วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้
The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health
ISSN 2408-1051 (Print), ISSN 2651-2270 (Online)

การพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน
Development of Mental Health Promotion Model for Aging Population at Risk by Community Health Care Team

สุดา วงศ์สวัสดิ์[1*], ดุษฎี โยเหลา[2] และ นริสรา พึ่งโพธิ์สภ[2]
Suda Wongsawad[1*], Dusadee Yoelao[2] and Narisara Peungposop[2]
กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต[1*], สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ[2]
Division of Mental Health Promotion and Development[1*],
Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University[2]

(Received: *November 30, 2018*; Revised: *April 30, 2019*; Accepted: *April 30, 2019*)

บทคัดย่อ

การวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน ดำเนินการวิจัย 2 ระยะ คือ 1) ก่อนดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ และ 2) ระยะดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ จำนวน 2 วงจร แต่ละวงจรประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือขั้นตอนการสร้างทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ และขั้นตอนการวิจัยปฏิบัติการ โดยดำเนินการวิจัยในพื้นที่จังหวัดนครนายกและจังหวัดฉะเชิงเทรา ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2559 - พฤษภาคม 2560 ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้แก่ 1) ผู้ร่วมวิจัย คือ ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ซึ่งได้จากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ เจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐ ประกอบด้วย พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัคร ครอบครัวของผู้สูงอายุ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มเสียง 2) ผู้ให้ข้อมูล (ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย) ผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัย อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิต พื้นที่จังหวัดนครนายก จำนวน 48 คน พื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 33 คน ในระยะก่อนดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวทางการสังเกต ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้วิธีสังเกตการกระทำทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม และสัมภาษณ์เชิงลึก ระยะดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวคำถามการทำสุนทรียสนทนา (Dialogue) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบบันทึกเรื่องเล่าแบบมีโครงสร้าง (Story Telling) เรื่องเล่าเร้าพลัง (Power of Story Telling) และแนวทางการสังเกต ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้วิธีสังเกตการกระทำทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม และสุนทรียสนทนา และระยะสิ้นสุดกระบวนการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวทางการสังเกต ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้วิธีสังเกตการกระทำทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม ระดมสมอง และสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูล เชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา เชิงปริมาณ ใช้จำนวนและค่าร้อยละ ผลการวิจัยพบว่า

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน การพูดคุย รับฟัง และสัมผัส 2) การเยี่ยมเยือนและจัดกิจกรรมที่บ้านของผู้สูงอายุบ่อยครั้ง 3) การดูแลสุขภาวะและความเป็นอยู่ 4) การช่วยเหลือเป็นการส่วนตัว 5) การเอาใจและตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ 6) การอดกลั้นและปรับตัวเข้าหาผู้สูงอายุ 7) เป็นสื่อกลางจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ และ 8) การให้คำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การส่งเสริมสุขภาพจิต, ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง, การส่งเสริมสุขภาพจิต ผู้สูงอายุ, ทีมสุขภาพชุมชน

[*]ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: suda.wongsawat@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-8471643)

Abstract

This critical action research, conducted in Nakhon Nayok and Chachoengsao between November 2016 and May 2017, aimed to develop a model of work for community health teams so they can do health promotion among elderly groups who are at risk for mental illness. Participants in the study included research partners, a group of people who took part in the development of the model of work to promote mental health in elderly groups at risk of mental illnesses in communities. This group consisted of government officials, nurses, public health officers, volunteers, families of the elders, elderly club members, and caregiving volunteers of elders who were at risk for mental health disease. Sample was 81 elders in the area, 48 people from Nakhon Nayok and 33 people from Chachoengsao, aged 60 and higher, all at risk for mental health problems. Purposive sampling was used. There were two phases: one before, and one during the study. In the first phase, before study, research tools were in-depth interview forms, and observation guidelines. Both tools were quality-checked by professionals. Data were collected by observations of participatory and non-participatory actions, and in-depth interviews. In the second phase, during the study, there were 2 cycles, each one being divided in 2 steps: forming a critical theory, and conducting the action research. Research tools were in-depth questions for dialogue, forms for storytelling, empowering stories, and observation guidelines. All tools were quality-checked by experts. Data were collected by observations of participatory and non-participatory actions, brainstorming, and in-depth interviews. Data was then analyzed qualitatively and also quantitatively by using counts and percentages.

This valid model of work to promote mental health in elderly groups in communities who are at risk of mental illnesses, includes: 1) conversing with the elders, active listening, and physical closeness, and touching, 2) frequent home visits and activities, 3) caring for elderly's well-being and living situations, 4) private individual supporting, 5) moral supporting and responding to elderly' s needs, 6) ability to be patient and adapt to be with elderly, 7) being a mediator capable of resolving any conflicts between caregivers and elders, and 8) giving suggestions about how to take care of elders.

Keywords: Model Development, Mental Health Promotion, Aging Population at Risk, Elderly, Community Health Care Team

บทนำ

ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุเป็นอันดับ 2 ในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รองจากประเทศสิงคโปร์ ซึ่งตามนิยามขององค์การสหประชาชาติถือว่าปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) และคาดการณ์ว่าอีกไม่เกิน 20 ปี (พ.ศ. 2576) ทุกประเทศในอาเซียนจะเข้าสู่สังคมสูงวัย

จากการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศได้ผลสรุปที่สอดคล้องกันว่า ผู้สูงอายุจะประสบกับการเปลี่ยนแปลงของสถานภาพ บทบาททางสังคม เศรษฐกิจ การจากไปของคนใกล้ชิด สภาวะโรคเรื้อรังที่ส่งผลต่อความทุกข์ทรมานจากสภาวะโรค สภาพร่างกายที่เปลี่ยนไป สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อภาพลักษณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง ความภาคภูมิใจในชีวิต ถ้าผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิตได้มักจะมีปัญหาสุขภาพจิตหลายอย่างตามมาในชีวิต เช่น ความรู้สึกโดดเดี่ยว วิตกกังวล เครียด ซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย (Gadudom, & Hemchayat, 2011) (Sripan, 2011) อีกทั้ง การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังยังเป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ด้วยการส่งผลต่อความรู้สึกวิตกกังวล

ความเครียด ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น บางครั้งทำให้เกิดข้อจำกัดในการพึ่งพาตนเอง กระทบต่อการทำหน้าที่ต่าง ๆ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน (Martin, & Preston, 1994) ในกรณีที่การเจ็บป่วยทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสีย โดดเดี่ยว ซึมเศร้า วิตกกังวล เครียด ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย (Lyyra, & Heiikkinen, 2006) นอกจากนี้ ข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติยังพบว่าผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 21 มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปหรือมีความเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2551) ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม เช่น การเกษียณอายุการทำงาน การสูญเสียบทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัว การเสียชีวิตของคู่สมรส ญาติ คนใกล้ชิด หรือเพื่อน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุทั้งสิ้น มีความเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า และสิ้นหวัง จนอาจกลายเป็นปัญหาสุขภาพจิตในที่สุด (Choorat, Sawangdee, & Arunraksombat, 2012)

ปัจจุบันผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น เช่น ความรู้สึกโดดเดี่ยว วิตกกังวล เครียด ซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย (Gadudom, & Hemchayat, 2011; Sripan, 2011) อันเนื่องมาจากเงื่อนไขที่หลากหลาย ทั้งด้านสุขภาพ ด้านสังคม และปัจจัยส่วนบุคคล โดยข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติเผยให้เห็นว่าผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 21 มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปหรือมีความเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2551) ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม เช่น การเกษียณอายุการทำงาน การสูญเสียบทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัว การเสียชีวิตของคู่สมรส ญาติ คนใกล้ชิด หรือเพื่อน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุทั้งสิ้น มีความเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า และสิ้นหวัง จนอาจกลายเป็นปัญหาสุขภาพจิตในที่สุด (Choorat, Sawangdee, & Arunraksombat, 2012) อีกทั้งผู้สูงอายุบางส่วนมีปัญหาการเข้าถึงบริการ การมีข้อจำกัดด้านอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ การพยายามสร้างกิจกรรมที่เป็นการส่งเสริมการมีสุขภาพจิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุ แต่ยังไม่สามารถเข้าถึงที่มาของสาเหตุที่แท้จริง โดยเฉพาะการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ถึงแม้ว่าการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจะมีการดูแลและติดตามโดยทีมสุขภาพชุมชน ทั้งในระดับอำเภอ ระดับตำบลและระดับชุมชน (Department of Mental Health, 2015) ซึ่งจากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นพบรูปแบบการทำงานเดิมของทีมสุขภาพชุมชน ยังเป็นการทำงานแบบแยกส่วน จึงส่งผลให้ยังไม่สามารถลดปัญหาการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยเฉพาะในระดับตำบลและระดับชุมชนที่ยังไม่มีรูปแบบการทำงานที่ชัดเจน อีกทั้งบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและครอบครัวผู้สูงอายุบางส่วนอาจยังไม่มั่นใจในการจัดกิจกรรม และองค์ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และการให้บริการการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต จึงอาจทำให้เกิดข้อจำกัดของการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ซึ่งกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุได้มากที่สุด จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสุขภาพในชุมชน โดยเฉพาะในระดับตำบลและระดับชุมชน ดังนั้นการสร้างและพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพชุมชน อาจนำไปสู่การสร้างให้เกิดความรู้ความเข้าใจในวิธีการปฏิบัติ สามารถดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงทั้งในระดับบุคคลและระดับชุมชนได้ ตลอดจนสามารถดึงเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชนมาร่วมกันทำงานบนฐานของการมีส่วนร่วมทั้งในระดับตำบล ชุมชนและครอบครัว เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ด้านการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชนของทีมสุขภาพชุมชน อันจะก่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาการทำงานของทีมสุขภาพชุมชนอย่างมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชนให้มีสุขภาพจิตที่ดีต่อไป

ผู้วิจัยใช้การวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ (Emancipatory Action Research) เป็นเครื่องมือในการสร้างและพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน ทั้งนี้เนื่องจากเป็นการวิจัยที่มุ่งเน้นให้มีการปรับเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติและเป็นการปรับเปลี่ยนระดับโครงสร้างทางสังคม เป็นการสร้างความตระหนักของผู้ปฏิบัติ โดยผู้ปฏิบัติสามารถสะท้อนความคิดเห็นของตนเอง เกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติและผลกระทบของการปฏิบัติ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ร่วมวิจัยเห็นการปฏิบัติที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งใน

ระดับตนเองและระดับทีม (Kemmis, & McTaggart, 1988) การวิจัยในรูปแบบนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาและแก้ปัญหาร่วมกันระหว่างนักวิจัยและผู้ร่วมวิจัยที่มีสถานะเท่าเทียมกันทุกด้านตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผน การลงมือปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล โดยมีจุดเน้นที่การวิพากษ์ การปฏิบัติงาน และอาศัยแนวคิด ทฤษฎีที่มีอยู่ในการปฏิบัติของผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยทุกคน โดยเริ่มจากการสะท้อนการปฏิบัติของผู้ร่วมวิจัยผ่านวงสุนทรียสนทนาในประเด็นที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน รวบรวมเป็นความรู้และวิธีปฏิบัติที่ชัดเจนร่วมกัน มีการวางแผนเพื่อพัฒนาร่วมกัน มีกิจกรรมการดำเนินงานตามแผน ร่วมสังเกต เก็บรวบรวมข้อมูล มีกิจกรรมสะท้อนสิ่งที่ปฏิบัติจากการวางแผนและพัฒนาร่วมกัน ซึ่งจะทำให้เกิดเป็นรูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของผู้สูงอายุในชุมชน

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อทำความเข้าใจสภาพปัจจุบันของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน การวิจัยครั้งนี้ เพื่อค้นหาความจริงอย่างเป็นกลาง ไม่ยึดติดกับความรู้ทางวิทยาศาสตร์ จึงได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทางสังคมศาสตร์เชิงวิพากษ์ของฮาร์เบอร์มาส โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเชิงวิพากษ์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ช่วงคือ ช่วงสร้างทฤษฎีบทตามแนวคิดของกรันดี (Grundy, 1988) โดยมี 3 ขั้นตอน ได้แก่ การพัฒนาทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ การสร้างความรู้ที่ชัดเจนร่วมกันและการจัดรวบรวมวิธีปฏิบัติ จากนั้นเข้าสู่ช่วงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยอาศัยแนวคิดของเคมมิสและแม็คแทกการ์ด (Kemmis, & Mc.Taggart, 1988) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างและพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ (Emancipatory Action Research) ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2559-พฤษภาคม 2560

พื้นที่ในการศึกษาวิจัย

พื้นที่ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในจังหวัดนครนายก และจังหวัดฉะเชิงเทรา โดยการเลือกแบบเจาะจง และมีเกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่คือ ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ การทำงานของทีมสุขภาพในพื้นที่ และความต้องการของบุคลากรในพื้นที่ ซึ่งพบว่าระบบสุขภาพของพื้นที่ในเขตภาคกลางยังมีปัญหาทั้ง 3 ส่วน ทั้งปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่พบเป็นส่วนใหญ่รวมถึงลักษณะของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต ประสิทธิภาพการทำงานของทีมสุขภาพที่ยังไม่ชัดเจนรวมถึงระบบการดูแลและบริการสุขภาพประชาชน ตลอดจนการตอบรับจากบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดที่ว่ามีความต้องการพัฒนางานผู้สูงอายุในมิติของการส่งเสริมสุขภาพจิต จึงเป็นที่มาของพื้นที่ดังกล่าว

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้มีส่วนร่วมวิจัยคือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งเป็นผู้ที่สมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และสามารถร่วมวิจัยได้ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุดกระบวนการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย

1. ผู้ร่วมวิจัย คือ ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ซึ่งได้จากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) กับกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องในส่วนต่าง ๆ จำนวน 2 กลุ่มได้แก่ ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พื้นที่ละ 4 คน รวม 8 คน 2) อาสาสมัคร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่ละ 11 คน รวม 22 คน 3) ครอบครัวของผู้สูงอายุ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พื้นที่ละ 9 คน รวม 18 คน และ พื้นที่ละ

ประมาณ 11 คน รวม 22 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มที่ 1.1-1.3 คือ เป็นผู้ที่มีความสมัครใจและเต็มใจที่จะเข้าร่วมวิจัย สามารถเสียสละเวลาร่วมวิจัยได้ตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย มีความมุ่งมั่นที่จะทำงานเพื่อชุมชนและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และมีประสบการณ์ในการทำงานหรือดูแลผู้สูงอายุ อย่างน้อย 1 ปี และมีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง คือ เป็นผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มไม่สามารถรับมือกับความเครียดในชีวิตได้ ไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่สามารถช่วยเหลือสังคมได้ เช่น ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย เป็นโรคเรื้อรัง มีภาวะเครียดในชีวิต อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นมลพิษ ไม่ปลอดภัย มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ไม่ดี ขาดการดูแลเอาใจใส่จากคนใกล้ชิด เป็นต้น แต่ต้องมีความยินดีและสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยอย่างเต็มใจ

2. ให้ข้อมูล (ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย) ผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัย อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิต พื้นที่จังหวัดนครนายก จำนวน 48 คน พื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 33 คน

ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์

การศึกษาในระยะแรกเป็นการสืบค้นข้อมูลเบื้องต้นจากการลงพื้นที่วิจัยเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ด้านการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ตลอดจนการเตรียมความพร้อมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยก่อนลงมือปฏิบัติในขั้นดำเนินการวิจัย โดยมีขั้นตอนต่าง ๆ ได้แก่

1. การสำรวจพื้นที่การทำวิจัย ขั้นตอนนี้เป็นการสร้างความคุ้นเคยกับสนามวิจัย ศึกษาพื้นที่วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย โดยเริ่มจากการคัดเลือกพื้นที่วิจัย การติดต่อประสานงานกับผู้นำชุมชน และการเข้าไปสำรวจพื้นที่วิจัย โดยทำการเก็บข้อมูล ด้วยวิธีการสร้างความคุ้นเคยกับพื้นที่วิจัย การสังเกตการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน เพื่อศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม รูปแบบ และกิจกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเพื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และใช้การประเมินความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ครอบครัวของผู้สูงอายุ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เกี่ยวกับความต้องการด้านต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ

2. อบรมทีมผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ที่จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ขั้นตอนนี้เป็นการอบรมในระยะก่อนเริ่มการวิจัยตามความต้องการของบุคลากรในพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บุคลากรมีความรู้พื้นฐานในการสะท้อนกิจกรรม การจัดการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในการปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะได้ดำเนินการจัดอบรมทีมผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 3 พื้นที่ร่วมกัน โดยผู้วิจัยจะจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ครอบครัวของผู้สูงอายุ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ แนวทางการประยุกต์ใช้ทุนทางสังคม และบริบทของชุมชนในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน

3. อบรมให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เกี่ยวกับทักษะการเป็น Facilitator เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และอบรมทักษะการเก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ Storytelling แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยและใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลได้ ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดอบรมทีมผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 2 พื้นที่ร่วมกัน 1 ครั้ง ในองค์ความรู้และทักษะที่จำเป็นในบทบาทของแต่ละกลุ่มตามการวิจัยครั้งนี้

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์

การดำเนินการในระยะนี้ 1 วงจร จะแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนการสร้างทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ ขั้นตอนการวิจัยปฏิบัติการ โดยการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ได้ดำเนินการทั้งหมด 2 วงจร ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนการสร้างทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์

ผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐประกอบด้วย พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2) อาสาสมัคร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3) ครอบครัวของผู้สูงอายุ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และ 4) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ใช้กระบวนการสุนทรียสนทนา (Dialogue) และการเรื่องเล่าแบบมีโครงสร้าง (Story Telling) เป็นเครื่องมือในการสร้างทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ ซึ่งในขั้นตอนของการสร้างทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ 1) สร้างทฤษฎีบทวิพากษ์ 2) สร้างความรู้ที่ชัดเจนร่วมกัน โดยการระดมสมองเพื่อหาข้อสรุปจากการสร้างทฤษฎีบทวิพากษ์ 3) การจัดรวบรวมวิธีปฏิบัติ มากำหนดเป็นรูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยผู้ร่วมวิจัยจะนำความเข้าใจอย่างถ่องแท้มากำหนดเป็นแนวทางการจัดกิจกรรมที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติได้จริง หรือที่เรียกว่า “แนวทางการปฏิบัติร่วมกัน”

2. ขั้นตอนการวิจัยปฏิบัติการ การดำเนินการในขั้นตอนนี้ แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (Plan) ผู้ร่วมวิจัยดำเนินการวางแนวทางหรือวางแผนตามทฤษฎีบทที่ได้จากระยะที่ 1 อาศัยเทคนิคการสนทนากลุ่มเป็นแนวทางในการดำเนินการ 2) การปฏิบัติและการสังเกต (Action & Observe) เป็นขั้นตอนที่ผู้ร่วมวิจัยเข้าสู่วงจรวิจัยปฏิบัติการ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละคน นำแนวการปฏิบัติร่วมกันที่ประกอบด้วยกิจกรรมมาเขียนเป็นขั้นตอน วิธีการ และรูปแบบของกิจกรรม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน จากนั้นผู้เข้าร่วมวิจัยจึงลงมือจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงตามที่ออกแบบไว้ ระหว่างการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ผู้ร่วมวิจัยจะทำการสังเกตเงื่อนไขต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรม ตลอดจนปัญหา อุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติกิจกรรม 3) การสะท้อนหลังการปฏิบัติ (Reflect) ในขั้นนี้เป็นการสะท้อนผลทั้งในระดับบุคคลและระดับกลุ่มของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้เข้าร่วมวิจัยจะสะท้อนกิจกรรมตนเองได้ลงมือปฏิบัติ เป็นการสะท้อนผลภายหลังจากการจัดกิจกรรมซึ่งเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เกณฑ์และวิธีการประเมินกิจกรรม รวมถึงสะท้อนความคิดเห็นเกี่ยวกับขั้นตอนและกระบวนการจัดกิจกรรมและกระบวนการวิจัย ผ่านวงสุนทรียสนทนา และการเล่าเรื่องแบบมีโครงสร้างเพื่อร่วมกันสะท้อนผลในเชิงวิพากษ์ว่าควรจะต้องเพิ่มเติมหรือตัดขั้นตอน กิจกรรมใดบ้าง อย่างไร แนวคิดหรือการปฏิบัติใดที่ต้องเปลี่ยนแปลงปรับปรุงเพื่อสร้างทฤษฎีบทการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ผู้วิจัยทำการระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยนำเสนอข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละคน และมีกิจกรรมระดมความคิดเพื่อทำการสะท้อนความคิดและสร้างแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยนำทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ของตนมานำเสนอ และสร้างเป็นความเข้าใจอย่างถ่องแท้ โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการระดมความคิดของผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อใช้เป็นข้อมูลในกิจกรรม และจัดรวบรวมเป็นวิธีปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การสร้างทฤษฎีบท 2 และลงมือปฏิบัติและสังเกตตามแผนการดำเนินการ สะท้อนผลภายหลังจากการปฏิบัติ ซึ่งจะทำให้ได้รูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน ที่มีรายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรมที่เหมาะสมกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชนที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง

หลังสิ้นสุดกระบวนการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์วงรอบที่ 2 แล้ว 1 เดือน มีการประชุมเพื่อระดมความคิดเห็น จากผู้ร่วมวิจัยเพื่อร่วมกันวิพากษ์รูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน ก่อนผู้วิจัยจะถอนตัวออกจากพื้นที่การวิจัยและทำหน้าที่เป็นผู้ให้การช่วยเหลือ แนะนำตามความเหมาะสมในการขับเคลื่อนรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุให้สามารถดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืนต่อไป

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยวิธี

1. การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ทำการตรวจสอบความถูกต้อง/ความน่าเชื่อถือของข้อมูลในประเด็น 1) วิธีการเก็บข้อมูลมากกว่า 1 วิธี 2) แหล่งข้อมูลมากกว่า 3 แหล่ง และ 3) การสะท้อนข้อมูลกลับไปยังผู้ให้ข้อมูล

2. ความไว้วางใจ (Dependability) ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยและอธิบายให้เห็นถึงขั้นตอนการทำวิจัยอย่างชัดเจน นำเสนอข้อมูลครบถ้วนและครอบคลุมการทำในทุกกระบวนการในการทำวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ดังนี้ 1) จัดระบบข้อมูล โดยถอดข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และทำการบันทึกข้อมูลที่ได้มาเพื่อนำมาสร้างรหัสในขั้นตอนต่อไป 2) สร้างรหัสการแสดงข้อมูลและเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของข้อมูล เพื่อใช้อ้างอิงหรืออธิบายความต่อไป และ 3) แปลความ สร้างข้อสรุปและพิสูจน์ข้อสรุป โดยนำข้อมูลที่มีรหัสเดียวกันมาทำการวิเคราะห์ ตีความ และแปลความหมาย

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ตามใบรับรองโครงการวิจัยเลขที่ SWUEC 161/59

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของผู้มีส่วนร่วมวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ดำเนินการใน 2 พื้นที่ ได้แก่ ชุมชนบ้านหนองหัวลิงใน ตำบลหนองแสง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก และ ชุมชนบ้านโพงอากาศ ตำบลโพรงอากาศ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทั้งหมดเป็นผู้ที่สมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยและร่วมปฏิบัติการวิจัยได้ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุดกระบวนการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

จังหวัดนครนายก ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในพื้นที่ชุมชนบ้านหนองหัวลิงใน ตำบลหนองแสง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ เจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐ 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 11 คน ครอบครัวผู้สูงอายุ 9 คน 2) กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 48 คน

จังหวัดฉะเชิงเทรา ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ในพื้นที่ชุมชนบ้านโพงอากาศ ตำบลโพรงอากาศ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ เจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐ 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 11 คน ครอบครัวผู้สูงอายุ 9 คน 2) กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 33 คน

ทั้งนี้ผู้วิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่เป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้งสองพื้นที่ส่วนใหญ่มีอาการทางกาย คือ ปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ปัญหาด้านสายตา ปัญหาด้านสุขภาพ การเป็นโรคความดันโลหิต โรคไต โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคเรื้อรังต่าง ๆ นอกจากนี้พบว่ามีอาการทางจิต ได้แก่ รู้สึกเหงาโดดเดี่ยว รู้สึกท้อแท้ ซึมเศร้า จากการถูกปล่อยให้อยู่ตามลำพัง วิตกกังวลต่ออนาคตและกังวลต่อสุขภาพของตนเอง มีปัญหาความขัดแย้งกับผู้ใกล้ชิด และหงุดหงิดง่าย ซึ่งอาการต่าง ๆ เหล่านี้เป็นตัวบ่งชี้ถึงการเป็นกลุ่มเสี่ยงผู้มีปัญหาสุขภาพจิต โดยสาเหตุต่างๆ มาจากหลายองค์ประกอบ ดังเช่น ด้านสภาพแวดล้อม พบว่าผู้สูงอายุที่รู้สึกโดดเดี่ยวและซึมเศร้า มักอยู่ตามลำพังผู้สูงอายุที่รู้สึกกังวลต่ออนาคตของตนเอง มักไม่ปัญหาด้านสุขภาพและปัญหาด้านการเงิน เป็นต้น ในส่วนด้านสภาพจิตใจ พบว่าผู้สูงอายุที่รู้สึกหงุดหงิดง่าย มีความเครียด มักอยู่ในครอบครัวที่ความสัมพันธ์ไม่ดี ทะเลาะกับคนใกล้ชิดสม่ำเสมอ

2. การพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน

จากการดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการแบ่งวงรอบออกเป็น 2 วงรอบที่ต่อเนื่องกัน ซึ่งแต่ละวงรอบอาศัยผู้ร่วมวิจัยเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จนนำไปสู่การสังเคราะห์รูปแบบของการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน

2.1 ระยะก่อนดำเนินการวิจัย จากการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่ารูปแบบการทำงานในอดีต เป็นการทำงานในแนวตั้งรับ คือ ผู้ดูแลหรือเจ้าหน้าที่อาสาสมัครประจำอยู่กับที่ และให้ผู้สูงอายุเป็นผู้เดินเข้ามาหาการทำงานแยกเป็นคนละส่วน ทำให้ต่างคนต่างทำหน้าที่ของตนเองตามที่ได้รับมอบหมาย การทำงานในด้านการ

ดูแลผู้สูงอายุยังคงถูกมองว่าเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข จึงยังไม่ได้รับความร่วมมือจากองค์กรภายนอก เช่น องค์การบริการส่วนท้องถิ่น เป็นต้น รวมถึงยังไม่เคยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างทีมดูแลผู้สูงอายุกับพื้นที่อื่น ดังนั้นรูปแบบของการทำงานจึงมีลักษณะที่แตกต่างกันออกไปตามความเหมาะสมของแต่ละบริบท และยังไม่ได้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน บทบาทหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุ ถูกกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย เช่น ให้การดูแลเรื่องสุขภาวะ ให้การรักษาอาการเบื้องต้นตามความเห็นของทีมดูแล และประสานงานจัดส่งผู้สูงอายุให้ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลประจำตำบลหรือส่งต่อ เป็นต้น

2.2 ระยะดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์

2.2.1 วงจรที่ 1 การสร้างทฤษฎีบท ผลจากการทำสุนทรียสนทนาและใช้วิธีการเล่าเรื่องแบบมีโครงสร้างของผู้ร่วมวิจัยทำให้ผู้ร่วมวิจัยสามารถสร้างทฤษฎีบทที่เกี่ยวข้องกับการทำงานดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการดูและทั้งร่างกายและจิตใจ โดยเป็นทฤษฎีบทที่ทุกคนร่วมกันสร้างขึ้นจากการพูดคุยในวงสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการ์ในการการทำงานที่ผ่านมาใบบริบทของตนเอง ซึ่งในวงจรที่ 1 นี้พบรูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน ในเบื้องต้น 6 รูปแบบ ได้แก่ 1) การพูดคุยและให้คำแนะนำ 2) การมาเยี่ยมบ่อยครั้งหรือการโทรคุยอย่างสม่ำเสมอ 3) ดูแลสุขภาวะและความเป็นอยู่ 4) เป็นสื่อกลางจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ 5) ช่วยเหลือเป็นการส่วนตัว 6) ผลักดันให้ไปพบแพทย์ และทฤษฎีบทเกี่ยวกับการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชนนี้ทุกคนเห็นร่วมกันว่าเป็นสิ่งที่ดีและจะได้นำไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของตน

2.2.2 วงจรที่ 1 สู่วงจรที่ 2 เมื่อผู้ร่วมวิจัยได้ดำเนินการนำรูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน ในทฤษฎีบทเบื้องต้น 6 รูปแบบไปปรับใช้ ผู้วิจัยได้ค้นพบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ร่วมวิจัยผ่านกิจกรรมการสะท้อนผลในวงสุนทรียสนทนาหลังการดำเนินกิจกรรมด้วยความสมัครใจ ซึ่งปรากฏการเปลี่ยนแปลงใน ๓ ด้าน ดังนี้

ด้านความคิด จากเดิมที่ผู้ร่วมวิจัยโดยเฉพาะทีมดูแลผู้สูงอายุจากเดิมที่มองว่าผู้สูงอายุคือผู้ที่มีปัญหาและความเสื่อมของสังขาร จึงต้องการการดูแลป้องกันและรักษาโรค แต่ภายหลังที่ได้นำทฤษฎีบทที่ร่วมกันสร้างไปปรับใช้ ผู้ร่วมวิจัยได้สะท้อนความคิดที่เปลี่ยนแปลไปของตนว่ามีความผูกพันกับผู้สูงอายุที่ตนเองดูแลเหมือนเป็นญาติผู้ใหญ่ของตนเอง รวมถึงเมื่อได้มีการลงพื้นที่บ่อยมากขึ้นและพูดคุยระหว่างกันมากขึ้น ทำให้ทราบว่ามีอีกหลายคนที่ต้องการความช่วยเหลือ และเห็นว่าการทำงานตรงนี้มีความสำคัญต่อผู้อื่น รวมถึงรู้สึกดีใจที่ได้เป็นจุดเริ่มต้นของการทำกิจกรรมที่มีประโยชน์

ด้านพฤติกรรมการทำงาน พบว่าเดิมที่ผู้ร่วมวิจัย มีการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน มีลักษณะเป็นการทำงานตามหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย แต่ภายหลังพฤติกรรมการทำงานได้เริ่มเปลี่ยนแปลง คือจากที่เคยไปประเมินภาวะซึมเศร้า ตรวจดูแลร่างกาย ผู้ร่วมวิจัยหลายคนเริ่มมีการพูดคุยพร้อมกับการสัมผัสร่างกายผู้ป่วย บางรายมีการโอบกอด และการโอบกอดนี้เองที่ผู้สูงอายุได้สะท้อนว่าทำให้ตนรู้สึกว่าผู้ที่มาดูแลตนไม่รังเกียจ นอกจากนี้บ่อยครั้งที่ผู้ร่วมวิจัยก็จะมีของติดไม้ติดมือไปฝาก ทำให้ผู้สูงอายุมีการรอคอยทีมดูแลทดแทนการรู้สึกว่าอยู่ตามลำพัง รวมถึงญาติผู้สูงอายุเริ่มให้การต้อนรับมากขึ้น และจากเดิมคิดว่าการดูแลสุขภาพร่างกายและประเมินคัดกรองตามแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) มีความเพียงพอสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ แต่เมื่อมีการลงพื้นที่และพูดคุยกันมากขึ้นทำให้ทราบว่าเงื่อนไขที่สำคัญของปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุคือการอยู่ตามลำพัง และความไร้สมรรถภาพในการทำงานทำให้มีรายได้น้อยลง/ไม่มีรายได้จนต้องพึ่งพิงผู้อื่น นอกจากนี้เมื่อพฤติกรรมการทำงานที่เปลี่ยนไปของผู้ร่วมวิจัยทำให้เกิดข้อค้นพบว่าการสร้างความสุขให้ผู้สูงอายุคือการที่ลูกหลานกลับมาหา และไม่ต้องกังวลกับสภาพความเป็นอยู่ในอนาคต

ด้านเครือข่าย ระหว่างผู้ร่วมวิจัยที่เป็นทีมผู้ดูแล และ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า อบต. มีความเชื่อที่ว่าการทำงานดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุเป็นงานของส่วนงาน

สาธารณสุข ไม่ได้อยู่ในขอบเขตของ อบต. จึงไม่อยากก้าวก่ายหน้าที่ แต่ภายหลังผู้ร่วมวิจัยมีการเชื้อเชิญ นายก อบต. ให้เดินทางไปเยี่ยมผู้สูงอายุ ทำให้พบว่าการทำงานมีความเกี่ยวข้องกัน และ อบต. มีความสามารถในการช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ และมีแนวทางการช่วยเหลือกับทีมดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเพิ่มขึ้น ระหว่างทีมผู้ดูแลและผู้สูงอายุ นั่นคือ จากเดิมการทำงานเป็นไปตามหน้าที่และมีการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ครบตามที่นโยบายกำหนด แต่ภายหลังได้เกิดความรู้สึกผูกพัน และมีความสุขทั้งผู้ให้และผู้รับ และระหว่างทีมผู้ดูแลและญาติผู้สูงอายุ นั่นคือ จากเดิมการทำงานเป็นการเข้าไปพบและประเมินเพื่อให้ได้ข้อมูลย้อนกลับมารายงานที่หน่วยงาน แต่ภายหลังทีมดูแลได้เดินทางไปและให้ความสำคัญกับญาติผู้สูงอายุ ทำให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนและมีการให้คำแนะนำเมื่อเวลาไปเยี่ยมบ้าน เกิดเป็นเครือข่ายทีมงานด้านการทำงานทำงานดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการดูและทั้งร่างกายและจิตใจ

2.2.3 วงจรที่ 2 การสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ภายหลังจากผู้ร่วมวิจัยได้ดำเนินกิจกรรมตามทฤษฎีบทที่ร่วมกันสร้างในวงจรที่ ๑ ผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันดำเนินการทำสุนทรียสนทนา เพื่อสะท้อนผล และวิพากษ์ผลลัพธ์ของการปฏิบัติแห่งตน โดยใช้เทคนิคเรื่องเล่า เร้าพลัง (Power of Story Telling) จนเกิดเป็นทฤษฎีบทในทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชนที่ต่อยอดและพัฒนาจากทฤษฎีบทในวงจรที่ 1 ที่ทุกคนยอมรับและเห็นตรงกันว่าเป็นแนวทางที่ดีสำหรับทีมผู้ร่วมวิจัยที่ทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชนทั้งสองพื้นที่ โดยสามารถสรุปได้ 8 รูปแบบ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

รูปแบบที่ 1 การพูดคุย รับฟัง และสัมผัส หมายถึง การพูดเพื่อสร้างให้เกิดกำลังใจ หรือสร้างให้เกิดความหวัง โดยเป็นรูปแบบที่ทีมดูแลผู้สูงอายุใช้เพื่อการพัฒนาความสามารถของผู้สูงอายุในการพึ่งพิงตนเองและวางแผนอนาคตของตนเองได้ รูปแบบนี้ ยังแบ่งออกเป็นลักษณะย่อยได้ 6 ลักษณะ ได้แก่ 1) การเล่าเรื่องตลกขบขัน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้หัวเราะและอารมณ์ดี 2) การกระเช้าเย้าแหย่ เป็นวิธีการที่เหมาะกับผู้สูงอายุที่ต่อต้านการทำกายภาพบำบัด 3) การสัมผัสระหว่างพูดคุย เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความปรารถนาดี มีความรัก ใกล้ชิดกันมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มคนที่เป็นโรคทางผิวหนัง เช่น โรคผิวหนัง แผลกดทับ เป็นต้น รวมถึงผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลใกล้ชิด 4) การพูดให้กำลังใจ ไม่ให้ท้อแท้เป็นการสร้างความหวังให้กับผู้สูงอายุว่าจะอยู่ในภาวะที่เป็นโรคเรื้อรังไม่นานสามารถหายได้หากดูแลรักษาตนเองเป็นอย่างดี 5) พูดคุยถึงเรื่องชีวิตประจำวัน เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองเป็นที่สนใจและติดตามอย่างต่อเนื่อง ลดภาวะความเครียดจากการอยู่คนเดียวในตอนกลางวันได้ 6) เน้นการรับฟังผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เล่าหรือระบายความในใจออกมา

รูปแบบที่ 2 การเยี่ยมเยียนและจัดกิจกรรมที่บ้านของผู้สูงอายุบ่อยครั้ง หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้เดินทางไปหาผู้สูงอายุที่บ้าน มีการพูดคุยถามไถ่ และรวบรวมสมาชิกหลายคนมารวมตัวกันทำกิจกรรมที่บ้านของผู้สูงอายุ เช่น การทำอาหารรับประทานร่วมกัน การร้องรำทำเพลง เป็นต้น

รูปแบบที่ 3 การดูแลสุขภาวะและความเป็นอยู่ หมายถึง การที่ผู้ดูแลช่วยดูแลด้านสภาวะความเป็นอยู่ เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

รูปแบบที่ 4 การช่วยเหลือเป็นการส่วนตัว หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้เสียสละต้นทุนส่วนตัวให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเป็นไปนอกเหนือจากบทบาทหน้าที่ เช่น การมาเฝ้าไข้ตอนตี 4 การบริจาคอาหาร การช่วยเหลือด้านการเงิน เป็นต้น ซึ่งรูปแบบนี้เกิดจากความรู้สึกสงสาร และรับไม่ได้หากผู้สูงอายุที่เคยดูแลต้องเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุ

รูปแบบที่ 5 เป็นสื่อกลางจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้ดูแลเป็นสื่อกลางในการลดปัญหาความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลหลักกับผู้สูงอายุ อันเกิดจากสาเหตุความไม่เข้าใจกันความเหน็ดเหนื่อย

รูปแบบที่ 6 เอาใจใส่และตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้ดูแลสอบถามความต้องการจากผู้สูงอายุ โดยสอบถามโดยตรงหรือสังเกตความชอบ/ไม่ชอบ ของผู้สูงอายุ และตอบสนองตามที่ผู้สูงอายุต้องการ มีการเอาอกเอาใจ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่ตนเองชื่นชอบ

รูปแบบที่ 7 การอดกลั้นและปรับตัวเข้าหาผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้ดูแลพยายามอดกลั้นอารมณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยวิธีการเงียบ ตั้งสติ เบี่ยงเบนความสนใจของตนเอง พยายามทำความเข้าใจผู้สูงอายุ เดินหนีออกห่างจากผู้สูงอายุชั่วคราว เป็นต้น

รูปแบบที่ 8 การให้คำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ทีมดูแลผู้สูงอายุให้คำแนะนำกับญาติพี่น้องของผู้สูงอายุในด้านการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และเป็นการสร้างทัศนคติที่ดีกับผู้สูงอายุ

2.3 ระยะหลังสิ้นสุดกระบวนการวิจัย เป็นระยะที่ผู้วิจัยได้ถอนตัวออกจากพื้นที่ เมื่อเห็นว่าในพื้นที่เกิดผลผลิตที่มีความยั่งยืนในการสร้างและพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง การเปลี่ยนแปลงในกระบวนการทำงานที่เกิดขึ้นหลังจากวงจรที่ 2 ดังนี้

2.3.1 เกิดกิจกรรมเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ เป็นวงจร มีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้สูงอายุโดยเริ่มจากผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสหรือคนที่มีความจำเป็นต้องดูแล จากนั้นจึงเลือกวิธีการช่วยเหลือ เช่น การส่งต่อการให้คำปรึกษา การช่วยเหลือค่าใช้จ่าย เป็นต้น ในช่วงแรกเป็นการขอรับบริจาค เรี่ยไรเงินเพื่อช่วยเหลือเป็นการเฉพาะกิจ แต่ภายหลังได้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และมีชาวบ้านเข้ามาช่วยเหลือมากขึ้น

2.3.2 เกิดเครือข่ายที่สนับสนุนการทำงานภายในชุมชน โดยมี อสม.เป็นฝ่ายหลักในการจัดเวทีสำหรับการพูดคุยแลกเปลี่ยนกระบวนการทำงานกับเครือข่ายอื่น จากองค์การบริหารส่วนตำบล ชุมชน มีการปรับเปลี่ยนแนวคิดจากเดิมที่เห็นว่าเป็นเรื่องที่ อบต. ไม่ควรเข้าไปก้าวก่ายการทำงานของสาธารณสุข เปลี่ยนไปสู่การคิดว่าผู้สูงอายุเป็นสมาชิกของชุมชนกลุ่มหนึ่งที่องค์การบริหารส่วนตำบลต้องให้การดูแลช่วยเหลือ

2.3.3 การทำงานประสานกันในระดับของหน่วยงานภาครัฐระหว่างศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ เทศบาล และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ เกิดเป็นการหมุนเวียนการเยี่ยมบ้านและดูแลผู้สูงอายุ รับไปอยู่ในสถานที่พักพิงของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

2.3.4 นโยบายที่ช่วยสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุ จากเดิมที่นโยบายไม่เอื้ออำนวยต่อการออกไปเยี่ยมบ้านหรือสนับสนุนในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุภายนอกสถานที่ตั้งของหน่วยงาน แต่ในระหว่างการดำเนินงาน ได้มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายในเรื่องการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล การสนับสนุนทีมดูแลเข้าไปในพื้นที่

อภิปรายผล

สถานการณ์ด้านการทำงานและช่องว่างในการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าการทำงานที่ผ่านมาเป็นรูปแบบของการตั้งรับมากกว่าเชิงรุก เนื่องจากนโยบายที่ผ่านมาไม่ได้ให้ความสำคัญกับการกำหนดหรือสนับสนุนให้เดินทางทำกิจกรรมเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุ อันเนื่องมาจากเรื่องของความปลอดภัยจนเกิดเป็นค่านิยมของการทำงาน นั่นคือเน้นการตั้งรับกับที่ รวมถึงไม่มีการจัดโครงการที่ส่งเสริมในด้านการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ส่วนหนึ่งเกิดจากในอดีตประเทศไทยยังไม่ได้เข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว อย่างไรก็ตามการดำเนินการเรื่องการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุยังมีเจ้าหน้าที่บางส่วนเริ่มเห็นความสำคัญเพราะส่งผลต่อสุขภาพทางกายเช่นเดียวกัน จึงได้เริ่มมีการดำเนินการเป็นการส่วนตัว เป็นจิตอาสา แต่เนื่องจากการดำเนินการดังกล่าวเป็นเพียงกลุ่มคนจำนวนน้อย ทำให้ไม่เพียงพอต่อการช่วยเหลือหรือดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้ทั้งหมด

กระบวนการทำงานยังคงเป็นการผลักดันกึ่งตั้งรับตามโรงพยาบาลหรือสถานีอนามัย ยังไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุในทุกกลุ่ม ส่วนความช่วยเหลืออื่น ๆ ยังเป็นการช่วยเหลือตามความสามารถของเจ้าหน้าที่ เช่น การให้ข้าวหรือกับข้าว การช่วยเหลือเรื่องเงินที่ได้มาจากการบริจาค เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การทำงานในระยะนี้ ยังมีบุคลากรจำนวนไม่น้อยที่ไม่เห็นด้วยเพราะนโยบายไม่ได้เอื้ออำนวย รวมถึงยังคงเห็นว่าหน่วยงานด้านสาธารณสุขควรให้การรักษาและฟื้นฟูทางกาย ส่วนสุขภาพจิตควรเป็นหน้าที่ของครอบครัวของผู้สูงอายุ

เมื่อเริ่มมีการเข้าถึงพื้นที่เยี่ยมบ้าน ทำให้พบปัญหาหลายอย่าง ซึ่งในขณะนั้นกระบวนการทำงานของเจ้าหน้าที่ยังเป็นการแยกหน้าที่การทำงานกันคนละส่วน ทั้งภายในองค์กรที่ไม่เคยมีการพูดคุยหรือแลกเปลี่ยน

ประสบการณ์ รวมถึงไม่เคยสร้างเครือข่ายกับภายนอกหน่วยงาน ทำให้ข้อมูลถูกเก็บไว้กับตัวบุคคล ขาดการชื่นชมหรือมีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบของการทำงานให้เป็นระบบ ดังจะเห็นได้จากการให้ความหมายของผู้ร่วมวิจัยที่เป็นทีมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในระยะก่อนการดำเนินการปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ว่า “ดูแลตามหน้าที่” ทำให้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ทีมสุขภาพในชุมชนยังมีความเข้าใจวิธีการส่งเสริมสุขภาพจิตน้อยและแยกความแตกต่างระหว่างการดูแลสุขภาพโดยทั่วไปไม่ได้ (Patanung, & Chamruspanth, 2013) กระบวนการที่ถูกนำมาใช้คือการเน้นการประเมินสุขภาพจิตด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) หากพบปัญหาความเสี่ยงหรือมีความเครียดระดับสูงจะเน้นการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลหรือไปพบแพทย์ที่หน่วยงาน

ทั้งนี้ ในการจัดกิจกรรมหรือการทำโครงการต่าง ๆ ได้มีการตอบสนองต่อกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุ เช่น การจัดกิจกรรมทัศนศึกษา การจัดงานประเพณีที่เชิญให้ผู้สูงอายุมาเข้าร่วม การออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมที่จัดขึ้นเหมาะกับกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระ สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ แต่กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตมักเป็นกลุ่มติดบ้าน ซึ่งช่วยเหลือตัวเองได้บ้างหรือต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเพียงบางส่วน มีการจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคม และกลุ่มติดเตียง ซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ ต้องการให้ผู้อื่นช่วยเหลือในการเคลื่อนย้าย มีโรคประจำตัวหลายโรคที่ควบคุมไม่ได้ ทำให้มีความเครียดจากโรคเรื้อรัง การพึ่งพิงคนอื่น และโดยส่วนใหญ่มักรับรู้ว่าตนเองอยู่ในวัยพึ่งพา เพราะความเสื่อม รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง บทบาทความสำคัญในครอบครัวที่ลดลงและถูกเปลี่ยนไปสู่รุ่นหลังในการเข้ามามีบทบาทมากยิ่งขึ้น (Suvanashiep, 2011) ทำให้สูญเสียความมั่นใจหรือรับรู้ศักยภาพของตนเอง จึงยังมีความต้องการกิจกรรมหรือการขับเคลื่อนอีกหลายอย่างเพื่อตอบสนอง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการทำความเข้าใจบริบท และความต้องการอย่างแท้จริงของผู้สูงอายุนำไปสู่การค้นหาปัจจัยร่วมที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง (Choorat, Sawangdee, & Arunraksombat, 2012) เพื่อนำไปสู่การวางแผนการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ต่อไป เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเอง ระดับความ สัมพันธ์ภายในครอบครัวระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกคนอื่น ๆ การที่ไม่มีใครมาเยี่ยม เป็นปัจจัยร่วมที่ส่งผลต่อสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (Sitthisarn, 2009; Ruayboonsong, 2009) ดังนั้นจึงนำมาสู่การพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโดยมีพื้นฐานอยู่ที่การเยี่ยมบ้าน และมุ่งเน้นการเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเอง และเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเป็นสำคัญ

กระบวนการสร้างและพัฒนารูปแบบการทำงาน จากผลการศึกษาถึงสถานการณ์ด้านการทำงานและช่องว่างในการดำเนินงานที่ผ่านมา ทำให้ทราบว่าทีมผู้ดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้เริ่มให้ความสำคัญต่อการสร้างระบบการทำงาน แต่การดำเนินการยังไม่เคยมีการทำงานประสานกัน เป็นเพียงลักษณะจิตอาสาเท่านั้น การทำงานส่วนใหญ่เน้นการดูแลสุขภาพกาย และให้ความหมายการดำเนินการว่า “ทำตามหน้าที่” อย่างไรก็ตามเงื่อนไขที่เข้ามาเกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนกระบวนการทำงานคือ การมีเครือข่ายส่วนตัวกับหน่วยงานชุมชน เช่น การเข้าชุมชนร่วมกับนายกองค์การบริหารส่วนตำบล นำไปสู่การเห็นสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุที่ยากลำบาก และกระตุ้นให้หน่วยงานชุมชนได้เห็นว่าการดำเนินการดังกล่าวเป็นความรับผิดชอบของหน่วยงานด้านชุมชนเช่นเดียวกัน จนนำไปสู่ความร่วมมือร่วมใจกันในระดับของความสัมพันธ์ระดับบุคคล และสร้างการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน ซึ่งในช่วงแรกของการมาเข้าร่วมกิจกรรมนั้น เกิดจากการได้รับมอบหมายให้เข้าร่วม เป็นหน้าที่และมาด้วยความเกรงใจ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ในการร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการดูแลผู้สูงอายุ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดียิ่งขึ้น (Thammaseang, Kankhwao, & Kankhwao, 2011) ทั้งนี้ปัจจัยสำคัญเนื่องจากทีมสุขภาพในชุมชนมีความเข้าใจบริบท และความต้องการของผู้สูงอายุเป็นต้นทุนเดิม เป็นที่ยอมรับของคนในชุมชน มีเครือข่ายที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูล และส่งต่อความช่วยเหลือระหว่างกันได้

ผู้วิจัยได้คัดเลือกการทำวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ในพื้นที่ที่มีจำนวนผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพจิตสูง และมีทีมดูแลที่พร้อมจะขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตที่เห็นปัญหาดังกล่าว มาสะท้อนปัญหาที่ตนเองเผชิญจนเกิดการวิพากษ์ร่วมกัน มองเห็นปัญหาและเห็นตรงกันว่า ต้องมีการสร้างรูปแบบและพัฒนาแนวทางเดียวกัน

รูปแบบการทำงานในอดีตจากประสบการณ์ของผู้ดูแลแต่ละคน มีทั้งสิ้น 6 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบที่ 1 การพูดคุยและให้คำแนะนำ ใช้การพูดคุยในเชิงบวก ให้คำแนะนำเพื่อให้เกิดความหวัง รูปแบบที่ 2 การมาเยี่ยมบ่อยครั้งหรือการโทรคุยอย่างสม่ำเสมอ ใช้การมีปฏิสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความอุ่นใจว่าไม่ถูกทอดทิ้ง รูปแบบที่ 3 ดูแลสุขภาวะและความเป็นอยู่ เป็นการดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ลดความกังวลกับความผิดปกติหรือความเสื่อมถอยของร่างกายตนเอง รูปแบบที่ 4 เป็นสื่อกลางจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ เพื่อลดปัญหาความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ รูปแบบที่ 5 ช่วยเหลือเป็นการส่วนตัว โดยต้นทุนส่วนตัวที่ตนเองมี รูปแบบที่ 6 ผลักดันให้ไปพบแพทย์ เมื่อมีปัญหาทางร่างกายและมีปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น มีความเครียดสูง เป็นต้น จึงแนะนำหรือประสานให้ไปพบแพทย์

รูปแบบเหล่านี้เป็นรูปแบบที่ใช้ปฏิบัติมาก่อนเข้าสู่วงจร 1 ยังไม่เคยมีการสะท้อนผลการดำเนินการดังกล่าว เมื่อผู้วิจัยได้ผลักดันให้เกิดเวทีสุนทรียสนทนาแล้วทำให้เกิดตัวอย่างของสถานการณ์ที่ประสบความ สำเร็จมากมาย ทำให้แต่ละทีมเกิดความเห็นคล้อยตามจนนำไปสู่การตั้งคำมั่นสัญญาว่าจะนำไปปฏิบัติตาม สอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, 1975) ที่กล่าวว่าการรับรู้ความสามารถของตน โดยเชื่อว่าตนสามารถทำงานต่าง ๆ ได้สำเร็จ โดยแบนดูรา (Bandura, 1977) สามารถพัฒนาได้จาก 4 รูปแบบ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้พบใน 3 รูปแบบจากการทำสุนทรียสนทนา ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) โดยผู้เล่าได้นำประสบการณ์และเทคนิคที่ทำให้ผู้สูงอายุแต่ละรายมีสุขภาพจิตดีขึ้นตามนิยามที่กำหนดไว้ 2) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เกิดขึ้นจากการที่ผู้วิจัยซึ่งดำรงตำแหน่งบริหาร ได้แสดงความชื่นชมและให้ความสำคัญกับการทำงานในระดับปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับแนวคิดว่าการพัฒนาด้วยคำพูดชักจูงเหล่านี้ขึ้นอยู่กับบุคคลที่พูดเกลี้ยกล่อมด้วยว่ามีอิทธิพลต่อบุคคลที่ถูกชักจูงมากน้อยเพียงใด 3) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) โดยผู้วิจัยได้สร้างสถานการณ์มากระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการทำงาน เช่น การตั้งคำถามว่าถ้าหากเราไม่สร้างรูปแบบการทำงานขึ้นมาจะเกิดอะไรขึ้น เป็นต้น ทำให้ความหมายที่เกิดขึ้นจากเดิมที่ทำเพื่อหน้าที่ มีการประเมินด้วยแบบประเมิน ถูกเปลี่ยนแปลงไปสู่การปฏิบัติที่ดีขึ้นต่างไปจากแนวทางเดิม เพราะไม่ต้องการให้ผู้สูงอายุในชุมชนต้องมีปัญหาสุขภาพจิต และเพิ่มงานในด้านการดูแลรักษาหรือฟื้นฟูให้มากขึ้น เป็นต้น จนนำไปสู่การวางแผนร่วมกันและสร้างคำมั่นสัญญาในการนำรูปแบบไปใช้สอดคล้องกับการดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ ในกระบวนการวางแผน (Plan) การปฏิบัติและสังเกตการณ์ (Action and Observation) และจึงมาสู่การสะท้อนผล (Reflect)

ผลลัพธ์จากการพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการในช่วงที่ 2 ช่วงปฏิบัติการวิจัยเชิงวิพากษ์ ประกอบด้วย 2 วงจร ซึ่งได้มีการพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุตามแนวคิดของฮาร์เบอร์มาส ที่พยายามหาจุดลงตัวระหว่างความสัมพันธ์ของผู้รู้กับสิ่งที่ถูกรู้ (Epistemology) ที่ผสมผสานระหว่างการเข้าใจความเชิงนัยวิเคราะห์ (Interpretive Understanding) กับการอธิบายเชิงสาเหตุ (Causal Explanation) โดยเน้นการวิพากษ์ข้อจำกัดของพื้นที่ที่ทำการศึกษา ซึ่งข้อค้นพบในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เข้าไปช่วยผลักดันกระบวนการในช่วงที่ 2 และร่วมสร้างประเด็นที่นำไปสู่การวิพากษ์รูปแบบการทำงานในอดีต เพื่อนำไปสู่รูปแบบการทำงานบนพื้นที่จริงจนเกิดเป็นระบบที่มีความยั่งยืน สามารถสรุปข้อค้นพบด้านการพัฒนารูปแบบการทำงาน ได้ 8 รูปแบบดังนี้

รูปแบบที่ 1 การพูดคุย รับฟัง และสัมผัส รูปแบบนี้เหมาะสมกับการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ต่อต้านการรักษา ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาด้านค่าใช้จ่าย ไม่สามารถทำงานได้แต่ยังอยากทำงาน อยู่บ้านตามลำพัง มีความต้องการให้มีคนมาพูดคุยทักทาย ต้องการให้คนอื่นเข้าใจข้อจำกัดของตนเอง ต้องการกำลังใจจาก

ผู้อื่น รวมถึงเป็นผู้สูงอายุที่มีความเหงา ไม่มีการทำกิจกรรมอื่น ๆ ในแต่ละวัน มีปัญหาอึดอัดใจต้องการระบาย หรือผู้สูงอายุที่มีความกังวลกับโรคเรื้อรังของตนเอง

รูปแบบที่ 2 การเยี่ยมเยียนและจัดกิจกรรมที่บ้านของผู้สูงอายุบ่อยครั้ง รูปแบบนี้เหมาะสมกับการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง หรืออยู่ในภาวะใกล้เสียชีวิต เช่น เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นต้น ไม่สามารถดูแลตนเองได้หรือไปนอกบ้านได้ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง มีความกังวลและหวาดกลัวการถูกทอดทิ้ง ผู้สูงอายุที่อยู่บ้านตามลำพัง ต้องการให้มีคนเข้าใจในข้อจำกัดของตนเอง ผู้สูงอายุที่มีความกังวลเรื่องปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

รูปแบบที่ 3 การดูแลสุขภาวะและความเป็นอยู่ รูปแบบนี้เหมาะสมกับการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ไม่ต้องการเปลี่ยนที่อยู่ ต้องการอยู่บ้านของตนเองแม้จะไม่มีคนดูแล ต้องการแหล่งพึ่งพิง

รูปแบบที่ 4 การช่วยเหลือเป็นการส่วนตัว รูปแบบนี้เหมาะสมกับการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล ไร้ที่พึ่งพิง ไม่มีเงิน เนื่องจากกลุ่มคนเหล่านี้จะกังวลกับเรื่องในอนาคตเพราะตนเองไร้ต้นทุน ไม่สามารถพึ่งพิงใครได้ และไม่ได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งอื่น ดังนั้นทีมดูแลจึงเป็นความคาดหวังจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้

รูปแบบที่ 5 เป็นสื่อกลางจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ รูปแบบนี้เหมาะสมกับการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีปัญหาความขัดแย้งอย่างรุนแรงกับผู้ดูแลหลัก หรือคนอื่นในครอบครัว ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ โดยเฉพาะกลุ่มติดเตียงหรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเมื่อมีปัญหาความขัดแย้งแต่ไม่สามารถใช้วิธีหลบเลี่ยงหรือเดินหนีได้ ต้องอยู่ในภาวะความเครียดและความขัดแย้งอย่างยาวนาน หรือผู้สูงอายุที่ยึดติดกับผู้ดูแลหลักมากเกินไป ทำให้ผู้ดูแลหลักมีความเครียดและเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้

รูปแบบที่ 6 เอาใจใส่และตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ รูปแบบนี้เหมาะสมกับการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีความต้องการทำกิจกรรม มีความต้องการจัดการชีวิตของตนเอง ดังนั้นรูปแบบนี้จึงส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจด้วยตนเอง และสร้างความพยายามใช้ศักยภาพของตนเอง รับรู้ความสามารถของตนเอง

รูปแบบที่ 7 การอดกลั้นและปรับตัวเข้าหาผู้สูงอายุ รูปแบบนี้เหมาะสมกับการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่สมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่เกิดความรู้สึกรำคาญตนเอง ครั่นเนื้อครั่นตัว กลุ่มที่มีความขัดแย้งกับผู้ดูแล

รูปแบบที่ 8 การให้คำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุ รูปแบบนี้เหมาะสมกับการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีปัญหาความขัดแย้งกับคนในครอบครัว มีภาวะเสี่ยงจนถึงเป็นโรคทางจิต

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ในการขยายเครือข่ายหรือการประยุกต์ใช้รูปแบบนี้ในบริบทอื่น ควรเริ่มต้นจากการสร้างการรับรู้ในตนเองหรือในทีมดูแลสุขภาพ โดยการใช้ประสบการณ์จากงานวิจัยครั้งนี้ที่สามารถผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับต่าง ๆ หรือการมีตัวแบบในการผลักดัน มีการใช้คำพูดชักจูงจากผู้ที่ประสบความสำเร็จหรือจากระดับผู้บริหาร และมีการกระตุ้นอารมณ์ด้วยคำถามเชิงวิพากษ์ เพื่อทำให้เห็นว่าการทำงานของทีมดูแลสุขภาพมีความสำคัญในเรื่องสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

2. ควรมีการถอดบทเรียนหรือรวบรวมข้อมูลที่เป็นประสบการณ์ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวเพื่อใช้พัฒนาปรับปรุงรูปแบบการทำงาน ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงตามยุคสมัย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ในกระบวนการวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการตามรูปแบบการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ ซึ่งมีจุดเด่นในด้านการขับเคลื่อนกระบวนการวิจัยและเกิดองค์ความรู้ขึ้นในระหว่างการทำวิจัย แต่อย่างไรก็ตามการประเมินผลและการติดตามเป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนผลการดำเนินการดังกล่าว ดังนั้นควรมีการใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อติดตามผลกับผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลด้วย 8 กิจกรรม เพื่อให้ทราบถึงเงื่อนไขความสำเร็จในด้านการส่งเสริม

สุขภาพจิตจากผู้สูงอายุโดยตรง ทั้งนี้ข้อจำกัดของการศึกษาในประเด็นพื้นที่การดำเนินการวิจัยใน 2 พื้นที่เฉพาะภาคกลางนั้นยังไม่ครอบคลุมในบริบทพื้นที่อื่นซึ่งอาจมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปจึงควรขยายขอบเขตด้านพื้นที่การวิจัยให้ครอบคลุมทั่วภูมิภาคของไทย ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคตะวันออก ภาคตะวันตก และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน แต่กลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้ยังสามารถแบ่งกลุ่มย่อยออกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ซึ่งแต่ละกลุ่มยังมีความต้องการและข้อจำกัดเฉพาะด้านที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาแยกกลุ่มผู้สูงอายุใน 3 กลุ่มดังกล่าวเพื่อให้เกิดความเข้าใจเฉพาะที่ลึกซึ้งมากขึ้น

References

Bandura, A. (1975). 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.

Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Choorat, W., Sawangdee, Y., & Arunraksombat, S. (2012). Factors Influencing the Risk of Having Mental Health Problems of Thai Elderly. *Thai Population Journal*, *3*(2), 87-92. (in Thai).

Department of Mental Health. (2015). *Directional Frame of Mental Health Development and Strategic Plan of Department of Mental Health*. (Brochures). Bangkok: Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (in Thai).

Gadudom, P., & Hemchayat, M. (2011). Effects of an Elderly Health Promotion Program in Bangkaja Sub-District Municipality, Amphur Muang, Chanthaburi. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, *22*(2), 61-70. (in Thai).

Grundy, S. (1982). “Three Modes of Action Research”, In Stephen, Kemmis and Robin, McTaggart (Ed.), *Action Research Reader*. (3rded.). PP 353-364.

Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Reader*. (3rd ed). Victoria: Deakin University Press.

Patanung, B., & Chamruspanth, V. (2013). *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. (in Thai).

Ruayboonsong, T. (2009). *Self-Esteem, Social Support and Mental Health of the Elderly at the Elderly club, Srithunya Hospital*. [thesis]. Bangkok: Faculty of Social Sciences, Kasetsart University. (in Thai)

Sitthisarn, T. (2009). Factors Influence on the Mental Health of the Elderly in the Kamphaengsaen Hospital Elderly Club, NakhonPathom Province. *Journal of Social Sciences and Humanities*, 35, 160-72. (in Thai)

Sripan, J. (2011). Health Promotion Behaviors of the Elders in Langsuan District, Chumphon Province. *Journal of Yala Rajabhat University*, *6*(2), 123-30. (in Thai)

Suvanashiep, S. (2 December 2011). *Psychiatrist’s Experience in Elderly Care*. [Interview] Nonthaburi: Bureau of Mental Health Technical Development Meeting Room. (in Thai).

Thammaseang, A., Kankhwao, B., & Kankhwao, P. (2011). *Caregiving of Elderly Persons by Family and Community Supportive in Urban and Suburban Community. KhonKaen Province*. Khonkaen: Sirindhorn College of Public Health. (in Thai)