

การสร้างและพัฒนา รูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง
ของทีมสุขภาพในชุมชน : การวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
สิงหาคม 2560

การสร้างและพัฒนา รูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง
ของทีมสุขภาพในชุมชน : การวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์



ปริญญาโท
ของ
สุดา วงศ์สวัสดิ์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
สิงหาคม 2560
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปริญญาบัตร

เรื่อง

การสร้างและพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

ของทีมสุขภาพในชุมชน : การวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์

ของ

นางสุดา วงศ์สวัสดิ์

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิตสาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2560

อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาบัตร

คณะกรรมการสอบปากเปล่า

.....ที่ปรึกษาหลัก

.....ประธาน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริศรา พึ่งโพธิ์สม)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฑารัตน์ สติรปัญญา)

.....ที่ปรึกษาร่วม

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ดุษฎี โยเหลา)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริศราพึ่งโพธิ์สม)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ดุษฎี โยเหลา)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐาศุภร์ จันประเสริฐ)

การสร้างและพัฒนา รูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง
ของทีมสุขภาพในชุมชน : การวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์



บทคัดย่อ
ของ
สุดา วงศ์สวัสดิ์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

สิงหาคม 2560

สุดา วงศ์สวัสดิ์. (2560). การสร้างและพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของที่มีสุขภาพในชุมชน: การวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์. ปริญญาโท ปร.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
คณะกรรมการควบคุม: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริศรา พึ่งโพธิ์สม, รองศาสตราจารย์ ดร.ดุษฎี โยเหลา.

การศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ เพื่อศึกษาการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของที่มีสุขภาพในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของที่มีสุขภาพในชุมชน และเพื่อสังเคราะห์รูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของที่มีสุขภาพในชุมชนในการศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการกิจกรรมในพื้นที่ 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครนายก และจังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมีผู้ร่วมวิจัยทั้งสิ้น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากหน่วยงานภาครัฐ 2) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3) ครอบครัวของผู้สูงอายุ และ 4) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภายหลังการสิ้นสุดการวิจัย สามารถสังเคราะห์รูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของกลุ่มสุขภาพในชุมชน ได้ 2 รูปแบบ ได้แก่ หนึ่งรูปแบบการทำงานที่มุ่งผลลัพธ์ด้านความยั่งยืน ซึ่งปรากฏใน 4 ลักษณะย่อย ได้แก่ 1) การมีเครือข่ายที่เพิ่มมากขึ้น ดังเช่นการเข้ามามีส่วนร่วมจากองค์กรบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น 2) การมีกิจกรรมที่สนับสนุนการทำงานด้านการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ดังเช่นการขับเคลื่อนกิจกรรมการจัดเวทีสุนทรียสนทนาอย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน 3) การมีระบบการทำงานที่เป็นรูปธรรม โดยการกำหนดรอบของการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านอย่างชัดเจน และ 4) นโยบายได้รับการปรับเปลี่ยนในเรื่องการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเพื่อลดอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน สองรูปแบบการทำงานที่มุ่งผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ที่แบ่งออกเป็น 4 ลักษณะย่อย ได้แก่ 1) ความหมายต่อการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป จากการทำให้รายได้หรือทำตามหน้าที่ ไปสู่การให้ความหมายด้านการตอบแทนบุญคุณ ความภาคภูมิใจในการทำงาน ความรักและผูกพันกับผู้สูงอายุ 2) การทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป มีรูปแบบการทำงานที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม ได้แก่ การพูดคุย รับฟังและสัมผัส, การเยี่ยมเยียนและจัดกิจกรรมที่บ้านผู้สูงอายุบ่อยครั้ง, การดูแลสุขภาพและความเป็นอยู่, การช่วยเหลือเป็นการส่วนตัว, เอาใจใส่และตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ, การเข้าใจและปรับตัวเข้าหาผู้สูงอายุ, เป็นสื่อกลางจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ และการให้คำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุ 3) ครอบครัวของผู้สูงอายุให้การสนับสนุน และ 4) ผู้สูงอายุตอบรับแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิต ดังเช่นการเลิกต่อต้านการรักษา การตอบสนองทางบวกกับอาสาสมัคร

A EMANCIPATORY ACTION RESEARCH ON MODEL DEVELOPMENT OF MENTAL
HEALTH PROMOTION IN AGING POPULATION AT RISK OF COMMUNITY HEALTH
CARE TEAM



Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Doctor of Philosophy Degree in Applied Behavioral Science Research
At SrinakharinwirotUniversity

August 2016

Suda Wongsawad. (2017). *Emancipatory Action Research on the Model Development of Mental Health Promotion in an Aging at Risk Population by a Community Health Care Team*. Ph.D. (Applied Behavioral Science Research). Bangkok: Graduate School Srinakharinwirot University. Control Board: Assistant Professor DrNarisaraPeungposop, Associate Professor DrDusadeeYoelao

This study has followed the Emancipatory action research and analyzed to study the work style promoting the at risk group of elderly mental health patients for the community health team. The objectives are to create and develop working forms to promote the at risk group of elderly mental health patients for the community health team and a synthetic working form to promote the at risk group of elderly mental health patients for community health team. This study took place in two provinces, including Nakhonnayok and Chachoengsao and four research participants: 1) Public health personal; 2) Village health volunteers; 3) Elderly family members and; 4) Group of at risk elderly patients. The working form can promote the at risk group of elderly mental health patients for the community health team can be synthesized as follows. The work form aimed For results that indicated sustainability which were divided into four sub-characteristics, which include the follow: 1) networks have increased, such as involvement of the sub-district administration organization and sup-district health promotion hospital; 2) Activities that support the care of at risk group elderly mental health patients working continuously on such as activities like driving a dialogue stage twice a month; 3) A working system that is concrete by defining periods of home visits clearly; 4) The elderly activities policy that can be modified to reduce obstacles to participate in community activities. The work form focused on the results at risk group of patients of elderly mental health divided into four sub-characteristics, including the following: 1) The mental health of the elderly switching from revenue or a sense of duty to repay kindness, pride, in their work, love and unity with the elderly; 2) Clearer and more concrete ways of working forms to promote elderly mental health patients such as communication by listening and touching, home visits and frequently managing their activities, health care, well-being, personal assistance, care and response to the needs of the elderly, adaptable and reaching out to the elderly, intermediary management conflicts between caregivers and seniors and advice on caring for the elderly; 3) receive support from the family; 4) The elderly respond to the mental health promoting form such as stopping resisting treatment and positive responses to the village health volunteers.

ประกาศคุณประการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งในการเรียนรู้ที่สำคัญในการนำไปพัฒนาให้เกิดประโยชน์กับสังคมในวงกว้างต่อไป โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ความสำเร็จในการเรียนรู้ครั้งนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ครู ทั้งสามท่าน คือ รองศาสตราจารย์ ดร.ดุษฎี โยเหลา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริศรา พึ่งโพธิ์สมภ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐาศุภร์ จันประเสริฐ จากสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่เป็นผู้ให้มากกว่าความรู้ และคำปรึกษา ทำให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้สิ่งที่มีคุณค่าในหลายมิติ ทั้งด้านองค์ความรู้ ความเสียสละ ความมุ่งมั่น และความตั้งใจทำในสิ่งดี ๆ

ขอขอบคุณพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฑารัตน์ สติปัญญา จากภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลาราชนครินทร์ ในฐานะประธานสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์ ตลอดจน ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัย

ขอขอบคุณที่มงานในสำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิตทุกคนที่มีส่วนร่วมสนับสนุนทั้งร่างกายและแรงใจในการทำงานวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบคุณ บุคลากรในพื้นที่ที่เป็นแรงบันดาลใจ ทำให้ผู้วิจัยต้องศึกษาหาความรู้ เพื่อนำไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ในพื้นที่ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และครอบครัวผู้สูงอายุในพื้นที่บ้านหนองหัวลิงใน จังหวัดนครนายก พื้นที่บ้านโพรงอากาศ จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่ร่วมดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ จนประสบความสำเร็จ

สุดท้าย ขอกราบขอบพระคุณ พ่อแม่ที่อบรมสั่งสอน ผู้วิจัยให้เป็นผู้ที่มีความมุ่งมั่น มีความอดทน และมีความรับผิดชอบ รวมทั้งขอบคุณ ครอบครัวที่เข้าใจ และเป็นกำลังใจให้กับผู้วิจัยตลอดเสมอมา

สุดา วงศ์สวัสดิ์

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
2 แนวคิดทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
ส่วนที่ 1 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ.....	11
ส่วนที่ 2 แนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยาและสังคมวิทยาที่เกี่ยวข้องกับ	
การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ.....	16
แนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง.....	16
แนวคิดทฤษฎีทางสังคมวิทยาที่เกี่ยวข้อง.....	20
ส่วนที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ.....	23
ส่วนที่ 4 แนวคิดเกี่ยวกับทีมสุขภาพในชุมชน.....	26
ส่วนที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	31
ส่วนที่ 6 แนวคิดการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research)	
และการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ (Emancipatory Action Research).....	49
ส่วนที่ 7 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	57
3 วิธีดำเนินการวิจัย	60
พื้นที่วิจัย.....	60
ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	61
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	62
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	71
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	72
การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล.....	73
จรรยาบรรณในการวิจัย.....	74
การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล.....	75

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการศึกษา	76
ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ร่วมวิจัยและบริบทของพื้นที่วิจัย.....	77
ส่วนที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่ม เสียงของที่มีสุขภาพในชุมชน.....	90
ระยะก่อนดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์.....	90
ระยะดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์.....	97
วงรอบที่ 1.....	97
วงรอบที่ 2.....	106
ส่วนที่ 3 การสังเคราะห์รูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสียง....	121
5 สรุปและอภิปรายผล.....	138
สรุปและอภิปรายผลการศึกษา.....	138
ข้อเสนอแนะ.....	156
บรรณานุกรม.....	157
ภาคผนวก.....	165
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	198

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 สังเคราะห์งานวิจัยประสิทธิภาพและประสิทธิผลของที่มีสุขภาพในชุมชน.....	41
2 ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมการวิจัย.....	66
3 สรุปข้อมูลสำคัญของผู้ร่วมวิจัยแต่ละรายของจังหวัดนครนายก.....	78
4 สรุปข้อมูลสำคัญของผู้ร่วมวิจัยแต่ละรายของจังหวัดฉะเชิงเทรา.....	82
5 สรุปผลการดำเนินการของวงรอบที่ 1 และ 2.....	119
6 แสดงการสังเคราะห์รูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ของที่มีสุขภาพในชุมชน.....	123
7 สรุปผลการเปลี่ยนแปลงการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ของที่มีสุขภาพในชุมชน.....	135
8 สรุปการดำเนินการในอดีต กระบวนการสร้าง พัฒนาและผลผลิตของ รูปแบบการทำงาน.....	139
9 แสดงการพัฒนาปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานตามระเบียบวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์.....	147
10 สรุปข้อค้นพบของกระบวนการพัฒนากิจกรรมการทำงานในวงรอบที่ 1 และ 2.....	148

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบการพัฒนาทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ (The Formation of Critical Theorems)	54
2 กรอบการสร้างความรู้ที่ชัดเจนร่วมกัน (Enlightenment)	55
3 กรอบการจัดรวบรวมวิธีปฏิบัติ.....	56
4 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	59
5 รูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมนดูแลสุขภาพในชุมชน	137



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สังคมโลกเข้าสู่สังคมสูงวัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 ในปี พ.ศ. 2555 ประชากรโลกประมาณร้อยละ 8 ของประชากรทั้งหมด 7,000 ล้านคน มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ในประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีประชากรสูงอายุเกือบร้อยละ 16 ส่วนประเทศกำลังพัฒนามีร้อยละ 6 ในปี พ.ศ. 2556 ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุเป็นอันดับ 2 ในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รองจากประเทศสิงคโปร์ (สถาบันวิทยาลัยประชากรและสังคม. 2556) ซึ่งตามนิยามขององค์การสหประชาชาติถือว่าปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) และคาดการณ์ว่าอีกไม่เกิน 20 ปี (พ.ศ. 2576) ทุกประเทศในอาเซียนจะเข้าสู่สังคมสูงวัย ซึ่งจากรายงานการสำรวจตามรอบนิเทศของกรมอนามัยเมื่อเดือนเมษายน พ.ศ. 2558 มีการคัดกรองผู้สูงอายุตามตัวชี้วัดเขตสุขภาพบริการในผู้สูงอายุไทยมีสุขภาพที่ ฟังประสงค์และมีทักษะทางกายใจนั้น พบว่าสถานบริการสุขภาพทั่วประเทศสามารถคัดกรองผู้สูงอายุได้ประมาณ 6,300,000 คน โดยเป็นผู้สูงอายุที่ติดสังคมสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ 79.8% ติดบ้าน 19.0% และติดเตียง 1.4% (รายงานการสำรวจตามรอบนิเทศของกรมอนามัย. 2558)

ขณะที่งานวิจัยเชิงสำรวจครั้งล่าสุดของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (The Health Intervention and Technology Assessment Program:HITAP) ซึ่งได้ศึกษาวิจัยเชิงสำรวจครัวเรือน ในปี พ.ศ. 2557 ด้วยการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปจำนวน 13,642 คน ที่อาศัยในหมู่บ้านหรือชุมชนในพื้นที่ 12 เครือข่ายบริการสุขภาพจาก 28 จังหวัด พบว่าผู้สูงอายุไทยร้อยละ 95 มีปัญหาสุขภาพได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ข้อเข่าเสื่อม พิกการ ซึมเศร้า ตามลำดับ (รายงานผลการศึกษาเบื้องต้นการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี 2556. 2557) จะเห็นว่าอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความเสื่อมถอยของอวัยวะจะเพิ่มมากขึ้น โรคของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลระยะยาว ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพจะต้องเพิ่มสูงขึ้นตามการสูงวัยของประชากร นอกจากนี้ปัญหาสุขภาพยังมีปัญหาเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปและการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุก็จะมีผลกระทบต่อสุขภาพจิต โดยจากแนวโน้มในอนาคต อัตราเกือหนุ่นผู้สูงอายุจะลดลงเรื่อยๆ ทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลายด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ ผู้ที่จะมาดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้สูงอายุจำต้องพึ่งพาตนเองให้ได้มากขึ้น พยายามอยู่ได้ด้วยตนเอง หรืออาจต้องใช้ชีวิตอยู่ตามลำพัง ซึ่งทำให้ต้องปรับตัวอย่างมาก อันจะทำให้เกิดภาวะเครียด และส่งผลกระทบต่ออารมณ์และพฤติกรรม

จากการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศได้ผลสรุปที่สอดคล้องกันว่า ผู้สูงอายุจะประสบกับการเปลี่ยนแปลงของสถานภาพ บทบาททางสังคม เศรษฐกิจ การจากไปของคนใกล้ชิด สภาวะโรคเรื้อรังที่ส่งผลต่อความทุกข์ทรมานจากสภาวะโรค สภาพร่างกายที่เปลี่ยนไป สิ่งเหล่านี้

ล้วนส่งผลต่อภาพลักษณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง ความภาคภูมิใจในชีวิต ถ้าผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิตได้มักจะมีปัญหาสุขภาพจิตหลายอย่างตามมาในชีวิต เช่น ความรู้สึกโดดเดี่ยววิตกกังวล เครียด ซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย (ปีนเรศ กาศอุดม; มณฑนา เหมชะญาติ. 2554) (จารี ศรีปาน. 2554) อีกทั้ง การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังยังเป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ด้วยการส่งผลต่อความรู้สึกวิตกกังวล ความเครียด ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น บางครั้งทำให้เกิดข้อจำกัดในการพึ่งพาตนเอง กระทั่งต่อการทำหน้าที่ต่างๆ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน (Martin & Preston. 1994) ในกรณีที่การเจ็บป่วยทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสีย โดดเดี่ยว ซึมเศร้า วิตกกังวล เครียด ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะเป็นสาเหตุหนึ่งนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (Lyyra; & Heikkinen. 2006) นอกจากนี้ ข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติยังพบว่า ผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 21 มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปหรือมีความเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2551) ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม เช่น การเกษียณอายุการทำงาน การสูญเสียบทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัว การเสียชีวิตของคู่สมรส ญาติ คนใกล้ชิด หรือเพื่อน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุทั้งสิ้น มีความเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า และสิ้นหวัง จนอาจกลายเป็นปัญหาสุขภาพจิตในที่สุด (วิชาญ ชูรัตน์ และคนอื่นๆ. 2555)

ปัจจุบันการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย มีการจัดระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งในสถานบริการและในชุมชน จากการศึกษาเชิงสำรวจครัวเรือนภาคตัดขวาง (cross-sectional household survey) ของ HITAP (รายงานผลการศึกษาเบื้องต้นการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทยปี 2556. 2557) พบว่างานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประชากรสูงอายุก่อนที่จะมีปัญหาโรคเรื้อรังจนเป็นสาเหตุให้อาการแย่ลงและต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงนั้น ผู้สูงอายุเหล่านี้เข้าถึงกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับต่ำ เมื่อมีการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างในประเด็นการเข้าถึงบริการด้านส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพ พบประเด็นที่น่าสนใจคือการขาดคนดูแลและคนพามาใช้บริการแม้ผู้สูงอายุจะสามารถเดินได้สะดวก แต่การเดินทางที่ต้องอาศัยพาหนะประกอบกับปัญหาการมองเห็น ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญของการมารับบริการทางการแพทย์ในด้านสุขภาพจิต จากการถอดบทเรียนของสำนักส่งเสริมและพัฒนางานสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2557 (รายงานผลการถอดบทเรียนเพื่อจัดทำแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิต. 2557) พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 13 มีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้าโดยแบ่งเป็น รู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวัง ร้อยละ 10 รู้สึกเบื่อ ทำอะไรไม่เพลิดเพลินร้อยละ 11 และเมื่อมีอาการพบว่า ร้อยละ 46 จะไม่ทำอะไรเลย และหากิจกรรม/งานอดิเรกทำ ขณะที่ยังร้อยละ 32 จะปรึกษาคคนในครอบครัว/ญาติ/เพื่อน นอกจากนี้ร้อยละ 3 มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย และร้อยละ 1 พยายามฆ่าตัวตาย โดยผู้สูงอายุในวัยปลายเป็นกลุ่มที่มีอัตราการความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงที่สุดซึ่งนับเป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับการติดตามดูแล

จะเห็นได้ว่า ความเสี่ยงการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุนั้น มาจากเงื่อนไข หลากหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นการประสบปัญหาสุขภาพ ปัญหาอันเนื่องมาจากคุณภาพชีวิต การขาดผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จนกระทั่งบางรายประสบปัญหาสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น เกิดโรคซึมเศร้า มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย และบางรายพยายามฆ่า ตัวตาย เป็นต้น ซึ่งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องของทุกภาคส่วนไม่ว่าจะเป็นครอบครัวของผู้สูงอายุ หน่วยงาน ภาครัฐ และหน่วยงานท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับปัญหาและร่วมมือกันในการป้องกัน ไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังนโยบายของกรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2558) ที่มุ่งพัฒนาสุขภาพจิตเป็นเลิศในงานบริการและวิชาการสุขภาพจิต ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย ผ่านกลไกการขับเคลื่อนระดับชาติและระดับท้องถิ่น นำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย ประชาชน มีสุขภาพจิตที่ดี สามารถอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีความสุข ซึ่งมีพันธกิจที่เกี่ยวข้องกับการ ดำเนินงานด้านการส่งเสริม ป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต คือ พันธกิจการส่งเสริมบทบาทของภาคี เครือข่ายด้านสุขภาพจิตให้เข้มแข็ง โดยการเสริมสร้างและขยายฐานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย นอกบริการสาธารณสุข เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายผู้นำทางศาสนา ผู้นำชุมชน ภาคเอกชน อาสาสมัครสาธารณสุข NGOs เป็นต้น

ในปัจจุบันการทำงานในระบบสาธารณสุข การดูแลผู้สูงอายุยังคงดูแลและติดตามโดยทีม สุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นการดำเนินงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ทั้งด้านการแพทย์และการสาธารณสุข รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ชุมชน ภาคประชาชน เพื่อดูแลปัญหาด้านร่างกาย ครอบคลุมทั้งการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และดูแลทางด้าน จิตใจ สังคม พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ต่อเนื่องและผสมผสาน มีการรับส่งต่อทุก ระดับ ตั้งแต่ครอบครัว ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) อย่างใกล้ชิดเหมาะสม สำหรับองค์ประกอบทีมสุขภาพชุมชนและบทบาทหน้าที่ มี 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับอำเภอ ประกอบด้วย แพทย์ และสหสาขาวิชาชีพ ในโรงพยาบาล และทีมจากสาธารณสุข อำเภอ (สสอ.) มีหน้าที่เป็นที่ปรึกษา พี่เลี้ยง ให้การสนับสนุนวิชาการ พัฒนาศักยภาพทางคลินิกทีม ตำบล ทีมชุมชน รวมทั้งสนับสนุนทรัพยากรทุกประเภทที่จำเป็นเพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่ดี ที่สุดกับครอบครัวในเขตรับผิดชอบ ประสานงาน ส่งต่อและติดตามความคืบหน้าของผู้ป่วยในการไปรับ บริการสุขภาพยังสถานบริการในทุกกระดับ 2) ระดับตำบล ประกอบด้วย บุคลากรใน รพ.สต. ซึ่งทำ หน้าที่เป็นหมอครอบครัว มีหน้าที่ดูแลปัญหาสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ประสานส่งต่อ ผู้ป่วยที่เกินขีดความสามารถ มุ่งเน้นงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่ครอบครัว ชุมชน เชื่อมประสานกับองค์กรท้องถิ่น ภาครัฐอื่น ๆ เพื่อร่วมแก้ไขปัญหาด้านสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ ขจัดทุกข์เพิ่มสุข ก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมี ประสิทธิภาพ เพิ่มพลังอำนาจในการพึ่งพาตนเองของครอบครัว ชุมชน และ 3) ระดับชุมชน ประกอบด้วย ภาคประชาชนในพื้นที่นั้น เช่น อปท. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จิตอาสา แกนนำครอบครัว มี หน้าที่ประจักษ์ชัดของผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยประสานงานเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และ

สาธารณสุข ทั้งในยามที่ต้องไปรับการรักษาพยาบาลที่ รพ.สต. หรือ รพช. อีกทั้งช่วยเหลือ ดูแล จัด
ทุกข์ด้านสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ เสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของครอบครัว ชุมชน ซึ่งจำเป็นต้อง
มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพในระดับตำบลและระดับชุมชน เนื่องจากเป็นระดับที่ใกล้ชิดประชากรกลุ่ม
เสี่ยงมากที่สุด

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีผู้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อ
การมีปัญห สุขภาพจิต พบว่า ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการมีปัญห สุขภาพจิต ได้แก่ ปัจจัยทางด้าน
สุขภาพ เช่น ผู้ที่พิการทั้งพิการแต่กำเนิดและพิการภายหลัง ผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
ผู้สูงอายุที่ไม่มีสวัสดิการ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน การมีค่าใช้จ่ายของ
ครัวเรือนที่สูงขึ้น (วิชาญ ชูรัตน์ และคนอื่นๆ. 2555) จากการศึกษาของ ธนิกานต์ เชื้ออนดิน (2545)
พบว่าร้อยละ 90.9 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีปัญห สุขภาพจิต มีความวิตกกังวล และนอน
ไม่หลับ นอกจากนี้เนื่องจากเป็นวัยสูงอายุซึ่งเป็นช่วงที่เริ่มเจ็บป่วยและเกิดความเสื่อมดังที่กล่าว
มาแล้วและประกอบกับการมีโรคประจำตัว ทำให้ผู้สูงอายุวิตกกังวลกับสุขภาพของตนเอง จึงทำให้มี
ปัญห สุขภาพจิต การศึกษาของไพจิตร เกษางาม (2551) พบว่า อายุ สถานภาพสมรส พฤติกรรม
การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะ
สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และการศึกษาของ พัชญา คชศิริพงศ์ (2553) พบว่า ปัจจัยที่มีความ
เกี่ยวข้องกับปัญห สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีอายุมากกว่า 70 ปี ระดับการศึกษาต่ำกว่า
ปริญญาตรี การมีโรคประจำตัว ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำหรือปานกลาง

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเชิงทดลองโดยการใช้โปรแกรมทดลองต่างๆ ในการส่งเสริม
สุขภาพจิตผู้สูงอายุ เช่น สุเทพ ธรรมะตระกูล (2552) ทำการวิจัยและพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต (2556) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม 16 สัปดาห์
เพื่อพัฒนาความสุข 5 มิติ ในผู้สูงอายุ เป็นต้น ส่วนการศึกษาในเชิงคุณภาพ พบทั้งการศึกษาที่เป็น
การทำความเข้าใจถึงเงื่อนไขที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริม
สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เช่น การศึกษารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยการให้เข้า
ร่วมกิจกรรมร่วมกับชุมชน เป็นต้น ดังเช่น อภิญา ธรรมแสง และคนอื่นๆ (2554) ศึกษาเรื่อง
การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวและเกี่ยวพันจากชุมชนในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท จังหวัดขอนแก่น
เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ และคนอื่นๆ (2555) ศึกษากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วน
ร่วมของชุมชนตำบลมาบแค เป็นต้น

ในส่วนของงานวิจัยที่ทำการศึกษาถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของทีมีสุขภาพที่ทำ
หน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เช่น การศึกษาของไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย
(2557) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ชญาณิศ เขียวสด และคนอื่นๆ (มปป.) ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การศึกษาและพัฒนารูปแบบ
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวด้วยการบูรณาการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งจากงานวิจัย พบว่าทีมี
สุขภาพในชุมชนทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุตามแนวปฏิบัติของตนเองที่เคยปฏิบัติมา และยังคงพบว่าเป็น
การทำงาน แบบแยกส่วน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและสนับสนุนงบประมาณ

ในการจัดกิจกรรม ในส่วนของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของทีมสุขภาพในระดับหมู่บ้าน เช่น ครอบครั้ว อสม.และอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชนนั้น ส่วนใหญ่พบว่าเป็นการดูแลเกี่ยวกับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ และการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน เช่น ดูแลเรื่องอาหาร สุขภาพ การพาไปทำบุญ พาไปร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า ปัจจุบันผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น อันเนื่องมาจากเงื่อนไขที่หลากหลาย ทั้งเงื่อนไขด้านสุขภาพ เงื่อนไขทางสังคม และเงื่อนไขที่เป็นปัจจัยส่วนบุคคล อีกทั้งผู้สูงอายุบางส่วนมีปัญหาการเข้าถึงบริการ การมีข้อจำกัด ด้านอัตราค่าจ้างของเจ้าหน้าที่ ด้านงบประมาณ และโครงสร้างการบริการเป็นแบบตั้งรับมากกว่าการจัดบริการเชิงรุก ส่วนใหญ่ยังเป็นการตั้งรับกับปัญหามากกว่าการส่งเสริมป้องกัน แม้ว่าหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน หน่วยงานระดับท้องถิ่น พยายามที่จะสร้างกิจกรรมที่เป็นการส่งเสริมการมีสุขภาพจิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุ แต่ก็ยังไม่สามารถเข้าถึงที่มาของสาเหตุที่แท้จริง โดยเฉพาะการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และแม้ว่าการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน มีการดูแลและติดตามโดยทีมสุขภาพชุมชน ทั้งในระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับชุมชน แต่พบว่าการทำงานยังเป็นการทำงานแบบแยกส่วนและยังไม่สามารถลดปัญหาการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยเฉพาะในระดับตำบลและระดับชุมชน ที่ยังไม่มีรูปแบบการทำงานที่ชัดเจน อีกทั้งบุคลากรในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และครอบครั้วผู้สูงอายุ ยังไม่มั่นใจในการจัดกิจกรรมขาดองค์ความรู้ในการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และการให้บริการ การดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ทำให้เกิดข้อจำกัดของการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ซึ่งกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุได้มากที่สุด จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสุขภาพในชุมชน โดยเฉพาะในระดับตำบล และระดับชุมชน ที่จะดำเนินงานเพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้นจึงควรสร้างและพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน ให้เกิดความรู้ความเข้าใจวิธีการปฏิบัติ ให้สามารถดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงทั้งในระดับบุคคลและระดับชุมชนได้ ตลอดจนสามารถดึงเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน มาร่วมกันทำงานบนฐานของการมีส่วนร่วมทั้งในระดับตำบล ชุมชนและครอบครั้ว เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ ด้านการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชนของทีมสุขภาพชุมชนอันจะเกิดประโยชน์ในการพัฒนาการทำงานของทีมสุขภาพชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ ซึ่งจะเกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชนให้มีสุขภาพจิตที่ดีต่อไป

ผู้วิจัยจึงใช้การวิจัยปฏิบัติการ เชิงวิพากษ์นี้ (Emancipatory Action Research) เป็นเครื่องมือในการสร้างและพัฒนารูปแบบ การทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน เนื่องจากการวิจัยเชิงวิพากษ์เป็นการวิจัยที่มุ่งเน้นให้มีการปรับเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติและเป็นการปรับเปลี่ยนระดับโครงสร้างทางสังคม เป็นการสร้างความตระหนักของผู้ปฏิบัติ โดยผู้ปฏิบัติสามารถสะท้อนความคิดเห็นของตนเอง เกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติ ผลกระทบของการปฏิบัติ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ร่วมวิจัยเห็นการปฏิบัติที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งในระดับตนเองและ

ระดับทีม โดยการวิจัยในรูปแบบนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาและแก้ปัญหาพร้อมกันระหว่าง นักวิจัย และผู้ร่วมวิจัย ที่มีสถานะเท่าเทียมกัน ทุกด้านตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผน การลงมือปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล (Kemmis,McTaggart,2014) โดยที่วิจัยมีจุดเน้นที่การวิพากษ์ การปฏิบัติงาน โดยอาศัยแนวคิด ทฤษฎีที่มีอยู่ โดยเริ่มจากการสะท้อนการปฏิบัติในส่วนการส่งเสริมสุขภาพจิต ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน รวบรวมเป็นความรู้และวิธีปฏิบัติที่ชัดเจนร่วมกัน มีการวางแผนเพื่อพัฒนาร่วมกัน มีกิจกรรมการดำเนินงานตามแผน ร่วมสังเกต เก็บรวบรวมข้อมูล มีกิจกรรมสะท้อนสิ่งที่ปฏิบัติจากการวางแผนและพัฒนาร่วมกัน ซึ่งจะทำให้เกิดเป็นรูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของผู้สูงอายุในชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน โดย
 - 1.1 ทำความเข้าใจสถานการณ์ด้านการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในด้านปัญหาและช่องว่าง (gap) ในการดำเนินงาน
 - 1.2 ทำความเข้าใจผลของการพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน
2. เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา

การสร้างและพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน : การวิจัยเชิงปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ มีขอบเขตการศึกษาที่มุ่งเน้นการสร้างทฤษฎีบทและการวิจัยปฏิบัติการที่เน้นเนื้อหาในประเด็น ความหมาย (Language) กิจกรรม (Activities) และเครือข่าย(Network) ในการสร้างและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพชุมชนทั้งในระดับตำบล และระดับชุมชนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับบุคคล และระดับชุมชน โดยการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคลเน้นการเปลี่ยนแปลงที่ความรู้ และเจตคติที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ส่วนในระดับกลุ่มเน้นที่การเกิดความรู้ความเข้าใจในบทบาทของการทำงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง การร่วมมือกันเพื่อให้เกิดทีมสุขภาพชุมชนที่เข้มแข็งในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

ขอบเขตด้านผู้ร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยคือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งเป็นผู้ที่สมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และสามารถร่วมวิจัยได้ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุดกระบวนการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย 1) เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2) อาสาสมัคร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และ 3) ครอบครัวของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 4) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง นอกจากนี้ยังมีกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้สูงอายุในพื้นที่ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียซึ่งจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ด้านสุขภาพปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอีกด้วย

ขอบเขตด้านวิธีวิทยา

การวิจัยครั้งนี้ ใช้การวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ (Emancipatory Action Research) เป็นกระบวนการวิจัยที่เน้นการร่วมมือกัน (Collaborative) ในการวิพากษ์ (Critical) และค้นหาการวิพากษ์ด้วยตนเอง ซึ่งการปฏิบัติการเชิงวิพากษ์แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่

1) ระยะการสร้างทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ (The Formation of Critical Theorems) เป็นการสะท้อนความรู้ที่ได้จากทฤษฎีกับการปฏิบัติของทีมผู้วิจัย ซึ่งอาจจะได้มาจากความรู้พื้นฐานที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับการตัดสินใจเชิงปฏิบัติ โดยจะให้ผู้ปฏิบัติได้วิพากษ์ด้วยการสะท้อนภาพออกมาเพื่อให้ได้ทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ ทั้งความหมายของทีมสุขภาพในชุมชน การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง แนวทางการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เพื่อนำไปสู่การสร้างความรู้ที่ชัดเจนร่วมกัน โดยการระดมความคิดและสะท้อนความคิดของผู้ร่วมวิจัย และรวบรวมเป็นวิธีปฏิบัติที่สามารถปฏิบัติได้จริงและเหมาะสม รวมทั้งการสร้างเครือข่ายความร่วมมือต่อไป

2) ระยะการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ เมื่อผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้แนวปฏิบัติที่ดีจากระยะการสร้างทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์แล้ว ในระยะนี้จะเป็นการเริ่มปฏิบัติการโดยมีส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐ อาสาสมัคร และครอบครัวของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยจะเริ่มจากการวางแผนแนวทางของกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน ก่อนนำไปสู่การลงมือปฏิบัติและสังเกต การสะท้อนผล การปฏิบัติ และปรับปรุงแผนเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติในวงรอบต่อไป จนกว่าจะทำให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของทีมสุขภาพในชุมชน

นอกจากนี้ หลังจากผู้วิจัยดำเนินการวิจัยทั้ง 2 วงจรแล้ว ผู้วิจัยจะถอนตัวออกจากพื้นที่การวิจัย เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยได้ดำเนินการต่อในวงรอบต่อไปเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน โดยผู้วิจัยจะทำหน้าที่เป็นผู้ให้การช่วยเหลือ แนะนำตามความเหมาะสม ซึ่งทีมสุขภาพชุมชนจะต้องดำเนินกิจกรรมได้ด้วยตนเองและเครือข่ายความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อขับเคลื่อนรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุให้สามารถดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืนต่อไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

จากงานวิจัยเรื่องการสร้างและพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน : การวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์นี้จะทำให้เห็นภาพและเข้าใจในสถานการณ์ด้านการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน เป็นกลุ่มประชาชนที่มีจำนวนมากขึ้น การรับรู้สถานการณ์ จะทำให้มองเห็น จุดอ่อน จุดแข็ง ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของทีมสุขภาพชุมชน ซึ่งประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย จะเกิดผลดีกับกลุ่มดังต่อไปนี้

1. กระทรวงสาธารณสุขจะได้ทีมสุขภาพชุมชน ที่สามารถดำเนินงานได้อย่างมีคุณภาพ และมีประสิทธิผล โดยสามารถให้บริการได้ครบวงจร ทั้งด้าน กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ แก่ผู้สูงอายุและครอบครัว จะส่งผลให้ช่วยตรึงกลุ่มผู้สูงอายุให้ได้รับการดูแลที่บ้าน ลดสถานการณ์ผู้ป่วยล้นโรงพยาบาลเป็นการประหยัดงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยและนำไปสู่การที่บุคลากรสาธารณสุขสามารถให้บริการในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น ขณะเดียวกันอาจใช้ รูปแบบที่ได้ขยายผลการวิจัยเป็นแนวทางนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชนได้ต่อไป

2. ทีมสุขภาพชุมชน จากการรับรู้สถานการณ์การทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพชุมชน จะทำให้ มองเห็นจุดอ่อน จุดแข็งปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงานของทีมสุขภาพชุมชน จากผลการวิจัยจะทำให้เกิดผลการเปลี่ยนแปลงด้านองค์ความรู้ ทักษะในการปฏิบัติงาน ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการสนับสนุน และส่งเสริมให้ทีมสุขภาพชุมชนสามารถดำเนินงานได้อย่างมีคุณภาพ และมีประสิทธิผล นอกจากนั้นยังทำให้ได้รูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างเต็มที่ เหมาะสม รวมทั้งทำให้เกิดเครือข่ายการทำงานของทีมสุขภาพชุมชนในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่การดำเนินงานแบบยั่งยืนต่อไป

3. ผู้สูงอายุ จากประโยชน์ที่ได้รับจากการดำเนินงานวิจัยดังกล่าว จะส่งผลกระทบไปอย่างกว้างขวาง คือ ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลฟื้นฟูสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม เป็นการลดภาวะการเจ็บป่วยลง ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีความสุข อยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี มีส่วนร่วมในชุมชนและสังคม ได้รับการส่งเสริม สนับสนุน ให้พึ่งตนเองได้ และใช้ศักยภาพที่มีอยู่อย่างเต็มที่

4. ครอบครัวผู้สูงอายุ จากผลการวิจัยที่ทำให้ทีมสุขภาพชุมชนทำงานได้อย่างมีคุณภาพ มีการจัดบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นเสมือนการบริการเชิงรุก ที่ดูแลผู้สูงอายุและเสริมพลังให้กับคนในครอบครัวผู้สูงอายุ อันเป็นรูปแบบที่ช่วยฟื้นรากฐานวัฒนธรรมดั้งเดิมของไทย ที่ให้ความเคารพนับถือผู้สูงอายุ และความมีน้ำใจ เอื้ออาทรต่อกันระหว่างคนในครอบครัว ชุมชน และสังคม เป็นการช่วยมิให้ผู้สูงอายุต้องเดินทางมารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขบ่อยๆ เป็นการลดค่าใช้จ่าย ลดปัญหาด้านเศรษฐกิจ ลดการเสียเวลา หรือต้องลางานของสมาชิกในครอบครัว

5. วงการวิชาการด้านสาธารณสุขจะต้องมีความรู้ใหม่จากการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพชุมชนที่เป็น Tacit Knowledge ที่ได้รับการสร้างความรู้ที่ชัดเจนและรวบรวมวิธีปฏิบัติร่วมกัน เช่น วิธีการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพจิต ความเชื่อและวัฒนธรรมที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เป็นต้น

6. ชุมชนและสังคม ท้ายสุดประโยชน์จากงานวิจัยที่ชุมชน และสังคมจะได้รับคือ ความสุขของคนในครอบครัว ชุมชนและสังคม สร้างให้เกิดความเอื้ออาทร การดูแลซึ่งกันและกัน ซึ่งจะนำไปสู่ความสามัคคี รักใคร่ของคนในชุมชน อีกทั้งช่วยลดภาระของคนวัยทำงานที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีอัตราการเกือหนุนลดลง ทำให้คนวัยทำงานได้ทำบทบาทหน้าที่ต่อสังคม ต่อชาติบ้านเมืองได้เต็มที่ นอกจากนี้ ภาครัฐ ยังสามารถได้แรงงานผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ที่จะทำประโยชน์เพื่อสังคมได้มากขึ้น เมื่อผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริม สนับสนุนในด้านสุขภาพ โดยเฉพาะด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง

นิยามศัพท์เฉพาะ

ทีมสุขภาพชุมชน หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ทำหน้าที่ในการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อันประกอบด้วย เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาสาสมัคร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

การส่งเสริมสุขภาพจิต (Mental Health Promotion) เป็นกระบวนการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของบุคคล ครอบครัว กลุ่มบุคคล ชุมชนให้สามารถควบคุมวิถีชีวิตและปรับตัวให้มีสุขภาพจิตดีภายใต้สังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง และเพิ่มความเข้มแข็งทางใจในระดับบุคคล ด้วยการเคารพในวัฒนธรรม ความเท่าเทียมทางสังคม ความยุติธรรม การเชื่อมโยงบริบทต่าง ๆ เข้าด้วยกันรวมทั้งคำนึงถึงศักดิ์ศรีของบุคคล

การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ หมายถึง การส่งเสริม ป้องกัน และดูแลให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีภาวะทางจิตใจที่แข็งแรง มีความสุข สามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน สังคม ได้อย่างปกติสุข สามารถปรับตัวให้ยอมรับกับการเป็นผู้สูงอายุได้ ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย สถานะทางสังคม และการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ จากวัยผู้ใหญ่เข้าสู่วัยผู้สูงอายุ โดยทีมสุขภาพชุมชน ซึ่งอาจเป็นในลักษณะของโครงการ กิจกรรม ที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ เป็นต้น

ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มที่จะไม่สามารถรับมือกับความเครียดในชีวิตได้ ไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่สามารถช่วยเหลือสังคมได้ เช่น ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย เป็นโรคเรื้อรัง มีภาวะความเครียดในชีวิต อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นมลพิษ ไม่ปลอดภัย มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ไม่ดี ขาดการดูแลเอาใจใส่จากคนใกล้ชิด เป็นต้น

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 6 ประเด็นดังนี้

1. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
2. แนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยาและสังคมวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

2.1 แนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง

2.2 แนวคิดทฤษฎีทางสังคมวิทยาที่เกี่ยวข้อง

3. แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
4. แนวคิดเกี่ยวกับทีมสุขภาพในชุมชน
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. แนวคิดการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของสุขภาพจิต

คำว่า สุขภาพจิต ได้มีผู้รู้และนักวิชาการได้ให้นิยามความหมายไว้ต่างๆ ดังนี้

ความหมายของสุขภาพจิตที่มองถึงภาวะภายในจิตใจเพียงอย่างเดียว ดังเช่น กันยา สุวรรณแสง (2538) ได้ให้ความหมายของ สุขภาพจิต หมายถึง ความสมบูรณ์ในด้านจิตใจ จิตใจปกติ เข้มแข็งอารมณ์มั่นคง สามารถปรับตัวกาย และใจ ให้ดูลงภาพกับสิ่งแวดล้อมและสังคม ดำรงชีวิตอยู่ด้วยความสุข

ความหมายของสุขภาพจิตในมุมมองที่หมายรวมถึงความสามารถในการปรับตัวของบุคคล รวมทั้งการมีสุขภาพจิตใจ ร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงด้วย ดังเช่น องค์การอนามัยโลก (WHO อ้างอิงจาก อัมพร 2540) ให้ความหมายสุขภาพจิตคือ ความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัว ให้มีความสุขอยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธภาพอันดีกับบุคคลอื่นและดำรงชีพได้ด้วย ความสมดุลอย่างสุขสบาย รวมทั้งสนองความต้องการของตนเองในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงโดยไม่มี ความขัดแย้งในจิตใจ อัมพร โอตระกุล (2540) ให้ความหมายของสุขภาพจิตคือ สภาพชีวิตที่เป็น สุข มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ สามารถปรับตัวหรือปรับความต้องการของตนเองให้เข้ากับสภาพแวดล้อมเข้ากับบุคคล และสังคมได้โดยไม่เกิดความเดือดร้อนต่อตนเองและผู้อื่น อีกทั้งยังเกิดผลดีต่อตนเองด้วย

จากความหมายของ สุขภาพจิต จึงสามารถสรุปความหมายได้ว่า สุขภาพจิตคือ ความสามารถของบุคคลในการปรับตัว ปรับอารมณ์ในการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข มีความพึงพอใจในตนเองและมีความหวังในชีวิต ไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนทั้งกับตนเองและผู้อื่น

สำหรับการกำหนดช่วงอายุของผู้สูงอายุได้มีผู้กำหนดไว้หลายแบบ ดังเช่นการนับตามปฏิทินที่อายุประมาณ 60-65 ปีขึ้นไป (ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2545) หรือตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ วยสูงอายุแบ่งได้เป็น 4 ช่วง ดังนี้คือ ช่วงอายุประมาณ 60-69 ปี เรียกว่าช่วงไม่คอยแก่ (The young-old) เป็นช่วงที่คนต้องประสบกับความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤตหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การจากไปของคนสนิท รายได้ลดลง การสูญเสียตำแหน่งทางสังคม โดยทั่วไปบุคคลในวัยนี้จะยังคงแข็งแรง แต่อาจต้องพึ่งพิงผู้อื่นบ้างช่วงอายุระหว่าง 70-79 ปี เป็นช่วงแก่ปานกลาง (The middle-age old) เป็นช่วงที่คนเริ่มเจ็บป่วย เพื่อนและสมาชิกในครอบครัวที่มีช่วงอายุใกล้เคียงกันเริ่มล้มหายตายจาก เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลงช่วงอายุประมาณ 80-89 ปี เป็นช่วงแก่จริง (The old-old) ผู้ที่มีอายุอยู่ถึงช่วงเวลานี้จะสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ยากมากยิ่งขึ้น เนื่องจากสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุช่วงนี้จะต้องเป็นสภาพแวดล้อมที่มีความเป็นส่วนตัวมาก ไม่วุ่นวาย ในขณะที่ต้องสามารถกระตุ้นสมรรถภาพต่างๆ ตามวัยได้ อีกทั้งยังเป็นวัยที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากกว่าวัยที่ผ่านมาช่วงสุดท้ายคือ ช่วงอายุประมาณ 90-99 ปี เป็นช่วงแก่จริงๆ (The very old-old) ผู้ที่มีอายุยืนถึงช่วงนี้มีค่อนข้างน้อย เป็นช่วงที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากกว่าช่วงวัยอื่นๆ (Craig 1991; Hoffman et al. 1988 อ้างในศรีเรือน แก้วกังวาล. 2545)

ในช่วงอายุต่างๆ นี้สามารถแบ่งตามสภาพสุขภาพกายได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม หมายถึง ผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระ สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ เป็นผู้มีสุขภาพโดยทั่วไปดี ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน หมายถึง ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างหรือต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเพียงบางส่วน มีการจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคม เป็นกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายและจิตใจ จนส่งผลกระทบต่อารรู้คิด การตัดสินใจ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ ต้องการให้ผู้อื่นช่วยเหลือในการเคลื่อนย้าย มีโรคประจำตัวหลายโรคที่ควบคุมไม่ได้ มีการเจ็บป่วยเรื้อรังมายาวนานและมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ซึ่งในกลุ่มติดสังคมเป็นกลุ่มที่ควรใช้มาตรการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) คือส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายจิตใจ และสังคมไม่เป็นโรคง่ายส่งเสริมให้ใช้ศักยภาพในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงเพื่อเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสนับสนุนให้มีความสุข 5 มิติ ได้แก่ สุขสบาย คือ การมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง สมบูรณ์ สุขสนุก คือ การมีอารมณ์สนุกสนาน อารมณ์ที่เป็นสุข ร่าเริง แจ่มใส สุขสง่า คือ การมีความภาคภูมิใจในตนเอง มีความพึงพอใจในชีวิต สุขสว่าง คือ การมีความจำ การรับรู้ ความคิดและการตัดสินใจที่เหมาะสม สุขสงบ คือ ความรู้สึกที่มั่นคง

เป็นสุข ความสามารถในการเข้าใจตนเอง ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ควรใช้การป้องกันโดยการเฝ้าระวังด้วยการคัดกรองโรค (Screening) เป็นการตรวจหาปัจจัยเสี่ยงเพื่อให้คำแนะนำหรือรักษาอย่างทันท่วงทีและเพื่อลดความรุนแรงของปัญหา ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ต้องดำเนินการป้องกันปัญหาในขั้น Tertiary prevention ป้องกันในระยะที่เกิดความพิการหรือในระยะสุดท้ายของโรคเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความพิการมากกว่าที่เป็นอยู่ และสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายในส่วน ที่ยังใช้งานได้ทั้งสองกลุ่มหลังนี้ การเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพในชุมชนเป็นแนวทางที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นมีกำลังใจ และได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และลัดดา ดำริการเลิศ. 2553)

1.2 พัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

ในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ นอกจากจะดูแลช่วยเหลือให้สอดคล้องกับประเภทและช่วงวัยของผู้สูงอายุแล้ว จำเป็นต้องคำนึงถึงพัฒนาการและความเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุด้วย คือ พัฒนาการทางกาย ถือเป็น การเปลี่ยนแปลงที่เป็นจุดเด่นของผู้สูงอายุ โดยพัฒนาการทางร่างกายนี้จะมีส่วนสำคัญในการกำหนด ลักษณะกิจวัตรประจำวัน ลักษณะแบบแผนการดำเนินชีวิต สุขภาพความทุกข์ในวัยสูงอายุ รวมถึงความสามารถในการปรับตัวด้วย เพราะโดยทั่วไปผู้สูงอายุจะมีพัฒนาการทางร่างกายที่เสื่อมถอยลง ไม่ว่าจะเป็นลักษณะทางร่างกายภายนอกที่เห็นได้ชัด เช่น ผิวหนังที่เหี่ยวแห้ง ผมหงอก (ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2545) อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายภายใน มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอย อวัยวะ ร่างกายเริ่มที่จะใช้การได้ไม่เหมือนเดิม ผู้สูงอายุจำนวนมากเจ็บป่วยได้ง่าย มีโรคประจำตัว ร่างกายไม่แข็งแรงดังเช่นวัยทำงาน ในหลายๆคนต้องพึ่งพาเครื่องมือช่วยในการเคลื่อนไหวหรือต้องพึ่งพิงผู้อื่น เช่น เซลล์ประสาทที่หัดตัวหรือฝ่อ กระดูกที่เปราะ ระบบประสาท กล้ามเนื้อต่างๆ ระบบย่อยอาหาร อวัยวะรับความรู้สึกที่ทำหน้าที่ได้ลดลง ซึ่งผลการเสื่อมของร่างกายทุกระบบทำให้การติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นเป็นไปได้ไม่ดี (โกศล วงศ์สวรรค์ และ เลิศลักษณ์ วงศ์สวรรค์. 2551) เช่นความจำเสื่อมถอย เพราะเนื้อสมองเสื่อมลง เมื่อพูดอะไรก็จะลืม นึกว่ายังไม่ได้พูด จึงต้องพูดซ้ำอีก กลายเป็นพูดซ้ำซาก ก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสังคมน้อยลง มีปัญหาด้านสัมพันธภาพ และตามมาด้วยปัญหาด้านสุขภาพจิต คือ เหงา โดดเดี่ยว ซึมเศร้า พัฒนาการทางอารมณ์และจิตใจ ทั้งนี้ลักษณะอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุจะเป็นอย่างไร ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมา บุคลิกภาพเฉพาะของแต่ละคน รวมถึงลักษณะทางร่างกายของผู้สูงอายุด้วย ผู้ที่มีร่างกายที่เสื่อมโทรมมักถูกเร้าให้รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะเริ่มรู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า เนื่องจากบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ ตลอดจนความสามารถทางร่างกายต่างๆ ลดลงอย่างชัดเจน ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมาก มีความอ่อนไหวทางอารมณ์ มีความรู้สึกเศร้าหมอง ท้อแท้ สิ้นหวัง มีความเครียดและวิตกกังวล เป็นต้น อาจกล่าวได้ว่าการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจจะเกี่ยวเนื่องกับปัจจัยต่างๆ 7 ด้าน คือ ด้านบุคลิกภาพ โดยปกติผู้สูงอายุ

มักจะไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงทางด้านบุคลิกภาพ แต่ในบางรายอาจมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านบุคลิกภาพที่มีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางอัตมโนทัศน์ การยอมรับของสังคม สถานการณ์ที่เกิดขึ้นรอบตัว ผู้สูงอายุ ด้านการเรียนรู้ พบว่าการเรียนรู้จะลดลงมาก โดยเฉพาะหลังอายุ 70 ปี แม้การเรียนรู้จะลดลงแต่ก็ยังสามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ ถ้าการเรียนรู้นั้นสัมพันธ์กับการเรียนรู้เดิมที่ผ่านมา ด้านความจำ มักพบว่าผู้สูงอายุจะจำเรื่องราวในอดีตได้ดี แต่จะมีความจำเกี่ยวกับสิ่งใหม่ๆ ลดลง การกระตุ้นความจำจึงต้องอาศัยการปฏิบัติเป็นลำดับขั้นตอน หรือการจดบันทึกช่วยจำ ด้านสติปัญญา โดยปกติคุณลักษณะการเสื่อมทางปัญญาที่พบในผู้สูงอายุจะเป็นความสามารถในการใช้เหตุผล ความสามารถในการคำนวณวงกลมเลข ความสามารถในการคิดเชิงนามธรรม ความสามารถในการคิดสร้างสรรค์และความสามารถในการตัดสินใจ ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร พบว่าสมองจะทำงานช้าลง ความจำจะสั้นลง ด้านเจตคติ ความสนใจและคุณค่า ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลมาจากเพศ สังคม อาชีพ เชื้อชาติและวัฒนธรรม ด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยส่วนใหญ่มักรับรู้ว่าคุณค่าในวัยเพียงเพราะความเสื่อม ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง (สุจริต สุวรรณชีพ, 2554) พัฒนาการทางสังคม เมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจะพบกับความสูญเสีย เช่น การสูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคม จากที่เคยมีบทบาท มีตำแหน่ง มีคนเคารพนับถือในสังคมเปลี่ยนเป็นสมาชิกคนหนึ่งของสังคม มีบทบาทลดลง สูญเสียความมั่นคงในชีวิต รู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญในสังคม อยู่ในสภาวะที่ไร้คุณค่า สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเองและรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว การสูญเสียการสมาคมกับเพื่อนฝูง เมื่อเกษียณอายุหรือเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ เคลื่อนไหวไม่สะดวก โอกาสที่จะพบปะกับเพื่อนฝูงก็น้อยลง การสูญเสียสภาวะทางการเงิน เนื่องจากรายได้ที่ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุหลายรายมีปัญหาเรื่องการเงิน การเปลี่ยนแปลงทางสังคมเหล่านี้ทำให้บทบาททางสังคมของผู้สูงอายุลดน้อยลง เพื่อนฝูงที่คบหากันก็ลดน้อยลงด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ความรับผิดชอบต่างๆ ทั้งในเรื่องงาน หรือบทบาทความสำคัญในครอบครัวที่ลดลงและถูกเปลี่ยนไปสู่คนรุ่นหลังในการเข้ามามีบทบาทแทนมากยิ่งขึ้น (สุจริต สุวรรณชีพ, 2554) ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ล้วนแต่เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุทั้งสิ้น

ดังนั้นเมื่อกล่าวถึง “สุขภาพจิตผู้สูงอายุ” จึงให้คำนิยามได้ว่าหมายถึงบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีความสามารถในการปรับตัว ปรับอารมณ์ในการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข มีความพึงพอใจในตนเองและมีความหวังในชีวิต และไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนทั้งกับตนเองและผู้อื่น แต่การจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีได้ ต้องมีการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ด้วยการดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านกาย ใจและสังคม ตามสภาพปัจเจกบุคคล โดยคำนึงถึงธรรมชาติของแต่ละช่วงวัยสูงอายุ พัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ทั้งด้านกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคม สภาพปัญหา บริบทและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และลัดดา ตำริการเลิศ, 2553)

1.3 ปัญหาทางด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่พบบ่อย ได้แก่ ความวิตกกังวล มีความวิตกกังวลเรื่อง ต้องพึ่งพาลูกหลานมักแสดงออกเด่นชัดเป็นความกลัว ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง เช่นกลัวไม่มีคนดูแลกลัวว่าตนเองไร้ค่า กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวนอนไม่หลับ กลัวตายอาจแสดงออกทั้งทางอารมณ์ไม่สบายใจ และออกทางกาย เช่น ใจสั่น แนนหน้าอก หายใจไม่อิ่ม การแก้ไขควรแก้ที่ความคิดของตนเองพยายามมองในแง่ความเป็นจริง มากกว่าคิดไปล่วงหน้า ก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์คาดคะเนอนาคตในทางที่ดีมากกว่าจะจินตนาการแต่ในแง่ร้าย รู้สาเหตุเรื่องที่ทำให้กังวลแก้ปัญหานั้นโดยตรง การทำให้สงบโดยวิธีทางพุทธศาสนาจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งถ้าผู้สูงอายุหมั่นศึกษาธรรมะไปหวั่นพระ ฝึกสมาธิจะช่วยให้จิตใจสงบมากขึ้นโรคซึมเศร้าเป็น การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่พบบ่อยเพราะวัยสูงอายุจะพบความสูญเสียได้บ่อย ผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่จะมีอาการทางอารมณ์ เช่น เบื่อหน่าย ท้อแท้ หงุดหงิดง่าย ใจคอไม่ดีเบื่อความสนใจในกิจกรรมที่เคยชอบ พูดง่าย ๆ คือ เซ็ง นอกจากนี้อาจจะมีนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ไม่มีสมาธิผู้สูงอายุบางคนจะบ่นว่า ความจำแยลง ซึ่งจริงๆแล้วไม่ใช่โรคสมองเสื่อมแต่เป็นจากสมาธิไม่ดี ทำให้ลืมง่ายมากกว่า ถ้าซึมเศร้ามากๆอาจมีความคิดอยากตาย ต้องการทำร้ายตนเองซึ่งเป็นภาวะเร่งด่วนมากต้องรีบให้ความช่วยเหลืออย่างทันท่วงที นอนไม่หลับ ผู้สูงอายุที่มีปัญหานอนไม่หลับ มักชอบตื่นกลางดึก ตื่นเช้ากว่าปกติ ตื่นแล้วหลับต่อไม่ได้ หรือเป็นตั้งแต่เข้านอน นอนหลับยากกว่าปกติ โดยทั่วไปในวัยสูงอายุมักต้องการเวลานอนน้อยลง จากการเปลี่ยนแปลงของสรีระวิทยาทำให้นอนหลับน้อยลง ตื่นเช้ากว่าปกติ แต่ผู้สูงอายุบางคนอาจกังวลมากทำให้ปัญหาเพิ่มมากขึ้น และผู้สูงอายุมักมีปัญหาสุขภาพอื่นๆ อาทิ ปวดเข่า ปวดท้อง ทำให้เป็นสาเหตุของการนอนไม่หลับด้วย ภาวะสมองเสื่อมเป็นธรรมดาที่ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงเรื่องความจำ อาทิ ลืมง่าย ต้องพูดซ้ำๆ ถามซ้ำๆ จำเหตุการณ์ใหม่ๆ ได้ไม่ดี จำเหตุการณ์ในอดีตได้แม่น แต่ถ้าไม่รบกวนชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ถือว่าไม่ผิดปกติ แต่ในผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อม การสูญเสียความจำจะรุนแรงมากจนมีผลในชีวิตประจำวัน ปัญหาทางเพศ ในสังคมไทยมักไม่พูดถึงเรื่องเพศ แท้จริงเรื่องเพศในผู้สูงอายุอาจพบได้บ่อยกว่าที่คิด ในผู้ชายความต้องการทางเพศจะมีอยู่ได้ตลอด อาจพบได้ในวัยสูงกว่าที่คาดคิด แต่ในเพศหญิงอาจไม่พบมีความต้องการทางเพศแล้วอาจทำให้เกิดปัญหาขึ้นระหว่างคู่สมรส การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ผู้สูงอายุบางคนซึมเศร้า หงุดหงิด ระวังเอาแต่ใจตนเอง หมดกำลังใจ นอนไม่หลับ เป็นต้น และผู้สูงอายุมักมีปัญหาสุขภาพอื่นๆ อาทิ ปวดเข่า ปวดท้อง ทำให้เป็นสาเหตุของการนอนไม่หลับด้วย รวมถึงโรคซึมเศร้าถือเป็นการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่พบบ่อยเพราะวัยสูงอายุจะพบความสูญเสียได้บ่อย ผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่จะมีอาการทางอารมณ์ เช่น เบื่อหน่าย ท้อแท้ หงุดหงิดง่าย ใจคอไม่ดีเบื่อความสนใจในกิจกรรมที่เคยชอบ การเปลี่ยนแปลงทางความคิด ผู้สูงอายุมักจะคิดซ้ำซาก ลังเล ระวังหมกมุ่นเรื่องของตัวเอง และเรื่องในอดีต จะคิดเรื่องในอดีตด้วยความเสียใจ เสียหายที่ปล่อยเวลาที่ผ่านมาให้เปล่าประโยชน์ และคิดถึงปัจจุบันด้วยความหวาดกลัวกลัวถูกทอดทิ้ง กลัวถูกเขารังเกียจ ในด้านพฤติกรรม มักเอาแต่ใจตัวเอง จู้จี้ ขี้บ่น

อยู่ไม่สุข ชอบยุ่งเรื่องคนอื่นหรืออาจมีปัญหาทางเพศ ทั้งนี้ การสังเกตปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต. 2556) สามารถสังเกตได้ 5 วิธี คือ 1) การสังเกตอาการง่าย ๆ จากการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การกินผิดปกติ อาจจะกินมากเกินไปหรืออาจ กินน้อยเกินไปกว่าปกติ 2) การนอน อาจจะเป็นการนอนหลับมากกว่าปกติ หรือบางคนอาจนอน ไม่หลับ ตื่นตกใจตอนดึก 3) อารมณ์ผิดปกติ หงุดหงิดบ่อยขึ้น เศร้าซึม เคร่งเครียด ฉุนเฉียว วิตกกังวลมากขึ้นกว่าเดิมจนสังเกตเห็นได้ชัดเจน 4) พฤติกรรมการแสดงออกที่เปลี่ยนไปจากเดิม เช่น เคยเป็นคนร่าเริง แจ่มใส ช่างพูด กลับ เงียบขรึม ไม่พูดจา บางคนหันไปใช้ยาเสพติด เช่น บุหรี่ สุรา เป็นต้น 5) มีอาการเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งหาสาเหตุไม่พบ เช่น ปวดเมื่อยตามตัว ปวดศีรษะ ปวดท้อง การสังเกตอาการต่าง ๆ ของผู้สูงอายุดังกล่าว จะทำให้สามารถดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุได้รวดเร็ว ช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงอยู่ในครอบครัว ในสังคม ได้อย่างมีความสุข มีสุขภาพกายและใจที่แข็งแรง และการรู้ถึงพัฒนาการและความเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ จะช่วยให้สามารถออกแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อม เช่น ฝึกการคิดเชิงนามธรรม การฝึกบวกลบเลขง่าย ๆ เพื่อฝึกสมอง การเล่าถึงความสำเร็จในอดีตเพื่อรับรู้ถึงความมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น และสามารถออกแบบแนวทางการดูแลช่วยเหลือได้ตรงกับสภาพปัญหาเพื่อตัดวงจรหรือลดความรุนแรงของปัญหา

2. แนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยาและสังคมวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

2.1 แนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมีลักษณะผสมผสานและหลากหลาย จึงมีนักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึงทฤษฎีในการศึกษาผู้สูงอายุ ซึ่งการจัดแบ่งจะมีความเหมือนและแตกต่างกันบ้างตามศาสตร์ของตน (Phillipson. 1998 และ Bengton; Putney; & Johnson, 2005) ได้แก่ ทฤษฎีการสูงอายทางชีวภาพ (Biological Theories of Aging) ทฤษฎีการสูงอายทางจิตวิทยา (Psychological Theories of Aging) และทฤษฎีการสูงอายเชิงจิตสังคม (Sociological Theories of Aging)

2.1.1 ทฤษฎีการสูงอายทางชีวภาพ (Biological Theories of Aging)

อธิบายถึงกระบวนการทางสรีรวิทยา และการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างจากอวัยวะต่าง ๆ ตั้งแต่มีชีวิตจนตาย มุ่งศึกษาร่างกายของผู้สูงอายุ โดยสนใจมิติความเสื่อมถอยของร่างกายเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น (Westendorp; & Kirkwood, 2007) McPherson (1983 อ้างอิงจาก สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. 2539) ได้กล่าวว่าภายใต้ทฤษฎีสูงอายทางชีวภาพยังมีทฤษฎีย่อยๆ ที่สนับสนุนการมองภาวะสูงอายุนั้นที่คิดว่า ความชราคือความเสื่อมถอยของร่างกาย คือ ทฤษฎีการสูงอายที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (Genetic theory) ทฤษฎีการสูงอายที่ไม่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (Non genetic theory) ทฤษฎีการ

สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับสรีรวิทยา (Physiological theory) และทฤษฎีการสูงอายุที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine theory)

2.1.2 ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยา (Psychological Theories of Aging)

เป็นทฤษฎีที่อาศัยรูปแบบการพัฒนาของอีริกสัน (Erickson) โดยอธิบายว่าการพัฒนาการของมนุษย์เป็นสิ่งที่ต่อเนื่องไม่มีการสิ้นสุด เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคลที่จะผลักดันให้มีบุคลิกภาพแตกต่างกันไปตามการเป็นผู้สูงอายุด้วย ซึ่งสามารถแบ่งเป็นกลุ่มทฤษฎีได้ดังนี้ ทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ตามขั้นของมาสโลว์ (Maslow is Hierachy of Human Needs Theory) และทฤษฎีเอกัตบุคคลของจุง (Jung's Theory of Individualism)

2.1.3 ทฤษฎีการสูงอายุเชิงจิตสังคม (Sociological Theories of Aging)

เป็นทฤษฎีที่พิจารณาวิถีที่แปรเปลี่ยนไป โดยเฉพาะวัยสูงอายุจะส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของผู้สูงอายุ โดยมองว่าร่างกายจะเป็นปัจจัยนำของพัฒนาการด้านจิตวิทยาของผู้สูงอายุ เช่น การใช้ชีวิต ความสุข ความทุกข์ การปรับตัว การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทั้งนี้โดยส่วนใหญ่แล้วพัฒนาการร่างกายของผู้สูงอายุจะมีลักษณะเสื่อมถอย ทั้งที่เห็นได้ชัดภายนอก คือ ผมหงอก ผิวแห้งเหี่ยวเหี่ยวน รวมถึงในกระดูก เช่น กระดูกเปราะ ประสาทสัมผัสเสื่อมลงและนำไปสู่โรคภัยต่างๆ เป็นต้น (ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2549.) ทฤษฎีนี้จะเกี่ยวข้องกับกระบวนการปรับตัวของบุคคลให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 ทฤษฎีคือ ทฤษฎีการถดถอย (Disengagement Theory) ซึ่งยูริคและคณะ (Yurik et al. 1984) ได้อธิบายว่า ผู้สูงอายุจะค่อยๆ ถอยออกจากสังคม ลดบทบาทด้านสังคม อันเนื่องจากสภาพร่างกายเริ่มเสื่อมถอย เหตุนี้ผู้สูงอายุจึงความเก็บตัวเงียบๆ ไม่วุ่นวายกับกิจกรรมต่างๆ ของสังคมและครอบครัว แต่อาจสร้างกิจกรรมใหม่ที่ไม่ลำบาก เช่น การเข้าวัด เป็นต้น ทฤษฎีกิจกรรม(Activity Theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายการมีส่วนร่วมกิจกรรมและความพึงพอใจในชีวิตมีความสัมพันธ์กัน โดยมองว่าผู้สูงอายุจะมีความสุขทั้งร่างกายและใจได้หากทำกิจกรรมและเคลื่อนไหวตลอดเวลา และกิจกรรมก็จะทำให้ดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข จะต้องเป็นผู้ที่สามารถดำรงกิจกรรมในสังคมไว้ได้โดยไม่ตีตัวออกห่าง (Barrow & Smith. 1979) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) เป็นทฤษฎีที่เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขเมื่อได้ทำกิจกรรมเหมือนในวัยหนุ่มสาวและผู้สูงอายุที่ไม่ชอบการเข้าร่วมสังคมมาก่อน ก็จะมีความสุขในการแยกตนเองในวัยสูงอายุ

2.1.4 แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง

แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตน (Self Efficacy) แบนดูรา (1975) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตน เป็นความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของตนเองของบุคคล คนที่มีความเชื่อในความสามารถของตนเองเป็นคนที่เชื่อว่าตนเองสามารถทำงานต่างๆ ให้สำเร็จได้ เป็นการที่บุคคลตัดสินใจว่าจะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมใด ในระดับใด ซึ่งความเชื่อในความสามารถของตนเองนี้มีอิทธิพลต่อความคิดและมีผลต่อการกระทำ เช่นเดียวกันกับผู้สูงอายุหาก

มีการรับรู้ความสามารถของตน มีความเชื่อในศักยภาพของตนเองว่าสามารถดูแลตนเองให้อยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข และรู้ว่าตนเองไม่ได้เป็นภาระของสังคมหรือผู้ดูแล ก็จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีได้ และอาจทำให้การแสดงพฤติกรรมเป็นไปในลักษณะของการดูแลตนเองทั้งสุขภาพจิตและสุขภาพกายไปด้วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับของการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุแต่ละคนซึ่งอาจมีแตกต่างกัน โดยที่ความสามารถของบุคคลมีความยืดหยุ่น ไม่ตายตัวตามสถานการณ์ และถ้าหากเขามีความเชื่อว่ามีความสามารถก็จะแสดงความสามารถนั้นออกมา

ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1977.) ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถพัฒนาจาก 4 รูปแบบ ได้แก่

1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในชีวิต จะทำให้เขาเพิ่มความสามารถในการพัฒนาตนเองเพื่อให้สามารถเป็นบุคคลที่มีสุขภาพจิตที่ดีได้ผ่านกิจกรรมทั้งในระดับครอบครัวและระดับชุมชน สังคม และผู้ที่รับรู้ความสามารถของตนเองว่าสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ให้บรรลุตามเป้าหมายได้

2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) การได้สังเกตตัวแบบที่ซับซ้อนและได้ผลเป็นที่น่าพอใจ ทำให้ผู้สังเกตรู้สึกว่าคุณเองก็ประสบความสำเร็จได้หากมีความตั้งใจ การใช้ตัวแบบนี้ส่งผลต่อความรู้สึกของการรับรู้ว่าคุณเองสามารถทำได้ ซึ่งการใช้ตัวแบบพิจารณาการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุนี้ เป็นการทำความเข้าใจว่าตัวแบบมีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์หรือเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุอย่างไร ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง เมื่อพวกเขาเห็นว่าคนอื่นทำได้และทำแล้วประสบความสำเร็จ ก็อาจทำให้เชื่อว่าหากตนเองทำบ้างก็จะประสบความสำเร็จได้เช่นเดียวกัน ซึ่งทีมสุขภาพชุมชนอาจใช้ตัวแบบนี้เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้เช่นกัน

3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลสามารถประสบความสำเร็จได้ แบนดูราได้กล่าวว่า การพูดชักจูงจะไม่ค่อยได้ผลนักกับการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน ซึ่งควรใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบุคคลที่พูดเกลี้ยกล่อมด้วยว่ามีอิทธิพลต่อบุคคลที่พูดชักจูงมากน้อยเพียงใด เมื่อมองย้อนมาที่การส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ การใช้คำพูดชักจูงสามารถนำมาเทียบเคียงกับการที่ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพจิตที่ดี ส่วนหนึ่งนั้นอาจเป็นผลมาจากการได้รับการพูดจูงใจ ซึ่งตัวแบบอาจเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ความสำเร็จหรือไม่ก็ตาม แต่เป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อผู้สูงอายุ เช่น เพื่อนผู้สูงอายุด้วยกัน บุคคลที่ตนเองเคารพนับถือ เป็นต้น ซึ่งทำให้พวกเขาารู้สึกว่าคุณเองสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้เช่นกัน การพูดจูงใจเป็นการสร้างกำลังใจให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าคุณเองก็สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งเพื่อตนเอง เพื่อครอบครัว ชุมชน และสังคมได้เช่นกัน แม้จะเป็นผู้สูงอายุแล้วก็ตาม เมื่อเห็นว่าตนเองสามารถทำได้ก็จะส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดีตามมา

4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) เป็นการลดการกระตุ้นทางอารมณ์ลงจะช่วยให้บุคคลสามารถพัฒนาความสามารถของตนได้ดียิ่งขึ้น ผู้สูงอายุนั้นอาจไม่ได้รับ

การกระตุ้นอารมณ์หรือไม่ถูกกล่าวถึงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความไม่พอใจ ความกลัว จึงทำให้สามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองได้ดี

การรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุนี้ สามารถเกิดขึ้นได้จากวิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีก็ได้ ซึ่งผู้วิจัยใช้การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self Efficacy) ในการเทียบเคียงกับการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนโดยที่มสุขภาพในชุมชน ซึ่งที่มสุขภาพชุมชนอาจนำแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองนี้ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดกิจกรรมที่เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งอาจจะเป็นจุดเริ่มต้นของการดูแลผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตที่ดี

2.1.5 แนวคิดเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self - Esteem)

แนวคิดเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพที่เป็นพลังที่ช่วยให้มนุษย์เกิดการพัฒนาความสามารถของตนเอง ซึ่งการทำความเข้าใจการเห็นคุณค่าในตนเองมีความเกี่ยวข้องกับธรรมชาติความต้องการของมนุษย์ดังที่ มาสโลว์ (Maslow) นักจิตวิทยา กลุ่มแนวคิดมนุษยนิยมได้เสนอทฤษฎีลำดับขั้นแรงจูงใจของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of need) ที่เชื่อว่าพื้นฐานมนุษย์นั้นมีความดีและคุณค่าต่อการยอมรับ มนุษย์มีความต้องการที่จะมุ่งไปสู่ความเข้าใจในศักยภาพของตนเองถ้าสภาพสิ่งแวดล้อมเอื้ออำนวย มาสโลว์เชื่อว่ามนุษย์ไม่เข้าใจตนเองจนกว่าจะเกิดความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะแสวงหาความต้องการที่จะเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ความบริบูรณ์ที่เจริญงอกงาม เอกลักษณะ และความเป็นตัวของตัวเอง โดยเน้นที่เอกลักษณะของบุคคล ความสำคัญ และความหมายของคุณค่าต่างๆ (นวลลออ สุภาพล. 2527) แนวคิดลำดับขั้นความต้องการ 5 ขั้นของมาสโลว์ ประกอบด้วย ขั้นที่ 1 ความต้องการทางสรีรวิทยา (Physiological needs) เช่น ความต้องการปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต ขั้นที่ 2 ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Safety needs) ขั้นที่ 3 ความต้องการเป็นเจ้าของ ความต้องการที่จะได้รับรักและได้รักผู้อื่น (Belongingness and love needs) ขั้นที่ 4 ความต้องการมีศักดิ์ศรีจากตนเองและผู้อื่น (Esteem needs from oneself and others) และขั้นที่ 5 ความเป็นมนุษย์โดยสมบูรณ์ (Self actualized needs) ซึ่งความต้องการเห็นคุณค่าในตนเองเป็นความต้องการในขั้นที่ 4 ตามแนวคิดของมาสโลว์ เป็นแรงจูงใจแสวงหาและรักศักดิ์ศรี เกียรติยศ โดยทั้งตนเองสำนึกและผู้อื่นยกย่องเชิดชู เช่น ความต้องการมีเกียรติ มีหน้ามีตา ความต้องการมีชื่อเสียงยกย่องเชิดชู ความรู้สึกนับถือตนเอง เป็นต้น โดยมาสโลว์กล่าวว่า ศักดิ์ศรีที่สำคัญต่อความมีสุขภาพจิตดีคือ การรู้สึกนับถือและเคารพตนเองกับการได้รับการนับถือจากผู้อื่นที่ไม่ใช่ลักษณะฉาบฉวยจอมปลอม (ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2551.) โดยธรรมชาติของมนุษย์นั้น การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิด แต่ไม่ได้มีเกณฑ์การประเมินจนกว่ามนุษย์จะค้นพบการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยตนเอง โดยลักษณะทั่วไปของการเห็นคุณค่าในตนเองเป็นประสบการณ์ด้านความรู้สึกและอารมณ์ และมีผลกระทบต่อกระบวนการคิด อารมณ์ ความปรารถนา คุณค่าต่างๆ และเป้าหมายในชีวิต และเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นความคิดเกี่ยวกับตนเองในด้านการประเมินค่า ซึ่งเป็นส่วนประกอบหนึ่งของความคิด ความเชื่อ มโนภาพที่เกี่ยวกับอุปนิสัยและลักษณะพิเศษ ข้อได้เปรียบเสียเปรียบ ขีดจำกัดและความสามารถของตนเอง

จากแนวคิดการเห็นคุณค่าในตนเองนี้ ผู้วิจัยใช้เป็นแนวทางในการทำความเข้าใจผู้สูงอายุในชุมชน และอาจนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมีสุขภาพในชุมชน โดยการพยายามเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุจากลำดับขั้นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ตามบริบทของผู้สูงอายุในชุมชน

2.2 แนวคิดทฤษฎีทางสังคมวิทยาที่เกี่ยวข้อง

2.2.1 ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ (Structural-Functional Theory)

เป็นทฤษฎีสังคมวิทยาที่มองถึงระดับโครงสร้างสังคมในภาพรวม เปรียบโครงสร้างสังคมเหมือนร่างกายมนุษย์ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบต่างๆ ที่ทำหน้าที่เฉพาะของตนเอง สังคมมนุษย์ก็เช่นเดียวกันมีองค์ประกอบต่างๆ ที่ทำหน้าที่เฉพาะของตน แต่มีการประสานกันเพื่อความอยู่รอดและเพื่อให้เกิดดุลยภาพในสังคม อันประกอบด้วยหน่วยต่างๆ ได้แก่ สถาบันทางสังคมและองค์การทางสังคมที่รวมกันเป็นโครงสร้างสังคม สุภางค์ จันทวานิช (2552) ได้กล่าวถึงทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ที่มีส่วนในการอธิบายบริบทของสังคมในมุมมองขององค์ประกอบสถาบันต่างๆ ที่พบเห็นความสัมพันธ์ของปัจเจกบุคคลและกลุ่มคนในรูปแบบของวิถีชีวิต ใช้กลไกทางสังคมผ่านระบบความเชื่อ ค่านิยมเพื่อควบคุมพฤติกรรมของคนในสังคมให้อยู่ในภาวะสมดุล การเปลี่ยนแปลงส่วนใดส่วนหนึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงส่วนอื่นๆ ด้วย ซึ่งลักษณะการเปลี่ยนแปลงจะเป็นลักษณะที่เป็นระเบียบไม่ใช่การเปลี่ยนแปลงในลักษณะของการปฏิวัติ โครงสร้างสังคมประกอบด้วยสถาบันต่างๆ ที่ทำหน้าที่แตกต่างกันออกไป เช่น สถาบันครอบครัว ทำหน้าที่ในการผลิตและเลี้ยงดูสมาชิกสถาบันการเมือง ทำหน้าที่ในการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในระบอบประชาธิปไตย สถาบันศาสนา ทำหน้าที่ในการเป็นที่พึ่งทางจิตใจ เป็นต้น โดยแต่ละสถาบันมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันอย่างเป็นระบบ

กล่าวโดยสรุป ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่มองว่าสังคมทั้งหมดเป็นระบบหนึ่งที่แต่ละส่วนจะมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน และสนับสนุนซึ่งกันและกันอย่างเป็นเหตุเป็นผล ระบบสังคมเป็นการเคลื่อนไหวเข้าสู่ความสมดุล การปรับความสมดุลของระบบจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในระบบตามไปด้วยความต่อเนื่องของกระบวนการของข่าวสารจากภายในและภายนอก นอกจากนี้ทฤษฎีระบบยังมองว่า ความขัดแย้ง ความตึงเครียด และความไม่สงบสุขภายในสังคมก็เป็นสาเหตุหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

2.2.2 แนวคิดเกี่ยวกับบทบาท (Role Theory)

แนวคิดเกี่ยวกับบทบาท ในมุมมองของทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ บทบาทจะถูกมองว่าเป็นสิ่งที่ถูกกำหนดกฎเกณฑ์ไว้ในสังคม และถูกคาดหวังว่าบุคคลในสถานภาพใดควรมีบทบาทอย่างไร เมื่อบุคคลเข้าดำรงในสถานภาพนั้นๆ ก็จะมีบทบาทตามที่สังคมคาดหวัง ตามค่านิยมบรรทัดฐานที่กำหนดให้มีบทบาทนั้นๆ ดังที่ สุพัตรา สุภาพ (2540) ได้กล่าวถึงบทบาทว่า คือ การปฏิบัติตามสิทธิและหน้าที่ของสถานภาพบุคคล บทบาทเป็นการปฏิบัติหน้าที่หรือ

การแสดงออกของตน ซึ่งคนอื่นคาดคิดหรือหวังว่าจะทำหรืออาจเป็นไปตามที่ตนเองอยากกระทำ บทบาทจึงเป็นทั้งเรื่องส่วนตัวและเรื่องส่วนรวม ซึ่งบทบาทของแต่ละคนอาจเป็นผลจากเงื่อนไขทางสังคม ได้แก่ ตำแหน่งหน้าที่และสถานภาพของบุคคลที่ประกอบด้วยความคิดหวังจากสังคม นอกจากนี้ สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2543) ได้กล่าวว่า บทบาท หมายถึง ส่วนหนึ่งที่เป็นพลวัตของสถานภาพ บุคคลจะได้รับมอบหมายให้ดำรงสถานภาพ โดยมีความสัมพันธ์กับสถานภาพอื่น เมื่อเขาใช้สิทธิและทำ หน้าที่อันเป็นส่วนต่างๆ ของสถานภาพก็แปลว่าเขาแสดงบทบาทด้วยแล้ว จำนง อติวัฒน์สิทธิ์ และคนอื่นๆ (2545) ได้กล่าวถึงลักษณะของบทบาทไว้ 3 ลักษณะคือ 1) บทบาทในอุดมคติ (Ideal Role) เป็นบทบาทที่กำหนดไว้เป็นกฎหมาย หรือตามความคิดหวังของบุคคลทั่วไปในสังคม เป็นแบบฉบับที่สมบูรณ์ ซึ่งผู้มีสถานภาพหนึ่งๆ ควรกระทำแต่อาจไม่มีใครทำตามนั้นก็ได้ 2) บทบาทที่บุคคลเข้าใจ (Perceived Role) เป็นบทบาทที่ขึ้นอยู่กับบุคคลนั้นๆ ที่คาดคิดด้วยตัวเองว่าควรเป็นอย่างไร ทั้งนี้เกี่ยวข้องกับค่านิยม เจตคติ บุคลิกภาพและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล 3) บทบาทที่แสดงออกจริง (Actual or Enacted Role) เป็นการกระทำที่บุคคลปฏิบัติจริง ซึ่งขึ้นอยู่กับสถานการณ์เฉพาะหน้าในขณะนั้นด้วย สถานการณ์ดังกล่าวอาจเป็นสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติและทางสังคม เช่น การกำหนดของกลุ่มต่างๆ และบทบาทที่กระทำจริง อาจจะสอดคล้องหรือไม่สอดคล้องกับบทบาทในอุดมคติหรือบทบาทที่บุคคลรับรู้ก็ได้

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้มุมมองของทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่และแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทในมุมมองของทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ในการทำความเข้าใจบุคคลที่เข้าสู่วัยผู้สูงอายุ เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุจะปรับบทบาทและสภาพต่างๆ หลายอย่างที่ไม่ใช่บทบาทเดิมของตนมาก่อน เช่น การละทิ้งบทบาททางสังคมและความสัมพันธ์ซึ่งเป็นไปแบบวัยผู้ใหญ่ ยอมรับบทบาทของสังคมและความสัมพันธ์ในแบบผู้สูงอายุ และเว้นจากความผูกพันกับคู่สมรส เนื่องจากการตายไปของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างทฤษฎีบทวิพากษ์และการกำหนดกิจกรรม ทั้งในส่วนของทีมดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมกิจกรรม อันนำไปสู่การสร้าง ความเข้าใจระหว่างกัน และร่วมกันสร้างและพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง

2.2.3 ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ (Symbolic Interaction Theory)

ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์เป็นทฤษฎีระดับจุลภาค ที่มองในระดับปัจเจกบุคคล เพราะให้ความสำคัญต่อมนุษย์แต่ละคน และช่วยให้ความรู้เกี่ยวกับสังคมมนุษย์มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น โดยมองว่าการดำรงอยู่ของสังคมมนุษย์ต้องมีการปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันโดยใช้การสื่อสาร เป็นสัญลักษณ์ในการปฏิสัมพันธ์ สังคมไม่สามารถอยู่ได้อย่างโดดเดี่ยว ต้องมีการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมอย่างต่อเนื่อง มีการกระทำระหว่างกันของบุคคล และมนุษย์มีการให้ความหมายแก่ตนเองจากสิ่งที่บุคคลอื่นมองพัฒนาตัวตนขึ้นมาจากสายตาของบุคคลอื่น โดยใช้จิตใจและความคิดเข้ามาช่วยในการตัดสินใจ (Turner Jonathan H. 2001) ตามแนวคิดของจอร์จเฮร์เบิร์ต มีด (George Herbert Mead) นักทฤษฎีชาวอเมริกัน เป็นผู้วางรากฐานของทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ และแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทในมุมมองของทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ บทบาท (Role Theory)

โดยได้รับอิทธิพลจากแนวความคิดของจอร์จ ซิมเมล แนวความคิดของทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สังคม มองว่า ความอ่อนแอทางชีววิทยาของเผ่าพันธุ์มนุษย์เป็นเหตุให้มนุษย์ต้องอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม เป็นสังคมเพื่อการมีชีวิตรอด โดยมนุษย์คัดเลือกเก็บรักษาการกระทำระหว่างกันที่ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างกันไว้ซึ่งส่งผลให้มีชีวิตอยู่รอด ขณะเดียวกันก็ละทิ้งการกระทำระหว่างกันที่ไม่ส่งเสริมความสัมพันธ์เช่นนั้นไป ทำให้เกิดจิต อัตตา และสังคมขึ้น

จิต (Mind) มีลักษณะสำคัญ คือ 1) มีความสามารถในการใช้สัญลักษณ์กำหนดสิ่งต่างๆ ในสภาพแวดล้อม ทำให้สามารถรู้จักสิ่งต่างๆ เหล่านั้น 2) สามารถฝึกซ้อมในใจในแนวการกระทำต่างๆ ต่อสิ่งต่างๆ ได้ก่อนที่จะลงมือกระทำจริง (Imaginative Rehearsal) 3) สามารถหักห้ามแนวการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมไม่ควร เมื่อวิเคราะห์ได้จากการฝึกซ้อมในใจ จิตมนุษย์มีลักษณะเป็นกระบวนการไม่ใช่เป็นโครงสร้าง การฝึกซ้อมในใจนี้เองที่เป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดกลุ่มที่เป็นระเบียบ (Organized Group) 4) อัตตา (Self) เมื่อบุคคลสามารถให้ความหมายกับสิ่งต่างๆ และบุคคลอื่นใน สภาพแวดล้อมได้แล้ว เขาก็สามารถให้ความหมายกับตัวเองได้ การตีความหมายของท่าทางต่างๆ จึงเป็นทั้งช่วยให้เกิดการประสานงานระหว่างมนุษย์ด้วยกัน และสามารถนำมาใช้ประเมินผลตนเองได้อีกด้วย การประเมินผลตนเองนี้ขึ้นอยู่กับกระบวนการของจิตนั่นเอง กระบวนการพัฒนาอัตตาดังนี้มี 3 ขั้นตอนคือ ขั้นที่ 1 ขั้นการเล่นบท (Play Stage) หรือขั้นเอาใจเขามาใส่ใจเรา (Role-Taking) เป็นระยะที่บุคคลยังเป็นเด็กทารก มีความสามารถในการสวมบทบาทของคนอื่นได้จำกัดเพียงคนหรือสองคนเท่านั้น ภาพของตนเอง (อัตตา) ก็ยังจำกัดไม่ฝังแน่นแต่อย่างใด ขั้นที่ 2 ขั้นเกมกีฬา (Game Stage) เป็นช่วงที่เด็กทารกเจริญวัยใหญ่ขึ้น สามารถสวมบทบาทของผู้อื่นหรือเอาอย่างคนอื่นมากขึ้น ทำงานเป็นระบบมากขึ้น ภาพของตัวเองมีความซับซ้อนมากขึ้น สามารถร่วมมือกับผู้อื่นได้มากขึ้น ร่วมกิจกรรมที่มีการประสานงานกันอย่างเป็นระเบียบมากขึ้น ขั้นที่ 3 ขั้นสวมบทบาทของบุคคลทั่วไป (Generalized Other) เป็นขั้นที่บุคคลสามารถยึดถือปริทรรศน์ทั่วไปของชุมชนหรือความเชื่อทั่วไป ค่านิยม บรรทัดฐานของสังคม หนึ่งในการกระทำระหว่างกันด้านต่างๆ ได้ กล่าวคือ บุคคลสามารถทั้งเพิ่มความเหมาะสมในการตอบโต้กับผู้อื่นในการกระทำระหว่างกันมากขึ้น และขยายขอบเขตภาพของตนเองจากความสามารถในการสวมบทบาทของบุคคลจำนวนมากขึ้นอยู่เสมอ อันเป็นขั้นตอนพัฒนาการของอัตตาขั้นต่างๆ ของมนุษย์ 5) สังคมมนุษย์ เป็นการกระทำระหว่างกันของบุคคลที่มีการจัดระเบียบแล้ว และมีแบบแผนของบุคคลต่างๆ ซึ่งเกิดขึ้นเพราะจิต กล่าวคือ การยึดถือบทบาททำให้บุคคลสามารถควบคุมลักษณะการโต้ตอบของตัวเองได้ ทั้งนี้เพราะบุคคลมีความสามารถในการสวมบทบาทของผู้อื่นได้นั่นเอง สังคมยังต้องขึ้นกับอัตตาอีกด้วย เพราะอัตตาเกิดจากความสามารถของบุคคลในการสวมบทบาทบุคคลทั่วไป ถ้าหากไม่สามารถมองเห็นและประเมินค่าตนเองจากสายตาคนอื่นแล้ว การควบคุมทางสังคมก็จะมีเพียงการประเมินตนจากบทบาทของตนเองเท่านั้น ซึ่งจะไม่สามารถประสานกิจกรรมที่แตกต่างกันได้ จิตและอัตตาทำให้สังคมมีความเคลื่อนไหว คือเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ด้วยการแทรกบทบาทและเลือกบทบาทหรือแนวทางปฏิบัติ ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวได้อยู่ตลอดเวลาที่มีการโต้ตอบกับผู้อื่น จากการที่บุคคลถือเอาอัตตาเป็นวัตถุอีกอย่างหนึ่งในกระบวนการ

กระทำการระหว่างกันทางสังคมนี้เองทำให้บุคคลสามารถประเมินค่าอัตตาในสายตาของผู้อื่นได้ และสามารถวางแผนการโต้ตอบกับผู้อื่นได้อีกด้วย (สัญญา สัญญาวิวัฒน์. 2543)

ผู้วิจัยใช้มุมมองของทฤษฎีปฏิบัติสังสรรค์สัญลักษณะ ที่มองเกี่ยวกับการปฏิสังสรรค์ระดับบุคคล การให้ความหมายแก่ตนเองจากมุมมองของบุคคลอื่น และการสวมบทบาทของผู้สูงอายุในสังคมเป็นแนวทางในการทำความเข้าใจแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งเป็นแนวทางในการสร้างและพัฒนาที่มสุขภาพเพื่อให้มีความเข้าใจต่อการแสดงออกหรือการกระทำของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมากยิ่งขึ้น อันจะส่งผลต่อการค้นหาทวิพากร์และกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม

3. แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

จากแนวคิดทฤษฎีสูงอายุ ทั้งในมุมมองของจิตวิทยาและมุมมองของสังคมวิทยา จะเห็นได้ว่าล้วนแต่อธิบายสาเหตุที่เกี่ยวกับความเป็นผู้สูงอายุทั้งสิ้น ดังนั้น ในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุต้องสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตัวกำหนดสุขภาพภาวะพฤติกรรมสุขภาพและการดำเนินชีวิต เศรษฐกิจ สังคม การศึกษาและการทำงาน กรมสุขภาพจิต (2556) ได้พัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี ควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความสุข 5 มิติประกอบด้วย สุขสบาย คือการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง สมบูรณ์ สุขสนุก คือการมีอารมณ์สนุกสนาน อารมณ์ที่เป็นสุข ร่าเริง แจ่มใส สุขสง่า คือการมีความภาคภูมิใจในตนเอง มีความพึงพอใจในชีวิต สุขสว่าง คือการมีความจำ การรับรู้ ความคิดและการตัดสินใจที่เหมาะสม และ สุขสงบ คือความรู้สึกที่มั่นคง เป็นสุข ความสามารถในการเข้าใจตนเองโดยมีแนวทางให้สมาชิกในครอบครัวและสังคมปฏิบัติต่อผู้สูงอายุเพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่า และมีสุขภาพจิตที่ดี เช่น ขอคำปรึกษาแนะนำต่าง ๆ ขอความช่วยเหลือให้ควบคุมดูแลบ้านและเป็นที่ปรึกษาการเลี้ยงดูบุตร เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า มีความสำคัญและมีความหวังในชีวิต พยายามเน้นถึงความหมายหรือความสำคัญของผู้สูงอายุ เช่น กล่าวทักทายก่อน เชิญรับประทานอาหารก่อน ชักชวนพูดคุยและรับฟังถึงส่วนดีหรือเหตุการณ์ประทับใจในอดีตของผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ ส่งเสริมและอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่สนใจต่าง ๆ ตามความเหมาะสม เช่น ไปวัดทำบุญ ฟังเทศน์ ลูกหลานควรเตรียมข้าวของต่าง ๆ ให้ช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะสังสรรค์กับญาติ ใกล้ชิดและเพื่อนร่วมวัยเดียวกันบ้างด้วยการพาไปเยี่ยมเยียนหรือเชิญญาติมาที่บ้าน พาไปสถานที่ที่เป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุ เช่น วัดและชมรมผู้สูงอายุที่มีในชุมชนผู้สูงอายุจะได้มีเพื่อนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและทำให้คลายเหงาได้บ้าง ให้ความเคารพยกย่องและนับถืออย่างสม่ำเสมอ ร่วมมือร่วมใจกันรักษาและฟื้นฟูขนบธรรมเนียมประเพณีเดิมของไทย เรื่องการยกย่องเคารพนับถือผู้สูงอายุ เช่น ประเพณีรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ เนื่องในวันสงกรานต์ เป็นต้น ให้อภัยในความหลงลืมและความผิดพลาดที่ผู้สูงอายุกระทำและแสดงความเห็นอกเห็นใจที่เหมาะสมเอาใจใส่ดูแลเรื่องอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุให้ได้รับอย่างเพียงพอและเหมาะสมเป็นประจำ หากผู้สูงอายุต้องการแยก

บ้านอยู่หรือไปอยู่สถานที่ที่รัฐจัดให้ก็ควรตามใจแต่ไม่ควรห่างไกลมากเพื่อความสะดวกในการไปเยี่ยมเยียน และให้การรักษายาบาลเมื่อเจ็บไข้นอกจากนั้นรัฐควรจัดบริการทางสังคมต่างๆ เช่น บริการทางการแพทย์ บริการสถานสงเคราะห์คนชราและอื่นๆ

ในด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพ การป้องกันโรคจะสามารถทำได้ 3 ขั้นตอน คือการป้องกันขั้นที่ 1 (Primary prevention) เป็นการป้องกันในระบะที่ยังไม่เกิดโรค มุ่งเน้นไปที่ผู้ที่มีภูมิไวต่อการเป็นโรค ดังนั้นเพื่อเป็นการลดอุบัติการณ์ของโรคที่จะเกิดขึ้น จึงได้มีมาตรการป้องกัน 2 มาตรการ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) เป็นการส่งเสริมให้ คนมีสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมไม่เป็นโรคร่างง่ายและการป้องกันเฉพาะโรค (Specific protection) เป็นกลวิธีที่สำคัญในการป้องกันโรคติดต่อด้วยการกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันเฉพาะโรคที่เกิดขึ้น หรือให้ภูมิคุ้มกันเฉพาะโรคที่สร้างขึ้นแล้วแก่ร่างกาย ชนิดของภูมิคุ้มกันที่สร้างขึ้นประกอบด้วย Passive immunity เป็นภูมิคุ้มกันที่ป้องกันโรคได้ไม่สมบูรณ์และ คงสภาพอยู่ในระยะเวลาสั้น และ Active immunity เป็นภูมิคุ้มกันที่ร่างกายสร้างขึ้นและคงอยู่ในระยะเวลานานกว่า เมื่อได้รับวัคซีนหรือเชื้อโรคเดิมซ้ำจะกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันในระดับสูงได้เร็ว ในทางสุขภาพจิตการป้องกันในระยะแรกจะเป็นการป้องกันโรคที่เกิดทางสมอง การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางสมองเป็นหลัก ซึ่งในวัยสูงอายุ การป้องกันในระยะนี้คือ การเตรียมตัว เตรียมใจก่อนเกษียณอายุ รู้จักการดำเนินชีวิตอย่างไรให้เป็นสุข การรู้วิธีในการดูแลตนเอง (อัมพร โอตระกูล. 2540.) การป้องกันขั้นที่ 2 (Secondary prevention) เป็นการป้องกันโรคหลังจากการเกิดโรคแล้ว เพื่อลดความรุนแรงของโรคและป้องกันการแพร่กระจายของโรค โดยการวินิจฉัยโรคให้ไ้ในระยะเริ่มแรกและให้การรักษาทันที วิธีการป้องกันประกอบด้วยการตรวจคัดกรองโรค (Screening) เป็นการตรวจหาโรคหรือปัจจัยเสี่ยงที่ยังไม่ปรากฏ โดยการซักประวัติตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้คำแนะนำหรือการรักษาอย่างทันท่วงที การตรวจวินิจฉัยโรคเมื่อเริ่มมีอาการและให้การรักษาทันที (Early diagnosis and prompt treatment) เป็นการตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจอื่นๆ เพื่อวินิจฉัยโรคให้ถูกต้องแต่เริ่มมีอาการและให้การรักษาทันที ในด้านสุขภาพจิต คือการที่สามารถตรวจพบโรคหรือปัญหาสุขภาพจิตในระยะเริ่มแรกที่ยังมีความรุนแรงไม่มาก ซึ่งจะสามารถทำให้ลดลงและกลับสู่ปกติได้ในการป้องกันในระยะนี้ การป้องกัน ขั้นที่ 3 (tertiary prevention) เป็นการป้องกันในระบะที่เกิดความพิการหรือในระยะสุดท้ายของโรคเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความพิการมากกว่าที่เป็นอยู่ และสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายในส่วนที่ยังใช้การได้ในด้านสุขภาพจิตหมายถึง การดูแลรักษาผู้ที่ป่วยทางจิตเวชหรือมีปัญหาสุขภาพจิตที่ชัดเจน มีความรุนแรงส่งผลต่อสภาพร่างกายหรือจิตใจอย่างมาก การป้องกันในระดับนี้จะเป็นการทำให้อาการของผู้ป่วยนั้นดีขึ้น และสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้ โดยไม่กลับมาป่วยซ้ำอีก ดังนั้น แนวทางการดำเนินงานสำคัญ คือ ควรให้การศึกษารองความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุกับผู้ที่อ่อนวัยกว่าให้ได้ว่าเมื่อเราเป็นผู้ใหญ่แล้ว จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างนี้ถ้าชะลอได้เท่าไรก็จะเป็นผลดีแก่ตัวเราและคนใกล้ชิดมากเท่านั้น ให้ความรู้ด้านอนามัยของผู้สูงอายุสมัยนี้เรียกว่าการให้สุขศึกษา พยายามให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขออกไปให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุตาม

ชุมชน แนะนำเรื่องการเคลื่อนไหวของร่างกาย และผู้สูงอายุไม่ควรนั่งอยู่หนึ่ง ๆ หรือนอนเฉย ๆ ควรจะได้มีการเคลื่อนไหวร่างกายให้เหงื่อออกบ้างตามความเหมาะสม เป็นการช่วยให้ร่างกายมีการไหลเวียนเลือดดี ให้ความรู้เรื่องอาหารการกินอาหารที่ผิดสุขลักษณะตั้งแต่วัยหนุ่มสาววัยกลางคน วัยสูงอายุจะเกิดอัตราเสี่ยงต่อโรค และจะมีผลทำให้สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง อาหาร ที่ดีที่สุด คือ อาหารที่ย่อยง่าย มีโปรตีนปานกลาง ไขมันน้อยและมีปริมาณที่พอดี อาหารที่ย่อยง่าย เช่น เนื้อปลา ผัก ไขมันสัตว์เป็นส่วนประกอบบ้าง ผลไม้ เป็นต้น การพักผ่อนอารมณ์ควรพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจ ไม่เคร่งเครียดหรือวิตกกังวลจนเกินเหตุ ส่งเสริมการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุเป็นประจำ พบแพทย์ปีละครั้ง ศาสนาเป็นที่พึ่งที่ดีของผู้สูงอายุ จะช่วยบรรเทาทุกข์ให้ความหวังและความสุขกับผู้สูงอายุ วัฒนธรรมไทยในเรื่องการเคารพยกย่องผู้สูงอายุเป็นของดีมีประโยชน์ควรจะได้มีการอนุรักษ์ไว้ เพื่อแก้ไขช่องว่างระหว่างเด็กกับผู้สูงอายุและทุกคนควรจะให้ความรัก เอาใจใส่ผู้สูงอายุอย่างจริงใจและจริงใจ

ทั้งนี้ อัมพร โอตระกูล (2540) ได้กล่าวถึงปัจจัยความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ต้องอาศัยปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านนโยบายของรัฐ เช่น มีการวางนโยบายหลักในการให้ความช่วยเหลือด้านการเงินแก่ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา ซึ่งปัจจุบันรัฐได้ให้ความช่วยเหลือเป็นรายเดือนแก่ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ขาดการดูแลจากลูกหลาน และการให้การรักษาฟรีแก่คนชรา ให้ความช่วยเหลือแนะนำความรู้ด้านต่างๆ แก่คนสูงอายุ เช่น คำแนะนำในการเสียภาษี การทำพินัยกรรม ฯลฯ เพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการถูกหลอกทำให้สูญเสียทรัพย์สิน ซึ่งจะส่งผลให้สุขภาพจิตเสียได้ การจัดบริการต่างๆ แก่คนชรา เช่น การจัดบริการพยาบาลไปเยี่ยมบ้าน การจัดอาสาสมัครนักสังคมสงเคราะห์ไปเยี่ยม พูดคุยกับคนชรา จัดทำชมรมผู้สูงอายุ หรือสโมสรผู้สูงอายุ มีการให้ความรู้ชี้แจง อบรม ส่งเสริมเรื่องสุขภาพจิต 2) ปัจจัยด้านการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ เรียนรู้การเปลี่ยนแปลงของตนเองในทุกๆ ด้าน จากการอ่านหนังสือ อบรมสัมมนา หรือพูดคุยกับผู้สูงวัยกว่า เพื่อเป็นการเตรียมพร้อมเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงที่กำลังจะเกิดขึ้นแก่ตนเอง ยอมรับความเปลี่ยนแปลงที่เกิด ดูแลรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง หางานอดิเรกทำหรือทำงานที่สร้างความสุข และมีประโยชน์ต่อผู้อื่นและ 3) ปัจจัยด้านการดูแลจากลูกหลาน ลูกหลานต้องคำนึงและตระหนักว่าผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีคุณค่า มีความรู้ มีความสามารถ เป็นผู้ที่มีพระคุณต่อเรา ดังนั้นลูกหลานจึงมีหน้าที่ในการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุด้วยการให้ความเคารพนับถือ ยกย่อง ดูแลความสะดวสบายในการดำเนินชีวิตให้ความรัก ความเอาใจใส่ สนับสนุนเรื่องเงินและการใช้จ่าย

กล่าวโดยสรุปแล้ว การส่งเสริมสุขภาพจิตนั้นคือ การเสริมสร้างให้บุคคลทั่วไปมีความรู้และมีความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้อย่างมีความสุขและมีความเหมาะสม ในขณะที่การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต จะเป็นการค้นหาบุคคลที่มีความเสี่ยงที่อาจจะเกิดปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงการให้การช่วยเหลือ แนะนำเพื่อให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้สามารถปรับตัวได้เป็นปกติในสังคม การเจ็บป่วยลดลง ไม่ทวีความรุนแรงจนนำไปสู่การเจ็บป่วยที่รุนแรงต่อไป ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงจึงควรเน้นไปที่การสร้าง

ความสุขให้กับผู้สูงอายุ การเสริมศักยภาพในการปรับตัว การเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเอง ให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ ตลอดจนสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นไม่ว่าจะเป็นลูกหลานหรือบุคคลอื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข มีสุขภาพกายและจิตที่แข็งแรงสมบูรณ์ ในขณะที่การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในวัยสูงอายุจึงเป็นการมุ่งค้นหาผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน เป็นต้น เพื่อให้การช่วยเหลือ สนับสนุน ให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีสุขภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น ที่สำคัญคือควมมีส่วนร่วมจากหลายๆ ฝ่ายทั้งภาครัฐ นโยบายรัฐบาล ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม

การศึกษา การสร้างและพัฒนาารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของที่มีสุขภาพในชุมชน โดยใช้แนวทางการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ จึงเป็นการค้นหารูปแบบการทำงานที่ผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ทั้งหน่วยงานภาครัฐระดับอำเภอ ระดับท้องถิ่น และผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่น ครอบครัว อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถปรับตัวและอาศัยอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข เนื่องจากเมื่อผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีแล้ว การปรับตัวทางด้านร่างกายก็จะตามมา จากการเสื่อมถอยของร่างกายที่เป็นไปตามกาลเวลา ผู้สูงอายุก็จะสามารถยอมรับได้ รวมถึงมีการดูแลตนเองในระดับของการป้องกันการเกิดโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ และการดูแลรักษาตนเองในยามที่เกิดโรคภัยไข้เจ็บแล้ว

4. แนวคิดเกี่ยวกับที่มีสุขภาพในชุมชน

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกฝ่ายจะต้องร่วมมือกันอย่างจริงจังทั้งภาครัฐและเอกชน โดยเน้นไปที่การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชนและสังคมในเรื่อง การป้องกัน ส่งเสริม ฟื้นฟูและรักษาสุขภาพของตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและมีความสุข (กรมอนามัย. 2542) จากแนวคิดที่เป็นรากฐานสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของกรมอนามัยดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่า การจะดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุ จำเป็นต้องเกิดจากความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเครือข่ายภายในชุมชน ซึ่งแบ่งออกเป็น การดูแลผู้สูงอายุด้วยตัวผู้สูงอายุเอง หลักสำคัญคือ การที่ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเองโดยพึ่งผู้อื่นน้อยที่สุด สามารถทำประโยชน์ต่อตนเอง ต่อผู้อื่น ต่อชุมชนและสังคม มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ มีความมั่นคงในครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อม อยู่ในสังคมได้อย่างปลอดภัย อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (เกรียงศักดิ์ ซื่อเลื่อม และคนอื่นๆ. 2554.) การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยครอบครัว ให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุใน 5 มิติ คือ มิติการดูแลสุขภาพ ทั้งดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน ตั้งแต่เรื่องอาหาร การแต่งตัว ทำความสะอาดร่างกาย การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน มิติการดูแลสุขภาพด้านเศรษฐกิจ เช่น สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวัน มิติการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ จัดเตรียมและทำอาหารให้ผู้สูงอายุทั่วไปและผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว มิติการดูแลสุขภาพตามบรรทัดฐาน

และค่านิยมที่ดีของวัฒนธรรมไทย คือปรนนิบัติ ดูแลใส่ใจทั้งยามปกติและยามป่วย พุดคุยและให้กำลังใจ มิติการดูแลด้านการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ (นารีรัตน์ จิตรมนตรี วิไลวรรณ ทองเจริญ และสาวิตรี ทยานศิลป์. 2552.) การดูแลผู้สูงอายุโดยหน่วยงานหรือองค์กร ประกอบด้วย 1) องค์กรระดับนโยบาย คือ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โอนงบประมาณให้ อปท.เป็นผู้จ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/เบี้ยผู้พิการ ค่าจัดการศพ อบรมให้ความรู้แก่อสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) งบประมาณชมรมบ้านผู้สูงอายุที่ยากจน ฯลฯ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทำหน้าที่บริหารขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุนงบประมาณผ่านเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เพื่อจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ ประเพณี วัฒนธรรม ฯลฯ 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีบทบาทหลักในการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ บทบาทรองคือสนับสนุนการรวมกลุ่ม จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ งบประมาณในการดำเนินกิจกรรม ทักษะศึกษา วันผู้สูงอายุ วันสงกรานต์ จัดหาเครื่องออกกำลังกายและวัสดุต่างๆ ให้กับชุมชน จัดอบรมความรู้ให้อสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ส่งเสริมอาชีพ และจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพร่วมกับ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นต้น 3) สถานบริการทางสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประสานร่วมมือกับกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชนในการลงพื้นที่เยี่ยมเยียนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จัดบริการทั้งเชิงรับและเชิงรุก 4) ชมรมผู้สูงอายุ สนับสนุนให้เกิดการรวมตัวกัน จัดกิจกรรมและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ 5) กลุ่มจิตอาสาช่วยเหลือและดูแลสุขภาพ เชิญชวนให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ 6) องค์กรศาสนา สนับสนุนผู้สูงอายุให้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ประเพณี วัฒนธรรมวันสำคัญต่างๆ เป็นแหล่งการเรียนรู้ ศึกษาดูงานและฝึกงานด้านการส่งเสริมอาชีพ 7) สถาบันการศึกษา เชิญผู้สูงอายุมาเป็นวิทยากรสอนเด็กนักเรียน ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านต่างๆ 8) โรงงานอุตสาหกรรม จัดตั้งศูนย์การเรียนรู้หรือห้องสมุดชุมชน จัดงานวันผู้สูงอายุ เลี้ยงอาหาร เป็นต้น 9) กลุ่มองค์กรชุมชนอื่นๆ เน้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่มทางสังคม และจัดสวัสดิการชาวบ้านเพื่อช่วยเหลือและดูแลคนในชุมชนทุกกลุ่ม (สุพัตรา ศรีวิเศษชากร และ คนอื่นๆ. 2556.) การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน โดยบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุ เชิงบูรณาการด้านสุขภาพ ดูแลครอบคลุมทั้งการคัดกรอง ควบคุมอาการของโรคและฟื้นฟูสุขภาพ ด้านสังคม ประสานการดูแลด้านปัจจัยสี่ ช่วยเหลือเมื่อเสียชีวิต ประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ ประสานการสนับสนุนปัจจัยต่างๆ จากองค์กรภาครัฐและเอกชน ด้านการเข้าถึงบริการ มีการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ (สุพัตรา ศรีวิเศษชากร และคนอื่นๆ. 2556) ซึ่งมี 3 ภาครหลัก คือ ภาครบริการชุมชน/ท้องถิ่น ภาครบริการสุขภาพ และภาครบริการสังคม (วรรณภา ศรีชัยรัตน์ และลัดดา ตำริการเลิศ. 2553)

การดูแลผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะดูแลโดยครอบครัว โดยหน่วยงานหรือองค์กร และโดยชุมชน ต่างก็มุ่งให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีทั้งจิตใจและร่างกาย มีครอบครัวและสังคมที่ดี อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม อยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้และมีส่วนร่วม โดยครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ รัฐบาลและหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องส่งเสริมและสนับสนุนให้

ครอบครัวมีศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพและสังคมที่เหมาะสม และจัดบริการเสริมในส่วนที่เกินความสามารถของชุมชน เช่น บริการเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน และบริการกายภาพบำบัดในชุมชน บริการเสริมสนับสนุนและทดแทนการดูแลของครอบครัวในชุมชน ด้วยการส่งเสริมความเข้มแข็งของระบบ การดูแลทั้งภาคที่ไม่เป็นทางการและภาคที่เป็นทางการโดยชุมชน การพัฒนาความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุจะต้องพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยชุมชน ด้วยหลักการสำคัญ คือ ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตในชุมชนอย่างมีศักดิ์ศรีและมีส่วนร่วม ส่งเสริมและสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวเป็นแกนหลักในการดูแลผู้สูงอายุ บริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมีความครอบคลุมและบูรณาการทั้งด้านสุขภาพและสังคมที่มีคุณภาพองค์กรปกครองท้องถิ่นมีศักยภาพในการบริหารระบบบริการสุขภาพในชุมชน และภาคประชาชนมีบทบาทร่วมในการบริหารภายใต้การสนับสนุนของหน่วยงานรัฐ ระบบบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชนสามารถพัฒนาและดำเนินการได้อย่างมีความยั่งยืน (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคนอื่น ๆ. 2552)

เท่าที่ผ่านมากกระทรวงการดำเนินงานเพื่อดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน (กรมอนามัย. 2542) ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ ชุมชนร่วมจัดตั้ง “สวนร่วมแรง ร่วมใจ ร่วมรัก พิทักษ์สุขภาพ” ร่วมกันทั้งภาครัฐและเอกชน โดยความร่วมมือของประชาชนในชุมชน โดยชมรมเป็นแกนร่วมสร้างสวนสุขภาพ ประกอบด้วย สนามออกกำลังกาย สนามเด็กเล่น ลานกิจกรรม และร่วมปลูกต้นไม้ ดอกไม้ให้ร่มรื่นสวยงาม เป็นรากฐานการปลูกฝังการดูแลสุขภาพ รักษาระบบชาติแก่ลูกหลาน เป็นการสร้างสายใยสัมพันธ์ร่วมกันทุกกลุ่มอายุให้เกิดขึ้นในชุมชน โดยชุมชนและเพื่อชุมชน ประสานงานร่วมกันระหว่างชมรมผู้สูงอายุในชุมชนกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อการส่งเสริมงบประมาณดำเนินกิจกรรมรณรงค์การช่วยเหลือดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้ร่างกายแข็งแรงและสุขภาพจิตที่ดี โดยจัดสัปดาห์ตรวจสุขภาพประจำปี จัดนิทรรศการเรื่องที่ชุมชนสนใจ การทัศนศึกษาในและนอกสถานที่ของจังหวัด จัดฟังเทศน์ ปฏิบัติธรรมทุกวันพระและวันสำคัญทางศาสนา ชุมชนจัดตั้งกลุ่มส่งเสริมภูมิปัญญาชาวบ้านในชุมชนให้มีการสืบทอดการปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน เพื่อถ่ายทอดถึงลูกหลาน เป็นวัฒนธรรมในชุมชนตลอดไป เช่น กลุ่มจัดทำสิ่งของเครื่องใช้, อาหารพื้นบ้านที่มีประโยชน์ เพื่อจำหน่ายในร้านค้าของชุมชน และกลุ่มการนวดแผนไทยให้แพร่หลายตลอดไปชุมชนประกาศเกียรติคุณลูกหลาน หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุดีเด่นในชุมชน เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีงามให้ลูกหลานมีจิตสำนึกในความรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องสืบไป ชุมชนสร้างเสริมสื่อการดูแลสุขภาพ และส่งเสริมการดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุให้ดำรงอยู่ตลอดไปอย่างมีประสิทธิภาพชุมชนให้ความสำคัญ และจัดเตรียมความพร้อมบุคคลที่จะเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ (อายุ 55-60 ปี) เพื่อการยอมรับและปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมทั้งร่างกายและจิตใจได้อย่างมีความสุข โดยการดำเนินโครงการฝึกทักษะชีวิตแบบมีส่วนร่วมในการปรับตัวรับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุอย่างเหมาะสมชุมชนจัดตั้งศูนย์ดูแลส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเตาะแตะ (เด็กอายุ 0-3 ปี) โดยผู้ดูแลในวัยก่อนสูงอายุ หรือผู้สูงอายุที่มีความพร้อมและสมัครใจ เพื่อการแสดงถึงคุณค่าและมีการอยู่ร่วมกันอย่างมีคุณภาพของทรัพยากรบุคคลในชุมชน

ในบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหลักในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการถดถอยของสมรรถนะร่างกาย และภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งเพิ่มขึ้นตามอายุ และโดยเฉลี่ยมีมากกว่าหนึ่งโรค ประมาณร้อยละ 5 ของผู้สูงอายุมีภาวะฟุ้งฟิงในกิจวัตรประจำวัน และร้อยละ 15 มีภาวะฟุ้งฟิงด้านการทำงานบ้าน ขณะเดียวกันร้อยละ 0.8 และ 0.2 ของผู้สูงอายุต้องใช้รถเข็นและนอนติดเตียงตามลำดับ โดยภาพรวมมีผู้สูงอายุร้อยละ 30 และ 38 สำหรับเพศชายและหญิงตามลำดับที่ต้องการและมีผู้ดูแล ในขณะที่ร้อยละ 6 ของผู้สูงอายุที่ต้องการแต่ขาดผู้ดูแลในบ้าน จำเป็นต้องพึ่งพาเพื่อนบ้าน ชุมชน หรือสวัสดิการจากรัฐ (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และพรพันธุ์ บุญรัตน์. 2549.) ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงมีการจัดบริการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการจัดบริการเสริมในส่วนที่เกินความสามารถของชุมชน โดยทีมสุขภาพหมายถึงการดูแลสุขภาพโดยคณะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ไปติดตามดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน หรือให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชนกลุ่มต่างๆ ในหมู่บ้าน ในชุมชน ทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เกษัชกร นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด และอาจมีผู้ช่วยดูแลสุขภาพที่บ้าน และคนทำงานบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ประกอบด้วยหน่วยงานบริการของรัฐ เช่น โรงพยาบาล รพ.สต. ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือหน่วยงานเฉพาะ หน่วยงานบริการของมูลนิธิหรืออาสาสมัครที่ให้บริการโดยไม่หวังผลกำไร และหน่วยงานเอกชนที่ให้บริการสุขภาพที่บ้านโดยคิดค่าบริการจากผู้รับบริการหรือบริษัทประกัน

แนวทางการดำเนินงานของทีมสุขภาพ คือ ติดตามดูแลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงในชุมชนทุกวัย ซึ่งรวมทั้งผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ โดยเลือกเยี่ยมหรือเลือกติดตามดูแลให้เหมาะสมในแต่ละครั้งที่ออกเยี่ยมบ้าน ตามความสำคัญ ความเร่งด่วน และความจำเป็นของผู้รับการเยี่ยมแต่ละราย มีการศึกษารายละเอียดของผู้ป่วยหรือกลุ่มที่จะติดตามเยี่ยมให้ครอบคลุมแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ มีการลงบันทึกรายละเอียดการเยี่ยมบ้านทุกครั้งและวางแผนการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป ยุติการเยี่ยมในกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต หรือย้ายออกนอกเขตพื้นที่ที่ทีมสุขภาพรับผิดชอบ หรือเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้แล้ว ในกระบวนการเยี่ยมบ้านจะมีการสร้างสัมพันธภาพและแนะนำทีมสุขภาพที่ร่วมติดตามเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้ง มีการตรวจวัดสัญญาณชีพคือ ชีพจร ความดันโลหิต อุณหภูมิและอื่นๆ ที่จำเป็น เช่น น้ำหนักตัว ส่วนสูง มีการประเมินสภาพความเจ็บป่วยและสภาพแวดล้อมอื่นๆ ของผู้ป่วยและครอบครัวพร้อมทั้งค้นหาปัญหา มีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค การชรา การปฏิบัติตน การดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยและญาติหรือบุคคลใกล้ชิด ในกรณีต้องติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง จะมีการวางแผนติดตามเยี่ยมครั้งต่อไป พร้อมทั้งนัดหมายผู้ป่วยหรือกลุ่มที่จะติดตามเยี่ยมให้ทราบถึงแผนการเยี่ยมในครั้งต่อไป และหากพบว่าผู้ป่วยหรือกลุ่มที่ได้รับการติดตามเยี่ยมมีปัญหาที่ซับซ้อน หรือจำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพก็จะนัดให้ผู้ป่วยมารับการปรึกษาจากแพทย์ต่อไป จะเห็นว่าในการเยี่ยมบ้านจะมีการบูรณาการทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคมอย่างแท้จริง โดยดูจากองค์ประกอบของทีมสุขภาพ ที่มีทั้งกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มจิตอาสา และองค์กรเอกชน

โดยสรุปทีมสุขภาพในชุมชน คือกลุ่มคนที่อยู่ในชุมชนที่มีบทบาท หน้าที่ในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน ทั้งนี้ทีมสุขภาพในชุมชนนั้นมีหลายระดับ โดยเริ่มตั้งแต่ระดับที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุดก็คือ สมาชิกในครอบครัว ซึ่งสมาชิกในครอบครัวจะมีความใกล้ชิด คู่กันเคยและมีความเข้าใจกันเป็นอย่างดี การที่สมาชิกในครอบครัวช่วยกันดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตกันเองในครอบครัว นอกจากจะทำให้สมาชิกมีสุขภาพที่แข็งแรงแล้ว ยังเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวอีกด้วย นอกจากครอบครัวแล้วยังมีระดับชุมชน ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่อาศัยอยู่ในสังคมเดียวกัน หรือมีปัจจัยบางอย่างเกี่ยวเนื่องกัน เช่น ชุมชนในหมู่บ้าน ชุมชนในตำบลหรือชมรมต่างๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมแม่บ้าน เป็นต้น การที่คนในชุมชนช่วยกันดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกันจะเป็นการช่วยให้ประชาชนในชุมชนได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง ชุมชนมีความเข้มแข็ง กลายเป็นชุมชนที่ไม่ทอดทิ้งกัน คนในชุมชนจะมีความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชนร่วมกัน และมีความรู้สึกที่ทุกคนในชุมชนเป็นเสมือนสมาชิกในครอบครัวของตนเอง ในระดับหน่วยงาน ซึ่งจะเป็นการรวมตัวกันของบุคลากรทางวิชาชีพสาธารณสุขในการดูแล ช่วยเหลือและรักษาพยาบาลประชาชนในชุมชน เพื่อให้ประชาชนได้รับการรักษาที่ใกล้บ้าน ไม่ต้องเดินทางไกล ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและเวลามากในการเข้ารับการรักษาในแต่ละครั้ง

ทั้งนี้ทีมสุขภาพในชุมชนในทุกระดับจะมีบทบาท สำคัญในการให้การดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งเป็นมิติหนึ่งที่สำคัญอย่างมาก หากผู้สูงอายุได้รับการดูแลแบบบูรณาการทั้งด้านสุขภาพและสังคม ที่ตอบสนองต่อความต้องการและสอดคล้องกับพัฒนาการทางอารมณ์และจิตใจ ย่อมส่งผลดีต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้โดยปริยาย และจะนำมาซึ่งสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

จะเห็นได้ว่า แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อันหมายรวมไปถึงการดูแลสุขภาพจิตของทีมนักสุขภาพนั้น ยังเป็นการทำงานแบบแยกส่วน แม้จะมีทีมนักสุขภาพที่ประกอบด้วยทั้งทีมที่เป็นระดับอำเภอ ระดับท้องถิ่น ระดับชุมชน และระดับครอบครัว แต่การประสานงานและการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ยังไม่พบการทำงานเป็นทีมที่มีรูปแบบที่ชัดเจน การเข้าไปดูแลส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลทางด้านร่างกาย เช่น การตรวจโรค การเยี่ยมบ้าน การทำกายภาพบำบัดแก่ผู้สูงอายุตามบ้าน แม้แต่ครอบครัวเองที่ถือได้ว่าเป็นผู้ใกล้ชิดและน่าจะเข้าใจผู้สูงอายุมากที่สุด การดูแลก็อาจจะยังไม่ถึงในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง จากช่องว่างของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตนี้เอง ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาการสร้างและพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน เพื่อให้การทำงานของทีมนักสุขภาพในชุมชนมีแนวทางที่ชัดเจน และเป็นการทำงานโดยทีมนักสุขภาพชุมชนอย่างแท้จริง อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างแท้จริง ซึ่งจะส่งผลต่อการมีทั้งสุขภาพจิตและสุขภาพกายที่แข็งแรงตามมา ลดปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุนั้นมีผู้ทำการศึกษาไว้มากมาย ทั้งงานวิจัยเชิงปริมาณ และงานวิจัยเชิงคุณภาพ รวมทั้งงานวิจัยเชิงปฏิบัติการและงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยการศึกษาเชิงปริมาณ มีการศึกษาทั้งในเชิงสำรวจที่ทำศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังเช่น มนตรี คำเขียน (2553) ศึกษาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลป่าตองคำ อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ และศึกษาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า สภาพปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุ พบปัญหาการส่งเสริมการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุมีค่อนข้างน้อย ร้อยละ 33.37 การจัดกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุยังไม่เพียงพอ ร้อยละ 14.37 ความต้องการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านจิตใจ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ ร้อยละ 24.70 โดยการจัดให้มีการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้พักผ่อนหย่อนคลาย เป็นแหล่งพบปะพูดคุยกันระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านจิตใจของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุได้เสนอแนวทางการจัดบริการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยให้จัดกิจกรรมเกี่ยวกับธรรมะหรือการปฏิบัติธรรมสำหรับผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมการเล่นต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง จัดทัศนศึกษาดูงานนอกสถานที่สำหรับผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความสำคัญของผู้สูงอายุในเทศกาลต่างๆ และจัดกิจกรรมเกี่ยวกับดนตรีสำหรับผู้สูงอายุ และพัฒนาการจัดบริการด้านนันทนาการให้ได้ตามมาตรฐาน ด้านนันทนาการ มณฑกาญจน์ ทองจินดา (2552) ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีภาวะสุขภาพจิตดี ร้อยละ 83.5 มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี ร้อยละ 16.5 เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$) และรายได้เพียงพอกับไม่เพียงพอ มีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) ส่วน เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ผู้ดูแล การอยู่อาศัย และโรคประจำตัวของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน มีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ดังนั้นควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านอื่นๆ ที่จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เช่น ด้านสภาพแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจและการศึกษาของ บุณนาค ปัตตานัง และวิยุทธ์ จำรัสพันธ์ (2556) ศึกษาเชิงคุณภาพ เรื่อง ระบบการส่งเสริมสุขภาพให้เป็นผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดี ในเขตตำบลโนนอุดม อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบการส่งเสริมสุขภาพให้เป็นผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดี ผลการวิจัยพบว่า ระบบการส่งเสริมสุขภาพซึ่งให้ประชาชนมีส่วนร่วม ส่งผลให้เกิดสุขภาพของผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและเป็นผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดี ส่วนปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวเนื่องกับการนำนโยบายและโครงการไปปฏิบัติจริงไม่ได้ทั้งหมด สำหรับแนวทางการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การมีทิศทางของนโยบายที่ชัดเจน และปัจจัยที่จำเป็นต่อการดำเนินโครงการ เช่น งบประมาณ บุคลากร เครื่องมือ ที่จะต้อง

ได้รับการจัดสรรอย่างเพียงพอ ทั้งนี้ก็เพื่อให้บรรลุ เป้าหมายของนโยบาย ที่จะทำให้ให้ผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตที่ดี

งานที่ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุและผลของสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ มีทั้งที่ศึกษาปัจจัยทางจิต และปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังเช่น อูซา วงษ์อนันต์ (2551) อัทมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชน และสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวแตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 อัทมโนทัศน์ โดยรวมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนรายด้านพบว่า อัทมโนทัศน์ด้านร่างกาย มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อัทมโนทัศน์ ด้านส่วนบุคคล ค่านิยม ความหวัง มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนรายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่าไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงาน มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ไพจิตร เกษางาม (2551) ศึกษาภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุ เทศบาลมาบตาพุด อำเภอเมือง จังหวัดระยอง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพกายกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ส่วนเพศ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ และการรับรู้ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ การศึกษาของ ธาณี รวยบุญส่ง (2552) ศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองโดยรวม และการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ทัดชาวดี สิทธิสาร (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะพื้นฐานทางสังคมและเศรษฐกิจ สภาวะสุขภาพร่างกาย การเห็นคุณค่าในตนเอง และสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม และเพื่อศึกษาตัวแปรอิสระในเรื่องลักษณะพื้นฐานทางสังคมและเศรษฐกิจ สภาวะ

สุขภาพร่างกาย การเห็นคุณค่าในตนเอง และสัมพันธภาพภายในครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกำแพงแสน ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม พบว่าแหล่งที่มาของรายได้และการเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรม มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตภาพรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนสภาวะสุขภาพ การเห็นคุณค่าในตนเองและสัมพันธภาพภายในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตภาพรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การทดสอบหาตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมซึ่งประกอบด้วยลักษณะพื้นฐานทางสังคมและเศรษฐกิจ สภาวะสุขภาพร่างกาย การเห็นคุณค่าในตนเอง และสัมพันธภาพภายในครอบครัว โดยมีตัวแปรอิสระทั้งหมด 15 ตัว ผลการศึกษาพบว่า มีตัวแปรอิสระ 4 ตัว ร่วมกันทำนายสุขภาพจิตในภาพรวมได้ร้อยละ 49.8 คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง (34.1%) สัมพันธภาพภายในครอบครัว (7.8%) สภาวะสุขภาพร่างกาย (5.3%) และอาชีพ (2.6%) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยตัวแปรที่ทำนายเข้าอันดับ 1 คือ การมองเห็นคุณค่าในตนเอง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ทำนายร้อยละ 34.1 ซึ่งสามารถอธิบายว่า หากผู้สูงอายุมีการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความรู้สึกว่าตนเองยังมีประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม มีความภูมิใจในตนเอง จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี ผลการศึกษาสุขภาพจิตในรายด้านพบว่าตัวแปรอิสระเรื่องการเห็นคุณค่าในตนเองเข้าทำนายเป็นอันดับหนึ่ง ถึง 3 ด้าน คือ การยอมรับความเปลี่ยนแปลงการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และรวมถึงสุขภาพจิตในภาพรวมด้วย นอกจากนี้สัมพันธภาพภายในครอบครัวเข้าทำนายเป็นอันดับหนึ่งของสุขภาพจิตด้านความรู้สึกในทางที่ดีด้วย เสาวลักษณ์ เรืองเกษมพงศ์ (2555) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม ผลการวิจัย พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ ลักษณะการพักอาศัย การรับรู้ภาวะทางเศรษฐกิจของตนเองและรายได้จากการทำงานต่างกัน มีสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่กับครอบครัวมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยตามลำพัง ส่วนผู้สูงอายุที่รับรู้ภาวะทางเศรษฐกิจของตนเองว่ามีฐานะมั่นคง มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะทางเศรษฐกิจของตนเองที่ต้องพึ่งคนอื่น นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีรายได้จากการทำงานแตกต่างกัน มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้จากการทำงานมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้จากการทำงาน ความศรัทธาในพระพุทธศาสนา การทำกิจกรรมและการดูแลตนเอง เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 47.6 ทั้งนี้เพราะวิถีชีวิตของคนไทยและสังคมไทยมีความผูกพันอย่างแนบแน่นกับพระพุทธศาสนา ความเชื่อ และหลักปฏิบัติในพระพุทธศาสนา ซึ่งแทรกผสมผสานอยู่ในแนวความคิด จิตใจ และการกระทำแทบทุกด้านของชีวิตโดยตลอดเวลา ยาวนาน นอกจากนี้ พัชญา คชศิริพงศ์ (2553) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดการสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุมากกว่า 70 ปี ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี การมีโรคประจำตัว การไม่มีผู้มาเยี่ยม ความพึงพอใจต่อบ้านบางแคน้อยมากถึงปานกลาง และความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำหรือปานกลาง ณ์ฐมน พงศ์สุพัฒน์ (2550) ศึกษาความต้องการบริการสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็น

สมาชิกของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการบริการสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความต้องการบริการสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการบริการสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ อาชีพ ส่วนตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการบริการสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับการศึกษา ศาสนา รายได้ ปัญหาสุขภาพกายและปัญหาสุขภาพจิต

นอกจากนี้ ยังมีบุคคลที่ศึกษาอำนาจทำนายภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ดังเช่นการศึกษาของสุนันทา คุ่มเพชร (2545) ศึกษาอิทธิพลของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง การมีส่วนร่วมในชุมชนและความต้องการบริการสวัสดิการสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในอำเภอเมืองระนอง จังหวัดระนอง ผลการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมในชุมชนมีอำนาจในการทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเป็นอันดับ 1 ได้ร้อยละ 27.50 แสดงว่าเมื่อผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในชุมชนมากขึ้นก็มีความโน้มที่จะมีสุขภาพจิตดีขึ้นส่วนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองมีอำนาจในการทำนายลำดับที่ 2 ร้อยละ 4.30 โดยการมีส่วนร่วมในชุมชนและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองสามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 31.80 แสดงว่า เมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองมากขึ้นก็มีความโน้มที่จะมีสุขภาพจิตดีขึ้น

สำหรับงานวิจัยเชิงทดลองที่ทำการศึกษาถึงประสิทธิผลของวิธีการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ มีทั้งการศึกษาที่เป็นการใช้โปรแกรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ การป้องกันโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดังเช่น การศึกษาของ สุเทพ ธรรมะตระกูล (2552) ทำการวิจัยและพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาสภาพปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ และพัฒนาแนวทางในการเสริมสร้างสมรรถภาพทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ โดยใช้กิจกรรม ได้แก่ 1) จัดกิจกรรมออกกำลังกายทั่วไปและเฉพาะโรค 2) จัดกิจกรรมนันทนาการ 3) จัดกิจกรรมเข้าร่วมการปฏิบัติธรรม 4) ผลสำเร็จจากการเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรม 5) การฝึกอาชีพจากภูมิปัญญาท้องถิ่น 6) กิจกรรมการประกวดแข่งขันสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการทดสอบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ปรากฏว่าระดับอารมณ์ความรู้สึกสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อน และหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีความแตกต่างกัน ผลจากการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนั้น ทุกกิจกรรมสามารถที่จะพัฒนาส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี เพราะภายหลังจากเข้ารับการอบรมปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามหลักสูตรการอบรมผลปรากฏว่า คุณลักษณะที่พึงประสงค์ด้านต่างๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ได้มีผลต่อผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพตามมาตรฐานเกณฑ์ตามแนวทางการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต (2556) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม 16 สัปดาห์เพื่อพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ ทำการศึกษากับผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อยู่ในกลุ่มติดสังคม สามารถช่วยเหลือตัวเองในเรื่องกิจวัตรประจำวันได้ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มตัวอย่างจะได้รับกิจกรรมตามโปรแกรม 16 สัปดาห์ เพื่อพัฒนาความสุข 5 มิติ ทำการเก็บข้อมูล

สมรรถภาพร่างกาย สมรรถภาพสมอง คุณภาพชีวิต และดัชนีชี้วัดความสุขก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนความสุข เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถภาพสมองเบื้องต้น เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญอย่างมีสถิติ จึงสามารถสรุปได้ว่า โปรแกรม 16 สัปดาห์ เพื่อพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ เหมาะสมที่จะใช้พัฒนาความสุขในผู้สูงอายุและควรได้รับการขยายผลสู่การปฏิบัติในชุมชนในวงกว้างเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาพกายให้กับผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ ยังมีกลุ่มที่ศึกษาเชิงทดลองและการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ที่ศึกษาในประเด็นความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ดังเช่นการศึกษาของ ชีระนันท์ อินตะเสนา (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตแบบมีส่วนร่วมต่อความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนที่มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ร่วมค้นหาสาเหตุของปัญหา 2) ร่วมในการเลือกวิธีการและวางแผนแก้ไขปัญหา 3) ร่วมปฏิบัติกิจกรรมตามแผน และ 4) ร่วมประเมินผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ชนิษฐา นาคะ และคนอื่นๆ (2557) ศึกษารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน ทำการศึกษาในชุมชนผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยได้แก่ ผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่ในชุมชนจังหวัดสงขลา โดยผู้มีส่วนร่วมเหล่านี้ได้ร่วมวางแผนการแก้ปัญหาในรูปแบบชั่วคราวในการปฏิบัติ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างต้องการให้มีกิจกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมสมรรถภาพร่างกายและสุขภาพจิต และเป็น การรวมกลุ่มสมาชิกในชุมชนเพื่อทำกิจกรรมร่วมกัน มีการวางแผน การดำเนินโครงการ และปรับปรุงรูปแบบการดำเนินโครงการจนเหมาะสมกับวิถีชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการมีภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเกิดการรวมกลุ่มจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้าน

สุมาลี เขตบรรจง (2554) ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้า ด้วยวิธีการระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลหนองสูงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ศึกษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์ และสุขภาพแห่งชาติ ของประเทศออสเตรเลีย ผลการศึกษาพบว่า สำคัญสำคัญของแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 6 หมวด ได้แก่ การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรม การประเมินภาวะซึมเศร้า การให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า การบำบัดภาวะซึมเศร้า การดูแลต่อเนื่อง และการพัฒนาคุณภาพการบริการ ส่วนแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าด้วยวิธีการระลึกถึงความหลังที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ ในการนำไปใช้อยู่ในระดับมาก และความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคเบาหวานต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลด้วยวิธีการระลึกถึงความหลังมีความพึงพอใจในระดับมาก ซึ่งข้อเสนอแนะจากการศึกษา

ครั้งนี้เห็นว่า ควรนำแนวปฏิบัติไปใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

สำหรับงานวิจัยที่เป็นการศึกษาถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของทีมสุขภาพในชุมชนพบว่า ได้มีผู้ศึกษาทั้งในกลุ่มที่เป็นทีมสุขภาพในระดับอำเภอ ได้แก่ ทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับตำบล ได้แก่ ทีมเทศบาล อบต. ระดับหมู่บ้าน ได้แก่ อสม. สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น โดยทีมสุขภาพที่พบมีทั้งที่เป็นการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพในระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับหมู่บ้าน และทีมสุขภาพที่เป็นเฉพาะระดับหมู่บ้าน ดังเช่นการศึกษาของ อภิญา ธรรมแสง และคนอื่นๆ (2554) ศึกษาเรื่อง การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวและเกี่ยวพันจากชุมชนในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท จังหวัดขอนแก่น ทำการศึกษากับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนบ้านที่อาศัยอยู่ใกล้กับครอบครัวผู้สูงอายุ และในส่วนของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ อบต./เทศบาล และองค์กรเอกชน ผลการศึกษา สำหรับทีมดูแลสุขภาพ พบว่า ทีมสุขภาพในชุมชนที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุรวมทั้งผู้สูงอายุด้วย อันได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนบ้านที่อาศัยอยู่ใกล้กับครอบครัวผู้สูงอายุ และในส่วนของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ อบต./เทศบาล และองค์กรเอกชน ส่วนกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นบุตรสาว ผู้สูงอายุที่ไม่มีลูกก็จะมีหลานมากคอยดูแล ผู้ดูแลจะดูแลในทุกด้านเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ให้ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข สำหรับการดูแลของลูกหลานในชุมชนชนบทที่ไม่ได้อาศัยอยู่บ้านหลังเดียวกันกับผู้สูงอายุจะนำอาหารมาส่งให้ผู้สูงอายุในวันที่มีอาหารพิเศษซึ่งไม่ได้หมายความว่า เป็นเพียงการส่งอาหารเท่านั้น แต่เป็นการแสดงให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีลูกหลานคอยห่วงใย เอาใจใส่เสมอ การดูแลด้านจิตใจ ของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะชอบทำบุญ ลูกหลานก็จะส่งเสริมตามความต้องการโดยพาไปวัด ไปสถานที่สำคัญ ไปสปาตรทุกเช้า ผู้สูงอายุได้รับการเกี่ยวพันจากชุมชนที่เป็นกลุ่มเพื่อนบ้าน ด้านการรับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุพอใจในการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการทำงาน ทั้งบนสถานบริการและการทำงานในชุมชน โดยมีกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน การตรวจสุขภาพเป็นประจำ การดูแลผู้สูงอายุในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ให้เห็นประโยชน์และความสำคัญในการดูแลสุขภาพมากขึ้น และได้เสนอแนะในด้านคุณภาพการบริการ รวมถึงทักษะการบริการของผู้ให้บริการและคาดหวังที่จะให้มีการพัฒนาการให้บริการสุขภาพที่รวดเร็วยิ่งขึ้น

เพ็ญจันทร์ สิทธิปริชาชาญ และคนอื่นๆ (2555) ศึกษากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลมาบแค ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ผลการศึกษา พบว่า วิธีการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ 1) กระบวนการหาและใช้ทุนทางสังคมในการสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เริ่มจากการสร้างแกน

นำในชุมชนเพื่อดำเนินโครงการอย่างมีส่วนร่วมทุกชั้นตอน รวมทั้งทุนเงินและทุนทางสิ่งแวดล้อม 2) กระบวนการศึกษาปัญหาความต้องการของชุมชน และออกแบบกิจกรรมการดูแลสุขภาพโดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง 3) กระบวนการพัฒนากติกาข้อตกลงหรือนโยบายระดับพื้นที่เพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

ผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วม ได้แก่ 1) เกิดการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ ทำให้โครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมีความเข้มแข็งโดยการบริหารจัดการร่วมกันในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกันเอง 2) ระบบบริการงานด้านสาธารณสุขมีการเปลี่ยนแปลงจากเชิงรับ เป็นเชิงรุก เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาการเจ็บป่วยหรือโรค และ 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการดำเนินงานในโครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีผลให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการรับบริการมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และ ยุวดี รอดจากภัย (2557) ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และแนวทางการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ผลการศึกษา พบว่า ในประเด็นการศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนประกอบด้วย 1) การจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการวางแผนดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม และกำหนดประเด็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ผู้สูงอายุและประชาชนในชุมชนเข้าใจแนวคิดและกระบวนการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น โดยประยุกต์แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ และแนวคิดการทำงานโดยอาศัยภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการส่งเสริมความเข้มแข็งให้ชุมชนพัฒนาศักยภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง และเกิดการปฏิบัติด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ ชญาณิศ เขียวสด และคนอื่นๆ (2554) ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวด้วยการบูรณาการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการศึกษา จากกระบวนการประเมินรับรองมาตรฐานตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ด้วยการบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน จำแนกตามมาตรฐาน 6 องค์ประกอบ และระดับคุณภาพ นั้นพบว่า ทั้ง 8 ตำบล ถึงแม้จะมีกระบวนการดำเนินงานที่เป็นอิสระและแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสภาพการณ์ผู้สูงอายุ วิถีชีวิต และบริบทของแต่ละตำบล แต่เมื่อพิจารณาถึงจุดแข็งปัจจัยความสำเร็จ ซึ่งแสดงถึงศักยภาพที่เป็นต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่แล้วในชุมชน และหลักการบริหารจัดการซึ่งเป็นคุณลักษณะที่ดีและส่งผลให้การดำเนินงานของทุกตำบลประสบผลสำเร็จได้นั้นมีความคล้ายคลึงกัน ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ วัดส่งเสริมสุขภาพ อสม. ผ่านการอบรมหลักสูตร อสม. หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit: PCU) เป็นผู้นำและสนับสนุนฯ มีประสบการณ์ตรงจากการดูแลพ่อแม่ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (Home Health Care: HHC) โดย

บุคลากรสาธารณสุขศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) เป็นส่วนหนึ่งของรพ. มีความพร้อมในการให้บริการเชิงรับ เน้นบริการเชิงรุกโดยทีมสหสาขาวิชาชีพของ PCU/ รพ. เป็นผู้นำ และสนับสนุนชมรม วัด อสม. อบต. ระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่ม 2 และ 3 มีการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพของ PCU/ รพ. ร่วมกับ ทีมสุขภาพชุมชน การส่งต่อโดยระบบบริการฉุกเฉิน (1669) ของ รพ./ PCU/ อบต. PCU เป็นผู้นำ และสนับสนุนฯ การให้บริการผู้สูงอายุในระยะยาว (Long Term CARE:LTC) โดยท้องถิ่น มีส่วนร่วม ให้การดูแลช่วยเหลือด้านสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน

หลักในการบริหาร จัดการที่ดี ชุมชนกำหนดเป้าหมายร่วมกัน โดยการประชาคม/ การประชุม หลักการบริหารทรัพยากร 4 M ในชุมชน ได้แก่ ด้านคน: มีพระ ผู้สูงอายุ อสม./อสม.เป็นผู้นำ การพัฒนา PCU/ สถานีอนามัย อบท. เป็นพี่เลี้ยงและสนับสนุน ด้านการเงิน: มีการระดมทุนจากหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้อง ทั้งจากภายใน/ ภายนอก ด้านวิธีการ: มีการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุ มีโครงการ/ กิจกรรมที่สอดคล้องกับข้อมูล วิถีชีวิตและบริบทของพื้นที่ ด้านการจัดการ: มีการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อการกำกับ ติดตาม สนับสนุน และประเมินผล การสร้างแรงจูงใจโดยการยกย่อง ชมเชย มอบรางวัล จิตอาสา ความเสียสละ ของ อสม./ อสม. ผู้สูงอายุ การประสานภาคีเครือข่ายอื่น ๆ มีการบูรณาการความร่วมมือทั้งภายใน / ภายนอกชุมชน ได้แก่ ฝ่ายการศึกษา ฝ่ายเกษตร ฝ่ายปกครอง และภาคเอกชน

อีกทั้งยังมีการศึกษาของ ดวงจันทร์ สารอาภรณ์ (2544) ศึกษาการรับรู้ของบุคลากรที่ดำเนินงานในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อศึกษาการรับรู้ของบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับความสำคัญและสภาพที่เป็นจริงของเป้าหมาย 5 ประการของโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2544 ผลการศึกษา การรับรู้ของบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับความสำคัญและสภาพความเป็นจริงของเป้าหมายหลัก 5 ประการ ได้แก่ มีคู่มือมาตรฐานบริการ มีบริการที่ได้รับมาตรฐานในโรงพยาบาล บุคลากรได้พัฒนาศักยภาพ มีเทคโนโลยี และมีฐานข้อมูลอยู่ในระดับสูง และระดับปานกลาง ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของกาญจนาวัฒน์ ทองบุญ (2548) ศึกษาแนวปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชนรัตนวารีย์ อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เข้าไปศึกษาเพื่อจัดทำแนวปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ในพื้นที่รับผิดชอบ ผลการวิจัยเมื่อนำแนวปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชนที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนรัตนวารีย์ โดยเจ้าหน้าที่เป็นผู้ใช้ และผู้วิจัยได้สังเกตการณ์และประเมินผล ซึ่งเจ้าหน้าที่ได้สะท้อนการนำไปทดลองใช้และให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ทำให้ทราบว่า การใช้แนวปฏิบัติในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติในด้านรู้จัก เข้าใจ ผู้สูงอายุมากขึ้น ตลอดจนมีความรู้ มีทักษะในการให้บริการกับกลุ่มผู้สูงอายุ และแนวปฏิบัติยังเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมในการให้บริการ ทำให้คุณภาพของการบริการดีขึ้นอีกด้วย

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่า มีผู้ที่ทำการศึกษาทั้งงานวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดยในเชิงปริมาณศึกษาเชิงสำรวจถึงแนวทางในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาสุขภาพ ของผู้สูงอายุ อันหมายรวมถึงสุขภาพจิตด้วย การศึกษาวิจัยเชิงสาเหตุและผลที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพจิตของผู้สูงอายุอันมีทั้งสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพจิต และสาเหตุที่ส่งผลต่อ สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ การศึกษาเชิงทดลองโดยการใช้โปรแกรมทดลองต่าง ๆ ในการส่งเสริม สุขภาพจิตผู้สูงอายุ เช่น การส่งเสริมสมรรถนะทางด้านร่างกาย การจัดกิจกรรมปฏิบัติธรรม เป็นต้น ส่วนการศึกษาในเชิงคุณภาพ พบทั้งการศึกษาที่เป็นการทำความเข้าใจถึงเงื่อนไขที่ส่งผลต่อ สุขภาพจิตผู้สูงอายุ และการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เช่น การศึกษา รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยการให้เข้าร่วมกิจกรรมร่วมกับชุมชน เป็นต้น นอกจากนี้ ยังพบงานวิจัยที่ทำการศึกษาถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของทีมสุขภาพที่ทำหน้าที่ ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอีกด้วย โดยพบว่าทีมสุขภาพในชุมชนนั้นมีทั้งส่วนที่เป็นหน่วยงาน ราชการระดับอำเภอ ระดับท้องถิ่น เช่น สาธารณสุขจังหวัด เทศบาล อบต. เป็นต้น และผู้ดูแลใน ระดับชุมชน ได้แก่ ครอบครัวผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ อสม. และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งผลจากการศึกษาพบว่า ทีมสุขภาพในชุมชนทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุตามแนวปฏิบัติของตนเองที่ เคยปฏิบัติมา และยังพบว่าเป็นการทำงานแบบแยกส่วน เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อถึง กำหนดเวลาก็จะมาทำการตรวจเยี่ยมบ้าน ตรวจสอบสุขภาพผู้สูงอายุ องค์กรท้องถิ่นก็จะจัดกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามพันธกิจของหน่วยงาน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรม ในส่วนของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของทีมสุขภาพใน ระดับหมู่บ้าน เช่น ครอบครัว อสม. และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุของชุมชนนั้น ส่วนใหญ่พบว่าเป็น การดูแลเกี่ยวกับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ และการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรม ต่าง ๆ ของชุมชน เช่น ดูแลเรื่องอาหาร สุขภาพ การพาไปทำบุญ พาไปร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน เป็นต้น

จากการศึกษาที่ผ่านมาทำให้เห็นว่าแม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ มากมาย รวมทั้งศึกษาประสิทธิภาพและประสิทธิผลของทีมสุขภาพที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน แต่ยังพบน้อยในประเด็นการทำงานของทีมสุขภาพที่เป็นการทำงานในรูปแบบของทีมสุขภาพที่ เข้มแข็ง และทำงานแบบประสานความร่วมมือในทุกระดับทั้งระดับอำเภอ ระดับท้องถิ่น และระดับ ชุมชน อันจะส่งผลให้การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เกิด ผลดีต่อผู้สูงอายุ รวมทั้งก่อให้เกิดการทำงานอย่างเป็นระบบและมีรูปแบบที่เหมาะสม จากช่องว่าง ทางการศึกษาที่ตนเอง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา การสร้างและพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิต ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน โดยใช้การวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์เป็นแนวทางในการ สร้างและพัฒนารูปแบบดังกล่าว เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ด้านการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ของทีมสุขภาพในชุมชน เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมจิตผู้สูงอายุกลุ่ม

ตาราง 1 สังเคราะห์งานวิจัยประสิทธิภาพและประสิทธิผลของทิมสุขภาพในชุมชน

ชื่อเรื่อง	ชื่อผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	ระเบียบวิธีวิจัย	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยราชการระดับท้องถิ่น	ผู้ดูแลระดับชุมชน	หน่วยงานเอกชน
การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวและเกื้อหนุนจากชุมชนในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท จังหวัดขอนแก่น	อภิญาธรรมแสงและคนอื่นๆ. (2554)	เพื่ออธิบายการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว การได้รับการเกื้อหนุนจากชุมชน ตลอดจนตรวจสอบการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง และชุมชนชนบท จังหวัดขอนแก่น	การวิจัยเชิงคุณภาพ	ผู้สูงอายุ อายุ 63-90 ปี จำนวน 4 คน	อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ อบต./เทศบาล	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 4 ครอบครัว เพื่อนบ้านที่อาศัยอยู่ใกล้กับครอบครัวผู้สูงอายุ และในส่วนของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ	องค์กรเอกชน ที่ให้การเกื้อหนุน เช่น ชมรมผู้สูงอายุกลุ่มจิตอาสา กลุ่มฌาปนกิจ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ผลการศึกษา

- ทีมสุขภาพในชุมชนที่มีบทบาทในการ ดูแลผู้สูงอายุรวมทั้งผู้สูงอายุด้วย อันได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนบ้านที่อาศัยอยู่ใกล้ กับครอบครัวผู้สูงอายุ และในส่วนของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ อบต./เทศบาล และองค์กรเอกชน
- กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นบุตรสาว สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีลูกก็จะมีหลานมาคอยดูแล ซึ่งจะดูแลในทุกด้านเกี่ยวกับผู้สูงอายุให้ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข บุตรชายหรือบุตรเขย จะเป็นคนพาไปสถานีอนามัย พาไปโรงพยาบาล เพื่อไปรับยาหรือไปตรวจตามนัด รวมไปถึงการพาไปเยี่ยมญาติ สำหรับการดูแลของลูกหลานในชุมชนชนบท ที่ไม่ได้อาศัยอยู่บ้านหลังเดียวกันกับผู้สูงอายุจะนำอาหารมาส่งให้ผู้สูงอายุในวันที่มีอาหารพิเศษ ซึ่งไม่ได้หมายความว่า เป็นเพียงการส่งอาหารเท่านั้นแต่เป็นการแสดงให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีลูกหลานคอยห่วงใย เอาใจใส่เสมอการดูแลด้านจิตใจ ของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะชอบทำบุญ ลูกหลานก็จะส่งเสริมตามความต้องการโดยพาไปวัด ไปสถานที่สำคัญ ไปใส่บาตรทุกเช้า

ตาราง 1 (ต่อ)

ชื่อเรื่อง	ชื่อผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	ระเบียบวิธีวิจัย	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยราชการระดับท้องถิ่น	ผู้ดูแลระดับชุมชน	หน่วยงานเอกชน
ศึกษาการรับรู้ของบุคลากรที่ดำเนินงานในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจิตเวช	ดวงจันทร์ สารระ อารณ์ (2544)	เพื่อศึกษาการรับรู้ของบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับความสำคัญและสภาพที่เป็นจริงของเป้าหมาย 5 ประการของโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2544	การวิจัยเชิงสำรวจ	บุคลากรสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบโครงการฯ	โรงพยาบาลจิตเวช 5 แห่ง	-	-

ผลการศึกษา

-การรับรู้ของบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับความสำคัญและสภาพความเป็นจริงของเป้าหมายหลัก 5 ประการ ได้แก่ มีคู่มือมาตรฐานบริการ มีบริการที่ได้รับมาตรฐาน ในโรงพยาบาล บุคลากรได้พัฒนาศักยภาพ มีเทคโนโลยี และมีฐานข้อมูล อยู่ในระดับสูง และระดับปานกลาง ตามลำดับ

ระบบการส่งเสริมสุขภาพให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในเขตตำบลโนนอุดม อำเภอมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา	บุญนาค ปัตถานัง และวิยุทธ์ จำรัสพันธ์ (2556)	<ol style="list-style-type: none"> เพื่อศึกษาระบบการส่งเสริมสุขภาพให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในเขตตำบลโนนอุดม อำเภอมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของระบบการส่งเสริมสุขภาพให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในเขตตำบลโนนอุดม อำเภอมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อแนวทางการพัฒนาระบบการ 	การวิจัยเชิงคุณภาพ	- ผู้สูงอายุและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	- อบต. - รพ.สต.	- ชมรมผู้สูงอายุ	-
--	--	--	--------------------	---	--------------------	------------------	---

ตาราง 1 (ต่อ)

ชื่อเรื่อง	ชื่อผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	ระเบียบวิธีวิจัย	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยราชการระดับท้องถิ่น	ผู้ดูแลระดับชุมชน	หน่วยงานเอกชน
		ส่งเสริมสุขภาพให้เป็นผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดี ในเขตตำบลโนนอุดม อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา		ในพื้นที่ตำบลโนนอุดม			

ผลการศึกษา

- ระบบการส่งเสริมสุขภาพให้เป็นผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดี ในเขตตำบลโนนอุดม อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา มีปัจจัยนำเข้าสำหรับการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย นโยบาย งบประมาณ บุคลากร
- แนวทางการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพให้เป็นผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดี พบว่า ควรนำนโยบายที่ตั้งไว้ ไปปฏิบัติให้เป็นรูปธรรมชัดเจน สามารถนำไปแก้ไขปัญหาที่เกิดผลกระทบกับสุขภาพทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และทางด้านสังคมกับประชาชน รวมถึงสร้างระบบและกระบวนการสุขภาพที่เหมาะสมกับการดำรงชีวิตของตำบลงบประมาณมีการกระตุ้นผู้บริหารให้จัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานให้เพียงพอ ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมปรึกษาหารือเพื่อแก้ปัญหาเกี่ยวกับหน่วยงานจัดสรรทรัพยากรบุคคลในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพให้เพียงพอและมีศักยภาพในการดำเนินงาน และเครื่องมือควรเป็นเครื่องมือที่ใช้และรูปแบบในการประเมินการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ต้องได้รับการประยุกต์เกณฑ์การประเมินอย่างต่อเนื่อง ส่วนกระบวนการส่งเสริม 3 ขั้นตอนนั้น พบว่า 1) ขั้นตอนการวางแผนและจัดทำโครงการ ผู้สูงอายุต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ปัญหาของตนเอง และการจัดทำโครงการต้องแต่งตั้งคณะทำงานที่ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแต่ละโครงการ เพื่อให้การทำงานเป็นทีมที่มีคุณภาพ เนื้อหาการอบรมต้องสอดคล้องกับบริบทการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนมากที่สุด การเสนออนุมัติโครงการเป็นไปตามลำดับขั้นตอนเพื่อนำไปปฏิบัติให้เกิดประโยชน์กับผู้สูงอายุ 2) ขั้นตอนการดำเนินโครงการในการดำเนินโครงการนั้น พบว่า ควรพัฒนาศักยภาพของพนักงานจ้างส่วนสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม มีการวางแผนเรื่องการใช้วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ การแบ่งเจ้าหน้าที่ในการให้ความรู้ และเวลาที่มีจำกัดควรบริหารจัดการให้เกิดประโยชน์คุ้มค่า ประชาสัมพันธ์กิจกรรมเกี่ยวกับการดำเนินการโครงการอย่างต่อเนื่องและทั่วถึงทั้งตำบล 3) ขั้นตอนการติดตามประเมินผล พบว่า คณะกรรมการติดตามโครงการตามขั้นตอนนั้น ควรให้ความสำคัญกับการดำเนินงาน เพื่อการประเมินโครงการ ติดตามความก้าวหน้า และเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ และการประเมินผล ประเมินจากวัตถุประสงค์ของโครงการ อย่างน้อยต้องบรรลุวัตถุประสงค์ร้อยละ 70

ตาราง 1 (ต่อ)

ชื่อเรื่อง	ชื่อผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	ระเบียบวิธีวิจัย	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยราชการระดับท้องถิ่น	ผู้ดูแลระดับชุมชน	หน่วยงานเอกชน
แนวปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชนรัตนวารี อ.หัวตะพาน จ.อำนาจเจริญ	กาญจนรัตน์ ทองบุญ (2548)	เพื่อจัดทำแนวปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ในพื้นที่รับผิดชอบ	การวิจัยเชิงปฏิบัติ	ผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองได้ และเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน	จนท.ศูนย์สุขภาพชุมชน จนท.รพสต. นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาล	-	-

ผลการศึกษา

- แนวปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชนที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบ โดยเจ้าหน้าที่เป็นผู้ใช้ ทำให้ทราบว่า การใช้แนวปฏิบัติในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติในด้านรู้จัก เข้าใจ ผู้สูงอายุมากขึ้น ตลอดจนมีความรู้ มีทักษะในการให้บริการกับกลุ่มผู้สูงอายุ และแนวปฏิบัติยังเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมในการให้บริการ ทำให้คุณภาพของการบริการดีขึ้นอีกด้วย

กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลมาบแค	เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ. (2555)	เพื่อศึกษากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน	การวิจัยเชิงปฏิบัติ การแบบมีส่วนร่วม	-เจ้าหน้าที่สถานเอนามัย -นายก อบต. -ปลัด อบต. -สมาชิก อบต.	-เจ้าหน้าที่สถานเอนามัย -นายกอบต. -ปลัดอบต. -สมาชิกอบต.	อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน	-
---	----------------------------------	---	--------------------------------------	--	---	----------------------------	---

ตาราง 1 (ต่อ)

ชื่อเรื่อง	ชื่อผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	ระเบียบวิธีวิจัย	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยราชการระดับท้องถิ่น	ผู้ดูแลระดับชุมชน	หน่วยงานเอกชน
				-กำหนดผู้ใหญ่บ้าน-อสม.	-กำหนดผู้ใหญ่บ้าน		

ผลการศึกษา

- วิธีการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ 1) กระบวนการหาและใช้ทุนทางสังคมในการสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เริ่มจากการสร้างแกนนำในชุมชนเพื่อดำเนินโครงการอย่างมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน รวมทั้งทุนเงินและทุนทางสิ่งแวดล้อม 2) กระบวนการศึกษาปัญหาความต้องการของชุมชน และออกแบบกิจกรรมการดูแลสุขภาพโดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง 3) กระบวนการพัฒนากติกาข้อตกลงหรือนโยบายระดับพื้นที่เพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

- ผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วม ได้แก่ 1) เกิดการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุทำให้โครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมีความเข้มแข็งโดยการบริหารจัดการร่วมกันในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยตนเอง 2) ระบบบริการงานด้านสาธารณสุขมีการเปลี่ยนแปลงจากเชิงรับ เป็นเชิงรุก เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาการเจ็บป่วยหรือโรค และ3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการดำเนินงานในโครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีผลให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการรับบริการมากขึ้น

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย	ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย (2557)	เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และแนวทางการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน	การวิจัยเชิงปฏิบัติ การแบบมีส่วนร่วม	- ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	-เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพในชุมชน -เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อบต.	-ประธานชมรมผู้สูงอายุในชุมชน -อสม. -ครอบครัว	-
---	--	--	--------------------------------------	--	---	--	---

ตาราง 1 (ต่อ)

ชื่อเรื่อง	ชื่อผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	ระเบียบวิธีวิจัย	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยราชการระดับท้องถิ่น	ผู้ดูแลระดับชุมชน	หน่วยงานเอกชน
------------	--------------	--------------	------------------	---------------	--------------------------	-------------------	---------------

ผลการศึกษา

- ในประเด็นการศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนประกอบด้วย 1) การจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการวางแผนดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม และกำหนดประเด็นในการส่งเสริมสุขภาพสูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ผู้สูงอายุและประชาชนในชุมชน เข้าใจแนวคิดและกระบวนการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น โดยประยุกต์แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ และแนวคิดการทำงานโดยอาศัยภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการส่งเสริมความเข้มแข็งให้ชุมชนพัฒนาศักยภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง และเกิดการปฏิบัติด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

ชื่อเรื่อง	ชื่อผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	ระเบียบวิธีวิจัย	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยราชการระดับท้องถิ่น	ผู้ดูแลระดับชุมชน	หน่วยงานเอกชน
การวิจัยเชิงปฏิบัติการ การศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ด้วยการบูรณาการมีส่วนร่วมของชุมชน	ชญาณิต เขียวสด และคนอื่นๆ (2554)	เพื่อพัฒนารูปแบบตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ด้วยการบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน	การวิจัยเชิงปฏิบัติการ	-ผู้สูงอายุ -ผู้แทนจากชมรมผู้สูงอายุ -กลุ่มอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ -อสม., อบต., - พยาบาล, นวก.สาธารณสุข -ทันตแพทย์บุคลากรจาก PCU สถานีอนามัย -ผู้แทนจากเทศบาลตำบล	-นักวิชาการสาธารณสุข -พยาบาล -ทันตบุคลากรจาก PCU สถานีอนามัย -ผู้แทน อบต./เทศบาลตำบล	-ชมรมผู้สูงอายุ -กลุ่มอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ -อสม.	-

ตาราง 1 (ต่อ)

ชื่อเรื่อง	ชื่อผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	ระเบียบวิธีวิจัย	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยราชการระดับท้องถิ่น	ผู้ดูแลระดับชุมชน	หน่วยงานเอกชน
ผลการศึกษา							
<p>-ระยะที่ 1 การพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวด้วยการบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย วิเคราะห์สถานการณ์ก่อนเริ่มกระบวนการพัฒนา วางแผนการดำเนินงานโดยการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพ</p> <p>-ระยะที่ 2 ระยะประเมินผลตำบลต้นแบบด้วยมาตรฐานที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)ดำเนินการตามเกณฑ์มาตรฐานที่พัฒนาขึ้น โดยบูรณาการความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในชุมชน 2)ประเมินผลการดำเนินงานตำบลต้นแบบด้วยเกณฑ์มาตรฐานที่พัฒนาขึ้น ในระดับตำบล ระดับจังหวัด และระดับเขต โดยผลการประเมินในภาพรวม พบว่า พื้นที่ดำเนินงานส่วนใหญ่มีศักยภาพ สามารถนำเกณฑ์มาตรฐานไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดแผนงาน โครงการ และดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวด้วยการบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชนได้ครอบคลุมทุกองค์ประกอบ <p>-จากกระบวนการประเมินรับรองมาตรฐานตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ด้วยการบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน จำแนกตามมาตรฐาน 6 องค์ประกอบ และระดับคุณภาพ นั้นพบว่า ทั้ง 8 ตำบล ถึงแม้จะมีกระบวนการดำเนินงานที่เป็นอิสระและแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสภาพการณ์ผู้สูงอายุวิถีชีวิต และบริบทของแต่ละตำบล แต่เมื่อพิจารณาถึงจุดแข็งปัจจัยความสำเร็จ ซึ่งแสดงถึงศักยภาพที่เป็นต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่แล้วในชุมชน และหลักการบริหารจัดการซึ่งเป็นคุณลักษณะที่ดีและส่งผลให้การดำเนินงานของทุกตำบลประสบผลสำเร็จได้นั้นมีความคล้ายคลึงกัน</p>							

จากตาราง 1 สังเคราะห์งานวิจัยประสิทธิภาพและประสิทธิผลของทีมสุขภาพในชุมชน พบว่ามีการศึกษาทั้งในลักษณะของงานวิจัยเชิงสำรวจ งานวิจัยเชิงคุณภาพ งานวิจัยเชิงปฏิบัติการ และงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยมีวัตถุประสงค์ที่หลากหลาย ในกลุ่มที่ศึกษาเชิงสำรวจและงานวิจัยเชิงคุณภาพ ทำการศึกษาเพื่ออธิบายการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว การได้รับการเกื้อหนุนจากชุมชน ตลอดจนตรวจสอบการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการของผู้สูงอายุ ศึกษาการรับรู้ของบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับความสำคัญและสภาพที่เป็นจริงของโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และศึกษาระบบการส่งเสริมสุขภาพให้เป็นผู้สูงอายุที่มีพหุพลัง ศึกษาปัญหาและอุปสรรคของระบบการส่งเสริมสุขภาพให้เป็นผู้สูงอายุที่มีพหุพลัง รวมทั้งแนวทางการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพให้เป็นผู้สูงอายุที่มีพหุพลัง ในกลุ่มที่ศึกษาตามแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและการวิจัยเชิงปฏิบัติการนั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำแนวปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่ในพื้นที่รับผิดชอบ ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และแนวทางการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยทีมสุขภาพชุมชนนั้นมีทั้งหน่วยงานระดับท้องถิ่น ระดับชุมชน และหน่วยงานเอกชน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานระดับท้องถิ่นและระดับชุมชน แต่ส่วนใหญ่พบว่าเป็นการศึกษาที่เน้นที่การตั้งรับกับปัญหา และเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุทั่วไป ไม่ได้เน้นที่กลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะ การทำงานส่วนใหญ่ยังเป็นแบบแยกส่วนแม้จะเป็นโครงการเดียวกัน เช่น หน่วยงานระดับท้องถิ่นทำหน้าที่ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณอย่างเดียวโดยไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน การดำเนินกิจกรรม ผู้ดูแลระดับชุมชนทำหน้าที่ปฏิบัติตามกิจกรรมที่ทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นผู้กำหนด เป็นต้น ทำให้รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุยังไม่ชัดเจน เป็นรูปธรรม จากช่องว่างนี้เอง จึงเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาการสร้างและพัฒนา รูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน บนฐานของการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งในระดับตำบล ชุมชน และครอบครัว เพื่อให้เกิดทีมสุขภาพชุมชนที่มีความเข้มแข็งและดำเนินการด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

6. แนวคิดการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) และการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ (Emancipatory Action Research)

การวิจัยปฏิบัติการ (Action research)

การวิจัยปฏิบัติการ ถูกนำมาใช้เป็นครั้งแรก โดย Kurt Lewin ในประมาณปี 1934 และในต้นปี 1940 และมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีและปรัชญาที่สำคัญของการปฏิบัติของนักวิจัย โดยมีความแตกต่างหลากหลายขึ้นกับรากเหง้าทางประวัติศาสตร์ของนักวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งจัดเป็น 2 ประเภท คือ ประเภทที่ใช้ทฤษฎีเป็นฐาน (Critical or theory-based) และประเภทที่ใช้การปฏิบัติเป็นฐาน (practical based) ในการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ในยุคต้น ๆ ของการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งจำแนกตามกลุ่มภูมิศาสตร์ คือ 1) กลุ่มจากอเมริกา การวิจัยเชิงปฏิบัติการเจริญรอยตามความเคลื่อนไหวของต้นแหล่งกลุ่มหัวหน้าทางการศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานของ John Dewey ซึ่งจัดว่าเป็นยุคของ modern era และ Elkind (1997 อ้างอิงจาก กิตติพร ปัญญาภิญาผล. 2549) ได้กล่าวทำนองเดียวกันและเสริมว่า ข้อเสนอแนะของ Dewey ที่กล่าวว่านักเรียนไม่จำกัดว่าอายุใดสามารถเรียนรู้ได้ดีที่สุดจากการลงมือทำ (Learning by doing) มีผลอย่างมากมาต่อการปรับเปลี่ยนกิจกรรมของโรงเรียนและหลักสูตรในปลาย ๆ ศตวรรษที่ 19 และต้น ๆ ศตวรรษที่ 20 ตามแนวคิดของ Dewey ซึ่งยังมีส่งผลถึงยุคปัจจุบัน (รับทอดต่อกันจากยุค modern era มาถึงยุค post modern era) แต่มีความซับซ้อนมากกว่ายุคก่อน ๆ กล่าวคือ โรงเรียนให้ความสนใจกับความแตกต่างระหว่างบุคคลทุกอย่างมีทางเลือกหลากหลายมากขึ้น คำนี้ถึงพหุชาวนบัญญัติขยายการแสวงหาความรู้ได้หลาย ๆ ทาง รวมถึงการสร้างความรู้ได้เอง สิทธิที่เด็กพึงได้รับ การเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ เป็นต้น 2) กลุ่มจากอังกฤษ โดยมุ่งใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการในการปฏิรูปหลักสูตรและพัฒนาด้านวิชาชีพทางการสอนมากยิ่งขึ้น และ 3) กลุ่มจากออสเตรเลียที่เน้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบร่วมมือกันในการวางแผนหลักสูตร ยุคหลังสมัยใหม่ได้คำนึงและสนับสนุนให้การวิจัยตั้งอยู่บนข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการมีอยู่ของความเป็นจริง (Truth) เป็นสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับสิ่งอื่น ๆ ไม่ว่าจะเงื่อนไขหรือสถานการณ์ และยังขึ้นกับประสบการณ์เดิมด้วย ดังนั้นเพียงจัดทำวิจัยเชิงปฏิบัติการดำเนินการในสถานที่นั้น ๆ เอง จึงจะน่าเชื่อถือและตรงมากกว่าและที่สำคัญคือผลข้อค้นพบที่ได้มานั้นมีความหมายสำหรับผู้มีส่วนร่วมเอง

ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการได้ถูกให้นิยามจากนักวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศเป็นจำนวนมาก เช่น Lewin (1946 อ้างใน ยาใจ พงษ์บริบูรณ์. 2552) ได้เสนอว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การวิจัยที่ใช้กระบวนการศึกษาในลักษณะกลุ่มรวมกันทำงานและตัดสินใจอย่างมีพันธะต่อกัน เพื่อมุ่งมันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และใช้การปฏิบัติการ 3 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติการ และการสะท้อนผลการปฏิบัติ ต่อมา Johnson, C.S. และ Kromann-Kelly (1995 อ้างใน สุวิมล ว่องวาณิช. 2551) ได้เสนอเพิ่มเติมว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง

การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์และตีความหมายโดยมีแผนงานกำหนดและแลกเปลี่ยนผลกับเพื่อนร่วมวิชาชีพ กระบวนการวิจัยปฏิบัติการต้องตอบคำถาม 5 ข้อ ดังต่อไปนี้ (1) คำถามที่ต้องการศึกษาคืออะไร (2) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องมีอะไรบ้าง (3) ข้อมูลที่ต้องจัดเก็บคืออะไร (4) จะวิเคราะห์ข้อมูลอย่างไร และ (5) จะแปลความหมายนั้นว่าอย่างไร การตอบคำถามเหล่านี้ต้องใช้เวลาวางแผน และในทุกขั้นตอนต้องอภิปรายกับเพื่อนร่วมงาน นอกจากนี้ Dick, B. (2000 อ้างใน สุวิมล ว่องวานิช, 2551) ได้เสนอว่า การวิจัยปฏิบัติการ เป็นวิธีวิทยาการการวิจัยที่ทำให้เกิดผลของการปฏิบัติ และผลของการวิจัยในเวลาเดียวกัน โดยมีขั้นตอนการวิจัยที่เป็นวงจรต่อเนื่อง ประกอบด้วยผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการ ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นข้อความที่เป็นภาษามากกว่าตัวเลข นอกจากนี้ยังมีการสะท้อนผลซึ่งครอบคลุมทั้งส่วนที่เป็นกระบวนการและผลลัพธ์ การวิจัยปฏิบัติการจึงเป็นกระบวนการที่มีความยืดหยุ่น ตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ ทั้งนี้ Dick มีความเห็นว่าการวิจัยปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่มีการสร้างสมมติฐาน การวิจัยจากข้อมูลที่รวบรวมได้ระหว่างการทำวิจัย และสามารถใช้กระบวนการดังกล่าวเป็นเครื่องมือสำหรับการวิจัยนำร่อง การนำไปใช้เป็นเครื่องมือวินิจฉัยจุดบกพร่องต่างๆ หรือใช้เพื่อการประเมินผล ส่วนในประเทศไทยนั้น ยาใจ พงษ์บริบูรณ์ (2537 อ้างใน สมนึก ปฏิพานนท์, 2550) ได้เสนอว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การวิจัยที่ใช้กระบวนการปฏิบัติอย่างมีระบบ โดยผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการและวิเคราะห์วิจารณ์ผลการปฏิบัติ ตั้งแต่การวางแผน การลงมือกระทำ การสังเกตและการสะท้อนการปฏิบัติ ซึ่งดำเนินการต่อเนื่องกันไป ผลที่ได้นำไปปรับแผนเข้าสู่วงจรใหม่จนกว่าจะได้ข้อสรุปที่แก้ไขปัญหาได้จริง หรือพัฒนาสภาพการณ์ของสิ่งที่ศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่ กิตติพร ปัญญาภิญโญผล (2549) ที่เสนอว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึงการศึกษาค้นคว้าอย่างมีระบบถึงการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานเอง เพื่อเข้าใจดีขึ้น หรือแก้ปัญหาเกี่ยวกับงานที่ทำอยู่ มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ซึ่งได้จากการรวบรวมการร่วมมือ การสะท้อนตนเองและการใช้วิจารณ์ญาณประกอบภายใต้กรอบจรรยาบรรณที่ยอมรับกัน ซึ่งสอดคล้องกับ สมนึก ปฏิพานนท์ (2550) ที่เสนอว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการวิจัยที่มุ่งจะนำหลักการของวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้เพื่อแก้ปัญหาในสภาพการณ์เฉพาะ เน้นการวิจัยที่ง่ายไม่สลับซับซ้อน และนำไปใช้ในการแก้ปัญหาในการทำงานจริงๆ

จากการศึกษาแนวคิดของนักวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศที่มีต่อความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ สามารถสรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การศึกษาค้นคว้า รวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ และตีความหมายอย่างมีระบบ และยืดหยุ่น เพื่อตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นที่เกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะ ถึงการปฏิบัติงานเพื่อเข้าใจดีขึ้น หรือแก้ปัญหาเกี่ยวกับงานที่ทำอยู่ของผู้วิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้อง

ประเภทของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

นักวิชาการหลายท่านได้อภิปรายถึงประเภทของวิจัยเชิงปฏิบัติการ อาทิ Crundy , Holter และ Schwartz Barcott , McKerman และ McCutcheon และ Jurg ต่างก็ให้แนวคิดเกี่ยวกับวิจัยเชิงปฏิบัติการว่าแบ่งเป็น 3 ประเภท (กิตติพร ปัญญาภิบาล. 2549) คือ

ประเภทที่ 1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ยึดเทคนิค หรือทฤษฎี หรือเชิงวิพากษ์ (Technical action research) การที่ใช้วิธีของวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ยึดเทคนิคนั้น ดำเนินการโดยบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีประสบการณ์สูงหรือมีคุณสมบัติที่จัดว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญ งานวิจัยเชิงปฏิบัติการทำให้งานที่ปฏิบัติมีทั้งประสิทธิผลและประสิทธิภาพมากขึ้น การปฏิบัติมุ่งโดยตรงไปที่ผลการวิจัย แต่ในขณะเดียวกัน ผู้ปฏิบัติการวิจัยเองเป็นผู้ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมแบบเป็นกันเองในกระบวนการของการปรับปรุง การวิจัยแบบนี้มีผลทำให้เกิดการสะสมของการทำนายความรู้ ความสำคัญอยู่ที่การตรวจสอบความตรงและการทำให้ทฤษฎีที่มีอยู่ละเอียดมากขึ้น และให้ความสำคัญของการพิจารณาจากทฤษฎีนำไปสู่เรื่องเฉพาะของการปฏิบัติงาน

ประเภทที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกิดจากประสบการณ์การปฏิบัติ (Practical action research) การวิจัยเชิงปฏิบัติการประเภทนี้ ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานกับผู้เกี่ยวข้อง หรือผู้วิจัยกับผู้ปฏิบัติงาน ช่วยกันกำหนดปัญหา และเป็นเหตุให้เกิดการลองใช้วิธีการต่างๆ เข้าไปเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุง การกำหนดปัญหา เกิดหลังจากการสนทนาระหว่างผู้วิจัยกับผู้เกี่ยวข้อง หรือผู้วิจัยกับผู้ปฏิบัติงานต่างก็เข้าใจกัน การวิจัยเชิงปฏิบัติการประเภทนี้แสวงหาหนทางเพื่อการปรับปรุงการปฏิบัติ โดยใช้สติปัญญาของผู้ร่วมปฏิบัติงานเป็นสำคัญ ทำไปแก้ไขไป แล้วแต่สถานการณ์ เป้าหมายสำคัญของนักวิจัยแบบ practical action research คือ เข้าใจการปฏิบัติงานและแก้ปัญหาเฉพาะหน้า (McKerman, 1991 อ้างอิงจาก กิตติพร ปัญญาภิบาล. 2549) วิจัยเชิงปฏิบัติการประเภทนี้ช่วยพัฒนาการทางวิชาชีพ โดยเน้นที่การตัดสินใจของผู้วิจัยเองที่มุ่งเพื่อให้เกิดสิ่งดี ๆ กับงานของตนและผู้เกี่ยวข้อง

ประเภทที่ 3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่อิสระปลดปล่อยจากพันธนาการทั้งปวง (Emancipatory action research) หรือการวิจัยการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) การวิจัยประเภทนี้ ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติเป็นไปอย่างอิสระเสรี โดยผู้ปฏิบัติงานทุกคนต่างมีความสามารถ มีจิตสำนึก มีวิจารณ์ญาณส่วนตนในตัวเองที่จะผลักดันให้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง เป้าหมายสำคัญ 2 ประการของวิธีการประเภทนี้ คือ ประการแรก การทำให้เกิดความใกล้เคียงกันมากขึ้นระหว่างปัญหาที่เกิดขึ้นจริง (กับผู้ปฏิบัติงานในเฉพาะแห่งเฉพาะที่) กับทฤษฎีที่ใช้อธิบายและใช้แก้ปัญหา ประการที่สองซึ่งมีเป้าหมายเหนือกว่าวิจัย 2 ประเภทแรก คือ เพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถกำหนดและสามารถตั้งฐานเบื้องต้นของปัญหาออกมาได้โดยใช้ความสามารถรู้คิดที่มีอยู่ในตัวผู้ปฏิบัติงานเอง

วิธีการแบบนี้ ต้องผ่านกระบวนการของการพัฒนาการวิพากษ์วิจารณ์ที่ทำให้เกิดการไกล่เกลี่ย และมีความเป็นไปได้ในการเชื่อมโยงทฤษฎีกับการปฏิบัติ ดังนั้นการกระทำที่นำโดยการ

วิพากษ์วิจารณ์ก่อน จึงประกอบด้วย 3 อย่าง คือ ทฤษฎี การทำความเข้าใจในทฤษฎี และลงมือกระทำ (Grundy, 1982 อ้างอิงจาก กิตติพร ปัญญาภิญญาผล. 2549) ไม่ได้หมายความว่าการศึกษาประเภทนี้จะเริ่มต้นด้วยทฤษฎี และจบลงด้วยการปฏิบัติแต่เป็นการได้คำบอกกล่าวจากทฤษฎีก่อน ดังนั้น ทฤษฎีจึงเป็นแนวทางเริ่มต้นของการปฏิบัติ ความสัมพันธ์ที่เป็นพลวัตระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติในการวิจัยประเภทนี้นำไปสู่การขยายทั้งทฤษฎีและการปฏิบัติ ในขณะที่ทำงานยังดำเนินการอยู่

สิ่งสำคัญประการหนึ่งของการเชื่อมโยงทฤษฎีกับการปฏิบัติคือ การจัดกระบวนการของการทำความเข้าใจให้กับการนำทฤษฎีมาใช้และการทดสอบในลักษณะที่เฉพาะสิ่ง โดยใช้กระบวนการสะท้อน (Process of reflection) กับกลุ่มคนเฉพาะกลุ่มหนึ่ง กระบวนการของการสะท้อนเหล่านี้จะทำให้เกิดความกระตือรือร้นในรูปของการรู้แจ้งเห็นจริง (authentic insights) ภายในตัวผู้ร่วมปฏิบัติงานและตามด้วยสื่อสารเกี่ยวกับการรู้แจ้งเห็นจริงเป็นลำดับถัดไป

นอกจากนี้สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องโดยตรงก็คือ การจัดทำแผนเพื่อการปฏิบัติหลังจากกระบวนการทำความเข้าใจชัดในทฤษฎีแล้ว จากนั้นก็นำไปสู่การประยุกต์ใช้โดยการลงมือทำซึ่งจะทำให้เกิดการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติ ซึ่งอิสระจากข้อจำกัดหรือข้อขัดข้องทั้งปวงจากสิ่งแวดล้อม

ความแตกต่างของวิจัยเชิงปฏิบัติการทั้ง 3 ประเภท ไม่ใช่อยู่ที่วิธีวิทยาการวิจัย แต่เป็นเรื่องของ ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) และทัศนะการมองโลกของผู้ปฏิบัติงานที่เป็นสาเหตุของความหลากหลายในการนำวิธีวิทยาการวิจัยไปใช้ (Grundy, 1982 อ้างอิงจาก กิตติพร ปัญญาภิญญาผล. 2549)

ความแตกต่างที่เด่นชัดตามที่ Grundy (1982 อ้างอิงจาก กิตติพร ปัญญาภิญญาผล, 2549) ตั้งข้อสังเกตว่าเป็นเรื่องของอำนาจ กล่าวคือวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ยึดเทคนิค ผู้มีอำนาจควบคุมคือ ตัวผู้วิจัยหลักที่เป็นผู้เชี่ยวชาญและผู้อำนวยความสะดวก ในขณะที่วิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกิดจากประสบการณ์การปฏิบัติ อำนาจเฉลี่ยอยู่ในกลุ่มบุคคลที่เข้าร่วม เน้นไปที่แต่ละคนมีอำนาจในการลงมือกระทำ ส่วนอำนาจของวิจัยเชิงปฏิบัติการที่อิสระปลดปล่อยเป็นอำนาจทั้งหมดภายในของทั้งกลุ่ม

การวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ (Emancipatory Action Research)

การวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ได้รับแนวคิดมาจากกระบวนการทัศน์เชิงวิพากษ์ (Critical Research Paradigm) โดยเฉพาะของฮาร์เบอร์มาส (Habermas's Critical Social Sciences) ขอนำเสนอรายละเอียดกับทฤษฎีโดยย่อเกี่ยวกับทฤษฎีเชิงวิพากษ์ กับสังคมศาสตร์เชิงวิพากษ์ (Carr; & Kemmis. 1986: 131-145) ดังนี้

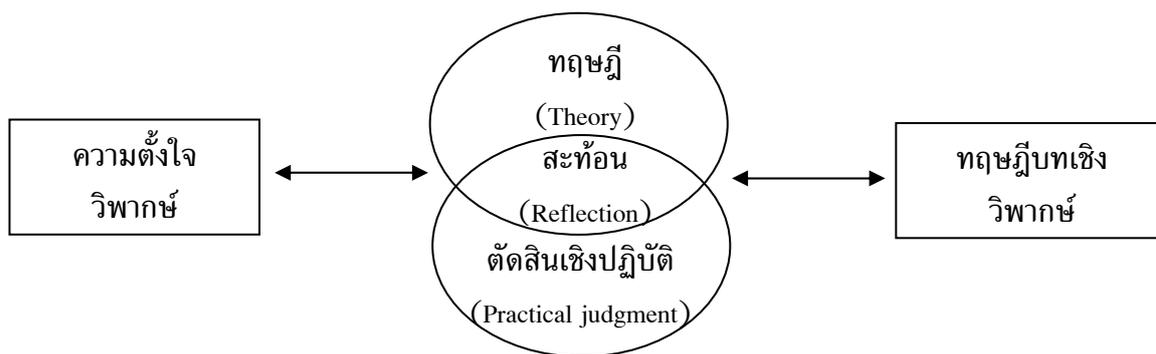
นักทฤษฎีวิพากษ์เห็นว่า วิทยาศาสตร์ไม่ดูความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติและลดความสำคัญของญาณวิทยา บทบาทของวิทยาศาสตร์กลายเป็นสิ่งกำหนดกฎเกณฑ์ทางสังคมภายใต้

ข้อเท็จจริงเชิงประนัย จึงมีการฟื้นฟูปรัชญาองค์ประกอบความนึกคิดทางสังคมขึ้นมา พิจารณาแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างแนวปฏิบัติที่เน้นการกระทำมากกว่าการสร้าง การปฏิบัติงานจึงผ่านความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในสถานการณ์จริง และถือว่าการวิจัยต้องเป็นไปเพื่อปลดปล่อยมนุษย์ให้หลุดพ้นจากปัญหา หรือการเปลี่ยนแปลงไปสู่ทางที่ดี เพราะความรู้ที่ปราศจากค่านิยม หรือการชี้นำไปสู่ทางที่ถูกต้องไม่ถือเป็นความรู้ที่มีประโยชน์ของทฤษฎีนี้

สังคมศาสตร์เชิงวิพากษ์ของฮาร์เบอร์มาส พยายามชี้ให้เห็นว่าวิทยาศาสตร์เป็นเพียงความรู้ประเภทหนึ่ง แต่ไม่ได้ประกันว่าจะสามารถอธิบายความจริงอย่างเป็นกลาง ฮาร์เบอร์มาสเชื่อว่า ความรู้เป็นผลิตผลของกิจกรรมมนุษย์ที่ถูกปรุงแต่งบนแนวคิดพื้นฐาน ที่พัฒนาจากความจำเป็นตามธรรมชาติ ซึ่งถูกหล่อหลอมมาจากประวัติความเป็นมาและเงื่อนไขทางสังคมของบุคคล เรียกว่า ความสนใจโนมตีเชิงปรุงแต่งความรู้ (Knowledge Constitutive Interests) ซึ่งมี 3 ประเภทคือ 1) โมนมตีพื้นฐานเชิงเทคนิค เกิดจากมนุษย์มีความต้องการได้มาซึ่งวิธีการควบคุมวัตถุโดยธรรมชาติ ความรู้ที่ได้จำเป็นต่ออุตสาหกรรมและการผลิต 2) โมนมตีพื้นฐานเชิงปฏิบัติ ทำให้เกิดความรู้ในรูปแบบของความเข้าใจเชิงการตีความจากการสะท้อนภาพของตนเอง ที่มีผลต่อการตัดสินใจปฏิบัติ 3) โมนมตีพื้นฐานเชิงเสมอภาค การให้อิสระกับตนเองในการใช้เหตุผลจะทำให้บุคคลได้ทราบว่าจะมุ่งหมายถูกจำกัดโดยเงื่อนไขอื่นอย่างไร และจะถูกขจัดออกไปได้อย่างไร ซึ่งการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ออกเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงสร้างทฤษฎีบท และช่วงวิจัยปฏิบัติการ ทั้งนี้ช่วงของการสร้างทฤษฎีบทตามแนวคิดของกรันดีจะแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน (Grudy. 1988: 358-363) ดังนี้

1) การพัฒนาทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ (The Formation of Critical Theorems)

ขั้นตอนนี้เริ่มต้นจากการนำข้อมูลและความรู้ที่ได้จากทฤษฎีที่เกิดขึ้นจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีที่มีอยู่เดิมที่ลงตัวมาเชื่อมโยงกับการปฏิบัติของตนเองผ่านการสะท้อนภาพความคิดของตน เพื่อนำไปสู่การดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการต่อไป โดยที่ทฤษฎีไม่ได้เป็นตัวกำหนด หรือเป็นกฎเกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินความถูกต้องหรือความเหมาะสมในการปฏิบัติ แต่เป็นความรู้พื้นฐานที่จะทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์กับการตัดสินเชิงปฏิบัติผ่านการสะท้อนภาพกรปฏิบัติของผู้ปฏิบัติเอง ก่อให้เกิดทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ (Critical Theorems) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ออกแบบมาเพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ (Enlightenment) ในกลุ่มผู้ที่ปฏิบัติ และเป็นข้อเสนอ (Proposition) เกี่ยวกับคุณลักษณะเฉพาะและการปฏิบัติทางสังคมที่สามารถตรวจสอบได้จากข้อมูลที่รวบรวมมาได้ภายใต้บริบทที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เสนอความรู้พื้นฐานในเชิงทฤษฎีไปสู่ผู้ร่วมวิจัย (ที่อาจจะไม่จำเป็นต้องมีความรู้พื้นฐานในเชิงทฤษฎีก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย) ที่มีความตั้งใจวิพากษ์อยู่แล้ว โดยผู้วิจัยจะไม่ครอบงำความคิดของผู้ร่วมวิจัย ขั้นตอนนี้เน้นการสร้างทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์จากการเชื่อมโยงทฤษฎีและการปฏิบัติผ่านการสะท้อนภาพของตนเอง ผลที่เกิดจากขั้นตอนนี้ได้แก่ “ทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์” กรอบแนวคิดในการพัฒนาทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ แสดงให้เห็นดังภาพประกอบ 1

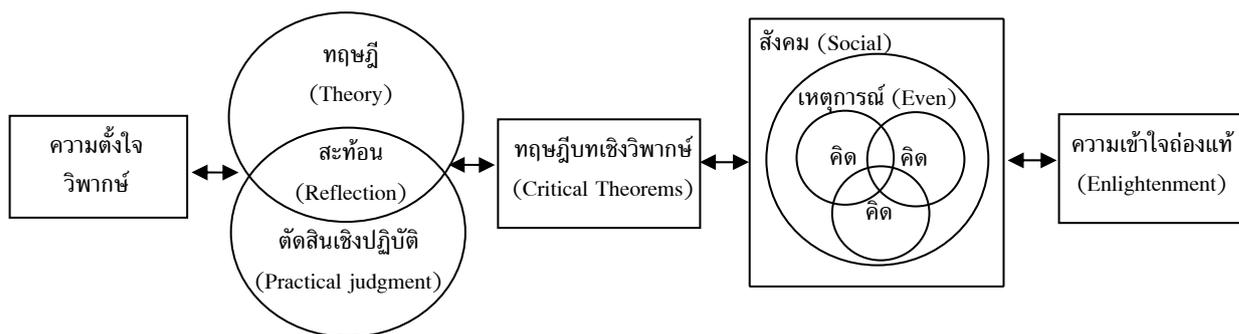


ภาพประกอบ 1 กรอบการพัฒนาทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ (The Formation of Critical Theorems)

ที่มา: กรันดี (Grundy, 1988). Three modes of action research. *Curriculum Perspectives*. 2(3), p.359.

2) การสร้างความรู้ที่ชัดเจนร่วมกัน (Enlightenment)

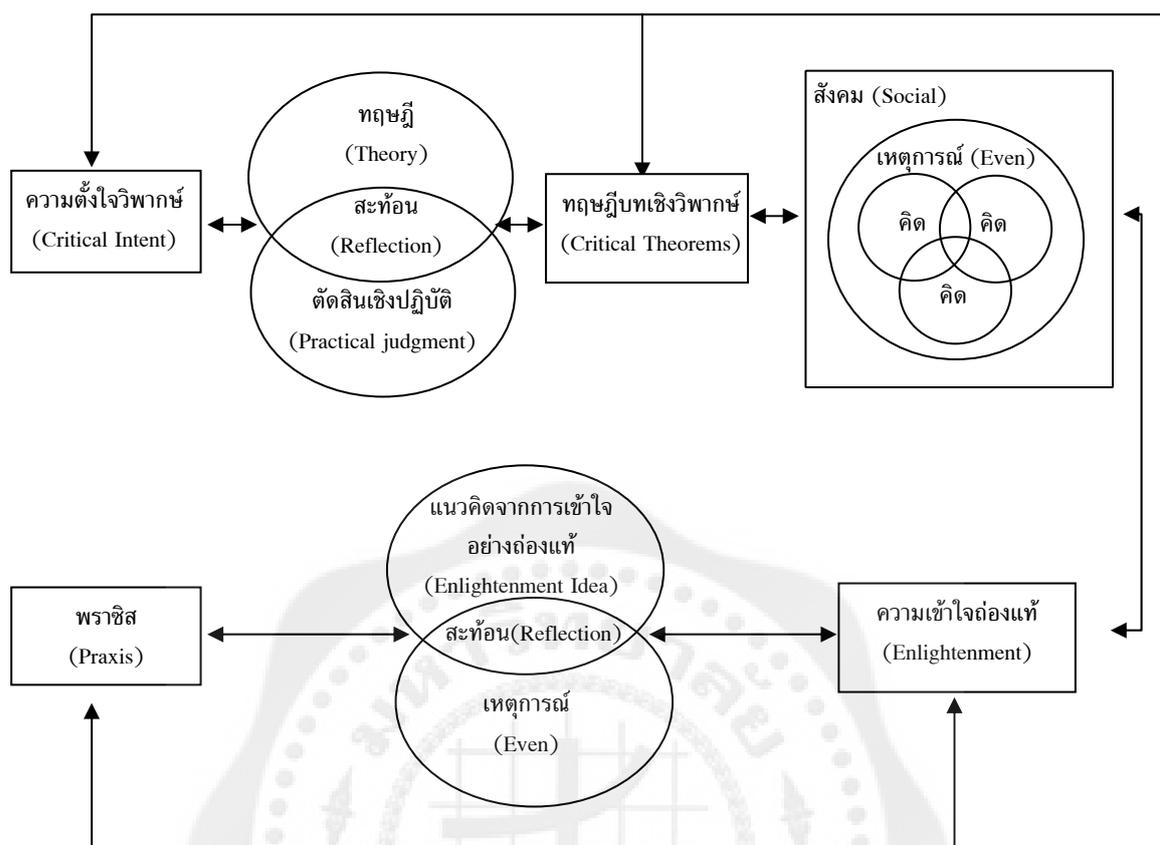
ขั้นตอนนี้จะคล้ายกับขั้นตอนการพัฒนาทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ที่เน้นการสร้างทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์จากการเชื่อมโยงทฤษฎีและการปฏิบัติผ่านการสะท้อนของตนเอง (ผู้ปฏิบัติแต่ละคน) แต่ขั้นตอนนี้เน้นกระบวนการกลุ่มเพื่อให้เกิดความเข้าใจในทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ที่กลุ่มผู้วิจัยจะนำไปพัฒนา ลักษณะการสื่อสารภายในกลุ่มการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์นี้เป็นแบบผม-คุณ (I-Thou) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์แบบเปิด สมาชิกทุกคนในกลุ่มสามารถมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ร่วมอภิปราย วิเคราะห์ และตัดสินใจ ขั้นตอนนี้พยายามทำความเข้าใจสาเหตุสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีต อาศัยการสะท้อนภาพของผู้ร่วมวิจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงความรู้หรือยุติการมีส่วนร่วมได้ ทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ของแต่ละคนจะถูกนำมาปรับใช้และตรวจสอบผ่านกระบวนการสะท้อนภาพในกลุ่มที่ปฏิบัติ เป็นการวิจัยที่เน้นความร่วมมือกัน (Collaborative) การวิพากษ์ (Critical) และค้นหาการวิพากษ์ของตนเอง (Self Critical Inquiry) โดยผู้เข้าร่วมวิจัยตระหนักถึงปัญหาว่าเป็นของตนเองทำให้มีความรู้สึกที่จะแก้ปัญหาโดยกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วย การวิพากษ์การสะท้อนกลับซึ่งเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงการตระหนักรู้ในตนเองในการหาเหตุผลของการปฏิบัติ มีการวิพากษ์ด้วยวิธีการโต้แย้งเหตุผล (Ortrun Zuber-Skerrit. 1992) ซึ่งกระบวนการนี้สอดคล้องกับเคมมิส (Noffke; & Brennan. 1988: 16; Citing Kemmis. 1985) ที่นำเสนอหลักการสะท้อนที่นำมาใช้กับงานวิจัยว่าการสะท้อนไม่ใช่กระบวนการทำเพียงลำพังหรือคนๆ เดียว (Individual Process) แต่เป็นกระบวนการทางสังคม (Social Process) และการตรวจสอบการสะท้อนต้องมีการสำรวจความคิดและการกระทำหลายครั้งทั้งในระดับบุคคลและระดับกลุ่ม ผลของขั้นตอนนี้ กลุ่มจะได้รับความรู้หรือความชัดเจนที่มีต่อทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ ซึ่งเรียกว่า “ความเข้าใจอย่างถ่องแท้” นำเสนอกรอบการสร้างความรู้ที่ชัดเจนร่วมกันได้ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 กรอบการสร้างความรู้ที่ชัดเจนร่วมกัน (Enlightenment)

ที่มา : กรันดี (Grundy, 1988). Three modes of action research. *Curriculum Perspectives*. 2(3), p.361.

3) การจัดรวบรวมวิธีปฏิบัติ (The Organization of Action) มีส่วนคล้ายแนวคิดขั้นตอนการสร้างความรู้ที่ชัดเจนร่วมกัน คือ ใช้กระบวนการกลุ่มเหมือนกัน แต่ขั้นตอนที่สองมองจากเหตุการณ์ (Event) ที่เป็นสาเหตุในอดีตและสร้างความรู้ที่ชัดเจนร่วมกัน (Enlightenment) จากสาเหตุนั้น แต่ขั้นตอนการจัดรวบรวมวิธีปฏิบัตินี้ พยายามทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ของความเป็นเหตุเป็นผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต หลังจากสมาชิกทุกคนในกลุ่มทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ (Enlightenment) ในทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ จะทำให้กลุ่มเกิดแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงที่กระจ่างชัด (Enlightenment Idea) กับเหตุการณ์ บริบทหรือสถานการณ์ (Event) ที่อาจจะเกิดขึ้น กล่าวคือ ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ทำให้กลุ่มเกิดความคิดเกี่ยวกับการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงที่กระจ่างชัดและการมีปฏิสัมพันธ์กับสถานการณ์ที่สนใจนำความคิดนั้นไปทดลองใช้ ผ่านผู้ปฏิบัติ ซึ่งผลที่ได้จากการรวบรวมวิธีปฏิบัติจะได้ “แนวทางการปฏิบัติร่วมกัน” นำเสนอกรอบการจัดรวบรวมวิธีปฏิบัติได้ดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 กรอบการจัดรวบรวมวิธีปฏิบัติ

ที่มา: กรันดี (Grundy, 1988). Three modes of action research. *Curriculum Perspectives*. 2(3), p.363.

หลังจากผ่านช่วงสร้างทฤษฎีบทมาแล้วก็เข้าสู่ช่วงการวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (Kemmis; & McTaggart. 1988) ได้แก่ 1) การวางแผน (Plan) เป็นการกำหนดแนวทางปฏิบัติตามที่คาดหวังไว้ เป็นการมองไปในอนาคตข้างหน้า 2) การปฏิบัติ (Action) เป็นการดำเนินการตามแนวทางที่ได้วางแผนไว้ 3) การสังเกต (Observe) เป็นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสังเกตสิ่งที่ได้จากการปฏิบัติงาน และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) การสะท้อนผลนี้จะมีลักษณะเป็นการประเมินอย่างหนึ่ง ซึ่งผู้วิจัยต้องตัดสินใจว่าผลของการปฏิบัตินั้นเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ตามประสงค์หรือไม่ และให้ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติต่อไป และจากนั้นผู้วิจัยจะได้ดำเนินการสังเคราะห์รูปแบบการทำงานส่งเสริมจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของที่มีสุขภาพในชุมชน

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเชิงวิพากษ์เป็นแนวทางในการสร้างและพัฒนา รูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของที่มีสุขภาพในชุมชนอาศัยแนวคิดทางสังคมศาสตร์เชิงวิพากษ์ของฮาร์เบอร์มาส เพื่อค้นหาความจริงอย่างเป็นกลางโดยไม่ยึดติดกับความรู้ทางวิทยาศาสตร์ว่าสามารถอธิบายความจริงได้อย่างเที่ยงตรงแน่แท้ โดยการวิจัย

ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเชิงวิพากษ์ครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงที่หนึ่งเป็นช่วงของการสร้างทฤษฎีบท ตามแนวคิดของกรันดี (Grudy. 1988) ซึ่งประกอบไปได้ 3 ขั้นตอน ได้แก่ การพัฒนาทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ (The Formation of Critical Theorems) การสร้างความรู้ที่ชัดเจนร่วมกัน (Enlightenment) และการจัดรวบรวมวิธีปฏิบัติ (The Organization of Action) หลังจากผ่านช่วงการสร้างทฤษฎีบทมาแล้วก็เข้าสู่ช่วงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยอาศัยแนวคิดของ เคมมิส และแม็คแทกการ์ต ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (Kemmis; & McTaggart. 1988) ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติการสังเกต และการสะท้อนผล ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้กับการศึกษาครั้งนี้ โดยบทบาทผู้วิจัยจะเป็นผู้ปรับ (Moderator) ให้เป็นไปตามเงื่อนไขหรือจุดมุ่งหมายหลักของการพัฒนา เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ด้านการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน สร้างและพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของที่มีสุขภาพในชุมชน ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของที่มีสุขภาพในชุมชน และเพื่อสังเคราะห์รูปแบบการทำงานส่งเสริมจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของที่มีสุขภาพในชุมชน ดังกรอบแนวคิดการวิจัยที่จะได้นำเสนอในหัวข้อต่อไป

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ เป็นแนวทางในการสร้างและพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของที่มีสุขภาพในชุมชน โดยผู้วิจัยได้แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ ซึ่งผู้วิจัยได้นำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดเพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ ดังนี้

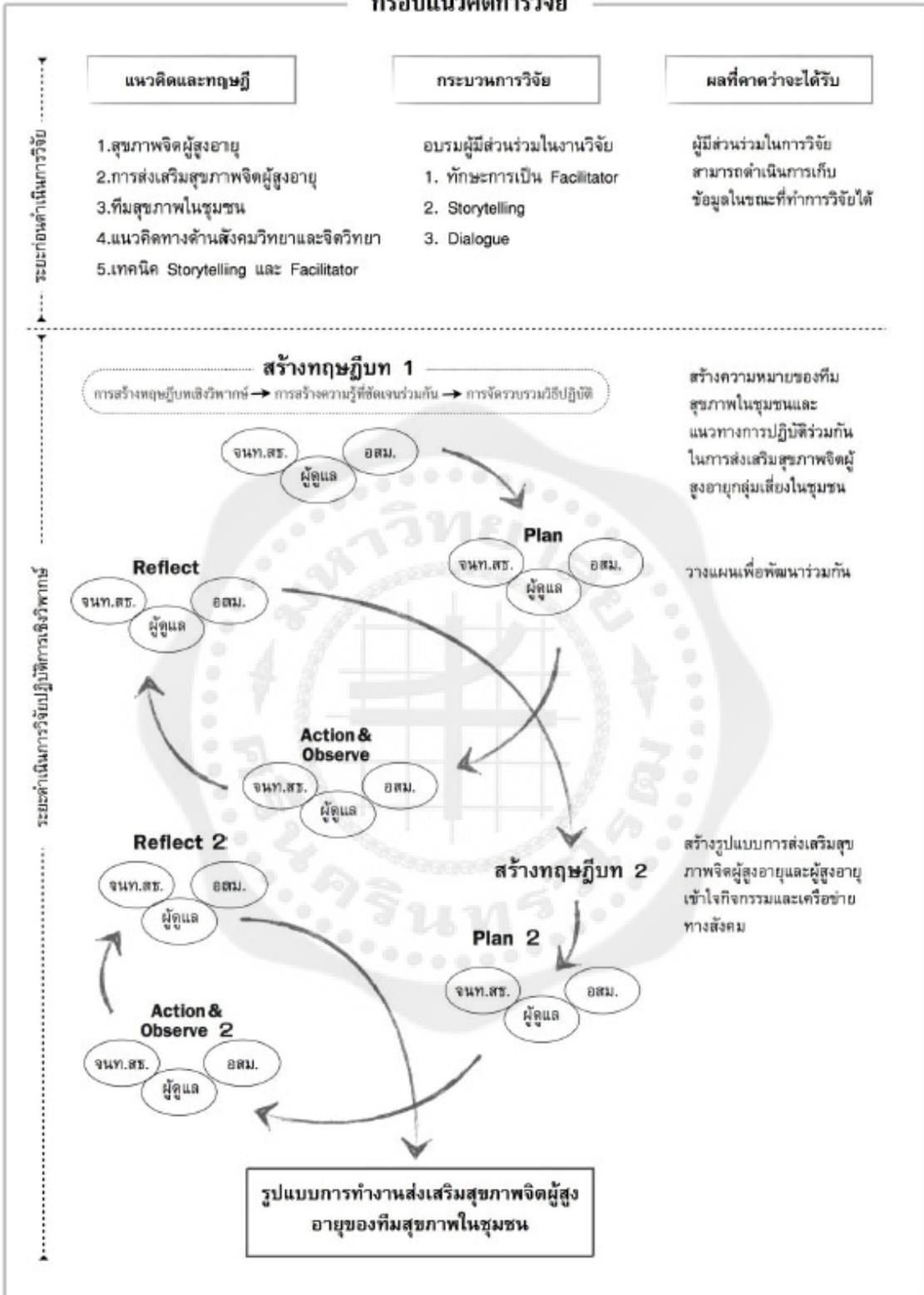
1. ระยะก่อนดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ ในระยะนี้ ผู้วิจัยจะได้ดำเนินการโดยการศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่มีสุขภาพชุมชน แนวคิดทางจิตวิทยาและสังคมวิทยาที่เกี่ยวข้อง และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการลงพื้นที่เพื่อศึกษาบริบทของพื้นที่ที่ทำการวิจัย และเป็นแนวทางในการดำเนินกระบวนการวิจัยในแต่ละขั้นตอน แต่ผู้วิจัยจะไม่นำแนวคิดทฤษฎีนี้มาจำกัดกรอบความคิดจนละเลยสถานการณ์ในบริบทของพื้นที่ และความคิดของผู้ร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจะได้ลงพื้นที่วิจัยเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ด้านการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน สังเกตกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง และประเมินความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ตลอดจนการเตรียมความพร้อมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยก่อนลงมือปฏิบัติในขั้นดำเนินการวิจัย โดยการจัดอบรมทักษะการเป็น Facilitator ให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จะเป็นผู้นำในการดำเนินการวิจัย และจัดอบรมทักษะการเก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ Storytelling และ Dialogue แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลในขณะทำการวิจัยได้

ทั้งนี้ในระยะก่อนดำเนินการวิจัยนี้มีผู้ร่วมวิจัยหลากหลายกลุ่มที่มีความแตกต่างกันทั้งระดับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับ อสม. ระดับผู้ดูแลในครอบครัว และระดับตัวผู้สูงอายุเองจะ ดังนั้นในการดำเนินกิจกรรมกับบุคคลที่มีความหลากหลายนี้ผู้วิจัยจะได้แบ่งการดำเนินการออกเป็นทั้งกลุ่มย่อยที่สอดคล้องกับตามคุณลักษณะของผู้เข้าร่วมและมีการรวมกลุ่มในบางกิจกรรมเพื่อให้แต่ละกลุ่มสามารถแสดงความคิดเห็นและศักยภาพได้อย่างเต็มที่ทั้งในขณะที่อยู่ในกลุ่มย่อยและกลุ่มรวม

2. ระยะดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะดำเนินการวิจัยโดยแบ่งเป็น 2 ช่วงคือช่วงการสร้างทฤษฎีบท 1 เพื่อสร้างความหมายของทฤษฎีบทในชุมชนและแนวทางการปฏิบัติร่วมกันในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ในขั้นนี้ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การสร้างทฤษฎีเชิงวิพากษ์ การสร้างความรู้ที่ชัดเจนร่วมกัน และการจัดรวบรวมวิธีปฏิบัติ จากนั้นเข้าสู่ช่วงที่ 2 คือช่วงวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยได้มีการวางแผน (Plan) และลงมือปฏิบัติเพื่อจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง แล้วสังเกต ประเมินผลจากกิจกรรม (Action & Observe) ตลอดจนเงื่อนไข ปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จากนั้นจึงเข้าสู่ขั้นตอนการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติ (Reflect) โดยการสะท้อนผลระดับบุคคล และสะท้อนผลระดับกลุ่มของผู้ร่วมวิจัยร่วมกัน จากนั้นผู้ร่วมวิจัยร่วมกันวิพากษ์ระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่ได้ลงมือปฏิบัติกันมา เพื่อนำมาสู่การสร้างทฤษฎีบทที่ 2 แล้วนำไปวางแผนร่วมกัน ลงมือปฏิบัติร่วมกัน และสะท้อนผลการปฏิบัติร่วมกันอีกครั้ง อันจะนำไปสู่การสร้างและพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทฤษฎีบทในชุมชนต่อไป ทั้งนี้ในระยะดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์นี้ผู้วิจัยจะดำเนินการในพื้นที่ 2 วงรอบการวิจัย

หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงแล้ว มีการประเมินผลและปรับปรุงกิจกรรม รวมทั้งมีการวัดพฤติกรรมจัดการเรียนรู้และพฤติกรรมการเรียนรู้ของผู้เข้าร่วมกิจกรรมแล้ว ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะมีการจัดกิจกรรมระดมความคิดเห็นเพื่อทำการสังเคราะห์รูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทฤษฎีบทในชุมชน จากนั้นผู้วิจัยจะถอนตัวออกจากสนามวิจัยและให้ทางพื้นที่ได้ดำเนินการด้วยตนเอง

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการทำงาน ส่งเสริมจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของที่มีสุขภาพในชุมชน ผู้วิจัยขอเสนอวิธีการดำเนินการวิจัย เกี่ยวกับพื้นที่การทำวิจัย ผู้ร่วมวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล จรรยาบรรณในการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. พื้นที่วิจัย
2. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
3. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล
6. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล
7. จรรยาบรรณในการวิจัย
8. การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

1. พื้นที่วิจัย

พื้นที่วิจัยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือจังหวัดนครนายก และจังหวัดฉะเชิงเทรา โดย 2 พื้นที่นี้เป็นจังหวัดในเขตสุขภาพของพื้นที่เขตภาคกลางในการกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 4 และ 6 ซึ่งเขตสุขภาพที่ 4 และ 6 โดยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดแบ่งพื้นที่ที่รับผิดชอบในแต่ละเขตไว้ดังนี้

- 1) จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 มีทั้งหมด 8 จังหวัด ได้แก่ นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา อ่างทอง ลพบุรี สิงห์บุรี สระบุรี และนครนายก
- 3) จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 มีทั้งหมด 8 จังหวัด ได้แก่ จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว และสมุทรปราการ

จากพื้นที่เขตสุขภาพดังกล่าว ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ในการศึกษา โดยใช้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ดังนี้ 1) จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 ได้แก่ จังหวัดนครนายก โดยมีพื้นที่หลักในการทำวิจัยคือ ตำบลหนองแสง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก 2) จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 ได้แก่ จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมีพื้นที่หลักในการทำวิจัย คือตำบลโพรงอากาศ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

ทั้งนี้ในระยะดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์นี้ผู้วิจัย ดำเนินการในทั้ง 2 พื้นที่ จำนวน 2 วงรอบการวิจัย จากนั้นจึงถอนตัวออกจากพื้นที่วิจัยและให้ทางพื้นที่ได้ดำเนินการด้วยตนเอง

เกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่วิจัย

สำหรับเกณฑ์ในการคัดเลือกเขตสุขภาพ ผู้วิจัยได้ทำการสืบค้นข้อมูลและสำรวจพื้นที่ต่างๆ โดยพิจารณาจาก 3 ส่วนคือ ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ การทำงานของทีมสุขภาพในพื้นที่ และความต้องการของบุคลากรในพื้นที่พบว่า ระบบสุขภาพของพื้นที่ในเขตภาคกลางยังมีปัญหามากทั้ง 3 ส่วน และมากกว่าภาคอื่นๆ ทั้งปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของสูงอายุที่พบเป็นส่วนใหญ่รวมถึงลักษณะของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการมีสุขภาพจิต ประสิทธิภาพการทำงานของทีมงานสุขภาพที่ยังไม่ชัดเจนรวมถึงระบบการดูแลและบริการสุขภาพประชาชน ตลอดจนการตอบรับจากบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดที่มีความต้องการพัฒนางานผู้สูงอายุในมิติของการส่งเสริมสุขภาพจิต จึงเป็นที่มาของพื้นที่เขตสุขภาพ และจังหวัดในเขตสุขภาพดังกล่าว

2. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

2.1 ผู้ร่วมวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้คือ ผู้ที่มีส่วนร่วมในการสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ซึ่งได้จากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กับกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องในส่วนต่างๆ จำนวน 4 กลุ่มได้แก่

1) เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

พื้นที่ละ 4 คน

2) อาสาสมัคร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) พื้นที่ละ 11 คน

3) ครอบครัวของผู้สูงอายุ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

พื้นที่ละ 9 คน

4) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง พื้นที่ละ 11 คน

สำหรับเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มที่ 1-3 มีดังนี้

- 1) เป็นผู้ที่มีความสมัครใจและเต็มใจที่จะเข้าร่วมวิจัย
- 2) สามารถเสียสละเวลาร่วมวิจัยได้ตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย
- 3) มีความมุ่งมั่นที่จะทำงานเพื่อชุมชนและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
- 4) มีประสบการณ์ในการทำงานหรือดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ปี

ส่วนเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง คือ เป็นผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มที่จะไม่สามารถรับมือกับความเครียดในชีวิตได้ ไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่สามารถช่วยเหลือสังคมได้ เช่น ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย เป็นโรคเรื้อรัง มีภาวะความเครียดในชีวิต อาศัยอยู่

ในสภาพแวดล้อมที่เป็นมลพิษ ไม่ปลอดภัย มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ไม่ดี ขาดการดูแลเอาใจใส่จากคนใกล้ชิด เป็นต้น แต่ทั้งนี้ต้องมีความยินดีและสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยอย่างเต็มที่

2.2 ผู้ให้ข้อมูล(ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย)

ผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัย อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะมีปัญหายุทธศาสตร์สุขภาพจิต พื้นที่ละ 11คน รวม 22 คน

3. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

3.1 ระยะก่อนดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์

การศึกษาในระยะแรกเป็นการสืบค้นข้อมูลเบื้องต้นจากการลงพื้นที่วิจัยเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ตลอดจนการเตรียมความพร้อมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยก่อนลงมือปฏิบัติในขั้นตอนการวิจัยโดยมีขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

3.1.1 การสำรวจพื้นที่การทำวิจัย ขั้นตอนนี้เป็นการสร้างความคุ้นเคยกับสนามวิจัย ศึกษาพื้นที่วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย โดยเริ่มจากการคัดเลือกพื้นที่วิจัย การติดต่อประสานงานกับผู้นำชุมชน และการเข้าไปสำรวจพื้นที่วิจัย โดยทำการเก็บข้อมูลแยกในแต่ละพื้นที่ที่ดำเนินการวิจัย คือ จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 ได้แก่ จังหวัดนครนายก โดยมีพื้นที่หลักในการทำวิจัยคือ ตำบลหนองแสง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก และจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 ได้แก่ จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมีพื้นที่หลักในการทำวิจัย คือ ตำบลโพรงอากาศ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งประกอบด้วย

1) การสร้างความคุ้นเคยกับพื้นที่วิจัย โดยการแนะนำตัวกับผู้นำชุมชน พูดคุยกับประชาชนในพื้นที่ ตลอดจนพูดคุยและสัมภาษณ์กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ครอบครัวของผู้สูงอายุ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เกี่ยวกับสถานการณ์ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในแต่ละพื้นที่ที่ดำเนินการอยู่ เพื่อให้ทราบแนวคิดพื้นฐานและบริบทของชุมชนที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2) การสังเกตการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน เพื่อศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม รูปแบบ และกิจกรรมที่ใช้ในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเพื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์

3) การประเมินความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ครอบครัวของผู้สูงอายุ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เกี่ยวกับความต้องการด้านต่างๆ ในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

3.1.2 อบรมที่มผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ที่จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงขั้นตอนนี้เป็นการอบรมในระยะก่อนเริ่มการวิจัยตามความต้องการของบุคลากรในพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บุคลากรมีความรู้พื้นฐานในการสะท้อนกิจกรรม การจัดการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในการปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะได้ดำเนินการจัดอบรมที่มผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 3 พื้นที่ร่วมกัน โดยผู้วิจัยจะจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ครอบครัวของผู้สูงอายุ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ แนวทางการประยุกต์ใช้ทุนทางสังคม และบริบทของชุมชนในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน

3.1.3 อบรมให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เกี่ยวกับทักษะการเป็น Facilitator เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และอบรมทักษะการเก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ Storytelling แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยและใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลได้ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะได้ดำเนินการจัดอบรมที่มผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 2 พื้นที่ร่วมกัน 1 ครั้ง ในองค์ความรู้และทักษะที่จำเป็นในบทบาทของแต่ละกลุ่มตามการวิจัยครั้งนี้

3.2 ระยะเวลาดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์

ในระยะนี้ แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ประกอบด้วย

3.2.1 ขั้นตอนการสร้างทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์

เป็นขั้นตอนการทำความเข้าใจถึงแนวปฏิบัติและผลลัพธ์ในอดีตที่ผ่านมาในสภาพจริงและบริบทที่ผู้ร่วมวิจัยเผชิญอยู่ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ตระหนักถึงสิ่งที่ตนเองได้กระทำและผลลัพธ์แห่งการปฏิบัติที่เกิดขึ้น ตลอดจนนำไปเทียบเคียงกับแนวคิดหรือทฤษฎีที่ได้รับรู้มา เป็นขั้นตอนที่ทุกคนจะได้ร่วมกันคิดวิพากษ์ทั้งกับตนเองและกลุ่มผู้ร่วมวิจัย เพื่อปลดปล่อยร่วมวิจัยให้หลุดพ้นจากปัญหา หรือการเปลี่ยนแปลงไปสู่ทางที่ดี ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างและพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน ตลอดจนศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน โดยในขั้นตอนของการสร้างทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์นี้จะมีการปฏิบัติกิจกรรม 3 กิจกรรม คือ

1) การสร้างทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ เป็นการสร้างความหมายของทีมสุขภาพในชุมชนและการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยใช้แนวคิดการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์เป็นหลักในการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมวิจัยตามแนวคิดของ กรันดี (Grundy, 1988) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ จะได้สะท้อนความคิดโดยเริ่มจากการให้ความหมายของทีมสุขภาพชุมชนและการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ แนวคิดเกี่ยวกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ตามประสบการณ์และการรับรู้ของแต่ละคนว่าให้ความหมาย

ของที่มีสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุอย่างไร บุคคลเหล่านี้มีความคิดเห็นต่อการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอย่างไร และเพราะเหตุใด กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีจุดเด่นและจุดด้อยอย่างไร เกิดประโยชน์กับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงหรือไม่ สามารถทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชนมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นหรือไม่ ผลจากกิจกรรมนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้กรอบแนวคิดของการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง หรือที่เรียกว่า “ทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์” ซึ่งในการเลือกผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงนั้นผู้วิจัยเลือกจากพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมากที่สุดมาเป็นผู้สะท้อนความหมาย

2) การสร้างความรู้ที่ชัดเจนร่วมกัน ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะจัดกิจกรรมระดมความคิดเกี่ยวกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่ได้จากการสร้างทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ โดยมีการสะท้อนความคิดร่วมกันของผู้ร่วมวิจัย และสร้างแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยนำทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์มาตัดสินใจสร้างเป็นความรู้ที่ชัดเจนร่วมกัน โดยให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการนำทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ของตน กล่าวคือ ผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละคนจะเสนอทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ของตนให้ผู้ร่วมวิจัยคนอื่นฟัง ผู้ร่วมวิจัยที่รับฟังจะร่วมกันแสดงความคิดเห็นโดยใช้ประสบการณ์ของกลุ่มเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ว่า ทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ที่แต่ละคนนำเสนอ นั้นสอดคล้องกับการปฏิบัติที่ผ่านมาของกลุ่มหรือไม่ และกลุ่มจะช่วยกันปรับจนทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์สอดคล้องกับกลุ่มจนได้ความรู้ที่ชัดเจน นำไปสู่การจัดรวบรวมและสร้างเป็นวิธีปฏิบัติร่วมกัน

3) การจัดรวบรวมวิธีปฏิบัติ มีวิธีดำเนินการ 2 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนทางการวิจัยร่วมกัน ในขั้นตอนนี้ผู้ร่วมวิจัยจะวางแผนทางการปฏิบัติร่วมกันเกี่ยวกับกิจกรรมของกระบวนการวิจัยว่าควรประกอบด้วยกิจกรรมอย่างไรบ้าง มีขั้นตอนวิธีการอย่างไร ใครควรเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือรับผิดชอบบ้าง จะประสานกันอย่างไรบ้าง เช่น การจัดทำแผนการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง การติดตามประเมินผลโครงการ/กิจกรรม ควรจะเป็นอย่างไร เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 การนำแนวทางการจัดกิจกรรมมากำหนดเป็นวิธีปฏิบัติร่วมกัน ได้แก่ การกำหนดเป็นรูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยผู้ร่วมวิจัยจะนำความเข้าใจอย่างถ่องแท้มากำหนดเป็นแนวทางการจัดกิจกรรมที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติได้จริง หรือที่เรียกว่า “แนวทางการปฏิบัติร่วมกัน”

3.2.2 ขั้นตอนการวิจัยปฏิบัติการ

การดำเนินการในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย

1) การวางแผน (Plan)

ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวางแผนหรือวางแผนตามทฤษฎีบทที่ได้ โดยมีความสอดคล้องกับความหมายของที่มีสุขภาพในชุมชนและการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่ม

เสียงของทีมสุขภาพในชุมชน การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการวางแผนดำเนินการ โดยอาศัยเทคนิคการสนทนากลุ่มเป็นแนวทางในการดำเนินการ

2) การปฏิบัติและการสังเกต (Action & Observe)

เป็นขั้นตอนที่ผู้ร่วมวิจัยเข้าสู่วงจรวิจัยปฏิบัติการ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละคนนำแนวการปฏิบัติร่วมกันที่ประกอบด้วยกิจกรรมมาเขียนเป็นขั้นตอน วิธีการ และรูปแบบของกิจกรรม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน จากนั้นผู้เข้าร่วมวิจัยจึงลงมือจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสียงตามทีออกแบบไว้ ระหว่างการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ผู้ร่วมวิจัยจะทำการสังเกตเงื่อนไขต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรม ตลอดจนปัญหา อุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติกิจกรรม ว่ามีสถานการณ์หรือลักษณะอย่างไร เพราะเหตุใด รวมทั้งการประเมินโดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการเรียนรู้ของผู้เข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสียง และแบบวัดพฤติกรรมการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุของผู้เข้าร่วมวิจัย

3) การสะท้อนหลังการปฏิบัติ(Reflect) ในขั้นนี้เป็นการสะท้อนในระดับบุคคลและระดับกลุ่มของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้เข้าร่วมวิจัยจะสะท้อนกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสียงที่ตนเองได้ลงมือปฏิบัติ เป็นการสะท้อนผลภายหลังจากการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสียง ลักษณะของคำถามที่ใช้ในการสะท้อนจะเน้นคำถามที่เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสียง เกณฑ์และวิธีการประเมินกิจกรรม เช่น กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสียงนั้นประสบความสำเร็จหรือไม่ อย่างไร มีทรัพยากรอะไรบ้างที่สนับสนุนกิจกรรม ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เรียนรู้และบรรลุพฤติกรรมเป้าหมายหรือไม่ อย่างไร ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องเลือกกิจกรรมใหม่หรือไม่ เพราะเหตุใด รวมถึงสะท้อนความคิดเห็นเกี่ยวกับขั้นตอนและกระบวนการจัดกิจกรรมและกระบวนการวิจัย เช่น ควรจะต้องเพิ่มเติมหรือตัดขั้นตอน กิจกรรมใดบ้าง อย่างไร แนวคิดหรือการปฏิบัติใดที่ต้องเปลี่ยนแปลงปรับปรุงเพื่อสร้างทฤษฎีบทการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสียงในชุมชน ผู้วิจัยทำการระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสียงในชุมชน โดยนำเสนอข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละคน และมีกิจกรรมระดมความคิดเห็นเพื่อทำการสะท้อนความคิดและสร้างแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยนำทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ของตนมานำเสนอ และสร้างเป็นความเข้าใจอย่างถ่องแท้ โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการระดมความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อใช้เป็นข้อมูลในกิจกรรม และจัดรวบรวมเป็นวิธีปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การสร้างทฤษฎีบท 2 และลงมือปฏิบัติและสังเกตตามแผนการดำเนินการ สะท้อนผลภายหลังจากการปฏิบัติ ซึ่งจะช่วยให้ได้รูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสียงของทีมสุขภาพในชุมชน ที่มีรายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรมที่เหมาะสมกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสียงในชุมชนที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง จึงจะสิ้นสุดกระบวนการวิจัย

ตาราง 2 ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมการวิจัย

ขั้นตอน	เครื่องมือ	ผู้ร่วมวิจัย	ผลการวิเคราะห์
1. ระยะก่อนดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์			
1.1 การสำรวจพื้นที่การทำวิจัย เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ด้าน การทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตของ ผู้สูงอายุในชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> - การสัมภาษณ์เชิงลึก - แนวทางการสังเกตโดยใช้เทคนิค การบันทึกเหตุการณ์สำคัญ (Critical Indicate Technique) 	ผู้สูงอายุในชุมชนที่มีสุขภาพ , ชุมชนระดับตำบล และระดับชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> - เข้าใจบริบทของพื้นที่ และบริบทของ ผู้สูงอายุในชุมชน - เข้าใจสถานการณ์การทำงานส่งเสริม สุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน - เข้าใจความต้องการจำเป็นในการส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุ
1.2 อบรมทีมผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อ พัฒนาองค์ความรู้ที่จำเป็นในการ ส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่ม เสี่ยง	<ul style="list-style-type: none"> - การอบรมเชิงปฏิบัติการการสร้าง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการ ส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง แนวทางการประยุกต์ใช้ทุนทางสังคม และบริบทของชุมชนในการจัด กิจกรรม - ทักษะการเป็น Facilitator - Storytelling - ทักษะการทำสุนทรียสนทนา (Dialogue) 	<ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ พยาบาล เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข - อาสาสมัคร ได้แก่ อาสาสมัคร สาธารณสุข (อสม.) 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่ม เสี่ยง รู้จักแนวทางการประยุกต์ใช้ทุนทางสังคม และบริบทของชุมชนในการจัดกิจกรรม - สามารถ เป็น Facilitator ได้ - สามารถดำเนินการวิจัยโดยใช้เทคนิค Storytelling ได้
2. ระยะดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์			

ตาราง 2 (ต่อ)

ขั้นตอน	เครื่องมือ	ผู้ร่วมวิจัย	ผลการวิเคราะห์
2.1 ขั้นตอนการสร้างทฤษฎีบท			
1) การสร้างทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์			
1.1) สร้างทฤษฎีบทวิพากษ์	<ul style="list-style-type: none"> - แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก - เทคนิค Storytelling - สุนทรียสนทนา (Dialogue) 	<ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข - อาสาสมัคร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) - ครอบครัวของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน - ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 	<ul style="list-style-type: none"> - ได้ความหมายของสุขภาพจิต กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิต และความหมายของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพจิต ในมุมมองระดับบุคคล - ได้เครือข่ายในการสร้างกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน
1.2) สร้างความรู้ที่ชัดเจนร่วมกัน โดยการระดมสมองเพื่อหาข้อสรุปจากการสร้างทฤษฎีบทวิพากษ์	<ul style="list-style-type: none"> - สุนทรียสนทนา (Dialogue) 	<ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข - อาสาสมัคร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) - ครอบครัวของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน - ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 	<ul style="list-style-type: none"> - ได้ความหมายของสุขภาพจิต กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิต และความหมายของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพจิต ในระดับกลุ่ม
1.3) การจัดรวบรวมวิธีปฏิบัติ	<ul style="list-style-type: none"> - สุนทรียสนทนา (Dialogue) 	<ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข - อาสาสมัคร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 	<ul style="list-style-type: none"> - ได้แนวปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน

ตาราง 2 (ต่อ)

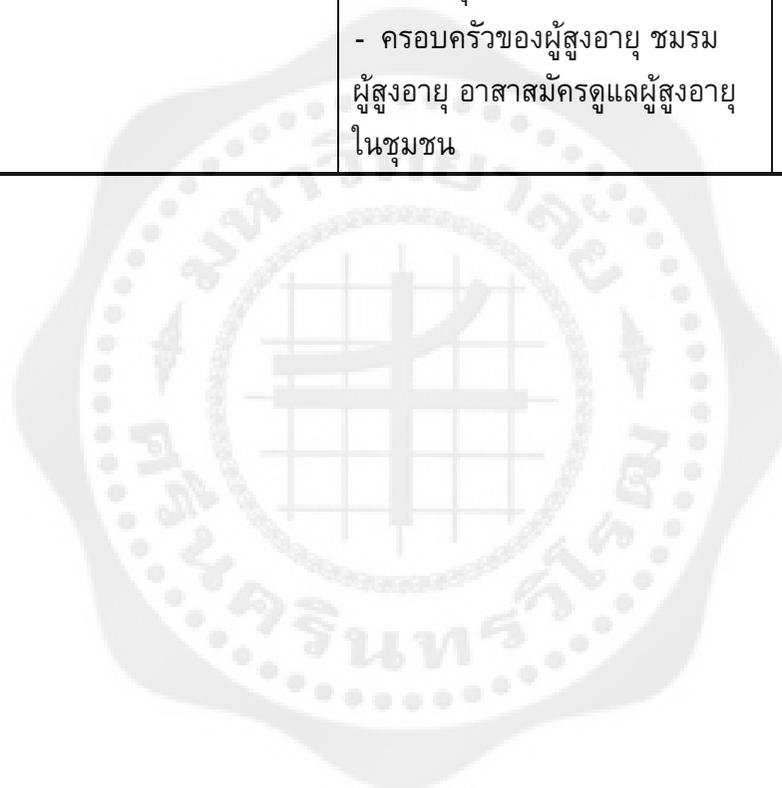
ขั้นตอน	เครื่องมือ	ผู้ร่วมวิจัย	ผลการวิเคราะห์
		<ul style="list-style-type: none"> - ครอบครัวของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน -ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 	
2.2 ขั้นตอนการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์			
1) การวางแผน (Plan)	- สุนทรียสนทนา (Dialogue)	<ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข - อาสาสมัคร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) - ครอบครัวของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน -ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 	- แผนงาน ขั้นตอน วิธีปฏิบัติ และบทบาทหน้าที่ของผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัย
2) การปฏิบัติและการสังเกต (Action & Observe)	<ul style="list-style-type: none"> - กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง - แนวทางการสังเกต - แบบวัดพฤติกรรมการเรียนรู้ของผู้เข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริม 	<ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข - อาสาสมัคร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) - ครอบครัวของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุและผู้สูงอายุเข้าใจกิจกรรมและเครือข่ายทางสังคม - ได้เงื่อนไขต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมตามแผนการจัดกิจกรรมที่วางไว้

ตาราง 2 (ต่อ)

ขั้นตอน	เครื่องมือ	ผู้ร่วมวิจัย	ผลการวิเคราะห์
	<p>สุขภาพจิตผู้สูงอายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบบวัดพฤติกรรมการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุของผู้เข้าร่วมวิจัย 	<p>ในชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 	<p>ตลอดจนปัญหา อุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติกิจกรรม ว่ามีสถานการณ์หรือลักษณะอย่างไร เพราะเหตุใด</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้ผลการเรียนรู้จากกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง - ได้ผลการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของผู้เข้าร่วมวิจัย
3) การสะท้อนหลังการปฏิบัติ	<ul style="list-style-type: none"> - การสัมภาษณ์เชิงลึก - เทคนิค Storytelling - สนทนาสนทนา (Dialogue) 	<ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข - อาสาสมัคร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) - ครอบครัวของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน - ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 	<ul style="list-style-type: none"> - ผลการจัดกิจกรรม ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการปรับปรุงกิจกรรม ในการจัดกิจกรรมวงรอบต่อไป
2. ระยะหลังสิ้นสุดกระบวนการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ กระบวนการวิจัย (1 เดือน)			
3.1 จัดประชุมเพื่อระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง	<ul style="list-style-type: none"> - การประชุมเพื่อระดมความคิดเห็น 	<ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุของทีมสุขภาพในชุมชน - ได้เครือข่ายการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิต

ตาราง 2 (ต่อ)

ขั้นตอน	เครื่องมือ	ผู้ร่วมวิจัย	ผลการวิเคราะห์
ของที่มีสุขภาพในชุมชน		<ul style="list-style-type: none"> - อาสาสมัคร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) - ครอบครัวของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 	ผู้สูงอายุของที่มีสุขภาพในชุมชน ในระดับภาครัฐและแกนนำชุมชน



4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการดังนี้

1) การศึกษาเอกสาร (Documentation) โดยศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ เพื่อสังเคราะห์เป็นขั้นตอนและกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

2) การสังเกต (Observation) ผู้วิจัยใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม การสังเกตกระทำเป็น 3 ระยะ ได้แก่

2.1) การสังเกตก่อนดำเนินการวิจัยซึ่งเป็นการสังเกตสภาพและบริบทก่อนการทำวิจัย โดยสิ่งที่สังเกตได้แก่ สถานการณ์ของผู้สูงอายุในชุมชน สภาพแวดล้อมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่ใช้เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงภายหลังการวิจัย

2.2) สังเกตระหว่างการทำวิจัย ได้แก่ การที่ผู้วิจัยเข้าไปสังเกตกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และการเข้าร่วมกิจกรรม

2.3) การสังเกตหลังสิ้นสุดการวิจัย เป็นการสังเกตกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เพื่อตรวจสอบข้อมูล หลักฐานการวิจัยให้สมบูรณ์และชัดเจนยิ่งขึ้น

3) การระดมสมอง (Brainstorming) เป็นการประชุมเพื่อขอความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสองพื้นที่พร้อมกันเพื่อสะท้อนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนโดยมีประเด็นเกี่ยวกับสิ่งที่ชอบและไม่ชอบในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นส่วนหนึ่งในการปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยจัดระดมสมองทั้งหมด 3 ครั้ง คือ ก่อนการวิจัยวงรอบที่ 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ด้านการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน และจัดนัดพบระดมสมองอีก 2 ครั้งคือ หลังการวิจัยวงรอบที่ 1 และ 2 เพื่อสะท้อนผลการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และข้อเสนอแนะต่อกิจกรรมการเรียนรู้ ตลอดจนสร้างความรู้ที่ชัดเจนร่วมกันเกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และร่วมวางแผนทางการจัดกิจกรรมจำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ ก่อนการวิจัยวงรอบที่ 1, 2 ซึ่งเป็นกิจกรรมการสร้างความรู้ที่ชัดเจนร่วมกันและการรวบรวมวิธีปฏิบัติ และหลังจากสิ้นสุดการวิจัยวงรอบที่ 3 เพื่อร่วมกันกำหนดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

4) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ด้านการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน สภาพปัญหาและความต้องการของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยมีแนวทางการสัมภาษณ์ที่ผู้สร้างขึ้นเป็นประเด็นคร่าวๆ

5) สุนทรียสนทนา (Dialogue) เพื่อค้นหารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุของทีมสุขภาพในชุมชนของพื้นที่ภาคกลาง จากผู้แทนผู้ร่วมวิจัยในจังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพทั้ง 2 เขต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกแนวทางการสังเกตแบบบันทึกเรื่องเล่าแบบมีโครงสร้าง และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วยประเด็นเกี่ยวกับความคิดที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ การให้ความหมาย หรือแนวคิดที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง รวมถึงการปฏิบัติและความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีต่อการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

2) แนวทางการสังเกต ประกอบด้วย การสังเกตจากและบุคคล พฤติกรรม แบบแผน พฤติกรรม ความสัมพันธ์ และการมีส่วนร่วม

3) แนวคำถามการทำสนทนา (Dialogue) ประกอบด้วยแนวคำถามเพื่อกระตุ้นให้เกิดการสนทนาแลกเปลี่ยนกันอย่างอิสระในกิจกรรมการวิจัยในขั้นตอนต่าง ๆ

4) แบบบันทึกเรื่องเล่าแบบมีโครงสร้าง (Story telling) เพื่อเก็บเรื่องราวที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินการงานของผู้เข้าร่วมกิจกรรมกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ซึ่งผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันสร้างขึ้น ซึ่งสามารถสะท้อนถึงเรื่องราวการมีสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยจะเริ่มกระทำไปพร้อมกับกระบวนการเก็บข้อมูล และจะไม่ปล่อยข้อมูลกองทิ้งไว้ ทั้งนี้เพื่อเป็นการปรับข้อมูลดิบและลดทอนข้อมูลไม่ให้มีมากเกินไป สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จากข้อมูลดิบที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยผ่านการวิเคราะห์ความหมายทางภาษาโดยตรงและวิเคราะห์ความหมายทางความรู้สึก (นิศา ชูโต.2545) เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนากระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงในระยะต่อไป ซึ่งมีขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ (สชญ ภูงค์และ อ้อมเดือน สดมณี.2551)

5.1 จัดระบบข้อมูล จากข้อมูลที่เกิดขึ้นมาจากภาคสนามนั้นมักจะไม่มีอยู่ในรูปที่พร้อมจะนำไปใช้วิเคราะห์ต่อไป ผู้วิจัยได้นำมาจัดรูปให้เหมาะสมก่อน โดยผู้วิจัยทำการถอดข้อมูลที่ได้รับการสัมภาษณ์และทำการบันทึกข้อมูลที่ได้มาเพื่อนำมาสร้างรหัสในขั้นตอนต่อไป

5.2 สร้างรหัสการแสดงข้อมูลและเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของข้อมูล โดยเริ่มจากการลงรหัสข้อมูล ซึ่งหลังจากผู้วิจัยถอดข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาซึ่งจะอยู่ในรูปของบทสัมภาษณ์ หรือรายละเอียดจากการบันทึกการสังเกตแล้ว จะให้รหัสกับข้อความที่ปรากฏ ทั้งนี้การให้รหัสดังกล่าวขึ้นอยู่กับความสามารถพิจารณาจากข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้ จากนั้นมีการจัดแสดงข้อมูลในรูปแบบต่างๆ เช่น การบรรยาย การอธิบาย ซึ่งจะช่วยให้การวิเคราะห์มีความเที่ยงตรงจากนั้นทำการเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของข้อมูลโดยที่ผู้วิจัยจะต้องค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไร เพื่อใช้อ้างอิงหรืออธิบายความต่อไป

5.3 แปลความ สร้างข้อสรุปและพิสูจน์ข้อสรุป ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยทำการแปลความหมายของข้อมูลซึ่งผู้วิจัยต้องเข้าใจความหมายข้อมูลเหล่านั้นเพื่อให้ข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์ในรูปแบบต่างๆ สามารถนำไปอธิบายหรือนำไปใช้ประโยชน์อย่างอื่นได้ โดยจากข้อมูลทั้งหมดที่ได้ทำการลงรหัสไว้แล้วผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่มีรหัสเดียวกันมาทำการวิเคราะห์ ตีความ และแปลความหมาย

ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการเรียนรู้ของผู้เข้าร่วมกิจกรรมและพฤติกรรมการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยนำเสนอเป็นตาราง

6. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การศึกษาวิจัย ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ดังนี้

6.1 การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้อง/เชื่อถือได้ของข้อมูลด้วยการตรวจสอบสามเส้าในประเด็นดังนี้

6.1.1 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลมากกว่า 1 วิธี (Methodological Triangulation) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลัก ใช้วิธีการสังเกตร่วมกับการสัมภาษณ์ เพื่อค้นหาคำตอบของประเด็นการวิจัย และเป็นการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล

6.1.2 แหล่งข้อมูลมากกว่า 3 แหล่ง (Data Triangulation) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลมากกว่า 1 แหล่ง กล่าวคือนอกจากทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตอบโจทย์การวิจัยจากผู้เข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยยังทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง/เชื่อถือได้ของข้อมูลอีกด้วย ได้แก่ ผู้สูงอายุทั่วไปในชุมชน ผู้นำชุมชน และชาวบ้านในชุมชน เป็นต้น

6.1.3 การสะท้อนข้อมูลกลับไปยังผู้ให้ข้อมูล (Member Check) ในขณะที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลทั้งจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยจะได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเมื่อทำการพูดคุยไปได้ระยะหนึ่งจะพักการสนทนาเพื่อทบทวนคำตอบที่ผู้ให้ข้อมูลได้ตรวจสอบว่า คำตอบที่ผู้วิจัยเข้าใจนั้นถูกต้องและสอดคล้องกับที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการสื่อสารหรือไม่ หากพบว่าไม่ถูกต้องจะได้ทำความเข้าใจให้ถูกต้องตรงกัน เพื่อความน่าเชื่อถือของข้อมูลการวิจัย

6.2 ความไว้วางใจได้ (Dependability) ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยและอธิบายให้เห็นถึงขั้นตอนการทำวิจัยอย่างชัดเจน นำเสนอข้อมูลครบถ้วนและครอบคลุมการทำในทุกกระบวนการในการทำวิจัย โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ ตามแนวคิดของตามแนวคิดของกรันดี (Grudy. 1988) และแนวคิดของ เคมมิสและแม็คแทกการ์ด (Kemmis; & McTaggart.1988)

7. จรรยาบรรณในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ แม้เป็นการศึกษาโดยการมีส่วนร่วมของผู้วิจัยร่วมทุกขั้นตอน ผู้วิจัยไม่ได้ละเลยในประเด็นจรรยาบรรณในการทำวิจัย แต่ผู้วิจัยตระหนักและให้ความสำคัญกับการเคารพสิทธิและความปลอดภัยของแหล่งข้อมูล หรือกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ รวมถึงความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเพื่อรักษาจรรยาบรรณ ดังนี้

7.1 การเลือกหัวข้อเรื่องการทำวิจัย ผู้วิจัยเน้นหัวข้อเรื่องที่น่าจะเป็นประโยชน์ต่อสังคมโดยรวม โดยหัวข้อการศึกษาในครั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์ที่จะนำไปสู่การมีแนวทางหรือรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน

7.2 การออกแบบวิจัย เน้นเรื่องความต้องการและการได้รับความร่วมมือจากผู้วิจัยร่วมในการวิจัยครั้งนี้เป็นสิ่งสำคัญ การรักษาความลับ ตลอดจนป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจต่อผู้ให้ข้อมูล โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญ

7.2.1 การขอความยินยอมและความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้ขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และครอบครัวของผู้สูงอายุ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ในการร่วมมือดำเนินกิจกรรมวิจัย และให้ข้อมูล และการแจ้งวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยครั้งนี้ และการเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับในการปกปิดชื่อและลักษณะส่วนตัว

7.2.2 ผ่านกระบวนการเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล กระบวนการของอนุญาตเพื่อเข้าเก็บข้อมูลในพื้นที่วิจัยอย่างเป็นทางการและเป็นลายลักษณ์อักษร ก่อนที่จะอนุญาตให้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลได้

7.2.3 การป้องกันผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล เป็นการป้องกันผลกระทบอันเนื่องมาจากการให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยของผู้เกี่ยวข้อง คำนึงถึงผลประโยชน์ของผู้ให้ข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญ โดยการออกแบบการเก็บข้อมูลที่ยืดหยุ่น ต้องทำความเข้าใจว่าการศึกษาอาจมีผลกระทบต่อทางจิตใจของผู้ให้ข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญ

7.2.4 การรักษาความลับ ผู้วิจัยต้องตระหนักถึงความเป็นส่วนตัว หรือความลับเฉพาะของผู้ให้ข้อมูล รักษาความลับอย่างดีที่สุด ใช้นามสมมติแทนการเปิดเผยชื่อจริง

7.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยจะได้ตระหนักถึงความสมัครใจในการให้ข้อมูลและความสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมวิจัย ซึ่งต้องมาจากการยินยอมโดยความสมัครใจเท่านั้น ผู้วิจัยจะคำนึงถึงความรู้สึกของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นสิ่งสำคัญ ผู้วิจัยจะหลีกเลี่ยงคำพูดที่เปรียบเทียบหรือว่ากล่าว อันจะส่งผลซ้ำเติมให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความวิตกกังวล จะมีการแจ้งวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนในการศึกษาวิจัย

7.4 ขั้นตอนการจดบันทึกและการถอดเทปข้อมูลสัมภาษณ์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรักษาความลับข้อมูล เคารพผู้ให้ข้อมูลโดยไม่ใส่สิ่งที่ไม่ใช่คำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลในบทสัมภาษณ์จากการถอดเทป

7.5 ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยตระหนักถึงการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียดลึกซึ้ง และความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลอย่างเหมาะสม

7.6 ขั้นตอนการรายงานผล ผู้วิจัยคำนึงการเปิดเผยข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ และคำนึงถึงการนำเสนอเฉพาะข้อมูลที่มีได้เป็นความลับหรือเป็นเรื่องที่จะทำให้ผู้อ่านทราบว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นครั้ง ทั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงความถูกต้อง และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ

8. การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณในการดำเนินงานวิจัย โดยผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัวต่อผู้เข้าร่วมวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการทำวิจัยครั้งนี้

2. ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ หากไม่พร้อมหรือไม่สะดวกในการให้ข้อมูล โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งทางตรงและทางอ้อม

3. ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงการเก็บข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ จะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมและนำผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้น

4. ระหว่างการเก็บข้อมูล หากกลุ่มตัวอย่าง เกิดภาวะเครียดหรือเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ผู้วิจัยได้วางแผนช่วยเหลือ โดยให้กลุ่มตัวอย่างหยุดทันที พร้อมทั้งให้การช่วยเหลือแบบประคับประคองจิตใจหรือให้คำปรึกษา จนกระทั่งผู้เข้าร่วมวิจัยตัดสินใจที่จะดำเนินการวิจัยต่อไป

5. ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตทำการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมสถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒสำหรับโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ได้รับพิจารณาและออกใบอนุญาตเป็นหนังสือรับรองเลขที่ SWUEC/E-162/2559 เรื่อง การสร้างและพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน: การวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของที่มีสุขภาพในชุมชน และเพื่อสังเคราะห์รูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของที่มีสุขภาพในชุมชน ได้ดำเนินการตามระเบียบวิธีวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ที่มีจุดเด่นในเรื่องการสร้างการมีส่วนร่วมของที่มีสุขภาพและกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยผู้ร่วมวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วย 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐ กลุ่มอาสาสมัคร กลุ่มครอบครัวของผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาในภาคสนามเป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 7 เดือน (ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2559 - เดือนพฤษภาคม 2560) ผลการศึกษาในส่วนนี้ได้แบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ร่วมวิจัยและบริบทของพื้นที่วิจัย

ส่วนที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของที่มีสุขภาพในชุมชน

2.1 ระยะก่อนดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์

2.1.1 สถานการณ์การทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

2.1.2 ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

2.1.3 การเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้มีส่วนร่วมวิจัย

2.2 ระยะดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์

2.2.1 วงรอบที่ 1 ประกอบด้วย

1) ขั้นตอนการสร้างทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ 1

2) ขั้นตอนการวิจัยปฏิบัติการ

ก) การวางแผนของวงรอบที่ 1

ข) การปฏิบัติและการสังเกตของวงรอบที่ 1

ค) การสะท้อนผลหลังการปฏิบัติของวงรอบที่ 1

2.2.1 วงรอบที่ 2 ประกอบด้วย

1) ขั้นตอนการสร้างทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ 2

2) ขั้นตอนการวิจัยปฏิบัติการ

ก) การวางแผนของวงรอบที่ 2

ข) การปฏิบัติและการสังเกตของวงรอบที่ 2

ค) การสะท้อนผลหลังการปฏิบัติของวงรอบที่ 2

ส่วนที่ 3 การสังเคราะห์รูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของที่มีสุขภาพในชุมชน

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ร่วมวิจัยและบริบทของพื้นที่วิจัย

1.1 ลักษณะทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ทั้ง 2 พื้นที่ ได้แก่ ชุมชนบ้านหนองหัวลิงใน ตำบลหนองแสง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก และชุมชนบ้านโพงอากาศ ตำบลโพงอากาศ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทราเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งเป็นผู้ที่สมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยและร่วมปฏิบัติการวิจัยได้ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุดกระบวนการวิจัย โดยสามารถแบ่งผู้ร่วมวิจัยออก จำนวน 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2) อาสาสมัคร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และ 3) ครอบครัวของผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 4) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

1.1.1 จังหวัดนครนายก

ผู้ร่วมวิจัยในพื้นที่ชุมชนบ้านหนองหัวลิงใน ตำบลหนองแสง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายกประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 4 คน ได้แก่ นางรุ่งนภา บุญเขียนนาง วัฒนา ทรัพย์สำรวน น.ส.สิรินาถ ขาวบอลและ น.ส.ศรีสุรางค์ ดวงประเสริฐ นอกจากนี้ยังมีผู้ร่วมวิจัย กลุ่มที่ 2 ที่เป็นอาสาสมัคร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กลุ่มที่ 3 ได้แก่ ครอบครัวของผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและกลุ่มสุดท้ายคือ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงซึ่งปรากฏตามตารางแสดงความความสัมพันธ์ ดังต่อไปนี้

ตาราง 3 สรุปข้อมูลสำคัญของผู้ร่วมวิจัยแต่ละรายของจังหวัดนครนายก

ที่	ชื่อผู้ร่วมวิจัย	ชื่อผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่ดูแล	อาการทางกาย	อาการทางจิต(ก่อนได้รับการดูแล)
1	นางนพพร เกษชาชาติ(อสม.)	นางบุญรุ่งมงคลยง	อยู่คนเดียว, ติดบ้าน	ไม่ค่อยสนใจตนเอง ตีมีสุรา เหงา
	นางแดง ดาอาษา (คคผส)	นางหนูพุทธสะอาด	DM, HT ,พิการ,ติดบ้าน, ตามองไม่เห็น	เครียด ซึมเศร้า
	นางละม่อน กापาน (คคผส)	นายกกิจสินคำกอง	HT,ติดเตียง,ติดเตียง	เหงา (ลูกๆ มาดู อาทิตย์ละ 1 ครั้ง)
2	นางจามรี ดีกล้า (อสม.)	นางสมบุญ คนนิ่ม	HT ,ติดเตียง, Bed sore	นั่งเงียบ ไม่ค่อยพูด
	น.ส.บุญนำ คงนิ่ม (คคผส)	นางคำพอง ข้าโคกกวด	HT,ติดเตียง	เหงา กังวลว่าตนเองเป็นภาระ กังวลว่าต้องทำให้คนอื่นเดือดร้อน
	นางสมบุญ ขาวมัน (คคผส)	นายชนกมงคลยง	HT, พิการ, ติดสังคม	อยู่คนเดียว มีพี่ชายดูแลอยู่ห่างๆ เครียดกับสุขภาพและภาระคนอื่น
3	นางนวลจันทร์ กรานบุญ (อสม.)	นางดวงตา หัสสา	HT ,ติดบ้าน	เหงาอยู่ลำพังวิตกกังวล
		นางแลบ แซ่มช้อย	HT, Stoke, ติดบ้าน	เหงา
		นางจรรยา ตรีชนานนท์	HT,Stoke ,ติดบ้าน	หงุดหงิด
4	นางเพยารวี อาจเลิศ (อสม.)	นางสมคิด จันทร์ไธ	ติดสังคม	อยู่กับลูกชายและหลานแต่ไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควร
		นางจำเนียร ชันกสิกรรม	HT,ลมชัก,ติดสังคม	กังวลกับครอบครัว เครียดสามีตีมีเหล่าทุกวันและมักทะเลาะกัน
		นางจำเนียร ทับทิม	HT,ติดสังคม	มีปัญหาครอบครัว มีความกังวล
5	นางฉลวย มั่งคั่ง (อสม.)	นางทองลิ้ม ช้อตรง	TB กระดูก , ติดเตียง	ภาวะโรค กังวลเรื่องโรค
	นางจิตรี ประสาน(คคผส)	นางด้วง มั่งคั่ง	HT ,ติดเตียง	เหงา อยู่กันสองคนแม่ลูก
	น.ส.สมพร ช้อตรา(คคผส)	นางทองอินทร์ มั่งคั่ง	DM,HT, ติดบ้าน	กังวลเรื่องโรค

ตาราง 3 (ต่อ)

ที่	ชื่อผู้ร่วมวิจัย	ชื่อผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่ดูแล	อาการทางกาย	อาการทางจิต(ก่อนได้รับการดูแล)
6	นายสำเภา ชูพงษ์ (อสม.)	นายสละ มั่งคั่ง	HT , ติดบ้าน	เหงา
		นางสมร สังขะมณี	ติดสังคม	เหงาอยู่คนเดียวกังวลเรื่องโรค
		นางเสริญ เนินใหม่	ไข่มันสูง + ติดบ้าน	เหงา แต่มีหลานดูแล
7	นางหนู สมสารี (อสม.) น.ส.สมพร ชี้อตรง (คคผส) นางจรวาย บุญเติม (คคผส)	นางยนต์ บุญกลมอม	HT อยู่คนเดียว,ติดบ้าน	เหงา และมีโรคประจำตัว
		นางบุญมา ชี้อตรง	แผลเรื้อรัง + ติดบ้าน	วิตกกังวล
		นางจำเรียง มั่งคั่ง	อยู่คนเดียว + ติดบ้าน	เหงา ไม่ค่อยมีใครเข้าไปดูแล
8	นางคำรณ ละครางค์ (อสม.) นางรุ่งแสง อุ้นมาก(คคผส)	นายวิเชียร จวนสาง	พิการ ,ติดเตียง	ท้อแท้ เบื่อหน่ายตัวเอง ถูกตัดขา
		นสคำ บุญเขียน.	DM,HT	เสียงซิมเคร้าอยู่คนเดียว
		นางแดง รุ่งประพันธ์	CA	กังวล เป็นห่วงลูกและโรคของตัวเอง
9	นางจำเริญ เคียงงาม (อสม.)	รตสมพร บุญอร่าม.	HT, CA	คนดูแลเครียด ถูกบ่น ทำให้คนไข้เครียด
		นายถวิล คำดี	HT, CA	ซิมเคร้า
		นางคอนจันทพงษ์	-	มีความวิตกกังวลกับชีวิต อยู่กับลูกสาวที่มีความกังวล
10	นางวิไลวรรณ โกศลจิตร (อสม.) นางทิพวรรณ แสงทรัพย์ (คคผส)	นายสังวาลย์ บุญสวัสดิ์	DM, HT	เหงา อยู่คนเดียว
		นายจรัส กัณหา	DM, HT	เหงา ดูแลตัวเองได้น้อย
		นางเปรี๊ยะโกศลจิตร	-	เหงา อยู่คนเดียว
11	นายจลี กลิ่นมะลิ(อสม.) นายปองสุข จันทสุข (คคผส)	นางสมใจ จันทสุข	HT	หงุดหงิด
		นางเจริญ เป้ากัณหา	HTอยู่คนเดียว	เครียดเหงา
12	นางสมัย แชร้มย์ (ผดล.) นายถวิล บุญนาม(คคผส.) น.ส.ริน ร่วงรินไหล(คคผส.)	นายเทียม บุญนาม	-	ท้อแท้ ไม่ค่อยได้รับการดูแลจากครอบครัว
		นางจूरี่ร่วงรินไหล	พิการติดเตียง	ท้อแท้ เหงา
		นายสวัสดิ์ มั่งคั่ง	HT	เหงา กังวลเรื่องสุขภาพ
13	นางเพ็ญศรี ศิริโกชน์ (อสม.)	นางพันธ์ี นาบุญ	HT	ครอบครัวมีปัญหาด้านการเงิน
		นางเปรี๊ยะ มั่งคั่ง	DM, เบาหวาน	อยู่บ้านคนเดียว เหงา

ตาราง 3 (ต่อ)

ที่	ชื่อผู้ร่วมวิจัย	ชื่อผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่ดูแล	อาการทางกาย	อาการทางจิต(ก่อนได้รับการดูแล)
		นางพรรณทิพย์ แสงศศิธร	HT	อยู่บ้านคนเดียว เหงา
14	นางเดือนเพ็ญ จำลอง (ผดล.)	นายบัว จันทรงาม	HT	ไม่ถูกกับภรรยา ขาดยา ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม
		นางปาย สุขเจริญ	HT	อยู่คนเดียว
		นางบุญส่ง เฟื่องสมุทร	HT, ไตวายเรื้อรัง	อยู่คนเดียว กังวลกับความเจ็บป่วย
15	นางลัดดา มีไทยสงค์ (ผดล.) นางมิ่ง วงศ์จิต (คคผส)	นางวิไล บุญเคลิ้ม	HT, ไตวายเรื้อรัง	กังวลกับสุขภาพ และการดูแลตนเอง
		นางสวัสดิ์ บุญพันธ์	ติดเตียง	มีสามีดูแลแต่ลูกไม่สนใจ
16	นางจรรย์ กลิ่นมะลิ (ผดล.)	นางส้มเลย ตะเกาทอง	HT	
17	นายธีระศักดิ์ แสงทรัพย์ นางมล แซ่มชื่น(คคผส)	นายสมนึก พาณิชย์กิจสมบัติ	HT, CVA	ครอบครัวมีปัญหา
18	นางละม่อน ยุกุลเพชร (ผดล.)	นางดวงแจ่มศรี	ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	เหงา ซึมอยู่คนเดียว
19	นางศิริมา ดาอาษา (ผดล.) นางเพ็ญจันทร์ มงคลยิ่ง(คคผส)	นายชนก มงคลยิ่ง	HT พิจารตัวเองได้บ้าง	เครียด
20	นายจักรพันธ์ สุทธิสังข์ (ผดล.) นางสมพร แซ่มชื่น (คคผส)	นายชื่น แซ่มชื่น	มะเร็งปอด ช่วยตัวเองได้บ้าง	เครียด

หมายเหตุ อาการทางกาย

DM คือเบาหวาน

C คือเบาหวาน และความดัน

HT คือความดันโลหิตสูง

TB คือวัณโรค

CRF คือไตวายเรื้อรัง

CVA คือหลอดเลือดสมองอุดตัน

Stoke คือหลอดเลือดในสมองแตก

ผสคือผู้สูงอายุ

1.1.2 จังหวัดฉะเชิงเทรา

ผู้ร่วมวิจัยในพื้นที่ ชุมชนบ้านโพรงอากาศ ตำบลโพรงอากาศ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 4 คน ได้แก่ นางโสรัตดาตฤงชัย วิชาชน.ส.จุฑาภาต อินทพันธ์.ส.กัลยารัตน์ รอดแก้วและนางสำราญ ศุภพิชน์นอกจากนี้ยังมีผู้ร่วมวิจัยกลุ่มที่ 2 ที่เป็นอาสาสมัคร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กลุ่มที่ 3 ได้แก่ ครอบครัวของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และกลุ่มสุดท้ายคือ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ซึ่งปรากฏตามตารางแสดงความความสัมพันธ์ ดังต่อไปนี้



ตาราง 4 สรุปข้อมูลสำคัญของผู้ร่วมวิจัยแต่ละรายของจังหวัดฉะเชิงเทรา

ที่	ชื่อผู้ร่วมวิจัย	ชื่อผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่ดูแล	อาการทางกาย	อาการทางจิต(ก่อนได้รับการดูแล)
1	นางศุภมาศ ปิ่นเจริญ(อสม.) นางสะอึ้ง ภู่อรัมย์ (คคผส) นางอเนก ฮาร์บีบี (คคผส)	นางไสว ภู่อรัมย์	การเคลื่อนไหวลำบาก คมความดันไม่ได้ ติดบ้าน	นอนไม่หลับบ่นเบื่อร้องไห้
		นางฉวี มณีอินทร์	การเคลื่อนไหวลำบากคุ่มน้ำตาล/ความดันไม่ดีติด บ้าน	ท้อแท้ เบื่อ นอนไม่หลับ
2	นายฉลวยมณีอินทร์(อสม.) นางมาลา มณีอินทร์ (คคผส)	นางจางมณีอินทร์	HTติดเตียง	เบื่ออาหาร นอนไม่หลับเครียด
		พระเก็น นวลฉวี	DM ถูกตัดขาดติดสังคม	เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ
3	นางกัญญา กำเนิดเรือง(อสม.) นางบุญนา ตากทรัพย์ (คคผส)	นายถวิล ตาดทรัพย์	การเคลื่อนย้ายใช้ถัด ใส่สายสวนปัสสาวะ ติดสังคม	บ่นเบื่อ นอนไม่หลับ
		นายหลาย กำเนิดเรือง	ใส่สายสวนปัสสาวะอ่อนเพลีย ติดสังคม	เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เครียดกับอาการ
4	นางบุญนา ภู่อรัมย์ (อสม.)	นางวาด เมฆวิจิตร	เวียนศีรษะ ติดสังคม	อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร กังวลใจ
		นางเช้า ม่วงคำ	ตามองไม่ค่อยเห็น เดินไม่ได้ติดบ้าน ติดบ้าน	ท้อ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ
5	นางพนอ สวนมะพลับ(อสม.) น.ส.เจลา พุ่มมาลา (คคผส)	นางบรรทม พุ่มมาลา	HT/หอบ ติดสังคม	นอนไม่หลับ หงุดหงิด
		นางจิว สวนมะพลับ	DM/HT ติดสังคม	นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร เป็นกังวล
6	นส.นุกูล ใหม่เจริญ (อสม.)	นางจำเนียร ใหม่เจริญ	HT ติดสังคม	บ่นสามีสูก พุดแต่สิ่งที่ตนเองกังวล นอนไม่หลับ
		นางบุญมา วงษ์วิจิตร	HT ติดสังคม	ปวดศีรษะ ไม่มีแรง
7	นางสุตาพร นวลศรี (อสม.)	นายธรรม โนนดี	HT ติดบ้าน	นอนไม่ค่อยหลับ
		นางบุญธรรม นวลฉวี	DM	หงุดหงิด

ตาราง 4 (ต่อ)

ที่	ชื่อผู้ร่วมวิจัย	ชื่อผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่ดูแล	อาการทางกาย	อาการทางจิต(ก่อนได้รับการดูแล)
8	นางวาสนา ภู่อรัมย์ (อสม.) นางมาลา ภู่อรัมย์ (คคผส)	นายเนตร นวนสง่า นายสม ภู่อรัมย์	เคลื่อนไหวลำบาก HT หลุดเลือดสมองอุดตันพูดไม่ชัด	นอนไม่หลับ กังวลหงุดหงิด โมโหง่ายแยกตัว
9	นางแสงจันทร์ บุญคำภา (อสม.)	นางเตือนใจ อุ่นสิริ	HTDM	เบื่อ ท้อแท้
10	นางโสภกา บุญเกิดมา(อสม.) นางอำพร พุกพูล (คคผส)	นางสังเวียน บุญเกิดมา	HTDM	เบื่อ หงุดหงิด
11	นางเจลา อินทร์ประเสริฐ(อสม.) นางสาวจรัส เม่นเปลี่ยน	นายวิชัย เม่นเปลี่ยน	กระดูกต้นคอทับเส้นประสาทอ่อนแอ	เบื่อ ไม่อยากทำอะไร ไม่มีความสุข
12	นางอำพร สร้อยสุข(ผดล.) นางสำรวย ไคว่ป้องอาน (คคผส.)	นายประนิม สุขสวัสดิ์	DM/ความดันตืดตึง ตืดตึง	เบื่อ ท้อแท้ ไม่อยากอยู่
		นายเสน่ห์ เกิดแก้ว	HTCVA ตืดสังคม	เบื่อ ท้อ
13	นางลำเจียก สงค์เจริญ (ผดล.) นาง ต้วจันทโชติ (คคผส.)นาง บุญเรือน ศรีคชา (คคผส)	นางหอม จันทโชติ	DM ตืดสังคม	เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เหงา
		นางสมัย ศรีคชา	DM ตืดสังคม	เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เหงา
14	นางบัวนำ อึ้งแดง (ผดล.) นางประทุม ชิงชาย (คคผส)	นางเชียนเพชรน้ำน้อย	DMCVA เดินไม่ได้ ตืดบ้าน อยู่คนเดียว	ร้องไห้ คิดถึงลูกที่จากไปไม่ลืม ซึมเศร้า
		น.ส.บรรจง นพเก็ง	DM ตืดบ้าน	เบื่ออาหารนอนไม่หลับ เหงา
15	นางประทีป เชื้อหอม (ผดล.) นางประสระ ตรีสุวรรณ(คคผส) นายบุญชู รอดเสียว (คคผส)	นางสำราญ ตรีสุวรรณ	DM กระดูกหลังเคลื่อน เดินไม่ได้ ตืดบ้าน	เบื่อทำอะไรไม่ได้
		นายจะเรียง ใจทับิม	HTCVADM ตืดตึง	บ่นเบื่อ ไม่อยากทำอะไร
16	นางสอิ่ง ภู่อรัมย์ (ผดล.) นายสุเทพ บำเพ็ญพินิจ(คคผส) นางสายชล บรรจงลิขิต(คคผส)	นายจรัญ ภู่อรัมย์	CVA ตืดตึง เดิมตืดบ้าน ปัจจุบันตืดสังคม	เบื่อหน่ายชีวิต
		นางลมัย เพ็ชรผุดผ่อง	HT/กระดูกหลังเคลื่อน ตืดตึง แผลกดทับ	เบื่อชีวิต ท้อแท้
17	นส.สุทิน เพ็ชรผุดผ่อง (ผดล.)	นางชูศรี น้ำดอกไม้	HT/	หงุดหงิด โมโหง่าย เครียด

ตาราง 4 (ต่อ)

ที่	ชื่อผู้ร่วมวิจัย	ชื่อผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่ดูแล	อาการทางกาย	อาการทางจิต(ก่อนได้รับการดูแล)
	นางเจริญ ภู่อรัมย์ (คคผล) นางมาลา กันกะเสน(คคผล)		ติดเตียง พุดไม่ค่อยได้	
18	นางวงเดือน อึ้งแดง (ผดล.)	นางปลีก ภู่อรัมย์	HT/ติดเตียง อยู่คนเดียว	ท้อแท้ ซึมเศร้า เบื่อหน่ายชีวิต
19	นายเวียบ แดงทอง (ผดล.)	นายรุ่ง แดงทอง	HT ช่วยตัวเองได้	เครียด
20	นางอุตร นอนสง่า (ผดล.)	นางสังเวียน นอนสง่า	DM	เบื่อ เหงา

หมายเหตุ อาการทางกาย

DM คือ เบาหวาน

HT คือ ความดันโลหิตสูง

TB คือ วัณโรค

CRF คือไตวายเรื้อรัง

CVA คือหลอดเลือดสมองอุดตัน

Stoke คือหลอดเลือดในสมองแตก

ผสคือผู้สูงอายุ

จากตารางสรุปข้อมูลสำคัญของผู้ร่วมวิจัยแต่ละราย จะเห็นได้ว่า ผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่มี อาการทางกาย คือ ปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ปัญหาด้านสายตา ปัญหาด้านสุขภาพ การเป็นโรค ความดันโลหิต โรคไต โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคเรื้อรังต่างๆ นอกจากนี้พบว่ามีอาการทางจิต ได้แก่ รู้สึกเหงาโดดเดี่ยว รู้สึกท้อแท้ ซึมเศร้า จากการถูกปล่อยให้อยู่ตามลำพัง, วิตกกังวลต่ออนาคตและกังวลต่อสุขภาพของตนเอง, มีปัญหาความขัดแย้งกับผู้อื่นใกล้ชิด และหงุดหงิดง่าย ซึ่งอาการต่างๆ เหล่านี้เป็นตัวบ่งชี้ถึงการเป็นกลุ่มเสี่ยงผู้มีปัญหาสุขภาพจิต โดยสาเหตุต่างๆ มาจากหลายองค์ประกอบ ดังเช่น ด้านสภาพแวดล้อม พบว่าผู้สูงอายุที่รู้สึกโดดเดี่ยวและซึมเศร้า มักอยู่ตามลำพัง, ผู้สูงอายุที่รู้สึกกังวลต่ออนาคตของตนเอง มักไม่ปัญหาด้านสุขภาพและปัญหาด้านการเงิน เป็นต้น ในส่วนด้านสภาพจิตใจ พบว่าผู้สูงอายุที่รู้สึกหงุดหงิดง่าย มีความเครียด มักอยู่ในครอบครัวที่ความสัมพันธ์ไม่ดี ทะเลาะกับคนใกล้ชิดสม่ำเสมอ ซึ่งจะเห็นได้ว่าสภาพแวดล้อมมีความสำคัญต่อผู้ร่วมวิจัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้มีการศึกษาปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในด้านบริบทพื้นที่ต่อไป

1.2 บริบทของพื้นที่

การศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการวิจัยบนพื้นที่วิจัยจำนวน 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครนายก และจังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ผ่านการคัดเลือกที่พิจารณาจาก 3 ส่วน ได้แก่ 1) มีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในพื้นที่จำนวนมาก 2) การทำงานของทีมสุขภาพในพื้นที่ที่ยังมีประสิทธิภาพไม่ชัดเจน และ 3) มีความต้องการของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ว่ามีความต้องการในการพัฒนางานของผู้สูงอายุในมิติของการส่งเสริมสุขภาพจิต สามารถนำเสนอได้ดังนี้

1) จังหวัดนครนายก

สภาพของภูมิศาสตร์ และการคมนาคม

บ้านหนองหัวลิงใน ตั้งอยู่ในตำบลหนองแสง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก เป็นตำบลที่อยู่ทางตอนเหนือของอำเภอปากพลี โดยมีเขตติดต่อกับพื้นที่ใกล้เคียง ดังนี้

ทิศเหนือ ติดต่อกับ ตำบลหินตั้ง อำเภอเมือง

ทิศตะวันออกเฉียงเหนือ ติดต่อกับ ตำบลโคกกรวด อำเภอปากพลี

ทิศตะวันตก ติดต่อกับ ตำบลศรีนาวา อำเภอเมือง

ทิศใต้ ติดต่อกับ ตำบลโคกกรวด อำเภอปากพลี และตำบลศรีนาวา อำเภอเมือง

พื้นที่ของตำบลหนองแสง ส่วนใหญ่เป็นที่ราบเชิงเขาสลับที่ราบลุ่ม เหมาะแก่การเพาะปลูกทำการเกษตร และเลี้ยงสัตว์ สภาพภูมิอากาศอยู่ภายใต้อิทธิพลของลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือพัดปกคลุมพื้นที่ประมาณช่วงเดือนพฤษภาคม – เดือนตุลาคม มีฝนตกชุกในพื้นที่ เนื่องจากอยู่ภายใต้อิทธิพล ของลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้

การคมนาคมในพื้นที่มีความสะดวก รวดเร็วในการเดินทาง เนื่องจากถนนในหมู่บ้านเป็นถนนคอนกรีต และลาดยางอัดแข็ง ระยะทางระหว่างหมู่บ้านไม่ห่างกันมากนัก การเดินทางมารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใช้เวลาไม่เกิน 15 นาที

สภาพการปกครอง

ตำบลหนองแสง ได้แบ่งการปกครองออกเป็น 2 หมู่บ้าน โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีจำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบุงเข้ รับผิดชอบ 479 หลังคาเรือน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหัวลิงใน รับผิดชอบ 584 หลังคาเรือนแบ่งหมู่บ้านออกได้เป็น

- หมู่ 1 บ้านคลองคล้า
- หมู่ 2 บ้านโคกกระชาย
- หมู่ 3 บ้านหนองหัวลิงใน
- หมู่ 7 บ้านหนองหัวลิงนงก
- หมู่ 9 บ้านเหล่าถิ่น

ประชากรในความรับผิดชอบตามทะเบียนราษฎร มีจำนวน 1,841 คน การตั้งบ้านเรือนอยู่กันเป็นคุ้ม หรือกลุ่มเครือญาติ อยู่กระจายตามพื้นที่ของหมู่บ้าน บริเวณริมถนน แต่จากการสำรวจพบว่า มีประชากรที่อาศัยอยู่จริง จำนวน 1,370 คน โดยแบ่งตามกลุ่มวัย พบว่ากลุ่มเด็กอายุ 0-14 ปี มีจำนวน 201 คน คิดเป็นร้อยละ 14.67 กลุ่มอายุ 15 - 59 ปี มีจำนวน 748 คน คิดเป็นร้อยละ 54.60 และกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 421 คน คิดเป็นร้อยละ 34.83 และกระจุกตัวใกล้บริเวณที่ตั้งของวัดประจำหมู่บ้าน มีจำนวนน้อยที่ตั้งบ้านเรือนแบบโดดๆ หรือกลุ่มน้อย 2 - 3 หลัง จากข้อมูลผังเครือญาติที่สำรวจ พบว่าประชากรส่วนใหญ่ในหมู่บ้านหรือหมู่บ้านใกล้เคียง มีความเกี่ยวพันกันเครือญาติกันส่วนใหญ่ ทำให้การรวมตัวหรือจัดกิจกรรมต่างๆ ที่เป็นความสามัคคีกันทำได้เป็นอย่างดี

เศรษฐกิจ

ประชาชนตำบลหนองแสงส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และรับจ้างทั่วไป มีการใช้ชีวิตแบบพอเพียง สังเกตจากทุกๆ บ้านจะมีการปลูกพืชผักสวนครัวไว้กินเอง มีการทำน้ำหมักชีวภาพ ปุ๋ยอินทรีย์ใช้ในครัวเรือน

ศาสนาวัฒนธรรม

พื้นเพประชาชนตำบลหนองแสง มีเชื้อสายไทยพวน ส่วนเชื้อสายอื่นๆ ดังเช่น ลาว ไทย จะมาเป็นเขย และสะใภ้ หรือย้ายมาจากที่อื่น ภาษาที่ใช้ เป็นภาษาพวน ภาษาไทย และภาษาลาว ประชาชนร้อยละ 99.89 นับถือศาสนาพุทธ และร้อยละ 0.11 นับถือศาสนาอิสลาม จากการที่คนในชุมชนมีพื้นเพเป็นคนไทยพวน จึงมีประเพณีวัฒนธรรมที่บ่งบอกการดำเนินชีวิตที่มีเอกลักษณ์ ได้แก่ ประเพณีวัฒนธรรมฮีด 12 ครอง 14 ที่มีการทำกิจกรรมพร้อมกันทั้ง 12 เดือน ตลอดทั้งปี มีความเชื่อในการนับถือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ศรัทธาในพระพุทธรูปศาสนา จึงสังเกตได้จากที่ทุกหมู่บ้านมีวัด บางหมู่บ้านมีถึง 3 วัด มีสิ่งศักดิ์สิทธิ์คู่บ้าน เช่น ศาลปู่ตาประจำหมู่บ้าน ทำให้ในทุกๆ เดือนจะมีกิจกรรมด้านความเชื่อประเพณีวัฒนธรรมทุกเดือน

สถานภาพทางการศึกษา

สถานภาพทางการศึกษาของประชาชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหัวลิงใน พบว่าสัดส่วนของผู้ได้รับการศึกษามี จำนวน 1,454 คน คิดเป็นร้อยละ 96.47 และผู้ไม่ได้รับการศึกษามี จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 3.26 ซึ่งผู้ไม่ได้รับการศึกษาจะอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ

ข้อมูลสถานสุขภาพ

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการรวบรวมข้อมูลสถานะสุขภาพของประชาชนดังนี้ วิเคราะห์ข้อมูลพบว่าส่วนใหญ่อัตราการเกิดต่ำกว่าอัตราการตาย เนื่องจากการคุมกำเนิดของประชากรที่มีบุตรเฉลี่ยไม่เกิน 2 คน และโครงสร้างของชุมชนที่มีผู้สูงอายุมากจะปรากฏอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเกิดใหม่ โดยสาเหตุของการเสียชีวิตเกิดจากโรคเรื้อรังในกลุ่มผู้สูงอายุ

สถานการณ์ด้านผู้สูงอายุในพื้นที่

การสำรวจประชากรที่อาศัยอยู่จริงในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหัวลิงในมีจำนวน 1,370 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 30 มีนาคม 2557) พบว่า ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวน 434 คน คิดเป็นร้อยละ 34.4 ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าเป็นชุมชนผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์

จากการจำแนกประเภทผู้สูงอายุตามการคัดกรอง (Barthel Activities of Daily Living : ADL) พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีจำนวน 415 คน คิดเป็นร้อยละ 92.02 โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ร้อยละ 31 และเมื่อจัดลำดับปัญหาผู้สูงอายุทั้งด้านกาย จิต สังคม พบว่า อันดับแรกคือการเจ็บป่วยเรื้อรัง อันดับที่ 2 คือ การอาศัยอยู่คนเดียว อันดับที่ 3 คือ ปัญหาสุขภาพจิต อันดับที่ 4 คือ ปัญหาโรค อันดับที่ 5 คือ ปัญหาโรค ปัญหาความพิการ ติดเตียง อันดับที่ 6 คือ ปัญหาความยากจน ด้อยโอกาส และมีปัญหาจิตเวช นอกจากนั้นได้ประเมินเพื่อค้นหาผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิต ซึมเศร้า โดยมีการคัดกรองด้วยแบบประเมิน 2Q และ 9Q ในผู้สูงอายุ พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุที่มีผลการคัดกรองผิดปกติ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ.2557 มีเพิ่มขึ้น 6 คน และในปี พ.ศ.2558 มีจำนวนเพิ่มขึ้น 10 คน

2) จังหวัดฉะเชิงเทรา

สภาพของภูมิศาสตร์ และการคมนาคม

ตำบลโพรงอากาศ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นชื่อหมู่บ้านหนึ่งที่ ตั้งอยู่ทางทิศใต้ของอำเภอบางน้ำเปรี้ยว ตามคำบอกเล่าของผู้สูงอายุ แต่เดิม ตำบลนี้มีชื่อว่า “พงตะกาด” เนื่องจากมีสภาพ รกร้างว่างเปล่า เป็นที่ราบลุ่ม มีพงหญ้าเรียกว่าต้นตะกาด และต้น ลำโพง ขึ้นอยู่มากมาย ดอกสีขาวมีสรรพคุณรักษาโรคไช้นัส เหตุที่มีต้นลำโพงและมีหญ้าตะกาด ขึ้นเป็นพงอยู่มากมาย ชาวบ้าน จึงเรียกว่า “บ้านพงตะกาด” ต่อๆ กันมา ในช่วงระยะหลัง จึงได้ เปลี่ยนเป็น “บ้านโพรงอากาศ” ดังในปัจจุบัน

พื้นที่และอาณาเขต

พื้นที่ของตำบลประมาณ 59.5 ตารางกิโลเมตรมีอาณาเขต

ทิศเหนือ ติดกับ ตำบลบางขนาก ตำบลหมอนทอง อำเภอบางน้ำเปรี้ยว

ทิศใต้ ติดกับ ตำบลบางแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา

ทิศตะวันออก ติดกับ ตำบลบางโรง กิ่งอำเภอคลองเขื่อน จ.ฉะเชิงเทรา

ทิศตะวันตก ติดกับ ตำบลบางน้ำเปรี้ยว ตำบลเนื่องเขต จ.ฉะเชิงเทรา

ลักษณะภูมิประเทศ

ตำบลโพรงอากาศ มีลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบลุ่มส่วนใหญ่เป็นพื้นที่การเกษตร ไม่มีพื้นที่ป่าไม้และภูเขา ลักษณะดินเป็นดินเหนียว มีความอุดมสมบูรณ์ และบางแห่งเป็นดินเปรี้ยว ไม่มีดินทราย หรือดินปนลูกรังเป็นพื้นที่ราบลุ่มเป็นส่วนใหญ่มีลำคลองต่าง ๆ หลายสายคือ คลอง ชวดตาสี คลองขวาง คลองบางกลาง คลองแพรกตามยาว คลองบ้านใหม่ คลองปลื้มพิบผ้า คลองบางใหญ่ บึงบางสายคลองพงษ์กระดิน และคลองลาดบางกระเบน หน้าน้ำน้ำมักไม่ค่อยท่วมแต่หน้าแล้งน้ำจะแห้งจนบางแห่งสามารถเดินข้ามคลองได้ เนื่องจากตำบลนี้เป็นที่ดอนพื้นที่จะ สูงกว่าตำบลอื่นๆ

สภาพภูมิอากาศโดยทั่วไป

ลักษณะภูมิอากาศเป็นแบบมรสุมมี 3 ฤดู คือ

- ฤดูร้อน เริ่มตั้งแต่ มีนาคม - มิถุนายน
- ฤดูฝน เริ่มตั้งแต่ กรกฎาคม - ตุลาคม
- ฤดูหนาว เริ่มตั้งแต่ พฤศจิกายน - กุมภาพันธ์

การคมนาคม

ถนนส่วนใหญ่เป็นหินคลุกมีถนนลาดยางในสายหลักของตำบล ไม่มีรถโดยสาร นอกจากถนนเส้นหลักประชาชนต้องใช้รถส่วนตัวเช่นรถจักรยานยนต์ รถยนต์ เป็นต้น บางหมู่บ้าน อยู่ใกล้ทางรถไฟก็สามารถใช้บริการรถไฟได้ ระยะทางจากหมู่บ้านถึงที่ว่าการอำเภอประมาณ 15 กม.

การปกครอง

ตำบลโพรงอากาศมีหมู่บ้านทั้งหมด 18 หมู่บ้าน จำนวน 2804 หลังคาเรือน อยู่ในเขต การปกครองของท้องถิ่น 2 ท้องถิ่น ได้แก่ อบต.โพรงอากาศทั้ง 18 หมู่บ้านและในเขตเทศบาลบางน้ำเปรี้ยว มี 3 หมู่บ้านซึ่งเป็นบางส่วนได้แก่มีหมู่ 4 หมู่ 5 หมู่ 6 ที่มีพื้นที่ในเขตเทศบาลบางน้ำเปรี้ยว ประชากรของตำบลทั้งหมด จำนวน 9,288 คน เป็นชาย 4,558 คน หญิง 4,730 คน อยู่ใน การดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพรงอากาศแห่งเดียว

ข้อมูลด้านประชากร

ประชากรแยกตามกลุ่มอายุ ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพรงอากาศ กลุ่มวัยเด็กแรกเกิด-9ปี มีจำนวน 1,052 คนคิดเป็นร้อยละ 11.33 กลุ่มวัยรุ่น 10-19 ปีมีจำนวน 1,271 คนคิดเป็นร้อยละ 13.68 กลุ่มวัยทำงาน มีจำนวน 5,460 คนคิดเป็นร้อยละ 58.79 และกลุ่มวัย ผู้สูงอายุ มีจำนวน 1,439 คน คิดเป็นร้อยละ 15.49

การตั้งบ้านเรือนของประชาชน จะตั้งบ้านเรือนในที่ประกอบอาชีพของตนเอง บ้านเรือนเดิมตั้งเรียงติดลำคลองแต่ปัจจุบันได้มีการย้ายมาตั้งติดถนนมากขึ้นแต่ก็ยังอยู่ห่างกันใน พื้นที่ครอบครองของตนเอง ในแต่ละหมู่บ้านจากการดูตามผังเครือญาติแล้วพบว่าจะเป็นญาติพี่น้อง กันเป็นส่วนใหญ่ในหลายๆหมู่บ้านจึงมีสังคมแบบช่วยเหลือเกื้อกูล ยามเจ็บป่วยหรือมีปัญหาจะไป เยี่ยมให้กำลังใจกัน

เศรษฐกิจ ประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมทำนา ซึ่งจะทำนาปลังปีละ 2 ครั้ง ซึ่ง จะใช้เครื่องจักรกลเป็นส่วนใหญ่ตั้งแต่เริ่มไถ หว่านและเกี่ยว ดังนั้นแรงงานคนอื่นๆในบ้านจึงไป รับจ้างทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมเป็นรายได้เสริม หรือปลูกข้าวตะไคร้ตามคันนาหรือที่ว่างเปล่า ในบ้านพอเป็นอาชีพเสริมอีกทางหนึ่ง ขณะนี้เริ่มมีการปลูกผักกางมุ้ง ปลอดภัยจากโครงการ ของรัฐบาลสนับสนุนอุปกรณ์มาให้ ส่วนใหญ่ประชาชนจะไม่ค่อยว่างงาน

การนับถือศาสนา ศาสนาพุทธร้อยละ 100 มีวัด 6 แห่ง

1. วัดนิลราษฎร์ศรัทธาบำรุง หมู่ที่ 1
2. วัดบางสาย หมู่ที่ 3
3. วัดโพรงอากาศหมู่ที่ 9
4. วัดญาณรังษารามหมู่ที่ 13
5. วัดลาดบางกระเบน (วัดเกาะมะขาม) หมู่ที่ 14
6. วัดตะพังคลี หมู่ที่ 1

ประชาชนยังนิยมที่จะใส่บาตรตอนเช้าเป็นประจำ มาวัดทำบุญตามเทศกาลที่สำคัญ เช่นวัดมาฆบูชา วันสงกรานต์ วันวิสาขบูชา วันอาสาฬหบูชาวันเข้าพรรษา เป็นต้น แต่เรื่องของการ ทรงเจ้าเข้าทรงก็ยังมีเชื่ออยู่ จากการที่จะมีการตีหัวไม้ซึ่งเป็นพิธีกรรมสำหรับบ้านที่รับเป็น ทรงต้องทำงานประจำปีที่บ้าน การเจ็บป่วยที่หาสาเหตุไม่ได้ก็จะนิยมไปดูตามทรงต่างๆ เป็นต้น

การศึกษาประชาชนส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีการศึกษาตามภาคบังคับ ผู้สูงอายุส่วนน้อยที่อ่านหนังสือไม่ออกประมาณร้อยละ1มีโรงเรียนที่อยู่ในตำบลเป็นโรงเรียนมัธยมที่สอนถึงระดับมัธยมปลาย 1 แห่ง โรงเรียนขยายโอกาส1แห่งโรงเรียนประถมศึกษา 6 แห่ง

ข้อมูลสถานสุขภาพ

จากจำนวนสถิติชีพปี2558พบว่าอัตราเกิดมีชีพ=11.26 ต่อพัน อัตราตาย = 4.84 อัตราเพิ่มร้อยละ0.6 ปี2559 อัตราเกิดมีชีพ = 7.93 ต่อพัน อัตราตาย =4.89 อัตราเพิ่ม =0.3 แนวโน้มการเกิดลดลง การตายยังคงอัตราเท่าเดิม

สถานการณ์ผู้สูงอายุของตำบลโพรงอากาศ

จากการสำรวจผู้สูงอายุ1286 คนพบว่าผู้สูงอายุ ที่มีADL 12 ขึ้นไปกลุ่มติดสังคมมีจำนวน 1255คน คิดเป็นร้อยละ 97.59 ผู้สูงอายุ ADL=5-11 มีจำนวน 15คน คิดเป็นร้อยละ 1.17 ADL 0-4 = 16 คน คิดเป็นร้อยละ 1.24 ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความเจ็บป่วยทางกายจากโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูงโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจและสุขภาพจิต ดังนี้

โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 380 คน

เบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 272 คน

เบาหวาน 48 คน

ผู้สูงอายุติดเตียง 16 คน

โรคทางจิต ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 11 คน

โรคหลอดเลือดสมอง หัวใจ จำนวน 7 คน

โรคจิตเภท จำนวน 2คน และสมองเสื่อม1คน

ส่วนที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน

จากการดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการแบ่งวงรอบออกเป็นวงรอบที่ต่อเนื่องกัน แต่ละวงรอบอาศัยผู้ร่วมวิจัยเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จนนำไปสู่การสังเคราะห์รูปแบบของการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชนต่อไป อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ได้แบ่งการนำเสนอผลการศึกษาออกเป็นระยะต่างๆ ได้แก่ ระยะก่อนดำเนินการวิจัยระยะดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ซึ่งเป็นการนำเสนอภาพรวมของทั้งสองพื้นที่ ได้ดังนี้

2.1 ระยะก่อนดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์

ระยะก่อนดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ เป็นระยะที่ผู้วิจัยค้นหาสภาพการทำงานที่ผ่านมาในอดีตของทีมสุขภาพในชุมชนก่อนการเริ่มดำเนินการปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ซึ่งผู้วิจัยได้มีการศึกษาสถานการณ์เบื้องต้นที่ผ่านมาในอดีตจนถึงปัจจุบัน โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญ ได้แก่ 1) เพื่อศึกษารูปแบบการทำงานในอดีตของทีมสุขภาพในชุมชน2) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของการ

ทำงานแบบเครือข่าย และ 3) เพื่อศึกษาบทบาทหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายหลักในระยะนี้คือ เพื่อให้เกิดแนวคิดเชิงวิพากษ์ในกระบวนการทำงานในอดีตและปัจจุบัน และเห็นความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชนของตนเองสามารถสรุปผลการศึกษาแบ่งออกได้เป็น 3 ตอน ได้แก่

2.1.1 สถานการณ์การทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

จากการที่ผู้วิจัยได้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเด็นของรูปแบบการทำงานที่ผ่านมา ความรู้สึกนึกคิด และคุณค่าของการทำงาน พบว่าสถานการณ์การทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในระยะแรก ประกอบด้วย 3 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ทำงานแบบตั้งรับ

ผู้วิจัยได้สอบถามไปยังผู้ร่วมวิจัยถึงลักษณะการทำงานของทีมสุขภาพ โดยเปิดโอกาสให้สะท้อนการทำงานที่ผ่านมาในอดีต โดยมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อให้เกิดการทบทวนและมองเห็นปัญหาในกระบวนการทำงานอันนำไปสู่แนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาต่อไป โดยพบว่าการทำงานในอดีตมีลักษณะของแนวตั้งรับนั้นคือผู้ดูแลหรือเจ้าหน้าที่อาสาสมัครประจำอยู่กับที่ และให้ผู้สูงอายุเป็นผู้เดินเข้ามาหา โดยผู้ร่วมวิจัยท่านหนึ่งได้กล่าวว่าในสมัยก่อนหากมีใครเดินทางไปหาผู้สูงอายุในชุมชนจะถือว่าเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม ไม่มีใครทำกันเพราะไม่ได้ถูกกำหนดให้ทำ เนื่องจากการทำงานในลักษณะนี้มีความเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้สูงอายุ รวมถึงความปลอดภัยของผู้ดูแลที่เดินทางไปในชุมชน ดังนั้นในอดีตจึงไม่นิยมเดินทางไปหาผู้สูงอายุในชุมชน ทำให้ผู้ดูแลที่เห็นถึงแนวทางที่ต้องเดินทางไปหาผู้สูงอายุในชุมชน เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีการเดินทางมาที่โรงพยาบาลหรือสถานเอนามัยลำบาก ครอบครัวของผู้สูงอายุไม่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ในช่วงแรกที่ผู้ดูแลต้องพบกับอุปสรรคในการเดินทางไปหาผู้สูงอายุ ไม่ได้รับการต้อนรับจากครอบครัวของผู้สูงอายุ และได้รับการต่อต้านในระหว่างการให้การรักษาผู้สูงอายุ

แต่เดิมทำงานมา ครั้งแรกๆ นโยบายสมัยนั้นเค้าไม่นิยมให้ออกไปเยี่ยมบ้านหรือส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่จะต้องอยู่ในสถานบริการ การออกไปทำงานข้างนอกนะแปลกสมัยเดิมนะ...เราอยากออกไปรู้อะไรบ้าง ก็ติดรถจักรยานเข้าไปแถวนั้น พอเค้าเริ่มมีมอเตอร์ไซด์ก็ไปได้ไกลขึ้น แต่พอเริ่มไกลขึ้น เริ่มเจอความยากลำบาก พอทำไประยะหนึ่ง มันเห็นว่าสิ่งที่เราทำมันไม่สามารถทำคนเดียว ทำไม่ไหว ทำไม่ได้แล้ว เพราะมันมีคนที่ยากลำบาก มันเกินความสามารถของเราจะช่วยให้ (จนท.น.2)

นอกจากนี้ผู้ร่วมวิจัยได้มีการสะท้อนความคิดเกี่ยวกับปัญหาในการปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานไปสู่การพัฒนากระบวนการทำงาน โดยมองว่าการเข้าไปช่วยเหลือต่อผู้สูงอายุในชุมชนเป็นสิ่งที่ต้องทำแม้จะไม่ได้รับความนิยม จึงใช้การแก้ปัญหาในการทำงานโดยทำงานในลักษณะเป็นการส่วนตัว แต่เมื่อเห็นว่าการทำงานดังกล่าวไม่สามารถช่วยเหลือได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ จึงเริ่มมีการค้นหาเครือข่าย เริ่มจากเครือข่ายที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวจากการได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน ได้รู้จักผู้นำชุมชน และพยายามดึงคนที่มีความสามารถในการช่วยเหลือได้มากกว่าตนเองไปลงพื้นที่ร่วมด้วย

ช่วงหลังมาเริ่มมี อบต. มาแล้ว เริ่มมีท้องถิ่น เริ่มมีคนที่เรารู้จักมากขึ้น แล้วบังเอิญได้คุ้นเคยกับนายกคนหนึ่ง ซึ่งแกเป็นคนใจกว้างมาก เอาไหนเอากันและค่อนข้างจะสนิท ปีแรกๆ เราก็เหมือนหลอกเค้าไป บอกเค้าว่า นายกปีนี้มีเวลาใหม่ขอเวลาแค่ 1 วัน เราจะไปเยี่ยมผู้สูงอายุกัน ประมาณแค่ 2 ราย แต่ 2 รายเนี่ย เราเลือกรายที่สาหัสที่สุดของตำบล ...พอไปถึงบ้านเราก็เปิดโอกาสให้นายกคุยกันกับเค้าว่าลำบากอะไร เราคอยถามว่านายกจะช่วยยังไงดี นายกเค้าจะมีพวกเค้า เค้าว่าจะโทรชวนมา โดยที่ใช้งบประมาณหลวง มันก็เป็นจุดเริ่มต้นของการที่มีจะต้องมีใครสักคนมาช่วยในการดูแลผู้สูงอายุ ตั้งแต่นั้นมาเราก็ทำเป็นประเพณีในการออกเยี่ยมผู้สูงอายุ (จนท.จ.1)

แต่อย่างไรก็ตามแม้จะมีการพัฒนาด้านเครือข่ายโดยชักชวน นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมาเป็นเครือข่ายแล้วจึงมีการสร้างแนวทางการปฏิบัติคือการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุและเริ่มออกนอกสถานที่มากขึ้น แต่ในการออกเยี่ยมบ้านนั้นจะใช้งบประมาณที่เกิดจากการบริจาคและงบประมาณส่วนตัว เนื่องจากยังติดขัดเรื่องการเบิกจ่ายงบประมาณจากต้นสังกัด ซึ่งในกระบวนการพัฒนาต่อมาพบว่า ได้มีการพัฒนาแนวคิดโดยยึดหลักสำคัญคือ มีการสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้สามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเองโดยพึ่งผู้อื่นน้อยที่สุด สามารถทำประโยชน์ต่อตนเอง ต่อชุมชนและสังคม มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ มีความมั่นคงในครอบครัว ชุมชนและสิ่งแวดล้อม อยู่ในสังคมได้อย่างปลอดภัย อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี และแบ่งได้เป็น 2 มิติหลัก ได้แก่

1. มิติด้านการบำบัดรักษาซึ่งมีการทำงานในลักษณะของการส่งต่อในกรณีที่ผู้สูงอายุมีอาการทางร่างกายที่ย่างยากซับซ้อน
2. มิติการฟื้นฟูสุขภาพมีการทำงานโดยการติดตามเยี่ยมดูแลสุขภาพที่บ้านหรือการให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพกายและใจ ซึ่งถือว่าเป็นมิติการทำงานในเชิงรุกที่เปลี่ยนแปลงไปจากแต่ก่อนโดยมีการเน้นให้ผู้สูงอายุและญาติที่มีศักยภาพ และมีความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้านมากขึ้น

ประเด็นที่ 2 ทำงานแบบแยกส่วน

แม้จะมีการพัฒนากระบวนการทำงานในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแล้ว แต่ผู้ร่วมวิจัยได้มีการสะท้อนถึงรูปแบบการทำงานของทีมดูแลผู้สูงอายุ ยังไม่มีการศึกษารูปแบบการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นภายนอกองค์กร เนื่องจากในอดีตนั้นยังไม่ได้เกิดแนวคิดของการบูรณาการร่วมกัน ทำให้ต่างคนต่างทำหน้าที่ของตนเองตามที่ได้รับมอบหมาย เมื่อเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุ ทำให้มีผู้สูงอายุในชุมชนเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่มีทีมผู้ดูแลที่ไม่เพียงพอส่งผลให้ทีมดูแลต้องทำงานหนักมากขึ้น เมื่อมีการสนับสนุนในเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปดูแลผู้สูงอายุเข้ามาสามารถลดอุปสรรคในการทำานให้ทีมดูแลเข้าสู่พื้นที่ได้ง่ายขึ้น เช่น สามารถจัดหารถเข้าสู่พื้นที่ มีเบี้ยเลี้ยงอุดหนุนจึงสร้างกำลังใจให้กับทีมงาน เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามการทำงานในด้านการดูแลผู้สูงอายุยังคงถูกมองว่าเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข จึงยังไม่ได้รับความร่วมมือจากองค์กรภายนอก เช่น องค์กรบริการส่วนท้องถิ่น เป็นต้น รวมถึงยังไม่เคยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างทีมดูแลผู้สูงอายุกับพื้นที่อื่น ดังนั้นรูปแบบของการทำงานจึงมีลักษณะที่แตกต่างกันออกไปตามความเหมาะสมของแต่ละบริบท และยังไม่ได้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

นอกจากนี้พบว่ารูปแบบการทำงานที่ได้รับการพัฒนา เป็นรูปแบบของการเยี่ยมบ้าน โดยเดินไปร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยมีการแบ่งบ้านของผู้สูงอายุให้กับ อสม. อย่างน้อย 8-15 ครัวเรือน โดย อสม. จะมีการตกลงระหว่างกันเองว่าท่านใดสะดวกไปที่บ้านใด โดยพิจารณาจากความคุ้นเคยระหว่าง อสม. กับครอบครัวของผู้สูงอายุ อยู่อาศัยในหมู่บ้านเดียวกัน จึงทำให้มีความสนิทกัน โดยในเบื้องต้นได้มีการให้ค่าตอบแทนเดือนละ 4 วัน ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ ซึ่งคิดเป็นค่าตอบแทนประมาณ 600 บาท/เดือน อย่างไรก็ตามสำหรับในแนวทางการพัฒนาต่อไปคือการสร้างองค์ประกอบของทีมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละหมู่บ้าน และได้รับการอบรมให้ความรู้ตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด จากพี่เลี้ยงคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ 3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็น อสม. ที่ผ่านการอบรมเพิ่มเติม 70 ชั่วโมง ในหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านและติดเตียง ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยรูปแบบการทำงานนั้นจะมีการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน มีการรับฟังและเสนอแนวทางร่วมกัน แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีการวางแผนกำกับดูแลอย่างจริงจัง บางครั้งเมื่อผู้ดูแลมาขอคำปรึกษา อาจใช้วิธีการนัดหมายให้เจ้าหน้าที่ติดตามลงไปดูเป็นรายๆ และไม่มีการติดตามอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสนใจของเจ้าหน้าที่และผู้ดูแล รวมถึงในรูปแบบการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพ ผู้ดูแลจะดูแลข้ามหมู่บ้านและมักจะดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางกายภาพอย่างชัดเจน เช่น เป็นกลุ่มติดบ้านติดเตียง และกลุ่มที่มีอาการทางสมอง แต่ยังคงพบว่าผู้ดูแลบางคนอาจรับผิดชอบแต่ละกลุ่มคนที่อยู่ในหมู่บ้านของตนเองเท่านั้นเนื่องจากการเดินทางมีความยากลำบาก

ประเด็นที่ 3 ทำงานตามบทบาทหน้าที่และทำงานตามมอบหมาย

จากการทำงานของทีมดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในอดีต ได้ถูกกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย เช่น ให้การดูแลเรื่องสุขภาวะ ให้การรักษาอาการเบื้องต้นตามความเห็นของทีมดูแล ประสานงานจัดส่งผู้สูงอายุให้ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลประจำตำบลหรือส่งต่อ เป็นต้น ดังนั้นในระยะนี้ทีมดูแลผู้สูงอายุมีการทำงานโดยการเยี่ยมบ้านและแบ่งออกเป็นระดับของความถี่ในการเข้าเยี่ยม เน้นปริมาณของการเข้าเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชนให้ได้ครบถ้วน การดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นการดูแลเฉพาะร่างกาย และเห็นว่าการพูดคุยสอบถามอาการเป็นการดูแลด้านจิตใจ ประกอบกับมีการประเมินสุขภาพจิตจากแบบสอบถามสำหรับในการดูแลทางสุขภาพจิต โดยใช้การคัดกรองเป็นการค้นหาผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวช ด้วยแบบคัดกรองอาการซึมเศร้า (2Q) และแบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) โดยผู้คัดกรอง 2Q จะใช้โดยอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแล (Care Giver) เมื่อมีผลลัพธ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าจะส่งต่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประเมินซ้ำด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) และเมื่อคัดกรองหากพบว่ามีความเสี่ยงน้อยจะให้คำปรึกษาหาทางออกร่วมกัน ถ้ามีปัญหาปานกลาง จะชักชวนทำกิจกรรมที่สนใจ และหาทางแก้ปัญหาโดยเครือข่าย หากมีปัญหารุนแรงอาจคิดฆ่าตัวตายให้แก้ปัญหาโดยเครือข่ายส่งต่อโรงพยาบาลปากพลี ซึ่งในระยะนี้ทีมดูแลได้เห็นว่าเป็นการคัดกรองและประเมินที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน

2.1.2 ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

จากการศึกษาด้านสถานการณ์การทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชนแล้ว พบว่าการดำเนินการที่ผ่านมายังมีเงื่อนไขด้านนโยบายในสมัยก่อนที่เน้นการตั้งรับ ไม่นิยมออกนอกพื้นที่ การเยี่ยมบ้านเป็นเรื่องส่วนบุคคล ขาดงบประมาณสนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุทำให้เกิดข้อจำกัดในการดูแลได้อย่างทั่วถึง รวมถึงไม่เคยมีการกำหนดรูปแบบการทำงานร่วมกันภายในองค์กรและไม่เคยมีระบบการสร้างเครือข่ายกับภายนอกองค์กรทำให้การทำงานแยกส่วนกันอย่างเห็นได้ชัด และการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิตเน้นการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่โดยเฉพาะการคัดกรองหาความเสี่ยงด้วยเครื่องมือ 2Q และ 9Q เท่านั้น

ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน จึงต้องอาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างทีมดูแลสุขภาพจิตในชุมชน การทำงานกับเครือข่ายผู้สูงอายุ ครอบครัวของผู้สูงอายุ และเครือข่ายฝ่ายปกครองในชุมชน สามารถสรุปเป็นประเด็นได้ดังนี้

1. ด้านนโยบาย ทีมดูแลสุขภาพต้องการการสนับสนุนจากเครือข่ายพันธมิตรในด้านการสนับสนุนงบประมาณเพื่อการเดินทางและการเยี่ยมบ้านที่มากขึ้น ต้องการการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายในลักษณะจากตั้งรับไปสู่เชิงรุก

2. ด้านการปฏิบัติ ที่มดดูแลสุขภาพยังไม่เคยมีกิจกรรมการพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ดังนั้นจึงยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการดำเนินการ ที่มดดูแลสุขภาพให้ความสำคัญในเรื่องการมีเวทีเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน

จากประเด็นการค้นหาคำความต้องการจำเป็นเบื้องต้นจึงนำไปสู่การเตรียมความพร้อมให้กับผู้ร่วมวิจัยในเรื่องการสร้างกิจกรรมสุนทรีย์สนทนาจากเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

2.1.3 การเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้มีส่วนร่วมวิจัย

ในระยะก่อนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้เชิญผู้ร่วมวิจัยและเครือข่ายมาเข้าร่วมกิจกรรมอันนำไปสู่การค้นหามหาแนวทางเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงานในเบื้องต้น โดยมีเป้าหมายหลักคือ ได้รับความรู้รูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในอดีตและปัจจุบันจากการเล่าประสบการณ์การทำงานของผู้ร่วมวิจัย เพื่อนำไปสู่การพัฒนากระบวนการทำงาน

จากสถานการณ์การทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตในอดีต พบว่ารูปแบบการทำงานเป็นแบบแยกส่วนกันทำงานตามโครงสร้างหน้าที่ ไม่เคยมีการพูดคุยหรือแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างทีมดูแลต่างพื้นที่ภาพที่สะท้อนข้อสรุปนี้ ผู้วิจัยได้สังเกตเห็นจากการเดินทางมาลงทะเบียนและยังคงนั่งแยกเป็นกลุ่มเป็นก้อนตามที่ตนเองรู้จัก ไม่มีพูดคุยหรือทักทายกันกับเพื่อนต่างถิ่น และมาเข้าร่วมเพราะได้รับมอบหมายเพราะตรงกับหน้าที่ปฏิบัติของตนเองภายหลังเมื่อได้เริ่มกิจกรรมที่ 1 คือ กิจกรรมเล่าเรื่อง “ความเป็นมา” กับ “ความเป็นอยู่” ผู้วิจัยได้สังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงของการแสดงออก/การกระทำระหว่างกัน เช่น การปรบมือชื่นชม การพูดคุยระหว่างกันมากขึ้น สามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ดังนี้

กิจกรรม “ความเป็นมา” กับ “ความเป็นอยู่”

ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเล่าถึงประสบการณ์ของตนเองที่ผ่านมาในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนพบว่า ได้มีการสะท้อนถึงความรู้สึกในการทำงานของตนเองว่า เป็นการทำงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย โดยได้กำหนดวิธีการเยี่ยมบ้านตามระดับ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเข้มข้นที่เยี่ยมบ้านทุกวันหรือ 3-5 วัน/สัปดาห์ ระดับเฝ้าระวังเป็นการติดตามสัปดาห์ละ 1 วัน จำนวน 2 เดือน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัคร และระดับต่อเนื่องที่เน้นการติดตามสัปดาห์ละ 1 วันโดยอาสาสมัคร และวิธีการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน ใช้วิธีการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต หรือโรคทางจิตเวช ซึ่งใช้การประเมินแบบคัดกรองอาการซึมเศร้า 2Q โดยอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแล (Care giver) และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลประจำตำบล โดยผลการประเมินสามารถแบ่งออกได้ 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับปัญหาน้อย จะใช้วิธีการร่วมกันหาทางออก 2) ระดับปานกลาง จะมีการชักชวนให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่ตนเองสนใจ เช่น การฝึกสมาธิบำบัด ดนตรีบำบัด โยเก้กบำบัด ฤๅษีดัดตน ศิลปะบำบัด เป็นต้น

เดิมนั้นการดูแลผู้สูงอายุ เราก็ไม่ได้คิดอะไรมาก ก็แค่ดูแลตามหน้าที่ ที่หมอนามัยเขาบอกมา โดยถ้าผู้สูงอายุคนไหนมีปัญหาเป็นโรคช่วยตัวเองไม่ได้ ก็จะไปบ่อยหน่อย อาการหนักก็ไปทุกวัน ดีขึ้นแล้วก็ไป 3ถึง 5 วันต่อสัปดาห์ แต่ถ้าคนไหนที่เราต้องติดตามดูแลอาการไม่ให้เพิ่มมากขึ้น ก็จะไปอาทิตย์ละวัน ไปอย่างน้อย 2 เดือนในการดูแลสุขภาพจิต ก็จะใช้แบบประเมิน 2Q9Qตามที่อบรมมา....(ผดล.น.2)

กิจกรรม “เป็นไป”

ภายหลังจากได้ดำเนินกิจกรรมในวันแรก ทำให้ผู้ร่วมวิจัยได้รู้จักกันมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากการพูดคุยกันทั้งเป็นทางการ มีการสอบถามและโต้ตอบระหว่างกัน และพูดคุยไม่เป็นทางการ จนเกิดการแลกเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์หรือการติดต่อกันในทางอื่น จากการสัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัย พบว่าผู้ร่วมวิจัยได้เกิดความดีใจที่ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนระหว่างกัน รวมถึงทำให้เห็นว่าปัญหาที่ตนเองประสบนั้นที่อื่นก็ประสบเช่นเดียวกัน ทำให้เกิดความเห็นอกเห็นใจและให้กำลังใจระหว่างกัน ซึ่งภายหลังจากกิจกรรมในวันแรกแล้ว ผู้วิจัยได้มีการสรุปข้อคิดหรือสาระสำคัญของกิจกรรม “ความเป็นมา” และ “ความเป็นอยู่” ให้กับผู้ร่วมวิจัยได้ฟัง และนำเข้าสู่กิจกรรม “เป็นไป”

ผลจากการดำเนินการของระยะก่อนดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์การทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 2) ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน และ 3) การเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้มีส่วนร่วมวิจัย ทำให้ได้พบว่าทีมผู้ร่วมวิจัยได้สะท้อนปัญหาที่มีความสอดคล้องกัน เกี่ยวกับ 3 ประเด็นได้แก่ ประเด็นที่ 1 ทำงานแบบตั้งรับ ประเด็นที่ 2 ทำงานแบบแยกส่วน และประเด็นที่ 3 ทำงานตามบทบาทหน้าที่/

ทำงานตามมอบหมายโดยพบว่ามีความต้องการจำเป็นในเบื้องต้นคือ ต้องการด้านนโยบายที่สนับสนุนต่อการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านและการสร้างเครือข่ายในการทำงาน และต้องการด้านการปฏิบัติคือการมีเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและเทคนิคการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ จะเห็นได้ว่าในระยะก่อนดำเนินการวิจัยนี้ มีเป้าหมายเพื่อการคัดเลือกนำเอาประสบการณ์จากผู้ร่วมวิจัยท่านอื่นไปปรับให้เข้ากับการทำงานของตนเอง หรือเรียกได้ว่าเป็นการทดลองใช้เทคนิคของผู้อื่น ซึ่งกระบวนการนี้ผู้ร่วมวิจัยได้เป็นผู้ร่วมผลักดันในทีมของตนเองให้คัดเลือกเอาสิ่งที่คิดว่าทีมตนเองสามารถปฏิบัติตามได้ และเห็นว่าเป็นสิ่งน่าจะนำไปลองใช้บ้าง และให้คำมั่นสัญญาระหว่างกันว่าจะดำเนินการตามแนวทางเดียวกัน ทำให้ทุกคนเห็นความสำคัญ และมีความพร้อมต่อการดำเนินกิจกรรมในระยะต่อไป

2.2 ระยะดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์

หลังจากระยะก่อนดำเนินการวิจัยดังกล่าวถือว่าการสร้างเป้าหมายร่วมกัน เตรียมความพร้อมต่อการผลักดันและเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงานของทีมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชนร่วมกันของทั้งสองพื้นที่ จากนั้นจึงเข้าสู่ระยะดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ ซึ่งประกอบด้วย 2 วงรอบ ในแต่ละวงรอบแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การสร้างทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ โดยจะแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนย่อยได้แก่ 1) การพัฒนาทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ (The Formation of Critical Theorems) 2) การสร้างความรู้ที่ชัดเจนร่วมกัน (Enlightenment) 3) การจัดรวบรวมวิธีปฏิบัติ (The Organization of Action) ซึ่งผลที่ได้จากการจัดรวบรวมวิธีปฏิบัติจะได้ “แนวทางการปฏิบัติร่วมกัน” จากนั้นก็จะเข้าสู่ขั้นตอนที่ 2 การวิจัยปฏิบัติการ ซึ่งในขั้นวิจัยปฏิบัติการนี้แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนย่อยได้แก่ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติและการสังเกต และ 3) การสะท้อนผลหลังการปฏิบัติของแต่ละวงรอบ โดยรายงานผลเป็นการนำเสนอภาพรวมของทั้งสองพื้นที่การวิจัยสามารถนำเสนอได้ดังนี้

2.2.1 วงรอบที่ 1 ประกอบด้วย

1) การสร้างทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ 1

ในขั้นตอนการสร้างทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ ของวงรอบที่ 1 นี้ผู้วิจัยได้ขอให้ผู้ร่วมวิจัยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมาร่วมกัน โดยได้พูดคุยในประเด็นของกิจกรรมต่าง ๆ ในการทำงานที่ผ่านมาเพื่อนำไปสู่การหาแนวทางการทำงานที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบัน สามารถวิเคราะห์ออกมาได้เป็นกิจกรรมการทำงานเบื้องต้นได้ 6 กิจกรรม เพื่อนำไปสู่การวางแผนการปฏิบัติที่มีแนวทางการดำเนินการต่อไป ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การพูดคุยและให้คำแนะนำ

กิจกรรมนี้ใช้คำพูดที่สร้างให้เกิดกำลังใจ หรือสร้างให้เกิดความหวัง โดยกิจกรรมนี้มักนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาด้านค่าใช้จ่ายหรือไม่สามารถทำงานได้แต่มีรายจ่ายเพิ่มสูงขึ้น ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพ กลุ่มติดเตียง ผู้สูงอายุที่มีความขัดแย้งกับคู่ดูแล เป็นต้น โดยผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีความต้องการคือ อยากรับงานทำ ต้องการให้มีคนมาพูดคุยด้วย

ต้องการใครสักคนมาเข้าใจในข้อจำกัดของตนเอง ต้องการกำลังใจ อย่างไรก็ตามภายหลังจากการทำสุนทรียสนทนาแล้ว ผู้ร่วมวิจัยได้มีการอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงภายหลังจากได้มีการดูแลสุขภาพจิตให้กับผู้สูงอายุด้วยกิจกรรมนี้ นั่นคือ ทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจและความหวังมากขึ้น มีการยิ้มแย้มแจ่มใสมากขึ้น ผู้สูงอายุรู้สึกดีใจและเกิดความผูกพันกับเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครสาธารณสุขที่มาเยี่ยม ผู้สูงอายุได้รับการฟื้นฟูกำลังใจกลับมา ผู้สูงอายุมีความพยายามในการพัฒนาความสามารถของตนเองในการพึ่งพิงตนเอง และผู้สูงอายุเริ่มมีการพูดคุยวางแผนอนาคตร่วมกับกับผู้ดูแล

ก็ให้กำลังใจแก พูดคุยว่าถึงคราวที่เค้า (ลูกหลาน) จะต้องดูแลเรา มันจะดีขึ้นเอง... แล้วก็ถามแกว่ากินข้าวเองได้ไหม แกว่าตักกินได้...เพราะเราไปให้กำลังใจเค้า ไม่ได้ไปพูดให้เค้าเสียใจ เราต้องคุย เค้าก็จะพูดกับเรา...เราก็บลอบไปว่าเดี๋ยวมันจะค่อยๆ ดีขึ้น...หลังๆ ดูนี่มีกำลังใจ มีความหวังว่าคนที่เข้ามาพูดคุย แนวทางที่พอช่วยเหลือได้...คือถ้ามีคนไปคุยกับแก แกจะยิ้ม แกชอบ ดูนี่มีความสุขแจ่มใส แวดตาบอกถึงความสุข...ไปคุยกับแกก็ดีใจ แกกลับมาถามเรา หวังเราด้วยว่าไปไหนเป็นยังไงบ้าง มันเป็นความผูกพันของเรากับคนป่วย (อสม.น.2)

แกก็เครียด เพราะว่าลูกไม่มีงานทำ แม่ก็ไม่มีรายได้ แกก็ท้อแท้ เราก็บอกว่า อย่าท้อแท้สู้ๆเพื่อลูก หลานยังอยู่ แกก็บอกว่าสู้ๆ แต่กินไม่ได้ ภูเห็้อย...เราก็บลอบใจ ป้าสู้ๆ ไม่ต้องไปท้อแท้ใจ คือใครว่าที่ข้างนะ ป้าไปวัด ป้าก็ทำดีซะอย่าง ไม่ต้องไปสนใจ ไม่มีปัญหาอะไรหรอก เราก็บอกแกอย่างนี้...แกก็บอกว่าภูเห็นมีงมาคุยกับภู ภูก็มีใจพินมา (อสม.น.6)

แกพูดว่าอยากตาย ไม่อยากอยู่แล้วเพราะว่าเคยเดินได้ทำอะไรได้ แล้วทำไม่ได้ พวกพี่ก็มีการเข้าไปคุยช่วยเหลือ หาอุปกรณ์ไปฟื้นฟู ทำกายภาพ แวะไปให้กำลังใจ ไปพูดว่าโรคนี้อาสาปฏิบัติตัว ทานยาหมอบให้มา มันจะดีขึ้น และทำกายภาพด้วย...ตอนนี้เค้าช่วยเหลือตัวเองได้ เดินได้ แต่ว่าก็ไม่ได้เต็มร้อยเท่าไร แกเป็นข้างขวาตอนนี้แกตักอาหารทานเองได้ ตอนที่เขินตอนแรกแกตักทานไม่ได้ (อสม.น.3)

เวลาที่เราไปหาที่เราไม่ได้ไปคุยเรื่องที่แกเจ็บป่วยหรอก คุยเรื่องทั่วไปก่อน สภาพบ้าน ให้กำลังใจ แล้วก็ถามอาการ แล้ววัดความดัน เพราะส่วนมากผู้สูงอายุชอบให้วัดความดัน ความดันไม่สูงมากเค้าก็ดีใจ...เราก็งเกตสีหน้าดูนะว่าถ้าอารมณ์ดีนะ เค้าจะตอบได้ดี แล้วค่อยถามเข้าประเด็นว่าใครจะเป็นคนออกค่าใช้จ่าย (ผดล.น.1)

กิจกรรมที่ 2 การมาเยี่ยมบ่อยครั้งหรือการโทรคุยอย่างสม่ำเสมอ

เป็นวิธีการที่ผู้ดูแลหมั่นเดินทางมาเยี่ยมผู้สูงอายุบ่อยครั้ง หากไม่ได้มาจะมีการโทรศัพท์มาพูดคุยหรือสอบถามอย่างสม่ำเสมอ โดยกิจกรรมนี้มักนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาต่างๆ ได้แก่ ไม่สามารถดูแลตนเองได้แต่คนรอบข้างไม่เข้าใจ มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง มีความกังวลและหวาดกลัวว่าจะไม่มีดูแลและจะถูกทิ้ง และผู้สูงอายุที่ต้องอยู่บ้านตามลำพัง เป็นต้น โดยผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีความต้องการ คือ ต้องการให้มีคนมาเยี่ยมเยียนบ่อยครั้ง ต้องการให้มีคนมาพูดคุยด้วย ไม่ต้องการเป็นภาระของลูกหลาน และไม่ต้องการให้มีคนมาบ่นหรือตำหนิข้อจำกัดของตนเอง อย่างไรก็ตามภายหลังจากการทำสุนทรียสนทนาแล้ว ผู้ร่วมวิจัยได้มีการสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงเมื่อใช้วิธีการนี้ คือ ผู้สูงอายุมีการหัวเราะมากขึ้น ดูสดใสและสดชื่น เวลาพูดคุยจะพูดคุยด้วยความสบายใจไม่หวาดระแวง ผู้สูงอายุยอมรับฟังผู้ดูแลและครอบครัวมากขึ้น

ถ้าตาไม่ยอมให้ยายบ่น ตาก็ต้องลุกมาออกกำลังกายนะ แล้วหนูจะแวะมาหาบ่อยๆ แกก็บอกว่าเออดีดีๆ เราก็นั่งไปหายายว่ายายอย่าบ่นนะ ตาบอกว่าถ้ายายบ่นแกจะไม่ทำ เราก็บอกว่าหนูจะมาให้กำลังใจนะ...เราคูยแล้วเราก็นั่งหัวเราะ ส่วนตาจรัส แกก็หัวเราะ ยิ้มๆ ของแก (อสม.น.4)

ก็เคยไปถามป้าเค้าอยู่ว่าบอกว่าป้าไม่ต้องกังวลอะไรหรอก เค้ามาดูอยู่แล้วทั้งเรื่องอาหารการกิน ดูแลเช็ดตัว เรื่องที่แกเป็นแผล บางทีเราว่างเราไม่มีงานอะไร เราก็บินไปหาแก ไปคุยไปเล่นกับแกนะ แกชอบ แกก็เป็นคนอารมณ์ดีนะ แกคุยเก่งแล้วก็เล่าเรื่องอาหารการกิน...คือแกจะกังวลว่าจะไม่มีใครมาหา น้อยใจ บางทีลูกชายแกไปทำงานกลับมาเค้าก็มาดูอยู่ เรามาหาเค้าบ่อยๆ เค้าก็ดูสดใสขึ้นนะ เค้าบอกว่ามาหาป้าบ่อยๆ นะ (อสม.น.5)

ก็พยายามไปเยี่ยมบ่อยๆ ทุกวันนี้ก็เข้าไปช่วยดูแลจิตใจโดยโทรคุยกันตลอดเพราะบ้านอยู่ห่างกัน...ฉันรู้สึกภูมิใจนะที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลครอบครัวนี้...ตอนนั้นแกก็ยอมรับฟังมากขึ้น มีแนวโน้มที่ดีมากขึ้น...ไม่บ่นอยากตายแล้ว คนแกก็คิดมาก เป็นธรรมดา (อสม.น.3)

กิจกรรมที่ 3 ดูแลสุขภาพและความเป็นอยู่

เป็นวิธีการที่ผู้ดูแลโดยการเข้าไปทำความสะอาดบ้าน ดูแลเรื่องอาหารการกิน การจัดเตรียมยา และดูแลด้านการใช้ชีวิตประจำวันทั่วไป โดยกิจกรรมนี้มักนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่ไม่มีที่พึ่งพิง มีปัญหาด้านสุขภาพ และเป็นผู้ที่ไม่ต้องการเปลี่ยนที่อยู่อาศัย ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความต้องการคือ ต้องการมีแหล่งพึ่งพาหรือสามารถพึ่งพาตนเองได้ อยากผ่อนคลายความเครียด

ต้องการหายจากอาการป่วย อย่างไรก็ตามภายหลังจากการทำสุนทรียสนทนาแล้ว ผู้ร่วมวิจัยได้มีการสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงเมื่อใช้วิธีการนี้ คือ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการดูแลมีท่าทางยิ้มแย้มแจ่มใสและดูสบายใจมากขึ้นหลังรับรู้ว่าตนเองไม่ได้ถูกทอดทิ้ง มีการถามหาหรือเรียกหา อสม และผู้สูงอายุพยายามบอกกับตนเองว่าตนเองเป็นคนที่มีความสุข จึงทำตัวให้มีความร่าเริง

พี่จะถามเรื่องการกินอยู่ หมอให้กินแบบไหน แกก็จะบอกว่าหมอให้กินกล้วยวันละลูก เค็มไม่ให้กินเพราะไตไม่ค่อยดี เราก็บอกว่าดีแล้ว ให้กินตามหมอสุนัขสุขภาพลุงจะได้แข็งแรง...ถ้ามีอะไรก็บอกหนูนะ บอก อสม เรียกมาหา วันเวียงกันอยู่ที่นี่แหละ ก็บอกแกอย่างนี้...อย่างบางเคสเราก็บอกว่า ป้าเลิกสูบบุหรี่เลยนะ มันไม่ดี ป้าสูบบุหรี่แล้วป้าจะไม่มีแรงนะ อย่าไปสูบบุหรี่ที่หลังป้าเลิกซะนะ หลังจากนั้นก็ไม่เห็นแกสูบบุหรี่ (อสม.น.6)

เราให้คำแนะนำในการดูแลตัวเองไปคะ บอกว่าถ้าเราอยู่ได้ไม่ป่วยบ่อย เค้า (ลูก) ก็จะไม่เอาเราไปอยู่ด้วย ดังนั้นเราก็ต้องดูแลตัวเอง นอนให้พอ ลดหวาน ลดเค็ม...เค้าก็ยังหัวเราะกับเราอยู่ แกก็กลัวว่าลูกแกจะเอาตัวแกไปเลย แกเลยพยายามดูแลตัวเอง ทำจิตใจให้ร่าเริงแล้วบอกตัวเองว่าจะไม่ป่วย (อสม.จ.3)

กิจกรรมที่ 4 เป็นสื่อกลางจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ

เป็นวิธีการที่ผู้ดูแลได้เห็นว่าผู้สูงอายุมีปัญหาความสัมพันธ์และเกิดความขัดแย้งกับครอบครัว อันเกิดมาจากความไม่เข้าใจซึ่งกันและกัน หรือปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยกิจกรรมนี้มักนำไปใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ผู้สูงอายุที่ยึดติดกับคนดูแลมากเกินไปจนทำให้ผู้ดูแลเริ่มเหนื่อยล้า ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความต้องการที่อยากให้ร่างกายฟื้นกลับมาเป็นเหมือนเดิมหรือสามารถประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันของตนเองได้ดังเดิม อย่างไรก็ตามภายหลังจากการทำสุนทรียสนทนาแล้ว ผู้ร่วมวิจัยได้มีการสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงเมื่อใช้วิธีการนี้ คือ ความสัมพันธ์ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เช่น ผู้ดูแลพูดบ่นน้อยลง ผู้ดูแลรู้จักอดทนอดกลั้นมากขึ้น เป็นต้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาพยาบาลมากกว่าต่อต้านเหมือนแต่ก่อน

เราก็เข้าไปพูดคุยกับลูกสาวเค้าว่าต้องพยายามทำความเข้าใจกับเค้า ก็เค้าเคยทำไ้แต่ตอนนี้ทำไม่ได้เค้าก็จะหงุดหงิด เราก็ต้องเก็บคำพูด เก็บอารมณ์ไว้ อย่าไปตอบโต้เค้า...ลูกสาวเค้าก็ทำความเข้าใจและคอยพูดให้กำลังใจ ผลลัพธ์ออกมาก็เป็นที่น่าพอใจ เมื่อบริการนี้ไปดูแลอีกทีหนึ่งคะ เค้าก็กำลังหาข่าวให้กัน ก็กินข้าวเองได้สุขภาพจิตดีขึ้นมาก ไม่บ่นแล้วถึงแม้จะไม่ 100% แต่มันก็ดีขึ้น (อสม.จ.5)

เราก็บอกพี่พลอยว่าอย่าพูดแบบนี้ละ ลุงเค้ารับรู้ได้นะ ก็ตั้งแต่ที่เราบอกเค้าไม่ให้พูดแบบนี้อีกนะ พี่พลอยเค้าก็ไม่พูดอีกเลย มันก็เหมือนเราเข้าไปเป็นคนกลาง เข้าไปติงเค้าว่ามันไม่ถูก ซึ่งเค้าเองอาจจะได้รู้สึกตัว แต่มันเป็นเองเพราะเค้าเหนื่อย พอมีคนเข้าไปติง เค้าก็หยุดการกระทำนั้น ปัญหาที่พี่เคยเจอตอนที่พี่ดูแลพ่อพี่ ก็เครียดไม่รู้ตัวจนลูกมาติง...ตอนนี้ลุงเค้าก็ดีขึ้นนะ ตอนนี้เค้าก็กอด ร้องเพลง เค้าก็ทำได้ดีขึ้นนะ กอดผิวเค้า นวด เพราะว่าแกนวาดเป็นคือเค้าเครียดแบบไม่รู้ตัว ลุงแกก็ดีขึ้นนะ เวลาที่พี่เข้าไป พี่จะส่งเสียงก่อนว่าสวัสดิ์คะคุณลุง วันนี้จะมาทำแผลให้ เค้าก็ยกมือ นะ แสดงว่าเค้าโอเคนะ เค้าจำเสียงเราได้ เวลาที่เมียเค้าร้องเพลงนะเค้าก็จะหันตามจากที่แบบเค้าจะนั่งต่อต้าน แต่ถ้าเค้าอารมณ์ดี ให้ยกแขนซ้ายเค้าก็ยก ยกขวาก็รู้แหละ ทำได้หมด ตบมือได้ เค้าก็ดีขึ้น (ผดล.น.1)

กิจกรรมที่ 5 ช่วยเหลือเป็นการส่วนตัว

เป็นวิธีการที่ผู้ดูแลได้ให้ความช่วยเหลือที่นอกเหนือจากหน้าที่รับผิดชอบของตนเอง เช่น การบริจาคเงินส่วนตัวให้ การแบ่งข้าวและกับข้าวให้ในแต่ละวัน เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมนี้มักนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่ไร้ที่พึ่งพิงและกลุ่มที่ไม่มีเงิน ภายหลังจากการทำสุนทรียสนทนาแล้ว ผู้ร่วมวิจัยได้มีการสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงเมื่อใช้วิธีการนี้ คือ ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีมากขึ้น

บางทีกับข้าวที่เหลือก็แบ่งใส่ถุงไปให้กินตอนเย็น กลับบ้านไป เอาตั้งค้ไปด้วย หรืออย่างเวลาพี่สีข้าวก็จะเอาไปแบ่งแก คือพี่สงสารแกที่ว่าแกไม่มีรายได้ ลูกไม่ทำงาน...แกไม่รู้จะไปพึ่งใครแล้ว คือไม่มีใคร ลูกก็ไม่ช่วยเหลือแก...พี่ช่วยแกไปแกก็สุขภาพจิตดีอยู่นะ ป้าเค้าก็สู้อยู่ เพราะว่ามีเพื่อนบ้านช่วยดูแลและให้ความหวังกับแก (อสม.น.6)

กิจกรรมที่ 6 ผลักดันให้ไปพบแพทย์

เป็นวิธีการที่ผู้ดูแลเห็นว่าผู้สูงอายุมีการทางโรคที่ซับซ้อน และควรได้รับการรักษา แต่ไม่มีความสามารถในการเดินทางไปได้ด้วยตนเอง ต้องอาศัยลูกหลาน โดยกิจกรรมนี้มักนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะเครียดจากการถูกต่อว่าและรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระ มีปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งมีความต้องการอยากหายจากโรคที่ตนเป็นอยู่และต้องการได้รับความรักและความใกล้ชิดจากผู้อื่น อย่างไรก็ตามภายหลังจากการทำสุนทรียสนทนาแล้ว ผู้ร่วมวิจัยได้มีการสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงเมื่อใช้วิธีการนี้ คือ หลังจากที่อาการดีขึ้นแล้วผู้สูงอายุมีการยิ้มแย้มแจ่มใสในการใช้ชีวิตประจำวันมากขึ้น เลิกต่อต้านและรับฟังคำแนะนำจากผู้ดูแลมากขึ้น

แกเจ็บป่วยเราก็ก็นไปดูแลแกนะ ไปคุยให้หมอฟัง เคยเรียกหมอไปดู เราก็ก็นไปวัดความดันให้แต่ไม่มียากินนะ (อสม.น.6)

พี่ก็บอกกับผู้นำเค้าว่าแกคันมาก แล้วก็คุยกับหมอที่อนามัยแล้ว แล้วถ้าจะพาไปรักษาที่โรงพยาบาลโรคผิวหนังก็จะให้ อบรม. ขับรถไปส่ง ให้มีส่วนในการช่วยเหลือแก...พอแกได้ไป แกก็ยิ้มแย้มแจ่มใส ไม่หน้าหน้าวิ่ววิวดใจ ต่างจากที่เป็นตอนต้นนะ ไปซื้อข้าวได้ ไปอะไรได้ กินอิ่ม นอนหลับ (ผดล.น.3)

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า การสร้างทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ของวงรอบที่ 1 ซึ่งเป็นการจัดรวบรวมวิธีปฏิบัติจะได้ แนวทางการปฏิบัติร่วมกัน นี้มีทั้งสิ้น 6 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมการพูดคุยและให้คำแนะนำ กิจกรรมการมาเยี่ยมบ่อยครั้งหรือการโทรคุยอย่างสม่ำเสมอ กิจกรรมดูแลสภาวะและความเป็นอยู่ กิจกรรมเป็นสื่อกลางจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ กิจกรรมช่วยเหลือเป็นการส่วนตัว และกิจกรรมผลักดันให้ไปพบแพทย์

2) ขั้นตอนการวิจัยปฏิบัติการ

ก) การวางแผนของวงรอบที่ 1

เมื่อผู้ร่วมวิจัยได้ทำการสร้างทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ 1 ที่สะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์เบื้องต้นในอดีตที่ผ่านมา และเข้าใจผลลัพธ์แห่งการปฏิบัติของตนและสมาชิกที่ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านผ่านวงสนทนาหรือสนทนา ซึ่งทั้ง 6 กิจกรรมที่เกิดขึ้นในขั้นตอนของการสร้างทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ 1 นี้ ผู้ร่วมวิจัยได้นำไปดำเนินการวางแผนเพื่อนำกิจกรรมดังกล่าวไปปรับใช้กับพื้นที่และผู้สูงอายุ ซึ่งจะอธิบายในขั้นถัดไป

ข) การปฏิบัติและการสังเกตของวงรอบที่ 1

ในขั้นการปฏิบัตินี้ ผู้ร่วมวิจัยทุกคนได้นำกิจกรรมทั้ง 6 ไปลองปรับใช้ให้เข้ากับสถานการณ์และบริบทของตนเอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้อำนวยความสะดวกในเรื่องการจัดเวทีการทำสนทนาที่เริ่มเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในระหว่างดำเนินการปฏิบัตินั้น ผู้วิจัยสังเกตเห็นว่าผู้ร่วมวิจัยแต่ละคนมีการทบทวนการทำงานของตนเอง พร้อมทั้งแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณค่าในการทำงานที่เปลี่ยนไปจากเดิมที่ทำเพื่อให้เกิดรายได้ และความเข้าใจในเรื่องการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเป็นเพียงการสอบถามและประเมินจากแบบวัดเท่านั้น นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มีการติดตามและสามารถสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ดังนี้

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยได้มีการสร้างข้อตกลงรูปแบบการทำงานที่เห็นร่วมกันว่าเป็นสิ่งที่ดี และสามารถปฏิบัติตามได้อย่างสอดคล้องกับบริบทของตนเองได้ รวมถึงทำให้เห็นว่าการทำงานด้านการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและเห็นความสำคัญเพราะกิจกรรมสนทนาทำให้เกิดการอภิปรายในข้อดี ส่งเสริมกำลังใจ สนับสนุนให้เกิดความแข็งแกร่งในการสร้าง

ทีมงานที่สามารถทำงานร่วมกันได้ ซึ่งให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมได้มีการเปลี่ยนแปลงความคิดและตกลงกันไปในแนวทางเดียวกัน

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้กระตุ้นแนวคิดให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยในเรื่องของการให้ความหมายของผู้สูงอายุ และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เพื่อสะท้อนความรู้สึกและความเข้าใจต่อการทำงานเมื่อภายหลังที่ได้ฟังเรื่องราวจากผู้อื่นแล้ว ด้วยการทำกิจกรรมย่อยคือการหยิบบัตรคำที่ผู้เข้าร่วมได้เห็นว่าเป็นความหมายที่ตนเองเข้าใจ สามารถแบ่งความหมายออกได้ดังนี้

ความหมายของสุขภาพจิต ผู้ร่วมวิจัยได้ให้ความหมายว่า เป็นอารมณ์หรือความรู้สึกที่ดีและไม่ดี ซึ่งผู้ร่วมวิจัยมีความรู้สึกต่อสุขภาพจิตว่า ต้องมีการปรับตัวลดความทุกข์และคงความสุขเมื่อพบเห็นคนมีปัญหาจึงตั้งคำถามว่าเพราะเหตุใด และมีความสงสาร อยากให้การช่วยเหลือ โดยสิ่งที่อยากปรับเปลี่ยน คือสร้างความคิดเชิงบวก สร้างความคิดที่ดี อยากผลักดันให้สู้ต่อไป อยากลดความเครียดให้กับผู้สูงอายุ และอยากสกัดกั้นการเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังเห็นว่าวิธีการดูแลรักษาผู้สูงอายุในด้านสุขภาพจิต คือ การฝึกความคิด การพูดคุยเน้นกำลังใจ การแสดงความเป็นเพื่อน การรวมกลุ่มทำกิจกรรมทำ

*เวลาลงไปเยี่ยมบ้าน เห็นแกแล้วสงสาร อยู่คนเดียวแถมดูเหงา เศร้า บ่นเบื้อ เราไป
พูดคุยให้กำลังใจ อยากจะพูดคุยให้ลืมเรื่องเศร้า ถ้าทำปวดก็เข้าไปบีบนิ้ว อะไรที่
เรารู้มาก็จะแนะนำ...(ผดล.น.3)*

ความหมายของผู้สูงอายุ ผู้ร่วมวิจัยได้ให้ความหมายว่า เป็นผู้ที่มีความน่าสงสาร มีความทรมาณของสังขาร ผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียว มีความเหงาและอยู่ลำพัง เป็นผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น ซึมเศร้า เป็นต้น เป็นผู้ที่ตั้งใจเมื่ออยู่กับลูกหลาน โดยผู้ร่วมวิจัยได้แสดงความรู้สึกต่อผู้สูงอายุว่ามีความน่าสงสาร มีความเศร้าและหดหู่ อยากช่วยเหลือ ยินดีเมื่อเค้ามีความสุข ทุกข์ใจเมื่อเค้าทุกข์สิ่งที่ผู้เข้าร่วมวิจัยอยากทำให้ผู้สูงอายุคือ อยากช่วยเหลือ อยากพูดคุย อยากผลักดันให้ลูกหลานใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ได้เห็นว่าแนวทางสำหรับการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ คือ การเอาใจใส่ การสร้างความสุข การจัดกิจกรรมรวมกลุ่ม การสร้างจิตสำนึกในครอบครัว การสร้างระบบการดูแลสุขภาพจิต อย่างเช่นการประสานงานร่วมกันแก้ไข หากคนดูแลไม่ปล่อยไปตามลำพัง

ดังนั้นในการเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้ผู้ร่วมวิจัยได้เห็นว่า เป็นกระบวนการทำงานที่เคยทำอยู่แล้ว เพียงแต่ได้มีเทคนิคหรือกลยุทธ์ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น แต่ต้องมีการพิจารณาถึงเงื่อนไขที่เกี่ยวข้อง เช่น การอยู่กับครอบครัวหรือตามลำพัง การฟังฟังตนเองได้หรือไม่ การช่วยเหลือดูแลตนเองได้หรือไม่ เป็นต้น ซึ่งรูปแบบของการทำงานเหล่านี้ได้เริ่มมีการพัฒนารูปแบบให้ไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงจากการทำสุนทรียสนทนา ทำให้ผู้ร่วมวิจัยได้มีทางเลือกในการดูแลผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงเงื่อนไขและบริบทที่เข้ามาเกี่ยวข้อง

รวมถึงได้เกิดความรู้สึกและอารมณ์ เช่น ห่วงใยผู้สูงอายุ ประสงค์ให้ผู้สูงอายุมีความสุข รู้สึกสงสารผู้สูงอายุ เป็นต้น โดยอารมณ์เหล่านี้ได้เกิดขึ้นในระหว่างการเล่าและการรับฟังจากผู้ร่วมวิจัยคนอื่น

2. การรับรู้ว่าคุณลักษณะของการทำงานดูแลผู้สูงอายุ ต้องการการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจและการทำงานต้องการเครือข่าย นั่นคือการทำงานที่ผู้ร่วมวิจัยได้เห็นถึงลักษณะของการทำงานของผู้อื่น และวิธีการที่นำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มีการเสริมย้อนไปถึงผลการศึกษาที่ได้รับในระยะก่อนดำเนินการวิจัยว่าประกอบด้วย 6 กิจกรรม โดยตั้งข้อคิดว่ากิจกรรมดังกล่าวได้ถูกเรียกว่าเป็นการดูแลด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุแล้วหรือไม่ อย่างไร

ผู้ร่วมวิจัยได้ให้ข้อคิดในหลายมิติ โดยมิติที่ 1 ที่เห็นว่าเป็นการดูแลสุขภาพจิตแล้ว โดยกลุ่มนี้ได้มีการให้ความหมายของการดูแลสุขภาพจิตว่า เป็นการส่งเสริมด้านร่างกายและส่งผลให้เกิดความสบายตัวจนทำให้รู้สึกสบายใจ แต่ในมิติที่ 2 คือเห็นว่ายังไม่ถือว่าเป็นการดูแลสุขภาพจิตเนื่องจากการการดูแลสุขภาพจิตของสุขภาพจิตไม่อาจใช้การดูแลได้เพียงร่างกาย แต่ต้องเข้าใจข้อจำกัดและจิตใจของผู้สูงอายุ การช่วยเหลือไม่สามารถทำได้ชั่วคราว แต่ต้องสร้างให้เกิดกำลังใจและเป็นภูมิคุ้มกันระยะยาว ทำให้เห็นว่ารูปแบบของการให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพหรือการพูดคุยชั่วคราวแม้จะส่งเสริมได้แต่ไม่สามารถช่วยผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังหรือผู้ป่วยที่อยู่กับปัญหาตลอดเวลา สามารถมีสุขภาพจิตที่ดีได้อย่างถาวร

ค) การสะท้อนผลหลังการปฏิบัติของวงรอบที่ 1

ภายหลังจากการดำเนินการวางแผน ปฏิบัติและสังเกตของวงรอบที่ 1 ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้มีการให้คำมั่นสัญญาว่าจะปฏิบัติงานไปในแนวทางเดียวกัน และเห็นตรงกันถึงแนวปฏิบัติที่ดีที่คิดว่าจะนำไปปฏิบัติ โดยในระหว่างนี้ผู้วิจัยได้มีการติดตามอย่างสม่ำเสมอ และพบว่าเริ่มมีการร้องขอใช้พื้นที่ในการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรื่องประสบการณ์การทำงานของทีมดูแลสุขภาพแต่ละคน ผ่านการสะท้อนถึงปัญหาและปัจจัยความสำเร็จในการนำรูปแบบที่ได้จากวงรอบที่ 1 ไปปฏิบัติ

ในช่วงแรกของการเปลี่ยนแปลง ผู้ร่วมวิจัยได้มีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันเป็นกลุ่มหรือรายบุคคล โดยทีมผู้วิจัยได้กระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลต่อกันอย่างสม่ำเสมอ แต่หลังจากนั้นผู้ร่วมวิจัยได้มีการสะท้อนถึงความต้องการใช้พื้นที่เพื่อให้เกิดการสนทนากันเหมือนในกิจกรรมที่ 1 โดยเป็นการร้องขอจากผู้ร่วมวิจัยเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ขอความอนุเคราะห์พื้นที่ให้ได้พบปะกัน รวมถึงผู้วิจัยได้เข้าร่วมให้กำลังใจ โน้มน้าวให้เห็นถึงความสำคัญของการทำงาน ให้การสนับสนุนยกย่องชื่นชมในการทำงานที่มีการพัฒนาดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวได้เกิดขึ้นจากความสมัครใจของผู้ร่วมวิจัยเอง และเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมออย่างต่อเนื่อง โดยเฉลี่ย 2-3 ครั้งต่อเดือนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นสามารถสรุปได้ 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านความคิด นั่นคือ จากเดิมที่ทีมดูแลได้มองว่าผู้สูงอายุคือผู้สูงอายุที่มีปัญหาและความเสื่อมของสังขาร จึงต้องการการดูแลป้องกันและรักษาโรค แต่ภายหลังได้มีความคิดผูกพันเหมือนเป็นญาติผู้ใหญ่ของตนเอง รวมถึงเมื่อได้มีการลงพื้นที่บ่อยมากขึ้นและพูดคุยระหว่างกันมากขึ้นทำให้ทราบว่ามียุทธศาสตร์หลายคนที่ต้องการความช่วยเหลือ ยิ่งทำให้เห็นว่าการทำงานตรงนี้มี ความสำคัญต่อผู้อื่น รวมถึงรู้สึกดีใจที่ได้เป็นจุดเริ่มต้นของการทำกิจกรรมที่มีประโยชน์ “เรารู้สึกภูมิใจนะที่เราดูแลแก่ได้ ทั้งที่แก่ไม่ใช่แม่เราเราก็คิดว่า เราทำกับเค้าให้เหมือนแม่เรา...” (อสม.จ.6)

2. ด้านพฤติกรรมการทำงาน แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นย่อย นั่นคือ 1) จากเดิมที่ทีมดูแลได้มองการทำงานว่าทำตามหน้าที่ แต่ภายหลังได้เริ่มแสดงพฤติกรรมที่มากกว่าแต่ก่อน คือ จากที่เคยไปประเมินความซึมเศร้า ตรวจดูแลร่างกาย ได้เริ่มมีการพูดคุยพร้อมกับการสัมผัสร่างกายผู้ป่วย บางรายมีการโอบกอด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีทีมดูแลไม่รังเกียจ พร้อมกับเดินทางและมีของติดไม้ติดมือไปฝากเล็กน้อย ทำให้ผู้สูงอายุมีการรอคอยทีมดูแลทดแทนการรู้สึกว่ายู่ตามลำพัง รวมถึงญาติผู้สูงอายุเริ่มให้การต้อนรับมากขึ้น “เราเข้าไปเยี่ยมก็ซื้อขนม นม ติดไม้ติดมือไปให้แก่ ให้กำลังใจแก่ผู้ต่อไปนะ...(จนท.จ.1)”² จากเดิมคิดว่าการดูแลสุขภาพร่างกายและประเมินคัดกรองตามแบบประเมิน 2Q มีความเพียงพอสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ แต่เมื่อมีการลงพื้นที่และพูดคุยกันมากขึ้นทำให้ทราบว่าเงื่อนไขที่สำคัญของปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุคือการอยู่ตามลำพังและความไร้สมรรถภาพในการทำงานทำให้มีรายได้น้อยลง/ไม่มีรายได้จนต้องพึ่งพิงผู้อื่น ซึ่งการสร้างความสุขให้ผู้สูงอายุคือการที่มีลูกหลานกลับมาหา และการไม่ต้องกังวลกับสภาพความเป็นอยู่ในอนาคต เช่น เรื่องการรับภาระ การอยู่อาศัย เป็นต้น

พวกเรา อสม.เดิมเวลาเราไปเยี่ยมบ้าน เราก็ดูแลแต่ร่างกาย การเจ็บป่วยทางกาย เวลาที่เค้าให้ดูแลทางใจ ก็คิดว่าใช้แค่แบบประเมิน 2 Q เท่านั้น แต่พอเราลงไปดูเรื่อยๆ หลังจากที่มาฟังพวกเราคุยกันว่า ไปดูแลกันมาอย่างไร จึงได้รู้ว่าเรื่องทางใจมันสำคัญ เพราะไม่เคยสังเกตว่าคนแก่ที่อยู่คนเดียว จะเหงา เศร้า บางคนเวลา ลูกหลานกลับมาจะมีความสุขขึ้น เราก็จะได้สังเกตให้มากขึ้น การสังเกตนี้จำเป็นนะ (ผดล.น.1)

3. ด้านเครือข่าย แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นย่อย ดังนี้ 1) ระหว่างทีมผู้ดูแลและอบต. นั่นคือ จากเดิม อบต. ได้มีความคิดว่าการทำงานเช่นนี้เป็นงานของสาธารณสุข ไม่ได้อยู่ในขอบเขตของ อบต. จึงไม่ยากก้าวข้ามหน้าที่ แต่ภายหลังจากการเชื่อเชิญ นายก อบต.ให้เดินทางไปเยี่ยมผู้สูงอายุ จึงทำให้พบว่าการทำงานมีความเกี่ยวข้องกัน และ อบต. มีความสามารถในการช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ จึงได้ช่วยไป 2 รายและได้ให้แนวทางการช่วยเหลือกับทีมดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเพิ่มขึ้น 2) ระหว่างทีมผู้ดูแลและผู้สูงอายุ นั่นคือ จากเดิมการทำงานเป็นไปตามหน้าที่และมีการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ครบตามที่นโยบายกำหนด แต่ภายหลังได้เกิดความรู้สึกผูกพัน และมีความสุขทั้งผู้ให้และผู้รับ 3) ระหว่างทีมผู้ดูแลและญาติผู้สูงอายุ นั่นคือ จากเดิมการทำงานเป็นการเข้าไปพบและประเมินเพื่อให้ได้ข้อมูลย้อนกลับมารายงานที่หน่วยงาน แต่

ภายหลังที่มดดูแลได้เดินทางไปและให้ความสำคัญกับญาติผู้สูงอายุ ทำให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนและมีการให้คำแนะนำเมื่อเวลาไปเยี่ยมบ้าน ดังเช่น บางรายเป็นโรคความดันสูงแต่ลูกหลานยังไม่ให้พาไปพบแพทย์ ทำให้ทีมผู้ดูแลสามารถให้คำแนะนำในเบื้องต้นเรื่องการรับประทานอาหารลดความดัน

เวลาไปเยี่ยมผู้สูงอายุ อย่างรายลุงถนอม แก่ไม่มีบ้านอยู่ เดิมก็มีนะพอแกเป็นโรคผิวหนังชาวบ้านแถวๆ นั้นรังเกียจแก ไม่ให้อยู่ เราก็จงสาร ไปพูดคุยกับชาวบ้านที่ไม่ดีขึ้น จึงไปตามกำหนดมาช่วยพูด คนแถวนั้นจึงยอมให้ปลุกบ้านให้อยู่ในที่ทำสวน พอหายก อบต. รู้เรื่องไปดูแลก็จงสาร สร้างเป็นบ้านเพิงเล็กๆ ให้แกอยู่ แล้วทุกเดือนก็จะเอาข้าวสารไปให้แก ตอนนี้ ก็แยกกลายเป็นนโยบายที่นายก อบต. แจกข้าวสารให้ผู้สูงอายุทุกคนเดือนละ 2 ถุง (อสม.จ.5)

2.2.2 วงรอบที่ 2

1) ขั้นตอนการสร้างทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ 2

การสร้างทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ในวงรอบที่ 2 นี้ มีเป้าหมายหลักคือการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับกระบวนการทำงานของทีมดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน ซึ่งรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในวงรอบที่ 2 นี้ จะเห็นได้ว่าการนำกิจกรรมที่ได้จากวงรอบที่ 1 มาประยุกต์ใช้ให้เข้ากับสถานการณ์เฉพาะของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงแต่ละราย ร่วมกับการใช้เทคนิคเพื่อสร้างผลลัพธ์ด้านการพัฒนาสุขภาพจิตให้ผู้สูงอายุ(รายปรากฏในภาคผนวก เอกสารรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมีสุขภาพในชุมชนเป็นผู้ร่วมกันสร้าง) โดยแบ่งออกเป็นขั้นตอนการสร้างทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ 2 ดังนี้

ในขั้นการวางแผนของวงรอบที่ 2 นี้ผู้วิจัยได้อำนวยความสะดวกให้เกิดการเชื่อมโยงผลการปฏิบัติร่วมกับการสะท้อนผลจากวงรอบที่ 1 ที่พบว่ากิจกรรมทั้ง 6 ได้ถูกนำไปประยุกต์ใช้และพัฒนาเทคนิควิธีการร่วมกัน เพื่อให้มีเป้าหมายสำคัญคือการพัฒนาสุขภาพจิตให้กับผู้สูงอายุ และสร้างรูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตให้กับทีมดูแลสุขภาพจิตในชุมชน

อย่างไรก็ตามภายหลังจากการสะท้อนผลการปฏิบัติดังกล่าวที่พบว่าความหมายวิธีการปฏิบัติงาน และเครือข่ายได้มีการสนับสนุนและเชื่อมโยงกันมากขึ้น ทำให้กิจกรรมถูกเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ซึ่งอาจมีทั้งกิจกรรมเดิมที่ถูกพัฒนาให้เป็นการกระทำที่ชัดเจนมากขึ้นและเน้นการมีส่วนร่วมมากขึ้น และกิจกรรมใหม่ที่ถูกสร้างขึ้นหลังจากที่มีการสนับสนุนในด้านนโยบายที่เปลี่ยนแปลงไป การเห็นคุณค่าและความสำคัญจากการทำงาน โดยผลการศึกษาพบว่ากิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมจากวงรอบแรกได้พัฒนามาสู่ 8 กิจกรรมในวงรอบที่ 2 ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การพูดคุย รับฟัง และสัมผัส

เป็นกิจกรรมที่มักนำมาใช้กับผู้สูงอายุที่อยู่บ้านตามลำพัง มีความเหงา ไม่มีกิจกรรมอื่น ๆ ทำในแต่ละวัน รวมไปถึงผู้สูงอายุที่ป่วยต้องการที่พึ่งพิง มีความอึดอัดใจอยากระบาย

หรือเล่าความคิดของตนเองว่าตนเองเคยแข็งแรง ดังนั้นรูปแบบการพูดคุย รับฟังและสัมผัสเกิดขึ้นพร้อมกันจะทำให้ผู้สูงอายุผ่อนคลายและสุขภาพจิตดีขึ้น โดยแบ่งออกเป็นรูปแบบย่อย ดังนี้

1.1 การเล่าเรื่องตลกขบขัน เป็นวิธีการหนึ่งที่น่ามาเล่าให้ผู้สูงอายุอารมณ์ดี จากการฟังเรื่องตลกที่เกิดขึ้น “หาเรื่องตลกอะไรมาคุยให้แกฟัง คลายเครียด...แกเป็นโรคซึมเศร้า มีเรื่องอะไรตลกๆ ก็จะมาเล่าให้แกฟัง แกจะขำอารมณ์ดี ทำให้แกสุขภาพจิตดีขึ้น” (นำ)

1.2 การกระเช้าเข้าเหย้า ซึ่งรูปแบบนี้ได้นำไปใช้กับผู้สูงอายุที่ต้องการการทํากายภาพบำบัด หรือผู้สูงอายุที่ป่วยและต่อต้านการรักษา โดยการกระเช้าเข้าเหย้านี้เป็นการทำให้ผู้สูงอายุอารมณ์ดี และยอมทำตามคำแนะนำ

อย่างอาบน้ำก็อาบบนรถ รถอั้นน้ำมันโดนน้ำได้ สระผมกัน เราก็เหย้าเล่น ให้ยิ้ม ให้เค้าฟื้นฟู ถ้าเราบังคับให้เอานั่นเอานี่ หนักๆ เข้า พอยกมือ พอยกแขนหน่อย งอขา หน่อยก็จะดู เราต้องย่อยๆ หน่อย หรือไม่ก็เหย้าเล่น ดูหลานมันยังทำได้เลย...แต่ถ้าไปบอกว่าพอยกขยับแขนหน่อย ข้อศอกนิด ไม่ได้หรอก ต่อต้านตลอด ไม่ให้เค้ารู้ว่าเราบังคับให้เค้าขยับตัวฟื้นฟู ถ้ารู้จะดี ใช้วิธีแหย่เล่น แล้วเราก็ค่อยๆ ขยับไอ้ข้างที่ไม่ดี ขยับไปก็เหย้าเล่นไป (ผดล.ฉ.4)

เหย้าเค้าทุกวัน แกชอบให้เหย้า กินข้าวน้อยๆ หน่อยสิ ก็เหย้าแก แกชอบ มีคนมาก็ยิ้ม แล้วก็คุยกับเค้านี้แหละก็คุยแบบธรรมดานี้แหละ เรียกเค้านี้แหละ เหงาใหม่ อะไรก็ยิ้ม เค้าก็บอกว่าเค้าหงา เค้าบอกเค้าอยากอยู่กับคน เราก็บอกว่าทุกคนเค้าก็ทำมาหากิน แกก็บอกว่าอย่าทิ้งลูกะกัน (ผดล.ฉ.3)

1.3 การสัมผัสระหว่างการพูดคุย เป็นรูปแบบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นพ่อแม่ หรือญาติของตนเอง เพราะเป็นการแสดงความรักต่อกัน สร้างความใกล้ชิดได้มากขึ้น “จับแขนไป คุยไป เหมือนไปแล้วสัมผัส” (ผดล.ฉ.4)

วันหนึ่งแม่บอกเราว่า แม่จะไม่ได้อยู่กับหนูแล้วนะ พอพูดแค่นั้น น้ำตาเราก็อไหล (น้ำตาไหล) แม่ถามว่าร้องให้ทำไม ไม่ต้องร้อง เราก็บอกจิตใจที่แม่ไม่โกรธแล้วแม่รักหนู เราก็กอดแม่ ได้กอดแม่วันนั้นคือครั้งแรก ตั้งแต่เราโตมาวันนั้นคือวันที่เรากอดแม่ครั้งแรกในชีวิตเลย เท่าที่จำความได้...จากที่เราโตมาเข้าใจว่าแม่ไม่รักเราจนวาระสุดท้ายแม่พูดคำนี้ (ผดล.ฉ.2)

นัดชวน นัดซาให้ เวลานวดก็ชวนคุยไปด้วย อย่างวันนี้อาการเป็นยังงัยบ้าง รู้สึกอย่างไร อยากทานอะไร ออกไปไหนใหม่ โชคดีนะที่มีลูกสาวดูแลใกล้ชิด คอยเป็นห่วง บางทีก็กระตุ้นความจำ อย่างวันนี้วันที่เท่าไร เดือนอะไร ปีอะไร ยายอายุเท่าไร มีลูกกี่คน ให้เขาลองบวกลบเลขง่าย ๆ ดู (อสม.ฉ.5)

ไปช่วยเหลือ ไปพุงแก สัมผัสแกแบบลูบแขนลูบขาให้ผ่อนคลาย และก็ชวนคุยไปด้วย อย่างตอนพลิกตัวก็บอกยายพลิกตัวหน่อยนะจะได้ไม่เป็นแผลกดทับ ถ้ามถึงอาการบ้าง แขนขามีแรงขึ้นไหม ยายลองออกเสียงซิ เป็นการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า และบริหารปอด บางครั้งก็มีทดสอบความจำถามว่าวันนี้ใส่ผ้าถุงสีอะไรจำได้ไหม (อสม.น.7)

1.4 พุดให้กำลังใจ ไม่ให้ท้อแท้ รวมถึงให้คำแนะนำว่าหากได้มีการปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำแล้วจะทำให้สุขภาพดีขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจว่าตนเองจะไม่ต้องเป็นภาระของลูกหลาน และทำให้ไม่รู้สึกท้อแท้กับชีวิต ทั้งนี้ผู้ดูแลยังคำแนะนำกับครอบครัวของผู้สูงอายุให้สามารถดูแลผู้สูงอายุด้วยความเข้าใจ พุดคุยกันบ่อยครั้ง พร้อมทั้งให้เบอร์โทรศัพท์สำหรับติดต่อขอความช่วยเหลือกับอาสาสมัครทำให้อาการเกิดความสบายใจว่ามีที่พึ่งและให้คำแนะนำ ไม่เกิดปัญหาความขัดแย้งจนทำให้รู้สึกท้อแท้ใจในการดูแลผู้สูงอายุ

ตอนแรกเค้าจะไม่สู้แล้ว จะตาย ใครไปพุดยังงัยก็ไม่ยอมกินข้าว กินยา เค่าบอกเค่าเป็นโรคนี้ เรายกถามว่าทำไมละ คนอื่นเค้าก็เป็นโรคนี้อยู่ เค่าเป็นมาตั้งนานแล้วเค่ายังอยู่ได้ ตอนนี่เค่าไม่เป็นไรเลย ก็ไปให้กำลังใจ บอกว่าให้ดูลูกบอกว่ากินยา สู้ไปทุกวันนี้เค่าก็สู้ละ ตัวเค่าเป็น HIV เนี่ยนะ เค่าจะมีสุขภาพแข็งแรง ตอนนี่เราก็คือเป็นคนให้กำลังใจเค่า (อสม.ฉ.5)

พุดให้กำลังใจผู้สูงอายุว่า ขยันฝึกเดินหน่อยจะช่วยให้ขามีกำลัง อาการจะดีขึ้น บอกลูกหลานว่าการช่วยบีบนวดจะช่วยทำให้เกิดความผ่อนคลาย ให้เค่าบีบนวด ชวนคุยไป เขาจะรู้สึกดีและสบายใจ ไม่เหงา และพุดให้คนในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุรู้สึกอุ่นใจว่า ถ้ามีอะไรให้ช่วยเหลือก็โทรศัพท์ หรือไปตามได้ทุกเวลา (อสม.ฉ.2)

1.5 คุณถึงเรื่องชีวิตประจำวัน ได้นำไปใช้กับผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่ด้วยกันตลอดเวลา มีการแวะเวียนไปหาบ่อยครั้ง แต่ในแต่ละครั้งจะถามถึงชีวิตประจำวันเรื่องอาหารการกิน ความเจ็บป่วย เพื่อลดความเหงาในช่วงตอนที่อยู่ตามลำพังลง “ไปเยี่ยม ชวนพูดคุย ถามว่ามีอะไรกินบ้าง เป็นยังไงบ้าง อะไรอย่างนี้” (ผดล.น.2) “เราจะถามความรู้สึกของเขา ถามทุกวัน 3 เวลา คอยให้กำลังใจเขา ก็คุยกับเค้า แก่ก็ดี ยิ้มตลอดเวลา” (ผดล.จ.3)

1.6 เน้นการรับฟังผู้สูงอายุ ทั้งในเรื่องของอดีต หรือความทุกข์ใจในปัจจุบัน โดยไม่ขัดใจหรือพูดแย้ง มักนำมาใช้กับผู้สูงอายุที่เคยประสบความสำเร็จในการทำงาน ผู้ที่เคยมีร่างกายที่แข็งแรง หรือบางครั้งพูดบ่นเรื่องความคับข้องใจของตนเองจากความขัดแย้งกับผู้อื่น การรับฟังจะทำให้ผู้สูงอายู้สึกว่าตนเองมีเพื่อน ไม่โดดเดี่ยว “ชวนพูดคุยว่าอาการเป็นยังไงบ้าง รู้สึกอย่างไร รับฟังเมื่อเวลาผู้สูงอายุเค้าอยากพูดถึงอดีตว่าตอนหนุ่มๆ แข็งแรงมาก” (อสม.น.3) “เป็นเพื่อนรับฟังคำบ่น และการบอกเล่าถึงความรู้สึกไม่สบายใจเกี่ยวกับลูกแก ความรู้สึกหงุดหงิดเรื่องอาการคันที่ผิวหนังที่แกเป็น จะพูดปลอบใจว่าทนหน่อยนะ หมั่นทายาเดี๋ยวก็ดีขึ้นเอง” (อสม.น.6)

รับฟังคำบ่น แล้วเราก็พูดปลอบใจ อย่างบ่นเรื่องลูกสะใภ้ทำกับข้าวไม่ถูกปาก รสจืด ก็บอกว่าเขาเป็นห่วงสุขภาพ ทานรสจัดจะไม่ดีต่อร่างกาย...เห็นไหมทุกคนในบ้าน เขาห่วงยายนะ เขายอมทานรสจัดเป็นเพื่อนยายกันทุกคน เวลาบ่นว่าอยากตายก็จะบอกว่า อย่าคิดอย่างนั้น ยายยังมีลูกๆ หลานๆ นะ ไม่หวังพวกเขาหรอก เขารักยาย อยากให้ยายอยู่ด้วยกันนาน ยายยังโชคดีกว่าอีกหลายๆ คน เพราะมีคนรักคนห่วงกันทั้งบ้าน บางคนไม่มีเลย อยู่ตัวคนเดียว เขายังไม่ท้อแท้อยากตายเลย (อสม.จ.6)

ตาเป็นคนที่ชอบพูดชอบคุย แล้วเราก็คุยกับแกไม่รู้เรื่อง เพราะว่าแกหูไม่ดี ตาเค้าหูตึง เราก็ไม่อยากจะคุยกับแกแล้ว ชี้เกียดตะโกน เราก็ไม่ค่อยคุยไม่อะไร อยู่กับแก ก็ซึมอย่างเนี้ย ก็มีความรู้สึกว้า ถ้าแกได้คุยนี้ แกจะมีความสุข ไม่มานั่งซึม ก็ปล่อยให้แกเล่ามากกว่า เล่าอย่างเดียวเลย เราจะถามว่ากินข้าวหรือยังส่วนใหญ่ แกจะเล่าเรื่องอดีตตั้งแต่สมัยไหน เราก็ฟังไป เค้าจะรู้สึกดี เราเป็นผู้ฟังแทนที่จะคุย (จนท.จ.2)

กิจกรรมที่ 2 การเยี่ยมเยียนและจัดกิจกรรมที่บ้านของผู้สูงอายุบ่อยครั้ง

กิจกรรมนี้คือการที่ผู้ดูแลนัดหมายสมาชิกหลายคนมารวมตัวกันทำกิจกรรม เช่น การทำอาหารรับประทานร่วมกัน การพูดคุยหยอกล้อ ร่วมกันร้องเพลง เป็นต้น รูปแบบนี้เกิดขึ้นจากความต้องการของผู้สูงอายุที่อยากเจอญาติพี่น้อง ลูกหลาน อยากเห็นญาติพี่น้องรักใคร่กลมเกลียวกัน หรือเพื่อเป็นวาระสุดท้ายสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว หรืออยู่ในภาวะใกล้เสียชีวิต ดังนั้น

เงื่อนไขของการใช้รูปแบบนี้คือการรวมตัวกันเพื่อทำกิจกรรมผ่อนคลาย ห้ามทะเลาะกัน หรือแสดงออกว่าขัดแย้งต่อหน้าผู้สูงอายุ แม้จะมีเรื่องบาดหมางใจกันก็ตาม “ไปเยี่ยมเค้า” (หลาน) “อยู่คนละบ้าน พอไปแกก็ดีใจ พอจะกลับแกก็จะถาม กลับแล้วหรือ โทรตามตลอดแหละ” (อสม.จ.3) “ไปเยี่ยมสม่าเสมอ ไปที่บ้าน ไปดูแล ชวนพูดคุยเรื่องต่างๆ ไป อย่างวันนี้อากาศดี เมื่อคืนนอนหลับสบายไหม เข้านี้ทานอะไร วันนี้ดูหน้าตาสดใส บ้านไหนที่ อสม.มีคนเยอะ เวลาทานข้าวก็พูดคุยกัน ผู้สูงอายุก็ทานได้มากขึ้น” (อสม.จ.4)

กิจกรรมที่ 3 การดูแลสุขภาพและความเป็นอยู่

เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลคอยช่วยอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ ซึ่งถูกนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งพิงตนเองได้บางส่วน “อาบน้ำก็ถูก ฟอกสบู่ล้างถูตัวให้เค้าเรียบร้อยก็เตรียมยาให้เค้ากิน จัดที่นอนให้ ทำกับข้าวให้ เอากระโถนฉี่ไว้ให้แก” (อสม.จ.1) “ตอนพ่อป่วยใช้สมุนไพร เอาใบพลับพลึง เอาอิฐแดงเผา นวด จับเดิน พอเดินได้แกก็ไปโน่นไปนี่ได้” (อสม.จ.5) “ทีมงานของเราเข้าไปช่วย ช่วยดูแลทั้งในเรื่องของสิ่งแวดล้อม บ้าน การดูแลเรื่องอาหาร ยา ในที่สุด ก็ติดต่อประสานงานกับ พม.(กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)” (อสม.จ.2)

กิจกรรมที่ 4 การช่วยเหลือเป็นการส่วนตัว

จากเดิมในวงรอบที่ 1 ได้ใช้วิธีการดูแลผู้สูงอายุด้วยเงินของตนเองหรือความสมัครใจ โดยส่วนใหญ่การให้ความช่วยเหลือจะอยู่ในรูปของเงิน ข้าวและกับข้าว มุ่งเน้นการสนับสนุนด้านความเป็นอยู่ แต่เมื่อได้นำไปประยุกต์ใช้แล้ว พบว่า ในวงรอบที่ 2 มีการให้ความช่วยเหลือในด้าน เวลา นั่นคือ นอกเหนือจากการไปเยี่ยมเยียนบ้าน การสนับสนุนเงินและอาหารแล้ว ยังมีการเข้าไปช่วยเหลือนอกเหนือจากเวลาปกติ ดังเช่น ในเวลากลางดึกที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยหนัก ผู้ดูแลจะเดินทางไปทันทีที่มีการโทรแจ้ง ด้วยความรู้สึกว่า สงสาร ไม่อยากให้ผู้สูงอายุเจ็บป่วย “...ไม่อยากให้เป็นอะไรไป มันรับไม่ได้ เราเห็นคนแก่คนป่วยเราก็งงสาร กลางคืนเวลาตี 4 มั้ง เราก็นอนเฝ้า” (อสม.จ.3) “ถ้าเค้าบอกว่าเค้าไม่ถ่าย เราก็ดูหมัดกิน ถ้าเกิดเค้าท้องเสีย เค้าถ่ายมาก เราก็ดูเช็ดตัว เราก็ล้างให้เค้า อยู่กับเค้าทั้งวันทั้งคืนตลอด” (ผดล.จ.4)

กิจกรรมที่ 5 การเอาใจและตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ

กิจกรรมนี้เป็นวิธีการที่ผู้ดูแลค้นหาความต้องการของผู้สูงอายุ โดยสอบถามหรือสังเกตว่าชอบหรือมีความสุขกับสิ่งใดจึงพยายามตอบสนองและเอาอกเอาใจ เช่น หากผู้สูงอายุชื่นชอบการรวมกลุ่มหรือมีสังคมจะพยายามผลักดันให้ไปเข้าร่วมกิจกรรม ชอบให้ลูกหลานตอบสนอง เมื่อมีการขานเรียก ชอบไปวัดทำบุญจะใช้วิธีการใส่แอมป์เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้

ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ รวมถึงรูปแบบนี้ใช้ส่งเสริมผู้สูงอายุให้สามารถดำเนินชีวิตหรือทำกิจกรรมที่ตนเองชื่นชอบได้ตามปกติ ดังนั้นผู้ดูแลจะพยายามเอาใจใส่และตามใจผู้สูงอายุเพื่อลดข้อขัดแย้งระหว่างกัน

ถ้าเค้า (ผู้สูงอายุ) เรียก เรียกแล้วต้องขานด้วย ถ้าไม่ขานแกก็ตำเรื้อยไป... เราก็ถามว่า ลุงตำแล้วเป็นยังไง เค้าบอกว่าสบายใจเราก็เออแงั้นก็ตำไปเถอะ (หลาน)

เราก็ยังให้กำลังใจแม่ หนูจะอยู่กับแม่ จะดูแลแม่เอง จะพูดคุย บางทีก็จะถามว่าแม่ แม่อยากกินอะไรไหม แม่อยากทำอะไรไหม ก็จะถามตลอดนะ แม่อยากเจอหลานคนไหนเดี๋ยวนูจะโทรให้หลานมาหา แม่ไม่เครียดนะ เพราะว่าลูกๆ จะดูแลตามใจดีมากๆ (ผดล.จ.2)

เขาเคยชอบไปวัด หลังๆ ไม่ยอมไป เราก็ถามเค้าทำไมไม่ เค้าบอกเข้าห้องน้ำไม่สะดวก จะเดินจะเห็นลำบาก เดียวไปแล้วไปเป็นภาระของคนอื่น เค้าก็ไม่ไป เราก็บอกไม่เป็นไร เราใส่แอมป์ไป (ผดล.จ.1)

ถามไถ่เรื่องสุขภาพว่าเป็นอย่างไรบ้าง กินได้ นอนหลับไหม ใส่ใจด้วยการบอกให้ระวังเรื่องการหกล้ม การเคลื่อนไหวหรือเดินเร็วๆ ต้องระมัดระวัง พูดคุยกันรับปากว่าจะทำตามทีฝากฝัง อย่างเรื่องที่แกต้องการว่า ถ้าเป็นอะไรไปให้ช่วยติดต่อญาติ เอาไปวัด จัดการเรื่องเงิน (อสม.จ.1)

ตอนเช้าต้องไปใส่บาตร ก็จะไปเป็นเพื่อนกัน เพราะเป็นกิจวัตรที่ผู้สูงอายุทำเสมอ และชอบทำด้วย (อสม.น.4)

ชวนมารวมกลุ่มทำกิจกรรมกับผู้สูงอายุคนอื่นๆ บอกว่าจะได้ไม่เหงา เพราะมีเพื่อนๆ วยเดียวกัน ถ้ายายสนใจจะมารับ ลองไปสักครั้งก่อนนะ ก่อนหน้านั้นก็จะถามว่าอยากทำอะไร ชอบอะไร ถ้าไปรวมกลุ่มพูดคุยหรือทำกิจกรรมอย่างจักสานไม้ไผ่ ยายสนใจไหม (อสม.น.6)

เขาเคยชอบไปวัด หลังๆ ไม่ยอมไป เราก็ถามเค้าทำไมไม่ไป เค้าบอกเข้าห้องน้ำไม่สะดวก จะเดินจะเห็นลำบาก เดียวไปแล้วไปเป็นภาระของคนอื่น เค้าก็ไม่ไป เราก็บอกไม่เป็นไร เราใส่แอมป์ไป (ผดล.จ.1)

กิจกรรมที่ 6 การอดกลั้นและปรับตัวเข้าหาผู้สูงอายุ

กิจกรรมนี้เน้นให้ผู้ดูแลใช้ความอดทนอดกลั้นในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง จะรู้สึกรำคาญ ครั่นเนื้อครั่นตัว จนทำให้หงุดหงิด และอารมณ์ไม่ดี ทำให้เกิดความขัดแย้งกับผู้ดูแลบ่อยครั้ง แต่รูปแบบนี้ผู้ดูแลจะใช้ความอดทนอดกลั้น พยายามเข้าใจว่าผู้สูงอายุเป็นโรคทำให้เกิดการหลงลืม ไม่รู้ตัว ไม่เข้าใจสิ่งที่พูด ดังนั้นจึงใช้วิธีการปรับตัวเข้าหาผู้สูงอายุ ใจเย็น ใจเยือกและตั้งสติ ทำให้ไม่เกิดความขัดแย้ง “เราก็ต้องปรับตัวเข้าหาแก” (นำ) “เค้าพูดอะไรบ่นอะไร เราก้ทำเป็นหูทวนลม ทำเป็นไม่ได้ยิน เราไม่โมโหใส่เค้า” (ข้ม) “บางทีพอนี้ก็โมโหนะ เราต้องเก็บไข่ขาว เอาพูดแบบดีๆ ฟอกกินข้าวนะ กินยานะ ไข่ขาวใหม่ หนาวใหม่ แต่ในใจเราโมโหนะ เวลาพอบ่นเราก้ใจเย็น เราก้จะไม่พูด เราฟัง เราเอาใจใส่เค้า” (อสม.ฉ.5)

กิจกรรมที่ 7 เป็นสื่อกลางจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ

กิจกรรมนี้ทีมดูแลได้ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางประสานสัมพันธ์กับคนดูแล คนในครอบครัว รวมถึงแก้ไขปัญหาความขัดแย้งให้กับผู้สูงอายุและคนในครอบครัว ได้ถูกนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง เป็นต้น ซึ่งจะมีระยะเวลาการมีชีวิตได้ไม่นาน หรือเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังทำให้รู้สึกหงุดหงิดและเป็นภาระของคนอื่น มักมีอาการแปรปรวน จนมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับคนดูแลหลักหรือครอบครัว จึงต้องมีการคนกลางที่เป็นคนคลี่คลายความขัดแย้ง สร้างให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้สูงอายุสบายใจและไม่รู้สึกกังวลเมื่อถึงเวลาจากไป

แกอยู่กับหลาน ทำให้กำลังแกดีขึ้น การเจ็บป่วยก็น้อยลงคะ (อสม.ฉ.1)

เราก้ไปบอกแม่ว่า เวลากินข้าวก็ถามเค้าว่ากินข้าวหรือยัง กินอะไรยัง ให้เค้ารู้สึกว่ เค้ายังอยู่ ความผูกพันเค้ามันยังมีมากกว่า (ผดล.ฉ.1)

ตอนแรกๆ แม่ก็ดูดี แต่พออยู่ไปนานๆ เหมือนเค้ารับไม่ได้ เค้าจะไม่โห่ใส่พ่อ เราเลยต้องออกไปดู ค่อยๆ พ่อ กินข้าวหรือยัง เค้าจะฟังเรา เค้าจะกิน ถ้าแม่มาหาเค้าทำเฉยๆ ไม่กิน เค้าทะเลาะกัน คนไข้นะ เราต้องพูดดีๆ หน่อย ทั้งๆ ที่เราโมโหนะ (อสม.ฉ.5)

แม่เป็นมะเร็ง แม่เค้าอยากให้ลูกๆ รวมกัน เราก้เป็นคนตามน้องมาทำกับข้าวให้แม่ ล้อมวงกัน นั่งกินรวมกัน...เราก้จะให้พี่ๆ น้องๆ มารวมตัวกันอยู่บ้านแม่ ก้จะทำอาหารกินกัน น้องๆ ก้จะร้องเพลงให้แม่ฟัง ให้แม่หัวเราะใจ ให้แม่ไม่เครียด...ให้

ความสุขกับแม่ เราคุยกันวาระสุดท้ายแม่แล้ว ตอนนี่ทุกคนต้องยุติการทะเลาะกัน พี่ๆ น้องๆ จะไม่ค่อยลงรอยกัน จะทะเลาะกันประจำ แล้วถ้าจะมานี้วาระสุดท้ายของแม่ พวกเราทุกคนไม่ว่าน้องเขย น้องสะใภ้ ห้ามทะเลาะกัน เย็นมาให้มารวมตัวกันที่บ้านแม่ ใครมีไรอยากทำอะไรก็เอามารวมกัน ที่บ้านแม่ ให้ยิ้มแย้มให้พูดคุยกัน เราจะเห็นว่า ไม่ว่าคนไหนก็ห้ามทะเลาะกัน ถ้าอยากทะเลาะให้กับไปบ้านแล้วค่อยทะเลาะ ต่อหน้าแม่ทุกคนต้องยิ้มแย้มแจ่มใส (ผดล.ฉ.2)

ก็ใช้วิธีแก้ไขความขัดแย้งด้วยการพูดคุยหาข้อมูลจากทั้งสองฝ่าย แล้วใช้วิธีพูดต่อหน้าทั้งสองโดยถามลูกว่ารักแม่ไหม รู้สึกอย่างไรกับแม่ ลูกก็จะบอกว่ารักแม่ เป็นห่วงแม่ แต่บางครั้งแม่บ่นก็รำคาญ ก็ถามว่า อยากให้แม่ทำอะไร ลูกก็บอกอยากให้แม่บ่นน้อยลง พูดกับเขาดีๆ ก็หันไปถามแม่ว่ารู้สึกอย่างไรกับลูก อยากให้ลูกทำอะไร แม่ก็บอกว่ารักลูกมาก แต่อาการคันทำให้ไม่สบายตัว หงุดหงิด เลยขัดหูขัดตา ตัวเองรู้สึกเหงา อยากให้ลูกดูแลใกล้ๆ เราก็บอกว่าลูกใช้เวลาอยู่กับแม่มากขึ้นได้ไหม คนแก่อีกอยากให้ลูกหลานอยู่ใกล้ๆ ลูกก็บอกว่าได้ แต่แม่อย่าบ่นอย่าด่า เราก็ถามแม่ว่าบ่นน้อยลงได้ไหม ถ้าหงุดหงิดลองหลับตาหายใจเข้า-ออกลึกๆ ก็สอนวิธีผ่อนคลายให้ เขาก็ชอบ (อสม.6)

กิจกรรมที่ 8 การให้คำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุ

เป็นวิธีการที่นำมาใช้กับญาติพี่น้องของผู้สูงอายุ โดยให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดี และสร้างให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุในครอบครัวของตนเอง และส่งผลต่อการสร้างบรรยากาศที่ดีในครอบครัว ลดความขัดแย้งภายในครอบครัว “เราก็เข้าไปช่วยดูแลจิตใจญาติ ช่วยไปให้ญาติเค้าได้พูดคุยกับคนไข้ นวดๆ ให้ ตอนนั้นยังไม่มีความรู้เรื่องการดูแลพวกนี้ ก็ใช้วิธีแนะนำให้ญาติเค้าลูบคลำ จนกระทั่งเค้าร้องเบาและจากไป” (อสม.ฉ.2) “ก็แนะนำให้ลูกให้พาพ่อไปเที่ยวนอกบ้านบ้าง ไปเปิดหูเปิดตา” (อสม.ฉ.4)

2) ชั้นการวิจัยปฏิบัติการ

ก) การวางแผนของวงรอบที่ 2

เมื่อผู้ร่วมวิจัยได้ทำการสร้างทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ 2 ที่สะท้อนให้เห็นถึงผลลัพธ์แห่งการปฏิบัติของตนและสมาชิกที่ร่วมกันไปปฏิบัติมาและได้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านผ่านวงสนทนา ซึ่งทั้ง 8 กิจกรรมที่เกิดขึ้นในขั้นตอนของการสร้างทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ 2 นี้ได้ถูกผู้ร่วมวิจัยนำไปวางแผนเพื่อนำกิจกรรมดังกล่าวไปปฏิบัติใช้กับพื้นที่และผู้สูงอายุที่ตนเองรับผิดชอบดูแลอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งจะอธิบายอยู่ในขั้นถัดไป

ข) การปฏิบัติและการสังเกตของวงรอบที่ 2

จากการดำเนินสุนทรียสนทนาในวงรอบที่ 2 มีการวางแผนการดำเนินการโดยปรากฏใน 8 กิจกรรม มีการแจกแจงหน้าที่ร่วมกันและเครือข่ายหรือผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบถึงช่องทางการมีส่วนร่วมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน ในขั้นนี้ผู้ร่วมวิจัยได้นำกิจกรรมทั้ง 8 จากเวทีการทำสุนทรียสนทนาไปปฏิบัติ โดยผู้วิจัยมีการเก็บข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์และสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวงรอบที่ 2 ผ่านการปฏิบัติใน 3 มิติ สามารถนำเสนอผลการวิเคราะห์ได้ดังนี้

1. มิติด้าน ความหมาย

1.1 ความหมายที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ จากเดิมที่คิดว่าเป็นหน้าที่และแยกส่วนกันกับตนเอง แต่เมื่อถึงวงรอบที่ 2 นี้ผู้ดูแลได้ให้ความหมายโดยการเปรียบเทียบตัวเองกับสถานะของผู้สูงอายุ นั่นคือ เป็นการสร้างความหมายขึ้นมาจากการจำลองภาพของตนเองในอนาคตและเปรียบเทียบว่าหากเป็นตนเองจะต้องเผชิญกับความยากลำบากเช่นเดียวกัน จึงทำให้เปลี่ยนความคิดไปไปสู่การอดทนอดกลั้นมากขึ้น “ตอนแรกฉันก็นึกว่าจะทำได้หรือไม่ได้ แต่พอนึกอีกทีว่าถ้าเกิดฉันแก่ไป ฉันก็ต้องอยู่เหมือนลุง” (หลาน)

1.2 ความหมายที่เกิดขึ้นเพื่อให้ตนเองมีความพยายามอดทนอดกลั้นเพราะคิดว่าผู้สูงอายุมิบุญคุณที่เคยช่วยดูแลกันมา และคิดว่าตนเองจะมีโอกาสอยู่กับตนเองได้อีกไม่นาน “ตัวก็ดำไปเถอะเพราะเค้าก็เคยช่วยดูแลมา เค้าอยู่ไม่นาน” (หลาน)

1.3 ความหมายจากเดิมที่รู้สึกว่าจะต้องทำตามหน้าที่ แต่เมื่อมีการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุดังกล่าวแล้วเกิดความหมายในเรื่องความเป็นห่วงเป็นใย รู้สึกสงสาร จึงอยากจะช่วยระมัดระวังอันตรายให้กับผู้สูงอายุ ไม่อยากให้เป็นอันตราย “ไม่อยากจะแก่ลูกบ่อยเดี่ยวแจะล้ม” (อสม.ฉ.1) “เราก้เห็นคนแก่ป่วยเราก้สงสาร” (อสม.ฉ.3)

1.4 ความหมายเรื่องความรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ตอบแทนพระคุณแม่ นั่นคือหลังจากได้มีการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุมาประยุกต์ใช้และเกิดเหตุการณ์ที่ประทับใจ นั่นคือการได้บอกรักแม่ และการโอบกอดจนเป็นกิจวัตร ทำให้เกิดความหมายในเรื่องของความภาคภูมิใจที่ได้ตอบแทนพระคุณแม่ ได้เลี้ยงดูแม่ จึงรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้มีโอกาสตอบแทนพระคุณของผู้มีพระคุณต่อตนเอง

ก็รู้สึกภูมิใจตัวเองที่ได้ดูแลแม่ เพราะว่าพี่น้อง 7 คนเค้าไปอยู่กรุงเทพมหานคร ก็ไม่เคยคิดอะไร คิดว่าเราได้ตอบแทนบุญคุณพ่อแม่ แค่นี้ก็เหมือนกับยังไม่ได้ครึ่งหนึ่งที่เค้าดูแลเรา บางทีแกขี้ แกเหยยวมา แกถ่ายเลอะเทอะ คือเราก้ต้องทำใจว่า แต่ก่อนตอนเราเด็ก แกทำให้เราได้ ทำให้เราโดยไม่รังเกียจ (อสม.ฉ.1)

ดูแลแม่ คอยเช็ดตัว พอแม่เจ็บป่วยแล้ว ก็รู้สึกว่าเป็นลูกคนโต อีกอย่างเราก็อีก
แม่ เรามีแม่คนเดียวไง(ผดล.จ.2)

ดิฉันรู้สึกภูมิใจค่ะ ที่เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลครอบครัวนี้ เพราะท่านก็เป็นเพื่อนรัก
แม่ของดิฉัน ฉันได้ดูแลท่านฉันก็มีความสุข (อสม.น.3)

....ฉันได้เห็นว่าตาพูดกับยาย ลูบหัวและพูดเสียงเบาๆ บอกยายให้ช่วยกันนะ แล้ว
ยายก็กลืนสายอาหารลงไป วุบนั้นความรู้สึกของดิฉันคือความรู้สึกของคนแก่ 2 คนนี้
รับรู้ได้ด้วยใจ ด้วยสัมผัส ที่สื่อให้เห็นถึงความรักความห่วงใย จนใส่สายอาหารเสร็จ
ไปด้วยดี (ผดล.น.1)

1.5 ความหมายที่เกิดจากการเรียนรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
นั้นคือการทำด้วยใจ ทำให้ต้องเอาใจใส่ ทำด้วยความรัก มีความละเอียดอ่อน และพยายามเข้าใจทุก
ฝ่าย ไม่ใช่ทำเพื่อหน้าที่เพียงอย่างเดียว

การดูแลผู้ป่วยสักคนต้องมีใจ มีความรัก มีความละเอียดอ่อน และต้องเข้าใจว่า
ผู้ป่วยต้องการอะไรด้วย ยิ่งผู้ป่วยที่เป็นคนในครอบครัวต้องให้ความรักเพิ่มเข้าไป
อีก...เมื่อก่อนเราไม่เข้าใจหรอก เคยดูแลเราก็เหนื่อยมาก เพราะพ่อจะไม่ยอมนอน
กลางคืน ต้องคอยระวังทุกอย่างเพราะเราไม่เข้าใจว่าพ่อเริ่มเป็นโรคหลงลืม เราก็ดู
พ่อ...เพราะเราขาดความรัก ความเอาใจใส่ที่ดี เราแค่ทำไปตามหน้าที่ปกติ ก็เลยไม่
เห็นความผิดปกติในตัวพ่อ พอคิดได้แล้วไม่ว่าพ่อจะทำอะไรเราก็จะไม่โมโห ไม่เสียด
ดัง เราก็ไม่เครียดด้วย ทำให้สุขภาพจิตเราดีขึ้นมาก...จนมาเป็น อสม. ก็เข้าใจทุก
คน ทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไร ทุกคนต้องปรับตัวเข้าหากัน ถ้ามีความรัก
ศรัทธาก็เกิด อะไรก็ง่ายขึ้น เวลาเราทำมันจะออกมาจากใจ ไม่ใช่ทำตามหน้าที่อย่าง
เดียว มันจะเกิดความสุขเล็กๆ โดยที่เราไม่รู้ตัวเหมือนกัน (ผดล.น.1)

สิ่งที่ฉันจะทำให้คือให้กำลังใจยายได้เท่านั้น ฉันรู้แค่ว่าจะประคับประคองอาการยาย
ไม่ให้ทรุดลงยังไงเท่านั้นเอง เมื่อยามที่เขาดี เราก็ช่วยกันดูแล ยามที่เขาเจ็บป่วยฉัน
ยังต้องดูแลให้มากกว่าเดิม ลูกเต้าฉันทุกคนก็คิดแบบนี้ฝั่งลูกสาวไม่ต้องห่วงเลย เขา
มาดูแลแม่เขาทุกวันหยุดเลย ฉันก็ได้พัก ไม่ใช่ฉันไม่เหนื่อย ฉันก็เหนื่อย เหมือนติด
คุกเลยนะ แต่เพราะฉันรักยาย ฉันห่วงเขา ฉันถึงทนได้ยังไงละหมอ (สามีย้ายแปลง
ศรี)

ลุงจิตรแสบอกว่าบางทีก็โมโหเหมือนกัน แต่ก็ทำใจได้ ไม่ทำให้ภรรยาเห็น ก็เดินหนีไป แต่ไม่เป็นบ่อย นานๆ ก็มีบ้าง รู้และเข้าใจว่าภรรยาป่วย สงสาร ก็ต้องดูกันไป จนกว่าจะตายจากกัน...แกดูแลกันด้วยความรักความผูกพันที่อยู่กินกันมานานแล้ว ทั้งกันไม่ได้ ปัจจุบันลุงจิตไม่กินเหล้าไม่สูบบุหรี่ เลิกเหล้าทำให้แกมีสติยำคิทำอะไรได้ปกติแกจะเป็นคนพูดน้อย พูดจาดี ลุงจิตมีสุขภาพจิตดี บ้าวิไลแกก็เข้าใจดีว่าลุงก็ต้องลำบาก บอกลุงจิตว่าอยู่ไปมีความรักต่อกันเห็นใจกัน (ผดล.น.1)

2. มิติด้าน กิจกรรม

กิจกรรมที่เกิดขึ้นเพื่อนำไปสู่การสร้างกิจกรรมการทำงานที่แตกต่างไปจากกิจกรรมในวงรอบที่ 1 มีดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้คำแนะนำและพูดคุย จากวงรอบที่ 1 เป็นการให้คำพูดที่สร้างให้เกิดกำลังใจ สร้างให้เกิดความหวัง คุยกันเรื่องชีวิตประจำวัน ในขณะที่วงรอบที่ 2 นี้ได้เพิ่มเติมในเรื่องการพูดคุยในลักษณะของการเล่าเรื่องตลกขบขัน, แหย่ให้หัวเราะ, การสัมผัสระหว่างการพูดคุย, เน้นการรับฟัง

กิจกรรมที่ 2 การเยี่ยมเยียนและจัดกิจกรรมที่บ้านผู้สูงอายุบ่อยครั้ง จากในวงรอบที่ 1 ที่เน้นการไปเยี่ยมเยียนที่บ้านผู้สูงอายุหรือใช้การโทรหาบ่อยครั้ง แต่ในวงรอบที่ 2 ได้มีการสะท้อนรูปแบบที่เพิ่มเติมคือมีการจัดกิจกรรมในบ้าน มีการรวมตัวของสมาชิกเพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี

กิจกรรมที่ 3 การดูแลสุขภาพและความเป็นอยู่ ยังคงดำเนินต่อไปตามวงรอบที่ 1

กิจกรรมที่ 4 การช่วยเหลือเป็นการส่วนตัว ยังคงดำเนินต่อไปตามวงรอบที่ 1 แต่มีรูปแบบของการช่วยเหลือนอกเหนือจากเรื่องเงินและอาหาร นั่นคือการช่วยเหลือในการแบ่งปันเวลาที่นอกเหนือจากเวลางาน

กิจกรรมที่ 5 การเอาใจใส่และตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ เป็นรูปแบบที่เกิดขึ้นในวงรอบที่ 2 โดยกิจกรรมที่เกิดขึ้นคือการสอบถามความต้องการหรือไม่ต้องการของผู้สูงอายุ และใส่ใจในรายละเอียดเหล่านั้นพร้อมตอบสนองได้ตรงตามต้องการ

กิจกรรมที่ 6 การอดกลั้นและปรับตัวเข้าหาผู้สูงอายุ เป็นรูปแบบที่เกิดขึ้นในวงรอบที่ 2 โดยเน้นการอดกลั้น ใจเย็น เมื่อผู้สูงอายุอารมณ์ไม่ดี ไม่ตอบโต้ และเน้นการปรับตัวเข้าหาผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการให้ความหมายว่า อีกไม่นานจะแก่เช่นเดียวกัน

กิจกรรมที่ 7 เป็นสื่อกลางจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ เป็นรูปแบบที่เกิดขึ้นในวงรอบที่ 2 เนื่องจากปัญหาความขัดแย้งระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลทำให้ผู้สูงอายุมีความเครียด และไม่เป็นที่รักของสมาชิกคนอื่นทำให้ถูกทอดทิ้ง ดังนั้นผู้ดูแลหรืออาสาสมัครได้เกิดกิจกรรมการเจรจาทำความเข้าใจกันทั้งสองฝ่าย โดยเป็นคนกลางสำหรับการแก้ปัญหาความขัดแย้งและเป็นพยานในการทำข้อตกลงการปฏิบัติต่อกันของทั้งสองฝ่าย

กิจกรรมที่ 8 การให้คำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นรูปแบบที่ดำเนินต่อเนื่องมาจากวงรอบที่ 1

อย่างไรก็ตามรูปแบบที่หายไปจากวงรอบที่ 1 คือ รูปแบบการผลักดันให้ไปพบแพทย์จากผู้ดูแล

3. มิติด้าน เครือข่าย

3.1 ชักชวนนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ไปร่วมในกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ โดยเริ่มจากการคัดเลือกบ้านที่มีปัญหาหนัก ดังเช่นบ้านของผู้สูงอายุรายหนึ่งที่ขาใช้งานไม่ได้ ต้องอาศัยเครื่องมืออื่นๆ อำนวยความสะดวกในการเดิน แต่เนื่องจากในขณะนั้นอุปกรณ์ของผู้สูงอายุชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ทำให้ฟังฟังตนเองลำบาก จึงได้มีการชักชวนให้เดินทางไปด้วยกันและเปิดโอกาสให้นายกองค์การบริหารส่วนตำบลได้พูดคุยโดยตรงกับผู้สูงอายุ จนเกิดการช่วยเหลือสนับสนุนกันต่อไป

ชวณายก ออบต. ไปที่บ้านผู้สูงอายุ ไปดูพื้นที่นอน เราก็เปิดโอกาสให้เค้าคุยกัน เรา ก็บอกว่าเดี๋ยวจะซ่อมที่นอนเพราะว่ามันเป็นรูๆ แล้วเปิดโอกาสให้ได้คุยกับนายก พูดถึงความทุกข์ยากลำบาก แล้วเราก็บอกว่าจริงๆ แล้วบ้านหลังนี้จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ คุยกับนายกจะช่วยยังไง ดูสภาพบ้านแบบนี้คือถ้าพลิกหรืออะไร มันก็ ฝุ่ฟังในที่สุดการช่วยเหลือมันก็เริ่มจากบ้านหลังนี้...นายกเค้าจะมีพวกเค้าจะโทร ชวนมา โดยที่ใช้งบประมาณหลวง มันก็เป็นจุดเริ่มต้นของการที่มันจะต้องมีใครสัก คนหนึ่งเข้ามาช่วยดูแลผู้สูงอายุ (อสม.จ.1)

3.2 โน้มน้าวใจให้ชาวบ้านหันมาเข้าร่วมและดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้ โดยการตั้งคำถามกับชาวบ้านเพื่อให้เกิดการคิดวิเคราะห์ด้วยความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ และเห็นใจซึ่งกันและกัน ไม่ควรซ้ำเติมผู้ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้

ช่วยพูดให้ชาวบ้านเข้ามาดูแลช่วยเหลือ ได้ตั้งคำถามกับชาวบ้านว่า ทำไมเธอ ใน เมื่อครอบครัวของเค้านี้ เค้าถูกซ้ำเติมจากครอบครัวขนาดนี้คนข้างนอกยังจะไป ซ้ำเติมเค้าอีกเธอ ทำไมคนข้างนอกถึงไม่โอบอุ้มเค้าคะ ก็มีคำถามอีก คนๆ นั้นเสีย ไม่ได้ตอนที่ดี ๆ อยู่ ก็ไม่ยอมทำให้ดี เหมือนเป็นคนที่ไม่ค่อยดีในสังคม เราก็เลยถาม ว่าทำไมเราต้องนึกถึงอดีต ทำไมเราถึงไม่อยู่กับปัจจุบัน อดีตจะเป็นใจเราปล่อยเค้า ไปไม่ได้เธอ ถ้าเราคิดจะช่วยใครสักคน ทำไมเราไม่อยู่กับปัจจุบัน ช่วยในขณะที่ เป็นปัจจุบัน ในขณะที่เค้ากำลังเดือดร้อนขนาดนี้ เราก็คงถามเค้า แล้วในที่สุดคนที่ ตั้งคำถามกับเราก็คงเข้ามาช่วยดูแลกับเรา อาจจะเป็นเรื่องเงินหรือเรื่องอะไรก็ตาม ในที่สุดเค้าก็เข้ามาร่วมมืออยู่ดี (จนท.จ.1)

ค) การสะท้อนผลหลังการปฏิบัติของวงรอบที่ 2

ในขั้นการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติ เป็นการสะท้อนด้านผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติในขั้นต่อนก่อนหน้า ซึ่งนำมาสู่การสร้างความยั่งยืนในเรื่องของการสร้างและพัฒนา รูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง สามารถสรุปผลผลิตของการเปลี่ยนแปลงใน กระบวนการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ได้ดังนี้

1. เกิดกิจกรรมเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ เป็นวงรอบ โดยการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้สูงอายุ โดยเริ่มจากผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสหรือคนที่มีความจำเป็นต้องดูแล จากนั้นจึงเลือก วิธีการช่วยเหลือ เช่น การส่งต่อ การให้คำปรึกษา การช่วยเหลือค่าใช้จ่าย เป็นต้น โดยในช่วงแรก เป็นการขอรับบริจาค ใ้เรียเงินเพื่อช่วยเหลือเป็นการเฉพาะกิจ แต่เมื่อภายหลังได้มีการดำเนินการ อย่างต่อเนื่อง ได้มีชาวบ้านเข้ามาช่วยเหลือมากขึ้น

ซึ่งตั้งแต่นั้นมา เราก็ได้เริ่มเป็นประเพณีในการที่จะออกเยี่ยมผู้สูงอายุ ที่เราจะ คัดเลือก คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเป็นคนคัดเลือก คนที่ด้อยโอกาสมาก ๆ คนที่ จำเป็นจะต้องดูแลมาก ๆ แล้วก็ส่งเข้าไป อันไหนที่มันพอช่วยได้ ส่วนใหญ่เราไม่ได้ ใช้งบประมาณ ส่วนใหญ่เป็นการขอบริจาค แล้วเราก็เรียเงินและช่วยเป็นการ เฉพาะกิจ (จนท.จ.1)

2. เกิดเครือข่ายที่สนับสนุนการทำงานภายในชุมชน โดยมี อสม.เป็นฝ่ายหลักใน การจัดดำเนินการเวทีสำหรับการพูดคุยแลกเปลี่ยนกระบวนการทำงานกับเครือข่ายอื่น จากองค์การ บริหารส่วนตำบล ชุมชน ซึ่งสังเกตได้จากการที่มีการซ่อมแซมบ้านให้กับผู้สูงอายุขององค์การ บริหารส่วนตำบลจังหวัดฉะเชิงเทรา และการบริจาคข้าวสารเดือนละ 1 ถุง ขององค์การบริหารส่วน ตำบลจังหวัดนครนายก จากการปรับเปลี่ยนแนวคิดจากเดิมที่เห็นว่าเป็นเรื่องที่ อดบ.ไม่ควรเข้าไป ก้าวก้าวการทำงานของสาธารณสุข เปลี่ยนไปสู่การคิดว่าผู้สูงอายุเป็นสมาชิกของชุมชนกลุ่มหนึ่งที่ องค์การบริหารส่วนตำบลต้องให้การดูแลช่วยเหลือ

3. เกิดการทำงานประสานกันในระดับของหน่วยงานภาครัฐระหว่างศูนย์ดูแล ผู้สูงอายุ เทศบาล และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยเทศบาลได้อำนวย ความสะดวกด้านสถานที่ให้จัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความ มั่นคงของมนุษย์ได้อำนวยความสะดวกด้านสถานที่พักพิง และสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ เกิดเป็นการหมุนเวียนการเยี่ยมบ้านและดูแลผู้สูงอายุ รับประทานอาหารที่พักพิงของกระทรวงการ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

เราก็จะได้ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเทศบาลเค้ามีอาคารให้ รอแคงบประมาณ ซึ่งมอยย้อนกลับไป ในการดูแลครั้งก่อนๆ มาเนี้ มันทำให้เรารู้สึกว่า โอกาสของคนสมัยก่อน ที่ไปดูแลมันน้อย ก็เสียดาย คิดว่าเป็นเรื่องที่ดีมาก...พม. เค้าก็รับช่วยเหลือด้านสถานที่พักพิง ก็คือมีหน่วยงานอื่นเข้ามาร่วมมือด้วย ไม่ว่าจะป็นท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสผ. CG ชมรมผู้สูงอายุ พม. (อสผ.จ.2)

4. เกิดนโยบายที่ช่วยสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุ จากเดิมทีนโยบายไม่เอื้ออำนวยต่อการออกไปเยี่ยมบ้านหรือสนับสนุนในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุภายนอกสถานที่ตั้งของหน่วยงาน แต่ในระหว่างการดำเนินงาน ได้มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายในเรื่องการเข้าถึงการบริการรักษาพยาบาล การสนับสนุนทีมดูแลเข้าไปในพื้นที่ “เป็นเรื่องที่ดีมาก ที่ปัจจุบันมีนโยบายให้ไปดูแลผู้สูงอายุ มันทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีโอกาสได้เข้าถึงบริการสุขภาพได้มากกว่าสมัยก่อน” (อสผ.จ.2)

จากผลการดำเนินการในแต่ละวงรอบ สามารถสรุปและเปรียบเทียบการสร้างและพัฒนา รูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชนของระยะดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ในวงรอบที่ 1 และ 2 ในมิติของทฤษฎีบทด้านความหมาย ทฤษฎีบทด้านกิจกรรม และทฤษฎีบทด้านเครือข่าย ได้ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 5 สรุปผลการดำเนินการของวงรอบที่ 1 และ 2

ประเด็น	วงรอบ1	วงรอบ2
ทฤษฎีบทด้านความหมาย	ทีมดูแล: ต่อไปฉันจะแก่เหมือนกัน, เคยมีบุญคุณต่อกัน/ ทดแทนบุญคุณ, ไม่โกรธ เพราะจะอยู่ด้วยอีกไม่นาน, ทำแล้วมันดีดี สุข ทำแล้วได้ความสุข	1. ทีมดูแล: ทำเพราะเป็นการตอบแทนบุญคุณ, การเป็นห่วงเป็นใย, การทำงานด้วยใจ ทำด้วยความรัก ทำด้วยความเข้าใจ และเป็นสภาวะที่ตนเองต้องเผชิญในอนาคต, แม้มี่คนเดียว, จะอยู่กับเรอีกไม่นาน, จะดูแลไปจนกว่าจะตายจากกัน 2. ญาติผู้สูงอายุ: ขอบคุณ อสม. 3.อบต.: ผู้สูงอายุคือสมาชิกหนึ่งของชุมชน
ทฤษฎีบทด้านกิจกรรม	1.ทีมผู้วิจัย: การให้การสนับสนุนในด้านคำแนะนำเรื่องการประเมิน รพสต. 2. ทีมดูแล: ดูแลผู้สูงอายุในด้านสุขภาพจิต เช่น การพูดคุยพร้อมการ	1. ทีมดูแล: ให้ความสำคัญกับการสัมผัสร่างกายผู้สูงอายุ, รับฟัง, จัดกิจกรรมรวมกลุ่มที่บ้านของผู้สูงอายุ, สอบถามความต้องการ

ประเด็น	วงรอบ1	วงรอบ2
	<p>สัมผัส เดินทางไปเยี่ยมบ้านบ่อยครั้ง เป็นต้น</p> <p>3.ญาติ: เปิดบ้านต้อนรับ ลูกหลานบางรายยังไม่อนุญาตให้พาไปหมอม</p> <p>4.ผู้สูงอายุ: มีการเฝ้ารอให้ทีมดูแลผู้สูงอายุเดินทางมาเยี่ยม เมื่อมาเยี่ยมจะมีการกอด หอม, ต่อด้านผู้ดูแลที่เป็นลูกหลาน เมื่อบังคับให้ออกกำลังกาย</p>	<p>ของผู้สูงอายุ, อดกลั้นและปรับตัว, ให้คำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุ, โน้มน้าวใจให้ชุมชนหันมาให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน,</p> <p>2. ญาติผู้สูงอายุ: ยินดีให้ทีมดูแลมาที่บ้านรับฟังและขอคำปรึกษา ,</p>
ทฤษฎีบทด้านเครือข่าย	<p>1.ทีมดูแล: ร้องขอมายังทีมผู้วิจัยให้จัดกิจกรรมการพูดคุยแลกเปลี่ยนผลการปฏิบัติงานระหว่างจังหวัดนครนายกและฉะเชิงเทรา</p> <p>2.อบต.: ได้ร่วมเดินทางเยี่ยมผู้สูงอายุ และให้ความช่วยเหลือ</p> <p>3. ทีมดูแลและญาติ: มีการให้คำแนะนำเบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงทางร่างกายและสุขภาพจิต</p>	<p>ทีมดูแลคัดเลือกผู้สูงอายุและ อบต. ให้การสนับสนุน, อสม.เป็นหน่วยหลักในการชักชวนกลุ่มอื่นให้เข้าร่วมแบ่งปันประสบการณ์อย่างสม่ำเสมอ (เดือนละ 2 ครั้ง), ทีมดูแลมีหลากหลายกลุ่ม เช่น อสม. ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี ไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ เป็นต้น</p>
ผลผลิตหรือการเปลี่ยนแปลงของทีมสุขภาพ	<p>1.เปลี่ยนจากการทำตามหน้าที่ไปสู่การทำด้วยความรักและความผูกพัน</p> <p>2.เปลี่ยนจากการดูแลเฉพาะร่างกายไปสู่การดูแลด้านจิตใจ</p> <p>3. เกิดเครือข่ายระหว่างทีมผู้ดูแลและอบต.,ระหว่างทีมผู้ดูแลและผู้สูงอายุ และระหว่างทีมผู้ดูแลและญาติผู้สูงอายุ</p>	<p>1. อสม.เป็นฝ่ายผลักดันกิจกรรมแทนผู้วิจัย</p> <p>2. รับรู้ว่าการทำงานต้องมีความละเอียด ใส่ใจในการดูแลด้านสุขภาพจิต ไม่ใช่เพียงแต่การคัดกรองด้วยแบบประเมินเท่านั้น</p> <p>3. ได้รับการสนับสนุนทั้งในระดับนโยบายและ ระดับปฏิบัติ</p>
ผลผลิตหรือการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ	<p>1. ผู้สูงอายุยินดีเมื่อมีกิจกรรมเยี่ยมบ้าน แสดงออกโดยการยิ้มแย้ม พูดคุย ให้ความร่วมมือต่อการรักษา และบอกกับอสม. ว่าให้มาเยี่ยมบ่อยๆ</p> <p>2. ครอบครัวผู้สูงอายุทราบวิธีการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและรับปากเอาไป</p>	<p>1. ผู้สูงอายุเลิกพูดหรือบ่นว่าอยากฆ่าตัวตาย</p> <p>2. ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคนรอบข้างดีขึ้น ไม่มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้ง</p> <p>3. ผู้สูงอายุเลิกต่อต้านการบำบัด</p>

ประเด็น	วงรอบ1	วงรอบ2
	ปฏิบัติตาม 3. ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำให้คลายความเครียดในเรื่องการดำรงชีวิตและเตรียมตัวสำหรับการเสียชีวิตได้มากขึ้น	ฟื้นฟู หรือการรักษา

ส่วนที่ 3 การสังเคราะห์รูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของที่มีสุขภาพในชุมชน

การสังเคราะห์รูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของที่มีสุขภาพในชุมชนมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้รูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนพื้นที่วิจัยและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติให้เกิดผลเป็นรูปธรรมอย่างยั่งยืน ซึ่งในส่วนนี้แบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ การสังเคราะห์รูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และการสรุปผลการเปลี่ยนแปลงการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของที่มีสุขภาพในชุมชน ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 การสังเคราะห์รูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

การสังเคราะห์รูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของที่มีสุขภาพในชุมชน ที่เกิดจากผู้ร่วมวิจัยจาก 2 พื้นที่ ได้แก่ จังหวัดนครนายก และจังหวัดฉะเชิงเทรา ได้นำกิจกรรมไปประยุกต์ใช้ในกระบวนการทำวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ ที่สร้างแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำมาสังเคราะห์รูปแบบที่สอดคล้องกันทั้งใน 2 บริบทพื้นที่การวิจัย ได้แก่ จังหวัดนครนายก และจังหวัดฉะเชิงเทรา ผ่านการใช้เทคนิค เรื่องเล่าเร้าพลัง โดยการดำเนินการดังกล่าวผู้วิจัยสามารถสังเคราะห์ได้ 2 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบการทำงานที่มุ่งผลลัพธ์ด้านความยั่งยืน และรูปแบบการทำงานเพื่อมุ่งผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งจำแนกตามมิติของการได้รับประโยชน์ จากการเล่าเรื่องของผู้ดูแล

รูปแบบที่ 1 การทำงานที่มุ่งผลลัพธ์ด้านความยั่งยืน มีเป้าหมายที่ชัดเจนคือการสร้างประโยชน์ให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล ทำให้เกิดการดำเนินงานที่สะดวก รวดเร็ว เน้นเชิงรุก และเข้าถึงผู้สูงอายุมากขึ้น

รูปแบบที่ 2 การทำงานเพื่อมุ่งผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ มีเป้าหมายที่ตัวผู้สูงอายุให้มีสุขภาพจิตที่ดี เนื่องจากผู้สูงอายุเหล่านี้เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพจิต มักมีความเครียดสะสม ปรากฏให้เห็นจากการหลีกเลี่ยงสังคม เก็บตัว ไม่มีความสุขในการทำกิจกรรมที่เคยชอบ เช่นการไปวัด การสังสรรค์ เป็นต้น และมีความเครียดจากการมีปัญหาละเลยเบาะแวกับคนใกล้ตัว มักบ่นว่าอยากตาย อยากหนีปัญหา ไม่อยากอยู่เพราะเป็นภาระของลูกหลาน แต่ภายหลังจากการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มุ่งผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิต ทำให้ผู้สูงอายุได้รับ

ประโยชน์ โดยผู้สูงอายุเลิกบ่นว่าอยากตาย สามารถยกตัวอย่างเรื่องเล่าเร้าพลังจาก พี่ประทีปเป็นผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ชื่อ นางสาวราญ ตรีสวัสดิ์ อายุ 78 ปี จากจังหวัดฉะเชิงเทรา ได้เล่าว่า

“ช่วงแรก ๆ ก็เข้ามาดูแลเรื่องอาหาร ทำกายภาพตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ขณะนี้แกก็เริ่มยกขึ้นได้ แล้วคอยสังเกตว่าผู้สูงอายุมีอาการ ความรู้สึกอย่างไร ดูจากสีหน้า แวดตาเศร้าไหม หรือคำพูดบ่น ๆ เช่น “ไม่อยากจะอยู่ อยากตาย” อสม. ก็ใช้วิธีการดูแล พูดคุย ชวนคุยกันแบบพี่สาว เพราะ อสม. เห็นแกมาตั้งแต่ อสม. ยังเล็ก ๆ บางครั้งให้กำลังใจ และให้ลองเปลี่ยนมุมมองความคิดจากด้านลบเป็นบวก โดยยกตัวอย่างตนเองเปรียบเทียบกับ แลกเปลี่ยนกับผู้สูงอายุ เช่น “น้ำยังโชคดีนะ ที่มีลูกหลาน ลูกเขย ช่วยเช็ดกันให้ ลูกเขยเค้าไม่รังเกียจ” แกก็เริ่มรู้สึกดีขึ้น แต่เราจะต้องหมั่นไปพูดคุย ดูแล ให้กำลังใจแกเป็นระยะๆ” (อ่านเรื่องเล่าพลังเพิ่มได้จากภาคผนวก กรณีศึกษาการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ผู้ดูแล และ อสม. ประทับใจ)

พี่ศุภมาศ หัวหน้า อสม. จากจังหวัดฉะเชิงเทรา ดูแล ผู้สูงอายุ ชื่อ ป้าไสว อายุ 76 ปีป่วยเป็น CVA เดินไม่ได้ แต่ดูแลช่วยเหลือตนเองได้โดยใช้ก้นถัดไปรอบบ้าน ลูกจะไม่ค่อยชอบหน้า อสม. เท่าไรนักเพราะคิดว่าผู้สูงอายุรัก อสม. มากกว่า

“วิธีการดูแล คือ อสม. จะเข้าไปดูแล คอยพูดคุย ให้กำลังใจ พูดเหมือนตนเองเป็นลูกหลาน ผู้สูงอายุ ช่วงแรกๆ แกบ่นว่า “แกรอวันตาย ชีวิตไม่เหลืออะไรแล้ว ไม่อยากอยู่” อสม. สังเกตว่าแกจะมีสีหน้าหดหู่ เหมือนรอวันตาย ไม่กระซุ่มกระฉวย ไม่รำเริง อสม. จะพูดคุย ให้กำลังใจ ให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของตนเอง โดย อสม. จะเล่าความรู้สึกของ อสม. ที่มีต่อแกว่า “อยู่เถอะ อยู่เป็นกำลังใจ อยากเห็นหน้าก็ยังดี เป็นที่พึ่งทางใจ อยู่เป็นกำลังใจ” เวลา อสม. ไม่ได้มาเยี่ยม มีธุระ ก็จะบอกว่า “ถ้าหนูไปแล้วไม่เจอแก หนูจะรู้สึกอย่างไร” พูดให้กำลังใจ ว่าผู้สูงอายุมีคุณค่า พูดอย่างนี้ไปเรื่อย ๆ จนสังเกตว่าแกเริ่มหันมาดูแลตนเอง เช่น การกินยา แกกินยาครบตามที่หมอบอกสั่งไว้ทุกอย่าง มีสีหน้าที่ดีขึ้น ขณะเดียวกัน อสม. ก็ให้พูดให้ขบคิด ว่า “กินยา 10 วันก็อาจจะอยู่ได้ 10 ปี”(อ่านเรื่องเล่าพลังเพิ่มได้จากภาคผนวก กรณีศึกษา การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ผู้ดูแล และ อสม. ประทับใจ)

อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้นำเรื่องเล่าเร้าพลังมาสังเคราะห์รูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ได้ดังตาราง 6

ตาราง 6 แสดงการสังเคราะห์รูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของที่มีสุขภาพในชุมชน

รูปแบบ	องค์ประกอบ	กิจกรรม																ผู้ได้รับผลกระทบ	
		1		2		3		4		5		6		7		8		ผู้ทำงาน	ผู้สูงอายุ
		น	จ	น	จ	น	จ	น	จ	น	จ	น	จ	น	จ	น	จ		
ความยั่งยืน	1. เครือข่ายเพิ่มขึ้น			✓	✓	✓	✓											มีทีมสนับสนุนที่ครอบคลุมการดูแลผู้สูงอายุ	
	2. มีกิจกรรมต่อเนื่อง			✓	✓	✓	✓											พัฒนาเทคนิคการดูแลสุขภาพจิตที่ต่อเนื่อง	
	3. มีระบบการทำงานเป็นรูปธรรม			✓	✓	✓	✓											มีรูปแบบการทำงานแนวทางเดียวกัน	
	4. นโยบายได้รับการปรับเปลี่ยน			✓	✓	✓	✓											ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานและครอบครัว	
สุขภาพจิต	1. ความหมายเปลี่ยน	✓	✓					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ได้รับการดูแลถึงจิตใจ ทดแทนการประเมินจากแบบวัด สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุเอง ไม่มี/ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวลดลงทำให้ผู้สูงอายุเลิกพูดว่าเครียดหรืออยากตาย ได้รับการฟื้นฟูร่างกายและจิตใจที่ถูกต้องและต่อเนื่องสังเกตได้จากการพยายามดูแลตนเอง ปฏิบัติตามคำแนะนำ	
	2. รูปแบบกิจกรรมเปลี่ยน	✓	✓					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
	3. ครอบครัวเปลี่ยน	✓	✓					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
	4. ผู้สูงอายุเปลี่ยน	✓	✓					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
ผู้ปฏิบัติหลัก	1. หน่วยงาน/องค์กร					✓	✓												
	2. อาสาสมัคร	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		

ตาราง 6 (ต่อ)

รูปแบบ	องค์ประกอบ	กิจกรรม																ผู้ได้รับผลกระทบ	
		1		2		3		4		5		6		7		8		ผู้ทำงาน	ผู้สูงอายุ
		น	จ	น	จ	น	จ	น	จ	น	จ	น	จ	น	จ	น	จ		
	3. ครอบครัว/ เพื่อนบ้าน/ ชุมชน	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
	4. ผู้สูงอายุในชุมชน			✓	✓														

*หมายเหตุ: น: จังหวัดนครนายก และ จ: จังหวัดฉะเชิงเทรา

กิจกรรมที่ 1 การพูดคุย รับฟังและสัมผัส

กิจกรรมที่ 2 การเยี่ยมเยียนและจัดกิจกรรมที่บ้านผู้สูงอายุบ่อยครั้ง

กิจกรรมที่ 3 การดูแลสุขภาพภาวะและความเป็นอยู่

กิจกรรมที่ 4 การช่วยเหลือเป็นการส่วนตัว

กิจกรรมที่ 5 การเอาใจและตอบสนองต่อความต้องการ

กิจกรรมที่ 6 การอดกลั้นและปรับตัวเข้าหาผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 7 เป็นสื่อกลางจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 8 การให้คำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุ

จากตารางดังกล่าว เป็นการเพื่อสังเคราะห์รูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงของที่มีสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบจุดมุ่งหมายข้อ 2 ซึ่งสามารถแบ่งรูปแบบการทำงานการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของที่มีสุขภาพในชุมชนได้ 2 ที่ต้องการอาศัยการบูรณาการร่วมกัน จึงทำให้การทำงานมีผลลัพธ์ที่ชัดเจนและยั่งยืน สามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ดังนี้

รูปแบบที่ 1 รูปแบบการทำงานที่มุ่งผลลัพธ์ด้านความยั่งยืน

ลักษณะการทำงานที่มุ่งผลลัพธ์ด้านความยั่งยืน วัตถุประสงค์เพื่อมุ่งเน้นความยั่งยืนในระบบการทำงานดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ของที่มีดูแลสุขภาพในชุมชน ดังนั้นในกระบวนการสังเคราะห์รูปแบบการทำงานจึงได้เริ่มจากการค้นหาปัญหาที่เป็นอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน พบใน 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับนโยบายที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการออกไปดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุนอกสถานที่ ไม่มีงบประมาณสนับสนุน ไม่มีการบูรณาการข้ามหน่วยงานในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุทำให้ระบบการทำงานจึงแยกออกจากกัน ต่างคนต่างทำหน้าที่ของตนเอง และเห็นว่างานลักษณะของการดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ของหน่วยงานด้านสาธารณสุข 2) ระดับบุคลากรสายปฏิบัติ คือ การมีบุคลากรไม่เพียงพอ การดูแลผู้สูงอายุมุ่งเน้นการดูแลทางกายเพื่อนำมาสู่ความสุขทางจิตใจ ไม่มีการรวบรวมข้อมูลหรือแนวทางการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนที่ชัดเจน 3) ระดับของครอบครัวและชุมชน ในช่วงแรกคือไม่ต้อนรับเจ้าหน้าที่ในการมาเยี่ยมบ้าน กิจกรรมประเพณีของชุมชนเป็นกิจกรรมที่ไม่สอดคล้องกับการเข้าร่วมของผู้สูงอายุ ชุมชนไม่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุเพราะเห็นว่าเป็นหน้าที่ของครอบครัวหรือลูกหลานของผู้สูงอายุมากกว่า ซึ่งการสร้างและพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตของที่มีดูแลสุขภาพชุมชนนี้จึงได้มีการดำเนินการสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดพลังที่เหนียวแน่นและการมีส่วนร่วม

จากการสังเคราะห์พบว่ารูปแบบการทำงานที่มุ่งผลลัพธ์ด้านความยั่งยืนที่เกิดขึ้นทั้ง 2 จังหวัด โดยมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องคือ กิจกรรมที่ 2 การเยี่ยมเยียนและจัดกิจกรรมที่บ้านผู้สูงอายุ บ่อยครั้ง และ กิจกรรมที่ 3 การดูแลสุขภาพและความเป็นอยู่ สามารถอธิบายถึงกิจกรรมนี้เพิ่มเติมได้ดังนี้

กิจกรรมที่ 2 การเยี่ยมเยียนและจัดกิจกรรมที่บ้านของผู้สูงอายุบ่อยครั้งหมายถึง การที่ผู้ดูแลได้เดินทางไปหาผู้สูงอายุที่บ้าน มีการพูดคุยถามไถ่ และรวบรวมสมาชิกหลายคนมารวมตัวกันทำกิจกรรมที่บ้านของผู้สูงอายุ เช่น การทำอาหารรับประทานร่วมกัน การร้องรำทำเพลง เป็นต้น

กิจกรรมนี้เหมาะสมกับการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มติดบ้านและ 3 กลุ่มติดเตียง หรืออยู่ในภาวะใกล้เสียชีวิต เช่น เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นต้น ไม่สามารถดูแลตนเองได้หรือไปนอกบ้านได้ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาความสัมพันธ์กับครอบครัว มีความกังวลและหวาดกลัวการถูกทอดทิ้ง ผู้สูงอายุที่อยู่บ้านตามลำพัง ต้องการให้มีคนเข้าใจในข้อจำกัดของตนเอง ผู้สูงอายุที่มีความกังวลเรื่องปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ดังนั้นกิจกรรมนี้ต้องอาศัยการ

ขับเคลื่อนหลักจากกลุ่มอาสาสมัคร ครอบครัวของผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเป็นหลัก ในการทำกิจกรรมโดยการเดินทางมาที่บ้านของผู้สูงอายุ และจัดกิจกรรมบางอย่าง เช่น การทำกับข้าว รับประทานอาหารร่วมกัน โดยมีผู้สูงอายุมาเป็นศูนย์กลางหรือมีส่วนร่วม เป็นต้น โดยเฉพาะเมื่อครอบครัวของผู้สูงอายุเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมเป็นหลัก จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงความรักและมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น

ผลลัพธ์ของกิจกรรมนี้ คือ ผู้สูงอายุหมดความกังวลเรื่องความสัมพันธ์ของบุตรหลาน เมื่อภายหลังจากที่ตนเองเสียชีวิตแล้ว ผู้สูงอายุสามารถหัวเราะและยิ้มแย้มแจ่มใสมากขึ้น ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณค่าตนเองมีความสำคัญและเป็นศูนย์รวมของสมาชิกครอบครัว ผู้สูงอายุรับฟังครอบครัวรายอื่นมากขึ้นจึงเป็นการลดภาวะของการดูแลของผู้ดูแลหลัก เพียงคนเดียว ทำให้ผู้ดูแลหลักได้มีโอกาสพักผ่อนและผ่อนคลายจากการรับภาระดูแลผู้สูงอายุตลอดทั้งวัน จึงเป็นการลดปัญหาความเครียดให้กับผู้ดูแลได้

กิจกรรมที่ 3 การดูแลสุขภาพและความเป็นอยู่ หมายถึง การที่ผู้ดูแลช่วยดูแลด้านสภาวะความเป็นอยู่ เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

กิจกรรมนี้เหมาะสมกับการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ไม่ต้องการเปลี่ยนที่อยู่ ต้องการอยู่บ้านของตนเองแม้จะไม่มีคนดูแล ต้องการแหล่งพึ่งพิง ดังนั้นกิจกรรมนี้ต้องอาศัยการขับเคลื่อนหลักจากหน่วยงานหรือองค์กรที่เข้ามาช่วยดูแลในเรื่องความเป็นอยู่ เช่น การซ่อมแซมบ้าน การจัดหาอุปกรณ์ที่สนับสนุนความเป็นอยู่ เป็นต้น รวมถึงกลุ่มอาสาสมัคร และครอบครัวของผู้สูงอายุ ที่เข้ามาดูแลในส่วนของการดำเนินชีวิตประจำวัน การได้รับการรักษาหรือสภาวะที่มีคุณภาพ

ผลลัพธ์ของกิจกรรมนี้ คือ มีความสบายใจจากการที่ไม่ได้ถูกทอดทิ้งตามลำพัง ทำให้ตนเองมีความสุขจากการดำเนินชีวิตที่ไม่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ

ทั้งนี้จากผลการสังเคราะห์ปรากฏผลลัพธ์ใน 4 ลักษณะย่อย คือ 1) การมีเครือข่ายที่เพิ่มมากขึ้น ดังเช่นการเข้ามามีส่วนร่วมจากองค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น 2) การมีกิจกรรมที่สนับสนุนการทำงานด้านการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ดังเช่นการขับเคลื่อนกิจกรรมการจัดเวทีสุนทรียสนทนาอย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน 3) การมีระบบการทำงานที่เป็นรูปธรรม ดังเช่นการกำหนดรอบของการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านอย่างชัดเจน มีการกำหนดบทบาทและหน้าที่และเดินทางไปพร้อมกัน ทำให้ทุกคนทราบบทบาทหน้าที่ในงานประจำของตนเอง กิจกรรมดังกล่าวจึงยังคงดำเนินต่อไปอย่างต่อเนื่อง และ 4) นโยบายได้รับการปรับเปลี่ยนในเรื่องการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเพื่อลดอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน

ผลประโยชน์ที่ได้รับคือ 1) การมีทีมสนับสนุนที่ครอบคลุมการดูแลผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน ดังเช่น ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการดำรงชีวิต จะมีหน่วยงาน อบต. เข้ามาช่วยเหลือในเรื่องการ

ดำรงชีวิต ดูแลด้านปัจจัย 4 เป็นต้น 2) มีการพัฒนาเทคนิคการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ดูแลได้เป็นผู้ผลักดันการนำเทคนิคและกิจกรรมไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ของตนเอง ย่อมทำให้เกิดความเชี่ยวชาญ ประกอบกับมีการจัดเวทีสุนทรียสนทนาประจำทุกเดือน จึงมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลซึ่งกันและกันจึงมีการพัฒนาเทคนิคดังกล่าวได้อย่างต่อเนื่อง 3) การมีรูปแบบการทำงานในแนวทางเดียวกัน เนื่องจากมีการพูดคุย อภิปรายถึงเทคนิควิธีการต่างๆ อันนำไปสู่ข้อตกลงที่เป็นทิศทางเดียวกัน เข้าใจตรงกัน จึงทำให้มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนมากขึ้น 4) ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานและครอบครัว เนื่องจากเมื่อทีมดูแลได้รวมตัวกันและทำกิจกรรมที่เป็นทิศทางเดียวกัน ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นและการอยากเข้ามามีส่วนร่วมผลักดันกิจกรรมดังกล่าว จึงก่อให้เกิดการขยายของเครือข่ายและความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้อง

อย่างไรก็ตามกิจกรรมที่ก่อให้เกิดรูปแบบการทำงานที่มุ่งผลลัพธ์ด้านความยั่งยืนนี้ ควรเริ่มต้นจากการเพิ่มเครือข่ายในลักษณะที่ไม่เป็นทางการ หรือใช้ความสัมพันธ์ส่วนตัวในการดึงกำลังคนมาเข้าร่วม มาเห็นและสะท้อนปัญหาตามความคิดของแต่ละคน ซึ่งในช่วงแรกนี้ควรได้รับการสนับสนุนด้านพื้นที่ที่ใช้แลกเปลี่ยน ซึ่งในกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้นี้จะเกิดรูปแบบการทำงานขึ้นมาในลักษณะต่างๆ โดยเริ่มจากการเล่าถึงรูปแบบและเทคนิคของแต่ละบุคคล เพื่อหาข้อดีและข้อเสีย จากนั้นจึงเลือกนำไปใช้จริง และมีการกลับมาประเมินผลร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การพัฒนา รูปแบบ ซึ่งในขั้นนี้จะปรากฏความต้องการการสนับสนุนและอุปสรรคของการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตดังกล่าว ดังนั้นในขั้นของการพัฒนานี้ควรได้รับการสนับสนุนจากเครือข่าย เช่น การช่วยเหลือด้านงบประมาณ การช่วยเหลือเรื่องการซ่อมแซมที่พักอาศัยให้กับผู้สูงอายุ การช่วยเหลือจากชมรมผู้สูงอายุในการสร้างแบบอย่างการผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี เป็นต้น จากนั้นในขั้นสุดท้ายจึงนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงนโยบายเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการและการดำเนินกิจกรรมของผู้ดูแลสุขภาพของชุมชน ดังนั้นในการดำเนินการดังกล่าวจึงทำให้เกิดความยั่งยืนและต่อเนื่อง ภายหลังจากที่ผู้วิจัยได้ถอนตัวออกจากพื้นที่แล้ว

รูปแบบที่ 2 รูปแบบการทำงานเพื่อมุ่งผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ลักษณะการทำงานเพื่อมุ่งผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างผลลัพธ์ในการพัฒนาสุขภาพจิตให้กับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ดังนั้นในกระบวนการสังเคราะห์รูปแบบการทำงานจึงได้เริ่มจากการค้นหาปัญหาที่เป็นอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงานเพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพจิตให้กับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน พบใน 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับบุคคล นั่นคือผู้สูงอายุมีปัญหาส่วนตัวในด้านการดำรงชีวิต เช่น การขาดแคลนที่อยู่อาศัย ไม่มีเงินเพียงพอในการดำรงชีพอย่างมีคุณภาพ เป็นต้น มีภาวะเครียดจากปัญหาความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว เช่น การถูกทอดทิ้ง การทะเลาะเบาะแว้งกับคนในครอบครัว เป็นต้น และมีปัญหาด้านสุขภาพ เช่น การเป็นผู้ป่วยติดเตียงไม่สามารถดูแลตนเองได้ มีภาวะการพึ่งพิงผู้อื่น มีโรคประจำตัว เป็นต้น 2) ระดับครอบครัวและชุมชน นั่นคือผู้สูงอายุไม่ได้รับเกียรติหรือมีสิทธิที่เท่าเทียมกับคนอื่น คนในชุมชน

แสดงอาการรังเกียจ ไม่ต้องการยุ่งเกี่ยวเรื่องส่วนตัวของผู้อื่นเพราะเชื่อว่าเป็นหน้าที่ของลูกหลานของผู้สูงอายุ 3) ระดับนโยบาย ขาดการคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ เชื่อว่าผู้สูงอายุต้องการอยู่บ้านไม่ต้องการร่วมกิจกรรมเพราะมีความลำบากในการเข้าร่วม จึงไม่ปรากฏว่ามีกิจกรรมหรืองานประเพณีที่จัดขึ้นเพื่อผู้สูงอายุหรืออำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุ

จากการสังเคราะห์พบว่ารูปแบบการทำงานเพื่อมุ่งผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นทั้ง 2 จังหวัด ปรากฏใน 4 ลักษณะย่อย คือ

1. ความหมายต่อการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป จากเดิมนั้นที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุเห็นว่าการดูแลสุขภาพทางกายให้ดีจะส่งผลต่อสภาพจิต ทำให้ลักษณะการดูแลสุขภาพจิตเป็นการประเมินด้วยแบบวัด รวมถึงได้ให้ความหมายการดูแลสุขภาพจิตนั้นเป็นเรื่องส่วนตัวที่อาสาอยากทำมากกว่าเป็นหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสาธารณสุข หรือทำให้เกิดรายได้เท่านั้น แต่ภายหลังจากการเข้าร่วมวิจัยพบว่าลักษณะของความหมายได้ถูกแปรเปลี่ยนไปเป็นการตอบแทนบุญคุณการยอมรับและปรับตัวเพราะผู้ดูแลทุกคนก็ต้องแก่เช่นเดียวกัน ให้ความหมายดังกล่าวถูกเปลี่ยนจากเดิม เกิดเป็นความเข้าใจต่อผู้สูงอายุ ทำให้การทำงานดังกล่าวทำด้วยความจริงจัง จนผู้สูงอายุรับรู้ถึงความปรารถนาดี ทำให้เพิ่มการรับรู้คุณค่าให้กับตนเองได้มากขึ้น

2. การทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป จากเดิมที่ไม่เคยมีการถอดองค์ความรู้และแลกเปลี่ยนเทคนิคการดูแลสุขภาพจิต ทำให้การทำงานเป็นลักษณะต่างคนต่างทำ ความรู้จึงอยู่กับตัวบุคคล แต่เมื่อมีเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แล้วทำให้รูปแบบถูกสร้างขึ้นมาจากการทำกิจกรรมการทำงานเปลี่ยนไปจากเดิม 5 กิจกรรมไปสู่ 8 กิจกรรมดังนี้

2.1 กิจกรรมที่ 1 การพูดคุย รับฟัง และสัมผัส หมายถึง การพูดเพื่อสร้างให้เกิดกำลังใจ หรือสร้างให้เกิดความหวัง โดยเป็นรูปแบบที่ทีมดูแลผู้สูงอายุใช้เพื่อการพัฒนาความสามารถของผู้สูงอายุในการพึ่งพิงตนเอง และวางแผนอนาคตของตนเองได้ ซึ่งอาจมีการฝากฝังเมื่อตนเองจากโลกนี้ไปแล้ว ผู้สูงอายุจะหมดความกังวลกับการเสียชีวิตของตนเอง หรือการดำรงชีวิตเมื่อยามไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ อย่างไรก็ตามรูปแบบนี้ ยังแบ่งออกเป็นลักษณะย่อยได้ 6 ลักษณะ ได้แก่ 1) การเล่าเรื่องตลกขบขัน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้หัวเราะและอารมณ์ดี 2) การกระเช้าเข้าเหย้า เป็นวิธีการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ต่อต้านการทำกายภาพบำบัด 3) การสัมผัสระหว่างพูดคุย เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความปรารถนาดี มีความรัก ใกล้ชิดกันมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มคนที่เป็นโรคทางผิวหนัง เช่น โรคผิวหนัง แผลกดทับ เป็นต้น รวมถึงผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลใกล้ชิด 4) การพูดให้กำลังใจ ไม่ให้ท้อแท้เป็นการสร้างความหวังให้กับผู้สูงอายุว่าจะอยู่ในภาวะที่เป็นโรคเรื้อรังไม่นาน สามารถหายได้หากดูแลรักษาตนเองเป็นอย่างดี 5) พูดคุยถึงเรื่องชีวิตประจำวัน เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้ว่าตนเองเป็นที่สนใจและติดตามอย่างต่อเนื่อง ลดภาวะความเครียดจากการอยู่คนเดียวในตอนกลางวันได้ 6) เน้นการรับฟังผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เล่าหรือระบายความในใจออกมา

กิจกรรมนี้มีความเหมาะสมกับการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีการต่อต้านการรักษา ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาด้านค่าใช้จ่าย ไม่สามารถทำงานได้แต่ยังอยากทำงาน อยู่บ้านตามลำพัง มีความต้องการให้มีคนมาพูดคุยทักทาย ต้องการให้คนอื่นเข้าใจข้อจำกัดของตนเอง ต้องการ

กำลังใจจากผู้อื่น รวมถึงเป็นผู้สูงอายุที่มีความเหงา ไม่มีการทำกิจกรรมอื่นๆ ในแต่ละวัน มีปัญหา อึดอัดใจต้องการระบาย หรือผู้สูงอายุที่มีความกังวลกับโรคเรื้อรังของตนเอง ดังนั้นกิจกรรมนี้ต้อง อาศัยการขับเคลื่อนหลักจากกลุ่มอาสาสมัคร และครอบครัวของผู้สูงอายุ ในการทำกิจกรรมดังกล่าว ให้ประสบความสำเร็จ

ผลลัพธ์ของกิจกรรมลักษณะนี้ คือ ผู้สูงอายุมีความหวังมากขึ้น ยิ้มแย้มแจ่มใส รู้สึก ผ่อนคลายจากการถ่ายทอดเรื่องราวที่ตนเองประสบความสำเร็จในอดีต รู้สึกผูกพันกับคนที่มาพูดคุย ด้วย ระบุว่าตนเองไม่ได้เป็นที่รังเกียจของผู้อื่น ผู้สูงอายุหมดกังวลเรื่องอนาคต มีความพยายามดูแล ตนเองโดยลดการต่อต้านการรักษาฟื้นฟูจากผู้ดูแล เกิดความผ่อนคลายหลังจากการสัมผัสตาม ร่างกายขณะพูดคุย

2.2 กิจกรรมที่ 4 การช่วยเหลือเป็นการส่วนตัว หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้เสียสละ ต้นทุนส่วนตัวให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเป็นไปนอกเหนือจากบทบาทหน้าที่ เช่น การมาเฝ้าไข้ตอนตี 4 การบริจาคอาหาร การช่วยเหลือด้านการเงิน การรับปากตามคำสั่งเสีย เป็นต้น ซึ่งรูปแบบนี้เกิดจาก ความรู้สึกสงสาร และรับไม่ได้หากผู้สูงอายุที่เคยดูแลต้องเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุ ไม่อยากให้ ผู้สูงอายุรู้สึกกังวลใจ และเพื่อสนับสนุนให้มีการเตรียมพร้อมต่อการดำเนินชีวิตในขั้นถัดไป

กิจกรรมนี้เหมาะสมกับการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล ไร้ที่พึ่งพิง ไม่มี เงิน เนื่องจากกลุ่มคนเหล่านี้จะกังวลกับเรื่องในอนาคตเพราะตนเองไร้ต้นทุน ไม่สามารถพึ่งพิงใคร ได้ และไม่ได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งอื่น ดังนั้นทีมดูแลจึงเป็นความคาดหวังจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ดังนั้นกิจกรรมนี้ต้องอาศัยการขับเคลื่อนหลักจากกลุ่มอาสาสมัคร และครอบครัวของผู้สูงอายุ เพื่อน บ้าน หรือชุมชน ที่เข้ามาดูแลช่วยเหลือเป็นการส่วนตัว ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวช่วยสนับสนุนให้ ผู้สูงอายุมีปัจจัยสนับสนุนที่เพียงพอสำหรับการดำรงชีวิตในปัจจุบัน เป็นการลดความกังวลจากการ ไร้ที่พึ่งพิง หรือกังวลกับอนาคตที่ตนเองไม่สามารถจัดการได้ จึงมีการฝากฝังความหวัง เช่น การ จัดการมรดก การจัดการพิธีกรรมทางศาสนา เป็นต้น กับอาสาสมัคร เพื่อนบ้าน หรือคนที่รู้จัก เมื่อ ได้รับการรับปากแล้วทำให้ผู้สูงอายุสบายใจมากขึ้น

ผลลัพธ์ของกิจกรรมนี้ คือ ลดความกังวลจากการไม่มีที่พึ่งพิง ผู้สูงอายุสบายใจที่ได้รับ รู้ว่ามีคนให้ความช่วยเหลือ

2.3 กิจกรรมที่ 5 เอาใจใส่และตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ ผู้ดูแลสอบถามความต้องการจากผู้สูงอายุ โดยสอบถามโดยตรงหรือสังเกตความชอบ/ไม่ชอบ ของ ผู้สูงอายุ และตอบสนองตามที่ผู้สูงอายุต้องการ มีการเอาอกเอาใจ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่ ตนเองชื่นชอบ

กิจกรรมนี้เหมาะสมกับการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีความต้องการทำกิจกรรม มี ความต้องการจัดการชีวิตของตนเอง ดังนั้นรูปแบบนี้จึงส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจตนเอง และสร้างความพยายามใช้ศักยภาพของตนเอง รับรู้ความสามารถของตนเอง ดังนั้นกิจกรรมนี้ต้อง อาศัยอาสาสมัครและครอบครัวร่วมกันสังเกตปัญหาและสอบถามความต้องการของผู้สูงอายุ และ

พยายามอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุตามที่ต้องการ ไม่พยายามขัดใจหรือปล่อยปละละเลยไม่สอบถามความรู้สึกของผู้สูงอายุ

ผลลัพธ์ของกิจกรรมนี้ คือ ลดปัญหาความขัดแย้งระหว่างกัน ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลายจากการทำกิจกรรมที่ตนเองชื่นชอบ ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ไม่รู้สึกว่าถูกขัดใจ

2.4 กิจกรรมที่ 6 การอดกลั้นและปรับตัวเข้าหาผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้ดูแลพยายามอดกลั้นอารมณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยวิธีการเจียบ ตั้งสติ เบี่ยงเบนความสนใจของตนเอง พยายามทำความเข้าใจผู้สูงอายุ เดินหนีออกห่างจากผู้สูงอายุชั่วคราว เป็นต้น

กิจกรรมนี้เหมาะสมกับการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่สมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่เกิดความรู้สึกรำคาญตนเอง ครั้นเนื้อครั้นตัว กลุ่มที่มีความขัดแย้งกับผู้ดูแล ดังนั้นกิจกรรมนี้ต้องอาศัย

ผลลัพธ์ของกิจกรรมนี้ คือ ลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้นได้

2.5 กิจกรรมที่ 7 เป็นสื่อกลางจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้ดูแลเป็นสื่อกลางในการลดปัญหาความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลหลักกับผู้สูงอายุ อันเกิดจากสาเหตุความไม่เข้าใจกัน ความเหน็ดเหนื่อย ความหงุดหงิดจากความเจ็บป่วยหรือไร้ความสามารถในการดูแลตนเอง

กิจกรรมนี้เหมาะสมกับการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีปัญหาความขัดแย้งอย่างรุนแรงกับผู้ดูแลหลัก หรือคนอื่นในครอบครัว ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ โดยเฉพาะกลุ่มที่ 3 กลุ่มติดเตียง หรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเมื่อมีปัญหาความขัดแย้งแต่ไม่สามารถใช้ชีวิตหลบเลี่ยงหรือเดินหนีได้ ต้องอยู่ในภาวะความเครียดและความขัดแย้งอย่างยาวนาน หรือผู้สูงอายุที่ยึดติดกับผู้ดูแลหลักมากเกินไป ทำให้ผู้ดูแลหลักมีความเครียดและเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ดังนั้นกิจกรรมนี้ต้องอาศัยการขับเคลื่อนหลักจากอาสาสมัคร และครอบครัวของผู้สูงอายุ เนื่องจากปัญหาของผู้สูงอายุที่อาสาสมัครมักพบเจอคือการมีปัญหาความสัมพันธ์กับผู้ดูแลหรือครอบครัวของผู้สูงอายุ ดังนั้นการผลักดันกิจกรรมนี้ต้องอาศัยอาสาสมัครที่เป็นสื่อกลาง หาทางประนีประนอมให้ทั้งสองฝ่าย ในขณะที่ครอบครัวผู้สูงอายุต้องเชื่อฟังและปรับตัวตามคำแนะนำ ย่อมทำให้บรรยากาศภายในบ้านและการดูแลกันเป็นเรื่องของความรัก ความผูกพันแทนการทำตามหน้าที่หรือเพราะไม่มีคนทำ

ผลลัพธ์ของกิจกรรมนี้ คือ ความสัมพันธ์ในครอบครัวดีขึ้น แต่ละคนมีความพยายามเข้าอกเข้าใจต่อกัน มีการต่อต้านการรักษาฟื้นฟูน้อยลง ยิ้มแย้มแจ่มใสเมื่อผู้ดูแลอยู่ใกล้ๆ หรือผู้ดูแลบ่นน้อยลง

2.6 กิจกรรมที่ 8 การให้คำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ทีมดูแลผู้สูงอายุให้คำแนะนำกับญาติพี่น้องของผู้สูงอายุในด้านการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และเป็นการสร้างทัศนคติที่ดีกับผู้สูงอายุ

กิจกรรมนี้เหมาะสมกับการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีปัญหาความขัดแย้งกับคนในครอบครัว มีภาวะเสี่ยงจนถึงเป็นโรคทางจิต ดังนั้นกิจกรรมนี้ต้องอาศัยอาสาสมัครเป็นหลักในการ

ผลักดันเรื่องการให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพจิตกับผู้สูงอายุ ในขณะที่ต้องได้รับความร่วมมือจากครอบครัวผู้สูงอายุในการดำเนินการตามคำแนะนำ จึงทำให้กิจกรรมดังกล่าวมีผลลัพธ์ที่ดี

ผลลัพธ์ของกิจกรรมนี้ คือ บรรยากาศภายในบ้านเต็มไปด้วยความผ่อนคลาย และยอมรับผู้สูงอายุว่าเป็นสมาชิกคนสำคัญของบ้าน

3. ครอบครัวของผู้สูงอายุให้การสนับสนุน จากเดิมที่ไม่ต้อนรับเพราะเห็นว่าเป็นความยุ่งยากที่ต้องมาตอบคำถาม แต่เมื่อผู้ดูแลเห็นว่าต้องสร้างการปรับเปลี่ยนความคิดและสร้างการยอมรับให้กับครอบครัวเพราะเป็นคนที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุดก่อน จึงใช้การตีสนิท มีของติดไม้ติดมือเวลาไปเยี่ยม ให้คำแนะนำและให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อยามฉุกเฉิน ทำให้ครอบครัวของผู้สูงอายุรับฟังคำแนะนำและนำวิธีการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไป และ

4. ผู้สูงอายุตอบรับแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิต เนื่องจากการได้รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุนั้นเกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นจากผู้สูงอายุ ทำให้กิจกรรมที่เกิดขึ้นต่าง ๆ นั้นสอดคล้องกับความต้องการและช่วยแก้ไขปัญหาทั้งทางกาย ทางจิตใจและทางสังคมให้กับผู้สูงอายุได้ ทำให้ผู้สูงอายุเปิดใจยอมรับ มีความผูกพัน และเลิกต่อต้านการดูแลสุขภาพจิตจากครอบครัวหรือจากทีมดูแลสุขภาพ

ประโยชน์ที่ได้รับในรูปแบบนี้ส่งผลโดยตรงกับผู้สูงอายุ นั่นคือ 1) การได้รับการดูแลจิตใจทดแทนการถูกประเมินจากแบบวัดตามวิธีการดูแลแบบเดิม ซึ่งไม่สามารถทราบได้ถึงความต้องการที่แท้จริง เหตุผลหรือข้อจำกัดของผู้สูงอายุ 2) สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุเอง เนื่องจากการศึกษาค้นคว้านี้ได้เปิดให้ผู้สูงอายุมมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น ความต้องการ ทำให้แนวทางการดูแลที่ถูกพัฒนาขึ้นนี้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุเอง 3) ไม่มีหรือลดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว เนื่องจากข้อค้นพบในการศึกษาค้นคว้านี้ได้พบว่าครอบครัวมีบทบาทต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก การที่ครอบครัวแตกแยก มีปัญหาในครอบครัว เช่น ปัญหาการเงิน ปัญหาลูกของผู้สูงอายุที่ยังไม่สามารถพึ่งพิงตนเองได้ เป็นต้น เป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียด และส่งผลให้ผู้สูงอายุอยากตายเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหา หรือลดการพึ่งพิงลูกหลาน แต่เมื่อมีการพัฒนาวิธีการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุแล้วทำให้ผู้สูงอายุผ่อนคลายความเครียด ปล่อยวาง และทำใจยอมรับพร้อมทั้งพยายามพึ่งพิงตนเองให้มากที่สุด ทำให้เห็นถึงความสุขในปัจจุบันที่ตนเองยังมีประโยชน์หรือเป็นศูนย์รวมให้กับครอบครัวได้ ทำให้อยากมีชีวิตต่อไป และ 4) ได้รับการฟื้นฟูร่างกายและจิตใจที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ซึ่งปรากฏให้เห็นได้จากการที่ผู้สูงอายุเลิกต่อต้านการรักษา หันมาดูแลสุขภาพของตนเอง ปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ดูแลได้เป็นอย่างดี

อย่างไรก็ตามกิจกรรมที่ก่อให้เกิดรูปแบบการทำงานเพื่อมุ่งผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุนี้นั้น ควรเริ่มต้นจากการล้มล้างความเชื่อเดิมที่เป็นข้อจำกัดของการทำงานในอดีต ด้วยวิธีการที่เริ่มจากการเปลี่ยนแปลงความคิด การให้ความหมายในเรื่องการดูแลสุขภาพจิตของทีมดูแลสุขภาพชุมชน ดังเช่น การเปลี่ยนแปลงความเชื่อเดิมที่เห็นว่าการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุเป็นเพียงการดูแลสุขภาพกายไปสู่การค้นหาความต้องการและปัญหาของผู้สูงอายุที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต เพื่อพยายามควบคุมหรือผ่อนคลายความเครียดให้กับผู้สูงอายุก่อนที่จะเจ็บป่วยทางกาย

ซึ่งในขั้นตอนนี้ควรมีกระบวนการสร้างความตระหนักในบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายของทีมดูแลสุขภาพ ดังเช่น การเข้ามามีส่วนร่วมในของผู้บริหาร การกล่าวชื่นชมในความพยายามภายในทีมดูแลสุขภาพด้วยกัน แสดงออกถึงความเข้าใจกัน เพื่อนำไปสู่การสร้างข้อตกลงในการทำงานร่วมกัน เพื่อให้เข้าใจรับรู้ในเป้าหมายและแนวทางเดียวกัน ซึ่งปรากฏในกระบวนการวิจัยในกิจกรรมใน “ความเป็นไป” อันนำไปสู่การตั้งเป้าหมายร่วมกัน ในกิจกรรม “ความเป็นอยู่” กับ “ความเป็นมา” ปสรรค เช่น การขึ้นต่อมาคือการนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ ซึ่งเป็นขั้นการปฏิบัติที่ผู้ดูแลต้องเจอกับอุปสรรคที่ไม่ได้รับการต้อนรับจากครอบครัวผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุต่อต้านการดูแลสุขภาพจิต เป็นต้น ดังนั้นในขั้นตอนนี้การได้รับคำแนะนำหรือการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ซึ่งปรากฏในการดำเนินการวิจัยในกิจกรรม เรื่องเล่าเจ้าพลัง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่สร้างคุณค่า สร้างกำลังใจในการฝ่าฟันอุปสรรคและการสร้างกำลังใจในการแก้ปัญหาต่างๆ ในขั้นต่อมาคือการถอดบทเรียนจากการใช้รูปแบบที่ได้ตกลงร่วมกัน เพื่อค้นหาปัจจัยแห่งความสำเร็จและรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ใช้กระบวนการสะท้อนการนำรูปแบบไปใช้ด้วยเทคนิค AAR ซึ่งในขั้นตอนนี้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมในการถอดองค์ความรู้ร่วมกัน โดยในขั้นถัดไปคือการประเมินผลลัพธ์ที่ตัวผู้สูงอายุ จากการสะท้อนความรู้สึก การแสดงพฤติกรรมต่างๆ เช่น การไม่ต่อต้านการรักษา การผันตัวเองมาเป็นแกนนำในการเดินทางไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุรายอื่น การเข้าร่วมกิจกรรมที่ชุมชนจัดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการทำงานในรูปแบบแนวตั้งนี้ต้องอาศัยการดำเนินการที่ไม่เพียงมุ่งผลลัพธ์ด้านการพัฒนาสุขภาพจิตให้กับผู้สูงอายุเท่านั้นแต่ยังคำนึงถึงมิติรอบด้าน เช่น ครอบครัวของผู้สูงอายุ การมีแนวทางการทำงานร่วมกันที่ชัดเจนของผู้ดูแลสุขภาพชุมชน และการปรับเปลี่ยนความคิดของผู้ดูแลเพื่อสร้างการรับรู้ ความภาคภูมิใจในการกระทำของตนเองต่อไป

3.2 ผลการเปลี่ยนแปลง

จากผลการศึกษาใน ส่วนที่ 2 คือการสร้างและพัฒนากระบวนการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน นำมาสู่การสังเคราะห์รูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน โดยแบ่งผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้เป็นระดับต่างๆ ดังนี้

ระดับบุคคลและครอบครัวผู้สูงอายุ

1. ผู้สูงอายุมีการรวมกลุ่มกัน โดยทีมดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่จังหวัดนครนายก ได้มีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ และเข้าร่วมกับกลุ่มผู้ดูแล (Care giver) และชมรมผู้สูงอายุโดยคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง และมีสุขภาพจิตดี เดินทางไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงด้วยกัน ในขณะที่ทีมดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้มีการจัดเวทีสุนทรียสนทนากันที่รพ.สต. และร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลโพรงอากาศ จัดหางบประมาณมาซื้อข้าวสารให้เดือนละ 1 ถุง

2. ครอบครัวของผู้สูงอายุเปิดบ้านต้อนรับที่มดุมแลมากขึ้น เนื่องจากการเดินทางมาเยี่ยมของที่มดุมแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ทำให้บรรยากาศในบ้านดีขึ้น ผู้สูงอายุมีความสุข และสร้างความเป็นมิตรกับครอบครัวของผู้สูงอายุ เช่น มีการนำของติดไม้ติดมือไปฝาก การให้คำแนะนำพร้อมทั้งเบอร์โทรศัพท์เพื่อใช้ในการขอคำปรึกษาในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

มีความสุขที่ได้ดูแลแม่และตัวเองก็มีความสุขที่เห็นแม่มีความสุข สุขภาพจิตดี ต้องขอบคุณ อสม.ดูแลผู้สูงอายุ เราก็จะดูแลกันไปตลอดไปเหมือนกัน เป็นครอบครัวเดียวกัน อสม.ก็คอยให้กำลังใจผู้สูงอายุ ไม่ให้เครียดกับกังวลกับผู้สูงอายุ และแนะนำให้กำลังใจให้ผู้สูงอายุ (อสม.จ.4)

3. การจัดเวทีสุนทรียสนทนาอย่างต่อเนื่อง โดยอาสาสมัครเป็นฝ่ายหลักในการเล่าและซักชวนเพื่อน และองค์กรบริหารส่วนตำบลให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุทำให้เครือข่ายมีรูปแบบการรวมกลุ่มและมีความเหนียวแน่นมากขึ้น โดยทั้งสองจังหวัดมีการจัดกิจกรรมนี้ 2 ครั้งต่อเดือน

4. ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี มีความเข้าใจต่อลูกหลานและไม่คิดว่าตนเองถูกทอดทิ้งและรายงานสุขภาพจิตดีขึ้น ไม่เครียดเพราะเข้าใจว่าตนเองแก่แล้วยอมรับสภาพได้

“ถามผู้สูงอายุว่าเครียดหรือเปล่า แกบอกว่าไม่เครียด เพราะลูกดูแลดี และก๊อบอุ้มลูกๆ อยู่ที่ต่างจังหวัดก็มาดู ก็มีกำลังใจ แต่ตัวเองเป็นแบบนี้ ก็ทำใจเพราะรู้ว่าตัวเองแก่แล้ว” (จนท.น.1)

“ลูกๆ ก็ไม่ได้ทิ้งนะ เขามีภาระ มีงานที่ต้องทำ จะให้ฉันไปอยู่ด้วย ฉันไม่ไปหรอกอยู่ที่นี้มาตั้งนาน จะทำอะไรก็สะดวก และไม่กังวลอะไร มีหมอม มี อสม. คอยเป็นเพื่อนคุย เขาดูแลดีมาก (ผส.น.1)”

“อยู่ที่นี้สบายแล้ว ลูกสาวกับลูกเขยก็จะมารับไปอยู่ด้วย แต่อยู่บ้านเราจะไปทำบุญเมื่อไหร่ก็ได้ ทุกๆ อาทิตย์เขาก็จะผลัดกันมาเยี่ยม เราก็เข้าใจนะ ลูกอย่างไรก็หวังเรา หลังๆ นี้ยังสบายใจ เพราะ อสม. เขาไปดูแลบ่อยขึ้นกว่าเดิม” (ผส.จ.1)

ระดับชุมชน

องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นได้เปลี่ยนช่วงเวลาของการจัดกิจกรรมงานประจำปีของชุมชนเป็นช่วงเวลา ปิดเทอมของบุตรหลาน เพื่อให้ลูกหลานพาผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรม

“การทำงานเมื่อก่อน เวลาจัดกิจกรรมในชุมชน เราก็จัดตามวันหยุดที่เขากำหนดไว้ตามปฏิทิน ปรากฏว่ามีแต่ผู้สูงอายุ และคนที่อยู่ในชุมชน ไม่มีลูกหลานมากก็เมื่อแต่ทำงานให้เสร็จมาระยะหลังเราสังเกตว่าเวลามีลูกหลานมาเขาดูสอขึ้นขึ้น เราจึงคุยวางแผนร่วมกับ อบต. ปรับเปลี่ยนเวลาจัดงานให้ตรงกับเวลาที่ลูกหลานมาได้” (จนท.จ.2)

ระดับนโยบายประเทศ

การปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ได้ถูกผลักดันด้านนโยบายในระดับประเทศ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงงบประมาณส่วนหนึ่งของแผ่นดินเข้ามาสนับสนุนในด้านการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

“มีงบประมาณจาก สปสช. ที่ให้มาดูแลผู้สูงอายุ เน้นที่ติดบ้าน ติดเตียง เราพบว่าดูแลผู้สูงอายุได้ไม่ครอบคลุม หลังจากที่เรามาคุยแลกเปลี่ยนกันหลายๆ ครั้ง พบว่าเรื่องจิตใจเป็นเรื่องสำคัญมากๆ จึงได้คุยกันและปรับงบประมาณตรงนี้มาดูแลผู้สูงอายุในลักษณะของ Day Care ในชุมชน นอกจากนี้ยังจัดตารางให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Cg) ผลัดเปลี่ยนไปดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงแทนญาติเป็นบางวัน ญาติจะได้ไม่เครียด โดยจะใช้งบประมาณส่วนนี้ไปสนับสนุนในการเดินทางไปดูแลผู้สูงอายุ” (จนท.น.1)

“การดูแลจิตใจเป็นเรื่องสำคัญจริงๆ ที่เราต้องคอยสังเกต เราอยากได้ความรู้ในการดูแลจิตใจ การให้กำลังใจผู้สูงอายุโดยกรมสุขภาพจิตควรลงมาให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ และ อสม. ซึ่งจะทำให้การทำงานของพวกเราดีขึ้น” (จนท.จ.2)

“ในปีงบประมาณ 2561 ได้บรรจุงานการดูแลทางใจผู้สูงอายุในแผนงานขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุของกรมสุขภาพจิตเพื่อขยายผลในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป” (ผู้วิจัย)

“ขณะนี้ได้นำผลลัพธ์จากการวิจัยครั้งนี้ นำเสนอในนโยบายการขับเคลื่อนงานในระดับปฐมภูมิในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในระดับประเทศ” (ผู้วิจัย)

จากผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะเห็นได้ว่าในกระบวนการวิจัยก่อให้เกิดผลลัพธ์ใน 2 มิติ ได้แก่

1. มิติการทำงานของทีมนักดูแลสุขภาพ ปรากฏใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) การมีเครือข่ายที่เพิ่มมากขึ้น ดังเช่นการเข้ามามีส่วนร่วมจากองค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น 2) การมีกิจกรรมที่สนับสนุนการทำงานด้านการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ดังเช่นการขับเคลื่อนกิจกรรมการจัดเวทีสุนทรียสนทนาอย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน 3) การมีระบบการทำงานที่เป็นรูปธรรม ดังเช่นการกำหนดรอบของการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านอย่างชัดเจน มีการกำหนดบทบาทและหน้าที่และเดินทางไปพร้อมกัน ทำให้ทุกคนทราบบทบาทหน้าที่ในงานประจำของตนเอง กิจกรรมดังกล่าวจึงยังคงดำเนินต่อไปอย่างต่อเนื่อง และ 4) นโยบายได้รับการปรับเปลี่ยนในเรื่องการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเพื่อลดอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน

2. มิติการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) ความหมายต่อการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเปลี่ยนไปจากการที่ผู้สูงอายุได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย ทำให้ผู้ดูแลได้ทราบวิธีการและแนวทางการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุเอง 2) ครอบครัวของผู้สูงอายุให้การสนับสนุน เนื่องจากครอบครัวได้เห็นถึงผลดีจากการเปลี่ยนแปลงการทำงานของผู้ดูแล ที่ส่งผลดีต่อความสัมพันธ์กับครอบครัว ทำให้ครอบครัวเปิดบ้านต้อนรับและยินดีอำนวยความสะดวกให้เข้าถึงกับผู้สูงอายุมากขึ้น และ 3) ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดีขึ้น สามารถสังเกตได้จากการมีรอยยิ้ม อารมณ์ดี มีการปล่อยวางและยอมรับต่อสภาพร่างกายที่เสื่อมถอย มีการเตรียมความพร้อมต่อการเสียชีวิตในอนาคตหรือเรียกว่า “หมดห่วง” พร้อมทั้งให้ความร่วมมือต่อแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิต

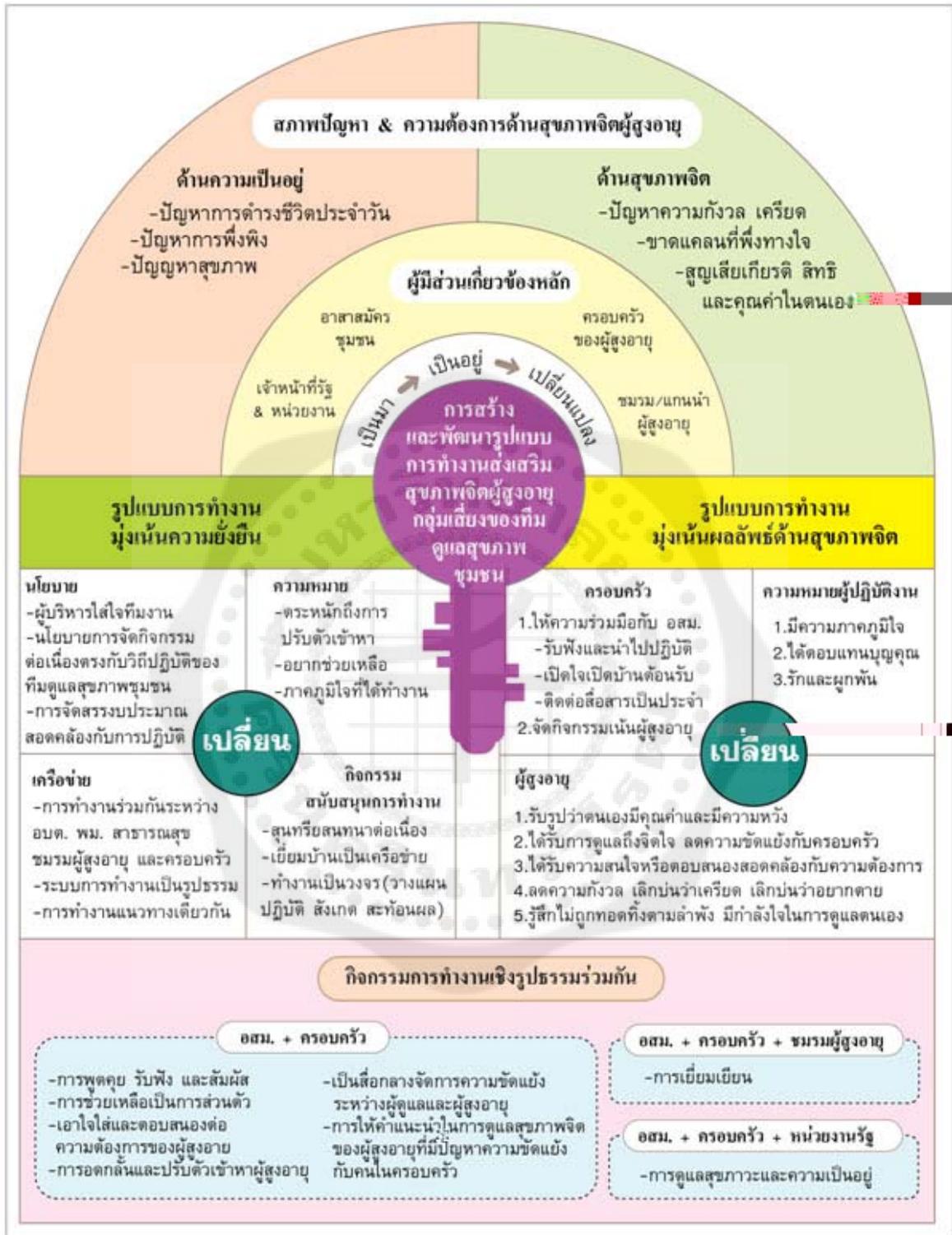
ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า หลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินการวิจัยทั้งหมด ปรากฏผลการเปลี่ยนแปลงทั้งในรูปแบบที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ด้านความยั่งยืน และรูปแบบการเน้นผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ สามารถสรุปได้ดังตาราง 7

ตาราง 7 สรุปผลการเปลี่ยนแปลงการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน

รูปแบบ	วัตถุประสงค์	จังหวัด	
		นครนายก	ฉะเชิงเทรา
รูปแบบการทำงาน เพื่อมุ่งเน้นความยั่งยืน	1. เครือข่ายเพิ่มขึ้น	- อบต. มีการซ่อมแซมบ้านและจัดหาข้าวสารบริจาคให้เดือนละ 1 ถุง - บ้านพักถูกเงินเข้ามาดูแลผู้สูงอายุและรับไปดูแล	อบต. ช่วยซ่อมแซมบ้านให้กับผู้สูงอายุและจัดหารถรับส่งเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามประเพณีได้

รูปแบบ	วัตถุประสงค์	จังหวัด	
		นครนายก	ฉะเชิงเทรา
		- มีเครือข่ายร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ และมีผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีเดินทางไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง	
	2. มีกิจกรรมต่อเนื่อง	อสม. เป็นหลักในการจัดเวทีสุนทรียสนทนาที่โรงเรียนผู้สูงอายุ 2 ครั้ง/เดือน	อสม. เป็นหลักในการจัดเวทีสุนทรียสนทนาที่โรงเรียนผู้สูงอายุ 2 ครั้ง/เดือน
	3. มีระบบการทำงานที่เป็นรูปธรรม	เยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ เป็นวงรอบร่วมกับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีจากชมรมผู้สูงอายุ	เยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ เป็นวงรอบ ร่วมกับ อบต.
	4. นโยบายได้รับการปรับเปลี่ยน	เปลี่ยนช่วงเวลาการจัดกิจกรรมประจำของชุมชนเป็นช่วงปิดเทอม	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลมีนโยบายจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ
รูปแบบการทำงานเพื่อมุ่งเน้นผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	1. ความหมายต่อการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป	ปรับเปลี่ยนจากการหารายได้ ไปสู่การทำเพื่อความสงบ และภาคภูมิใจ	ปรับเปลี่ยนจากการหารายได้ เป็นเรื่องส่วนตัว ไปสู่การทำเพื่อความภาคภูมิใจ
	2. กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุเปลี่ยนไป	ปรากฏใน 8 กิจกรรม	ปรากฏใน 8 กิจกรรม
	3. ครอบครัวของผู้สูงอายุให้การสนับสนุน	ครอบครัวรับฟังคำแนะนำ และมีช่องทางการติดต่อ	ครอบครัวรับฟังคำแนะนำ และมีช่องทางการติดต่อ
	4. ผู้สูงอายุตอบรับแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิต	อารมณ์ดี ร่าเริงแจ่มใส เลิกต่อต้านการรักษา เลิกพูดว่าอยากฆ่าตัวตาย	อารมณ์ดี ร่าเริงแจ่มใส เฝ้ารอให้ทีมอาสาสมัครมาหา

จากการสรุปผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยสามารถสรุปการสังเคราะห์รูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมนักดูแลสุขภาพในชุมชน ได้ดังภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 รูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมดูแลสุขภาพในชุมชน

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาเรื่อง การสร้างและพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของที่มีสุขภาพในชุมชน: การวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ โดยประสงค์หลัก ได้แก่ 1) เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของที่มีสุขภาพในชุมชน และ 2) เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของที่มีสุขภาพในชุมชน ด้วยกระบวนการการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ โดยมีกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครนายก และจังหวัดฉะเชิงเทรา มาเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้น โดยกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยหลัก ประกอบด้วย 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐ กลุ่มอาสาสมัครกลุ่มครอบครัวของผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยง โดยการศึกษาครั้งนี้ดำเนินการศึกษาในภาคสนามเป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 7 เดือน (ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2559 - เดือนพฤษภาคม 2560) สามารถสรุปและอภิปรายผลการศึกษา ซึ่งประกอบด้วย สถานการณ์ด้านการทำงานและช่องว่างในการดำเนินงานที่ผ่านมา กระบวนการสร้างและพัฒนารูปแบบการทำงาน และผลลัพธ์จากการพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และข้อเสนอแนะ ดังนี้

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาครั้งนี้เกิดจากกระบวนการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ใน 2ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ ที่มุ่งเน้นการค้นหสถานการณ์ด้านการทำงาน ความหมาย และช่องว่างในการดำเนินงานที่ผ่านมา ระยะดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ ที่มุ่งเน้นสร้างรูปแบบการทำงานในเบื้องต้นเพื่อวางแผนพัฒนารูปแบบการทำงานที่ผ่านมา และนำไปสู่การนำไปปฏิบัติและพัฒนารูปแบบการทำงาน ในขณะที่รูปแบบที่เกิดขึ้นจากระยะดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ยังคงถูกขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องโดยผู้ร่วมวิจัยเอง ด้วยการมีส่วนร่วมดังกล่าว ทำให้องค์ความรู้เกิดขึ้นในขณะดำเนินการวิจัยอย่างเป็นขั้นตอน ดำเนินการอย่างเป็นระบบ ซึ่งสามารถสรุปผลการศึกษาได้ดังตาราง 8

ตาราง 8 สรุปการดำเนินการในอดีต กระบวนการสร้าง พัฒนา และผลผลิตของรูปแบบการทำงาน

ประเด็น	ระยะที่ 1 ก่อนดำเนินการวิจัย ปฏิบัติการเชิงวิพากษ์	ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์	
		วงรอบที่ 1	วงรอบที่ 2
วัตถุประสงค์หลัก	ค้นหาสถานการณ์ด้านการ ทำงาน ความหมาย และช่องว่าง ในการดำเนินงานที่ผ่านมา	สร้างรูปแบบการทำงานในเบื้องต้นเพื่อวางแผน พัฒนารูปแบบการทำงานที่ผ่านมา	เพื่อนำรูปแบบจากวงรอบที่ 1 ไปปฏิบัติและนำมาสู่การ สร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิต
ผลการศึกษา	<ul style="list-style-type: none"> - การทำงานในอดีตเป็นรูปแบบ การตั้งรับ - การทำงานเป็นแบบความ สมัครใจส่วนตัว ไม่มีการ สนับสนุนจากเครือข่ายทำให้ ดูแลไม่ทั่วถึง - รูปแบบการทำงานแยกคนละ ส่วนทั้งหน่วยงานภายในและ ภายนอกสังกัด - เน้นส่งต่อไปยังโรงพยาบาล - ประเมินสุขภาพจิตด้วยแบบ ประเมิน 2Q, 9Q 	<p>รูปแบบการทำงานในเบื้องต้น 6 รูปแบบ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การพูดคุยและให้คำแนะนำ 2. การมาเยี่ยมบ่อยครั้งหรือการโทรคุยอย่าง สม่ำเสมอ 3. ดูแลสุขภาพและความเป็นอยู่ 4. เป็นสื่อกลางจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแล และผู้สูงอายุ 5. ช่วยเหลือเป็นการส่วนตัว 6. ผลักดันให้ไปพบแพทย์ 	<p>รูปแบบการทำงานที่ได้รับการพัฒนา ประกอบด้วย 8 รูปแบบ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การพูดคุย รับฟัง และสัมผัส 2. การเยี่ยมเยียนและจัดกิจกรรมที่บ้านผู้สูงอายุบ่อยครั้ง 3. การดูแลสุขภาพและความเป็นอยู่ 4. การช่วยเหลือเป็นการส่วนตัว 5. การเอาใจและตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ 6. การอดกลั้นและปรับตัวเข้าหาผู้สูงอายุ 7. เป็นสื่อกลางจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและ ผู้สูงอายุ 8. การให้คำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุ
อุปสรรคและช่องว่างการ ดำเนินการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. นโยบายไม่เอื้อต่อการออกไป เยี่ยมบ้าน ทำให้ค่านิยมเป็น 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ขาดรูปแบบการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม 2. ครอบครัวผู้สูงอายุไม่เปิดรับ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ร่วมวิจัยไม่สามารถสะท้อนเรื่องเล่าได้อย่างเป็นระบบ 2. งบประมาณมีจำนวนน้อยไม่เพียงพอต่อการดูแล

ตาราง 8 (ต่อ)

ประเด็น	ระยะที่ 1 ก่อนดำเนินการวิจัย ปฏิบัติการเชิงวิพากษ์	ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์	
		วงรอบที่ 1	วงรอบที่ 2
	แบบตั้งรับ 2. ครอบครัวผู้สูงอายุไม่เปิดรับ 3. งบประมาณมาจากเงินบริจาค 4. เน้นการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพทางกาย 5. บุคลากรไม่เพียงพอ 6. การดูแลทางกายเป็นหน้าที่ของสาธารณสุข และการดูแลทางใจเป็นหน้าที่ของครอบครัวผู้สูงอายุ 7. กิจกรรมที่หน่วยงานจัดขึ้นไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม	3. ไม่มีเครือข่ายหรือส่วนร่วมในการสร้างระบบการทำงาน 4. ไม่เคยมีการรวบรวมข้อมูลหรือผลการดำเนินงานเรื่องการดูแลสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบ ทำให้ข้อมูลที่ได้รับเป็นแบบสะเปะสะปะ 5. การดูแลสุขภาพจิตแบ่งออกเป็น 2 ความหมาย คือ 1) เกิดมาจากสุขภาพกายที่ 2) เกิดจากผู้ดูแลเข้าใจและให้กำลังใจ	สุขภาพจิตได้อย่างทั่วถึง
เงื่อนไขที่ช่วยขับเคลื่อน	1. เริ่มมีการชักชวน อบต. ที่รู้จักเป็นการส่วนตัวไปพบผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือด้วยตนเอง 2. เริ่มมีการให้งบประมาณในการเดินทางไปเยี่ยมบ้าน	1. ทีมผู้ดูแล เริ่มมีแนวทางเบื้องต้นในการนำรูปแบบการทำงานในวงรอบ 1 ไปใช้ตามหน้าที่ของแต่ละคน โดยมีการสร้างข้อตกลงทางวาจา 2. ทีมผู้ดูแลเริ่มมีการพูดคุย วางแผนการทำงาน โดยทุกคนมีส่วนร่วมเป็นครั้งแรก 3. เริ่มมีการชักชวน อบต. ไปเข้าร่วมการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ	1. การมีรูปแบบที่มีผลผลิตที่ดีขึ้นจากการสะท้อนความสำเร็จของการดำเนินการ 2. ทีมดูแลตั้งเป้าหมายร่วมกันในเรื่องการดูแลสุขภาพจิตให้ผู้สูงอายุในทุกกลุ่มให้พึงพิงตนเอง เห็นศักยภาพของตนเอง มีความสุข 5 สุข(สุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง สุขสงบ) 3. การมีส่วนร่วมของเครือข่ายที่เหนียวแน่น
ความหมาย	ดูแลตามหน้าที่	วงรอบที่ 1 ทีมดูแล: ทำงานตามหน้าที่ ทำเพื่อรายได้ อบต.: เป็นหน้าที่ของสาธารณสุข ไม่ได้อยู่ในขอบเขตของ อบต.	วงรอบที่ 2 ทีมดูแล: ผู้สูงอายุคือผู้นำสงสาร ผู้ที่ทรมาณ มีปัญหาสุขภาพจิต อยากช่วย อบต.: ผู้สูงอายุคือสมาชิกของชุมชน

ตาราง 8 (ต่อ)

ประเด็น	ระยะที่ 1 ก่อนดำเนินการวิจัย ปฏิบัติการเชิงวิพากษ์	ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์	
		วงรอบที่ 1	วงรอบที่ 2
			<p><u>ญาติ</u>: ขอขอบคุณ อสม.</p> <p>ระหว่างวงรอบ 2 ไปสู่การถอนตัว</p> <p><u>อสม.</u>: มีความสุขและภาคภูมิใจ</p> <p><u>ผู้ดูแล</u>: ทำเพราะเป็นการตอบแทนบุญคุณ, เป็นห่วงเป็นใย, เป็นสภาวะที่ตนต้องเผชิญในอนาคต, แม้มียคนเดียว, จะอยู่กับเรามากไม่นาน, จะดูแลไปจนกว่าจะตายจากกัน</p>
กิจกรรม	ตรวจสอบสุขภาพจิตด้วยแบบประเมิน	<p>วงรอบที่ 1</p> <p>ไม่เคยมีการพูดคุยหรือแบ่งปันประสบการณ์</p>	<p>วงรอบที่ 2</p> <p>เกิดพื้นที่การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ผลักดันโดย อสม. เป็นแกนนำ</p>
		<p>ระหว่างวงรอบ 1 ไป 2</p> <p><u>ทีมผู้วิจัย</u>: สนับสนุนด้านคำแนะนำ</p> <p><u>ทีมดูแล</u>: วิธีการดูแลคือ การพูดคุยพร้อมสัมผัส, ไปด้วยๆ</p> <p><u>ญาติ</u>: เปิดบ้านต้อนรับ แต่ไม่อนุญาตให้พาไปหาหมอ</p> <p><u>ผู้สูงอายุ</u>: เฝ้ารอทีมดูแล เลิกต่อต้านผู้ดูแล</p>	<p>ระหว่างวงรอบ 2 ไปสู่การถอนตัว</p> <p><u>ทีมดูแล</u>: เกิดระบบการเยี่ยมบ้าน มีการกำหนดเกณฑ์คัดเลือกรูปแบบการดูแล และมีวงรอบการเยี่ยมบ้าน, โน้มน้าวใจคนในชุมชนให้ช่วยกันดูแลผู้สูงอายุ แม้มไม่ใช่ญาติของตนเอง</p>
เครือข่าย	เป็นเรื่องส่วนบุคคล	<p>วงรอบที่ 1</p> <p>ทำตามหน้าที่ และแบ่งแยกกันอย่างชัดเจน</p>	<p>วงรอบที่ 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>อบต.</u>: เป็นแกนนำช่วยเหลือซ่อมแซมบ้านและบริจาคข้าวสารเดือนละ 1 ถุง แก่ผู้สูงอายุในชุมชน - <u>พม.</u>: ช่วยเหลือส่งต่อบ้านพักพิงและอื่นๆ
		<p>ระหว่างวงรอบ 1 ไป 2</p> <p><u>ทีมดูแล</u>: ขอฟื้นที่พูดคุยแลกเปลี่ยนระหว่างกัน</p>	<p>ระหว่างวงรอบ 2 ไปสู่การถอนตัว</p> <ul style="list-style-type: none"> - เครือข่ายของ อสม., สาธารณสุข, พม., สมาชิกโรงเรียน

ตาราง 8 (ต่อ)

ประเด็น	ระยะที่ 1 ก่อนดำเนินการวิจัย ปฏิบัติการเชิงวิพากษ์	ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์	
		วงรอบที่ 1	วงรอบที่ 2
		<p><u>อบต.</u>: ร่วมเดินทางไปเยี่ยมผู้สูงอายุและให้ความช่วยเหลือ</p> <p><u>ญาติ</u>: รับฟังคำแนะนำของทีมดูแลเรื่องการดูแลสุขภาพจิต</p>	<p>ผู้สูงอายุ เดินทางไปด้วยกันในกิจกรรมเยี่ยมบ้าน</p> <p>- เทศบาล, รพ.สต. ได้จัดตารางให้ความอนุเคราะห์ห้องเพื่อให้ทีมดูแลได้แลกเปลี่ยนร่วมกันทุกเดือน</p>
ผลลัพธ์	สภาพปัญหาและช่องว่างของการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	ได้รับรูปแบบเบื้องต้นในการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจำนวน 6 รูปแบบเพื่อนำไปใช้พัฒนา	<p>ได้รับการสะท้อนความสำเร็จและปัญหาของการใช้รูปแบบนำไปสู่การวิพากษ์เพื่อพัฒนารูปแบบ ได้ทั้งสิ้น 8 รูปแบบ</p> <p><u>ผู้สูงอายุ</u>: มีการเฝ้ารอ โอบกอด ทีมผู้ดูแล ดีใจ ยินดีทำตามคำแนะนำของทีมดูแล</p> <p><u>ครอบครัวผู้สูงอายุ</u>: ลดการตำหนิผู้สูงอายุ, ปรับตัวเข้าหา, อำนวยความสะดวกในการเยี่ยมบ้านของทีมดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ</p> <p><u>ผู้ร่วมวิจัย</u>: มีการเล่าเรื่องด้วยความรู้สึกภาคภูมิใจ ดีใจที่เป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนระบบ</p> <p><u>ชุมชน</u>: ผลักดันการเปลี่ยนแปลงระยะเวลาในการจัดกิจกรรมประจำปี, ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ลดความเกลียดชังหรือเห็นว่าเป็นเรื่องของครอบครัวผู้อื่น</p>

จากตารางดังกล่าวผู้วิจัยสามารถนำเสนอข้อค้นพบและอภิปรายผล โดยแบ่งออกเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

1.สถานการณ์ด้านการทำงานและช่องว่างในการดำเนินงานที่ผ่านมา

การทำงานที่ผ่านพบว่าเป็นรูปแบบของการตั้งรับมากกว่าเชิงรุก เนื่องจากนโยบายในสมัยก่อนไม่ได้กำหนดหรือสนับสนุนให้เดินทางทำกิจกรรมเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุอันเนื่องมาจากเรื่องของความปลอดภัยจนเกิดเป็นค่านิยมของการทำงาน นั่นคือเน้นการตั้งรับกับที่ รวมถึงไม่มีการจัดโครงการที่ส่งเสริมในด้านการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ส่วนหนึ่งเกิดจากในสมัยก่อนประเทศไทยยังไม่ได้เข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว และยังไม่ให้ความสำคัญปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจริงจังอย่างเช่นในปัจจุบัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Howard(1996) ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ พบผลการศึกษาว่าแม้จะมีการให้ความสนใจในด้านความผิดปกติด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก็ตาม แต่ทัศนคติของคนทั่วไปและบุคลากรทางการแพทย์ยังคงเลือกปฏิบัติกับผู้สูงอายุ มีทัศนคติเชิงลบต่อผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิต ทำให้เกิดความล้มเหลวของแพทย์ในการรับรู้หรือการรักษาอาการคนไข้ที่ผิดปกติทางจิตอย่างถูกวิธี แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษารั้งนี้ได้พยายามปรับเปลี่ยนช่องทางการดำเนินการเรื่องดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และพบว่ายังมีเจ้าหน้าที่บางส่วนที่เริ่มเล็งเห็นความสำคัญเพราะส่งผลต่อสุขภาพทางกายเช่นเดียวกัน จึงได้เริ่มมีการดำเนินการเป็นการส่วนตัว เป็นจิตอาสา แต่เนื่องจากการดำเนินการดังกล่าวเป็นเพียงกลุ่มคนจำนวนน้อย ทำให้ผู้เพียงพอต่อการช่วยเหลือหรือดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้ทั้งหมด

เมื่อเริ่มมีการเข้าพื้นที่ เยี่ยมบ้านทำให้ได้พบปัญหาหลายอย่าง ซึ่งในขณะนั้นกระบวนการทำงานของเจ้าหน้าที่ยังเป็นการแยกหน้าที่การทำงานกันคนละส่วน ทั้งภายในองค์กรที่ไม่เคยมีการพูดคุยหรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวมถึงไม่เคยสร้างเครือข่ายกับภายนอกหน่วยงาน ทำให้ข้อมูลถูกเก็บไว้กับตัวของบุคคล ขาดการชื่นชมหรือมีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบของการทำงานให้เป็นระบบ ดังจะเห็นได้จาก การให้ความหมายในระยะก่อนการดำเนินการปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ ว่า “ดูแลตามหน้าที่” ทำให้กระบวนการที่ถูกนำมาใช้คือการเน้นการประเมินสุขภาพจิตด้วยแบบประเมิน 2Q และ 9Q หากพบปัญหาความเสี่ยงหรือมีความเครียดระดับสูงจะเน้นการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลหรือไปพบแพทย์ที่หน่วยงาน

ทั้งนี้ในการจัดกิจกรรมหรือการทำโครงการต่าง ๆ ได้มีการตอบสนองต่อกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่กำลังเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ เช่น การจัดกิจกรรมทัศนศึกษา การจัดงานประเพณีที่เชิญให้ผู้สูงอายุมาร่วม การออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งจากการทบทวนพบว่า กลุ่มของผู้สูงอายุ จำแนกตามสภาพสุขภาพกาย แบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม หมายถึง ผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระ สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ เป็นผู้มีสุขภาพโดยทั่วไป 2) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน หมายถึง ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างหรือต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเพียงบางส่วน มีการจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคม เป็นกลุ่มที่มี

โรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้ มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายและจิตใจ จนส่งผลต่อการรู้คิด การตัดสินใจ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 3) ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ ต้องการให้ผู้อื่นช่วยเหลือในการเคลื่อนย้าย มีโรคประจำตัวหลายโรคที่ควบคุมไม่ได้ มีการเจ็บป่วยเรื้อรังมายาวนานและมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่

แต่อย่างไรก็ตามกิจกรรมที่จัดขึ้นเหมาะกับกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มแรก คือ กลุ่มติดสังคม แต่กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตมักเป็นกลุ่มที่ 2, 3 เพราะมีความเครียดจากโรคเรื้อรัง การพึ่งพิงคนอื่น และโดยส่วนใหญ่มักรับรู้ว่าคุณค่าของตัวเองอยู่ในวัยพึ่งพิงเพราะความเสื่อมรู้สึกคุณค่าในตัวเองลดลงบทบาทความสำคัญในครอบครัวที่ลดลงและถูกเปลี่ยนไปสู่คนรุ่นหลังในการเข้ามามีบทบาทแทนมากยิ่งขึ้น (สุจริตสุวรรณชีพ, 2554)ทำให้สูญเสียความมั่นใจหรือรับรู้ศักยภาพของตนเอง จึงยังมีความต้องการกิจกรรมหรือการขับเคลื่อนอีกหลายอย่างเพื่อตอบสนองอีก 2 กลุ่มหลัง

ดังนั้นจะเห็นได้ว่ากระบวนการทำงานยังคงเป็นการผลักดันกึ่งตั้งรับตามโรงพยาบาลหรือสถานเอนามัย ยังไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุในทุกกลุ่ม ส่วนความช่วยเหลืออื่นๆ ยังเป็นการช่วยเหลือตามความสามารถของเจ้าหน้าที่ เช่น การให้ข้าวหรือกับข้าว การช่วยเหลือเรื่องเงินที่ได้มาจากการบริจาค เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามในการทำงานระยะนี้ ยังมีบุคลากรจำนวนไม่น้อยที่ไม่เห็นด้วยเพราะนโยบายไม่ได้เอื้ออำนวย รวมถึงยังคงเห็นว่าหน่วยงานด้านสาธารณสุขควรให้การด้านรักษาและฟื้นฟูร่างกาย ส่วนสุขภาพจิตควรเป็นหน้าที่ของครอบครัวของผู้สูงอายุ

2.กระบวนการสร้างและพัฒนารูปแบบการทำงาน

จากผลการศึกษาถึงสถานการณ์ด้านการทำงานและช่องว่างในการดำเนินงานที่ผ่านมา ทำให้ทราบว่าทีมผู้ดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้เริ่มมีการให้ความสำคัญต่อการสร้างระบบการทำงาน แต่การดำเนินการยังไม่เคยมีการทำงานประสานกัน เป็นเพียงลักษณะจิตอาสาเท่านั้น การทำงานส่วนใหญ่เน้นการดูแลสุขภาพกาย จึงให้ความหมายการดำเนินการว่า “ทำตามหน้าที่” แต่อย่างไรก็ตามเงื่อนไขที่เข้ามาเกี่ยวข้องข้อในการขับเคลื่อนกระบวนการทำงานคือ การมีเครือข่ายส่วนตัวกับหน่วยงานชุมชน เช่น การเข้าชุมชนร่วมกับนายกองค์การบริหารส่วนตำบล อันนำไปสู่การเห็นสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุที่ยากลำบาก เพื่อกระตุ้นให้หน่วยงานชุมชนได้เห็นว่าการดำเนินการดังกล่าวเป็นความรับผิดชอบของหน่วยงานด้านชุมชนเช่นเดียวกันจนนำไปสู่การร่วมมือร่วมใจกันในระดับของความสัมพันธ์ระดับบุคคล จนนำมาสู่การเข้าสู่กระบวนการวิจัยที่ผู้วิจัยได้ผลักดันให้เกิดขึ้น สร้างการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน แต่อย่างไรก็ตามในช่วงแรกการมาเข้าร่วมกิจกรรมนั้นเกิดจากการได้รับมอบหมายให้เข้าร่วม เป็นหน้าที่ และมาด้วยความเกรงใจ

รูปแบบการดำเนินการในระยะแรก ต้องอาศัยการเก็บข้อมูลทั้งในระดับบุคคลและระดับกลุ่ม พบว่าผลการศึกษา แบ่งเงื่อนไขอุปสรรคแบ่งออกได้เป็น 2 ด้าน ได้แก่

1. ปัจจัยภายในที่มดดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ นั่นคือ ที่ผ่านมามีการรวบรวมองค์ความรู้ในการทำงานด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมาก่อน รวมถึงความหมายของการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ยังไม่สอดคล้องกัน นั่นคือ กลุ่มแรก ให้ความหมายว่า สุขภาพจิตที่ดีเกิดจากสุขภาพกายที่ดี และกลุ่มที่ 2 คือ การเสริมสร้าง นั่นคือ สุขภาพจิตที่ดีเกิดจากการดูแล เข้าใจ และให้กำลังใจ ซึ่งให้เห็นว่ายังไม่มีแนวทางหรือเป้าหมายที่ชัดเจนในการดำเนินการ

2. ปัจจัยภายนอกที่มดดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ นั่นคือ อุปสรรคจากสภาพแวดล้อมจากการไม่ได้รับการสนับสนุนจากเครือข่าย นโยบาย ไม่ได้รับการต้อนรับจากครอบครัวของ

อย่างไรก็ตามด้วยปัญหาการวิจัยดังกล่าว ทำให้สอดคล้องกับหลักการของวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์มาใช้ในการขับเคลื่อนการสร้างและพัฒนา รูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เนื่องจากแนวทางที่ผู้วิจัยนำมาใช้นี้ เป็นแนวคิดของ ฮาร์เบอร์มาส (Habermas's critical social sciences) เชื่อว่าความรู้เป็นผลิตผลของกิจกรรมมนุษย์ที่ถูกปรุงแต่งบนแนวคิดพื้นฐาน ที่พัฒนามาจากความจำเป็นตามธรรมชาติ ซึ่งถูกหล่อหลอมมาจากประวัติความเป็นมาและเงื่อนไข (Carr and Kemmis. 1986) เพราะจำนวนของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพจิตมีสูงขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้คัดเลือกการทำวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ในพื้นที่ที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพจิตสูง และมีทีมดูแลที่พร้อมจะขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิต ที่เล็งเห็นถึงปัญหาดังกล่าว มาสะท้อนปัญหาที่ตนเองเผชิญจนเกิดการวิพากษ์ร่วมกัน มองเห็นปัญหาและเห็นตรงกันว่าต้องมีการสร้างรูปแบบและพัฒนาแนวทางเดียวกัน ซึ่งมีกระบวนการดำเนินการตามหลักการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์มี 2 ช่วง ได้แก่ ช่วงที่ 1 การสร้างทฤษฎีบท ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์, การสร้างความรู้ที่ชัดเจนร่วมกัน และการจัดรวบรวมวิธีปฏิบัติ และช่วงที่ 2 วิจัยปฏิบัติการ (Grudy. 1988) ดังนี้

ช่วงที่ 1 การสร้างทฤษฎีบท

1. การสร้างทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ (The formation of critical theorems) เป็นการสะท้อนความรู้ที่ได้จากทฤษฎีกับการปฏิบัติของตน ซึ่งผลการศึกษาในขั้นนี้อยู่ในระยก่อนการดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ เป็นการสะท้อนปัญหาในการดำเนินการจากการทำงานของตนเอง

2. การสร้างความรู้ที่ชัดเจนร่วมกัน (Enlightenment) เน้นการดำเนินการเป็นกลุ่มเพื่อวางแนวทางความรู้ ความเข้าใจร่วมกัน และคิดวิเคราะห์สถานการณ์หรือสังคัมการปฏิบัติการที่ผ่านมานั้นความร่วมมือกัน (Collaborative) การวิพากษ์ (Critical) และ ค้นหาการวิพากษ์ของตนเอง (Self critical inquiry) ที่ตระหนักว่าเป็นปัญหาของตนเองในการหาเหตุผลสำหรับการปฏิบัติ โดยมี การวิพากษ์ด้วยวิธีการโต้แย้งเหตุผล (OrtrunZuber-Skerrit. 1992)

3. การจัดรวบรวมวิธีปฏิบัติ (The organization of action) เป็นกระบวนการที่กลุ่มใช้เพื่อทำความเข้าใจอย่างต่อแแท้และช่วยกันทำนายแนวทางการปฏิบัติในอนาคต ว่าเป็นสิ่งที่เหมาะสม/ไม่เหมาะสมอย่างไร โดยเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงกับบริบท และสิ่งแวดล่อมในกระบวนการทำงานของตนเอง

โดยขั้นตอนการสร้างทฤษฎีบทในช่วงที่ 1 นี้เป็นการรายงานปัญหาอุปสรรค นำมาสู่การเชื่อมโยงเข้ากับการทำงานในอนาคตของแต่ละทีม จากนั้นร่วมกันวิพากษ์เพื่อหาเหตุผลของการเข้าสู่ช่วงที่ 2 คือเข้าสู่กระบวนการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมต่อไป

ช่วงที่ 2 ช่วงวิจัยปฏิบัติการ

จากผลข้างต้นเป็นผลการศึกษาที่เกิดการสะท้อนในระลอกก่อนการดำเนินการวิจัยอันนำไปสู่การได้รับทฤษฎีบท และเมื่อเข้าสู่ช่วงที่ 2 วิจัยปฏิบัติการ ผู้วิจัยได้ผลักดันให้เกิดเวทีสุนทรียสนทนา นำไปสู่การสร้างทฤษฎีบทจากช่วงที่ 1 ไปสู่การสร้างทฤษฎีบทของรูปแบบการทำงานในอดีต จากประสบการณ์ของผู้ดูแลแต่ละคน โดยผลการศึกษาพบว่า มีทั้งสิ้น 6 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การพูดคุยและให้คำแนะนำ ใช้การพูดคุยในเชิงบวก ให้คำแนะนำเพื่อให้เกิดความหวัง กิจกรรมที่ 2 การมาเยี่ยมบ่อยครั้งหรือการโทรคุยอย่างสม่ำเสมอ ใช้การมีปฏิสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความอุ่นใจว่าไม่ถูกทอดทิ้ง กิจกรรมที่ 3 ดูแลสุขภาพและความเป็นอยู่ เป็นการดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ลดความกังวลกับความผิดปกติหรือความเสื่อมถอยของร่างกายตนเอง กิจกรรมที่ 4 เป็นสื่อกลางจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ เพื่อลดปัญหาความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ 5 ช่วยเหลือเป็นการส่วนตัว โดยต้นทุนส่วนตัวที่ตนเองมี กิจกรรมที่ 6 ผลักดันให้ไปพบแพทย์ เมื่อมีปัญหาทางร่างกายและมีปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น มีความเครียดสูง เป็นต้น จึงแนะนำหรือประสานให้ไปพบแพทย์

รูปแบบที่กล่าวมาข้างต้น เป็นรูปแบบที่ใช้ปฏิบัติมาก่อนเข้าสู่รอบ 1 แต่ไม่เคยมีการสะท้อนผลการดำเนินการดังกล่าว เมื่อผู้วิจัยได้ผลักดันให้เกิดเวทีสุนทรียสนทนา แล้วทำให้เกิดตัวอย่างของสถานการณ์ที่ประสบความสำเร็จมากมาย ทำให้แต่ละทีมได้เกิดความเห็นคล้อยตามจนนำไปสู่การตั้งค่านับสัญญาว่าจะนำไปปฏิบัติตาม สอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ของ แบนดูรา (1975) ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตน โดยเชื่อว่าตนสามารถทำงานต่างๆ ได้สำเร็จ โดยแบนดูรา (Bandura, 1977) สามารถพัฒนาได้จาก 4 รูปแบบ ซึ่งผลการศึกษานี้ได้พบใน 3 รูปแบบจากการทำสุนทรียสนทนา ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) โดยผู้เล่าได้นำประสบการณ์และเทคนิคที่ทำให้ผู้สูงอายุแต่ละรายมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นตามนิยามที่กำหนดไว้ 2) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) เกิดขึ้นจากการที่ผู้วิจัยซึ่งดำรงตำแหน่งบริหาร ได้แสดงความชื่นชมและให้ความสำคัญกับการทำงานในระดับปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับแนวคิดว่าการพัฒนาด้วยคำพูดชักจูงเหล่านี้ขึ้นอยู่กับบุคคลที่พูดเกลี้ยกล่อมด้วยว่ามีอิทธิพลต่อบุคคลที่ถูกชักจูงมากน้อยเพียงใด ดังจะเห็นได้จากการเปลี่ยนแปลงในวงรอบที่ 2 ผู้ร่วมวิจัยได้เห็นความสำคัญของการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เพราะผู้บริหารให้ความสำคัญและร่วมผลักดันทั้งในระดับปฏิบัติและระดับนโยบาย ทำให้เห็นคุณค่าในงานที่ทำเพิ่มมากขึ้น 3) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) โดยผู้วิจัยได้สร้างสถานการณ์มากระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการทำงาน เช่น การตั้งคำถามว่าถ้าหากเราไม่สร้าง

รูปแบบการทำงานขึ้นมาจะเกิดอะไรขึ้น เป็นต้น ทำให้ความหมายที่เกิดขึ้นจากเดิมที่ทำเพื่อหน้าที่ มีการประเมินด้วยแบบประเมิน ถูกเปลี่ยนแปลงไปสู่การปฏิบัติที่ดีขึ้นต่างไปจากแนวทางเดิม เพราะไม่ต้องการให้ผู้สูงอายุในชุมชนต้องมีปัญหาสุขภาพจิต และเพิ่มงานในด้านการดูแลรักษาหรือฟื้นฟูให้มากขึ้น เป็นต้น จนนำไปสู่การวางแผนร่วมกัน และสร้างค่านิยมสัญญาในการนำกิจกรรมไปใช้ สอดคล้องกับการดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ ในกระบวนการวางแผน (Plan) การปฏิบัติ และสังเกตการณ์ (Action and observation) และจึงมาสู่การสะท้อนผล (Reflect) ในวงรอบที่ 2

ดังนั้นในขั้นตอนที่ 2,3 จึงมีความโดดเด่นในเรื่องการสะท้อนกระบวนการปฏิบัติจากระยะก่อนดำเนินการวิจัยไปสู่การวิพากษ์ในวงรอบที่ 1 และพัฒนารูปแบบในวงรอบที่ 2 ที่แตกต่างไปจากไปจากระยะก่อนการวิจัย สามารถสรุปการพัฒนารูปแบบการทำงานตามระเบียบวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ได้ดังตาราง 9

ตาราง 9 แสดงการพัฒนารูปแบบการทำงานตามระเบียบวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์

หัวข้อ	ช่วงที่ 1	เงื่อนไขผลกีดกัน	ช่วงที่ 2	ผลลัพธ์
สภาพการดำเนินการ	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่เคยมีการพูดคุยแลกเปลี่ยน - ไม่มีนโยบายสนับสนุน - ค่านิยมแบบตั้งรับ 	<ul style="list-style-type: none"> - ตั้งคำถามเชิงวิพากษ์ เช่น หากไม่สร้างรูปแบบจะเป็นอย่างไร - วิพากษ์ความหมายของการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ - ปริมาณกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่มีสูงขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - ร่วมกันวิพากษ์แนวทางการปฏิบัติที่ผ่านมา - เห็นพ้องว่าต้องร่วมมือกันสร้างรูปแบบ - กำหนดแนวทางและเป้าหมายในทางเดียวกัน 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเห็นสอดคล้องและพร้อมสนับสนุนซึ่งกันและกัน - เล็งเห็นปัญหาการทำงานเชิงรับและแนวทางการทำงานเชิงรุก
รูปแบบการทำงาน	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีรูปแบบกิจกรรมการทำงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - การมีส่วนร่วมในการเล่าและร่วมวิพากษ์กิจกรรมการทำงานด้วยสุนทรีย์สนทนา - เห็นพ้องว่าการทำงานต้องมีรูปแบบกิจกรรมและแนวทางเดียวกัน 	<ul style="list-style-type: none"> - สร้างรูปแบบการดำเนินการ จากประสบการณ์การดูแลของแต่ละคนจนเกิดเป็นมาตรฐาน 6 กิจกรรมในวงรอบที่ 1 - พัฒนากิจกรรมจากวงรอบที่ 1 จนเป็น 8 กิจกรรมในวงรอบที่ 2 	<ul style="list-style-type: none"> - มีกิจกรรมการทำงานทั้งสิ้น 8 กิจกรรม

ตาราง 9 (ต่อ)

หัวข้อ	ช่วงที่ 1	เงื่อนไขผลกัตัน	ช่วงที่ 2	ผลลัพธ์
การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น	ความหมาย: ทำเพื่อหน้าที่และรายได้ กิจกรรม: ดูแลร่างกายและดูแลสุขภาพจิตด้วยแบบประเมิน หากมีปัญหาหมกเน้นการส่งให้แพทย์ เครือข่าย: ส่วนบุคคล	- การเปลี่ยนแปลงนโยบายที่ช่วยสนับสนุนการทำงาน - เครือข่ายส่วนตัว เป็นบุคคลที่มีอำนาจผลักดันความช่วยเหลือ	ความหมาย: มีความสงสาร อยากรช่วยเหลือ กิจกรรม: มีรูปแบบการทำงาน เครือข่าย: ระดับในและนอกหน่วยงาน	- ดำเนินการขับเคลื่อนกระบวนการทำงานโดยผู้ร่วมวิจัยเอง - เกิดความสุขใจและภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการผลักดัน - เครือข่ายให้การสนับสนุนจนเป็นลักษณะงานประจำ

3. ผลลัพธ์จากการพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการในช่วงที่ 2 ช่วงการปฏิบัติการวิจัยเชิงวิพากษ์นั้น ประกอบด้วย 2 วงรอบ ซึ่งได้มีการพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุตามแนวคิดของฮาร์เบอร์มาส ที่พยายามหาจุดลงตัวของความสัมพันธ์ของผู้รู้กับสิ่งที่ถูกรู้ (Epistemology) ที่ผสมผสานระหว่างการเข้าใจความ เชิงนัยวิเคราะห์ (Interpretive understanding) กับการอธิบายเชิงสาเหตุ (Causal explanations) โดยเน้นการวิพากษ์ข้อจำกัดของพื้นที่ที่ทำการศึกษา ซึ่งข้อค้นพบในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เข้าไปช่วยผลักดันกระบวนการในช่วงที่ 2 และร่วมสร้างประเด็นที่นำไปสู่การวิพากษ์รูปแบบการทำงานในอดีต เพื่อนำไปสู่การรูปแบบการทำงานบนพื้นที่จริงจนเกิดเป็นระบบที่มีความยั่งยืน สามารถสรุปข้อค้นพบด้านการพัฒนารูปแบบการทำงาน ได้ดังตาราง 10

ตาราง 10 สรุปข้อค้นพบของกระบวนการพัฒนากิจกรรมการทำงานในวงรอบที่ 1 และ 2

วงรอบที่ 1	วงรอบที่ 2	เหตุผล
กิจกรรมที่ 1 การพูดคุยและให้คำแนะนำ	กิจกรรมที่ 1 การพูดคุย รับฟัง และสัมผัส ได้แก่ การเล่าเรื่องตลก ขบขัน, การกระเช้าเย้าแหย่, การสัมผัสระหว่างพูดคุย, พูดให้กำลังใจ, คุยเรื่องชีวิตประจำวัน และเน้นการรับฟัง	ในวงรอบ 1 เน้นการพูดคุยและให้คำแนะนำ แต่เป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ที่ต้องทำ ดังเช่นการให้ ความหมายว่า “ทำตามหน้าที่” แต่ในวงรอบ 2 เห็น ได้ชัดว่าการมีความผูกพันเข้ามาเกี่ยวข้องทำให้มีการปรับเปลี่ยนโดยเพิ่มเติมการสัมผัสและการรับ ฟัง ดังที่ผู้สูงอายุมีการรายงานว่าได้เฝ้ารอที่มดูแล แทนการรอจากลูกหลานเพียงอย่างเดียว
กิจกรรมที่ 2 การมาเยี่ยมบ่อยครั้งหรือ	กิจกรรมที่ 2 การเยี่ยมเยียนและจัดกิจกรรมที่บ้านของผู้สูงอายุบ่อยครั้ง	ในวงรอบที่ 1 พบว่าการมาเยี่ยมเยียนบ่อยครั้งทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกที่ไม่ถูกทอดทิ้งหรืออยู่ตามลำพัง

ตาราง 10 (ต่อ)

วงรอบที่ 1	วงรอบที่ 2	เหตุผล
การโทรคุยอย่างสม่ำเสมอ		แต่ในวงรอบที่ 2 มีการเพิ่มเติมการจัดกิจกรรมที่บ้านของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเห็นว่าตนเองมีคุณค่า เป็นศูนย์รวมของลูกหลาน ดังจะเห็นได้จากการเกิดสถานการณ์ที่ผู้สูงอายุได้บอกรักกับลูกสาว และลูกสาวได้กอดผู้สูงอายุครั้งแรกจนทำเป็นกิจกรรมในเวลาต่อมา
กิจกรรมที่ 3 ดูแลสุขภาพและความเป็นอยู่	กิจกรรมที่ 3 การดูแลสุขภาพและความเป็นอยู่	กิจกรรมนี้ปรากฏทั้งใน 2 วงรอบ เนื่องจากเป็นกิจกรรมเบื้องต้นในการอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตตามปกติ
กิจกรรมที่ 4 ช่วยเหลือเป็นการส่วนตัว	กิจกรรมที่ 4 การช่วยเหลือเป็นการส่วนตัว	รูปแบบนี้ปรากฏทั้งใน 2 วงรอบเนื่องจากแนวคิดเริ่มแรกของทีมดูแลเกิดจากการปฏิบัติงานด้วยหัวใจ ทำให้บุคคลเหล่านี้มีความเป็นผู้นำ และมีความผูกพันในการทำงาน ประกอบกับการให้ความหมายว่าที่เปรียบผู้สูงอายุเหมือนญาติ เป็นสถานะที่ตนเองต้องเผชิญในอนาคต เป็นการทดแทนบุญคุณ จึงไม่แยกการทำงานออกจากการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน
กิจกรรมที่ 5 เป็นสื่อกลางจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ	กิจกรรมที่ 5 เป็นสื่อกลางจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ	กิจกรรมนี้ปรากฏทั้งใน 2 วงรอบ เนื่องจากทีมดูแลได้เล็งเห็นว่า การดูแลสุขภาพจิตนั้นต้องอาศัยผู้ดูแลหรือญาติของผู้สูงอายุให้ความร่วมมือ หากมีความขัดแย้งจะทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะเครียด และไม่ยอมให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูร่างกาย ดังนั้นวิธีการนี้เป็นการนำตนเองเป็นสื่อกลางในการสร้างข้อตกลงการอยู่ร่วมกัน จึงเป็นการลดปัญหาความขัดแย้งลงได้
กิจกรรมที่ 6 ผลักดันให้ไปพบแพทย์	ไม่ปรากฏ	กิจกรรมนี้ ปรากฏแค่ในวงรอบที่ 1 อันเนื่องมาจากการดำเนินการในกระบวนการระหว่างวงรอบที่ 1 ไปสู่วงรอบที่ 2 ที่มีการนำรูปแบบต่างๆ ไปใช้กับการทำงาน และทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ดังการรายงานจากผู้สูงอายุว่ารู้สึกรัก ผูกพัน ใฝ่รอให้ทีมดูแลเดินทางมาพูดคุย สัมผัส และทำให้สามารถยอมรับในความชราได้ รวมถึงให้ความร่วมมือในการรักษา เช่น ไม่ต่อต้านการอาบน้ำ ช่วยเหลือการกลืนสายอาหาร ดังนั้นจึงมีปัญหาด้านสุขภาพลดน้อยลง ประกอบกับทีมดูแลเกิดการสะท้อนความหมายและทบทวนตนเองถึงการดูแลสุขภาพจิตให้กับผู้สูงอายุได้ตรงตามความต้องการ

ตาราง 10 (ต่อ)

วงรอบที่ 1	วงรอบที่ 2	เหตุผล
		มากขึ้น สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตได้ด้วยตนเอง จึงมีการผลักดันให้ไปพบแพทย์น้อยลง
	กิจกรรมที่ 6 เอาใจใส่และตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ	ปรากฏในวงรอบที่ 2 จากการวิพากษ์กระบวนการทำงานตั้งต้นจากตัวผู้ดูแล แต่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุเอง ดังนั้นในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ทำให้รูปแบบนี้ปรากฏขึ้นมาจากการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุเอง ดังเช่นสถานการณ์หนึ่งที่พบว่าผู้สูงอายุชอบเรียก และต้องขานรับ ทำให้เห็นว่าความต้องการของผู้สูงอายุไม่ใช่การแวะเวียนมาเท่านั้น แต่ต้องเกิดจากสร้างความอบอุ่นใจว่าไม่ได้อยู่ตามลำพัง มั่นใจว่าจะมีคนดูแลตลอดเวลา
	กิจกรรมที่ 7 การอดกลั้นและปรับตัวเข้าหาผู้สูงอายุ	ปรากฏในวงรอบที่ 2 จากการวิพากษ์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความเครียด ส่วนหนึ่งเกิดมาจากการเสื่อมถอยของร่างกาย เช่น ความจำเสื่อม การเป็นโรคเรื้อรัง เป็นต้น ทำให้หงุดหงิด ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำหรือสัญญากับผู้ดูแลได้ ดังนั้นรูปแบบนี้จึงปรากฏในวงรอบที่ 2 ที่ต้องดูแลด้วยความอดทนอดกลั้นและปรับตัวเข้าหา ดังจะเห็นได้จากการให้ความหมายว่า จะอยู่อีกไม่นาน มีแม่คนเดียว ซึ่งให้เห็นว่าการอดกลั้นนี้เป็นความอดกลั้นในระยะหนึ่งเพราะเชื่อว่าผู้สูงอายุจะอารมณ์เสีย หรือดูดำอีกไม่นาน รวมถึงผู้สูงอายุเป็นแม่ของตนเอง ซึ่งมีคนเดียว ดังนั้นบทบาทหน้าที่ที่สังคมคาดหวังตามโครงสร้างหน้าที่ จึงกำหนดให้ทำเช่นนี้จึงเป็นสิ่งที่สังคมยอมรับ และตนเองยอมรับได้
	กิจกรรมที่ 8 การให้คำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุ	ปรากฏในวงรอบที่ 2 จากการสร้างเครือข่ายที่ดีกับญาติของผู้สูงอายุ และพบว่าบางครั้งผู้ดูแลมีความเห็นดเห็น้อยและไม่รู้จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดีอย่างไร รูปแบบนี้จึงเกิดขึ้นเพื่อให้ญาติผู้สูงอายุสามารถขอคำแนะนำผ่านช่องทางต่างๆ

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า การสร้างและพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมดูแลสุขภาพในชุมชน ได้ดำเนินการศึกษาด้วยรูปแบบการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ ปรากฏรูปแบบการทำงานออกเป็น 2 รูปแบบหลัก ได้แก่

รูปแบบที่ 1 คือการทำงานที่มุ่งผลลัพธ์ด้านความยั่งยืน ที่ปรากฏใน 4 ลักษณะย่อย ได้แก่ 1) การมีเครือข่ายที่เพิ่มมากขึ้น 2) การมีกิจกรรมที่สนับสนุนการทำงานด้านการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง 3) การมีระบบการทำงานที่เป็นรูปธรรม และ 4) นโยบายได้รับการเปลี่ยนแปลงในเรื่องกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก ได้แก่

กิจกรรมที่ 2 การเยี่ยมเยียนและจัดกิจกรรมที่บ้านของผู้สูงอายุบ่อยครั้ง ที่ผลักดันด้วยอาสาสมัคร ครอบครัวของผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเป็นหลัก

กิจกรรมที่ 3 การดูแลสุขภาพและความเป็นอยู่ ที่ผลักดันด้วยกลุ่มเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐ อาสาสมัคร และครอบครัวของผู้สูงอายุเป็นหลัก

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ โฮเวิร์ด (Howard, 1996) ที่พบว่าบทบาทของทีมดูแลสุขภาพในชุมชนนั้น มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตที่เป็นอิสระในชุมชนให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ได้พบว่ารูปแบบที่เหมาะสมคือ การที่ไม่บีบบังคับให้ผู้สูงอายุย้ายไปพักพิงในที่อื่นที่ไม่คุ้นเคย เช่น ไม่ผลักดันให้เข้าโรงพยาบาล ไม่ผลักดันให้เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์ เป็นต้น เพราะเกิดความเข้าใจว่าผู้สูงอายุต้องการเป็นอิสระ ปรารถนาจากการพึ่งพิงผู้อื่น มีเพียงการต้องการการสนับสนุนเพียงบางส่วน ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่ารูปแบบที่สามารถตอบสนองต่อความอิสระของผู้สูงอายุได้คือ การเดินทางไปเยี่ยมเยียนและจัดกิจกรรมที่บ้านของผู้สูงอายุบ่อยครั้ง ทำให้มีโอกาสได้พูดคุยและดูแลสุขภาพเป็นอยู่ สอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุขณะอยู่อาศัยที่บ้าน หรืออยู่บริเวณบ้านในชุมชนชนเมืองไทย (Supawadee; Suchitporn; Nopasit, 2016) ที่พบว่าผู้สูงอายุทุกคนสามารถติดต่อสื่อสารได้อย่างอิสระ พวกเขาจะยังมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีปฏิสัมพันธ์ที่ดี แต่ผู้สูงอายุอาจจะต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นหรือต้องการอุปกรณ์ในบางกิจกรรม เช่น การเดิน การดูแลร่างกาย เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามการดำเนินการดังกล่าวยังคงต้องการเครือข่ายที่เพิ่มมากขึ้น การสนับสนุนด้านการทำงานอย่างต่อเนื่อง มีการจัดระบบเพื่อสื่อสารทำความเข้าใจในทีมงานให้ตรงกัน รวมถึงมีนโยบายที่สนับสนุนให้การทำงานเป็นไปอย่างราบรื่น ซึ่งปัจจัยทั้ง 4 ที่ได้กล่าวมาข้างต้นนั้น สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้น ต้องอาศัยการประสานงานกันให้เข้าใจตรงกัน ในเรื่องของเวลาที่จะไปหาผู้สูงอายุ การเข้าถึงกลุ่มผู้ดูแลได้ง่าย แต่ผู้สูงอายุยังคงดำรงอยู่ในสถานที่หรือสภาพแวดล้อมที่เลือกได้เอง จึงจะเป็นการลดอุปสรรคที่ทำให้เกิดปัญหาขึ้นระหว่างทีมงานผู้เชี่ยวชาญ ครอบครัว และผู้สูงอายุลงได้ (Asey M; & other, 2012)

รูปแบบที่ 2 คือ รูปแบบการทำงานเพื่อมุ่งผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ที่ประกอบด้วย 4 ลักษณะย่อย ได้แก่ 1) ความหมายต่อการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป 2) ครอบครัวของผู้สูงอายุให้การสนับสนุน 3) ผู้สูงอายุให้การตอบรับที่ดี 4) การทำงานส่งเสริม

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป โดยปรากฏกิจกรรมที่สอดคล้องกับการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุใน 6 กิจกรรม และ

กิจกรรมที่ 1 การพูดคุย รับฟัง และสัมผัส ที่ผลักดันด้วยกลุ่มอาสาสมัครและครอบครัวของผู้สูงอายุเป็นหลัก

กิจกรรมที่ 4 การช่วยเหลือเป็นการส่วนตัว ที่ผลักดันด้วย กลุ่มอาสาสมัคร และครอบครัวของผู้สูงอายุ เพื่อนบ้าน หรือชุมชน

กิจกรรมที่ 5 เอาใจใส่และตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ ที่มีอาสาสมัครและครอบครัวร่วมกันทำกิจกรรม

กิจกรรมที่ 6 การอดทนและปรับตัวเข้าหาผู้สูงอายุ ที่ผลักดันกิจกรรมด้วยกลุ่มอาสาสมัครและครอบครัวเป็นหลัก

กิจกรรมที่ 7 เป็นสื่อกลางจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ผลักดันกิจกรรมโดยอาสาสมัคร และครอบครัวของผู้สูงอายุเป็นหลัก

กิจกรรมที่ 8 การให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีปัญหาความขัดแย้งกับคนในครอบครัว ผลักดันโดยอาสาสมัคร และครอบครัวของผู้สูงอายุเป็นหลัก

อย่างไรก็ตามเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ครบรอบและมีประสิทธิภาพ ควรมีการดำเนินการทั้ง 2 รูปแบบควบคู่กันไป เพื่อให้เกิดความยั่งยืนและเพื่อให้กิจกรรมมีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนมากที่สุด ซึ่งจุดสำคัญในความสำเร็จของการศึกษาคั้งนี้คือการนำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาใช้ขับเคลื่อนดังกล่าว เนื่องจากที่ผ่านมาพบว่าการทำงานกับผู้สูงอายุนั้นยังขาดการมีส่วนร่วมจากผู้สูงอายุเอง เป็นการตั้งนโยบายจากบนลงล่าง ทำให้การดำเนินงานเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัยที่เปลี่ยนผ่าน แต่การศึกษาคั้งนี้ตระหนักได้ว่าการดำเนินการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุยังต้องอาศัยการสอบถามความคิดเห็น ความต้องการ ข้อจำกัดของผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายคือการมีสุขภาพจิตที่ดี และมีทีมงานอย่างเป็นระบบและยั่งยืน ซึ่งเป็นจุดที่สำคัญมากต่อการดำเนินการดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยโครงการวิจัยเพื่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชนบทอเมริกา (Dean; Bridget; Rene. 2008) ที่พบว่าโปรแกรมเพื่อพัฒนาสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุในชนบท มีสฐีควรใช้การทำงานร่วมกัน ที่เริ่มจากวิธีบนลงล่าง แต่ความรับผิดชอบต่อชุมชนควรถูกพัฒนาให้มีเพิ่มมากขึ้น และผลการวิจัยของ G King และ J Farmer (2009) ยังพบว่าการปรับแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ควรเพิ่มอำนาจเสียงของผู้สูงอายุในการร่วมออกแบบการบริการเพื่อให้เกิดความยั่งยืน เพราะการออกแบบดังกล่าวต้องเกิดจากมุมมองของสังคมจากผู้สูงอายุ ทัศนคติของชุมชนต่อบทบาทและความรับผิดชอบของผู้สูงอายุเอง รวมถึงผลการศึกษานี้เน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุเพื่อลดความเหงาหรือความขัดแย้งในแต่ละวัน ที่ผลการวิจัยของ Howard (1996) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมแบบอยู่เฉยๆ เช่น พักผ่อน (34%) ดูโทรทัศน์และฟังวิทยุ

(21%) ได้รับความช่วยเหลือจากผู้ดูแล เพียง 17% ต่อวันเท่านั้น จึงควรมีการเสริมกิจกรรมนั้นทดแทน การกระตุ้นทางสังคมให้กับผู้สูงอายุร่วมด้วย

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่ารูปแบบที่ได้ก็นำไปสู่การสร้างความหมายของผู้สูงอายุตามบริบทของตนเอง ดังจะเห็นได้ว่าบางกิจกรรมที่ดำเนินการในช่วงก่อนการวิจัย คือ ผลักดันให้ผู้สูงอายุไปรักษาหรือฟื้นฟูตามคำสั่งแพทย์ ผลักดันให้ไปหาแพทย์ แต่เมื่อเข้าสู่กระบวนการวิจัย ทำให้ผู้วิจัยได้ทราบถึงความหมายต่อชีวิตของตนเอง จากผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการวิจัย ที่มีความต้องการเป็นอิสระจากการพึ่งพาผู้อื่น อยากดูแลตนเองได้ แต่ยังคงอาศัยการเข้าใจจากคนรอบข้าง ดังจะเห็นได้ว่ามีผู้สูงอายุรายหนึ่งพยายามจัดทำอุปกรณ์ต่าง ๆ ใช้ในบ้านเพื่อให้ตนเองสามารถลุกขึ้นเองได้ เคลื่อนที่ไปทำกิจวัตรประจำวันได้ ไม่พึ่งพาลูกหลาน แม้บ้านจะมีความทรุดโทรมก็ตาม แต่ด้วยความเข้าใจของคณะผู้ร่วมวิจัย จึงใช้วิธีการสนับสนุนในด้านความเป็นอยู่ เช่น การซ่อมแซมบ้าน การให้ข่าวสารทุกเดือน เป็นต้น โดยกิจกรรมดังกล่าวนอกจากจะสร้างให้เกิดการดำรงชีวิตได้แล้ว ยังช่วยผลักดันสุขภาพจิตผู้สูงอายุอีกด้วย ดังผลการศึกษา Janine และคนอื่นๆ (Janine L., and other. 2011) ที่ศึกษาเรื่องความหมายของการสูงวัยในถิ่นฐานเดิมของผู้สูงอายุ ที่พบว่า ผู้สูงอายุมองว่าเป็นการอยู่ถิ่นฐานเดิมเป็นผลดีต่อความรู้สึกที่มีต่อสิ่งที่ผูกพันกันมา เชื่อมต่อความรู้สึกถึงความปลอดภัยและคุ้นเคยกับบ้านและชุมชน รู้สึกเป็นอิสระไม่ต้องรู้สึกห่วงใยหรืออาลัยอาวรณ์เมื่อต้องจากของรัก โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ได้รับการเลี้ยงดูจากครอบครัวไม่มีความยึดหยุ่น เผด็จการหรือไม่ประสบความสำเร็จในช่วงวัยหนุ่มสาว ยิ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลสูง (Xue Z.; other. 2016)

จากการสรุปผลจะเห็นได้ว่าบางกิจกรรมจะดำรงอยู่ทั้งใน 2 วรรณกรรม หมายความว่ากิจกรรมเหล่านั้นเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยสนับสนุนการทำงานในการดูแลสุขภาพจิต ทั้งในแง่ด้านความยั่งยืน และแง่ของการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ยกตัวอย่าง กิจกรรมที่ทีมดูแลสุขภาพช่วยเป็นสื่อกลางลดความขัดแย้งให้กับผู้สูงอายุ สาเหตุสำคัญเกิดจาก การสื่อสารจากผู้สูงอายุ เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพความคล่องแคล่วในการพูด จะลดลงตามอายุ ซึ่งความคล่องแคล่วดังกล่าวประเมินได้จากการคาดการณ์และการตัดสินใจ (Gagan B. ; & other. 2014) ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีความกังวลต่ออนาคตของตนเอง ทำให้การสื่อสารต่างๆ ไม่สอดคล้องตามความต้องการจริง หรือปะปนไปด้วยอารมณ์ความสิ้นหวัง การถูกขัดใจ และสร้างความขัดแย้งกับบุคคลรอบข้างและครอบครัวของตนเอง แม้จะไม่ต้องการให้เป็นเช่นนั้นก็ตาม

ในกิจกรรมของการเยี่ยมเยียนบ้านและจัดกิจกรรมที่บ้านของผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน ที่เกิดขึ้นทั้งใน 2 วรรณกรรมนั้น เห็นได้ชัดเจนว่ามีประสิทธิภาพในการช่วยสนับสนุนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพจิต เกิดจากความเหงา ความโดดเดี่ยว ซึ่งสามารถแสดงให้เห็นถึงปัจจัยเสี่ยงหรือการมีสุขภาพที่ไม่ดี เช่น การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น และมีปัญหาสุขภาพอื่นๆ ตามมา เช่น ความดันโลหิตสูง การเสื่อมสภาพของร่างกาย เป็นต้น รวมถึงปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ความบก

ร่องทางสติปัญญา เป็น นอกจากนี้ยังพบว่า การแทรกแซงด้วยกิจกรรม หรือนำเทคโนโลยีขั้นต่ำ จนถึงขั้นสูงมาช่วยพัฒนาศักยภาพที่จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุต่อไปได้ (James A.C., 2016) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการจัดกิจกรรมที่บ้านของผู้สูงอายุของที่มีดูแลสุขภาพ หรือครอบครัวมา รวมตัวกัน หรืออาจใช้การพูดคุยโทรศัพท์ มีเทคโนโลยีที่ช่วยในเรื่องการสื่อสารระหว่างกัน ทำให้ ผู้สูงอายุรู้สึกถึงความเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ส่วนหนึ่งของครอบครัว ลดความเหงา ความโดดเดี่ยว ในช่วงเวลากลางวันหรือช่วงที่ลูกหลานไปทำงานลงได้ รับรู้ได้ถึงคุณค่าของตนเอง สอดคล้องกับผล การศึกษา เรื่องการทบทวนวรรณกรรมเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการรับรู้ด้านสุขภาพของ ผู้สูงอายุ ในเรื่องการป่วย และความต้องการในการดูแลสุขภาพ (Anne L.H; Elisabeth S. 2013) ที่พบว่า ผู้สูงอายุจะเห็นคุณค่าของตนเองเมื่อได้มีส่วนร่วมต่อกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งในกิจกรรมด้าน สุขภาพและด้านสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมที่พัฒนา สุขภาพจิตของตนเองจากการทำงานอดิเรก การออกไปพูดคุยกับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี หรือ แม้แต่การปรับเปลี่ยนนโยบายการจัดกิจกรรมประเพณีของชุมชนให้สอดคล้องกับช่วงเวลาที่ ลูกหลานหยุดเรียน ให้สามารถพาผู้สูงอายุไปร่วมงานของชุมชนได้ ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้ ผู้สูงอายุผ่อนคลายและรับรู้ถึงการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไม่ถูกทอดทิ้ง และยังสามารถรู้สึก สนุกสนานกับชีวิตได้ โดย Anne และ Elisabeth (2013) ยังพบอีกว่า การสร้างคุณค่านั้นจะสร้าง ความประนีประนอมกับชีวิต และมีการฟื้นตัวของความปรารถนาของตนเองแม้ผู้สูงอายุนั้นจะเป็นผู้ พิการ ซึ่งการรับรู้คุณค่าของตนเองนั้นอาจจะลดลงได้เมื่อผู้สูงอายุเกิดความกลัวที่จะพึ่งพาผู้ดูแล เกิดความโศกเศร้า มีความเจ็บปวดกับการเผชิญหน้ากับผู้ดูแลที่ไม่เข้าใจความปรารถนาในเรื่องการ สร้างความหมายหรือการต่อสู้การดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระของผู้สูงอายุ รวมถึงสภาพการดำรงชีวิต แบบไม่มีงานทำ ยังทำให้เพิ่มความเครียดในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (Sherina M.S; Lekhraj R; & Mustaqim A.. 2004: 52)

ข้อเสนอแนะ

ระดับนโยบาย

1. จากผลการศึกษาพบว่านโยบายมีส่วนส่งเสริมงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ในชุมชน โดยการปรับเปลี่ยนช่วงเวลาการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับการเดินทางมาร่วมงานของ ผู้สูงอายุ ดังเช่นการจัดในช่วงปิดเทอมที่ลูกหลานสามารถพาผู้สูงอายุมาได้ ดังนั้นข้อเสนอแนะคือ กิจกรรมที่เกิดขึ้นควรมีกิจกรรมที่หลากหลายเพื่อรองรับกับกลุ่มผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติด เติงย กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดสังคม โดยการสอบถามความต้องการกับผู้สูงอายุในชุมชนว่ามีความ ต้องการกิจกรรมประเภทใด และต้องการช่วงเวลาใด เพื่อให้เกิดกิจกรรมที่เหมาะสมกับความ ต้องการของผู้สูงอายุและไม่ทำให้ผู้สูงอายุถูกละเลยอีกต่อไป

2. จากการดำเนินกระบวนการวิจัยพบว่าความร่วมมือกันของเครือข่ายที่มีเพิ่มมากขึ้นและ มีความเหนียวแน่นมากขึ้นเป็นปัจจัยสำคัญในความสำเร็จด้านความยั่งยืน โดยเฉพาะความสัมพันธ์

ในระดับหน่วยงานกับหน่วยงาน ที่ทำงานประสานกัน ดังเช่น อบต.ช่วยเหลือด้านการซ่อมแซมบ้านให้กับผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ช่วยเหลือในการให้ที่พักพิงและพัฒนาคุณภาพชีวิต ในขณะที่อาสาสมัครช่วยเหลือดูแลด้านสุขภาพจิตด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาในรอบด้าน ส่งผลให้มีระดับความเครียดและความกังวลต่ออนาคตลดน้อยลง ดังนั้นข้อเสนอแนะในระดับนโยบายจึงควรมีการจัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงหรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดสังคม มีการผลักดันให้เข้าร่วมกิจกรรมที่หน่วยงานภาครัฐจัดให้ โดยช่วยอำนวยความสะดวกในด้านการเดินทาง ช่วงเวลาการจัดกิจกรรม มีกิจกรรมที่หลากหลายหมุนเวียนกันไป โดยแต่ละหน่วยงานสามารถอาสาเป็นเจ้าภาพในการจัดกิจกรรมที่เน้นกิจกรรมด้านการดูแลสุขภาพจิตกับผู้สูงอายุ

3. ผลการศึกษาครั้งนี้ได้รับรูปแบบการทำงานที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น ซึ่งการเสนอแนะด้านนโยบายในอนาคตสามารถนำผลการศึกษานี้ไปการจัดกิจกรรมและรูปแบบการทำงานได้โดยต้องคำนึงถึงบริบทพื้นที่ที่มีความใกล้เคียงกับการศึกษารวมถึงการส่งเสริมการทำงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุนั้นยังต้องคำนึงถึงความสัมพันธ์และเครือข่ายที่ชุมชนที่ต้องการศึกษาร่วมด้วยเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพต่อการใช้รูปแบบได้อย่างเหมาะสมกับชุมชนต่อไป

ระดับทีมดูแลสุขภาพ

1. จากผลการศึกษาพบว่า การสร้างและพัฒนา รูปแบบนี้มีปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนั้นในการขยายเครือข่ายหรือการประยุกต์ใช้ในบริบทอื่น ควรเริ่มต้นจากการสร้างการรับรู้ในตนเองหรือทีมดูแลสุขภาพของตนเอง โดยการใช้ประสบการณ์จากงานวิจัยครั้งนี้ที่สามารถผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับต่าง ๆ หรือการมีตัวแบบในการผลักดัน มีการใช้คำพูดชักจูงจากผู้ที่ประสบความสำเร็จหรือจากระดับผู้บริหาร และมีการกระตุ้นอารมณ์ด้วยคำถามเชิงวิพากษ์เพื่อทำให้เห็นว่าการทำงานของทีมดูแลสุขภาพมีความสำคัญในเรื่องสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้

2. จากผลการศึกษาในระยะสิ้นสุดกระบวนการวิจัย ที่ผู้วิจัยได้ถอนตัวออกจากพื้นที่แล้ว ยังคงเกิดพื้นที่สำหรับการทำสุนทรียสนทนาอย่างต่อเนื่องเดือนละ 2 ครั้ง แต่ทั้งนี้ยังขาดการถอดองค์ความรู้ที่ได้จากการเล่าเรื่องดังกล่าว ดังนั้น ผู้วิจัยเสนอแนะให้มีการถอดบทเรียน หรือรวบรวมข้อมูลการเล่าประสบการณ์ดังกล่าวเพื่อใช้พัฒนาปรับปรุงรูปแบบการทำงาน เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงตามยุคสมัย ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงนโยบาย การหมุนเวียนผู้บริหาร

3. จากผลการสังเคราะห์จะเห็นได้ว่าครอบครัวและอาสาสมัครต้องมีการทำงานร่วมกัน ในแทบทุกกิจกรรม ดังนั้นครอบครัวจึงมีส่วนอย่างมากเพราะมีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุและเป็นบุคคลที่ผู้สูงอายุให้คุณค่าในขณะที่อาสาสมัครสามารถเข้ามาช่วยเป็นสื่อกลาง ให้คำแนะนำ ให้การทดแทนครอบครัวได้ในบางกรณี ดังนั้นข้อเสนอแนะคือ อาสาสมัครและครอบครัวผู้สูงอายุควรมี

ความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีการให้ความร่วมมือในเชิงการสนับสนุนงานของอาสาสมัครและนำไปใช้จริงกับผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ในกระบวนการวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการตามรูปแบบการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ ซึ่งมีจุดเด่นในด้านการขับเคลื่อนกระบวนการวิจัยและเกิดองค์ความรู้ขึ้นในระหว่างการทำวิจัย แต่อย่างไรก็ตามการประเมินผลและการติดตามเป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนผลการดำเนินการดังกล่าว ดังนั้นควรมีการใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อติดตามผลกับผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลด้วย 8 กิจกรรม เพื่อให้ทราบถึงเงื่อนไขความสำเร็จในด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตจากผู้สูงอายุโดยตรง ทั้งนี้ข้อจำกัดของการศึกษาในประเด็นพื้นที่การดำเนินการวิจัยใน 2 พื้นที่เฉพาะภาคกลางนั้นยังไม่ครอบคลุมในบริบทพื้นที่อื่นซึ่งอาจมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปจึงควรขยายขอบเขตด้านพื้นที่การวิจัยให้ครอบคลุมทั่วภูมิภาคของไทย ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคตะวันออก ภาคตะวันตก และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

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



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2558). *กรอบทิศทางการพัฒนางานสุขภาพจิตและแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต*. (แผ่นพับ). กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. อัดสำเนา.
- กรมอนามัย และ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP). (2557). *รายงานผลการศึกษาเบื้องต้น การสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทยปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ*. (เอกสารประกอบการประชุม). กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. อัดสำเนา.
- กรมอนามัย. (2542). *คู่มือการส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุสำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมอนามัย. (2558). *รายงานการสำรวจตามรอบนิเทศของกรมอนามัย เดือนเมษายน 2558*. (เอกสารประกอบการประชุม). กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. อัดสำเนา.
- กันยา สุวรรณแสง. (2538). *จิตวิทยาทั่วไป General psychology*. กรุงเทพฯ: อักษรพิทยา.
- กาญจนรัตน์ ทองบุญ. (2548). *แนวปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชน*. รัตนวารี อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ. *วารสารวิจัย มข.* (บศ.) 6 :ฉบับพิเศษ.
- เกรียงศักดิ์ ช่อเลื่อม; สมชาย วิริภิมย์กุล; ปราณี สุทธิสุนทร และจำรุณ มีชนอน (2554, กรกฎาคม-กันยายน). บทความพิเศษ “คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุไทย”. *วารสารควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข*. 37(3): 222-228.
- โกศล วงศ์สวรรค์ และ เลิศลักษณ์ วงศ์สวรรค์. (2551). *สุขภาพจิต = Mental health*. กรุงเทพฯ: รวมสาส์น.
- ขนิษฐา นาคะและคนอื่นๆ. (2555). *รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน*. สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เขมา ตั้งใจมั่น และคนอื่นๆ. (2544). *คู่มือการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุทั่วไปและมีภาวะสมองเสื่อม*. มปท.
- จารี ศรีปาน. (2554, กรกฎาคม-ธันวาคม). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา*. 6 (ฉบับที่ 2): 123-130.
- จำนง อติวัฒนสิทธิ์ และ คนอื่นๆ. (2545). *สังคมวิทยา*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ชฎานิศ เขียวสด และ คนอื่นๆ. (2554). *นโยบายและมาตรฐานการดำเนินงาน การพัฒนาตำบลต้นแบบ ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ปีงบประมาณ 2554*. (เอกสารประกอบการประชุม). กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- ณัฐมน พงศ์สุพัฒน์. (2550). *การศึกษาความต้องการบริการสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี*. กรุงเทพฯ: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- ดวงจันทร์ สาระอาภรณ์. (2544). การรับรู้ของบุคลากรที่ดำเนินงานโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลจิตเวช. วิทยานิพนธ์ (วท.ม.). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัดชาวดี ลิทธิสาร. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. 35 (ฉบับที่ 1): 160-172.
- ชนิกานต์ เชื้อนดิน. (2545). สุขภาพจิตของผู้มีภาวะความดันโลหิต. วิทยานิพนธ์ (สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร
- ธานี รวยบุญส่ง. (2552). การเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลศรีธัญญา. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ธีระนันท์ อินตะเสนา. (2555). ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตแบบมีส่วนร่วมต่อความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ พย.ม. พิษณุโลก: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- นวลละออ สุภาผล. (2527). ทฤษฎีบุคลิกภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ประมวลศิลป์.
- นารีรัตน์ จิตรมนตรี; วิไลวรรณ ทองเจริญ และสาวิตรี ทยานศิลป์ (2552). รายงานการวิจัยตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตา ชูโต. (2545). การวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: แม็ทส์ปอยท์.
- บุญนาค ปัตถานัง และวิยุทธ์ จำรัสพันธ์. (2556). ระบบการส่งเสริมสุขภาพให้เป็นผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมเสี่ยงในเขตตำบลโนนอุดม อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. ขอนแก่น: วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปิ่นนเรศ กาศอุดม และ มัณฑนา เหมชะญาติ. (2554, มีนาคม-สิงหาคม). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 22 (ฉบับที่ 2): 61-70.
- พัชญา คชศิริพงศ์. (2553). ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ และคนอื่นๆ. (2555, พฤษภาคม-สิงหาคม). กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบางแค. วารสารพยาบาลทหารบก. 13 (ฉบับที่ 2): 8 – 17.

- ไพจิตร เกตางาม. (2551). *ภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองมาบตาพุด*. วิทยานิพนธ์ ปร.ม.(สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่นวิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น).
ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย. (2557,กรกฎาคม – ธันวาคม) *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา*. 9 (ฉบับที่ 2): 14-18.
- มนตรี คำเขียน. (2553). *แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลป่าดงคำ อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาปร.ม. ขอนแก่น: วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มนทกาญจน์ ทองจินดา. (2552). *ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และพรพันธุ์ บุญรัตพันธ์. (2549). *การสำรวจสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547*. นนทบุรี : สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ.
- วรรณภา ศรีชัยรัตน์ และลัดดา ดำริการเลิศ. (2553). *การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิชาญ ชูรัตน์; โยธิน แสงดี; และสุภาพร อรุณรักษ์สมบัติ (2555, มีนาคม). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย*. *วารสารประชากร*. 3(ฉบับที่ 2): 87-92.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2545). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- _____. (2549). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย เล่ม 2 วัยรุ่น-วัยสูงอายุ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- _____. (2551). *ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ รู้เขารู้เรา*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สถาบันวิทยาลัยประชากรและสังคม. (2556). *ประชากรและสังคมในอาเซียน ความท้าทายและ*
- สธัญ ภู่ง และ อ้อมเดือน สดมณี. (2549). *การวิจัยเชิงคุณภาพเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. (2539). *สังคมวิทยาภาวะสูงอายุ: ความเป็นจริงและการคาดการณ์ในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2540). *ทฤษฎีและกลยุทธ์การพัฒนาสังคม*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สัญญา สัญญาวิวัฒน์. (2543). *ทฤษฎีสังคมวิทยา: เนื้อหาและแนวทางการใช้ประโยชน์เบื้องต้น*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคนอื่นๆ. (2552). รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาว โดยชุมชน. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 1(2). 22-31.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2555). สถานการณ์การเจ็บป่วยของ ประชากรไทย 2555. เข้าถึงได้ที่ <http://203.157.10.15/moph/health.service>. ค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2557.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2551. การสำรวจภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.
- สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต. (2556). ประสิทธิภาพของโปรแกรม 16 สัปดาห์เพื่อพัฒนา ความสุข 5 มิติ ในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2556). คู่มือแนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจสำหรับ รพช. รพท. รพศ. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สำนักส่งเสริมและพัฒนางานสุขภาพจิต. (2557). รายงานผลการถอดบทเรียนเพื่อจัดทำแนวทางการ ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน. (เอกสารประกอบการ ประชุม). กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. อัดสำเนา.
- สิทธิชัย ชมพูพาทย์. (2554). การพัฒนาพฤติกรรมการเรียนการสอนเพื่อการแก้ปัญหาอย่าง สร้างสรรค์ของครูและนักเรียนในโรงเรียนส่งเสริมนักเรียนที่มีความสามารถพิเศษทาง วิทยาศาสตร์โดยใช้การวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์. ปรินญา วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรม ศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุจรีต สุวรรณชีพ. (2554, 2 ธันวาคม). ถอดเทปการสัมภาษณ์ประสบการณ์จิตแพทย์ในการดูแล รักษาผู้สูงอายุ. ที่ห้องประชุมสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.
- สุเทพ ธรรมะตระกูล. (2552). การวิจัยและพัฒนากการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. เพชรบูรณ์: มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์.
- สุนันทา คุ่มเพชร. (2545). อิทธิพลของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองการมีส่วนร่วมในชุมชน และความต้องการบริการสวัสดิการสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุในอำเภอเมืองระนอง จังหวัดระนอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย ศิลปากร.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคนอื่นๆ (2556). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยบูรณาการ เพื่อพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม. นครปฐม: สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพัตรา สุภาพ. (2550). สังคมวิทยา. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2552). ทฤษฎีสังคมวิทยา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

- สุมาลี เขตบรรจง. (2554). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าด้วยวิธีการระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ พย.ม.(การพยาบาลผู้สูงอายุ). ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เสาวลักษณ์ เรืองเกษมพงศ์. (2555). ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง นครปฐม จังหวัดนครปฐม. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- อภิญา ธรรมแสง และคนอื่นๆ. (2554). การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวและเกี่ยวพันจากชุมชน ในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร.
- อัมพร โอตระกูล. (2540). สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- อุษา วงษ์อนันต์. (2551). อัตมโนทัศน์การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคมสำนักงานเขตบางเขนกรุงเทพมหานคร ปริญญาโท.ม. (จิตวิทยาชุมชน). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. โอกาส. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Bajaj, G., Deepa, N., Bhat, J. S., D'souza, D. F., & Sheth, P. (2014). Self-efficacy and Verbal Fluency: Does Age Play a Role?. *Healthy Aging & Clinical Care in the Elderly*, 6, 17-24.
- 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.
- Bengston, V.L., Putney, N.M. and Johnson, M.L. (2005). *The problem of theory in gerontology today* in Johnson, M.L. (ed.) *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*. Cambridge University Press. Cambridge: 3-20.
- Blevins, D., Morton, B., & McGovern, R. (2008). Evaluating a community-based participatory research project for elderly mental healthcare in rural America. *Clinical Interventions in Aging*, 3(3), 535–545.
- Borrow and Smith. (1979). *Aging and Ageism and Society*. St. Paul: West Publishing Company.
- Branden, N. (1981). *Self-Esteem and Loss of Control of College Men in Saudi Arabia*. Psychological Reports.
- Carr, W. and Kemmis, S. (1986). *Becoming Critical: Education, Knowledge and Action Research*. Deakin University Press: Geelong Victoria.

- Chan, H. T., Cheng, S. J., & Su, H. J. (2008). Integrated Care for the Elderly in the Community. *International Journal of Gerontology*, 2(4), 167-171.
- Crewdson, J. A. (2016). The Effect of Loneliness in the Elderly Population: A review. *Healthy Aging & Clinical Care in the Elderly*, 8, 1-8.
- Forsman, A. K., Nordmyr, J., & Wahlbeck, K. (2011). Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. *Health Promotion International*, 26(1), 85-107.
- Gordon, M. (1993). Community care for the elderly: Is it really better? *CAN MED ASSOC J*, 148(3), 393-396.
- Gougeon, L., Johnson, J., & Morse, H. (2017). Interprofessional collaboration in health care teams for the maintenance of community-dwelling seniors' health and well-being in Canada: A systematic review of trials. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 7, 29-37.
- Grundy, S.(1988). "Three Modes of Action Research", In *Action Research Reader*. Edited by Stephen, Kemmis and Robin, McTaggart. 3rded. P 353-364. Victoria: Deakin University
- Holm, A. L., & Severinsson, E. (2013). A qualitative systematic review of older persons' perceptions of health, ill health, and their community health care needs. *Nursing Research and Practice*, 1-12.
- Jonathan H. Turner. (2001). *Handbook of Sociological Theory*. New York: Plenum Publishers.
- Kemmis, S. and McTaggart, R. (1988). *The Action Research Reader*. Third edition. Deakin University Press: Victoria.
- King, G., & Farmer, J. (2009). What older people want: evidence from a study of remote Scottish communities. *Rural and Remote Health*, 9(1166), 1-11.
- Lafortune, C., Huson, K., Santi, S., & Stolee, P. (2015). Community-based primary health care for older adults: a qualitative study of the perceptions of clients, caregivers and health care providers. *Geriatrics*,15(57), 1-11.
- Lautenschlager, N. T., Almeida, O. P., Flicker, L., & Janca, A. (2004). Can physical activity improve the mental health of older adults? *Annals of General Hospital Psychiatry*, 3, 1-5.

- Martin, L. G. & Preston, S. H (eds.) (1994). *Demography of Aging*. Committee on Population. Washington, D.C.: National Academy of Press.
- older people. *The Journals of Gerontology Series B Psycho Sci Soc Sci*. 61(3): 147-152.
- Moore, A., Patterson, C., White, J., House, S. T., Riva, J. J., Nair, K., Brown, A., Kadhim-Saleh, A. & McCann, D. (2012) Interprofessional and integrated care of the elderly in a family health team. *Canadian Family Physician*, 58, 436-441.
- Ping, W., Jiao, L., & Yaping, L. (2017). Research on the Influencing Factors of Social Network on Community Endowment of Elderly in Rural Areas of Shaanxi. *Humanities and Social Sciences*, 5(5), 184-191.
- Phillipson, C. (1998). *Reconstructing Old Age: New Agendas in Social Theory and Practice*. Sage Publications: London.
- Putthinoi, S., Lersilp, S., & Chakpitak, N. (2016). Performance in Daily Living Activities of the Elderly while Living at Home or Being Home-bound in a Thai Suburban Community. *Procedia Environmental Sciences*, 36, 74 – 77.
- Sidik, S. M., Rampal, L., & Afifi, M. (2004). Physical and mental health problems of the elderly in a rural community of Sepang, Selangor. *Malaysian Journal of Medical sciences*, 11(1), 52-59.
- Tina-Mari Lyyra & Ritta-Liisa Heiikkinen. (2006). Perceive Social Support and Mortality in Waxman, H. M. (1986). Community Mental Health Care for the Elderly: a Look at the Obstacles. *Public Health Reports*, 101(3), 294-300.
- Westendorp, R., & Kirkwood, T. (2007). *The biology of ageing*. In J. Bond, S. Peace, F. Dittmann-Kohli, & G. Westerhof (Eds.). *Ageing in society: European perspectives on gerontology*. London: SAGE Publications Ltd.: 15-38.
- Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., & Allen, R. E. S. (2011). The Meaning of “Aging in Place” to Older People. *The Gerontologist*, 52(3), 357–366.
- Yurick, Ann Gera., et al. (1984). *The Aged Person and the Nursing Process*. Connecticut : Appleton-Century-Crofts.
- Zhong, X., Wu, D., Nie, X., Xia, J., Li, M., Lei, F., Lim, H. A., Kua, E. H., & Mahendran, R. (2016). Parenting style, resilience, and mental health of community-dwelling elderly adults in China. *BMC Geriatrics*, 16(135), 1-8.
- Zuber-Skerritt, O. (1992). *Professional Development in Higher Education: A Theoretical Framework for Action Research*. Kogan Page: London.



ภาคผนวก



อาสาสมัครสาธารณสุข 1

ดูแลกาย

การเล่น (Play)

ดูแลเรื่องอาหาร การกิน

- คอยเข้าไปดูว่ากินข้าวกับอะไร แล้วมีอะไรกินบ้าง ถ้ายังไม่ค่อยกินก็ไปทานมาให้
- ป้อนข้าว ป้อนน้ำ

ดูแลความสะอาดภายในบ้าน

- เข้าไปปิดกวาด เช็ดถู ล้างห้องน้ำ เพราะผู้สูงอายุทำเองไม่ได้ บางครั้งปัสสาวะก็เลอะ

จัดเตรียมเรื่องการกินยา

- จัดยา คอยดูว่าผู้สูงอายุกินยาจริง กินถูกวิธีป่าว

การอำนวยความสะดวก (Facilitation)

ปรึกษาหมอ

- ถ้าเจอว่าผู้สูงอายุมีอาการไม่ค่อยดี ก็จะโทรหาหมอ เพื่อถามอาการและวิธีการดูแล

ดูแลจิตใจ

การโอบอุ้ม (Holding)

เยี่ยมบ้านให้รู้สึกไม่ได้อยู่คนเดียว

- ไปชวนคุย ถามว่าอยู่ยังไง คิดอะไรบ้าง

การจำใจได้ (Recognition)

รับฟัง

- ตามไปเรื่อยๆ ให้ผู้สูงอายุได้เล่า ได้พูดหลายๆ
- เวลาผู้สูงอายุไม่ไหว เคঁาะจะตำ เราก็ก้มรับ ไม่เถียง จะได้ไม่ทะเลาะกัน

ผู้สูงอายุได้รับการอำนวยความสะดวกมากยิ่งขึ้น บ้านมีสุขอนามัยที่ดี
กินข้าว อาหารเพียงพอ กินยาได้ตรงตามที่กำหนด

ผู้สูงอายุดูแจ่มใส รับประทานอาหารมากขึ้น มีชีวิตชีวา หัวเราะ และรู้สึกว่าตนเอง
ยังมีคนให้ความสำคัญอยู่

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 1

ดูแลกาย

การเล่น (Play)

- ทำความสะอาดร่างกาย
- อาบน้ำ ฟอกสบู่ ล้างถูตัวให้เรียบร้อย
- อาบน้ำให้วันละครั้งตอนเช้า

จัดเก็บที่นอน

- จัดเก็บที่นอนให้สะอาด เพราะผู้สูงอายุขาน้ำทำไม่ไหว
- จัดเตรียมกระโถนให้ผู้ใช้ได้ จะไม่ต้องลุก

จัดเตรียมยา

- เตรียมยาให้กินในแต่ละมื้อ

จัดเตรียมอาหาร

- ทำกับข้าว เตรียมข้าวในแต่ละมื้อ
- ผู้สูงอายุเป็นเบาหวาน อาหารก็ต้องดูเรื่องน้ำตาลด้วย

ดูแลจิตใจ

การโอบอุ้ม (Holding)

- สร้างความมั่นใจ
- พูดคุยกับผู้สูงอายุ หนึ่งบอกเสมอว่าจะอยู่ดูแล ไม่ทอดทิ้ง

การปฏิบัติพันธกิจกระตุ้นความรู้สึก (Timalation)

ขนาด

- คอยทักบ่อยๆ ระหว่างที่ทักก็ให้ผู้สูงอายุได้เล่า ได้ขยับไปด้วย

การเฉลิมฉลอง (Celebration)

- พูดคุย สร้างอารมณ์ขัน
- ต้องปรับตัวเข้าหาผู้สูงอายุ
- หาเรื่องตลกๆ มาคุย มาเล่าให้ฟัง

การให้คุณค่า (Validation)

- แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน
- ให้ผู้สูงอายุมาเจอพบปะพูดคุยกัน
- ส่วนใหญ่จะพูดถึงอดีต คุยกันได้ทั้งวัน

ผู้สูงอายุมีกำลังใจมากยิ่งขึ้น ไม่ซึมเศร้า มีความสุขมากยิ่งขึ้น

ดูแลกาย

เยี่ยมบ้าน

- ถามสภาพความเป็นอยู่
- ถามเรื่องการกินยา ทางอาหาร

พูดคุยกับญาติ ผู้ดูแล

- แนะนำวิธีการดูแลผู้สูงอายุ
- เป็นคนกลางคอยบอกความต้องการของผู้สูงอายุ

ดูแลจิตใจ

เยี่ยมบ้านให้รู้สึกไม่ได้อยู่คนเดียว

- ไปชวนคุย ถามว่าอยู่ยังไง คิดอะไรบ้าง ลดความกังวล

ดูแลจิตใจ

ประเมินสุขภาพจิต

- สังเกตท่าทาง สีหน้า และคำพูดของผู้สูงอายุ

ดูแลจิตใจญาติ ผู้ดูแล

- ให้กำลังใจ ให้ไม่ท้อถอย

นางคุณใจ ใจดี อายุ 75 ปี
นางสาวใจดี อายุ 15 ปี

นางคุณใจ: กังวล กลัวไม่มีคนดูแล
ใจดี: ชื่นใจ

นางคุณใจ: คาบอง ข้าโคกกวัด

ญาติมีความรู้ และสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น และได้รับยาอย่างต่อเนื่อง

ผู้สูงอายุมีความสุข ร่าเริงมากยิ่งขึ้น มีชีวิตชีวา หัวเราะ และลดความกังวลลงได้

นวลจันทร์ กรานบุญ อสม.



ดูแลกาย

รู้สึกว่ามีเห็บ กัดไม่
วิตกกังวล



ดูแลเรื่องอาหาร การกิน

- ดูแลเรื่องพฤติกรรมกรกินของผู้สูงอายุให้เหมาะสม



พูดคุยกับญาติ ผู้ดูแล

- แนะนำวิธีการดูแลผู้สูงอายุ
- ช่วยวางแผนการดูแลผู้สูงอายุ

ดูแลจิตใจ



ช่วยให้ผู้สูงอายุผ่อนคลาย

- รับประทานอาหารระบายความรู้สึก
- แนะนำวิธีผ่อนคลายความเครียด
- ให้กำลังใจ
- โทรศัพทพูดคุยบ่อยๆ



พูดคุยกับญาติ ผู้ดูแล

- แนะนำให้ญาติ ผ่อนคลายไม่เครียด
- วิธีปฏิบัติตัว จัดการกับอารมณ์ตัวเอง

ผู้สูงอายุสุขภาพดีขึ้น เวียนหัวน้อยลง

ผู้สูงอายุดูสดใส ร่าเริงมากขึ้น

นวัตจันทร์ กรานบุญ อสม.

ดูแลกาย

ดูแลเรื่องยา

- แนะนำเรื่องการทานยา

เยี่ยมบ้าน

- ช่วยทำกายภาพบำบัดให้ผู้สูงอายุ
- หออุปกรณ์ไปช่วยฟื้นฟูร่างกาย

พูดคุยกับญาติ ผู้ดูแล

- แนะนำวิธีการดูแลผู้สูงอายุ

ดูแลจิตใจ

ช่วยให้ผู้สูงอายุผ่อนคลาย

- แนะนำวิธีการดูแลตัวเองให้หายป่วยจะได้หายเครียด
- ให้กำลังใจ

พูดคุยกับญาติ ผู้ดูแล

- แนะนำให้ทำความเข้าใจผู้สูงอายุ
- วิธีปฏิบัติตัว จัดการกับอารมณ์ตัวเอง เก็บคำพูด เก็บอารมณ์

โรคหลอดเลือดสมองใหญ่โดยชุมชน

ผู้สูงอายุสุขภาพดีขึ้น ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น กินข้าวเองได้

ผู้สูงอายุดูสดใส ร่าเริงมากยิ่งขึ้น มีกำลังใจ หงุดหงิด บ่นน้อยลง

เพียวๆ อาจเลิศ อสม.

ดูแลกาย

ช่วยเหลือทรัพย์สิน

- ทำอาหารมาแบ่งให้ทาน
- ช่วยเหลือเรื่องเงิน

เยี่ยมบ้าน

- ไปดูแลเมื่อไม่สบาย

ส่งต่อข้อมูล

- ส่งต่อข้อมูลการให้หมออนามัย
- ตามหมอมารักษาที่บ้าน

พูดคุยกับญาติ ผู้ดูแล

- เรื่องวิธีการเลี้ยงดู
- เรื่องอาหาร โภชนาการที่เหมาะสม

ดูแลจิตใจ

รับฟังผู้สูงอายุ

- รับฟัง ให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึก
- ให้ผู้สูงอายุบอกเล่า สิ่งของตนเองอยากทำ

ให้กำลังใจ

- บอกไม่ต้องท้อแท้
- ไม่ต้องฟัง หากมีใครมาต่อว่า
- คอยปลอบเวลาเสียใจ

กระเพาะปัสสาวะปวดเมื่อยกกระดุก

ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ผู้สูงอายุมีกำลังใจ มีวิธีการผ่อนคลายความเครียดมากยิ่งขึ้น ไม่ท้อแท้

ดูแลสุขภาพ

CG

วิถีวรรณ เกศจิตร

ดูแลจิตใจ

เยี่ยมบ้าน

- แนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพ
- สังเกตสภาวะสุขภาพ
- ประเมิน บริบท สถานการณ์ของผู้สูงอายุ

เยี่ยมบ้าน

เบาหวาน ความดัน เก๊าท์ ไต
กังวลเรื่องสุขภาพ

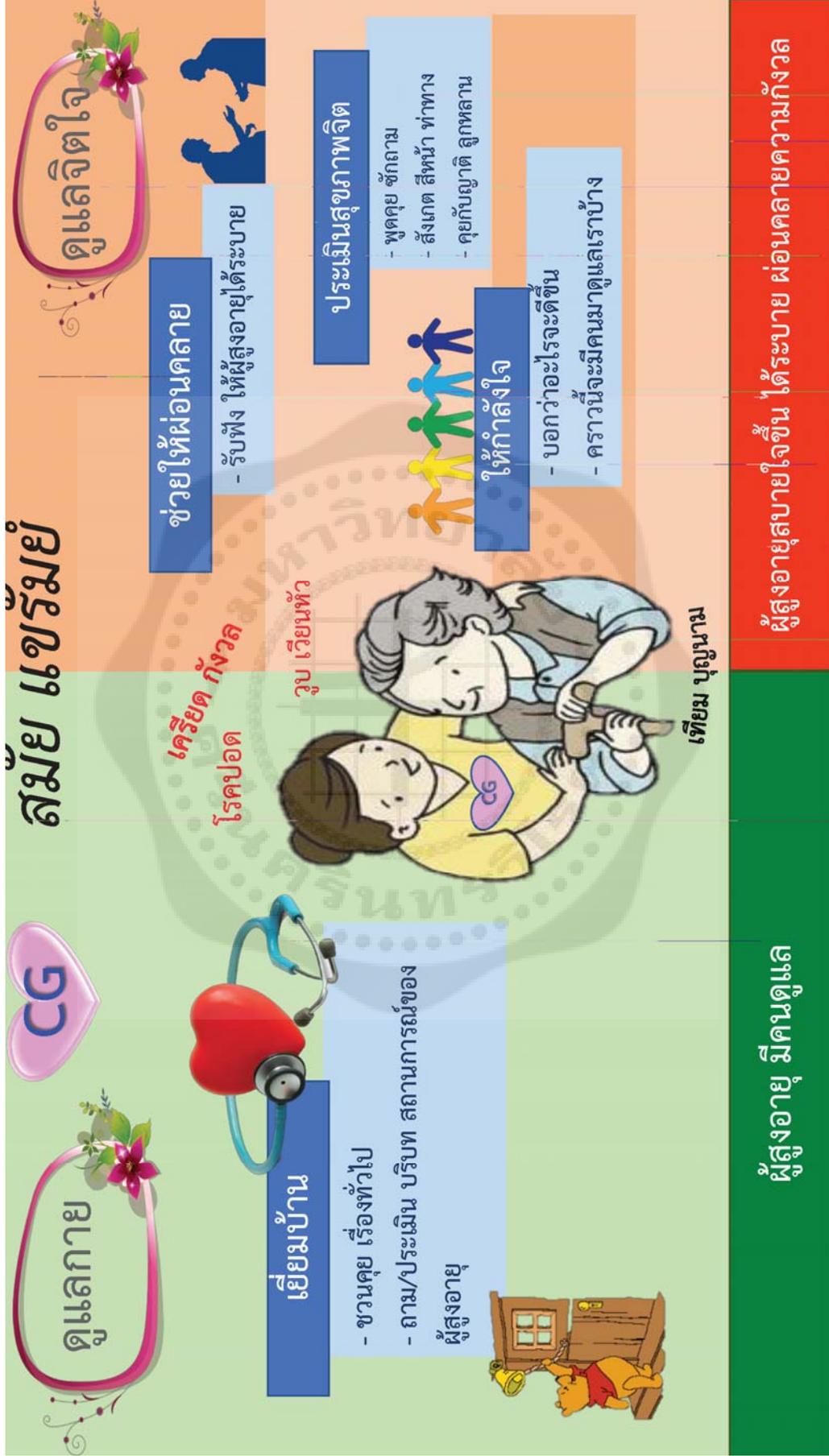
สังวาลย์ บุญสวัสดิ์

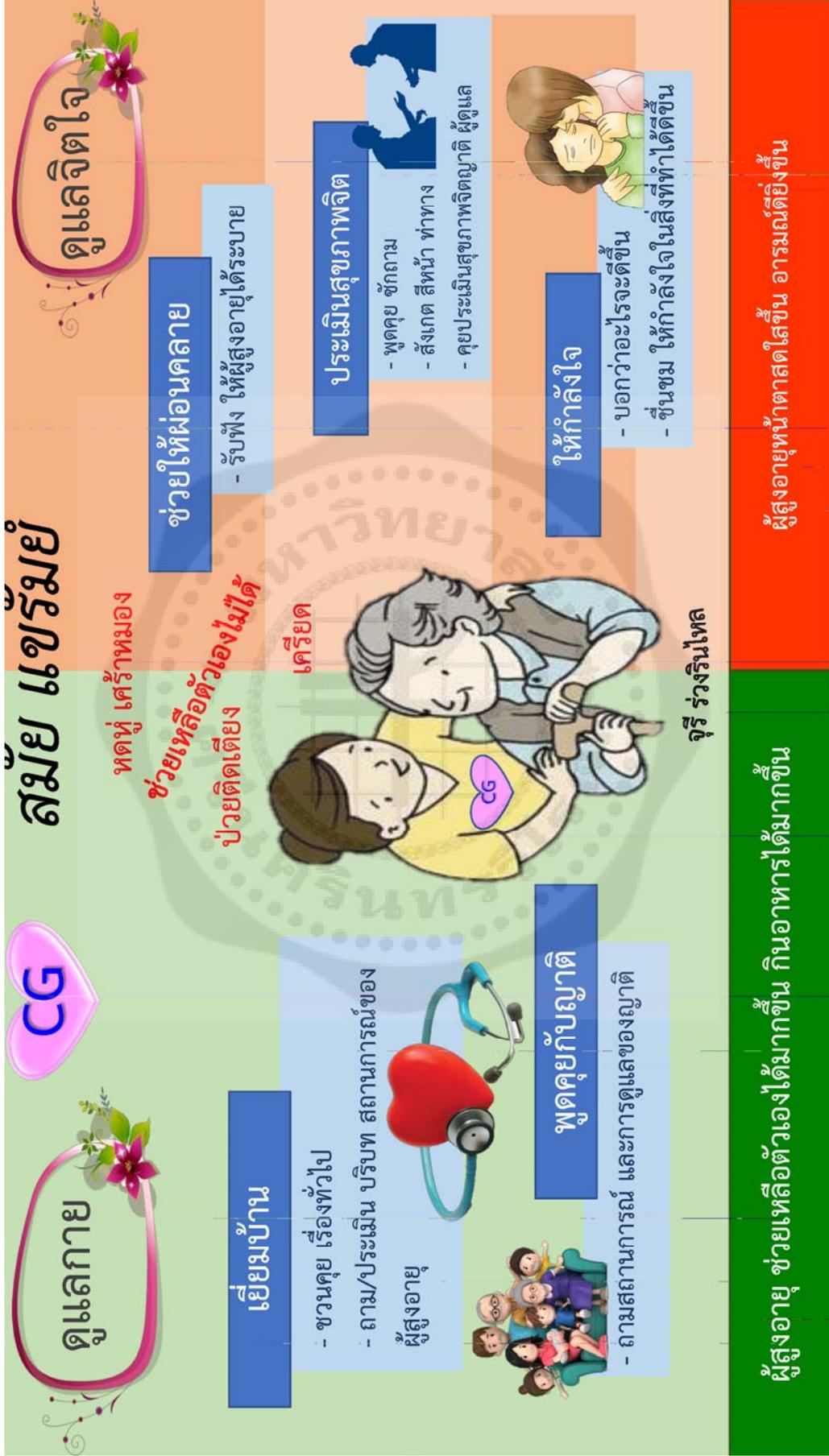
เยี่ยมบ้าน

- รับฟัง ให้ผู้สูงอายุได้เล่า ได้บอก
ความรู้สึก ความต้องการต่างๆ

ผู้สูงอายุ สามารถดูแลตัวเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันได้

ผู้สูงอายุสบายใจ กินได้ นอนหลับ





ดูแลกาย

เยี่ยมบ้าน

- ชวนคุย เรื่องทั่วไป
- วัดความดัน

แนะนำวิธีการดูแลที่เหมาะสม

- แนะนำเรื่องอาหาร เครื่องดื่มที่เหมาะสมแก่ผู้ดูแล
- แนะนำเรื่องอาหาร เครื่องดื่มที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ



****ห้ามกินกาแฟ ไซลวก****

ดูแลจิตใจ

ช่วยให้ผ่อนคลาย

- รับฟัง ให้ผู้สูงอายุได้ระบาย
- พูดคุย แก่เหงา

ประเมินสุขภาพจิต

- พูดคุย ซักถาม
- สังเกต สีหน้า ท่าทาง
- ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุ กับญาติผู้ดูแล

วางแผนการดูแลระยะยาว

- วางแผนการดูแลร่วมกับทีม อสม. และญาติ
- ช่วยมองหาอาชีพเสริมให้ทำพอมีรายได้



สวัสดี มั่งคั่ง

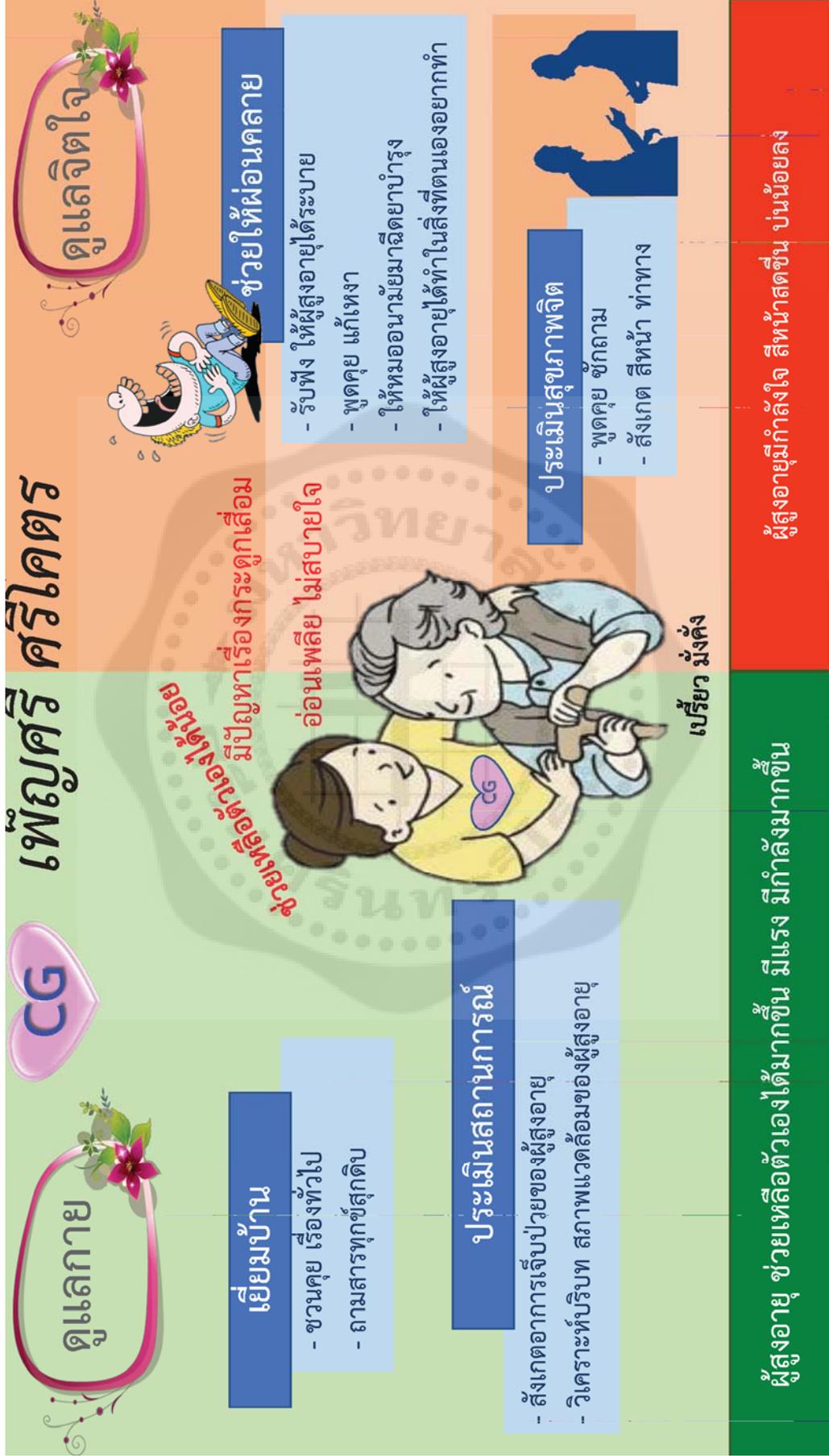
สมัชชา เข็มนาฬิกา

เรื่อง รุสสิกโตนิดเดียว

ความดันโลหิตสูง

ผู้สูงอายุ ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น

ผู้สูงอายุมีกำลังใจ มีความหวัง ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ไม่เหงา



ดูแลกาย

CG

เยี่ยมบ้าน

- ชวนคุย เรื่องทั่วไป
- ถามสารทุกข์สุกดิบ
- ดูแลเรื่องเสื้อผ้า ทายา

ส่งต่อข้อมูล

- ส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพ (ข้อมูลยา/รักษาอาการป่วย) กับ รพ.สต.
- ส่งต่อข้อมูลให้กับผู้นำชุมชน เพื่อช่วยกันดูแล รับส่ง ผู้สูงอายุไปหาหมอ

ดูแลจิตใจ



ช่วยให้ผ่อนคลาย

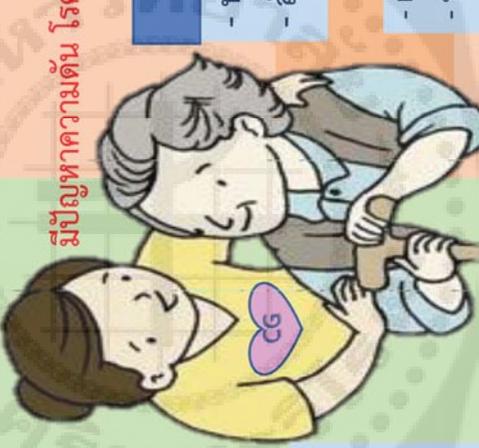
- รับประทานอาหารได้สบาย
- อยู่เป็นเพื่อน ไม่ให้เหงา

ประเมินสุขภาพจิต

- พูดคุย ซักถาม
- สังเกต สีหน้า ท่าทาง

ให้กำลังใจ

- แนะนำการผ่อนคลาย
- บอกให้อดทน
- คอยดูแลเรื่องการกินอาหาร กินยา ทายา



นอนไม่หลับ
เหงา รู้สึกโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้ง
มีปัญหาความดัน โรคผิวหนัง

ป่วย สุขเจริญ

ผู้สูงอายุ กินอิ่ม นอนหลับ ช่วยเหลือตัวเองได้

ผู้สูงอายุมีกำลังใจ รู้สึกไม่โดดเดี่ยว ไม่ถูกทอดทิ้ง หน้าตาสดชื่น

ดูแลกาย

CG

มีปัญหาลอดเลือดสมอง แผลกดทับ
เครียด
หงุดหงิดง่าย ขี้โมโห

ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว

ลักษณะ มิ่งไคสง

ดูแลจิตใจ

เยี่ยมบ้าน

- ชวนคุย เรื่องทั่วไป

ประเมินสุขภาพ

- สังเกต อากาการเบื้องต้น
- ถามบริบท สถานการณ์สุขภาพ

พูดคุยกับญาติ ผู้ดูแล

- เรื่องการทำกายภาพ การพาไปหาหมอ

ประเมินสุขภาพจิต

- พูดคุย ซักถาม
- สังเกต สีหน้า ท่าทางของผู้สูงอายุ และญาติ

พูดคุยกับญาติ ผู้ดูแล

- แนะนำเรื่องการดูแลจิตใจ ระวังโรคทำ/ไม่врทำ
- ให้กำลังใจญาติ ผู้ดูแล
- รับฟังปัญหาที่ได้รับ

ช่วยเหลือผ่อนคลาย

- รับฟัง ให้ผู้สูงอายุได้ระบาย
- ให้กำลังใจ

ผู้สูงอายุ

ตอบสนองต่อการดูแลสุขภาพมากขึ้น

ผู้สูงอายุอารมณ์ดีขึ้น

ให้ความร่วมมือในการดูแลมากขึ้น
ความสัมพันธ์ในครอบครัวดีขึ้น



สวัสดีค่ะ ดิฉัน นางนวลจันทร์ กานบุญ อายุ 50 ปี เป็น อสม. รพ.สต. หนองหัวลิงในคะ
ตอนนี้ดิฉันดูแลคุณแม่ ดวงตา หัสสา อยู่บ้านเลขที่ หมู่ 2 อายุ 84 ปี

ท่านมีบุตร 2 คน หญิง 1 ชาย 1 คน แม่ดวงตาอยู่บ้านเพียงลำพัง เพราะลูกๆต้องทำงาน
ไกลบ้าน คนโตยังไม่มีการบวชรับราชการอยู่คลองเตย ลูกชายคนเล็กแต่งงานมีครอบครัวทำงานที่
บริษัทอยู่ที่ชลบุรี แม่ดวงตามีโรคประจำตัว ความดัน ไชมัน สุขภาพไม่ค่อยดี เวียนศีรษะบ่อย ความ
ดันสูงเป็นประจำ ต้องพบแพทย์ทุก 2 เดือน รับประทานยาที่โรงพยาบาลปากพลี ตามหมอนัดทุกครั้ง ลูกชาย
จะเป็นคนพาไปรับยาค่ะ ระยะหลังมานี้แม่ดวงตาป่วยบ่อย ลูกชายชวนให้ไปอยู่ที่ชลบุรี แต่ท่านก็
ยืนยันว่า อยู่ไต่ยังไม่อยากไปเป็นภาระของลูก ขอบบ่นว่าเมื่อไหร่จะตายสักที ทุกวันก็ต้องเข้าไปช่วย
ดูแลด้านจิตใจโดยโทรคุยกันตลอด เพราะบ้านอยู่ห่างกัน ตอนนั้นบางครั้งก็อ้างคนมานอนด้วย ลูกก็
ค่อยสบายใจขึ้นบ้าง ตอนนั้นก็ช่วยพูดว่า ต่อไปจะทำอย่างไร

ชวนคุยว่าต่อไปทำด้วยตัวเองไม่ได้จะทำอย่างไร จะยอมไปอยู่กับลูกหรือป่าวท่านบอกว่าอยากอยู่กับ
บ้านที่ท่านรัก และเดี๋ยวโตมายังมีห่วงอยู่ ตอนนี้อยอมรับฟังมากขึ้น ก็พยายามไปเยี่ยมท่านบ่อยๆก็มี
แนวโน้มน่าดีมากขึ้น ก็พยายามไปเยี่ยมท่านบ่อยๆสุขภาพจิตใจตอนนี้ก็ดีขึ้นมาก ไม่บ่นว่าอยากตาย
แล้ว คนแก่ก็คิดมากเป็นธรรมดา ดิฉันรู้สึกภูมิใจค่ะ ที่เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลครอบครัวนี้ เพราะ
แม่ดวงตา หัสสา เป็นเพื่อนรักแม่ของดิฉัน ฉันได้ดูแลท่านฉันมีความสุขเรื่องที่เล่ามาก็มีเท่านี้ค่ะ

คุณยายเปล่งศรี คงเงิน ป่วยด้วยโรค HT มาเป็นเวลากว่า 20 ปี

การดูแลคนหนึ่งคนในยามที่เจ็บป่วยไม่ใช่เรื่องง่ายเลย โดยเฉพาะคนไข้ที่ติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ดังเช่น คุณยายเปล่งศรี คงเงิน คนไข้ Stroke ติดเตียง รายนี้

คุณยายเปล่งศรี คงเงิน ป่วยด้วยโรค HT มาเป็นเวลากว่า 20 ปี คุณยายอาศัยอยู่ที่บ้านหัวลิงในกับสามมี ลูกสาว ลูกชายทำงานที่ต่างจังหวัด มาเยี่ยมเฉพาะในวันหยุด หรือเทศกาล ครอบครัวนี้เป็นครอบครัวตัวอย่างของการดูแลกันระหว่างสามมี ภรรยา และลูก ๆ ปลายปี 58 คุณยายเข้าโรงพยาบาลด้วยโรคเส้นเลือดในสมองแตก ต้องได้รับการผ่าตัดทุกคนในครอบครัวลงความเห็นว่าจะต้องรักษาคุณยายให้ดีที่สุดหลังจากผ่าตัดเสร็จ คุณยายพักฟื้นอยู่ที่โรงพยาบาลหลายเดือน สามมีและลูก ๆ ถูกฝึกให้หัดดูแลคนไข้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เมื่อคนไข้อาการดีขึ้น แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ซึ่งทางครอบครัวได้เตรียมความพร้อมด้วยการปรับบริเวณบ้านชั้นล่าง ให้เป็นห้องพักผู้ป่วย มีการเตรียมเตียง ที่นอนลม เครื่องดูดเสมหะ สิ่งต่างๆที่ต้องใช้กับคนป่วย ส่วนหนึ่งได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาล ส่วนหนึ่งได้จากรพ.สต.ของเรา อีกส่วนญาติได้เตรียมจัดหาไว้.....

วันแรกที่คุณยายกลับมาบ้าน เราในฐานะทีมสุขภาพประจำตำบล ถูกเชิญให้ไปสาธิตการใช้ที่นอนลม การจัดเตรียมข้าวของต่างๆ ดูความเหมาะสมของการวางเครื่องมือและอุปกรณ์ คนที่ตื่นตื่นที่สุดน่าจะเป็นคุณตาผู้เป็นสามี สังเกตจากท่าทาง แล้วคุณตาดีใจเหลือเกินที่คุณยายจะได้กลับบ้าน แต่คุณยายไม่ได้มาตัวเปล่า คุณยายมีเครื่อง อุปกรณ์ติดตัวมาด้วย ได้แก่ NG Tube ET tube ทำให้ต้องมีการเตรียมคนที่จะมาดูแล เพราะตาอายุมากแล้ว มีโรคประจำตัวอีกด้วย ลูกๆก็ทำงานที่อื่นทั้งนั้น ทุกคนในครอบครัวตกลงกันว่า จะจ้างผู้ดูแลมาในช่วงเช้า เย็น ส่วนช่วงกลางวันคุณตาดูแลเอง กลางวันผู้ดูแลจะมีหน้าที่ให้อาหาร น้ำ ยา ตามเวลา ทำความสะอาดทอช่วยหายใจ เช็ดตัว ทำความสะอาดร่างกาย พลิกตะแคงตัว ดูดเสมหะ หน้าที่คุณตาจะดูดเสมหะตอนกลางคืน

การเปลี่ยนสายสวนอาหารเป็นหน้าที่ของ รพ.สต.ในขณะที่มาเปลี่ยนสาย จะได้มีโอกาสคุยกับคุณตา ในขณะที่ทำหัตถการจะคุยกันเกี่ยวกับอาการของคุณตา การดูแลที่ควรทำ ควรเข้าใจมีอะไรบ้าง คุณตาจะเป็นคนช่างสังเกต ช่างจดจำ แล้วจะเก็บมาถามเรา มีครั้งหนึ่ง จำได้แม้ย่ำว่า ใส่สาย NG คุณยายไม่ได้ ในขณะที่เรามุ่งหวังว่าจะทำได้จึงพยายามพูดให้ยายได้ฝึกการกลืน ในขณะที่เราคิดว่า ต้องใส่สายอาหารให้ได้นั้นการกระทำ+น้ำเสียงเปลี่ยนไป มันไม่น่าจะละมุนและเบาเหมือนกระทั่งฉันหมดความพยายาม เดินออกไปเรียกคุณตาเข้ามาช่วย (ในขณะที่เราทำหัตถการ คุณตาเดินออกไปดูผักที่ปลูกไว้ข้างบ้าน)

พอฉันเรียก ตาให้มาช่วยกัน ถ้ารอบนี้ไม่ได้จะไปส่งที่โรงพยาบาลเลย สิ่งแรกที่เห็นคือคุณตาล้างมืออย่างสะอาด เช็ดมือจนแห้งเดินมาหายายข้างหัวเตียง แล้วก้มลงให้ปากอยู่ตรงหูของยาย แล้วยื่นมือลูบที่ศีรษะยายเบาๆ มืออีกข้างจับมือยายไว้ ตาบอกกับยายด้วยเสียงเบาๆว่า ยายช่วยหมอมือกลืนนะจะได้ไม่ต้องไปโรงพยาบาล มันไปยากนะยาย เรามาช่วยกัน ตาจะอยู่ข้างๆนะ พอตา

พูดจบฉันก็เริ่มใส่สายอาหาร พอสายอาหารเข้าไปในจมูก คำแรกที่ตาพูดคือ ยายช่วยกันนะ เรามาช่วยกัน ยายกลืนเลยนะ สิ่งที่เห็นตรงหน้าคือ ยายกลืนสายอาหาร ในขณะที่ตาลูบเบาๆ แล้วบอกว่า กลืน ยายกลืน ยายเก่งมากเลย วุบนั้นความรู้สึกของฉันคือความรู้สึกของคนแก่ 2 คนนี้ รับรู้ได้ด้วยใจ ด้วยสัมผัส ที่สื่อให้เห็นถึงความรักความห่วงใย จนใส่สายอาหารได้สำเร็จ ไปได้ด้วยดี

เสร็จจากการเก็บอุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆฉันชวนคุณตาออกมาคุยข้างบ้าน คำถามแรกที่ถามคุณตาคือ คิดอะไรตอนที่ใส่สายอาหาร คำตอบของคุณตาคือ เราอยู่ด้วยกันมานานก่อนชีวิตแล้ว ฉันรู้ยายกลัว สิ่งที่ฉันจะทำได้คือให้กำลังใจยายเท่านั้น ฉันรู้แต่จะประคับประคองอาการยายไม่ให้ทรุดลงยังใจเท่านั้นเอง เมื่อยามที่เขาดีเราก็ช่วยกันดูแล ยามที่เขาเจ็บป่วยฉันก็ต้องดูแลให้มากกว่าเดิม ลูกเต้าฉันทุกคนก็คิดแบบนี้ พี่งลูกสาวไม่ต้องห่วงเลยเขามาดูแลแม่เขาทุกวันหยุดเลย ถ้าวันเสาร์-อาทิตย์เมื่อไหร่ ฉันก็ได้พัก ไม่ใช่ฉันไม่เหนื่อย ฉันก็เหนื่อย มันเหมือนติดคุกเลยนะ แต่เพราะฉันรักยาย ฉันห่วงเขาฉันถึงทนได้ยังไงละหมอ



เรื่อง การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นคนในครอบครัว
 ชื่อ นาย วิจิตร มั่งคั่ง
 ชื่อ ผู้สัมภาษณ์ น.ส. ลักขณา มิ่งไทยสงค์

13 มกราคม 2560 ได้ถูกบ้านเลขที่ 222 ม.9 เวลา 9.00 น. ดิฉันได้เข้าไปเยี่ยมบ้านที่ดูแลใน
 กลุ่มที่รับผิดชอบ(เป็น อสม.) ลง วิจิตร มั่งคั่ง อายุ 72 ปี อยู่กับภรรยา 2 คน ซึ่งภรรยาป่วยเป็นโรคไต
 ขั้นที่ 5 ชื่อ นางวิไล มั่งคั่ง อายุ 67 ปี ป่วยเป็นไตมา 2-3 ปีแล้ว แต่ก่อนหน้านี้ก็เป็นโรคเก๊า ไชนัส
 ดีซ่านส์ เป็นมาหลายโรคเลยกินยามาตลอดเป็น 10 ปี จนไตวาย หมอให้แกล้งไตแต่แกล้มขอมขอ
 ฉีดยาไปก่อนลำบากหลายอย่าง แยกออกสงสารลูกที่ต้องขาดงานมาดูแลแก เมื่อก่อนทั้งสามี ภรรยา
 กินเหล้ากันแก้วว่าทำนมนมเมื่อยตกเย็นก็เลยกินเหล้ากันทั้งคู่ จนเป็นเก๊าถึงได้หยุดกิน ก็มาเป็นไตต่อ
 เลยเป็นมากขึ้นสุขภาพไม่ค่อยดีไม่มีแล้ว ตอนนั้นเดินก็ใช้สีกาช่วย ต้องกินยา กินอาหารตามที่หมอสั่ง
 งดเค็มเลย ซึ่งตอนนี้แกป่วยมากทำอะไรไม่ค่อยได้ สามีเลยต้องคอยดูแล ป้าวิไลบอกว่าเราไม่สบาย
 ก็มีหงุดหงิดมากเวลาไม่ได้ตั้งใจ ส่วนลุงจิตรแกบอกว่าบางทีก็ไม่เหมือนกัน (สมัยก่อนก็มีทะเลาะ
 กันบ้าง) แต่ก็ทำได้ไม่ทำให้ภรรยาเห็น เดินหนีไป แต่ไม่เป็นบ่อยนานๆ ก็มีบ้าง รู้และเข้าใจว่า
 ภรรยาป่วยสงสาร ก็ต้องดูกันไปจนกว่าจะตายจากกัน เสาร์-อาทิตย์ลูกก็มาดูแลแทนบ้าง ชื่อของมา
 ให้ส่งเสียเรื่องเงิน เพราะลุงจิตรไม่มีรายได้อะไรได้แต่เบี้ยยังชีพ นาไม่ได้ทอแล้ว ตาข้างซ้ายของลุง
 จิตรก็มองไม่เห็น (หินกะเด็นเข้าตาตอนตัดหญ้า)

แกดูแลกันด้วยความรักความผูกพันที่อยู่กินกันมานานแล้ว ทั้งกันไม่ได้ ปัจจุบันลุงจิตรไม่
 กินเหล้าไม่สูบบุหรี่ เลิกเหล้าทำให้แกมีสติยำคิดอะได้ ปกติแกจะเป็นคนพูดน้อยพูดจาดี ลุงจิตรมี
 สุขภาพจิตที่ดี ป้าวิไลแกก็เข้าใจว่าลุงก็ต้องลำบาก บอกลุงจิตรว่าอยู่ไปมีความรักต่อกันเห็นใจกัน

เรื่อง การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยติดเตียงที่เป็นคนในครอบครัว
 ชื่อ นายสมนึก พาณิชสมบัติกิจ อายุ 72 ปี โรคเส้นเลือดสมอง
 ชื่อผู้สัมภาษณ์ น.ส.ลัทธนา มิ่งไทยสงค์

ปลายเดือนเมษายน 2559 ในห้องผู้ป่วยลุงสมนึก (ก๊วย) บ้านเลขที่ 79 ม.9 เวลา 08.30 น. ดิฉันได้ไปทำแผลให้ลุงก๊วย เป็นแผลกดทับที่ก้นกบด้านขวาแผลใหญ่และลึกมาก จนภรรยาไม่กล้าทำ ลุงก๊วยมีภรรยา 2 คน คนที่คอยดูแลจะเป็นภรรยาคนที่ 2 ชื่อ พี่พลอย เวลาเราไปแผลจะบ่นทุกครั้ง ว่าเหนื่อยจะไปไหนก็ไม่ได้ไปพูดว่าลุงก๊วยตลอด จริง ๆ แล้วเรื่องครอบครัวเราไม่ยุ่ง แต่สงสาร ลุง ซึ่งแกยังไต่ยืนอยู่ เพียงแต่ตาแกมองไม่เห็นชัด พอพี่พลอยบ่นมาก ๆ แกจะกำหมัดแล้วทุบลงที่เตียง ดูออกว่าแกโมโห เราเลยบอกพี่พลอยว่าพี่อย่าว่าแกเลย ไม่มีใครอยากเป็นหรือคนที่ต้องอดทนนะ เพราะผู้ชายคนนี้เป็นคนที่พี่รักไม่ใช่หรือ เป็นพ่อของลูกที่รักนะ ตอนที่ยังไม่ป่วยเค้าก็หาเลี้ยงที่อยู่สบาย พี่พลอยแกก็หยุดฟังแล้วพูดว่าฉันก็ว่าไปอย่างนั้นแหละ พี่อย่าพูดเสียงดังแกไต่ยืนทุกอย่าง แล้วพี่พลอยหันไปบอกลุงก๊วยว่า ฉันพูดเล่นฉันไม่ได้ว่าแกจริง ๆ หรือ ตั้งแต่วันนั้นเราก็มองเห็นพี่พลอยบ่นลงอีกเลย เวลาไปทำแผลเราจะพูดให้กำลังใจลุงก๊วยและพี่พลอยให้สู้ต่อไป ดูแลลุงก๊วยด้วยความรัก เพราะกลัวพี่พลอยจะเครียดมากแล้วพูดจาไม่ดีกับลุงอีก

ส่วนกับลุงก๊วยเราจะพูดให้กำลังใจ บอกลูกเมียรักลุงนะคอยดูแลตลอด ลุงขยันทำกายภาพ เต็มที่ได้เดินได้ ลุงจะเข้าใจนะยกมือให้ บอกให้ยกแขนยกขา แกทำได้หมด

อยู่มาวันหนึ่งตอนเย็นเข้าไปทำแผล (เข้าไม่ได้เข้า) แกหายใจดังมาก พี่พลอยบอกว่าแกนอนกรน แต่ฟังดูแล้วไม่น่าจะใช่ เลยโทรให้หมอที่อนามัยมาดู ต้องส่งโรงพยาบาลด่วนเลย ปอดติดเชื้อ ไปถึงโรงพยาบาลนครนายก หมอบอกว่าถ้ามาช้ากว่านี้อาจเสียชีวิต นี่ก็เป็นขอสังเกตอีกอย่างหนึ่งหนึ่ง ว่าเราต้องสังเกตอาการที่ผิดปกติของผู้ป่วยด้วย ไม่ใช่ให้ข้าว ให้น้ำ ให้น้ำ ให้ยา แต่ต้องหมั่นดูรายละเอียดอย่างอื่นด้วย เช่น ฉี่น้อย กินน้อย ถ่ายไม่ออก ท้องเสีย การหายใจ มีมดที่เตียงนอนหรือเปล่า เคยเจอหมดเต็มที่เป็นแผลเลย

การดูแลผู้ป่วยสักคนต้องใจมีความรัก มีความละเอียดอ่อน และต้องเข้าใจว่าผู้ป่วยต้องการอะไรด้วย ยิ่งผู้ป่วยที่เป็นคนในครอบครัวต้องให้ความรักเพิ่มเข้าไปอีก

เมื่อก่อนเราก็มองไม่เข้าใจหรือ เคยดูแลพ่อเป็นโรคชรา เบาหวาน ต้องคอยดูแลเรื่องอาหาร ยา อาบน้ำ ทำทุกอย่าง เข้ายันค่ำ เหนื่อยมาก เพราะพ่อจะไม่ยอมนอนกลางคืนจะตื่นแล้วเดินไปทั่ว ต้องคอยระวังทุกอย่าง เพราะเราไม่เข้าใจว่าพ่อเริ่มเป็นโรคหลงลืม เราก็ดูพ่อ ทำอะไรไม่รู้เรื่องเลย บางทีเราเสียงดังมากแต่ไม่รู้ตัว มันซึมซับทุกวันจนถึงเป็นเรื่องปกติของเรา พอลูกสาวมาบอกแม่ทำไม่พูดกับตาเสียงดังจัง เหมือนดูตาเลย เราชกเลย หยุดคิด น้ำตาไหล แม้ไม่ได้เจตนา มันไปเอง .. เหมือนกับลูกมาสะท้อนตัวเราเองที่กำลังเครียดแล้วนะ แต่เราไม่รู้ตัว ตั้งแต่วันนั้นก็นั่งคิดว่า

ทำไมพอถึงทำอะไรไม่รู้เรื่อง ก็คิดว่าพอน่าจะเป็นโรคอัลไซเมอร์แล้ว แต่เราไม่ได้สังเกตเอง เพราะเราขาดความรักความเอาใจใส่ที่ดี เราแค่หาไปตามหน้าที่ปกติ ก็เลยไม่เห็นความผิดปกติในตัวพอพอคิดได้แล้ว ไม่ว่าจะทำอะไรเราก็ไม่โมโห ไม่เสียงดัง เราก็กไม่เครียดด้วย ทำให้สุขภาพจิตเราดีขึ้นมาก

จนได้มากเป็น อสม. ก็เข้าใจทุกคน ทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไร ทุกคนต้องปรับตัวเข้าหากัน ถ้ามีความรัก สรีรซาก็เกิดอะไรก็ง่ายขึ้น เวลาเราทำมันจะออกมาจากใจ ไม่ใช่ทำตามหน้าที่อย่างเดียว มันจะเกิดความสุขเล็กๆ โดยที่เราไม่รู้ตัวเหมือนกัน



คนที่ 1: พี่ประทีน (ผู้ดูแล)

ข้อมูลผู้สูงอายุที่ดูแล

ผู้สูงอายุ ชื่อ นางสาวรายุตรีสวัสดิ์ อายุ 78 ปี ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และเป็นผู้ป่วยติดเตียงเนื่องจากประสบอุบัติเหตุรถชนประมาณ 2-3 ปี เดิมมีอาชีพขายของที่จังหวัดสมุทรปราการ หลังจากประสบอุบัติเหตุ ช่วงแรก ๆ ผู้ป่วยกินข้าวเองไม่ได้ มีความเครียด ไม่อยากอยู่ อยากตาย เพราะรู้สึกว่ามันเหนื่อยก่อนตนเองเคยทำอะไรได้แต่เดี๋ยวนี้ทำอะไรไม่ได้ แม้แต่กินข้าวเองก็ไม่ได้ ต้องมาอนัตติเตียง ผู้สูงอายุผ่าตัดหลังมาสองครั้งแล้วแต่เดินไม่ได้ ต้องนั่งรถเข็นไปตลอดชีวิต แต่ลูกหลานไม่กล้าบอกกลัวแกเสียใจ

วิธีการดูแลจิตใจ

อสม. เข้ามาดูแลผู้สูงอายุได้ประมาณ 2-3 ปี ช่วงแรก ๆ ก็เข้ามาดูแลเรื่องอาหาร ทำกายภาพตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ขณะนั้นก็เริ่มยกขึ้นได้ แล้วคอยสังเกตว่าผู้สูงอายุมีอาการ ความรู้สึกอย่างไร ดูจากสีหน้า แววตาเศร้าไหม หรือคำพูดบ่น ๆ เช่น “ไม่อยากอยู่ อยากตาย” อสม. ก็ใช้วิธีการดูแล พูดคุย ขวนขวายกันแบบพี่สาว เพราะ อสม. เห็นแกมาตั้งแต่ อสม. ยังเล็ก ๆ บางครั้งให้กำลังใจ และให้ลองเปลี่ยนมุมมองความคิดจากด้านลบเป็นบวก โดยยกตัวอย่างตนเองเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุ เช่น “น้ำยังไหลตื้นนะ ที่มีลูกหลาน ลูกเขย ช่วยเช็ดกันให้ ลูกเขยเค้าไม่รังเกียจ” แกก็เริ่มรู้สึกดีขึ้น แต่เราจะต้องหมั่นไปพูดคุย ดูแล ให้กำลังใจแกเป็นประจำ ๆ อาทิตย์ละ 1 ครั้ง ก็มีบางครั้งแกมีความหวังอยากเดินได้แต่คงเดินไม่ได้เพราะผ่าตัดที่หลังมาสองครั้งแล้ว แรก ๆ แกเครียด เพราะแกอยากเดินได้ แต่ไม่มีใครกล้าบอกว่าจะเดินไม่ได้แล้ว ต้องนั่งรถเข็น ตอนนี้แกรู้สึกดีขึ้น มีความสุข แต่ก็มีบางครั้งแกเครียด อยากกินของสด ผักสด อาหารสด อยากกิน แกไม่ชอบกินของแห้ง แต่ก็ไม่มีใครบอกลูก หลาน ลูกเขยไม่ให้กิน อสม. บอกว่าถ้าแกอยากกินผักสดอะไรก็ขอให้บอกจะหามาให้ เราดูแลงานเราผูกพันและเสมือนหนึ่งเราเป็นลูกหลานแกไปเลย มีอยู่ครั้งหนึ่งที่แกก็เตือนให้กำลังใจ อสม. นะ แกจะสังเกตว่าวันนี้สีหน้า อสม. เป็นอย่างไร เช่น แกรู้สึกหน้า อสม. เครียด ซึม ๆ ก็พูดว่า “วันนี้เอ็งหน้าจ๋อยไปนะ” แล้วก็สอนแนะนำให้เราว่าเริง เป็นกำลังใจให้เรา ตอนนี้ผู้สูงอายุมีความสุข แกบอกว่าได้ไปเที่ยวทะเล เดี่ยวจะซื้อของมาฝาก แกเป็นคนสมองดี ความจำดี เล่นไพ่กัน 4-5 คน เก็บค่าตง มีเงินเก็บ และลูกให้เงินคนละ 300 บาท ก็จะหยอดใส่กระปุกออมสิน

ตอนนี้ อสม. จะเข้าไปดูแล 2-3 อาทิตย์ต่อครั้ง ช่วงเจ็ดโมงเช้า แก่โมงเช้าลูกหลานจะมาดูแลแก เพราะลูกหลานมีอาชีพขายของ จะขายของตอนตี 2 ถึงเก้าโมงเช้า ขายเสร็จก็กลับบ้านก็มารวมกันมาดูแลแก บ้านลูก ๆ จะปลุกเรียงกัน

คนที่ 2: ที่สุกมาต (หัวหน้า อสม.)

ข้อมูลผู้สูงอายุที่ดูแล

ผู้สูงอายุ ชื่อ ป้าไสว อายุ 76 ปี ป่วยเป็น CVA เดินไม่ได้ แต่ดูแลช่วยเหลือตนเองได้โดยใช้
 ก้นกัดไปรอบบ้าน ลูกจะไม่ค่อยชอบหน้า อสม. เท่าไรนักเพราะคิดว่าผู้สูงอายุรัก อสม. มากกว่า

วิธีการดูแล

อสม. จะเข้าไปดูแล ถอดชุดคลุม ให้กำลังใจ พูดเหมือนตนเองเป็นลูกหลานผู้สูงอายุ ช่วงแรก
 ๆ แกบ่นว่า “แกรอวันตาย ชีวิตไม่เหลืออะไรแล้ว ไม่อยากอยู่” อสม. สังเกตว่าแกจะมีสีหน้าหดหู่
 เหมือนรอวันตาย ไม่กระซุ่มกระฉวย ไม่ร่าเริง อสม. จะพูดคุย ให้กำลังใจ ให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของ
 ตนเอง โดย อสม. จะเล่าความรู้สึกของ อสม. ที่มีต่อแกว่า “อยู่เถอะ อยู่เป็นกำลังใจ อยากรู้หน้า
 ก็ยังดี เป็นที่พึ่งทางใจ อยู่เป็นกำลังใจ” เวลา อสม. ไม่ได้มาเยี่ยม มีธุระ ก็จะบอกว่า “ถ้าหนูไปแล้ว
 ไม่เจอแก หนูจะรู้สึกอย่างไร” พูดให้กำลังใจ ว่าผู้สูงอายุมีคุณค่า พูดอย่างนี้ไปเรื่อย ๆ จนสังเกตว่า
 แกเริ่มหันมาดูแลตนเอง เช่น การกินยา แกกินยาครบตามที่หมอบอกสั่งไว้ทุกอย่าง มีสีหน้าที่ดี
 ขึ้น ขณะเดียวกัน อสม. ก็ให้พูดให้ข้อคิดว่า “กินยา 10 วันก็อาจจะอยู่ได้ 10 ปี”

เมื่อ อสม. ดูแลผู้สูงอายุไปนาน ๆ ก็เกิดความรักและความผูกพันกับผู้สูงอายุ ขณะเดียวกัน
 ผู้สูงอายุก็นึกและเห็นเราเป็นลูกหลานคนหนึ่ง เวลาเข้าไปหา แกจะดีใจ ร้องไห้ อยากรู้อาหารหาบอย
 ๆ แกจะให้ความสำคัญ ชอบเป็นห่วงเรา “มันเป็นความผูกพันเหมือนลูกหลานที่ทำให้แกอยากอยู่
 อยากมีชีวิต” มีบางครั้งที่ อสม. รู้สึกว่าเหวักจะไปพูดคุยกับแก แต่ช่วงนี้เริ่มดูแลแกห่าง ๆ บ้าง

คนที่ 3:

ข้อมูลผู้สูงอายุที่ดูแล

ผู้สูงอายุ ชื่อ ลุงไฉย อายุ 76 ปี ป่วยเป็นมะเร็งกระดูก เวลาปวด แกจะร้องทุกครั้ง ที่บ้าน มีภรรยาและหลานช่วยดูแล แกจะรักและผูกพันกับหลานที่แกเลี้ยงมาตั้งแต่เล็ก ๆ เวลาจะพาแกไปหาหมอจะเคลื่อนย้ายลำบาก เพราะจะต้องลงแพ ดึงข้ามมาขึ้นรถอีกที่ แกเคยบอกว่าถ้าแกจะตายไม่ต้องไปส่งโรงพยาบาล แกไม่อยากไปโรงพยาบาล แกอยากตายที่บ้าน เพราะแกรู้ว่าแกต้องตาย

วิธีการดูแล

อสม. เข้าไปดูแล ให้กำลังใจแก ให้เห็นคุณค่าของตนเอง และมีคนเป็นห่วง ไม่ทิ้งแก เช่น เวลาที่แกปวด แกไม่อยากมีชีวิตอยู่แล้ว อยากไปให้เร็ว ๆ สีหน้าท่าทางที่ท้อแท้ ไร้เรี่ยวแรงที่อยากมีชีวิต เราก็จะพูดให้กำลังใจ ปลอบใจ และให้สู้ไปด้วยกัน เราก็บอกกว่า "เราจะสู้ไปด้วยกัน จะสู้ให้ถึงที่สุด" พูดแบบนั้นบ่อย ๆ...เวลาแกได้อินแกก็น้ำตาไหล. รับรู้ได้ว่าเราไม่ยอมสูญเสียแกไป ขณะเดียวกันเราก็เข้าใจความรู้สึกของความรู้สึกอยากตาย. อสม. สังเกตว่าแกมีท่าทางหรือคำพูดบางคำที่ทำให้ อสม. เข้าใจว่า แกกลัวว่าจะไม่มีใครมาดูแลแกเวลาแกปวด อย่างเช่น แกพูดว่า "แกปวดแบบนี้จะไม่มีใครดูแล จะทิ้งแกไป" เราก็พูดให้กำลังใจ ให้แกรู้สึกว่ามีใครทอดทิ้งไป และชี้ให้เห็นมุมมองของความคิดให้เห็น เช่น "เห็นไหมว่า ยังมีเมียและหลานที่แกรักและเลี้ยงดูมาตั้งแต่เล็ก ๆ ดูแลแก" เราจะพูดให้กำลังใจแกทุกครั้งที่มีแกเจ็บปวด ที่ทำทุกวันนี้ไปเยี่ยมแก เพราะอยู่ด้วยใจ. อยากดูแล. ทำเหมือนเป็นญาติ. ผูกพัน. สงสารแก. อยากให้แกอยู่. ถึงแม้ว่าเวลา อสม. ไปหาแก ก็จะต้องนั่งรถ. แล้วต่อแพ

รายชื่อ 4: พี่นอม

ข้อมูลผู้สูงอายุที่ดูแล

ผู้สูงอายุ ชื่อ นางบรรทม อายุ 77 ปี ป่วยเป็นโรคหอบหืด ความดันโลหิตสูง เครียดเพราะคนเล็กอายุ 35 ปีติดยา ตอนท้องลูกชายคนเล็ก แกเคยกินยาขับแต่ไม่ออก ลูกชายคนเล็กติดยา ติดยาหนักมาก ๆ ก็มาได้เงินแม่ แม่มีเงินเท่าไรก็ให้หมด ลูกคนโตหาเงินมาให้แม่ แกก็มาให้ลูกคนเล็ก ที่บ้านลูกคนเล็กไม่กลัวแม่ ลูกคนโตก็ห้ามปรามหรือช่วยเหลือไม่ได้ แกก็เลยก็มาปรึกษาหมอโส (หมอ รพ.สต.) แกก็พาลูกคนเล็กไปตรวจที่โรงพยาบาล แต่ไม่พบว่าติดยาที่ต้องกลับบ้าน ตำรวจก็ไม่สามารถทำอะไรได้ เพราะผลตรวจไม่พบ แกก็กลับเครียดเหมือนเดิม (เครียดลงกระเพาะ) ช่วงที่ทหารลง ก็เลยมาปรึกษาหมอโรงพยาบาลและทหาร แต่ไม่พบว่าติดยา ทหารแค่ดู ลูกชายคนเล็กก็เล็กเลย แต่ก็มีนะที่หวังซื้อยาบ้า บางครั้งไปเจอของปลอมก็โมโหก็เขวี้ยงปาข้าวของ พัดลมแตก แกก็เอาเชือกมารัด พัดลมก็ยังใช้ได้ ลูกคนเล็กก็ตะเวนหาซื้อยาอีก ไม่มีใครกล้าขายเพราะเขาใหญ่กลัวว่าจะมาสืบสาวมาถึงตนเอง แกรักลูกคนเล็กมาก มีนะที่บางครั้งแกไปขอซื้อยาบ้าจากคนอื่นแต่ไม่มีใครขายให้ เมื่อลูกคนเล็กไม่ได้เสพยาบ้านาน ๆ อาการก็ค่อย ๆ ดีขึ้น พี่สาวขายขนมก็ให้น้องชายมาช่วย พี่สาวบอกว่าให้ช่วยล้างถาดขนมจะให้ 20 บาท ลูกชายก็ล้างเต็มทีเลย เพราะอยากมีเงินเก็บ อยากจะซื้อโทรศัพท์ เล่น line เล่น Facebook แต่เล่น line เล่น Facebook ไม่เป็น พี่สาวไม่กล้าให้เงินเยอะเพราะกลัวว่าน้องชายจะกลับไปติดยาอีก

วิธีการดูแล

อสม. ได้ข้อมูลว่าแกเครียดเรื่องลูกชายคนเล็กติดยาไม่ได้เครียดเพราะโรคที่แกเป็น ทุกครั้งที่เข้าไปดูแลผู้สูงอายุ ก็จะสังเกตสีหน้า ท่าทาง อารมณ์ว่าตอนนี้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกอย่างไร เครียดหรือไม่ เวลาแกเครียด จะเครียดแบบงอหงิง ไม่กินข้าว หงุดหงิด ไม่อยากพูดกับใคร เครียดลงกระเพาะ ทุกข์ใจ นั่งหงอย คอตก อสม.ก็ค่อยเข้าไปพูดคุย พูดคุยแบบคนกันเอง ช่วยปลอบใจให้กำลังใจ ให้ลองเปลี่ยนมุมมองความคิด ให้เห็นคุณค่าโดยเชื่อมโยงกับบุคคลที่เป็นที่รักที่ผู้สูงอายุผูกพัน เช่น "ถ้าบรรทมตาย ลูกคนเล็กจะอยู่อย่างไร" เพราะแกรักลูกคนเล็กมาก แกสงสารลูก แกเคยไปถามว่ามีใครขายยาบ้าใหม่จะซื้อถูก ๆ ให้ลูก ตามใจลูก จะเอาตำรวจมาจับลูกก็ทำไม่ได้ แกก็กลับมาเครียดอีก และเวลานอนจะนอนไม่ค่อยเต็มที่นักเพราะลูกชายคนเล็กเอามือซ่อนไว้ที่ได้หมอเมื่อได้ยินเสียงเปิดประตูก็มักจะระแวง ทุกครั้งที่ไปหา อสม.จะสังเกตว่าแกมีสีหน้าที่ทุกข์ กังวลเป็นห่วงลูก อยากคุย กินข้าวไม่ได้ บางครั้งเครียดจนตัวเอง เครียดลงกระเพาะก็มี อสม.ก็จะเข้าไปปลอบใจ ขวนขวายปลอบใจ ให้กำลังใจ ให้เห็นคุณค่าตัวเอง และช่วยกันหาวิธีช่วยเหลือ ภาควิชาช่วยเข้ามาช่วยเหลือ เช่น ไปปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จาก รพ.สต. พาลูกคนเล็กไปตรวจ หรือตำรวจทหาร ช่วงนี้แกหายเครียดได้ประมาณ 2 ปีแล้ว ทหารจะขู่ลูกคนเล็กว่าถ้าเจอจะพาไปบำบัด แต่จริง ๆ แล้วลูกคนเล็กไม่เสพยา ทหารบอกว่าถ้าครั้งหน้ามา ลูกคนเล็กจะต้องแต่งตัวรูปหล่อ สะอาด ๆ นะ

ลูกคนเล็กก็หิวผม แต่งตัว หัวหน้าทหารก็ชม แต่งตัวดี แล้วก็ซื้อขนมมาฝากแล้วให้เงิน 100 บาท ไว้กินขนม ทหารมาเยี่ยมเป็นระยะ ๆ ตอนนี้ลูกคนเล็กเลิกติดยา แกก็อุ้มใจที่ลูกคนเล็กไม่ไปติดยา แกไม่เครียด ขณะเดียวกัน อสม. ให้กำลังใจผู้สูงอายุให้หันมาดูแลสุขภาพใส่ใจโรคที่เป็นอยู่



คนที่ 5: พี่อัมพร

ข้อมูลผู้สูงอายุที่ดูแล

ผู้สูงอายุ ชื่อ นายประนอม สุขสวัสดิ์ อายุ 77 ปี ดิเดียง เป็นอัมพฤตมาประมาณ 15 ปี ตั้งแต่ปี 2545 อสม. เข้ามาดูแลผู้สูงอายุประมาณ 12 ปี ก่อนหน้านี้ลูกสาวจะเป็นคนดูแล ก่อนป่วย แก่มีนิสัยร่าเริง ชอบดื่มสุราแล้วเกิดอาการเส้นเลือดสมองตีบข้างซ้ายที่บ้าน ญาติพาไปหาหมอที่โรงพยาบาล ก่อนที่ อสม. จะมาดูแล พอเป็น อสม. ใหม่ ๆ ก็เข้ามาดูแลแก

วิธีการดูแล

ในช่วงแรก ๆ ที่ อสม. เข้ามาผู้สูงอายุ อสม. สังเกตว่าดูแลเครียด สีหน้าไม่สดชื่น อสม. ก็เริ่มไปพูดคุย แนะนำตัวว่าหนูเป็น อสม. นะจะมาดูแลแก ก็ถามว่าแกเครียดอะไร ดูสีหน้าไม่สดชื่นเลย แกก็ว่า "แกกลัวว่าจะไม่มีใครจะมาดูแลแก ก่อนหน้านี้ไปไหนมาไหนเองได้ ไม่ต้องให้ใครมาดูแล" ทุกครั้งไปไหนมาไหนเองได้ เพื่อให้แกภูมิใจ หายเครียด อสม. ก็เรียก ภรรยาและลูกหลาน มาพูดคุยยืนยันว่าจะดูแลแก แพนก็บอกว่า "มีอยู่ก็ดูแลกันไป" แกก็ดีขึ้น แกเป็นคนรูปร่างใหญ่ 2 คนจะต้องช่วย อาบน้ำ ใช้ลากเสือ ใช้กระดาน ให้นั่งกินข้าวได้ ลูกสาวแกเป็นผู้ดูแลและเป็นเบาหวานขึ้นตา ส่วนลูกชายก็ดูแลเรื่องกิน อสม. จะไปดูไปสอนไม่ให้ขี้ดติด ทำกายภาพ ไปแนะนำเรื่องอาหารไม่ให้กินหวาน กินเค็ม ดูแลอาหารการกิน การกินยา วัดความดัน เจาะเลือด เก็บไม่งกไปทำกายภาพ แกเนื้อตัวสะอาด ไม่มีแผลกดทับ และจะดูแลจิตใจ โดยจะสังเกตว่าวันนี้แกมีสีหน้าดี อารมณ์เป็นอย่างไร และจะพูดคุยแกมีสีหน้า อารมณ์ขึ้นหรือไม่ดีขึ้น แล้วก็ชวนกันพูดคุยให้แกได้หัวเราะ

คนที่ 5: พี่หมี (ประธาน อสม.)

ข้อมูลผู้สูงอายุที่ดูแล

ผู้สูงอายุชื่อ เต นอนติดเตียง ลูกหลานไม่สนใจ ตอนนี้เดินเองได้แล้ว

วิธีการดูแล

อสม. เข้าไปพูดคุย ทำกายภาพ พูดให้กำลังใจ แล้วเสริมพลัง กระตุ้น ให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจ อยากรายใหม่ ถ้าอยากรายก็ต้องยกได้ ใจสั่งมา เช่น “อยากรายใหม่ ถ้าใจคิดว่ายกได้ก็จะยกได้” เมื่อไหร่ที่แกทำได้ เริ่มขยับได้ แกจะดีใจ ยิ้ม สีหน้าสดชื่น อสม.จะไปดูแลเรื่องอาหารการกิน เช่น หุงข้าว ทำอาหารให้ ทำกายภาพ ดูแลจนแกประกอบเดินด้วยตนเองได้ ความรู้สึกเหมือนสอนหรือฝึกเด็กเดิน แกเริ่มมีกำลังใจ อยากรายได้ แกบอกกับ อสม. ว่า “แกตายแล้วเหมือนได้เกิดใหม่” พอเริ่มขยับได้ อสม. ก็ฝึกให้แกหยิบของของชิ้นใหญ่ ไปกลาง ไปเล็ก และมัดตัวเชียว ตอนนี้ แกเริ่มซักผ้า แกทำได้ทุกอย่าง แกร้องให้ดีใจ อสม.ก็แนะนำดูแลตนเอง ให้กำลังใจ และให้แกสัญญาว่า “พี่เต ถ้าพี่หายแล้ว อยากรายกลับไปกินเหล้า ถ้าพี่เป็นอีก หนูจะไม่มองเลย” เวลาไปหาหมอ แกจะรอแกไม่ให้คนอื่นดูแล แกเชื่อใจหมอน้อย (อสม.) แฟนจะพาไปส่งที่บ้านแกทุกครั้ง ไม่เคยบ่น อสม.มีกำลังใจ และโรงพยาบาลก็มอบขวัญ (จักรยาน) เพราะเป็นรายที่รักษาหายจากอัมพฤกษ์จนเดินได้ อสม. รู้สึกดี ถ้าเห็นผู้สูงอายุพัฒนา ดีขึ้น จะมีความรู้สึกภูมิใจโดยไม่ต้องมีใครมาบอก

คนที่ 6: พี่สาวเจียง (อสม.)

ข้อมูลผู้สูงอายุที่ดูแล คนที่ 1

ผู้สูงอายุที่ดูแล ชื่อ นางหอม กันโซค อายุ 76 ปี เป็นโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง กรดไหลย้อน เบาหวาน ซึมเศร้า เครียด เป็นครอบครัวที่มีความสุข แต่สามีและลูกชายจะชอบเที่ยว ปล่อยให้ภรรยาและลูกอยู่ที่บ้าน ตอนหลังสามีผู้สูงอายุป่วย ต้องใช้สายจี้ และลูกชายก็ป่วยเป็น HIV แล้วมาติดลูกสาวผู้สูงอายุ ส่วนหลานชอบออกนอกบ้าน ผู้สูงอายุจะรักหลานมาก แต่พอมีเพื่อนชวนหลานก็ออกบ้านไป ทำให้ผู้สูงอายุเครียดอีก อสม.ก็ให้ลูกสาวพี่สาวเจียงโทรหาลูกชาย ดูชีวิตหลานอยู่ไหน ทำให้ผู้สูงอายุอุ่นใจ

อสม. พูดเตือนว่าหลาน (ผู้สูงอายุ) ก็ให้ลูกสาวดูแล และเตือนลูกให้ดูแลยาย (ผู้สูงอายุ) และพ่อแม่

วิธีการดูแล

ตอนที่ อสม. เข้าไปดูแลผู้สูงอายุ อสม.สังเกตเห็นว่าแกเครียด ซึมเศร้า สีหน้าไม่สดชื่น เมื่อให้ผู้สูงอายุได้พูด ได้เล่า แกจะหายเครียด ผู้สูงอายุจะเป็นคนที่เลือกคนดูแลที่สามารถทำให้ผู้สูงอายุอุ่นใจ เวลาไม่สบายใจก็ให้วัดความดันหน่อย อสม.สอนให้ลูกสาววัดความดัน เวลาผู้สูงอายุเครียด อสม. ก็ใช้หลักพุทธศาสนา ให้ผู้สูงอายุได้คิดว่า “สิ่งที่เกิดขึ้นแล้วมันแก้ไขไม่ได้แล้ว และแนะนำให้ซื้อวิทยุ ฟังธรรมะ” “ให้ปลงเถอะ อายุเยอะแล้ว เมื่อถึงเวลามันก็ตายเอง” แล้วก็เตือนสติผู้สูงอายุว่า “ลูกสาวและลูกชายป่วยนะ ให้ผู้สูงอายุหันมาดูแลตนเอง ลงจากบ้านบ้าง” จะเตือนเรื่องการกินยา ว่าจะต้องยาเมื่อไหร่ ก็ไม่งง ผู้สูงอายุชอบอยู่บ้าน ตอนนี้ผู้สูงอายุอาการดีขึ้นแล้ว ฟังธรรมะ (ฟังธรรมะจากวิทยุ) อสม.จะไปพูดคุย

ตอนที่ลูกสาวผู้สูงอายุรู้ว่า เป็น HIV ก็พูดว่า “ไม่อยากมีชีวิตอยู่ อยากตาย” อสม. ก็พูดให้กำลังใจ และเตือนสติว่า “ลูกยังเล็กอยู่ ถ้าเิ่งตายไปแล้วลูกจะอยู่อย่างไร” พูดบ่อย ๆ จนลูกสาวผู้สูงอายุฟัง เริ่มหันมาดูแลตนเอง กินยาตามที่หมอสั่ง



ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล นางสุดา วงศ์สวัสดิ์
 วันเดือนปีเกิด 12 กรกฎาคม 2503
 สถานที่เกิด จังหวัด กาญจนบุรี
 สถานที่อยู่ปัจจุบัน 952/25 ถนน ประชาชื่น แขวงวงศ์สว่าง
 เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร 18000
 โทรศัพท์ 081-8471643
 e-mail : suda.wongsawat@gmail.com

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2522 มัธยมศึกษาตอนปลาย
 จาก โรงเรียน สุราษฎร์ธานี จังหวัด สุราษฎร์ธานี
 พ.ศ. 2526 พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
 จาก วิทยาลัยพยาบาลสงขลาจังหวัด สงขลา
 พ.ศ. 2533 วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์
 จาก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 พ.ศ.2560 ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
 สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
 จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ