



การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมและการจัดการเครือข่ายของชมรมสุขภาพ
ในการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี
Participatory Communication and network Management of Health Club
to create the well – being of the elderly in Muang district community,
Chanthaburi province

บวรสรรค์ เจียรดำรง¹ เหมือนฝัน คงสมแสง² สมพงษ์ เส้งมณี³

Bavonsan Chiadamrong, Muanfun Kongsomsaweang, Sompong Sengmanee

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อวิเคราะห์การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมและเครือข่ายในการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้อง สังเกต และสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บุคลากรทางการแพทย์ และผู้สูงอายุในจังหวัดจันทบุรี โดยผลการวิจัย พบว่า กระบวนการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างสุขภาวะกับผู้สูงอายุประกอบด้วย เครือข่ายผู้นำสุขภาวะชุมชน (Sender) 3 อ: ชุตความรู้สำหรับดูแลผู้สูงอายุ (Message) กิจกรรมเสริมพลังใจ (Channel) และสุขภาวะผู้สูงอายุ (Receiver) โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงจำเป็นต้องได้รับทั้งคุณภาพและความถี่ในจากระบบการสื่อสารดังกล่าวมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านและติดสังคม ข้อค้นพบสำคัญ กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงจากติดเตียงไปสู่สุขภาวะ เริ่มต้นจากการเปลี่ยนแปลงที่จิตวิญญาณ คือ ปล่องวางความทุกข์ที่เกิดจากความเข้าใจผิดว่าตนไร้ค่า (น้อยใจ) เมื่อความเครียดความกังวลในจิตใจเบาบางลง ย่อมส่งผลกระทบทางบวกในแง่ของการฟื้นฟูร่างกายให้กลับมาแข็งแรงพอที่จะช่วยเหลือตนเองได้ และร่างกายที่แข็งแรงดังกล่าวเป็นพื้นฐานของการกลับเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของสังคมอีกครั้ง โดยกระบวนการเสริมสร้างสุขภาวะดังกล่าวนี้ใช้ระยะเวลาประมาณ 1 ปี และอยู่ภายใต้การนำพาโดยเครือข่ายผู้นำสุขภาวะชุมชน อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตเกี่ยวกับการกลับเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุเสมือนเป็นดาบสองคม หากสังคมที่กลับเข้าไปแวดล้อมด้วยอบายมุขโดยเฉพาะ การตีของมีนเมา ก็จะนำพาผู้สูงอายุกลับไปสู่วังวนของการติดเตียงอีกครั้ง หรือเลวร้ายกว่านั้นอาจเสียชีวิตในที่สุด

คำสำคัญ: การสื่อสารแบบมีส่วนร่วม การจัดการเครือข่ายสุขภาพ สุขภาวะของผู้สูงอายุ

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสาขาการจัดการนวัตกรรมสื่อสาร คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

Asst.Prof.Dr, Communication Innovation Management Department, Faculty of Communication Arts Rambhaibarni Rajabhat University.

E - Mail: bavonsan@gmail.com

*Corresponding author

² อาจารย์ประจำหลักสูตรนิเทศศาสตร์ (สามภาษา) คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

Lecturer, Communication Arts (Trilingual) Department, Faculty of Communication Arts Rambhai Barni Rajabhat University.

³ อาจารย์ประจำหลักสูตรการสื่อสารมวลชน คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

Lecturer, Mass Communication Department, Faculty of Communication Arts Rambhai Barni Rajabhat University.



Abstract

This research is a qualitative research that has a research objective to analyze participatory communication and network enhancing the well-being of the elderly in Muang District, Chanthaburi Province. The data were collected by analyzing relevant documents, observe and in-depth interview the key informants, are as follows: village health volunteers, medical personnel, and elderly in Chanthaburi Province. The results of the research showed that effective participatory communication processes of enhancing well-being with the elderly consisted of community well-being leader network (Sender) physical activity: Knowledge set for caring the elderly (Message), mental strengthening activities (Channel), and elderly well-being (Receiver). In particular, the bed-bound elderly group needed to gain both the quality and frequency of the communication process than the home and social elderly group. The main finding was the transition from bed-bound to well-being. It begins with a transformation in the soul that is to let go of suffering caused by the misunderstanding of worthlessness (hurt). When the stress and anxiety of the mind are alleviated. Inevitably, it had a positive impact in terms of restoring the body to be strong enough to support itself. And the healthy body is the basis for a reintegration of society. The process of enhancing the well-being is approximately one year and is led by the community well-being leader network. However, there are observations about the reintegration of society of the elderly as a double-edged sword. If the society that returned to be surrounded by all vices, especially Intoxication. It will bring the elderly back to the cycle of bed-bound again or worse, it could eventually die.

Keywords: Participatory communication, health network management, the wellbeing of the elderly

บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรคือ การเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” (Aging Society) โดยสัดส่วนของจำนวนประชากรในวัยทำงานและวัยเด็กลดลง เนื่องจากอัตราการเกิดและอัตราการตายของประชากรที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ประชากรไทยโดยเฉลี่ยแล้วมีอายุที่ยืนยาวขึ้น จนเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านประชากร กล่าวคือ ประชากรที่อยู่ในวัยสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในขณะที่ประชากรในวัยเด็กและวัยแรงงานมีแนวโน้มที่ลดลง ข้อมูลสถิติจากกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2562 ระบุว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไปรวมทั้งสิ้น 11,136,059 หรือร้อยละ 16.73 ของประชากรไทย และ คาดว่าประเทศไทยจะเป็น “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” (Complete Aged Society) ในปี พ.ศ. 2564 คือประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นถึง 1 ใน 5 และเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super Aged Society) ภายใน

อีก 20 ปีต่อจากนี้ไปคือใน พ.ศ. 2578 โดยประมาณการว่าจะมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ของจำนวนประชากรทั้งหมด โดยแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ (1) ดิตสังคม คิดเป็นร้อยละ 79 และกลุ่มผู้สูงอายุ (2) ดิตบ้าน และ (3) ดิตเตียง รวมเป็นร้อยละ 21 โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุสองกลุ่มหลังต้องการการดูแลอย่างมาก

จากสถานการณ์ข้างต้นกระแสการสร้างเสริมสุขภาพจึงได้เข้ามามีบทบาทต่อการดำเนินชีวิตของประชาชนเป็นอย่างมาก คุณภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทยโดยเฉพาะด้านสุขภาพได้รับการกำหนดให้เป็นยุทธศาสตร์ของระบบสุขภาพเชิงรุก เพื่อให้สามารถจัดการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและมีความหลากหลาย แต่สามารถหลีกเลี่ยงหรือแม้แต่สามารถป้องกันได้ (ปาริชาติ สถาปิตานนท์, 2546) ประกอบกับหนึ่งในนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุจากเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 สนับสนุนให้พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยมีครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน (Long Term Care: LTC) ขึ้นมารองรับ



สาระสำคัญของ LTC คือ การจัดการบริการสาธารณสุขและบริการทางสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก เนื่องมาจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสพอุบัติเหตุ ความพิการต่าง ๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน มีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการเป็นบริการสังคมที่มุ่งเน้นการฟื้นฟู บำบัด ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยมี “ครอบครัว” เป็นหัวใจสำคัญในการขับเคลื่อนระบบดังกล่าว ขณะที่ชุมชนและเครือข่ายภายนอกมีบทบาทเป็นผู้สนับสนุน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน (รพสต) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่าง ๆ เป็นต้น

ระบบ LTC เมื่อพิจารณาในมุมมองนิเทศศาสตร์ จะเห็นได้ว่ามีกระบวนการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมเกิดขึ้นในหลายระดับ ไม่ว่าจะเป็นการสื่อสารภายในบุคคลของผู้สูงอายุ การสื่อสารระหว่างบุคคล กล่าวคือ ระหว่างบุคคลภายในครอบครัวกับผู้สูงอายุ หรือระหว่างตัวแทนชุมชนกับบุคคลในครอบครัวเพื่อให้บุคคลในครอบครัวสื่อสารต่อไปยังผู้สูงอายุอีกทอดหนึ่ง หรือระหว่างบุคลากรที่เป็นตัวแทนชุมชนสื่อสารกับผู้สูงอายุโดยตรง หรือหากพิจารณาในด้านเครือข่ายมีการเกาะเกี่ยวรวมตัวและสื่อสารกันทั้งในระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เช่น ระหว่าง รพสต. กับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และในระดับบุคคล เช่น บุคลากรทางการแพทย์กับอสม. เป็นต้น รวมไปถึงขยายเครือข่ายออกไปยังพื้นที่อื่น ๆ ทั้งในและนอกจังหวัด อันเป็นมิติทางการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมและเครือข่ายการสื่อสารที่เสริมสร้างสุขภาพกับผู้สูงอายุที่งานวิจัยนี้สนใจศึกษา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์เครือข่ายการสื่อสารในการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยมีครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน
2. เพื่อวิเคราะห์กระบวนการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยมีครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

ทบทวนวรรณกรรม

(1) แนวคิดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

หลักการสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน มีลักษณะการทำงานเชิงบูรณาการระหว่างสถานพยาบาล ชุมชน และครอบครัว วัด โรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยที่สถานพยาบาลและชุมชนจะต้องไม่ไปแย่งชิงบทบาทหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุไปจากครอบครัว แต่ทำหน้าที่เพียงสนับสนุนครอบครัวให้เป็นผู้ดูแลหลักที่มีประสิทธิภาพตามศักยภาพของแต่ละครอบครัว โดยมีบุคลากรด้านวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นต้น เป็นผู้สนับสนุนทั้งความรู้ และระบบการดูแลสุขภาพ ผ่านบุคลากรที่ไม่ใช่วิชาชีพส่งต่อไปยังครอบครัวและผู้สูงอายุ โดยกระบวนการดังกล่าวจำเป็นต้องบูรณาการและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

(2) แนวคิดการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม การสื่อสารสุขภาพ และเครือข่ายการสื่อสาร

การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมเป็นการสื่อสารที่ต้องการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยมีครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ได้แก่ ชุมชน ครอบครัว หน่วยบริการสาธารณสุข บุคลากรวิชาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่เว้นแม้กระทั่งตัวผู้สูงอายุ โดยหัวใจสำคัญของกระบวนการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม คือ ทิศทางความสัมพันธ์การสื่อสารต้องดำเนินไปในแนวระนาบ (Horizontal Communication) และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารจะต้องเป็นแบบสองทาง (Two-Way Communication) ในอันที่จะก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข่าวสาร การแลกเปลี่ยนความหมาย เกิดเป็นเครือข่ายระหว่างสมาชิกในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่นำไปสู่การเสริมสร้างสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ

สำหรับคำว่า “เครือข่าย” เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2543) ได้ให้ความหมายของ “เครือข่าย” หมายถึงการที่ปัจเจกบุคคล องค์กร หน่วยงาน หรือสถาบันใด ๆ ได้ตกลงที่จะประสานเชื่อมโยงเข้าหากันภายใต้วัตถุประสงค์ หรือข้อตกลงบางอย่าง โดยที่หนึ่งร่วมกันอย่างเป็นระบบ โดยมีจุดหมายร่วมกัน กลุ่มเครือข่ายนี้จะต้องมีการแสดงออกเป็นการลงมือกระทำกิจกรรมร่วมกัน

เครือข่าย (Network) จัดเป็นกลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพอีกวิธีหนึ่ง ซึ่งเป็นกระบวนการทางสังคมที่เกิดจากการสร้างเสริมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล องค์กร สถาบัน โดยมีเป้า



หมาย วัตถุประสงค์ และมีความต้องการร่วมกัน และ “เครือข่าย” เป็นความร่วมมือของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้าง สุขภาวะของผู้สูงอายุภายใต้แนวคิดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะ ยาวโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

(3) แนวคิดการโน้มน้าวใจและระดับการสื่อสาร

การโน้มน้าวใจเกี่ยวข้องกับปัจจัยสำคัญ 2 ประการ กล่าวคือ ประการแรก คือ ปัจจัยการสื่อสารภายนอก ได้แก่ ช่อง ทางการสื่อสาร และระดับของการสื่อสาร ปัจจัยประการแรกเป็น ช่องทางการสื่อสาร อันประกอบไปด้วย สื่อกิจกรรม สื่อประเพณี สำหรับช่องทางการสื่อสารที่เป็นช่องทางในการเข้าถึงครอบครัวของ ผู้สูงอายุและผู้สูงอายุโดยตรง ประกอบไปด้วย 5 ช่องทาง สำคัญ ๆ ได้แก่ ระดับการสื่อสารภายในบุคคล ระดับการสื่อสารระหว่าง บุคคล ระดับการสื่อสารกลุ่ม ระดับการสื่อสารชุมชน และระดับ การสื่อสารสาธารณะ

ปัจจัยประการที่สอง ปัจจัยภายใน คือ ภูมิตถวิทยาของจิต มนุษย์ที่มีศักยภาพที่จะถูกโน้มน้าวได้ทุกครั้งเมื่อหากได้รับการกระทบ จากสิ่งเร้าภายนอก ในที่นี้หมายถึงช่องทางการสื่อสารและระดับ การสื่อสารดังที่กล่าวไว้ตอนต้น เพื่ออธิบายกลไกการทำงานของ จิตมนุษย์ที่เอื้อต่อการถูกโน้มน้าว โดยอธิบายผ่านแนวคิดสังขาริกัง แปลว่า “การชักจูง” ในพระอภิธรรมปิฎก กล่าวถึงเรื่องการชักจูงว่า เป็นเจตสิกที่ทำให้จิตมีสภาพต่าง ๆ นา ๆ เกิดเป็นโลภมูลจิตหรือ โทสมูลจิตขึ้นมาซึ่งการที่จิตจะมีสภาพอย่างไรนั้นเกี่ยวข้องกับสังคม หรือบุคคลอื่นหรืออิทธิพลของการชักจูงจากภายนอกว่ามีหรือไม่ เรื่องนี้พิจารณาได้ว่า ถ้าจิตหรือความรู้สึกนึกคิดเกิดขึ้นเองโดยไม่ ได้รับความแรงจูงใจจากภายนอกย่อมแสดงว่าพลังของเจตสิกหรือ พลังภายในมีมากเพียงพอให้เกิดความโลภหรือความโกรธขึ้นเอง ตรงกันข้ามหากเป็นจิตที่เกิดขึ้นโดยมีการชักจูงจากภายนอกไม่ว่า จะเป็นอิทธิพลจากการโฆษณาชวนเชื่อ หรือมีบุคคลมาออกปาก ชักชวนให้เห็นดีเห็นงาม หรือยุยงให้เกิดความโกรธเกลียดผู้หนึ่งผู้ ใดก็ดี แสดงว่าพลังเจตสิกภายในไม่แรงพอต้องอาศัยอิทธิพลจาก ภายนอกมาช่วยชักจูงด้วย

(4) แนวคิดสุขภาวะ

สุขภาวะ คือ ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งจิตวิญญาณ จิตใจ ร่างกาย และสังคม เชื่อมโยงกันอย่างสมดุล โดยแต่ละด้านมี ความหมายโดยสรุป กล่าวคือ จิตวิญญาณ หมายถึง ภาวะที่ผู้สูงอายุ เข้าใจและยอมรับข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตน ปลดวาง ความทุกข์ อารมณ์ต่อคุณค่าตนเอง ตลอดจนเข้าใจวิธีการดูแลสุขภาพ

ที่ส่งผลโดยตรงต่อจิตใจให้มีสุขภาวะ กล่าวคือ จิตใจที่ผู้สูงอายุที่ ปราศจากความเครียด ความวิตกกังวล ความน้อยเนื้อต่ำใจ เกิดพลัง ใจที่ส่งผลกระทบเชิงบวกต่อไปยังร่างกายที่เหมาะสมกับตน เช่น การ ทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูร่างกายของผู้สูงอายุในกลุ่มติดเตียง หรือ การมีกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่องสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน และติดสังคม ตลอดจนการทานอาหารที่ประประโยชน์สำหรับทุก กลุ่มผู้สูงอายุ ภายใต้ระบบสังคมที่แต่ละครอบครัวเกาะเกี่ยวเชื่อมโยง ส่งเสริมสุขภาวะซึ่งกันและกัน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยวิธีการวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้อง สังเกต และสัมภาษณ์เชิง ลึกจากผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บุคลากรทางการแพทย์ และผู้สูงอายุในจังหวัดจันทบุรี ภายหลังจาก ที่ได้ข้อมูลจะนำมาวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิด และทฤษฎีที่กำหนด และนำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบพรรณนาวิเคราะห์

ผลการวิจัย

กระบวนการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพใน การเสริมสร้างสุขภาวะกับผู้สูงอายุประกอบไปด้วย องค์ประกอบ สำคัญ 4 ประการ ได้แก่ เครือข่ายผู้นำสุขภาวะชุมชน (Sender) 3: ชุดความรู้สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Message) สื่อเสริมพลัง (Channel) และสุขภาวะผู้สูงอายุ (Receiver) แต่ละองค์ประกอบมีรายละเอียด ดังนี้

เครือข่ายผู้นำสุขภาวะชุมชน

การเสริมสร้างสุขภาวะแก่ผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมที่ต้อง อาศัยความร่วมมือจากกลุ่มบุคคล 3 กลุ่มที่มีหน้าที่เฉพาะ แต่ก็ มีเป้าหมายเดียวกัน ได้แก่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ อำนวยความสะดวกและสนับสนุนงบประมาณ ขณะที่อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่เสริมสร้างสุขภาวะ ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุในพื้นที่ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์สนับสนุน ความรู้หลักวิชาการในการดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนให้คำปรึกษาต่างๆ

สำหรับสื่อที่ใช้ติดต่อประสานงานภายในเครือข่าย ได้แก่

- (1) การประชุมประจำเดือนทุกวันที่ 10 ของทุกเดือน วัตถุประสงค์ เพื่อมอบนโยบายการทำงาน รายงานความก้าวหน้า และแจ้งข่าวสาร
- (2) โทรศัพท์ วัตถุประสงค์เพื่อติดต่อประสานงานทั่วไป และ(3) ไลน์ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วัตถุประสงค์เพื่อนัด



หมาย และติดตามข่าวสารภายในกลุ่ม

ในด้านการสื่อสารนอกเครือข่าย พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการติดต่อสื่อสารกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ใกล้เคียงและรวมไปถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภายนอกจังหวัดจันทบุรีวัตถุประสงค์ดำเนินไปเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เปิดโลกทัศน์ใหม่ ๆ ในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในพื้นที่ตนเองผ่านกิจกรรมศึกษาดูงาน

หลัก 3 อ: ชุดความรู้สำหรับดูแลผู้สูงอายุ

ความรู้สำคัญที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใช้ในการเสริมสร้างสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุติดเตียง เรียกว่า “หลัก 3 อ” ดังนี้

อ คือ อารมณ์ หมายถึง การจัดการกับความเครียด ความกังวล เช่น ความรู้สึกถูกหลอกถูกทอดทิ้ง อ คือ อาหาร หมายถึง การทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ เช่น ต้มจืด ไข่ต้ม เป็นต้น

อ คือ ออกกำลังกาย หมายถึง การฟื้นฟู หรือ เสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกายอย่างเหมาะสม

สำหรับความรู้ชุดนี้เป็นความรู้ที่ได้รับการถ่ายทอดมาจากบุคลากรทางการแพทย์ ผ่านการเข้ารับการอบรมที่จัดขึ้นโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ข้อเสนอแนะประการหนึ่ง แม้ว่า การเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุจะกระทำโดยหลักวิชาการดังกล่าวเป็นสำคัญ แต่หลายครั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก็จำเป็นต้องนำประสบการณ์ (การดูแลผู้สูงอายุ) ของตนเองมาเข้ากับหลัก 3 อ ทั้งนี้ก็เพื่อให้เหมาะสมกับเงื่อนไขและบริบทของผู้สูงอายุแต่ละ

กรณีไป อีกทั้งความรู้เหล่านี้จำเป็นต้องได้รับถ่ายทอดไปถึงผู้สูงอายุผ่านช่องทางที่เหมาะสม

นอกจากความรู้ 3 อ ข้างต้นที่เป็นความรู้หลักสำคัญในการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุแล้ว ชุดความรู้รองที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนำมาถ่ายทอดเพื่อเสริมสร้างสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ คือ หลักธรรมะ โดยเฉพาะเรื่องของการสวดมนต์ นั่งสมาธิ การปล่อยวาง ก่อให้เกิดปัญญาที่จะไปช่วยบรรเทาความเครียด ความวิตกกังวลที่ว่า “ตนเอง (ผู้สูงอายุ) เป็นบุคคลไร้ค่า” นอกจากนี้ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใช้ชุดข้อมูลทางโลก เช่น ข่าวบ้านเมือง ละคร รายการเกมโชว์ มาช่วยเสริมให้ผู้สูงอายุหลบหนีไปจากความเครียด ความกังวล ได้ชั่วคราว

สื่อเสริมพลัง

สื่อที่ใช้ในการถ่ายทอดหลัก 3 อ เพื่อเสริมพลังสุขภาพให้กับผู้สูงอายุประกอบไปด้วย 4 สื่อ ได้แก่ สื่อบุคคลเสริมพลังใจ กิจกรรมฟื้นฟูร่างกาย กิจกรรมเยี่ยมบ้าน และสื่อประเพณี โดยแต่ละสื่อมีรายละเอียด ดังนี้

สื่อบุคคลสื่อเสริมพลังใจ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า เป็นสื่อบุคคลที่สำคัญที่สุดในการถ่ายทอดหลักความรู้ 3 อ เข้าสู่จิตใจผู้สูงอายุ ตลอดจนขับเคลื่อนกิจกรรมฟื้นฟูร่างกาย และกิจกรรมเยี่ยมบ้านอย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงเป็นสื่อบุคคลที่จำเป็นจะต้องประกอบไปด้วยคุณสมบัติ 2 ประการ กล่าวคือ ประการแรก บารมีภายในบุคคล และประการที่สอง ทักษะการสื่อสารเพื่อโน้มน้าวใจ ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 1 คุณสมบัติของสื่อบุคคลที่มีผลต่อการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม

คุณสมบัติของสื่อบุคคลที่มีผลต่อการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม	
บารมีภายในบุคคล	ทักษะการสื่อสารโน้มน้าวใจ
(1) มีความเสียสละ	(1) สร้างอัตลักษณ์ร่วม (วาจาสัมผัสและกายสัมผัส)
(2) มีปรารถนาดีที่จะเห็นผู้สูงอายุพ้นทุกข์	(2) ย่อยความรู้และถ่ายทอดด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย
(3) มีความรู้และมีไหวพริบ	(3) สอนด้วยการทำให้ดูเป็นตัวอย่าง
(4) มีความอดทนต่อความยากลำบาก	(4) หารางวัลด้วยคำชมเชย และของฝาก
	(5) ลงโทษด้วยวิธีการชูให้กลัว
	(6) การสนทนาธรรม



ผลของบารมีภายในเมื่อผसानเข้ากับทักษะการสื่อสาร โน้มน้าวใจเฉพาะบุคคลได้ทำให้ “ความศรัทธา” ก่อตัวขึ้นและแผ่ขยายเข้าไปแทนที่ความสำคัญผิดในใจผู้สูงอายุที่ว่า “ตน (ผู้สูงอายุ) เป็นบุคคลไร้ค่า” ให้เจือจางไปพร้อม ๆ กับการให้โอกาสตนเองได้เข้าไปมีส่วนร่วมกับการเสริมสร้างสุขภาวะด้วยหลัก 3 อ ตามคำแนะนำของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และก่อให้เกิดผลกระทบทางบวกกับผู้สูงอายุตั้งแต่จิตวิญญาณเรื่อยไปจนถึงสังคม

กิจกรรมฟื้นฟูร่างกาย

กิจกรรมฟื้นฟูร่างกาย พบว่า เป็นกิจกรรมที่ใช้เสริมสร้างสุขภาวะกับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงเป็นหลัก โดยกิจกรรมดังกล่าวมี 3 ชั้น ได้แก่

(1) ชั้นเปิดใจ กล่าวคือ ชั้นเปิดใจเป็นขั้นตอนที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบผู้สูงอายุติดเตียงเป็นครั้งแรก ซึ่งมีความสำคัญที่สุด โดยผลลัพธ์ที่คาดหวังจากกิจกรรมชั้นนี้คือ ต้องการให้ผู้สูงอายุ “เปิดใจ” เข้าสู่ระบบการฟื้นฟูร่างกาย ชั้นตอนนี้จึงให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุโดยใช้เทคนิค การสนทนาธรรม การสร้างอัตลักษณ์ร่วม เช่น เป็นผู้สูงอายุเหมือนกัน ฉันก็เคยติดเตียง และการพูดจากใจเพราะ ซึ่งเทคนิคดังกล่าวก่อให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิด

(2) ชั้นฟื้นฟู กล่าวคือ ผลจากการเปิดใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเต็มใจเข้าร่วมกระบวนการฟื้นฟูร่างกายด้วยกิจกรรมกายภาพบำบัด เช่น ขยับมือ แกว่งแขน แกว่งขา ตามความสามารถที่ผู้สูงอายุจะสามารถกระทำได้ เทคนิคการสื่อสารสำคัญในชั้นนี้คือ ย่อยความรู้และถ่ายทอดด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย สอนด้วยการทำให้ดูเป็นตัวอย่าง และยังคงเสริมด้วยการให้รางวัลด้วยการชื่นชมและให้รางวัล

(3) ชั้นต่อยอด กล่าวคือ เมื่อร่างกายได้รับการฟื้นฟูจนสามารถใช้งานได้ ผู้สูงอายุจะต่อยอดด้วยการใช้ร่างกายนั้น ๆ ช่วยเหลือตนเองเรื่อยไปจนถึงงานในบ้าน เช่น เริ่มตั้งแต่กินข้าวเอง เดินเอง อาบน้ำได้เอง ไปจนถึงทำงานบ้านเอง เทคนิคการสื่อสารสำคัญในชั้นนี้คือ การให้รางวัลด้วยการการชมเชยและให้ของฝาก บางครั้งเมื่อเห็นว่าตนเองสามารถช่วยเหลือตนเองได้แล้ว ผู้สูงอายุบางท่านจะมีพฤติกรรมประมาท เช่น ทำกิจกรรมเกินศักยภาพตน หรือหันเข้าหาอบายมุข ก็จำเป็นต้องลงโทษด้วยการชู้ให้กลัว

กิจกรรมเยี่ยมบ้าน

ภายหลังเสริมสร้างสุขภาวะให้กับผู้สูงอายุด้วยกิจกรรมฟื้นฟูร่างกายแล้ว จำเป็นจะต้องมีกิจกรรมเยี่ยมบ้านติดตามเสริมพลังใจให้กับผู้สูงอายุเป็นระยะ ๆ เพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้สูงอายุยังปฏิบัติตามหลักสุขภาวะที่ได้รับการแนะนำไปก่อนหน้านี้เป็นอย่างดี

สื่อประเพณี

สื่อประเพณีเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อเสริมคุณค่าให้กับผู้สูงอายุในชุมชน ให้ผู้สูงอายุตระหนักว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่ถูกหลงลืม และยังคงเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกชุมชน สื่อประเพณี เริ่มตั้งแต่ต้นปี คือ กิจกรรมปีใหม่ (ส่งสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุมารวมถึงสมาชิกในชุมชน) งานวันเด็ก (ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างเด็กในชุมชนกับผู้สูงอายุ) และกิจกรรมรดน้ำดำหัววันสงกรานต์ (ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างลูกหลานกับผู้สูงอายุ) อย่างไรก็ตาม พบความกระจุกตัวของสื่อประเพณีที่จัดขึ้นเฉพาะในช่วง 4 เดือนแรก กล่าวคือระหว่างเดือน มกราคม - เดือนเมษายนของทุกปี ดังนั้นตั้งแต่เดือนพฤษภาคม - ธันวาคมของทุกปีที่ไม่มีกิจกรรม อาจส่งผลให้สัมพันธภาพดำเนินไปอย่างไม่ต่อเนื่องและอาจส่งผลต่อสุขภาวะผู้สูงอายุได้หรือไม่

ข้อค้นพบสำคัญจากการวิเคราะห์สื่อ กล่าวคือ ช่องทางการสื่อสารไม่ว่าจะเป็นสื่อบุคคลเสริมพลังใจ กิจกรรมฟื้นฟูร่างกาย และกิจกรรมเยี่ยมบ้าน เมื่อพิจารณาในเชิงระดับการสื่อสาร จะเห็นได้ว่า ช่องทางการสื่อสารทั้งหมดถูกใช้ในระดัการสื่อสารระหว่างบุคคลที่มีความเป็นส่วนตัว และความเป็นส่วนตัว ดังกล่าวนี้อาจทำให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับผู้สูงอายุดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและราบรื่น

อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตประการหนึ่ง แม้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเสียสละตนเองเข้ามาดูแลผู้สูงอายุผ่านกิจกรรมและสื่อต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น ซึ่งประโยชน์ที่เกิดขึ้นก็จะตกอยู่กับผู้สูงอายุเป็นสำคัญ แต่น่าสนใจว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลับถูกตัดต่อดูค่าจากผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดสังคม

สุขภาวะของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเดินบนเส้นทางสุขภาวะภายใต้การนำของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางบวกในแต่ช่วงเวลาตลอดระยะเวลา 1 ปี



ระยะ 1-3 เดือนแรก คือ ช่วงเวลาพัฒนาสัมพันธภาพ
อยู่ในขั้นการเปิดใจผู้สูงอายุ

ระยะ 4-8 เดือนถัดมา คือ ช่วงเวลาที่ฟื้นฟูร่างกายของ
ผู้สูงอายุติดเตียง

ระยะ 9-12 เดือน คือ ช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุช่วยเหลือ
ตนเองได้เรื่อยไปจนถึงช่วยเหลืองานบ้านได้

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

(1) ในจำนวนผู้สูงอายุทั้งสามกลุ่มข้างต้น กลุ่มติดเตียง
มีแนวโน้มที่จะตอบสนองเข้าร่วมกระบวนการสื่อสารได้ง่ายและ
เร็วกว่าอีกสองกลุ่ม ทั้งนี้เนื่องจากอาการติดเตียงเป็นภาวะที่ลด
พฤติกรรมการเปิดรับสื่อหรือกิจกรรมจากภายนอกไปโดยปริยาย
โดยนัยนี้จึงเท่ากับว่าเป็นการจำกัด หรือลดตัวแปรที่อาจเป็น
อุปสรรคต่อกระบวนการสื่อสารสุขภาวะไปพร้อมกัน ผู้สูงอายุกลุ่ม
ติดเตียงจึงพร้อมที่จะเปิดใจได้ง่ายกว่าเมื่อมีบุคคลเข้ามาสื่อสารสุข
ภาวะกับตน ขณะที่ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมจะโน้มน้าวใจได้ยากกว่า
เนื่องจากการเปิดรับสื่อหรือปฏิสัมพันธ์กับโลกภายนอก

(2) บุคคลใกล้ชิดผู้สูงอายุ โดยเฉพาะลูกหลาน บุคคล
กลุ่มนี้เป็นผู้มีอิทธิพลโดยตรงกับการกำหนดความเป็นไปของจิตใจ
ผู้สูงอายุให้สุขหรือทุกข์ แต่กลับพบว่าการสื่อสารกับบุคคลกลุ่ม
นี้ไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร กล่าวอีกนัยหนึ่ง บุคคลกลุ่มนี้มี
ส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสารน้อยกว่าที่ควร ทั้งนี้ด้วยข้อจำกัด
ต่าง ๆ เช่น ภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ ช่องว่างทางเทคโนโลยี
เป็นต้น ขณะที่ยุทธศาสตร์แนวคิดระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
ระยะยาวกำหนดครอบครัวมีหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุ โดย
มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้สนับสนุน แต่ข้อค้น
พบตลอดงานวิจัยกลับเป็นไปในทางตรงกันข้าม กล่าวคือ อาสา
สมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุติด
เตียงมากกว่าบุคคลในครอบครัว

(3) ข้อค้นพบจากงานวิจัยแสดงให้เห็นถึงความเสียสละ
และประสิทธิภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน
การเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งสะท้อนให้
เห็นคุณสมบัติสำคัญอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการ
โน้มน้าวใจผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องมีบาร์มีสำคัญ 4 ประการ ได้แก่
ทานบาร์มี เมตาบาร์มี ปัญญาบาร์มี และขันดิบาร์มี

(4) การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างสุขภาวะ
จำเป็นจะต้องใช้การสื่อสารจากภายนอก ได้แก่ การสื่อสารระหว่าง
บุคคล การสื่อสารกลุ่ม และการสื่อสารชุมชน โน้มน้าวผู้สูงอายุ
เกิดการสื่อสารภายในบุคคลขึ้นในจิตเพื่อโน้มน้าวใจตนเองให้
ปฏิบัติการเสริมสร้างสุขภาวะด้านอารมณ์ ด้านอาหาร และด้าน
การออกกำลังกาย ดังที่ กิตติ กันภัย (2555, น. 169) การจำแนก
จิตโดยการกล่าวถึงเงื่อนไขของการชักจูงให้เกิดขึ้นจากภายนอก
โดยสังคมหรือบุคคลอื่นนั้นได้แสดงถึงทฤษฎีของจิตว่ามีความ
สัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมทางสังคมหรือกับบุคคลที่ข้องเกี่ยวอยู่
เสมอในชีวิตประจำวัน

ข้อเสนอแนะ

1. องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นควรมีนโยบายสนับสนุน
ให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม
เช่น ผลักดันโครงการอาสาสมัครครอบครัว (อสค.) ให้เกิดขึ้นเป็น
รูปธรรม
2. องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นควรมีนโยบายเสริมพลัง
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. งานวิจัยครั้งต่อควรศึกษาด้านการเข้ารับบริการ
สุขภาพของผู้สูงอายุ
4. กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพควรกระจาย
ช่วงเวลาให้มีระยะห่างหรือความถี่ในการจัดกิจกรรมให้ครอบคลุม
ตลอดทั้งปี ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการสื่อสาร

บรรณานุกรม

- เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. (2543). การจัดการเครือข่าย. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
ปาริชาติ สกลปิตานนท์. (2546) การสื่อสารสุขภาพ : ศักยภาพของสื่อมวลชนในการสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ : ภาพพิมพ์.
กิตติ กันภัย. (2555). นิเทศศาสตร์ในพระไตรปิฎก. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.