

Developing Activity Models in order to Promote Health in the Risk Group of Elders, for the Community Health Team: Critical Participatory Action Research¹

Suda Wongsawad²
Narisara Peungposop³
Dusadee Yoelao⁴
Chutarat Sathirapanya⁵

Received: December 23, 2017

Accepted: January 19, 2018

Abstract

This study followed the critical participatory action research in order to develop health promotion activity models in the risk group of the elders for the community health team. The processes were divided into 2 provinces, which were Nakhon Nayok and Chacheongsao. In addition, the researchers were classified into 4 groups: government officers, volunteers, the elders' caregivers, and the risk group of elders. After finishing the cycle, these groups could improve 8 models including 1) conversation, deep listening, and touching 2) Frequently visiting and providing activities at elders' houses 3) hygienic practicing and health caring 4) privacy supporting 5) enthusiasm and response in the demand of elders 6) patience and adaptation for the need of elders 7) Effective cooperation approaching to dealing with the controversial between elders and caregivers 8) recommendation for better care of aging people. These activities were also developed in 2 cycles. Each of them was urged by providing suitable discussion and conversation on the stage, and both provinces chose the activities to implement. This could change the meaning from work to work together collectively. The elders could access activities, by listening understanding and networking of volunteers supported the health care team, even the researchers were out from the setting, the organizing mechanism has been continued.

Keywords: work activity, mental health promotion, critical participatory action research, elders, the health care team

¹ This paper submitted in partial fulfillment of Doctoral Dissertation in Applied Behavioral Science Research, Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

² Graduate Student, Doctoral degree in Applied Behavioral Science Research, Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University. E-mail: suda.wongsawat@gmail.com

³ Assistant Professor at Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

⁴ Associate Professor at Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

⁵ Assistant Professor at Department of Community Medicine, Songkla University

การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการทำงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ของทีมสุขภาพในชุมชน: การวิจัยแบบมีส่วนร่วมเชิงวิพากษ์⁶

สุดา วงศ์สวัสดิ์⁷

นริศรา พึ่งโพธิ์สม⁸

ดุซงฎิ โยเหลา⁹

จุฑารัตน์ สติธิปัญญา¹⁰

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบกิจกรรมการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน ในการศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้นกับ 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครนายก และจังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมีผู้ร่วมวิจัยทั้งสิ้น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐ 2) กลุ่มอาสาสมัคร 3) ครอบครัวของผู้สูงอายุ และ 4) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ภายหลังจากสิ้นสุดวงจร สามารถพัฒนารูปแบบกิจกรรมการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของกลุ่มสุขภาพในชุมชน โดยได้ดำเนินการใน 2 วงจรตามกระบวนการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ จากวงจรรอบที่ 1 สามารถพัฒนาได้ 6 กิจกรรม มาสู่ วงจรรอบที่ 2 สามารถพัฒนาเพิ่มขึ้นอีก 2 กิจกรรม โดยผลการพัฒนากิจกรรมการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เน้นการทำงานร่วมกับเครือข่าย มีทั้งสิ้น 8 กิจกรรม ได้แก่ 1) การพูดคุยรับฟังและสัมผัส 2) การเยี่ยมเยียนและจัดกิจกรรมที่บ้านของผู้สูงอายุบ่อยครั้ง 3) การดูแลสุขภาวะและความเป็นอยู่ 4) การช่วยเหลือเป็นการส่วนตัว 5) การเอาใจและตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ 6) การอดกลั้นและปรับตัวเข้าหาผู้สูงอายุ 7) เป็นสื่อกลางจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ และ 8) การให้คำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งการพัฒนากิจกรรมทำให้เกิดจากการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืนของของทีมสุขภาพในชุมชนและขยายผลการทำงานอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: กิจกรรมการทำงาน ส่งเสริมสุขภาพจิต วิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ ผู้สูงอายุทีมดูแลสุขภาพ

⁶ บทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

⁷ นิสิตปริญญาเอกหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
อีเมล: suda.wongsawat@gmail.com

⁸ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

⁹ รองศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

¹⁰ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ที่มาและความสำคัญของปัญหาวิจัย

ปัจจุบันสังคมโลกได้เป็นสังคมผู้สูงอายุและมีประชากรโลกที่เป็นวัยผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยประเทศไทย มีประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.8 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 14.9 ในปี พ.ศ. 2557 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557: 1) จึงเรียกได้ว่า ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายของประเทศมุ่งให้ความสนใจในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ดังที่ทราบกันดีว่าผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งการเสื่อมถอยของร่างกาย ย่อมเจ็บป่วยได้ง่าย แต่สิ่งที่พบได้มากขึ้นคือการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมากขึ้น เนื่องจากในวัยผู้สูงอายุที่มีต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของอายุ สมรรถภาพของร่างกายที่เสื่อมถอย ซึ่งกรมสุขภาพจิต (2555: 1-8) ได้อธิบายการเปลี่ยนแปลงที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญเป็น 3 ประการใหญ่ ได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น ระบบต่างๆ ในร่างกาย ผิวหนัง การได้ยินและการทรงตัว เป็นต้น 2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม เช่น การปลดเกษียณหรือออกจากงาน การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น เป็นต้น 3) การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น ด้านบุคลิกภาพ ด้านการเรียนรู้ ด้านความจำและสติปัญญา เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้เกิด ความรู้สึกโดดเดี่ยว วิตกกังวล เครียด ซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย ดังนั้นยังมีการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุมากขึ้นเท่าไร ยิ่งเป็นการยืดขยายเวลาการพึ่งพิงตัวเอง ให้สามารถดำรงในสภาพแวดล้อมได้อย่างมีความสุข

การพัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกฝ่ายจะต้องร่วมมือกันอย่างจริงจังทั้งภาครัฐและเอกชน โดยเน้นไปที่การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชนและสังคมในเรื่อง การป้องกัน ส่งเสริม ฟื้นฟูและรักษาสุขภาพของตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นมีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและมีความสุข (กรมอนามัย, 2542: 1) การดูแลผู้สูงอายุจึงต้องร่วมมือกัน ไม่ว่าจะดูแลโดยครอบครัว โดยหน่วยงานหรือองค์กร และโดยชุมชน ควรจะมีจุดมุ่งหมายเดียวกันคือทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีทั้งจิตใจและร่างกาย มีครอบครัวและสังคมที่ดี อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม อยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้และมีส่วนร่วม โดยครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ รัฐบาลและหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวมีศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพและสังคมที่เหมาะสม และจัดบริการเสริมในส่วนที่เกินความสามารถของชุมชน

นอกจากนี้การทำงานในด้านสาธารณสุขที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเพื่อรองรับต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว โดยเฉพาะในการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ แต่ในการทำงานดังกล่าวยังต้องอาศัยความรู้และงานวิจัยที่ศึกษากับผู้สูงอายุโดยตรงเพื่อให้ทราบถึงความต้องการ และข้อจำกัด เพื่อสร้างรูปแบบการทำงานที่สอดคล้องกับผู้รับ ส่งผลให้มีการทำงานที่ยั่งยืนและทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี และจากการที่ผู้วิจัยลงสำรวจพื้นที่ พบว่า ในจังหวัดนครนายก และจังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งเป็นจังหวัดที่พบว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิตจำนวนมาก พบข้อจำกัดในเรื่องการทำงานของทีมดูแลสุขภาพใน 3 ระดับ

ได้แก่ 1) ระดับนโยบายที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการออกไปดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุนอกสถานที่ ไม่มีงบประมาณสนับสนุน ไม่มีการบูรณาการข้ามหน่วยงานในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุทำให้ระบบการทำงานจึงแยกออกจากกัน ต่างคนต่างทำหน้าที่ของตนเองและเห็นว่างานลักษณะของการดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ของหน่วยงานด้านสาธารณสุข 2) ระดับบุคลากรสายปฏิบัติ คือ การมีบุคลากรไม่เพียงพอ การดูแลผู้สูงอายุมุ่งเน้นการดูแลทางกายเพื่อนำมาสู่ความสุขทางจิตใจ ไม่มีการรวบรวมข้อมูลหรือแนวทางการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนที่ชัดเจน 3) ระดับของครอบครัวและชุมชน ที่ยังไม่คุ้นเคยกับการดูแลหรือให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมประเพณีของชุมชนเป็นกิจกรรมที่ไม่สอดคล้องกับการเข้าร่วมของผู้สูงอายุ ชุมชนไม่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุเพราะเห็นว่าเป็นหน้าที่ของครอบครัวหรือลูกหลานของผู้สูงอายุมากกว่า

ดังนั้น การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการสร้างและพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตของทีมดูแลสุขภาพชุมชน ซึ่งในบทความฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของผลการศึกษา ที่ผู้วิจัยได้นำเสนอกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยเป็นผลมาจากการดำเนินกระบวนการวิจัยตามระเบียบวิธีวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ (Emancipatory Action Research) ซึ่งสาเหตุที่ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการนี้เพราะเป็นวิธีที่เหมาะสมกับสนามการวิจัย เนื่องจากในระยะแรกผู้วิจัยได้มีการสำรวจพื้นที่และปัญหาเฉพาะในการทำงานพบว่า การทำงานเป็นรูปแบบต่างคนต่างทำ การทำเพื่อให้เกิดรายได้ มีความเชื่อว่าการประเมิณร่างกายคือการประเมิณด้านจิต และการประเมิณด้านจิตสามารถคัดกรองผ่านคะแนนของความเครียดด้วยแบบประเมิณ หากพบว่ามีความเครียดจะเน้นการส่งผู้สูงอายุไปพบแพทย์ รวมถึงยังพบว่าการเดินทางไปตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุไม่เป็นที่ต้อนรับจากครอบครัว เพราะมีความยุ่งยาก ไม่ต้องการให้เข้ามาวุ่นวาย ดังนั้นด้วยปัญหาดังกล่าวจึงต้องเน้นการปรับเปลี่ยนที่ความคิดของบุคคล โดยมีผู้วิจัยเป็นเพียงผู้กระตุ้นการสร้างความหมายใหม่ในการทำงานและการเชื่อมโยงความรู้สึกกับผู้สูงอายุ การพัฒนากิจกรรมที่นอกเหนือการประเมิณจากแบบประเมิณ และสนับสนุนการเชื่อมโยงเครือข่าย นั้นเท่ากับว่ากระบวนการทั้งหมดเกิดขึ้นผ่านการปฏิบัติของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเอง และจุดเด่นของโดยการวิจัยในรูปแบบนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาและแก้ปัญหาพร้อมกันระหว่าง นักวิจัย และผู้ร่วมวิจัย ที่มีสถานะเท่าเทียมกัน ทุกด้านตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผน การลงมือปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล (Kemmis & McTaggart, 1988) เพื่อสกัดกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพจิตที่ดีและสอดคล้องกับบริบทของการทำงานของทีม โดยประโยชน์ของกิจกรรมจากการศึกษาค้นคว้านี้ช่วยทำให้ทีมดูแลสุขภาพสามารถทำงานได้เหมาะสมและรู้ขอบเขตบทบาทหน้าที่ของตนเองและสร้างให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชน เพื่อยังประโยชน์สูงสุดต่อผู้สูงอายุคือการอยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้และมีส่วนร่วมต่อชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบกิจกรรมการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน

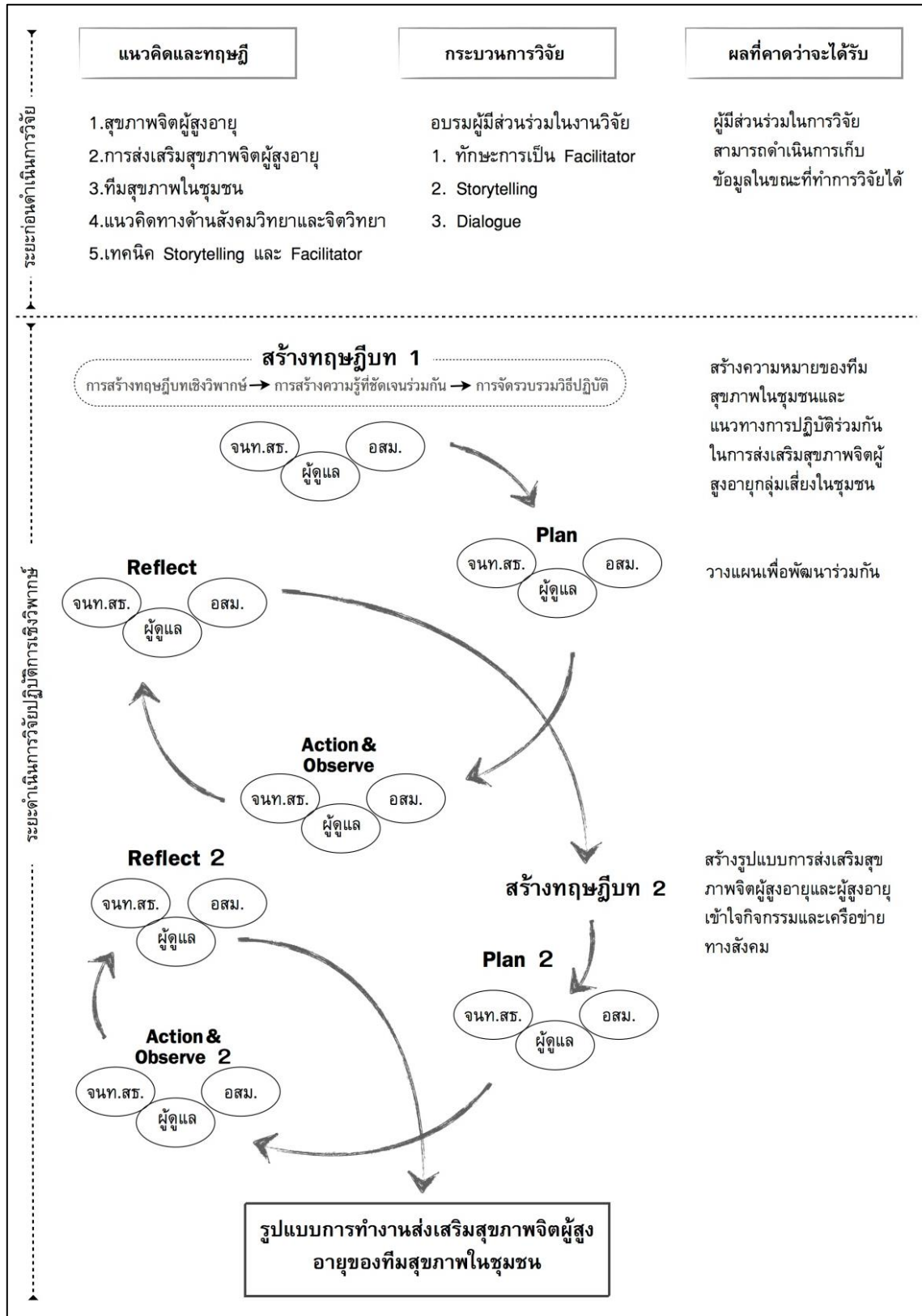
แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ต้องสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตัวกำหนดสุขภาพภาวะพฤติกรรมสุขภาพและการดำเนินชีวิตเศรษฐกิจ สังคม การศึกษาและการทำงาน กรมสุขภาพจิต (2555: 13 อ้างอิงใน สุจริต สุวรรณชีพ, 2554; สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2556) ได้พัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี ควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความสุข 5 มิติประกอบด้วย 1) สุขสบาย (Health) คือการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง สมบูรณ์ 2) สุขสนุก (Recreation) คือการมีอารมณ์สนุกสนาน อารมณ์ที่เป็นสุข ร่าเริง แจ่มใส 3) สุขสง่า (Integrity) คือการมีความภาคภูมิใจในตนเอง มีความพึงพอใจในชีวิต 4) สุขสว่าง (Cognition) คือการมีความจำ การรับรู้ ความคิดและการตัดสินใจที่เหมาะสม และ 5) สุขสงบ (Peacefulness) คือความรู้สึกที่มั่นคง เป็นสุข

โดยการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุนี้ นอกจากได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนรอบข้างแล้ว ทีมดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนยังเป็นกลุ่มขับเคลื่อนด้านความสุขทั้ง 5 มิติให้กับผู้สูงอายุทั้งสิ้น โดยมีรูปแบบการดำเนินงานทั้งในด้านการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตในผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความสุขเชิงจิตวิทยาใน 5 ด้าน โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานสำคัญ ได้แก่ 1) การจัดตั้งคณะทำงาน โดยให้ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุมีส่วนร่วมเป็นคณะทำงาน พร้อมทั้งบูรณาการกับภาคส่วนอื่น 2) นำข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุซึ่งจำแนกเป็นกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียงมาวางแผนการดำเนินการเพื่อให้เกิดความสุข 5 มิติ 3) ดำเนินกิจกรรมการให้บริการเพื่อให้เกิดความสุข 5 มิติ และ 4) วัดและประเมินผลกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการในรายด้านพร้อมกับการให้คำแนะนำที่เหมาะสม แต่อย่างไรก็ตามในการปฏิบัติงานจริงกลุ่มผู้ดูแลยังขาดรูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับชุมชนของตนเอง และยังขาดการมีส่วนร่วมจากการสะท้อนความรู้สึกในการรับบริการหรือการออกแบบกิจกรรมตามความต้องการของผู้สูงอายุเอง

ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงได้เน้นการสร้างและพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน โดยใช้แนวทางการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ จึงเป็นการค้นหารูปแบบการทำงานที่ผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ทั้งหน่วยงานภาครัฐระดับอำเภอ ระดับท้องถิ่น และผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่น ครอบครัว อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถปรับตัวและอาศัยอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข เนื่องจากเมื่อผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีแล้ว การปรับตัวทางด้านร่างกายก็จะตามมา จากการเสื่อมถอยของร่างกายที่เป็นไปตามกาลเวลา ผู้สูงอายุก็จะสามารถยอมรับได้ รวมถึงมีการดูแลตนเองในระดับของการป้องกันการเกิดโรคร้ายไข้เจ็บต่างๆ และการดูแลรักษาตนเองในยามที่เกิดโรคร้ายไข้เจ็บแล้ว

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการศึกษา

ขอบเขตการดำเนินการวิจัย การศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นการพัฒนากิจกรรมการทำงานของทีมดูแลสุขภาพในชุมชนโดยใช้กระบวนการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมเชิงวิพากษ์ โดยมุ่งเน้นการสร้างทฤษฎีบทและการปฏิบัติการที่เน้นการปฏิบัติที่เปลี่ยนแปลงใน 3 ประเด็น ได้แก่ ความหมาย (Language) กิจกรรม (Activity) เครือข่าย (Network) เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน โดยอาศัยแนวคิดของ Grundy (1988) มาประยุกต์ใช้ในช่วงของการสร้างทฤษฎีบท และอาศัยแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ในช่วงของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยผู้วิจัยได้อาศัยการดำเนินการวิจัยตามระเบียบวิธีวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ที่มีจุดเด่นในเรื่องการสร้างการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพและกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการคิดเชิงวิพากษ์ในสิ่งที่ตนและกลุ่มดำเนินการปฏิบัติ เพื่อค้นหาความจริงอย่างเป็นกลางโดยไม่ยึดติดกับความรู้ทางจากทฤษฎี หรือความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่สามารถอธิบายความจริงที่ปรากฏในบริบทของตนได้อย่างเที่ยงตรงแน่แท้ อันนำไปสู่การหลุดพ้นจากการครอบงำหรือการกดขี่ทางความคิดและการปฏิบัติ

ขอบเขตด้านพื้นที่การศึกษา การศึกษาครั้งนี้ได้คัดเลือกพื้นที่ 2 จังหวัด ได้แก่ 1) จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 ได้แก่ จังหวัดนครนายก โดยมีพื้นที่หลักในการทำวิจัยคือ ตำบลหนองแสง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก 2) จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 ได้แก่ จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมีพื้นที่หลักในการทำวิจัย คือ ตำบลโพรงอากาศ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา เนื่องจากจากสถิติพบว่าผู้สูงอายุในพื้นที่ดังกล่าวมีปัญหาเสี่ยงด้านสุขภาพจิตสูง จึงทำให้ผู้วิจัยเลือกที่จะลงศึกษากับพื้นที่ดังกล่าวเนื่องจากมีกลุ่มผู้ร่วมวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงจำนวนมาก ทำให้เกิดความต้องการในเรื่องการดูแลที่หลากหลาย ทำให้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ครอบคลุมมิติต่างๆ ได้มากขึ้น ดังนั้นในการสร้างรูปแบบการทำงานจึงควรเริ่มจากพื้นที่ที่ปัญหาดังกล่าวสูงก่อน โดยมีระยะเวลาในการดำเนินการในพื้นที่ดังกล่าวเป็นระยะเวลา 7 เดือน (ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2559 - พฤษภาคม 2560)

ขอบเขตด้านผู้ให้ข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งได้เรียกผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดว่า ผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วยประชากรที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ใช้การศึกษา จำนวน 35 คน สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐ ทั้งในระดับนโยบายคือ ระดับผู้อำนวยการ รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต และระดับผู้ปฏิบัติ เช่น เจ้าหน้าที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อบต. อบจ. ผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น กลุ่มอาสาสมัคร กลุ่มครอบครัวของผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนของการพัฒนากิจกรรมการทำงาน แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยแนวคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ชุด ชุดที่ 1 สำหรับทีมดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน มีประเด็นคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมการทำงานที่ผ่านมาในประเด็นสำคัญ ยกตัวอย่าง การให้ความหมายและความเข้าใจต่อการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ทำร่วมกับผู้สูงอายุและวิธีการประเมินปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต

ของผู้สูงอายุ สภาพปัญหาและลักษณะเฉพาะในการทำงานชุมชนพื้นที่ในการศึกษาคั้งนี้ ความต้องการการสนับสนุนในด้านการทำงาน และ ชุดที่ 2 สำหรับผู้สูงอายุ มีประเด็นคำถามเกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่และความเครียดหรือความกังวลในชีวิต ความต้องการต่อการให้บริการของทีมดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

2. แบบบันทึกการทำสุนทรียสนทนา เป็นเครื่องมือที่นำมาใช้เพื่อบันทึกในระหว่างการจัดเวทีสุนทรียสนทนาของทีมดูแลสุขภาพจิตในชุมชน เนื่องจากแนวทางการทำสุนทรียสนทนาก่อให้เกิดการแบ่งปันและแลกเปลี่ยนข้อมูลที่แต่ละทีมมีการใช้กิจกรรมที่ได้วางรูปแบบกันไว้มาสะท้อนผล มีการกล่าวชื่นชมและแสดงความเห็นอกเห็นใจต่อกัน ช่วยสร้างให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันสามารถช่วยแก้ปัญหาการทำงานแบบต่างคนต่างทำ และทำให้เกิดเป้าหมายความสำเร็จแบบเดียวกัน รวมถึงสร้างให้เกิดการเปลี่ยนแปลงประเด็นในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุใหม่บนเวทีสุนทรียสนทนา ประกอบด้วย 1) การเปลี่ยนแปลงของความหมาย ดังเช่นการสร้าง ความหมายใหม่ การเปลี่ยนแปลงของความหมาย 2) การเปลี่ยนแปลงของการกระทำ ดังเช่น การกระทำที่มีต่อผู้อื่น การกระทำที่ผู้อื่นมีต่อเรา 3) การเปลี่ยนแปลงของเครือข่าย ดังเช่น การเพิ่มจำนวนของเครือข่าย ความเข้มแข็งหรือความเหนียวแน่นของเครือข่ายที่เปลี่ยนไป

3. แบบสังเกต เป็นแบบบันทึกการสังเกตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้สำหรับการบันทึกการทำกิจกรรมของผู้ร่วมวิจัย และผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น สะท้อนจากบรรยากาศหรือปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาคั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ โดยผู้วิจัยมีบทบาทในด้านการสนับสนุนการสร้างเครือข่าย การสร้างเวทีสำหรับการวิพากษ์และสุนทรียสนทนา โดยเน้นการขับเคลื่อนหลักด้วยกลุ่มผู้ร่วมวิจัยตามแนวทางของการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของความหมายในการทำงาน จนก่อให้เกิดความยั่งยืนในเชิงของการทำงานของทีมดูแลสุขภาพจิตเอง ซึ่งขั้นตอนหลักๆ แบ่งระยะของการดำเนินการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ระยะก่อนดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ เป็นระยะที่ผู้วิจัยได้เตรียมพื้นที่และเตรียมการให้กับผู้ร่วมวิจัย อย่งไรก็ตามในเบื้องต้นผู้วิจัยต้องมีความเข้าใจต่อพื้นที่การทำวิจัย ความเชื่อและรูปแบบการทำงานที่ผ่านมา เพื่อก่อให้เกิดประเด็นและการเชื่อมโยงในระยะการดำเนินการวิจัยในระยะถัดไป ซึ่งในระยะนี้มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. การประชุมรวมกลุ่มกัน เพื่อสร้างความเข้าใจและชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัยแก่ผู้ร่วมวิจัยทุกท่าน โดยขอให้ร่วมกันออกแบบและวางแผนกิจกรรม วิธีการประเมิน การตั้งเป้าหมายความสำเร็จร่วมกัน รวมถึงผู้วิจัยได้เชิญผู้เชี่ยวชาญมาให้การอบรมเพื่อพัฒนาความรู้ที่จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและอบรมวิธีการเก็บข้อมูล

2. การสำรวจพื้นที่เบื้องต้น เพื่อให้ทราบถึงการทำงานของทีมงานดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในพื้นที่ ทราบสภาพปัญหาและความต้องการในการทำงาน โดยใช้วิธีการสังเกตทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม โดยในระยะนี้เป็น การสังเกตก่อนการดำเนินการวิจัย มุ่งทำความเข้าใจถึงสภาพบริบทก่อนการทำวิจัย โดยบันทึกไว้เป็น ประเด็น

ต่างๆ ลงในแบบบันทึก ได้แก่ สถานการณ์ของผู้สูงอายุในชุมชน สภาพแวดล้อมที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง วิธีการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ระบบเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยข้อมูลเหล่านี้นำไปสู่การวิเคราะห์และปรับกิจกรรมการทำงานในระยะที่ 2 และเป็นพื้นฐานข้อมูลสำหรับการเปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงกับระยะสุดท้ายที่ผู้วิจัยถอนตัวออกจากพื้นที่

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์

1. การสร้างทฤษฎีบท ซึ่งการดำเนินการในขั้นตอนนี้เป็นการดำเนินการเรียกว่าวงจรที่ 1 โดยเน้นการสร้างทฤษฎีบทจากข้อมูลของการทำงานที่ผ่านมา มีการรวบรวมข้อมูลจากประสบการณ์การให้บริการและรับบริการในด้านการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

2. การสังเคราะห์ทฤษฎีบท มาสู่การวางแผนการทำงานในอนาคต โดยการถอดบทเรียนเกี่ยวกับกระบวนการที่ประสบความสำเร็จ การสะท้อนผลที่ได้รับและนำไปสู่การสร้างรูปแบบการทำงานเบื้องต้น มีการเลือกกิจกรรมการทำงานที่ได้ผลดีและสอดคล้องกับบริบทของชุมชนมากที่สุด

3. จัดประชุมระดมสมอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้อำนวยการความสะดวกในการจัดเวทีสุนทรียสนทนาและการจัดประชุมระดมสมองเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดการทำงานแบบดั้งเดิมด้วยการวิพากษ์ความเชื่อเดิมที่เป็นอุปสรรคสำหรับการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตกับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ร่วมกับการสร้างทฤษฎีบทใหม่ ค้นหาวิธีการประยุกต์ใช้รูปแบบการทำงานไปใช้จริง รวมถึงการทำข้อตกลงร่วมกันในการประยุกต์แนวทางการทำงานดังกล่าว เพื่อให้เป็นมาตรฐานและแนวทางเดียวกัน

4. ผู้ร่วมวิจัยทุกคนได้มีการมอบหมายและแบ่งหน้าที่รับผิดชอบกันเอง และดำเนินการตามแผนการที่วางไว้ โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้อำนวยการความสะดวกในการทำกิจกรรมต่างๆ โดยผู้วิจัยจะเข้าร่วมสังเกตการณ์ร่วมกับให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ

5. การจัดเวทีสุนทรียสนทนา เพื่อสร้างโอกาสให้ทีมดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้มีโอกาสแบ่งปันเทคนิคและประสบการณ์การดำเนินการตามแผนที่วางไว้ โดยให้ทีมดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนมาเล่าเรื่องด้วยเทคนิค Storytelling เกี่ยวกับประสบการณ์ในการนำรูปแบบที่ได้ตกลงกันไว้ไปใช้ในพื้นที่การศึกษา มีการบอกเล่าถึงการเปลี่ยนแปลงใน 3 ประเด็น ได้แก่ ความหมาย การกระทำ และเครือข่าย จากนั้นร่วมกันวิพากษ์กิจกรรมการทำงานที่ได้นำไปใช้ เพื่อคัดเลือก ปรับปรุงกิจกรรมการทำงานดังกล่าว พร้อมทั้งเสนอวิธีการนำเทคนิคการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไปใช้ให้ได้ผลมากยิ่งขึ้น จากนั้นมีการตกลงร่วมกันว่าจะนำไปทดลองใช้ในวงจรที่ 2

6. ผู้วิจัยได้นำผลการสะท้อนของวงจรที่ 2 ร่วมกับข้อมูลจากการสังเกต ผลการสัมภาษณ์ของผู้ร่วมวิจัยมารวบรวมและสังเคราะห์กิจกรรมการทำงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน

7. ผู้วิจัยถอนตัวออกจากพื้นที่การศึกษา หลังจากที่ได้รูปแบบกิจกรรมการทำงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน

ผลการวิจัย

จากการดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการแบ่งออกเป็นวงจรที่ต่อเนื่องกัน แต่ละวงจรอาศัยผู้ร่วมวิจัยเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จนนำไปสู่การสังเคราะห์รูปแบบกิจกรรมการทำงานต่อไป โดยผลการศึกษาแบ่งการนำเสนอตามระยะ ได้ 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ก่อนดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ เป็นระยะที่ผู้วิจัยค้นหาสภาพการทำงานที่ผ่านมา โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดแนวคิดเชิงวิพากษ์ในกระบวนการทำงานในอดีตและปัจจุบัน โดยผลการศึกษาพบใน 3 ประเด็นย่อย ได้แก่

ประเด็นที่ 1 รูปแบบการทำงานในอดีต พบว่าการทำงานในอดีตมีลักษณะเป็นแนวตั้งรับ นั่นคือ ผู้ดูแลหรือเจ้าหน้าที่อาสาสมัครประจำอยู่กับที่ และให้ผู้สูงอายุเป็นผู้เดินทางมาหา โดยผู้ร่วมวิจัยท่านหนึ่งได้กล่าวว่าในสมัยก่อนหากมีใครเดินทางไปหาผู้สูงอายุในชุมชนจะถือว่าเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม ไม่มีใครทำกันเพราะไม่ได้ถูกกำหนดให้ทำ เพราะมีความเกี่ยวข้องกับทั้งความปลอดภัยของผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่เดินทางเข้าสู่ชุมชน แต่แนวทางดังกล่าวทำให้การดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุถูกลดความสำคัญลงไปเพราะไม่ได้ส่งผลกระทบต่อชัดเจนดังเช่นสุขภาพทางด้านร่างกาย รวมถึง การทำงานด้านการช่วยเหลือต่อผู้สูงอายุไม่สามารถทำได้อย่างทั่วถึงเพราะไม่มีเครือข่าย ยกตัวอย่างคำพูด

“แต่เดิมทำงานมา ครั้งแรกๆ นโยบายสมัยนั้นเค้าไม่นิยมให้ออกไปเยี่ยมบ้านหรอก ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่จะต้องอยู่ในสถานบริการ การออกไปทำงานข้างนอกนะแปลก เราเองก็อยากออกไปรู้ใจว่าชุมชนมีอะไรบ้าง ก็ติดรถจักรยานเข้าไปแถวนั้น แต่พอเริ่มไกลก็เริ่มลำบาก พอทำไประยะหนึ่ง มันเห็นว่าสิ่งที่เราทำมันไม่สามารถทำคนเดียว ทำไม่ไหว ทำไม่ได้แล้ว เพราะมันมีคนที่มีมันยากลำบาก มันเกินความสามารถของเราจะช่วยให้... ช่วงหลังเริ่มมี อบต. มาแล้ว เริ่มมีท้องถิ่น เริ่มมีคนรู้จักเรามากขึ้น มันก็เป็นจุดเริ่มต้นของการที่จะต้องมีใครสักคนเข้ามาช่วยในการดูแลผู้สูงอายุ ตั้งแต่นั้นมาเราก็ทำเป็นประเพณีในการออกเยี่ยมผู้สูงอายุ” (เจ้าหน้าที่ 1)

แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่ากระบวนการที่เจ้าหน้าที่เริ่มทำงานเชิงรุกยังต้องอาศัยการสนับสนุนจากเครือข่ายที่เพิ่มขึ้นและการได้รับงบประมาณเพื่อให้เกิดความทั่วถึงในพื้นที่ห่างไกล

ประเด็นที่ 2 รูปแบบการทำงานที่แยกเป็นคนละส่วน พบว่าในอดีตยังไม่ได้เกิดแนวคิดการบูรณาการการทำงานร่วมกัน การดำเนินการจึงเป็นลักษณะต่างคนต่างทำหน้าที่ของตนเองตามที่ได้รับมอบหมาย อย่างไรก็ตามเมื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่เพียงพอและต้องทำงานหนักมากขึ้น รวมถึงหน่วยงานต่างๆ ได้มองว่าการทำหน้าที่ดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุนั้นเป็นหน้าที่ของงานส่วนสาธารณสุข จึงยังไม่ได้ได้รับความร่วมมือจากองค์กรภายนอก

ประเด็นที่ 3 บทบาทหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุ แม้จะมีการกำหนดกิจกรรมการออกเยี่ยมบ้านพบปะผู้สูงอายุ แต่เนื่องจากผู้สูงอายุมีจำนวนมาก ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องทำงานหนักเพื่อเดินทางไปเยี่ยมให้ครอบคลุม

มากที่สุด มีการแบ่งเขตการรับผิดชอบ และแบ่งความถี่ในการเยี่ยมบ้าน แต่ผู้สูงอายุยังเน้นการดูแลเฉพาะร่างกาย สอบถามอาการทางสุขภาพจิตผ่านการประเมินด้วยแบบคัดกรองอาการซึมเศร้า (2Q) และแบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) เมื่อพบว่ามีปัญหาบ่อยจะให้คำปรึกษาเรื่องการผ่อนคลาย เช่น การพูดคุย การแนะนำให้ทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น เป็นต้น แต่ถ้ามีปัญหารุนแรงจะแนะนำให้ส่งต่อโรงพยาบาล หรือผลักดันให้ไปรักษาอาการตามที่ต้องการ

จากประเด็นดังกล่าวทำให้เห็นว่ายังมีความเชื่อหรือค่านิยมบางอย่างที่มีความเกี่ยวข้องกับตัวบุคคลและอุปสรรคด้านนโยบายผู้วิจัยจึงได้นำให้ผู้ร่วมวิจัยช่วยกันวิพากษ์การทำงานที่ผ่านมาพร้อมทั้งสังเคราะห์รูปแบบการทำงานแบบดั้งเดิม ที่เห็นว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพทั้งในแง่การส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และเป็นแนวทางการสนับสนุนการทำงานในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ เป็นระยะที่ผู้วิจัยมุ่งเน้นการสร้างทฤษฎีบทและสังเคราะห์รูปแบบการทำงานร่วมกัน โดยพบว่าผู้ร่วมวิจัยช่วยกันแก้ไขปัญหาจากที่ได้รับมาจากระยะที่ 1 ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 วงจร ดังนี้

วงจรที่ 1

จากผลการดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ในวงจรที่ 1 สามารถสังเคราะห์กิจกรรมที่มีประสิทธิภาพต่อการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงร่วมกัน พบว่ามี 6 กิจกรรมหลัก ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 การพูดคุยและให้คำแนะนำ เป็นกิจกรรมที่ใช้คำพูดเพื่อสร้างให้เกิดกำลังใจหรือสร้างให้เกิดความหวัง โดยรูปแบบนี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาด้านค่าใช้จ่ายหรือไม่สามารถทำงานได้แต่มีรายจ่ายที่สูง มีปัญหาด้านสุขภาพโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง

“ก็ให้กำลังใจแก พูดคุยว่าถึงคราวที่เค้า (ลูกหลาน) จะต้องดูแลเราแล้ว มันจะดีขึ้นเอง... เพราะเราไปให้กำลังใจเค้า ไม่ได้ไปพูดให้เค้าเสียใจ เราต้องคุย เค้าก็จะพูดคุยกับเรา ...เราก็มองไปว่า เดี่ยวมันจะค่อยๆ ดีขึ้น...หลังๆ ดูแกก็มีกำลังใจ มีความหวังที่มีคนเข้ามาพูดคุย แนวทางที่พอช่วยเหลือกันได้...แววตาบอกถึงความสุข ไปคุยกับแก แกก็ดีใจ แกกลับมาถามเรา ห่วงเราด้วย” (ผู้ดูแล 1)

“แกก็เครียด เพราะว่าลูกไม่มีงานทำ แม่ก็ไม่มีรายได้ แกก็ท้อแท้ ก็บอกว่าอย่าท้อแท้สู้ๆ เพื่อลูก หลานก็ยังอยู่ แกก็บอกว่าสู้ๆ แต่กินไม่ได้ ภูเหนื่อย...เราก็มองไปว่า บ้าสู้ๆ ไม่ต้องท้อแท้ใจ คือใครว่าข้าง บ้าทำดีซะอย่าง เราก็บอกแกอย่างนี้...แกก็บอกว่ากูเห็นมีมาคุยกับกู กูก็มีใจพินมา” (ผู้ดูแล 2)

กิจกรรมที่ 2 การเยี่ยมบ้านบ่อยครั้งหรือการโทรคุยอย่างสม่ำเสมอ เป็นวิธีการที่ผู้ดูแลเดินทางไปหาผู้สูงอายุบ่อยครั้ง หากไม่ว่างจะมีการโทรสอบถามอย่างสม่ำเสมอ โดยรูปแบบนี้มักนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาด้านความขัดแย้งกับคนในครอบครัว มีความวิตกกังวลว่าจะถูกทอดทิ้งตามลำพัง

“ก็พยายามไปเยี่ยมบ่อยๆ ทุกวันนี้ก็เข้าไปช่วยดูแลจิตใจ โทรมุ่ยกันตลอดเพราะบ้านอยู่ห่างกัน...ฉันก็รู้สึกภูมิใจค่ะที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลครอบครัวนี้...ตอนนี้แกก็ยอมรับฟังมากขึ้น มีแนวโน้มที่ดีขึ้น...ไม่บ่นอยากตายแล้ว คนแก่ก็คิดมาเป็นธรรมดา” (ผู้ดูแล 3)

กิจกรรมที่ 3 ดูแลสุขภาพและความเป็นอยู่ เป็นวิธีที่ผู้ดูแลเข้าไปดูแลเรื่องความสะอาดของบ้าน ดูแลเรื่องอาหารการกิน การจัดเตรียมยา ดูแลด้านการใช้ชีวิตประจำวันทั่วไป โดยรูปแบบนี้มักนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่ไม่มีที่พึ่งพิง มีปัญหาด้านสุขภาพ และเป็นผู้ที่ไม่ต้องการเปลี่ยนที่อยู่อาศัย

“พี่จะถามเรื่องการกินอยู่ หมอให้กินแบบไหน แก่ก็จะบอกว่าหมอให้กินกล้วยวันละลูก เค็มไม่ให้กินเพราะไตเราไม่ค่อยดี เราก็บอกว่าดีแล้ว ให้กินตามหมอ สุขภาพลุงจะได้แข็งแรง...ถ้ามีอะไรก็บอกหนูนะ ก็วนเวียนกันอยู่อย่างนี้แหละ” (ผู้ดูแล 4)

กิจกรรมที่ 4 เป็นสื่อกลางจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ เป็นวิธีการที่ผู้ดูแลได้เห็นว่ามีปัญหาความสัมพันธ์และเกิดความขัดแย้งกับคนรอบข้าง อันเนื่องมาจากความไม่เข้าใจกัน มีปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะกับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ผู้สูงอายุที่ยึดติดกับผู้ดูแลคนใดคนหนึ่งมากเกินไป จนทำให้ผู้ดูแลคนนั้นเกิดความเหนื่อยล้า

“เราก็เข้าไปพูดคุยกับลูกสาวเค้าว่าต้องพยายามทำความเข้าใจกับเค้า ก็เค้าเคยทำได้แต่ตอนนี้ทำไม่ได้เค้าก็จะหงุดหงิด เราก็ต้องเก็บคำพูด เก็บอารมณ์ไว้ อย่าไปตอบโต้เค้า...ลูกสาวเค้าก็ทำความเข้าใจและคอยพูดให้กำลังใจ ผลลัพธ์ออกมาก็เป็นที่น่าพอใจ เมื่อวานนี้ก็ไปดูอีกทีนึงค่ะ เค้าก็กำลังหาข้าวให้กิน ก็กินข้าวเองได้ สุขภาพจิตก็ดีขึ้นมา ไม่บ่นแล้วถึงแม้จะไม่ 100% แต่มันก็ดีขึ้น” (ผู้ดูแล 1)

กิจกรรมที่ 5 ช่วยเหลือเป็นการส่วนตัว เป็นวิธีการที่ผู้ดูแลได้ให้ความช่วยเหลือนอกเหนือจากหน้าที่รับผิดชอบของตนเอง เช่น การบริจาคเงินส่วนตัวให้ การแบ่งอาหารให้แต่ละวัน เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมนี้เหมาะกับผู้สูงอายุกลุ่มที่ไร้ที่พึ่งพิงและกลุ่มที่ไม่มีเงิน

“บางทีกับข้าวที่เหลือก็แบ่งใส่ถุงไปให้กินตอนเย็น กลับบ้านไป เอาตั้งค้ไปด้วย หรืออย่างเวลาที่พี่ลีข้าวก็จะเอาไปแบ่งแก คือพี่สงสารแกที่ว่าแกไม่มีรายได้ ลูกไม่ทำงาน...แกก็ไม่รู้จะไปพึ่งใครแล้ว คือไม่มีใคร ลูกก็ไม่ช่วยเหลือแก...พี่ช่วยแกไปแกก็สุขภาพจิตดีอยู่นะ บ้าเค้าก็สู้ๆ เพราะว่ามีเพื่อนบ้านช่วยดูแลและให้ความหวังกับแก” (ผู้ดูแล 4)

กิจกรรมที่ 6 ผลักดันให้ไปพบแพทย์ เป็นวิธีการที่ผู้ดูแลเห็นว่าผู้สูงอายุมีอาการทางโรคที่ซับซ้อนและควรได้รับการรักษา แต่ไม่มีความสามารถในการเดินทางไปด้วยตนเอง รูปแบบนี้มักนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะเครียดจากการถูกต่อว่าและรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระ มีปัญหาด้านสุขภาพ

“แกเจ็บป่วยเราก็ไปดูแลแทนะ ไปคุยให้หมอฟัง เคยเรียกหมอไปดู เราก็ไปวัดความดันให้ แต่ไม่มียากินนะ” (ผู้ดูแล 4)

“ที่ก็บอกกับผู้นำว่าแกคันมาก แล้วคุยกับหมอแล้ว ถ้าพาไปรักษาที่โรคพยาบาลได้ก็ให้อบต. ขับรถไปส่ง ให้มีส่วนในการช่วยแก... พอแกได้ไป แกก็ยิ้มแจ่มใจ ไม่หน้านัวคิ้วขมวดใจ ต่างจากตอนต้นนะ ไปซื้อกับเค้าได้ ไปอะไรก็ได้ กินอิมมูนหลับ” (ผู้ดูแล 5)

การเปลี่ยนแปลงของวงจรที่ 1

หลังจากที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยในวงจรที่ 1 พบว่ารูปแบบเริ่มต้นประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม ดังที่กล่าวมา และยังไม่มีการช่วยความร่วมมือนะที่มีบทบาทหลักในการผลักดันด้านการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตร่วมกันในระดับขององค์กร เป็นเพียงการสนับสนุนเป็นการส่วนตัว จากนั้นในช่วงของการเสร็จสิ้นวงจรที่ 1 นี้ผู้วิจัยได้จัดเวทีสุนทรียสนทนาร่วมกับการประชุมระดมสมอง พบว่า หลังจากได้ดำเนินการดังกล่าว เกิดการเปลี่ยนแปลงใน 3 ประเด็น ได้แก่

ประเด็นที่ 1 ผู้ร่วมวิจัยได้สร้างข้อตกลงรูปแบบการทำงานที่เห็นร่วมกันว่าเป็นสิ่งที่ดี สามารถปฏิบัติตามได้

ประเด็นที่ 2 การรับทราบร่วมกันว่าลักษณะของการทำงานดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ต้องการการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และต้องทำงานโดยอาศัยเครือข่าย นั่นคือผู้วิจัยได้เห็นถึงลักษณะการทำงานของผู้อื่นและวิธีที่นำไปสู่การทำงานที่มีประสิทธิภาพจากการสะท้อนการทำงานของผู้ร่วมวิจัยท่านอื่น

ประเด็นที่ 3 การเปลี่ยนแปลงของความหมาย เกิดการเปลี่ยนแปลงใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความคิดหรือความหมายที่มีต่อการทำงาน นั่นคือจากเดิมที่ทีมดูแลได้มองว่าการทำงานส่วนนี้เป็นการทำงานเพื่อได้รายได้เพิ่มเติม ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต เพราะต้องการการดูแลเพราะร่างกายอ่อนแอเท่านั้น แต่ภายหลังเมื่อได้เปลี่ยนความคิดไปสู่การสร้างความผูกพันเหมือนเป็นญาติผู้ใหญ่ของตนเอง ประกอบมีการลงพื้นที่บ่อยครั้งทำให้ทราบว่าการทำงานนี้มีคุณค่าและมีความสำคัญกับผู้อื่นอย่างมาก ทำให้ความรู้สึกของการทำงานตามหน้าที่ถูกเปลี่ยนไปเป็นการทำงานด้วยความรู้สึกดี มีคุณค่า

“เรารู้สึกภูมิใจนะที่เราดูแลแก่ได้ ทั้งที่แกไม่ใช่แม่เรา เราก็คิดว่า เราทำกับเค้าให้เหมือนแม่เรา...” (ผู้ดูแล 6)

2) ด้านพฤติกรรมการทำงาน จากเดิมที่เห็นว่าการทำงานตามหน้าที่ แต่เปลี่ยนความคิดไปสู่การทำงานที่มีคุณค่ากับผู้อื่น จึงได้เห็นว่าการประเมินและให้คำแนะนำผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตไปพบแพทย์ไม่เพียงพอ ต้องมีการทำกิจกรรมอื่นๆ เพื่อแก้ปัญหาให้กับผู้สูงอายุ จึงเริ่มมีการพูดคุยพร้อมสัมผัสร่างกายผู้ป่วย มีการโอบกอด ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกได้รับความรัก ไม่ถูกรังเกียจ พร้อมทั้งมีการให้ความสำคัญกับความรู้สึกผู้สูงอายุ จึงเริ่มมีการประเมินในเชิงลึก เช่น การสังเกต การสอบถามสาเหตุ การเปิดใจกับผู้สูงอายุมากขึ้น เป็นต้น

“พวกเรา อสม.เดิมเวลาไปเยี่ยมบ้าน เราก็จะดูแลแต่ร่างกาย การเจ็บป่วยทางกาย เวลาที่เค้าให้ดูแลทางใจก็คิดว่าใช้แค่แบบประเมิน 2Q เท่านั้น แต่พอเราลงไปดูเรื่อยๆ ภายหลังจากที่มาฟังพวกเราคุยกันว่าไปดูแลกันมาอย่างไร จึงได้รู้ว่าเรื่องทางใจมันสำคัญ เพราะไม่เคยสังเกตว่าคนแก่ที่อยู่คนเดียวจะเหงา เศร้า บางคนเวลาลูกหลานกลับมาก็มีความสุขขึ้น เราก็จะได้สังเกตให้มากขึ้น การสังเกตนี้จำเป็นนะ” (ผู้ดูแล 2)

3) ด้านเครือข่าย แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ ระหว่างผู้ดูแลและองค์การบริหารส่วนตำบลที่สนับสนุนเรื่องการดูแลทั้งความเป็นอยู่และด้านจิตใจซึ่งเปลี่ยนแปลงจากเดิมที่องค์การบริหารส่วนตำบลไม่เคยเข้าร่วมมาก่อนจึงไม่ทราบว่าองค์กรสามารถช่วยเหลือสนับสนุนได้, ระหว่างทีมผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่เกิดความผูกพันและมีความสุขร่วมกันทั้งผู้รับและผู้ให้, ระหว่างทีมผู้ดูแลและญาติผู้ดูแลที่เคยเห็นว่าการเยี่ยมบ้านเป็นความยุ่งยากที่ต้องต้อนรับหรือตอบคำถาม แต่เมื่อผู้ดูแลสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีลดความขัดแย้งกับครอบครัวซึ่งประกอบกับการมีของติดไม้ติดมือเมื่อไปเยี่ยมบ้าน ทำให้ครอบครัวผู้สูงอายุเปิดบ้านต้อนรับมากขึ้น

“เวลาไปเยี่ยมผู้สูงอายุ แก่ไม่มีบ้านอยู่ เดิมก็มีนะแต่แก่เป็นโรคผิวหนัง ชาวบ้านแถวๆ นั้นก็รังเกียจแก่ ไม่ให้อยู่ เรายิ่งสงสาร ไปพูดคุยกับชาวบ้านก็ไม่ดีขึ้น จึงไปตามกำนันมาช่วยพูด คนแถวนั้นถึงยอมให้ปลุกบ้านอยู่ในท้ายสวน พอนายก อบต. รู้เรื่องไปดูแล้วก็สงสาร สร้างเป็นบ้านเพิงเล็กๆ ให้แก่อยู่ แล้วทุกเดือนก็เอาข้าวสารไปให้แก่ ตอนนี่ก็เลยกลายเป็นนโยบายที่นายก อบต. แจกข้าวสารให้ผู้สูงอายุทุกคนเดือนละ 2 ถุง” (ผู้ดูแล 7)

วงจรถี 2

อย่างไรก็ตามหลังจากที่จบวงจรถี 1 แล้วผู้ร่วมวิจัยได้มีการขับเคลื่อนรูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าทฤษฎีบทในวงจรถี 2 นี้มีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมการดูแลสุขภาพจิตและมีการสร้างรูปแบบใหม่ต่อยอดจากกิจกรรมเดิม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การพูดคุย รับฟัง และสัมผัส เป็นรูปแบบที่พัฒนามาจากวงจรถี 1 ซึ่งมีความชัดเจนในการประยุกต์ใช้คือ การเล่าเรื่องตลกขบขัน การกระเช้าเข้าแหย่ ซึ่งได้ผลดีกับผู้ป่วยที่ต่อต้านการรักษาให้ยอมทำตามคำแนะนำของนักกายภาพ รวมถึงมีการสัมผัสระหว่างพูดคุย พูดให้กำลังใจ คุยถึงเรื่องชีวิตประจำวัน

“แหย่เค้าทุกวัน แก่ชอบให้แหย่ กินข้าวน้อยๆ ลี ก็แหย่แก่ มีคนมาก็จะยิ้ม” (ครอบครัวผู้สูงอายุ)

“อย่างอาบน้ำก็จะอาบบนรถ สระผมกัน ก็จะแหย่กัน ถ้าเราเอาแต่บังคับให้อ่านนั้นเอานี้ก็จะไม่ทำตามหรอก ต่อต้านตลอด..เราก็ต้องยอมๆ หน่อย หรือไม่ก็แหย่เล่น ดูหลานมันยังทำได้เลย...เราก็ค่อยๆ ขยับไอ้ข้างที่ไม่ดี ขยับไปแหย่เล่นไป” (ครอบครัวผู้สูงอายุ)

“จับแขนไป คุยไป สัมผัสไป” (ครอบครัวผู้สูงอายุ)

กิจกรรมที่ 2 การเยี่ยมเยียนและจัดกิจกรรมที่บ้านของผู้สูงอายุบ่อยครั้ง เป็นรูปแบบที่พัฒนามาจากวงจรถี 1 โดยการสร้างกิจกรรมที่สอดคล้องกับผู้สูงอายุมากขึ้นนอกเหนือจากการมาเยี่ยมบ้านเท่านั้น เช่น การรวมกลุ่มของลูกหลานเพื่อมาทำกับข้าวรับประทานอาหารร่วมกัน ร่วมกันร้องเพลง พูดคุยหยอกล้อกัน เป็นต้น

กิจกรรมที่ 3 การดูแลสุขภาวะและความเป็นอยู่ กิจกรรมที่ช่วยอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งในกิจกรรมนี้ได้พัฒนามาจากวงจรถี 1 ซึ่งในวงจรถี 2 นี้เริ่มมีเครือข่ายที่เพิ่มมากขึ้นดังเช่น หน่วยงานชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล ทำให้การช่วยเหลือครบวงจรทั้งในด้านความเป็นอยู่และด้านสุขภาพจิต

กิจกรรมที่ 4 การช่วยเหลือเป็นการส่วนตัว จากเดิมในวงจรถี 1 มีวิธีการดูแลผู้สูงอายุด้วยเงินและสิ่งของส่วนตัวของตนเอง เป็นไปตามความสมัครใจ แต่ในวงจรถี 2 ได้มีการช่วยเหลือเรื่องการประสานงานกับ

หน่วยงานอื่นๆ ทำให้ยกระดับความช่วยเหลือส่วนตัวไปสู่ระดับองค์กรกับองค์กรด้วยกัน รวมถึงนอกเหนือจากการช่วยเหลือด้านเงินและสิ่งของแล้ว ยังมีการให้ความช่วยเหลือในด้าน “เวลา” ซึ่งยอมสละเวลาส่วนตัวมาดูแลผู้สูงอายุ

“...ไม่ยากให้เป็นอะไรไป มันรับไม่ได้ เราเห็นคนแก่คนป่วย เราก็สงสาร กลางคืนเวลาตี 4 มั้ง เราก็นอนเฝ้า” (อสม. 1)

กิจกรรมที่ 5 การเอาใจและตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ เป็นรูปแบบที่เกิดขึ้นในวงจรที่ 2 เป็นวิธีการที่ผู้ดูแลค้นหาความต้องการของผู้สูงอายุ โดยการสังเกตความชอบและตอบสนอง

“เขาเคยชอบไปวัด หลังๆ ไม่ยอมไป เราก็ถามเค้าทำไมไม่ไป เค้าบอกเข้าห้องน้ำไม่สะดวก จะเดินจะเห็นลำบาก เดี่ยวไปแล้วไปเป็นภาระคนอ่าน เค้าก็ไม่ไป เราก็บอกว่าไม่เป็นไร เรายกใส่แพมเพิส (ผ้าอ้อมผู้ใหญ่) ไป” (ครอบครัวผู้สูงอายุ)

กิจกรรมที่ 6 การอดกลั้นและปรับตัวเข้าหาผู้สูงอายุ เป็นรูปแบบที่เกิดขึ้นในวงจรที่ 2 เป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับการดูแลสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง และมีปัญหาขัดแย้งกับคนรอบข้าง ซึ่งวิธีนี้ผู้ดูแลต้องมีการอดทนอดกลั้น ควบคุมอารมณ์ พยายามเข้าใจผู้สูงอายุ

“บางทีนี่พอก็โมโหนะ เราต้องเก็บไข้ปวด เอาพูดแบบดีๆ พอกินข้าวนะ กินยานะ ไหวไหม หนาวไหม แต่ในใจเราโมโหนะ เวลาพอบ่นเรา ก็เจ็บบ เรายังจะไม่พูด เรายัง เราเอาใจใส่เค้า” (ครอบครัวผู้สูงอายุ)

กิจกรรมที่ 7 เป็นสื่อกลางจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ เป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นในวงจรที่ 2 เป็นกิจกรรมที่ทีมดูแลทำหน้าที่เป็นสื่อกลางประสานสัมพันธ์กับคนดูแล หรือคนในครอบครัวของผู้สูงอายุ

“ตอนแรกๆ แม่ก็ดูพอดี แต่พออยู่ไปนานๆ เหมือนเค้ารับไม่ได้ เค้าจะไม่ให้ใส่พ้อ เราเลยต้องออกไปดู ค่อยๆ พ้อ กินข้าวหรือยัง เค้าจะฟังเรา เค้าจะกิน ถ้าแม่มาหาเค้าก็จะทำเฉยๆ ไม่กิน เค้าทะเลาะกัน คนใช้นะ เราต้องพูดดีๆ หน่อย ทั้งๆ ที่เราก็มโหนะ” (ครอบครัวผู้สูงอายุ)

กิจกรรมที่ 8 การให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นในวงจรที่ 2 โดยให้คำแนะนำกับญาติของผู้สูงอายุในเรื่องการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ส่งผลต่อการสร้างบรรยากาศที่ดีในครอบครัว ลดความขัดแย้ง

“ก็แนะนำลูกให้ไปหาพ้อ ไปเที่ยวนอกบ้านบ้าง ไปเปิดหูเปิดตา” (อสม.11)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ เพื่อพัฒนารูปแบบกิจกรรมการทำงานการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมนักดูแลสุขภาพในชุมชน สามารถสังเคราะห์รูปแบบกิจกรรมได้ทั้งสิ้น 8 กิจกรรม ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวถูกพัฒนาจากรูปแบบเดิมและสร้างกิจกรรมใหม่ผ่านการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงานร่วมกัน รวมถึงมีการนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่และมีการสะท้อนผลการดำเนินการร่วมกันทำให้แนวทางการดำเนินกิจกรรมเป็นไปในแนวทางเดียวกัน เนื่องจากกิจกรรมที่พัฒนามานี้ เป็นแนวทางที่ช่วยให้ทีมดูแล

สุขภาพจิตผู้สูงอายุใช้พิจารณาความสอดคล้องต่อนำกิจกรรมไปปรับใช้ให้เหมาะกับสถานการณ์ สามารถเลือกใช้ได้ตามข้อดีหรือข้อจำกัดของผู้สูงอายุแต่ละคน อย่างไรก็ตามในการนำไปใช้ ทีมดูแลสุขภาพต้องมีการประยุกต์ใช้กิจกรรมต่างๆ ให้เข้ากับสถานการณ์และข้อจำกัดของผู้สูงอายุแต่ละคน โดยข้อค้นพบในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของกิจกรรมที่นำไปสู่การพัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้ว่า กิจกรรมการให้คำแนะนำและพูดคุย เช่น การพูดเรื่องตลกขบขัน แหย่ให้หัวเราะ การสัมผัสระหว่างกัน การรับฟัง ซึ่งสอดคล้องกับการอธิบายของ Bandura (1975) ที่พบว่าการใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) นี้อาจจะไม่ได้พัฒนาการรับรู้ความสามารถของผู้สูงอายุได้โดยตรง แต่หากเป็นคำพูดจากบุคคลที่มีอิทธิพลยอมทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณเองสามารถทำกิจกรรมหรือดูแลตนเองได้

กิจกรรมการเยี่ยมเยียนและจัดกิจกรรมที่บ้านผู้สูงอายุบ่อยครั้ง โดยจุดสำคัญคือการจัดกิจกรรมในบ้าน มีการรวมตัวของสมาชิกเพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมเป็นการพัฒนาด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ของผู้สูงอายุให้มากขึ้นดังเช่นการอธิบายในทฤษฎีลำดับขั้นแรงจูงใจของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of need) ที่เชื่อว่าพื้นฐานของมนุษย์นั้นคือการได้รับการยอมรับ ที่ก่อให้เกิดการเห็นคุณค่าในตนเองในขั้นที่ 4 ตามแนวคิดของมาสโลว์ ที่ทำให้นำไปสู่การมีความรักศักดิ์ศรี เกิดริ้วรอย รู้สึกนับถือตนเอง เพราะศักดิ์ศรีที่สำคัญต่อการมีสุขภาพจิตที่ดีคือการรู้สึกนับถือและเคารพตนเอง (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2551) แต่การที่ผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยเสื่อมถอย ไม่สามารถทำงานได้ดังเดิมทำให้ความเคารพของตนเองลดน้อยไป ซึ่งกิจกรรมการเยี่ยมเยียนนั้นช่วยทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณค่าและยังเป็นสมาชิกของครอบครัวทำให้การเคารพนับถือตัวเองกลับมา สอดคล้องกับการศึกษาของ ธาณี รวยบุญส่ง (2552) ศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองโดยรวม และการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ในขณะที่วงจรถี 2 พบว่ากิจกรรมการเอาใจใส่และตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ การที่ผู้ดูแลอดทนอดกลั้น มีคนคอยช่วยเหลือเป็นสื่อกลางในการแก้ปัญหาความขัดแย้งและคอยสนับสนุนข้อมูลในด้านการดูแลสุขภาพจิตให้ผู้สูงอายุนั้น สามารถสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีเนื่องจากมีสภาพแวดล้อมที่เต็มไปด้วยคนที่เข้าใจ ให้อภัย และไม่ขัดแย้ง โดยเฉพาะการมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกวางใจ ไม่เครียด ไม่วิตกกังวลต่อการถูกทอดทิ้งแม้จะต้องอยู่บ้านตามลำพังในช่วงกลางวันก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาของ ทัดชาวดี สิทธิสาร (2552) สัมพันธภาพภายในครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภาพรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยพบว่าตัวแปรที่ร่วมทำนายได้ 4 ตัว โดยมีสัมพันธภาพภายในครอบครัวร่วมทำนายได้ร้อยละ 7.8

ดังนั้นในการพัฒนากิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตให้กับผู้สูงอายุพบว่ามี 8 กิจกรรมที่สำคัญ ซึ่งการประยุกต์ใช้จำเป็นต้องมีการพิจารณาความเหมาะสมกับข้อจำกัดและบริบทของผู้สูงอายุแต่ละคน สามารถใช้หลากหลายกิจกรรมช่วยสนับสนุนการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ รวมถึงผลการศึกษาค้นคว้า

สามารถเป็นแนวทางสำหรับการจัดกิจกรรมที่ทีมดูแลสุขภาพและหน่วยงานอื่นๆ นำไปประยุกต์จัดขึ้นในแต่ละชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ข้อค้นพบการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่ากิจกรรมการพูดคุย รับฟัง และสัมผัส เป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญสามารถทำให้ผู้สูงอายุสามารถผ่อนคลายความเครียด และเบี่ยงเบนความสนใจจากการอยู่บ้านคนเดียวตามลำพัง และอาจทำให้คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า แต่หากทีมดูแลสุขภาพมีการรับฟังมากขึ้น สามารถสัมผัสร่างกายผู้สูงอายุได้ จะทำให้เกิดความรักและความผูกพันได้ง่ายขึ้น ทำให้การตอบสนองต่อการรักษาทั้งทางร่างกาย และทางจิตใจมีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงแนะนำให้มีการแสดงออกถึงความรัก ความห่วงใย ด้วยการพูดคุยด้วยคำพูดเชิงบวก ตลก ขบขัน รับฟังผู้สูงอายุถึงความต้องการและความลำบากใจ รวมถึงมีการสัมผัส ดังเช่นการโอบกอด การจับมือ

2. จากผลการศึกษาพบว่าการทำกิจกรรมทั้งหมด มีสิ่งที่สำคัญคือการจัดกิจกรรมที่เน้นผู้สูงอายุมีส่วนร่วม มีการแสดงความเห็นหรือความต้องการ เป็นกิจกรรมที่สร้างบรรยากาศเชิงบวก เป็นกิจกรรมที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้เพื่อลดความคิดที่มองว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัวหรือสังคม ดังนั้นกิจกรรมที่จัดขึ้นที่ทีมดูแลสุขภาพควรมีการร่วมกันวางแผนกับครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ ร่วมกับหน่วยงานของชุมชนเพื่อจัดกิจกรรมหรือระบบที่รองรับการมีสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุในชุมชนตนเองต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มพื้นที่ใน 2 ชุมชน จนเกิดเป็นรูปแบบการทำงานและกิจกรรมดังปรากฏในผลการวิจัย แต่ข้อจำกัดของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ก็ยังไม่สามารถอ้างอิงไปสู่กลุ่มประชากรอื่นได้ ดังนั้นควรมีการเพิ่มพื้นที่การทำงานของทีมส่งเสริมดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนโดยเริ่มจากการสำรวจความต้องการและนำกิจกรรมที่ได้จากผลการศึกษาค้นคว้าไปประยุกต์ใช้ ซึ่งจะก่อให้เกิดความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุทั้งในกลุ่มสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียงได้ชัดเจนมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2542). *คู่มือการส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุสำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ทัดชาวดี สิทธิสาร. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 35(1), 160-172.
- ธานี รวยบุญส่ง. (2552). *การเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลศรีธัญญา*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2551). *ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ รู้เขารู้เรา*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น.

สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2556). *แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจสำหรับ รพช. รพท. รพศ.*

กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

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)*. NY: Brunner/Mazel.

Grundy, S. (1988). Three Modes of Action Research. In S. Kemmis & R. McTaggart (Eds.). *Action Research Reader (3rd ed.)* (pp. 353-364). Victoria: Deakin University.

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

Translated Thai References (ส่วนที่แปลรายการอ้างอิงภาษาไทย)

Bureau of Mental Health Development, Department of Mental Health. (2013). *Psychosocial care guideline for community hospital, general hospital, central hospital*. Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand

Department of Health. (1999). *Manual of Desire Mental Health of Elder*. Nonthaburi: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand.

Department of Mental Health. (2012). *Manual of 5 Dimension for Happiness Elder (2nd ed.)*. Nonthaburi: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand.

Kaewkangwan, S. (2008). *Theory of Personality Psychology: Know We Know Him*. Bangkok: Local Doctor.

Ruayboonsong, T. (2009). *Self-esteem, social support and mental health of the elderly at the elderly club, Srithunya Hospital*. Bangkok: Kasetsart University.

Sitthisarn, T. (2009). Factors Influence on the Mental Health of the elderly in the Kamphaeng Saen Hospital Elderly Club, Nakhon Pathom Province. *Journal of Social Sciences and Humanities*, 35(1), 160-172.

Statistic Forecasting Bureau National Statistical Office. (2014). *The 2014 survey of the older persons in Thailand*. Bangkok: Text and Journal.