเป็นแกนนำจิตอาสามากขึ้นเป็น 60 ราย และชุมชนให้การยอมรับและสนับสนุนการทำงานของจิตอาสาในการดูแลผู้สูงอายุและเข้าร่วมเป็นเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เช่น อสม. รพ.สต., รพช., เทศบาล, พมจ. และ กศน. เป็นต้น

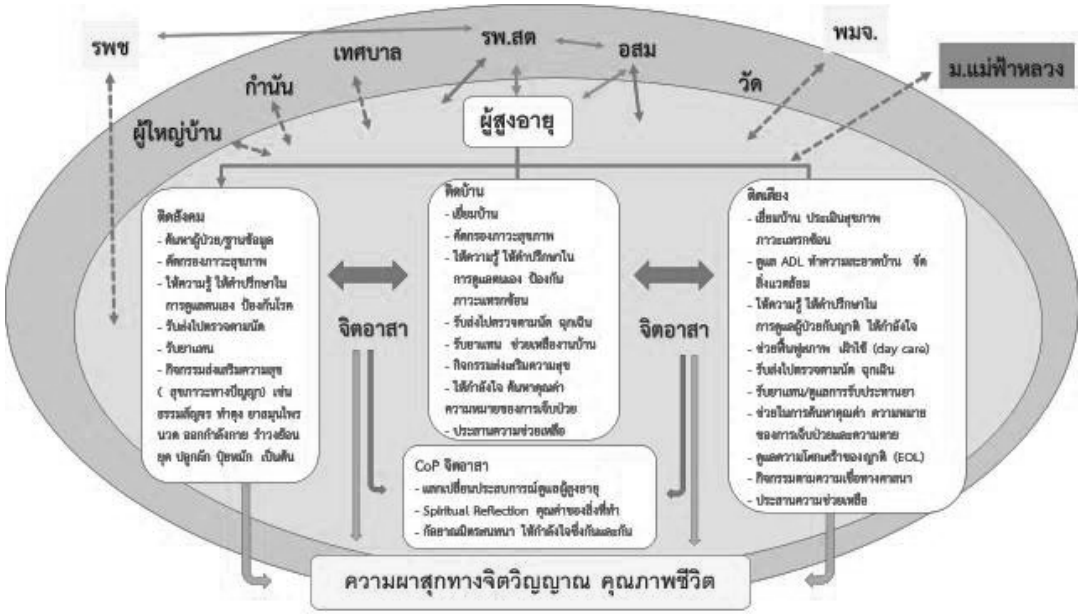
2.2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังด้วยจิตอาสาเพื่อส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ ระบบเดิมจิตอาสาได้ข้อมูลจากการสอบถามคนในชุมชน หรือญาติของผู้ป่วย มีจิตอาสาแกนนำคอยประสานเพียง 1 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง รับนโยบายและแนวปฏิบัติต่าง ๆ จากโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลเชียงแสน เมื่อมีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะแจ้งให้ อสม. ไปติดตามและรายงานผลเดือนละครั้ง กระบวนการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตเทศบาลตำบลแม่เงิน ระบบเดิม แสดงให้เห็นดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงระบบการดูแลเดิม

ระบบใหม่ ผลการดำเนินงานได้ระบบใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังด้วยจิตอาสาเพื่อส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งเรียกว่ารูปแบบ **“แม่เงินจิตอาสาสร้างสุข (สุขภาวะทางปัญญา)”** ดังแสดงในภาพที่ 2 มีรูปแบบการดำเนินกิจกรรมทุกอย่างด้วยจิตอาสา โดยการบูรณาการความรู้จากการฝึกอบรมการ

ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเข้ากับภูมิปัญญาท้องถิ่น และเน้นการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งจิตอาสาได้เรียนรู้จากการเข้าวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในรูปแบบ KM with spiritual reflection มีการเพิ่มพูนความรู้และทักษะโดยการจัดวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากเพื่อนจิตอาสาด้วยกันอย่างสม่ำเสมอ (COP จิตอาสา) โดยจิตอาสาได้แบ่งกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังตามศักยภาพของผู้สูงอายุ เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่



ภาพที่ 2 แสดงระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังด้วยจิตอาสาเพื่อส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ เทศบาลตำบลแม่เงิน

1) ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุทั่วไปที่ช่วยเหลือตัวเองและผู้อื่นได้ จิตอาสาทำการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชนและส่งต่อข้อมูลให้กับ รพ.สต. ติดตามเยี่ยมบ้านทุก 2-3 สัปดาห์ต่อครั้ง เพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพ ให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ป้องกันโรค บริการรับส่งไปตรวจตามนัด รับยาแทน และจัดทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณ เกิดโครงการ/กิจกรรมในแต่ละหมู่บ้าน รวมทั้งหมด 36 โครงการ เช่น ธรรมสัญจร ทำตุง นวด รำวงย้อนยุค ปลูกผัก ปุ๋ยหมัก น้ำยาล้างจาน เป็นต้น

2) ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ติดบ้าน จิตอาสาทำการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่และแจ้งให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือหากมีผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลชุมชน จิตอาสาทำการเยี่ยมบ้านติดตามเยี่ยมบ้านทุก 1-2 สัปดาห์ต่อครั้ง เพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพ ให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ให้การช่วยเหลือในการรับส่งไปตรวจตามนัดหรือนำส่งโรงพยาบาลเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน เป็นตัวแทนในการรับยาแทน ช่วยเหลือในการทำความสะอาดบ้าน จัดสิ่งแวดล้อม ร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามความต้องการของผู้สูงอายุเพื่อเสริมสร้างความสุข ให้กำลังใจ ค้นหาคุณค่า ความหมายของการเจ็บป่วย ประสานความช่วยเหลือกับภาคีต่าง ๆตามปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

3) ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยพิการช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรืออยู่ในระยะสุดท้าย จิตอาสาทำการเยี่ยมบ้าน

ทุก 1-3 วันต่อครั้งเพื่อประเมินสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนให้การช่วยเหลือในการฟื้นฟูสภาพ ช่วยดูแลผู้สูงอายุในตอนกลางวันแทนญาติ ดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร ทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ เป็นต้น ดูแลสิ่งแวดล้อมในบ้าน ให้ความรู้ ให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยให้กับญาติ คอยช่วยเหลือให้กำลังใจญาติ รับส่งไปตรวจตามนัด หรือภาวะฉุกเฉิน รับยาแทน ดูแลการรับประทานยา ช่วยในการค้นหาคุณค่า ความหมายของการเจ็บป่วยและความตาย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (EOL) โดยเฉพาะการดูแลระยะสุดท้าย จิตอาสาจะคอยผลัดเปลี่ยนมาอยู่เป็นเพื่อน เฝ้าไข้ผู้ป่วยร่วมกับญาติตลอดเวลา 24 ชั่วโมง คอยให้กำลังใจ ให้การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ ช่วยเหลือดูแลแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ทุกด้าน ติดต่อประสานงาน ประสานความช่วยเหลือ ประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อและศาสนา จนกว่าผู้ป่วยจะจากไปอย่างสงบและคอยช่วยเหลือดำเนินการประกอบพิธีกรรมต่าง ๆ จนกระทั่งเสร็จสิ้นกระบวนการทั้งหมด หลังจากนั้นยังมีการดูแลประคับประคองจิตใจของญาติด้วยการเยี่ยมบ่อยครั้งอย่างสม่ำเสมอ

2.3 ผลการทดลองปฏิบัติ พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลด้วยจิตอาสามีความสุข สบายใจ มีสุขภาวะที่ดีขึ้นโดยเฉพาะด้านร่างกายและจิตวิญญาณและการเข้าร่วมเป็นจิตอาสาทำให้เกิดการพัฒนาตนเองที่ได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติจากวงแลกเปลี่ยนรู้ที่มีการสะท้อนคิดมิติด้านจิตวิญญาณ รู้วิธีการพูดและทำความเข้าใจกับญาติโดยใช้สุนทรียสนทนา ทำให้มีสุขภาวะทางจิตวิญญาณ เกิดความรัก ความผูกพันเกิดพลังในการที่จะทำความดี สร้างความสุขให้แก่ตนเองและผู้อื่นอย่างต่อเนื่อง มีพลังที่จะขับเคลื่อนระบบที่สร้างขึ้นให้ประสบผลสำเร็จ ดังข้อมูล

"บางทีเราเห็นแล้วอยากเข้าไปช่วย แต่ลูกหลานก็ไม่เต็มใจให้เข้าไป พอเข้าไปแล้วคนแก่จะดีใจมาก จะพูดคุย ชอบจิตอาสาที่เข้าไปเยี่ยม มีความสุขมาก ลูกก็จะบอกว่าเห็นคนอื่นดีกว่าลูก ก็จะไม่พอใจ แต่ก็ทำใจ ช่างมัน ไม่เป็นไร เราก็ทำของเราไป แต่ก็อยากช่วยจริง ๆ"

"จิตอาสากับยายก็เคยเห็นกันมาตั้งแต่เล็กแต่น้อย ไม่ใช่ญาติก็เหมือนญาติ ตอนนี้เค้ามาดูแลเหมือนเป็นลูกเป็นหลานเลย ดีใจมาก รักมันมาก คิดถึงทุกวัน ถ้าหายไปหลายวันก็จะบอกคนใกล้บ้านมาแจ้งว่าให้มาหาหน่อย"

3. ผลลัพธ์ของระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเพื่อส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ

3.1 การประเมินกระบวนการดำเนินการ พบว่า จิตอาสามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนาระบบ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างกว้างขวาง ลึกซึ้ง เห็นคุณค่าของกันและกัน เกิดความผูกพันในทีมจิตอาสา มีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีความมั่นใจในการปฏิบัติ และได้รับการยอมรับจากญาติผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ดังข้อมูล

"...สำหรับดิฉันเรื่องการขับเคลื่อนในกระบวนการทำงานเป็นทีม ถ้าเราไม่ได้ขับเคลื่อนในการทำงานเป็นทีม เราทำคนเดียวบางครั้งก็รู้สึกว่าถ้าเจออุปสรรคปัญหาก็ไม่รู้จะปรึกษาใคร พอเรามีโอกาสได้มาคุยกันมันดีอยู่อย่าง คือเวลาเรามีปัญหาคนหนึ่งก็รู้อย่างหนึ่งคนหนึ่งก็รู้อย่างหนึ่ง เราก็เอาตรงนั้นมาช่วยกันแก้ปัญหาหาทางออก สมมติ case นี้เราจะทำอย่างไรญาติเขาไม่ยอมรับเรา เราจะเปลี่ยนวิธีการอย่างไรในการเข้าหาญาติและผู้ป่วย "

"คิดถึง อยากให้มีการมาคุยกันแบบนี้บ่อย ๆ อย่างน้อยสักเดือนละครั้งก็ยังดี ได้เห็นได้คุยกันใครไปทำอะไรอย่างไรบ้าง มีการแลกเปลี่ยนกันทำให้เห็นว่าเราจะดูแลคนไข้แบบนั้น ๆ อย่างไร"

3.2 การประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติโดยใช้แบบประเมิน

1. ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีความสุขเท่ากับคนทั่วไปร้อยละ 59.09 ไม่มีผู้สูงอายุที่มีความสุขมากกว่า

คนทั่วไป แต่ภายหลังการดำเนินการพัฒนาระบบ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขมากกว่าคนทั่วไปเพิ่มขึ้นร้อยละ 18.18 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.45 และภายหลังการพัฒนาระบบ ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากร้อยละ 68.18 นอกจากนี้ยังพบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอยู่ในระดับสูง และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลังได้รับการดูแลด้วย จิตอาสาสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) รวมทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อระบบอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจเท่ากับ 46.86 (S.D.=8.39) เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

2. จิตอาสา มีความสุขเพิ่มมากขึ้น โดยมีจำนวนคนที่มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไปลดลงจากร้อยละ 19.23 เป็น ร้อยละ 3.85 และมีจำนวนคนที่มีความสุขมากกว่าคนทั่วไปเพิ่มขึ้นจากไม่มีเลย เป็นร้อยละ 50 ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขของจิตอาสาเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาระบบฯมาใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และความพึงพอใจต่อระบบก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากร้อยละ 42.30 ภายหลังการพัฒนาระบบ จิตอาสามีความพึงพอใจเพิ่มเป็นระดับมากที่สุดร้อยละ 53.85 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และความผาสุกทางจิตวิญญาณ พบว่าจิตอาสามีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณหลังการพัฒนาระบบสูงกว่าก่อนพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ตารางที่ 1 แสดง การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสุข ความพึงพอใจและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรงและจิตอาสา ก่อนและหลังการพัฒนาระบบฯ

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความสุขของผู้สูงอายุ	43.00	5.31	45.86	5.02	-4.713	.000
ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ	41.00	9.91	48.68	6.52	-7.306	.000
ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	44.32	6.93	46.86	8.39	-2.504	.011
ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง	130.94	10.17	132.47	15.08	0.37	0.71
ความสุขของจิตอาสา	37.19	4.78	51.08	5.13	-17.597	.000
ความพึงพอใจของจิตอาสา	39.88	8.30	52.50	8.99	-45.909	.000
ความผาสุกทางจิตวิญญาณของจิตอาสา	52.50	5.49	58.38	6.04	-5.691	.000

*$p<0.05$

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่มีการสะท้อนคิดด้านจิตวิญญาณ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้จิตอาสาเกิดการเรียนรู้อย่างแท้จริง มีการพัฒนาศักยภาพและสามารถขับเคลื่อนระบบการดูแลได้ อธิบายได้ว่า จิตอาสาได้ผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมวางแผน ลงมือปฏิบัติจริง และร่วมกันติดตามประเมินผล ปรับปรุง

ระบบให้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสร้างการมีส่วนร่วมขององค์การอนามัยโลก[11] ที่ว่าการสร้างการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการพัฒนาความสามารถของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชนให้มีปฏิสัมพันธ์ช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกัน ในการดูแลสุขภาพของคน ทำให้เกิดสุขภาวะที่ดีขึ้น โดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ คือ 1) การร่วมตัดสินใจ โดยประเมินสถานการณ์ปัญหา ร่วมวางแผน และออกแบบกิจกรรมการพัฒนา 2) การร่วมดำเนินการตามแผน และ 3) ร่วมรับผลประโยชน์ โดยการร่วมประเมินผลและรับผลที่เกิดขึ้น และสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพของเดวิด คอล์ป[12] เป็นวงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ คือ ขั้นประสบการณ์ตรง ขั้นการสะท้อนและอภิปราย ขั้นคิดรวบยอด ขั้นทดลอง/การประยุกต์ เมื่อมีส่วนร่วมสูงสุดย่อมเกิดการเรียนรู้สูงสุดด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของสมบูรณ์ ธรรมลังกา[13], พรทิพย์ สาริโส และคณะ[14] ที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความเข้มแข็งของชุมชน ได้แก่ กระบวนการเรียนรู้ของชุมชน ระบบเครือข่าย ระบบความสัมพันธ์ในชุมชน และภูมิปัญญาท้องถิ่น

นอกจากนี้การที่จิตอาสาได้เข้าวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่มีการสะท้อนคิดมิติด้านจิตวิญญาณอย่างสม่ำเสมอ ย่อมทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างลึกซึ้ง ซึมซับความดีความงามของกันและกัน เห็นคุณค่าของตนเอง คุณค่าของเพื่อนจิตอาสา รวมทั้งคุณค่าผู้อื่นทั้งผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ชุมชน สังคม สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ประเพณี รวมทั้งภูมิปัญญาท้องถิ่น มองเห็นภาพองค์รวมทั้งหมด เห็นศักยภาพของตนเองและผู้อื่น ซึ่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่มีการสะท้อนคิดด้านจิตวิญญาณ ทำให้เกิดการพัฒนาจิตวิญญาณเกิดขึ้นตั้งแต่ 1) การเล่าเรื่อง ผู้เล่าได้มีโอกาสทบทวนใคร่ครวญตนเองถึงวิธีการทำงาน พฤติกรรมที่แสดงออก วิธีคิดมุมมองที่อยู่เบื้องหลัง ทำให้รู้จักและเข้าใจตนเองมากขึ้น 2) การฟัง (deep listening) ผู้ฟังได้ฝึกการฟังด้วยหัวใจ คือ จับประเด็นเนื้อหาเรื่องเล่าได้ รับรู้อารมณ์ความรู้สึกของผู้เล่า เข้าใจเจตนารมณ์ของผู้เล่า ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิธีทำงานหรือพฤติกรรมที่แสดงออก เข้าใจผู้อื่นได้ง่ายขึ้น ใช้ปัญญาในการไตร่ตรอง จนเกิดความสามารถในการมองเห็นโอกาสการพัฒนาตนเอง สร้างสรรค์วิธีทำงานใหม่ ๆ ด้วยจิตวิญญาณ 3) กระบวนการสะท้อน (spiritual reflection) ในวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีกระบวนการสะท้อนอารมณ์ ความรู้สึก คุณค่าในงาน คุณค่าของตนเอง คุณค่าของผู้อื่น ผู้เข้าร่วมได้ตีค่าความงามของงานที่ทำ และตระหนักถึงเหตุผลที่อยู่เบื้องหลังวิธีทำงานของตนเอง ของทีมงานหรือของหมู่คณะ ด้วยกระบวนการเช่นนี้ทำให้ผู้เข้าร่วมได้รับทราบและเข้าถึงพัฒนาการทางจิตวิญญาณ[5] สะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจน หลังจากการพัฒนาระบบการดูแลด้วยกระบวนการจิตอาสา พบว่าจิตอาสามีคะแนนเฉลี่ยความสุข คะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณ และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของจิตอาสาเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ในส่วนของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุคือช่วยให้ผู้สูงอายุมีระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มสูงขึ้น ถึงแม้จะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ผลรายด้านจะพบว่าผู้สูงอายุมีความผาสุกด้านความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตลดลง สามารถอธิบายได้ว่าจากการดำเนินของโรคเรื้อรังที่มีลักษณะทรงกับทรุด ซึ่งเกินความสามารถของจิตอาสาที่จะช่วยการดำเนินของโรคดีขึ้นได้ ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าโรคมีอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้น จึงส่งผลทำให้ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณลดลง สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ[15]

นอกจากนี้ระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังด้วยกระบวนการจิตอาสาที่พัฒนาขึ้นมีรูปแบบที่สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแลได้รับการดูแลจากจิตอาสาอย่างต่อเนื่อง รวดเร็วตรงกับสภาพปัญหาและความต้องการที่แท้จริง โดยเฉพาะปัญหาด้านจิตใจ จิต

วิญญาณที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรมท้องถิ่น ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแลจึงมีระดับความพึงใจ และความสุขอยู่ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของวิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ[9] ที่พัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น พบว่าผู้สูงอายุที่เคยถูกละเลยหรือไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการได้ ระบบใหม่ทำให้สามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ผู้สูงอายุรู้สึกว่าได้รับบริการอย่างเต็มที่ มีความสะดวกมากขึ้น ทำให้มีความพึงพอใจสูงกว่าก่อนให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และการศึกษาของมลิจันทร์ เกียรติสังวร[16] ที่ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่าการที่ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนที่ดี จะทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และสุขภาพที่ดีย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังภายหลังการได้รับการดูแลจากจิตอาสา มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงและเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) อภิปรายได้ว่าผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากจิตอาสา ทำให้ผู้ดูแลได้รับการแบ่งเบาภาระหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลงและรู้สึกพึงพอใจต่อระบบที่พัฒนาขึ้น ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา[17]ที่พบว่าความพึงพอใจในระบบบริการของผู้ดูแลก่อนและหลังไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าจิตอาสาที่ได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนามิติด้านจิตวิญญาณด้วย ส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

นอกจากนี้ผลการวิจัยยังแสดงให้เห็นว่าจิตอาสาแต่ละคนมีศักยภาพที่จะช่วยเหลือผู้สูงอายุและสังคมส่วนรวมได้ การปรับเปลี่ยนความคิดและมุมมองดังกล่าวจะทำให้จิตอาสาเกิดการพัฒนาจิตอาสาอย่างยั่งยืนและต่อเนื่อง ทำให้ชุมชนตระหนักถึงคุณค่าและบทบาทของจิตอาสา มีการขยายจำนวนและบทบาทของจิตอาสาเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของสุมาลี เอี่ยมสมัย และคณะ[18] พบว่าอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับมาก ความคิดเห็นและศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรให้เครือข่ายจิตอาสาเป็นส่วนหนึ่งของงานเยี่ยมบ้านหรือทีมหมอครอบครัว ซึ่งอยู่ในระบบบริการสาธารณสุขหลัก ขยายฐานหรือเพิ่มจำนวนจิตอาสาพร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชนและจิตอาสาอย่างต่อเนื่อง จัดทำฐานข้อมูลจิตอาสา นำข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกจัดทำขึ้นโดยจิตอาสาเชื่อมต่อกับระบบสาธารณสุข เพื่อให้เป็นปัจจุบัน

2. ภาคีทุกภาคส่วนควรมีการต่อยอดความรู้ในการจัดตั้งเป็นศูนย์ดูแลสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้วยจิตอาสา (intermediate care) ศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะยาวด้วยจิตอาสา ศูนย์ฟื้นฟูสภาพด้วยจิตอาสา (rehabilitation) หรือศูนย์สร้างสุข (wellness centre)

3. หน่วยงานภาครัฐที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ ควรมีบทบาทในการสนับสนุนด้านวิชาการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครกลุ่มต่าง ๆ ให้มีศักยภาพในการดูแลตนเอง ผู้อื่น ชุมชน โดยให้ความสำคัญกับมิติด้านจิตวิญญาณเพิ่มมากขึ้น และควรสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ งบประมาณในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ที่สนับสนุนเอื้อประโยชน์ให้สามารถดำเนินการวิจัยได้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

1. Prasartkul P, Situation of The Thai Elderly 2013. Nonthaburi: Thai TGRI; 2014. (in Thai)
2. Simahaphan S, Chuengsatiansup K, Tengrang K. The effects and caregiving burdens of older persons in long-term care based on Thai culture. Nonthaburi: Thai TGRI; 2014. (in Thai)
3. Saesow P, Pangluang J. Spiritual distress and spiritual skills among the elderly with chronic illness in Saraburi Province. Retrieved December 15, 2017 from www.thapthanhospital.go.th. (in Thai)
4. Pothiban L. Intermediate care for the elderly with chronic illness, In: Lasuka D, editor. Proceedings of knowledge management for the elderly in the 21st century; 2013 Feb 22; Khum Phucome Hotel Chiang Mai. (in Thai)
5. Palitponkanpim P. 19 Questions: spiritual development. Bangkok: Thai TGRI; 2008. (in Thai)
6. Visalo P. Volunteerism: the human values [Internet]. Retrieved May 18, 2016 from http: //www. kanlayanatam.com/sara/sara142.htm
7. Mongkol A, Tangseree T, Udomrat P, Huttapanom W, Chetchotisakd P, Chutha W, et al. The development and testing of a new Thai Happiness Indicator(THI-15). Khon Kaen: Prathammakhan; 2004. (in Thai)
8. Kanthamun N. Spiritual well-being of the elderly with lung cancer [dissertation]. Chiang Mai, Thailand: Chiang Mai University; 2002. (in Thai)
9. Wirojrat V, Aumnatsatsai K, Sasat S, Malatum P, Narongsak J. Improvement of healthcare service for dependent elders. TJNC. 2014; 29: 10414. (in Thai)
10. Jantavanit S. Qualitative research (12th ed). Bangkok: Dansupakanpim; 2016. (in Thai)
11. World Health Organization. Community involvement in health development: challenging health services. Report of a WHO study group. Geneva, World Health Organization; 1991.
12. Kolb, A. Experiential learning theory bibliography. 1971-2001. Boston: McBer.
13. Tumlangka S. Local wisdom - based model to build up community strength in Chiang Rai Province. Journal of education Naresuan University 2013;15(2): 58-66. (in Thai)
14. Sareeso P, et al. The situation, health problems and care needs of older persons with chronic illness : Chiangrai municipality. Journal of Nursing Science & Health 2017; 40(2) : 85-95.
15. Mongkhonittivech N, Yaemesri W. Factors predicting spiritual well-being among the elderly with chronic illness. Journal of Nursing Science and Health 2016; 39(2):1-11. (in Thai)
16. Kiatsangworn M. The prediction of elderly quality of life in elderly club Tambol Bangnomkho, Sena district, Ayutthaya Province. Ayuthaya Academic Journal 2015; 16: 222-9. (in Thai)
17. Sangchart B. Spiritual well-being and good death. J Nurs Sci 2014; 37: 147-56. (in Thai)
18. Eamsamai S, Mhuansit R, Thongmag C. An elderly care model in caregiving- volunteers at Phukrang municipality, Amphur Praputthabat, Saraburi Province. Nursing Journal of The Ministry of Public Health. 2015; 22(3): 77-87. (in Thai)