

พฤติกรรมดูแลและความต้องการการสนับสนุน
จากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ
ในจังหวัดนนทบุรี

นางนฤมล นาคเรือง

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

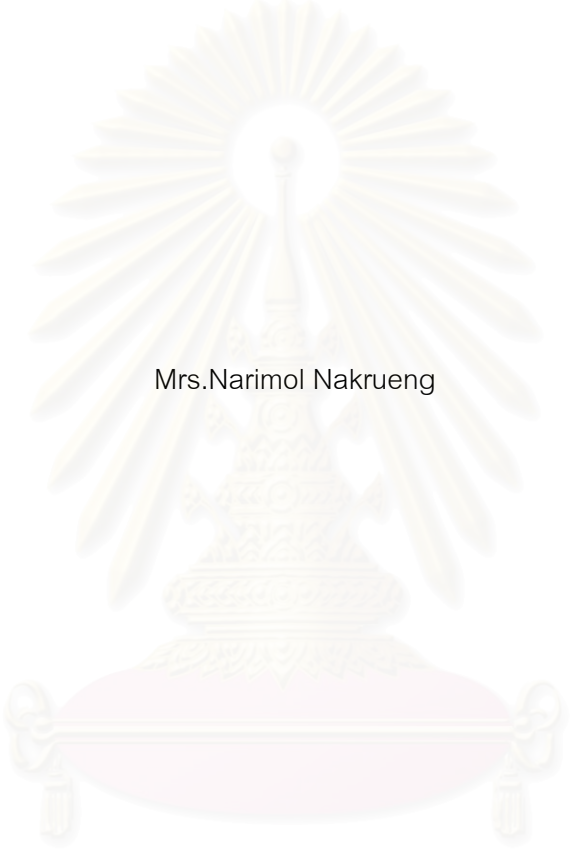
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2544

ISBN 974-03-1134-2

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CARING BEHAVIOR AND HOSPITAL SUPPORTING NEEDS OF
GERIATRIC PSYCHIATRIC PATIENTS CAREGIVERS
IN NONTHABURI PROVINCE



Mrs.Narimol Nakrueng

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Doctor of Science in Community Medicine

Department of Preventive and Social Medicine

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic year 2001

ISBN 974-03-1134-2

นางนงนุช นาคเรือง : พฤติกรรมการดูแลและความต้องการการสนับสนุนจากโรงพยาบาล
ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุในจังหวัดนนทบุรี (CARING BEHAVIOR AND HOSPITAL
SUPPORTING NEEDS OF GERIATRIC PSYCHIATRIC PATIENTS CAREGIVERS IN
NONTHABURI PROVINCE) อ. ที่ปรึกษา : รองศาสตราจารย์นายแพทย์อรรถ วิพุทธศิริ,
อ. ที่ปรึกษาร่วม : อาจารย์นายแพทย์วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร , 121 หน้า. ISBN 974-03-1134-2.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ปัจจัยที่
เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแล และความต้องการการสนับสนุนจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วย
จิตเวชสูงอายุ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ประชากรเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย
จิตเวชสูงอายุที่เคยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา ในปีงบประมาณ 2543 และอยู่ในจังหวัด
นนทบุรี สุ่มตัวอย่างโดยวิธี การสุ่มแบบสองขั้นตอน ขนาดตัวอย่าง 223 คน เครื่องมือที่ใช้ใน
การศึกษานี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และรวบรวมข้อมูลได้คิดเป็นร้อยละ 68.2 วิเคราะห์
ข้อมูล โดยใช้ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือผู้ป่วย
ใน 3 อันดับแรก คือ การดูแลให้ไปพบแพทย์ตามนัด ร้อยละ 46.1 การช่วยซื้อหาของใช้ ร้อยละ 34.2
และการเตรียม/ประกอบอาหาร ร้อยละ 31.6 ผู้ดูแลที่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย
จิตเวชสูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่เคยได้รับความรู้
สำหรับความต้องการการสนับสนุนจากโรงพยาบาล ด้านการให้ข้อมูล / คำแนะนำ พบว่า ต้องการ
คู่มือ / เอกสาร ร้อยละ 63.2 ต้องการได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค ร้อยละ 61.8 และข้อมูลการใช้ยา
ร้อยละ 60.5 ด้านการจัดบริการ พบว่า มีความต้องการสูงสุดใน 3 อันดับแรกคือ บริการส่งต่อผู้ป่วย
ร้อยละ 80.3 บริการฉุกเฉิน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 75.0 และการใช้โทรศัพท์เพื่อขอคำปรึกษา 24 ชั่วโมง
ร้อยละ 74.3

ผลที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐาน สำหรับใช้ในการศึกษาวิจัยที่
เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล และใช้ในการพัฒนารูปแบบคุณภาพ
บริการ ในการสนับสนุนช่วยเหลือ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการในการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น
ต่อไป

ภาควิชา	เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม	ลายมือชื่อนิติต
สาขาวิชา	เวชศาสตร์ชุมชน	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา
ปีการศึกษา	2544	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

437 53585 30 : MAJOR COMMUNITY MEDICINE

KEYWORD: CARING BEHAVIOR / GERIATRIC PSYCHIATRIC PATIENTS / CAREGIVERS/
HOSPITAL SUPPORTING NEEDS

NARIMOL NAKRUENG : CARING BEHAVIOR AND HOSPITAL SUPPORTING
NEEDS OF GERIATRIC PSYCHIATRIC PATIENTS CAREGIVERS IN NONTHABURI
PROVINCE. THESIS ADVISOR : ASSOC.PROF. DR.ONG-ARJ VIPUTSIRI,
THESIS COADVISOR : DR. VITTOOL LOHSOONTHORN, 121 pp.
ISBN 974-03-1134-2.

The purposes of this cross – sectional descriptive study were to study caring behavior, factors involved in caring behavior and hospital supporting needs of geriatric psychiatric patients caregivers in Nonthaburi province. The study population was geriatric psychiatric patients caregivers in Srithunya hospital year 2000 in Nonthaburi province. Samples were 223 persons obtained by two stages cluster sampling. The tools of this study were constructed interview questionnaire. The response rate was 68.2%. The data were analyzed in terms of count, percentage, mean, standard deviation.

The results showed that top-three ranking of caring activities were : took the patients to see the doctors 46.1%, brought things needed 34.2% and prepared food 31.6%. The caregivers who had been trained gave higher mean scores of caring activities than those non trained caregivers. Supporting needs from hospital in information / counseling dimension found as follow : manual / leaflets 63.2%, disease knowledge 61.8% and drug use information 60.5%. For service dimension, the top three ranking were patient referral 80.3%, 24 hours emergency care 75.0% and 24 hours telephone consultation 74.3%.

The results of this study would be data bases of the caregivers for caring behavior's research and developing service model in supporting future need for better patient caring.

Department of Preventive and Social Medicine	Student's signature.....
Field of study Community Medicine	Advisor's signature.....
Academic year 2001	Co-advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดี โดยได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์นายแพทย์องอาจ วิพุธศิริ อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์นายแพทย์วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ศาสตราจารย์แพทย์หญิงทัศนีย์ นุชประยูร ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และนายแพทย์สุจิตต์ สุวรรณชีพ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ตลอดจนอาจารย์ในภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชนและสังคมทุกท่านที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำ ให้ข้อคิดเห็น ให้กำลังใจ ตลอดจนแนวทางแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ อันเป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ และมีคุณค่ามากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ณ. โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิง อัมไพชนิษฐ์ สมานวงศ์ไทย นายแพทย์ ชัยยศ จิตต์รังสรรค์ แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ โรงพยาบาลศรีธัญญา คุณปริญา โตมานะ นักจิตวิทยากรมสุขภาพจิต คุณภมรินทร์ เชาวน์จินดา นักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลศรีธัญญา และคุณจุฬารัตน์ วิเศษรัตน์ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศรีธัญญา ที่ได้ให้คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาวิทยานิพนธ์ และแบบสอบถาม

ขอขอบคุณ คุณรุ่งทิวา เกิดแสง พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศรีธัญญาที่ให้คำแนะนำและช่วยเหลือในการวิเคราะห์ข้อมูล และขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลทุกท่านที่ช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล ตลอดจนให้กำลังใจในการวิจัยครั้งนี้

ท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา – มารดา ที่ได้ให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือ และขอขอบคุณน้อง ๆ ทุกคนในครอบครัว ตลอดจนบุตรสาวอันเป็นที่รักยิ่งที่คอยสนับสนุนให้กำลังใจที่ตีตลอดมา จนผู้วิจัยสามารถทำวิทยานิพนธ์ได้สำเร็จ

นฤมล นาคเรือง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
ขอบเขตการวิจัย	5
ข้อตกลงเบื้องต้น	5
คำสำคัญ	6
ข้อจำกัดในการวิจัย	6
การให้นิยามเชิงปฏิบัติที่ใช้ในการวิจัย	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	9
ผู้ป่วยจิตเวชอายุ	20
การดูแลและพฤติกรรมกรรมการดูแลตามแบบแผนในการดำเนินชีวิต.....	24
บริการโรงพยาบาลจิตเวชที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน.....	43
3 วิธีดำเนินการวิจัย	53
รูปแบบการวิจัย	53
ระเบียบการวิจัย.....	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	56
การเก็บรวบรวมข้อมูล	58

สารบัญ (ต่อ)

๗

หน้า

	การวิเคราะห์ข้อมูล	58
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	59
	ตอนที่ 1 จำนวนแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลและความต้องการ การสนับสนุนจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ.....	59
	ตอนที่ 2 ลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ลักษณะผู้ป่วยจิตเวช สูงอายุ และลักษณะครอบครัว	60
	ตอนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล	74
	ตอนที่ 4 ปัจจัยด้านความรู้ของผู้ดูแลกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช สูงอายุ	80
	ตอนที่ 5 ความต้องการการสนับสนุนจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเวชสูงอายุ	89
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	93
	สรุปผลการวิจัย	93
	อภิปรายผล	95
	ข้อเสนอแนะ	102
	รายการอ้างอิง	105
	ภาคผนวก	109
	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	110
	ภาคผนวก ข แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ	111
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	121

สารบัญตาราง

ณ

ตารางที่		หน้า
ตารางที่ 3.1	จำนวนผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุนี่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีรัษฎา ในเดือนตุลาคม 2542 – กันยายน 2543	54
ตารางที่ 3.2	จำนวนกลุ่มตัวอย่างประชากรในแต่ละตำบลของอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลศรีรัษฎามาก	55
ตารางที่ 3.3	จำนวนกลุ่มตัวอย่างประชากรในแต่ละตำบลของอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลศรีรัษฎาน้อย.....	56
ตารางที่ 4.1	จำนวน และร้อยละของแบบสัมภาษณ์ตามเป้าหมายและรวบรวมได้	59
ตารางที่ 4.2	จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล	60
ตารางที่ 4.3	จำนวน และ ร้อยละของลักษณะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล ...	64
ตารางที่ 4.4	ร้อยละของลักษณะความรู้สึกรต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล ...	67
ตารางที่ 4.5	จำนวน และร้อยละของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล...	69
ตารางที่ 4.6	จำนวน และร้อยละของลักษณะผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ	70
ตารางที่ 4.7	จำนวน และ ร้อยละของลักษณะครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ.....	72
ตารางที่ 4.8	ร้อยละของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล จำแนกตามกลุ่มอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล	74
ตารางที่ 4.9	ร้อยละของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล จำแนกตามการได้รับความรู้ของผู้ดูแล	80
ตารางที่ 4.10	ร้อยละของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล จำแนกตามความต้องการได้รับความรู้ของผู้ดูแล	85
ตารางที่ 4.11	ร้อยละของความต้องการการสนับสนุนจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ	89

สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
แผนภูมิที่ 2 การสุ่มตัวอย่าง.....	55



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลกทำให้สัดส่วนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการณ์ไว้ว่า ในปีพ.ศ.2563 จะมีผู้สูงอายุในโลกถึง 1,000 ล้านคน (นันทยา ตัณฑชอุณห) ¹ ได้มีการรายงานไว้ว่าประชากรโลกจะมีการเปลี่ยนแปลงมากมายในช่วง 40 ปีข้างหน้าโดยในปี ค.ศ.2025 ประชากรอายุ60ปีขึ้นไป จะมีจำนวน 806 ล้านคน (เปรียบเทียบกับปัจจุบัน 416 ล้านคน) คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 11 ของประชากรโลกทั้งหมด ร้อยละ72 ของบุคคลกลุ่มนี้จะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ยังประมาณว่าในระหว่าง พ.ศ. 2528 – 2568 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในอัตราร้อยละ 300 องค์การอนามัยโลกและประเทศไทย ต่างเห็นพ้องกันถึงความสำคัญในการดูแลประชากรกลุ่มนี้ที่จะเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ในอนาคต ซึ่งในอดีตไม่ได้ให้ความสนใจเรื่องการสูงอายุ เพราะผู้สูงอายุมีจำนวนไม่มาก ปัญหาสังคมก็ไม่ซับซ้อน ครอบครัวยังสามารถดูแลให้อยู่ในบ้านได้ (ประนอม โอทกานนท์, 2538) ² ปัจจุบันปัญหาสังคมซับซ้อนมากขึ้น แม้ว่าผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันยังอาศัยอยู่กับบุตรหลานกันเป็นส่วนใหญ่ แต่ในสภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง อาจทำให้รูปแบบและความสัมพันธ์ในครอบครัวเปลี่ยนไป จากเดิม ครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ผู้สูงอายุอาจไม่สามารถพึ่งพาบุตรหลาน หรือครอบครัวได้อย่างเต็มที่ ครอบครัวส่วนใหญ่ในปัจจุบันดูแลพ่อแม่ และญาติผู้สูงอายุไม่ใคร่ดีนัก (มาลินี วงษ์สิทธิ์ ,2541) ³ ครอบครัวไทยอาจมีปัญหาด้านคุณภาพการดูแลในบ้าน เนื่องจากลูกหลานต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ผู้สูงอายุจึงต้องดูแลตนเองอยู่ที่บ้าน นอกจากนี้การเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้สูงอายุ จากความเสื่อมสภาพของร่างกายตามวัยเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ต้องสนใจ มีรายงานว่าร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุจะมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ที่เป็นปัญหาสุขภาพกาย และปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยคือ ความจำเสื่อม และซึมเศร้า ยิ่งถ้ามีปัญหาทางด้านสังคมร่วมด้วยกลับยิ่งซ้ำเติมปัญหาสุขภาพกายและจิตมากยิ่งขึ้น(กุลยา ตันติผลลาชีวะ,2542) ⁴ จาก องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตพบว่า มีอัตราสูงถึงร้อยละ 1 ของประชากรโลก สำหรับประเทศไทยพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาทางจิตเวชร้อยละ 10

นโยบายสากลของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบันมุ่งเน้นการให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการรักษาตัวอยู่ในชุมชนในบ้านและให้อยู่ในโรงพยาบาลสั้นที่สุดเป็นผลให้ครอบครัวกลายเป็นหัวใจ

สำคัญของการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เท่าที่ผ่านมาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของครอบครัว พบว่ามีปัญหาเกิดขึ้นมากมาย ตั้งแต่การรู้สึกเดือดร้อนกังวลใจในระดับค่อนข้างสูงในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ญาติเห็นว่าผู้ป่วยทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง สิ้นเปลืองค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ รวมทั้งค่าเดินทางมาพบแพทย์ การดูแลผู้ป่วยทำให้ญาติไม่สามารถประกอบอาชีพได้เต็มที่(Fadden et al อ้างใน พหล วงศาโรจน์,2540)⁵ ญาติรู้สึกยุ่งยากลำบากกับการดูแลผู้ป่วยที่ไม่เอาใจใส่อนามัยส่วนบุคคล(Bebbling and Kuipers : cited by Kane,1984) กังวลใจต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วย(Brown et al,1966) และการไม่สามารถบังคับให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้(Kane,1984) รวมถึงการฆ่าตัวตาย(Bernleim and Lewin,1979) ความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเหล่านี้ ประกอบกับการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ไม่สามารถจัดสิ่งแวดล้อมที่ดีในครอบครัวให้เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยได้ จึงดูเหมือนปล่อยปละละเลยให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ตามลำพัง ปัญหาเหล่านี้เป็นผลให้ญาติหรือครอบครัวกลายเป็นต้นเหตุสำคัญของการเกิดปัญหาการป่วยซ้ำของผู้ป่วยทำให้ต้องกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช (จารุวรรณ ต.สกุล,2523)⁶; (วิชณี หัตถพนมและคณะ ,2529)⁷

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่8 (2540-2544)⁸ มุ่งเน้นให้มีการส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในชุมชนเพื่อลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาล ลดอัตราการครองเตียง ป้องกันการกลับมารักษาซ้ำและมีสาระเกี่ยวกับครอบครัวคือ ส่งเสริมให้ครอบครัวเห็นความสำคัญและเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุ ควบคู่ไปกับการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว รวมทั้งพิจารณาสิ่งจูงใจแก่บุตร หรือญาติที่ดูแลผู้สูงอายุที่ยากจน สำหรับในส่วนโยบายของรัฐบาลในหลายสมัยที่ผ่านมา ได้กำหนดนโยบายต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ตลอดจนรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540⁹ ได้กำหนดให้มีการช่วยเหลือและสงเคราะห์ผู้สูงอายุไว้อย่างชัดเจน ในมาตรา 54 บัญญัติว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือจากรัฐ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ และมาตรา 80 วรรคสอง บัญญัติว่า รัฐต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพและผู้ด้อยโอกาสให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ จึงกล่าวได้ว่าไม่ว่าจะเป็นกฎหมายหรือนโยบายของรัฐ ตลอดจนแผนการดำเนินงานขององค์กรภาคเอกชนหลายแห่ง ต่างเน้นที่บทบาทของครอบครัวและญาติพี่น้องเป็นหลักในการดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเฉพาะโรค หรือผู้สูงอายุที่ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองได้ต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น เช่น ผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้สูงอายุย่อมต้องการการพึ่งพามากยิ่งขึ้น ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ ทักษะและเวลาในการทำหน้าที่ดังกล่าว มิฉะนั้นแล้วอาจจะก่อให้เกิดปัญหาให้กับผู้ดูแล เท่าที่ผ่านมาญาติยังไม่สามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้ และยังต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือ

กรมสุขภาพจิตซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยตรง จึงได้กำหนด และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อค้นหารูปแบบบริการทางจิตเวชที่สนับสนุนให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ บริการเยี่ยมบ้าน (Home Visit) โรงพยาบาลกลางวันหรือศูนย์ดูแลผู้ป่วยตอนกลางวัน (Day Care) การให้คำปรึกษา (Counseling) การจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน รวมทั้งการปรึกษาทางโทรศัพท์ (Hotline) และบริการสายด่วน 1667 รวมทั้งการมาพบแพทย์ตามนัด (Follow-up) เพื่อติดตามผลการรักษา เป็นต้น

แม้ว่ากรมสุขภาพจิตจะพยายามพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้มีสมรรถนะเพียงใดก็ตาม ครอบครัวยังคงเป็นปัจจัยสำคัญอันดับแรกต่อประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ดังที่ ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี(2530)¹⁰ กล่าวว่า การที่ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจต่อชีวิต มีความหวัง มีความอบอุ่น รู้สึกมีคุณค่า มีคนต้องการ มีคนห่วงใย เข้าใจ ทำให้มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับสมาชิกอื่นในครอบครัวได้อย่างยาวนานคือ โครงสร้างของครอบครัวแบบขยาย สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ฐานะทางการเงินของครอบครัว มีความรู้สุขภาพจิตและเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย รวมทั้งได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากเพื่อนบ้านและหน่วยงานทางสุขภาพ (นงเยาว์ จุลาชาติ, 2535¹¹; สุรพล ไชยเสนะ, 2535¹²; นันทนา รัตนากร, 2536¹³; รุจิรา จงสกุล และคณะ, 2539¹⁴) อย่างไรก็ตามในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านนั้นครอบครัวก็ยังคงต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานทางสุขภาพจิตอยู่ค่อนข้างมาก แต่ในสภาพการณ์จริงกลับพบว่าญาติผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือประดับประดาและการสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพจิตน้อยมาก ยังเสนอว่าควรได้มีการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยเฉพาะระบบบริการด้านหน้าที่มีประสิทธิภาพทำที่ของผู้ให้บริการที่เป็นมิตร สุภาพ จะช่วยให้ญาติไม่รู้สึกเกร็ง ตั้งเครียดขณะมารับบริการและกล้าซักถาม นอกจากนี้ควรให้มีการพัฒนาคู่มือรวมทั้งเทคโนโลยีที่จะช่วยเหลือญาติได้ทันทีที่ต้องการช่วยเหลือ เพื่อจัดการกับปัญหาทางจิตเวชฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (พหล วงศาโรจน์, 2540⁵)

เพื่อตอบสนองนโยบายของกรมสุขภาพจิตตามแนวความคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โรงพยาบาลศรีธัญญา จึงได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการเพื่อพัฒนารูปแบบเทคโนโลยีให้ได้มาตรฐาน โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและพูดคุยถึงปัญหาและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่ผ่านมานี้หน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีธัญญาได้ร่วมกันทั้งแผนกหญิงและแผนกชาย จัดกลุ่มช่วยเหลือญาติผู้ป่วยจิตเวช โดยรวมครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุเข้าไว้ด้วย นอกจากนี้ยังได้มีการทำโครงการทดลองเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่บ้าน ในตัวผู้ป่วยใน สำหรับการให้บริการเชิงรุก รวมไปถึงการให้บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุในอำเภอไพร่น้อย จังหวัดนนทบุรี ทั้งนี้ได้มีการประสานงานกับหน่วยงาน

สุขภาพในพื้นที่ในการเยี่ยมบ้านเพื่อการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ โดยโรงพยาบาลศรีธัญญาให้การสนับสนุนในด้านเทคโนโลยีที่ใช้และการให้การปรึกษาแก่หน่วยงานดังกล่าว และจะทำการเยี่ยมบ้านในรายที่มีปัญหา

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลจิตเวชปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลศรีธัญญาจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการดูแลและความต้องการการสนับสนุนจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุในจังหวัดนนทบุรี ขณะอยู่ที่บ้านให้ครอบคลุมทุกอำเภอ เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป การวิจัยครั้งนี้จึงนับว่าเป็นประโยชน์เนื่องจากจะได้ข้อมูลที่ตรงตามสถานการณ์ปัจจุบันและสอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริง ตลอดจนสอดคล้องกับนโยบายของกรมสุขภาพจิตเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือและพัฒนารูปแบบการจัดบริการให้แก่ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุและครอบครัวต่อไป

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เคยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญาในปีงบประมาณ 2543 ในจังหวัดนนทบุรีเป็นอย่างไร
2. มีปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เคยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญาในปีงบประมาณ 2543 ในจังหวัดนนทบุรี
3. มีปัจจัยใดบ้างที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เคยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญาในปีงบประมาณ 2543 ในจังหวัดนนทบุรีต้องการการสนับสนุนจากโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลและความต้องการการสนับสนุนจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุในจังหวัดนนทบุรี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุกึ่งเป็นผู้ป่วยที่เคยมาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญาในปีงบประมาณ 2543 ในจังหวัดนนทบุรี
- 2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูง อายุซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เคยมาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญาในปีงบประมาณ 2543 ในจังหวัดนนทบุรี
- 3 เพื่อศึกษาความต้องการการสนับสนุนจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุกึ่งเป็นผู้ป่วยที่เคยมาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญาในปีงบประมาณ 2543 ในจังหวัดนนทบุรี

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ที่มีภูมิลำเนาชัดเจนและสามารถติดตามได้อยู่ในจังหวัดนนทบุรี

ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุเป็นผู้ป่วยทั้งใหม่และเก่ามาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญาในปีงบประมาณ 2543

พื้นที่ในการศึกษาคือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุตามบ้านเลขที่ในตำบลต่างๆที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

ศึกษาในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2545-มีนาคม 2545

ข้อตกลงเบื้องต้น

การศึกษานี้ใช้ฐานข้อมูลข้อมูลสถิติผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุจากงานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลศรีธัญญา ในปีงบประมาณ 2543

ผู้ป่วยในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งอยู่ในโรคกลุ่ม F และมีภูมิลำเนาที่ชัดเจน สามารถติดตามได้ในจังหวัดนนทบุรี

ผู้วิจัยถือว่าผู้ให้สัมภาษณ์ เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ให้คำตอบที่เชื่อถือได้ และตรงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด

คำสำคัญ

Caring Behavior
Geriatric Psychiatric Patients
Caregivers
Hospital Supporting Needs

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ข้อมูลสถิติผู้ป่วยที่สถานีอนามัยไม่ได้มีการลงทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุไว้ครบถ้วน เนื่องจากไม่สามารถตรวจวินิจฉัยโรคทางจิตเวชได้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงมีแต่อาการแสดงเท่านั้น เช่น นอนไม่หลับ เครียด เป็นต้น และที่สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ก็ไม่ได้มีการแยกอายุผู้ป่วยจิตเวชไว้จึงไม่สามารถใช้เป็นฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุได้ ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องใช้ฐานข้อมูลจากโรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชที่ใหญ่ที่สุดของประเทศและตั้งอยู่ในจังหวัดนนทบุรี จึงพอจะอนุมานได้ว่า ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุในจังหวัดนนทบุรีมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา เกือบทั้งหมดเนื่องจากเดินทางมาโรงพยาบาลใกล้กว่าโรงพยาบาลจิตเวชอื่น ๆ

การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติในการวิจัย

ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุในฐานะญาติหรือมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบผู้ป่วย และเป็นผู้ดูแล จำนวน 1 คน ที่ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด

ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เคยได้รับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา ในปีงบประมาณ 2543 ในจังหวัดนนทบุรี และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคในกลุ่มโรคที่มีปัญหาเกี่ยวกับจิตเวช

ลักษณะของครอบครัวในที่นี้ประกอบด้วย ประเภทของครอบครัว ประเภทของบ้าน จำนวนสมาชิกตลอดจนบรรยากาศและความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

พฤติกรรมการดูแล หมายถึง การปฏิบัติเกี่ยวกับการคอยช่วยเหลือสนับสนุนให้แก่ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ซึ่งอาจประสบกับปัญหาในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ ในการศึกษาประกอบด้วยการดูแลด้านแบบแผนในการดำเนินชีวิต ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการพักผ่อนนอนหลับ ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ด้านการใช้ยารักษาอื่น ๆ ตลอดจนด้านการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งรวมถึงด้านการรักษาความสะอาดร่างกาย การทำกิจกรรมประจำวัน และการดูแลสุขภาพจิต

ความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือ หมายถึง ความต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพื่อช่วยขจัด ลด ความเดือดร้อน ยากลำบาก ทุกข์ของผู้ดูแลที่เป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ในการศึกษาี้ ได้แก่ ความต้องการการได้รับข้อมูล / คำแนะนำ และความต้องการด้านการจัดบริการ

อำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมาก หมายถึง กลุ่มอำเภอที่มีผู้ป่วยสะดวกในการเดินทางมาโรงพยาบาลศรีรัษฎา เช่น อำเภอเมือง และอำเภอปากเกร็ด ส่วนอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อย หมายถึง กลุ่มอำเภอที่มีผู้ป่วยเดินทางไม่สะดวก ในการมาโรงพยาบาลศรีรัษฎา เช่น อำเภอบางกรวย อำเภอบางบัวทอง อำเภอไทรน้อยและอำเภอบางใหญ่

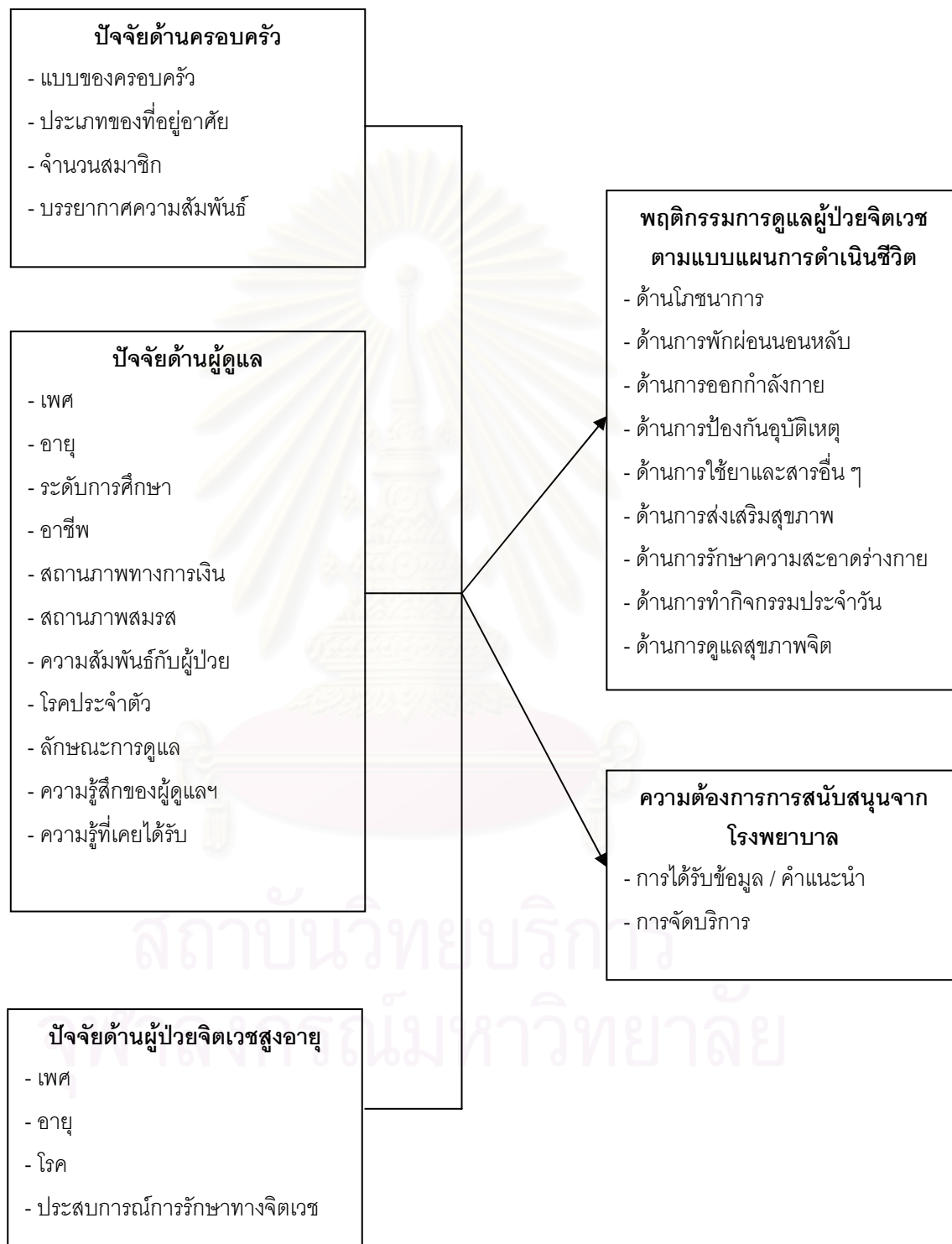
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เป็นแนวทางในการวางแผนการจัดรูปแบบการดูแล เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหา การดูแลที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนจัดบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุนที่บ้านของโรงพยาบาลศรีรัษฎา
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาพฤติกรรมการดูแล และความต้องการการสนับสนุนจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุในจังหวัดนนทบุรีในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญตามลำดับดังนี้

- แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1 ความหมายผู้สูงอายุ
 - 2 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 3 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ
 - 4 ปัญหาที่พบในผู้สูงอายุ
 - 5 ความต้องการของผู้สูงอายุ
 - 6 สวัสดิการและบริการที่ให้กับผู้สูงอายุ
- ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ
- การดูแลและพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุตามแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน
 - 1 การดูแล
 - 2 ผู้ดูแล
 - 3 ความจำเป็นที่ต้องมีผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ
 - 4 ครอบคลุมกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ
 - 5 พฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุตามแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน
- บริการโรงพยาบาลจิตเวชที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน
 - 1 การสนับสนุนทางสังคม
 - 2 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน
 - 3 ระบบบริการจิตเวชที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

1. ความหมายผู้สูงอายุ

คำว่า ผู้สูงอายุ แต่เดิมประเทศไทยใช้คำว่า ผู้ชรา มองในด้านวัฒนธรรม ถือกันว่ามีอายุสมควรแก่การยกย่องนับถือ แต่คนที่เลิกราชการเมื่ออายุ 60 ปี เพราะเหตุ ชราภาพ ทำให้มีความรู้สึกเหมือนเป็นคนที่หมดประโยชน์ ราชการไม่ปรารถนา (พัทยา สายหู, 2524)¹⁵ คำว่า แก่ หรือ ชรา

เป็นคำที่ให้ความรู้สึกที่ไม่ดีต่อผู้ฟัง จึงเป็นที่ถกเถียงกันเพื่อหาข้อสรุปว่า มีกฎเกณฑ์อย่างไร จนกระทั่ง วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2505 จึงมีการบัญญัติคำ ผู้สูงอายุ ขึ้น โดย พล.ต. อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร เป็นผู้เสนอ และได้ใช้คำว่า ผู้สูงอายุ

ส่วนความหมายของผู้สูงอายุนั้น ได้มีผู้ให้ความหมายไว้แตกต่างกันดังนี้ ข้อสรุปจากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (สิทธิ จิรวโรจน์, 2525)¹⁶ ได้ให้ความหมายของความสูงอายุ (Aging) ว่าหมายถึง การพัฒนาเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุของมนุษย์ โดยที่ความสูงอายุนี้ จะเริ่ม ตั้งแต่เกิดมาและดำเนินต่อเนื่องไปจนถึงสิ้นสุดอายุขัยของสิ่งมีชีวิตนั้นๆ และกำหนดเกณฑ์อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งหญิงและชาย

กุลยา ตันติผลาชีวะ (2525 : 3)¹⁷ กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะต้องมีลักษณะดังนี้คือ เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุทางปฏิทิน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ประชุมตกลงกันเป็นมาตรฐานสากลในการกำหนดอายุเริ่มต้นของการชราภาพ

สรุป ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของชีวิตไปจนถึงสิ้นสุดอายุขัยของชีวิต

2. ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ปัจจุบันระบบบริการสาธารณสุขเจริญก้าวหน้ามากขึ้น ทำให้การป้องกันโรค และการรักษาดีขึ้นจากเดิมจึงเป็นการจากที่จะกำหนดได้ว่า ลักษณะเช่นไรจะเรียกว่า ผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทยนั้นได้กำหนดลักษณะของผู้สูงอายุ โดยชุมชนผู้สูงอายุเป็นบุคคลผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่มีความเสื่อมตามสภาพ มีกำลังถดถอยเชิงข้อขาและเป็นผู้ที่มีโรค สมควรได้รับการช่วยเหลือ อย่างไรก็ตามไม่มีทฤษฎีใดโดยเฉพาะสามารถอธิบายความเปลี่ยนแปลงสภาพของผู้สูงอายุได้อย่างสมบูรณ์ แต่ในที่นี้ จะกล่าวถึงทฤษฎีผู้สูงอายุด้านจิตสังคม¹⁸

ทฤษฎีผู้สูงอายุด้านจิตสังคม เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงจิตสังคมของผู้สูงอายุคือ

2.1 ทฤษฎีการถดถอย (Disengagement Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ค่อยๆ ถดถอยออกจากสังคม ทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุ และในกลุ่มคนวัยอื่นๆ เพื่อเป็นการลดภาวะกดดันทางสังคมบางประการ

2.2 ทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน (Activity Theory) เป็นทฤษฎีที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขทั้งทางร่างกายและจิตสังคมได้จากการมีกิจกรรม และการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา ทำให้เวลาดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างกระฉับกระเฉงและมีความรู้สึกที่ตนเป็นประโยชน์ต่อสังคม

2.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่าผู้สูงอายุจะมีความสุขได้ก็ ต่อเมื่อได้กระทำกิจกรรมหรือปฏิบัติตัวเช่นที่เคยกระทำมาแต่เก่าก่อน บุคคลใดคุ้นเคยกับการอยู่ร่วมกันกับคนหมู่มากก็กระทำต่อไป คนใดพอใจชีวิตที่อยู่อย่างสงบสันโดษก็อาจแยกตนเอง

ออกมาอยู่ตามลำพัง ทฤษฎีนี้ได้กล่าวถึงพฤติกรรมของผู้สูงอายุอย่างกว้างๆ ว่าต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงมากมายหลายอย่างในสังคม เช่นการตายของสามีหรือภรรยา การเกษียณอายุ รายได้ที่ลดลง เป็นต้น

2.4 ทฤษฎีของอีริกสัน (Erikson's Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่าการพัฒนาการทางด้านจิตสังคมของคนในวัยสูงอายุว่า เป็นช่วงชีวิตที่จะรู้สึกว่าคุณค่ามั่นคง หรือท้อแท้หมดหวัง สำหรับบุคคลที่มีความรู้สึกว่าคุณค่า มีความมั่นคงก็จะมีความรู้สึกพึงพอใจในผลสำเร็จจากช่วงชีวิตที่ผ่านมา และเกิดความรู้สึกสุขสงบทางใจ และสามารถยอมรับได้ว่า ความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตในทางตรงกันข้ามคนที่ไม่ยอมรับ ก็มีความรู้สึกว่าตนนั้นมีโอกาสเลือกได้น้อย และต้องการให้มีชีวิตยืนยาวต่อไปอีก เกิดความท้อถอยสิ้นหวัง คับข้องใจ รู้สึกว่าคนนั้นไร้ค่า และความสามารถที่จะเผชิญต่อความสูงอายุลดน้อยลงด้วย

2.5 ทฤษฎีของเพค (Peck's Developmental Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้สูงอายุวัยต้น (55 – 75 ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (75 ปีขึ้นไป) มีความแตกต่างกันทั้งลักษณะนิสัย และการมีปฏิสัมพันธ์ทางด้านจิตสังคม เขามีความเชื่อว่าผู้สูงอายุมีการพัฒนาการ 3 ประการคือ

1 ความสามารถในการแยกความแตกต่างของคนกับบทบาทในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ความภาคภูมิใจในตนเอง และความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าขึ้นอยู่กับบทบาทของหน้าที่การงาน เมื่อเกษียณอายุบางคนจะมีความรู้สึกว่าไร้คุณค่า แต่ถ้าความรู้สึกภาคภูมิใจและความมีคุณค่าของงานไม่ได้มาจากตำแหน่งหน้าที่ที่เคยทำหลังเกษียณอายุความรู้สึกนั้นก็ยังคงมีอยู่ เช่น ผู้ที่ชอบปลูกต้นไม้ หรือเล่นกอล์ฟ ก็จะพึงพอใจหลังเกษียณอายุที่จะได้ทำสิ่งที่ต้องการแทนงานอาชีพที่เคยทำเป็นประจำ

2 ความสามารถทางร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติกับร่างกายที่แข็งแรง เมื่อยังทำงานอยู่ ทักษะทางด้านนี้ทำให้ผู้สูงอายุยอมรับความสามารถทางร่างกายที่ลดลง และพยายามปรับตัวให้เหมาะสม ชีวิตก็จะเกิดความผาสุกแต่ถ้าถึงความถดถอยของร่างกายก็จะทำให้ความสุขและความพึงพอใจในวัยสูงอายุลดน้อยลง

3 การยอมรับว่า ร่างกายของตนเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติกับสภาพร่างกายก่อนสูงอายุ การยอมรับร่างกายตามธรรมชาติทำให้คนยอมรับความตาย โดยไม่รู้สึกหวาดกลัวการยอมรับนี้รวมไปถึงกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับความตายด้วยในทางตรงกันข้ามคนที่ยึดสภาพร่างกายขณะที่อยู่ในวัยที่อ่อนกว่า ก็จะพยายามยืดชีวิตไว้ได้ยาวนานที่สุด และไม่พึงพอใจกับสภาพที่เป็นอยู่หวาดกลัวความตาย

จากทฤษฎีต่างๆ ที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุทุกคนได้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และสังคม เหมือนกันทั้งหมดทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเชื่อ ความรู้ ความสามารถ สภาพะสุภาพ ประเพณีวัฒนธรรม และมาตรฐานทางสังคมของแต่ละบุคคล

เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอยของร่างกาย และจิตใจ ทำให้มีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่อย่างไรก็ตาม สภาวะผู้สูงอายุจะดีได้ถ้า ผู้สูงอายุได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง มีความตั้งใจที่จะปรับปรุงสุขภาพของตนเองอย่างจริงจัง โดยการเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ นั่นคือ การมีสุขนิสัยที่ดี ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม มีความจำเป็นต่อการรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

3. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

เกอร์เท (Johann Wolfgang von Goethe อ้างใน กุลยา ตันติผลลาชีวะ, 2542)¹⁹ กล่าวว่า วัยสูงอายุมีไ้ช่วงชีวิตแห่งการพักผ่อน แต่เป็นช่วงอายุของการก้าวสู่บทบาทใหม่ของชีวิต โดยเกอร์เทได้แบ่งการเปลี่ยนแปลงบทบาทวิถีชีวิตผู้สูงอายุไว้ 3 ช่วงดังนี้



ที่มา ปรับมาจาก : W. Meier-Ruge(ed)(1987). The Elderly Patient in General Practice.

Bassi : Karger.

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ ได้ดังนี้

1. **การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย** เป็นการเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติเมื่อบุคคลอายุมากขึ้น ความเจริญด้านร่างกายจะลดน้อยลง การปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะมีทุกระบบ

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ มีดังนี้

2.1 ด้านความกลัวความแก่เพราะจะเป็นสาเหตุให้ความสามารถ ความจำ ความสวยงามลดลง และคิดไปว่า ถ้าแก่แล้วลูกหลานจะรังเกียจไม่เอาใจใส่ ไม่เป็นที่นับถือ กลัวเป็นภาระแก่ครอบครัว กลัวไม่มีใครเลี้ยงดูและกลัวความตาย

2.2 ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม ซึ่งเกิดจากความกลัวว่าจะไม่เป็นที่ยอมรับนับถือในสังคม มีความกังวลในหลายๆ ด้าน

2.3 ต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น กลัวถูกทอดทิ้ง และรู้สึกช่วยตัวเองไม่ได้ น้อยใจโกรธควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ไม่ค่อยมีเหตุผล บางครั้งจึงดูเหมือนเด็กที่ต้องการการดูแลเอาใจใส่

2.4 ยึดมั่นในความคิดตนเอง เนื่องจากความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เสียไป และความกังวลที่จะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง

2.5 ต้องการผู้ร่วมสนทนามากขึ้นถ้าปล่อยให้อยู่คนเดียวจะน้อยใจว่าถูกทอดทิ้ง

2.6 พฤติกรรมทางเพศ อาจจะเปลี่ยนแปลงไปในสตรีรู้สึกว่าจะไม่สวยงามเหมือนแต่ก่อนเกิดความอาย ในบุรุษอาจเกิดความรู้สึกกังวลว่าจะไม่มีสมรรถภาพ อาจแสดงออกด้วยการอึดอัด เจ้าชู้ เป็นต้น

3. **การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและบทบาททางสังคม** ผู้สูงอายุมีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การสูญเสียบทบาท ประกอบกับผู้สูงอายุยังต้องเผชิญกับปัญหา ด้านส่วนตัว สังคม เศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน

ภาวะการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้น ก่อให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บกับผู้สูงอายุได้ง่าย ได้ระบุถึงโรคที่มักจะพบในผู้สูงอายุ ได้แก่

- 1.)โรคที่ปรากฏอาการไม่ชัดเจน
- 2.)โรคจิต
- 3.)โรคทางเดินหายใจ
- 4.)โรคทางเดินอาหาร
- 5.)โรคติดเชื้อ
- 6.)โรคความดันโลหิตสูง
- 7.)โรคระบบกล้ามเนื้อ กระดูก และเนื้อเยื่อ

- 8.)โรคระบบประสาท และอวัยวะรับรู้สัมผัส
- 9.)โรคเบาหวาน
- 10.)โรคระบบโลหิต

4 ปัญหาที่พบในผู้สูงอายุ

ปัญหาของผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่

4.1 ปัญหาทางด้านสุขภาพกาย ผู้สูงอายุมักมีปัญหาด้านสุขภาพเสื่อมโทรม มีโรคภัยต่างๆเบียดเบียน ทั้งโรคทางกายและทางสมอง ผู้มีอายุเกิน 65 ปี มักมีการเปลี่ยนแปลงทางสมอง คือ โรคสมองเสื่อม โรคหลงลืม โรคซึมเศร้า

4.2 ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุที่มีฐานะไม่ดี ไม่มีลูกหลานดูแลอุปการะเลี้ยงดู อาจจะไม่มียาได้ หรือรายได้ไม่เพียงพอสำหรับการเลี้ยงชีพ อาจจะไม่มียู่อาศัย ทำให้ได้รับความลำบาก

4.3 ปัญหาทางด้านความรู้ ผู้สูงอายุอาจไม่มีโอกาสได้รับความรู้เพื่อพัฒนาตนเองให้เหมาะสมกับวัยและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปและเพื่อให้เข้ากันได้กับเยาวชนรุ่นใหม่

4.4 ปัญหาทางด้านสังคม ผู้สูงอายุอาจจะไม่ได้รับการยกย่องจากสังคมเหมือนเดิม โดยเฉพาะผู้ที่เคยเป็นข้าราชการ ตำแหน่งสูงซึ่งเคยมีอำนาจและบริวารแวดล้อม เมื่อเกษียณอายุราชการ อาจเสียดายอำนาจและตำแหน่งที่เสียไป

เยาวชนและหนุ่มสาวหลายคนมีทัศนคติไม่ดีต่อผู้สูงอายุ เห็นคนรุ่นเก๋าล้าสมัย พูดไม่รู้เรื่องและไม่มีประโยชน์

4.5 ปัญหาทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุจะไม่ได้ได้รับความเอาใจใส่และความอบอุ่นจากลูกหลานอย่างเพียงพอ ทำให้รู้สึกเหงา อ้างว้าง และอาจจะมีควมวิตกกังวลต่างๆ เช่น กังวลว่าจะถูกลูกหลานและญาติพี่น้องทอดทิ้ง กังวลในเรื่องความตาย ผู้สูงอายุมักมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น เศร้า เฉยเมย เอาแต่ใจตนเอง ผู้สูงอายุบางคนก็ยังคงมีความต้องการความสุขทางโลกีย์ ซึ่งไม่เหมาะสมกับวัยของตนทำให้ได้รับความผิดหวัง

4.6 ปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว ปัญหาผู้สูงอายุที่น่าเป็นห่วง คือ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม ในอดีตจะเป็นครอบครัวใหญ่ที่เรียกว่าครอบครัวขยาย ทำให้มีความสัมพันธ์แน่นแฟ้นและเกิดความอบอุ่นระหว่าง พ่อ แม่ ลูกหลาน ในปัจจุบันครอบครัวคนไทยโดยเฉพาะในเขตเมืองจะเป็นครอบครัวเดี่ยวเป็นส่วนใหญ่ ลูกหลานจะมาทำงานในเขตเมืองทิ้งพ่อแม่ให้เฝ้าบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างโดดเดี่ยว ไม่ได้รับการดูแลและได้รับความอบอุ่นดังเช่นอดีตที่ผ่านมา

4.7. ปัญหาค่านิยมที่เปลี่ยนแปลง ปัจจุบันความเปลี่ยนแปลงจากภาวะทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้เยาวชนมีความกดดันที่ต่อพ่อแม่ ครูอาจารย์ น้อยลง ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแล ต้องอาศัยสถานสงเคราะห์คนชรา

ในอนาคตเมื่อประเทศไทยเป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่ สังคมไทยอาจกลายเป็นสังคมตะวันตก คือต่างคนต่างอยู่ ไม่มีการเอื้อเฟื้อซึ่งกันและกัน ไม่มีการทดแทนบุญคุณ บุตรหลานโตขึ้นก็จะไม่เลี้ยงดูพ่อแม่เมื่อแก่ชรา

สรุปปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุดังนี้ (กุลยา ตันติผลลาชีวะ, 2542)¹⁹

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นผลที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจและสังคมตามวัยผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพทางร่างกายที่พบบ่อย คือ ท้องผูก กระดูกพรุน ความดันโลหิตสูง โรคเส้นเลือดของหัวใจ โรคต่อกระฉก โรคเส้นเลือดของสมอง โรคขาดสารอาหารและโลหิตจาง ต่อมลูกหมากโต และโรคอัลไซเมอร์ ส่วนปัญหาทางสุขภาพจิตจะเกิดจากความเครียดและสมองเสื่อมทำให้เกิดอาการทางจิตใจ ได้แก่ กลุ่มอาการสมองเสื่อม หลงลืม อาการผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์

5. ความต้องการของผู้สูงอายุ

โดยทั่วไปจะแบ่งความต้องการของผู้สูงอายุออกเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ ดังต่อไปนี้
(ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2532)²⁰

5.1 ความต้องการทางกายและจิตใจ เป็นความต้องการด้านพื้นฐานของมนุษย์ เพราะเป็นสิ่งที่ธรรมชาติของร่างกายต้องการ เพื่อสร้างเสริมร่างกายให้ดำรงอยู่ได้ ความต้องการเหล่านี้ได้แก่ ความต้องการด้านปัจจัย 4 อันได้แก่ อาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย และการรักษาพยาบาล ส่วนความต้องการทางด้านจิตใจ เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นภายหลังจากความต้องการประการแรก เพราะเป็นความต้องการที่เกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ของบุคคล ความต้องการทางด้านจิตใจเป็นสิ่งที่มองไม่เห็น สัมผัสไม่ได้แต่รู้สึกได้ ความต้องการเหล่านี้ได้แก่ ความมั่นคงปลอดภัย (Security Needs) ความต้องการได้รับการยอมรับนับถือ (Recognition Needs) ความต้องการมีโอกาสดำเนินการ (Opportunity Needs) โดยเฉพาะในเรื่องความสำเร็จของการทำงานในปัจจุบันชีวิต

5.2. ความต้องการทางสังคม เป็นความต้องการที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตใจเป็นอย่างมาก บางครั้งจะแยกออกจากกันไม่ได้ ลักษณะความต้องการทางด้านสังคมได้แก่ ความยกย่องนับถือ (Sense of Recognition) ความสำคัญ (Sense of Importance) ความเป็นเจ้าของ (Sense of Belonging) ความมีโอกาสนในการทำสิ่งที่ปรารถนา (Sense of Opportunity)

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมทำให้ทัศนคติและค่านิยมที่มีต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนไปในทางที่ลดน้อยลง เช่น ความเคารพนับถือ การดูแลและยกย่องในด้านต่าง ๆ ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่เคยให้มาโดยตลอด ให้ความรักแก่บุตรหลาน ให้คำแนะนำปรึกษา ให้การเลี้ยงดู ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุภาคภูมิใจ ดังนั้น จึงต้องการให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญและยกย่องตนเองดังเช่นที่เคยมีมา ความต้องการเหล่านี้หากได้รับการตอบสนองก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขขึ้น รู้สึกตนเองมีคุณค่า ส่งผลถึงความสุขทางกายและจิตใจในที่สุด

5.3 ความต้องการทางเศรษฐกิจ ในสภาพของการดิ้นรนทางเศรษฐกิจใน

ปัจจุบัน ประชาชนบางกลุ่มไม่สามารถจะดูแลผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึง ผู้สูงอายุต้องการได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจากบุตรหลาน เพื่อสะสมไว้ใช้จ่ายในสภาวะที่ตนเองเจ็บป่วยผู้สูงอายุต้องการให้รัฐช่วยในการจัดหาอาชีพให้เพื่อเป็นการเพิ่มพูนรายได้ ซึ่งความต้องการดังกล่าวนี้จะเห็นว่า ผู้สูงอายุจะไม่ได้คิดที่เป็นผู้คอยรับความช่วยเหลือจากครอบครัวและผู้อื่นแต่เพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังต้องการที่จะเป็นผู้มีบทบาททางเศรษฐกิจอีกด้วย นอกจากนั้น จุดมุ่งหมายที่สำคัญ คือความต้องการที่จะช่วยตัวเองเพื่อให้พ้นจากสภาวะความบีบคั้นทางเศรษฐกิจ

6. สวัสดิการและบริการที่ให้กับผู้สูงอายุ

พัฒนาการด้านสวัสดิการและการดำเนินการสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ระยะ คือ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)²¹

ระยะต้น เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2469-2529 โดยในปี พ.ศ. 2469 ได้มีการจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคขึ้นเป็นครั้งแรก โดยเป็นบริการสงเคราะห์ทางด้านสังคมด้านที่อยู่อาศัยแก่ผู้สูงอายุที่ยากไร้และไม่สามารถดำรงอยู่ในครอบครัวหรืออยู่โดยลำพังในชุมชนได้ ต่อมาได้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุและคลินิกผู้สูงอายุขึ้นที่โรงพยาบาลประสาทในปี พ.ศ. 2505 และ พ.ศ. 2506 ตามลำดับ

ในปี พ.ศ. 2525 องค์การสหประชาชาติได้จัดการประชุม “สมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ” ได้จัดทำแผนผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2529-2544) ของประเทศไทย โดยประกาศใช้ในปี พ.ศ. 2529 แผนผู้สูงอายุระยะยาวนี้ถือเป็นแผนแม่บทด้านผู้สูงอายุฉบับแรกของประเทศไทย หลังจากนั้นภาคเอกชนและองค์กรอิสระต่าง ๆ ได้มีการพัฒนาการบริการและโครงการต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุ โดยปรากฏชัดเจนภายหลัง พ.ศ. 2535 อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่ของสวัสดิการและการดำเนินการในด้านต่าง ๆ ในปัจจุบันเป็นการดำเนินการของภาครัฐ โดยได้รับอิทธิพลสำคัญจากบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันที่ประกาศใช้ในปี พ.ศ. 2540⁹ ดังนี้

มาตราที่ 54 : บุคคลซึ่งอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

มาตราที่ 80 : รัฐต้องคุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย ส่งเสริมและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของครอบครัวและความเข้มแข็งของชุมชน รัฐต้องสงเคราะห์คนชราผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือผู้ทุพพลภาพ และผู้ด้อยโอกาส ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้

การดำเนินการโดยเฉพาะด้านสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุที่สำคัญในปัจจุบัน มีลักษณะสำคัญดังนี้

6.1 การดำเนินการด้านสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุขได้ให้หลักประกันการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2534 โดยกำหนดให้ผู้สูงอายุได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า แต่ต้องทำบัตรประจำตัวผู้สูงอายุและใช้แสดงสิทธิในการเข้ารับบริการจากสถานบริการขั้นปฐมภูมิที่รับผิดชอบในพื้นที่ที่ผู้สูงอายุพำนักอยู่

6.2 การดำเนินการทางด้านการเงิน

สวัสดิการด้านการเงินแก่ผู้สูงอายุที่สำคัญและมีแต่เดิมคือระบบบำนาญบำนาญข้าราชการ และในปัจจุบันได้มีการจัดตั้งกองทุนบำนาญบำนาญข้าราชการ(กบข.)ขึ้นทดแทนระบบบำนาญข้าราชการเดิม จนกระทั่งในปี พ.ศ.2536 ได้จัดโครงการเงินอุดหนุนกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน(โครงการเบี้ยยังชีพ)ขึ้น โดยเป็นสวัสดิการด้านการเงินแก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเงินในการยังชีพที่ไม่มีผู้ดูแลหรือผู้อุปการะและไม่สามารถประกอบอาชีพได้ในขั้นต้นได้จัดสรรเงินจำนวน 200 บาท/เดือน จนตลอดชีพแก่ผู้สูงอายุเหล่านี้ แต่ต่อมาได้เพิ่มเป็น 300 บาท/เดือนจนตลอดชีพ ซึ่งในปี พ.ศ.2544มีผู้สูงอายุที่ได้รับสวัสดิการนี้ราว 400,000 คน

6.3 การดำเนินงานด้านที่อยู่อาศัย

ประเทศไทยได้จัดสถานบริการสถานสงเคราะห์คนชรา เพื่อให้สวัสดิการบริการแก่ผู้สูงอายุที่ไม่มีที่พักอาศัยหรือไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวได้ โดยเริ่มครั้งแรกในปี พ.ศ.2496 ณ สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร ในปัจจุบันมีสถานสงเคราะห์เช่นนี้อยู่ 20 แห่งกระจายอยู่ทั่วประเทศ นอกจากสถานสงเคราะห์ซึ่งเป็นสวัสดิการบริการของรัฐแล้วเอกชนและองค์กรอิสระได้มีการจัดตั้งสถานบริการลักษณะนี้ปนกับสถานบริการสุขภาพเรื้อรัง (nursing home)ขึ้น แก่ผู้มีกำลังทรัพย์ที่จะจ่ายค่าบริการ

6.4 ด้านผู้ดูแลและการดูแลระยะยาว

ที่ผ่านมารัฐให้ความสำคัญและดำเนินการรณรงค์ความสำคัญของครอบครัวและพยายามให้บุตรหลานให้การดูแลเกื้อกูลบุพการีหรือญาติผู้สูงอายุมาโดยตลอด อาทิ กำหนดให้ช่วงวันสงกรานต์เป็นวันครอบครัวและวันผู้สูงอายุ และการรณรงค์ความสำคัญของผู้สูงอายุผ่านทางสื่อต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ หน่วยงานต่าง ๆ ของภาครัฐและองค์กรอิสระและสมาคมวิชาการต่าง ๆ ได้จัดให้มีการอบรมผู้ดูแลให้มีความรู้และทักษะในการดูแลเกื้อกูลผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ อย่างไรก็ตามระบบชุมชนที่จะเกื้อหนุนศักยภาพของการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวยังคงขาดแคลนอยู่มากทั้งในรูปแบบและพื้นที่ดำเนินการ ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้จึงตกอยู่กับครอบครัวและสมาชิก ซึ่งถ้าครอบครัวไม่สามารถเกื้อกูลได้อย่างมีคุณภาพเพียงพอจะทำให้เกิดผลกระทบโดยเฉพาะทางสุขภาพแก่ผู้สูงอายุเหล่านี้ได้

6.5 การดำเนินการด้านอื่น ๆ

ในปี พ.ศ.2542 ได้มีการประกาศใช้ปฏิญญาผู้สูงอายุไทยเป็นพันธกรณี เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้

ข้อที่ 1 ผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ได้รับการพิทักษ์และคุ้มครองให้พ้นจากการถูกทอดทิ้งและละเมิดสิทธิ โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองหรือครอบครัวได้และผู้พิการที่สูงอายุ

ข้อที่ 2 ผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัวโดยได้รับความเคารพ รัก ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับบทบาทของกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อเกิดความสัมพันธ์อันดีในการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

ข้อที่ 3 ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการศึกษา เรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง เข้าถึงข้อมูลข่าวสารและความเปลี่ยนแปลงของสังคมรอบด้านเพื่อสามารถปรับตัวของตนให้สมวัย

ข้อที่ 4 ผู้สูงอายุควรได้รับการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ให้สังคมมีโอกาสได้ทำงานที่เหมาะสมกับวัยตามความสมัครใจ โดยได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรม เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจและเห็นชีวิตมีคุณค่า

ข้อที่ 5 ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ต้องมีหลักประกัน และสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอย่างครบวงจรโดยเท่าเทียมกัน รวมทั้งได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบตามศรัทธา

ข้อที่ 6 ผู้สูงอายุควรได้มีบทบาทและมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยเฉพาะการรวมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยน เรียนรู้ และความเข้าใจอันดีระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน และกับบุคคลทุกวัย

ข้อที่ 7 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคมต้องกำหนดนโยบายและแผนหลักด้านผู้สูงอายุ ส่งเสริมและประสานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้บรรลุผลตามเป้าหมาย

ข้อที่ 8 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคมต้องตรากฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อเป็นหลักประกันและการบังคับใช้ในการพิทักษ์สิทธิ คุ้มครองสวัสดิภาพและจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ

ข้อที่ 9 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องรณรงค์ปลูกฝังค่านิยมให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุตามวัฒนธรรมไทยที่เน้นความกตัญญู กตเวทีและความเอื้ออาทรต่อกัน

ข้อนำสังเกตที่สำคัญตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน สวัสดิการและบริการต่าง ๆ ที่มีสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยเป็นไปเพื่อตอบสนองบางส่วนของแนวทางหลักของการสร้างหลักประกันสำหรับผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุเท่านั้น (“การเกื้อหนุนผู้สูงอายุที่ผ่านเข้าสู่ระยะพึ่งพาให้ดำรงอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีและคุณภาพที่สมเหตุสมผล” และ “การดำรงอยู่ในวัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพควบคู่กับการพัฒนาของสังคมอย่างต่อเนื่อง”) แต่ไม่ครอบคลุมถึงแนวทาง “การเตรียมความพร้อมสำหรับวัยสูงอายุที่มีคุณภาพตั้งแต่วัยต้นของชีวิต” แต่อย่างใด

อย่างไรก็ดีผลจากปฏิกิริยาทำให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ(กสผ.) ขึ้นเพื่อทำหน้าที่สร้างแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 และเพื่อเร่งรัดและประสานงานการดำเนินการของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ประชาชนและสถาบันทางสังคมต่าง ๆ ให้เป็นไปตามแผนชาติ

6.6 ปรัชญาและยุทธศาสตร์หลักของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2

(คณะอนุกรรมการจัดทำร่างแผนผู้สูงอายุแห่งชาติระยะยาวฉบับที่ 2, 2544)

ในปี พ.ศ. 2544 ได้มีการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ภายใต้จุดมุ่งหมายให้เกิดหลักประกันในผู้สูงอายุโดยไม่ก่อให้เกิดผลเสียหายต่อการพัฒนาประเทศในระยะยาว และวางอยู่บนปรัชญาต่อไปนี้

- การสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุเป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคม
- การดำเนินการต่าง ๆ เพื่อหลักประกันในวัยผู้สูงอายุ เป็นหน้าที่หลักของแต่ละบุคคล ภายใต้การสนับสนุนเกื้อกูลจากครอบครัวและชุมชน โดยสังคมและรัฐจะให้การเกื้อหนุนเพื่อการสร้างหลักประกันที่จำเป็นโดยเฉพาะอย่างยิ่งแก่บุคคลที่ด้อยโอกาส

- ผู้สูงอายุมีคุณค่าและศักยภาพ สมควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้มีส่วนร่วมอันเป็นประโยชน์ต่อสังคม

- ผู้สูงอายุควรที่จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนได้อย่างมีคุณภาพที่สมเหตุสมผลและสมวัย

- ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ใช่บุคคลที่ด้อยโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคม และถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งจะประสบความทุกข์ยากและต้องการการเกื้อกูลจากสังคมและรัฐแต่ก็เป็นเพียงบางช่วงเวลาของวัยสูงอายุเท่านั้น

สำหรับยุทธศาสตร์หลักของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ประกอบไปด้วย 5 ยุทธศาสตร์หลัก ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 : ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 : ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 : ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 : ยุทธศาสตร์การประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

สรุป สวัสดิการผู้สูงอายุมีความจำเป็นขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในอนาคตสภาพความเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจและสังคม มีผลให้แนวโน้มในอนาคตครอบครัวจะมีขนาดเล็ก และอยู่กันแบบครอบครัวเดี่ยว ลูกหลานจะไปทำงานไกลบ้านขึ้น พ่อแม่ ผู้สูงอายุในครอบครัวจะถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียวในบ้าน ดังนั้นรัฐจึงจะต้องมีบทบาทในการจัดสวัสดิการให้ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพเช่นเดียวกับประเทศที่พัฒนาแล้ว ได้แก่ Home help care , Home care and Domiciliary care เป็นต้น

ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

ความมีอายุเป็นปกติของชีวิตที่เราไม่สามารถสกัดกั้นได้ และเมื่อมีอายุปัญหาทางสุขภาพหลากหลายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงทั้งทางร่างกายและจิตใจ แม้แต่อุบัติเหตุเองก็เกิดขึ้นได้ง่ายเช่นกัน นอกจากนี้ความมีอายุยังแยกคนให้พ้นจากกิจกรรมปกติของชีวิตและสังคม ซึ่งบางคนก็แข็งแรงแต่บางคนอ่อนแอ บางคนต้องการความช่วยเหลือ บางคนต้องการพึ่งพาและมีปัญหาสุขภาพจิต

1โรคทางจิตเวชของผู้สูงอายุ

โรคทางจิตเวชปัจจุบัน ใช้ระบบการแยกโรคตาม ICD-10²² ซึ่งมีโรคในกลุ่ม F00-F99 ความมีอายุไม่ใช่สาเหตุของโรค แต่ความเป็นโรคจะมึ่ง่ายขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุทั้งโรคฝ้ายกาย และฝ้ายจิต โรคทางจิตเวชของผู้สูงอายุสามารถจำแนกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1.1 กลุ่มที่เกิดจากพยาธิสภาพร่างกายหรือสมองแล้วมีผลต่อจิตใจ เช่น เส้นเลือดในสมองตีบ เซลล์สมองเสื่อม เป็นต้น

1.2 กลุ่มที่เกิดจากความผิดปกติของจิตใจและอารมณ์โดยไม่มีพยาธิสภาพทางร่างกาย ได้แก่ โรคจิตเสื่อม โรคหวาดระแวง โรคประสาท เป็นต้น

การเกิดโรคทางจิตเวชผู้สูงอายุสามารถเกิดได้ตั้งแต่อายุ 40 ปี ขึ้นไปดังตารางแสดงต่อไปนี้

อายุ/ปี	โรค	สาเหตุ	อาการ
45-85	Alzheimer's หญิง : ชาย = 3: 2 40 ปีเริ่มพบบ้าง 65 ปีพบ 3 – 5 % 85ปีพบ35-40 %	- เกี่ยวข้องกับยีนส์ผิดปกติ แต่ไม่แน่ว่าเป็นพันธุกรรมหรือไม่ - มีสมองส่วนคอร์เทกซ์เหี่ยว และตาย	ระยะแรก พุดแล้วจำไม่ได้ สับสนทิศทาง ระยะที่ 2 จำไม่ได้ว่ากิน อาหาร ผันแปร หูแว่ว ความจำเก่าเสีย ระยะที่ 3 ความจำเลวลง จำคนใกล้ตัวไม่ได้ ดูแล ตนเองไม่ได้ นอนติดเตียง แขนขาเกร็ง
50,60	Arteriosclerotic Psychosis	- เส้นเลือดในสมองแข็งตัว	ลึ่มง่าย ไม่มีสมาธิ อารมณ์ แปรปรวน แต่ผู้ป่วย พยายามรักษาบุคลิกได้ ความดันโลหิตสูง มีนง เจ็บหน้าอก
60,70	Senile Psychosis หญิง > ชาย	- ไม่แน่นอน สมองเหี่ยว เซลล์,ประสาทบางส่วนหายไป	อารมณ์เฉื่อย ขาดความ กระฉับกระเฉง นอนไม่หลับ ดูแลความสะอาดตัวเอง ไม่ได้ ชี้อระแวง เพ้อ เอะอะ ความดันโลหิตต่ำ อุณหภูมิต่ำในร่างกายต่ำ

อายุ/ปี	โรค	สาเหตุ	อาการ
ทุกอายุ	Affective Psychosis	- ตึงเครียดจากโรคทางกาย หรือประสบมาก่อน	มีอาการซึม รู้สึกว่าไม่มีค่า ไม่สบายป่วยไข้ เป็นโรค หงุดหงิด
ทุกอายุ พบง่าย 70 ปีขึ้นไป	Paranoid Syndrome	- ความมีอายุ พบมากใน หญิงโสด	หลงผิด หวาดระแวง ประสาทหลอน แต่ยังรู้ กาลเทศะ ตัดสินใจได้

ผู้ป่วยจิตสูงอายุ อาจจำแนกเป็น 2 กลุ่มอาการ คือ

กลุ่มอาการที่พบจากสมองเสื่อม

- ความจำเสื่อม
- คิดสับสน
- สื่อสารไม่ได้
- ตัดสินใจเชิงซ้ำ
- แก้วฟ้าอนาจาร
- ถ้ามซ้ำซาก

กลุ่มอาการที่พบจากภาวะทางจิตใจ

- กังวล
- สับสน
- ระแวง
- เศร้า
- นอนไม่หลับ
- ไม่สนใจตัวเอง

กลุ่มอาการที่ปรากฏดังกล่าวถึง 2 กลุ่มจะมีระดับอาการที่ต่างกัน จากรุนแรงไปสู่ความไม่รุนแรงที่พยาบาลต้องให้การดูแลเฉพาะดังนี้

อาการผิดปกติขั้นไม่รุนแรง

- มีอาการหลง
- ความจำเสื่อมทำให้เกิดการตกแต่งเรื่อง
- ระแวง
- หงอยเหงา ซึม

อาการผิดปกติขั้นรุนแรง

- มีอาการหลอนทั้งทางตา หู
- อยู่นิ่ง เพ้อ เอะอะ
- สมองเสื่อม จำไม่ได้ การคิดและพฤติกรรมผิดปกติ
- ดูแลความสะอาดร่างกายตนเองไม่ได้
- ไม่สนใจตนเอง
- ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

ด้วยอาการทางจิตดังกล่าวผลพวงที่ตามมาคือ การให้การรักษาพยาบาล การดูแลไม่ทั่วทางด้านร่างกายหรือจิตใจ ความเอาใจใส่ต้องเพิ่มมากขึ้น บางครั้งอาจทำซ้ำแล้วซ้ำอีก เพราะผู้ป่วยควบคุมตนเองไม่ได้ เช่น อุจจาระราดไหลให้ตามเช็ด ลืมรับประทานยา เป็นต้น บางครั้งผู้ป่วยแสดงอาการรุนแรงก้าวร้าวที่รบกวนความรู้สึกของผู้ดูแล เหตุเพราะระดับอาการของโรค การจัดการและการดูแลจึงต้องวางอยู่บนพื้นฐานปัญหาและโรคที่ผู้ป่วยเป็นสำคัญ

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตและโรคจิตในผู้สูงอายุ

ขนาน หัสศิริ และคณะ (2525)²³ ได้ทำการศึกษาเรื่องการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเมื่อกรุงรัตนโกสินทร์ ครบ 200 ปีพ.ศ.2525 ในการศึกษาครั้งนี้ได้มีการสำรวจสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความซึมเศร้าไว้ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ยากจนของอำเภอคลองสะแกกั้ง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 150 คน ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชุมชนผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 50 คน ข้าราชการบำนาญที่เป็นสมาชิกของชุมชนผู้สูงอายุจำนวน 50 คน และผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่ 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบวัดความซึมเศร้าของ Zung (The Zung rating Depression Scale-ZSDZ) จำนวน 20 คำถาม ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้สูงอายุในเขตชนบทยากจน จังหวัดเชียงใหม่ มีความซึมเศร้า 8% 2) ผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองเชียงใหม่ มีความซึมเศร้า 10% 3) ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญ มีความซึมเศร้า 2% 4) ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่ มีความซึมเศร้า 78% 5) เมื่อเปรียบเทียบความซึมเศร้าจะพบว่า ผู้สูงอายุในชนบท ผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองและผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญ มีความซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน แต่ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ มีระดับความซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ

การดูแลและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุดังตามแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน

1 การดูแล

โดยทั่วไปการดูแลเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อบุคคล บุคคลต่อสัตว์ หรือบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นไปตามบทบาทหน้าที่ หรือกระทำด้วยความสนใจ เอาใจใส่ ด้วยความรักความห่วงใยและความเอื้ออาทร

2 ผู้ดูแล

สมจิต หนูเจริญกุล(2535)²⁴ ให้ความหมาย ผู้ดูแล ว่าหมายถึงบุคคลซึ่งเป็นผู้ใหญ่มีส่วนร่วมในการส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพของสมาชิกที่ต้องการพึ่งพา(dependent member)

ธัญโสภาคย์ เกษมสันต์(2539)²⁵ กล่าวว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรเป็นสมาชิกในครอบครัว ที่เป็นคนใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมาก่อนเป็นเวลานาน หรือเป็นบุคคลที่มีบุคลิกภาพ เป็นที่ถูกต้องใจของผู้สูงอายุ

3 ความจำเป็นที่ต้องมีผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

การเจ็บป่วยทางจิตไม่เพียงแต่จะทำให้บุคคลนั้นมีความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร การประกอบอาชีพ การทำงานร่วมกับผู้อื่น แต่ยังผลให้บุคคลด้อยความสามารถในการดูแลตนเอง ในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ นอกจากจะมีความเสื่อมโทรมลงของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายซึ่งทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นไปอย่างยากลำบากเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว แต่เมื่อมีการเจ็บป่วยทางจิตร่วมด้วยความสามารถในการดูแลตนเองย่อมลดน้อยถอยลงไปกว่าผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มอายุอื่น ๆ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงนโยบายการรักษาผู้ป่วยจิตเวชสากล ที่เน้นการรักษาตัวไว้ในโรงพยาบาลระยะสั้น และผลักดันผู้ป่วยกลับไปสู่ครอบครัว สังคมโดยเร็ว เป็นผลให้การรักษามุ่งเน้นในด้านการบรรเทาอาการทางจิตของผู้ป่วยมากกว่าการมุ่งส่งเสริมศักยภาพ การดูแลตนเองของผู้ป่วยในชีวิตประจำวันซึ่งส่งผลให้ ผู้ป่วยจิตเวชเหล่านั้นกลับสู่ครอบครัว สังคม ชุมชนในขณะที่ยังมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ครอบครัวจึงเป็นบุคคลกลุ่มแรกที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อจากโรงพยาบาล สอดคล้องกันกับแนวคิดของ ฟน แสงสิงแก้ว (2524)²⁶ ที่ได้กล่าวไว้เมื่อ ปี พ.ศ.2524 ว่าหากญาติได้ร่วมมือใกล้ชิดกับแพทย์ ได้รับฟังความคิดเห็นและได้สังเกตการดูแลรักษาตามเทคนิคที่ถูกต้องแล้วญาติสามารถนำเอาวิธีการปฏิบัติไปใช้ที่บ้านช่วยดูแลผู้ป่วยต่อ ถ้าจำเป็นก็กลับมาปรึกษาและรักษาเป็นครั้งคราว จะได้ผลดีและช่วยป้องกันการป่วยซ้ำได้อย่างมาก เช่นเดียวกับ ชะฤทธิ พงศ์อนุตริ(2530)¹⁰ ที่กล่าวว่าการที่ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจต่อชีวิต มีความหวัง

รู้สึกอบอุ่น รู้สึกมีคุณค่า มีคนต้องการ มีคนห่วงใย เข้าใจ มีความเชื่อมั่นในตนเองยิ่งขึ้น และรุจา ภูโพนุลย์(2538)²⁷ กล่าวว่า ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะปกติที่บ้าน การดูแลสุขภาพที่บ้านได้รับการยอมรับทั่วไปว่ามีประสิทธิภาพและประหยัด เมื่อเทียบกับการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล

ด้วยแนวเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุต่อจากโรงพยาบาล ซึ่งก็คือบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยนั่นเอง ทั้งนี้โรงพยาบาลจิตเวชหรือทีมสุขภาพจิตต้องมีมาตรการอย่างใดอย่างหนึ่งให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีศักยภาพ กล่าวคือ สามารถดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุสามารถดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวรวมทั้งสมาชิกอื่นๆ ในสังคมได้อย่างยาวนาน โดยปราศจากอาการกลับเป็นซ้ำของโรคจิต(Relapse)

4 ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

4.1 ความหมายของครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความหมายต่อผู้สูงอายุมาก เป็นสิ่งที่มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อภาวะจิตใจ เป็นสถาบันที่ให้ความรัก ความอบอุ่น ความปลอดภัย ความไว้วางใจแก่ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลและการสนับสนุนด้านต่าง ๆ จากครอบครัว เช่น ด้านอารมณ์ ด้านเศรษฐกิจ และนอกจากนั้นยังมีความต้องการความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและต้องการติดต่อกับญาติพี่น้อง ลูกหลานด้วย

Shanas & Sussman(1981)²⁸ ให้ความหมายว่า ครอบครัว คือกลุ่มบุคคลที่มีผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ด้วย โดยทางสายเลือดหรือด้วยการแต่งงาน ประกอบด้วยคู่สมรส บุตร หลาน และยั้งรวมไปถึง พี่ น้อง สะใภ้ ญาติ ซึ่งรวมเป็นเครือข่ายของครอบครัว(Family Network) จะเป็นผู้ตอบสนองความต้องการการบริการ ความช่วยเหลือ ข่าวสารแก่ผู้สูงอายุ

จิตรา วสุวานิช(2530)²⁹ กล่าวว่า ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานทางสังคมที่เล็กที่สุดสำคัญที่สุด เพราะครอบครัวอบอุ่นจะช่วยส่งเสริม และพัฒนาพฤติกรรมที่พึงประสงค์ให้แก่สมาชิกในครอบครัว

สมาคมเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย(อ้างใน รุจา ภูโพนุลย์,2537)³⁰ ได้ให้ความหมายของครอบครัวในเชิงสหสาขาวิทยาการว่า

1. ทางชีววิทยา ครอบครัวเป็นกลุ่มชนที่มีความผูกพันทางสายโลหิต
2. ทางเศรษฐศาสตร์ ครอบครัวเป็นกลุ่มบุคคลที่ใช้จ่ายจากงบประมาณเดียวกันถึงแม้จะอาศัยอยู่ต่างที่อยู่กัน

3. ทางสังคมศาสตร์ ครอบครัวเป็นกลุ่มคนที่อยู่ร่วมเคหะสถานเดียวกันมีปฏิสัมพันธ์และสนใจทุกข์สุขซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีความปรารถนาดีต่อกันโดยมีจำเป็นต้องสืบสายโลหิตเดียวกัน

4. ทางกฎหมายหรือทางนิติศาสตร์ ครอบครัวที่กฎหมายยอมรับ หมายถึงครอบครัวที่ชายหญิงจดทะเบียนสมรสอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งจะครอบคลุมถึงบุตรและบุตรบุญธรรม นอกจากนี้กฎหมายยังกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของบิดา มารดา สามี ภรรยาและบุตรที่มีต่อกันและกำหนดสิทธิในการรับมรดกทางกฎหมาย

สรุป ครอบครัว หมายถึง บุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไปอยู่ด้วยกัน มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด มีความรักความห่วงใยซึ่งกันและกัน ร่วมทุกข์ร่วมสุขกัน และมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน

4.2 ประเภทของครอบครัว

ครอบครัวแบ่งออกเป็น 3 แบบ คือ

1. ครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขนาดเล็ก(Nuclear Family) ประกอบด้วยสามี ภรรยา และลูก(ลูกอาจเป็นลูกบุญธรรมก็ได้)

2. ครอบครัวขยาย (Extended Family) เป็นครอบครัวเดี่ยวและญาติพี่น้อง เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา เป็นต้น อาจอยู่ภายใต้หลังคาเดียวกันหรือเขตบ้านเดียวกัน

3. ครอบครัวที่มีภรรยาหลายคน (Polygamous Family) ครอบครัวแบบนี้จึงเป็นครอบครัวเดี่ยว 3 ครอบครัวหรือมากกว่า ที่มีสามีหรือพ่อร่วมกัน เช่น สังคมจีน อิสลาม มัวร์ เป็นต้น

4.3. ความสัมพันธ์ในครอบครัว

ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เกิดจากการที่สมาชิกในครอบครัวซึ่งประกอบด้วย พ่อ แม่ พี่น้อง มีความรัก ความผูกพัน ความใกล้ชิดสนิทสนม เอาใจใส่เลี้ยงดูกัน ทำให้เกิดการขัดเกลาทางสังคม(Socialization) เป็นแบบแผนของค่านิยมและการประพฤติปฏิบัติต่อกัน และมีผลถึงเครือญาติในระดับต่าง ๆ กัน

กมลลา แสงสีทอง(2526)³¹ ให้ความหมายของความสัมพันธ์ในครอบครัวว่าหมายถึง ความสัมพันธ์ตามบทบาทที่คนเรามีต่อสมาชิกอื่นในครอบครัว ถ้าความสัมพันธ์มีลักษณะเป็น ความปรองดอง รักใคร่กลมเกลียวในครอบครัว นับว่าเป็นลักษณะความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว

ศรีทับทิม (รัตนโกศล) พานิชพันธ์ (2527)³² ได้กล่าวถึง สัมพันธภาพในครอบครัว ว่า สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นความผูกพันรักใคร่ ความใกล้ชิดคุ้นเคยสนิทสนมระหว่างบิดา มารดา และบุตร รวมตลอดถึงเครือญาติและบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนนั้น ๆ ด้วย ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นเรื่องที่สามารถก่อให้เกิดผลดี หรือก่อให้เกิดปัญหา และมีมูลเหตุแห่งปัญหานานาประการ

Shanas and Other (อ้างใน เสาวภา วิชิตวาทย์, 2527)³³ อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและครอบครัวไว้ 3 ประการ

ประการแรก ที่ผ่านมาครอบครัวมีความรับผิดชอบต่อผู้สูงอายุหรือคนแก่อย่างจริงจัง แต่ในปัจจุบันบุคคลมีความสนใจเฉพาะตนเอง ผู้สูงอายุไม่เพียงแต่จะถูกเพิกเฉยจากลูกหลานเท่านั้น ยังผลักดันให้สังคมเป็นผู้รับผิดชอบแทน ทั้งนี้เพราะสังคมก่อนอุตสาหกรรม ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการเพาะปลูก การแกะสลัก ที่จะถ่ายทอดให้ลูกหลาน แต่ในสังคมอุตสาหกรรม ชีวิตความเป็นอยู่เปลี่ยนแปลงไป การถ่ายทอดความรู้จากคนแก่มีความต้องการน้อยลงนอกจากนั้น ครอบครัวต้องการให้มีที่สำหรับรับผิดชอบผู้สูงอายุที่ป่วยทุพพลภาพแทน ขนบธรรมเนียมวัฒนธรรมเปลี่ยนแปลงไป แม้แต่ในประเทศจีน ซึ่งให้ความเคารพผู้สูงอายุอย่างมากก็ลดลง ทำให้สัมพันธภาพระหว่างครอบครัวและผู้สูงอายุเป็นไปในทางเสื่อม สามารถสรุปเหตุผลที่ทำให้เกิดกรณีดังกล่าวได้ 2 ประการ คือ

1. โครงสร้างของครอบครัว ให้ความสนใจแต่เฉพาะ พ่อ แม่ ลูก เท่านั้น
2. อายุประชากร จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

ประการที่สอง Shanas and Other ได้อธิบายโดยอ้างอิง แนวคิดของ Cumming and Henry ว่าสังคมนั้นแตกแยก สูญเสีย และขาดความผูกพันในวัยท้ายของชีวิตเป็นภาวะปกติของสังคม การเป็นสมาชิกของครอบครัวเป็นจุดเริ่มต้นของสังคม อายุเพิ่มขึ้น การทำงานในสังคมน้อยลงเนื่องจากความอ่อนแอของร่างกาย การสูญเสียคู่ชีวิตโดยเฉพาะผู้หญิงที่นิยมแต่งงานกับผู้ชายที่มีอายุมากกว่า และความยืนยาวของอายุผู้ชายสั้นกว่าผู้หญิง ทำให้ผู้หญิงเป็นหม้ายมากกว่าผู้ชาย นับเป็นการสูญเสียและขาดความสัมพันธ์ในครอบครัว ถึงแม้สมาชิกอื่นในครอบครัวยังมีชีวิตอยู่ก็ตาม

ประการที่สาม Shanas and Other ได้อ้างเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและพ่อแม่ที่ไม่ดีในสังคมสมัยใหม่ ทำให้เมื่ออายุมากขึ้นลูกหลานจึงทอดทิ้ง

ความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครัวเรือนเดียวกัน ในที่นี้หมายถึง บุตรหลานกับผู้สูงอายุซึ่งจะต้องมีองค์ประกอบ ดังนี้ คือ

1. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวร่วมกัน
2. การสื่อสาร(Communication) แลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ ซึ่งกันและกัน
3. มีการยอมรับซึ่งกันและกัน
4. ไม่มีการขัดแย้งบาดหมางกัน
5. มีการช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน
6. มีความรักใคร่ผูกพันทางอารมณ์ต่อกัน

4.4. ลักษณะของครอบครัวที่ดี

ลักษณะของครอบครัวที่ดีในสังคมไทย ประกอบด้วยคุณลักษณะ 4 ประการ คือ

1. สมาชิกทั้งหมดมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างสม่ำเสมอในทุก ๆ อย่าง เช่น ทำงานด้วยกันเล่นด้วยกัน
2. คงไว้ซึ่งการติดต่อกับระบบอื่น ๆ นอกครอบครัวได้
3. พยายามที่จะเผชิญปัญหา เอาชนะปัญหาร่วมกันในครอบครัว
4. มีความยืดหยุ่นและสนใจที่จะตอบสนองความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์

4.5 การดูแลสุขภาพของครอบครัว

ครอบครัวเป็นจุดกำเนิดของสมาชิกใหม่ให้แก่สังคมโดยเป็นหน่วยที่ให้การอบรมเลี้ยงดูและดูแลรักษา เมื่อบุคคลในครอบครัวอยู่ในภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วย ครอบครัวจึงมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลมากที่สุด เพราะถ้าบุคคลได้รับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพอย่างดีในครอบครัว ย่อมมีโอกาสป่วยได้น้อย ในขณะที่เดียวกันถ้ามีคนป่วยขึ้นในครอบครัว ครอบครัวจะเป็นสิ่งแวดล้อมสำคัญที่จะส่งเสริมสุขภาพให้บุคคลนั้นหายป่วยได้โดยเร็ว หรือในทางกลับกันอาจทำให้บุคคลนั้นเจ็บป่วยทรุดลงได้เช่นกัน

ครอบครัวมีหน้าที่เกี่ยวกับสุขภาพ ดังนี้

1. ดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อยอย่างอิสระ ตลอดจนสามารถให้การดูแลผู้ป่วยในระยะพักฟื้น ภายใต้การควบคุมของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขได้
2. ส่งเสริมสุขภาพสมาชิกในครอบครัวทุกคนและช่วยแบ่งเบาภาระงานของสมาชิกที่ป่วย
3. ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ง่าย ๆ ในการวินิจฉัยโรค และทำการรักษาเบื้องต้น เช่น การเข้ายา วัดปรอท วัดความดันโลหิต ใช้แก้อีเซิน ปูเตียง เป็นต้น
4. แสวงหาความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพแก่สมาชิก
5. มีอำนาจในการเลือกตัดสินใจว่าควรจะให้การดูแลในรูปแบบใดที่จะไม่เป็นอันตรายแก่สมาชิกในครอบครัว ตลอดจนเป็นผู้กำหนดวิธีการและการปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสมถูกต้องแก่สมาชิกที่เจ็บป่วย

จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแล หรือครอบครัวนั้นเป็นปัจจัยสำคัญในการที่จะช่วยเหลือบุคคลในครอบครัวของตนอย่างมาก ทั้งนี้เพราะการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมต้องมีการพึ่งพาซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคง เป็นที่รักที่ต้องการ โดยเฉพาะบุคคลที่มีการเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือตนเองได้จำกัด ครอบครัวซึ่งเป็นสถาบันทางสังคมแรกของมนุษย์ ซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด

และเป็นแหล่งสนับสนุนขั้นพื้นฐานที่สำคัญของผู้ป่วย ในระหว่างการรับการรักษาต่อเนื่องที่บ้าน ครอบครัว มีบทบาทอย่างมากในการเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่พัฒนาส่งเสริมภาพลักษณ์ของตนเอง (Body image) และความเป็นอยู่ที่ดี (Well Being) และลดเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต ให้การสนับสนุนพฤติกรรมที่ดีมีคุณค่าแก่สังคม และเป็นตัวกลางผ่อนคลายเป็น (Buffer Function) โดยเปรียบเสมือนเป็นกันชนระหว่างผู้ป่วยกับสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยนั้นอาศัยอยู่

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

สุรพล ไชยเสนะ(2535)¹² ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัว โดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ดูแลผู้ป่วยให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวได้นานเกินกว่า 6 เดือน จำนวน 50 ครอบครัว และครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่นำผู้ป่วยกลับเข้ามาับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 6 เดือนหลังการจำหน่าย จำนวน 50 ครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวได้นานเกินกว่า 6 เดือนหลังการจำหน่ายมีลักษณะโครงสร้างทางครอบครัว การปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิก รายได้ ความรู้สึกสุขภาพจิต ดีกว่าครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่นำผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายในระยะเวลา 6 เดือน

นันทนา รัตนกร(2536)¹³ ศึกษาลักษณะโครงสร้างทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เขตจังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย มีสมาชิกเฉลี่ย 5 คนต่อครอบครัว มีความห่วงใยรักใคร่กันในครอบครัว ผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านส่วนใหญ่เป็นมารดาโดยไม่มีผู้ร่วมรับผิดชอบ สถานะเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง และมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ทั้งนี้พบว่าปัจจัยเกี่ยวกับ รายได้ ลักษณะที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

เยาวมาลย์ รินทระ (2538:38)³⁴ ได้ศึกษาการสำรวจแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัว ศึกษากรณีญาติผู้ป่วยที่มาใช้บริการโรงพยาบาลศรีธัญญา โดยศึกษาจากผู้ป่วยจำนวน 100 ราย ผลการศึกษาสรุปได้ว่า ลักษณะของครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิก 2-4 คน ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี และมารดาจะเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย การติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยจากญาติอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และเกิดการป่วยเรื้อรังมากยิ่งขึ้น

สุรพล ไชยเสนาะ, จุฬารัตน์ วิเชษะรัตน์ และ ชุตติมา ประทีปะจิตติ (2539)³⁵ ได้ศึกษาสถานการณ์ของครอบครัวกับแนวโน้มการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยศึกษากับญาติที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านและมารับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 1,583 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้าง ผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านก่อให้เกิดสถานการณ์ในครอบครัวตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย คือ ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ร้อยละ 35.30 ด้านสัมพันธภาพ ร้อยละ 39.80 ภาวะสุขภาพจิตไม่ดีของญาติ ร้อยละ 39.36 และอยากให้โรงพยาบาลรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลตลอดไป ร้อยละ 51.48 นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางเศรษฐกิจ สัมพันธภาพในครอบครัว และภาวะสุขภาพจิตของญาติผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อัจฉรา เอ็นซ์และปรีญา รุ่งใสภากุล(2541)³⁶ ได้ศึกษาบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 36 ราย ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 34 ราย และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุอีก 16 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวหลายโรค มีปัญหาการเคลื่อนไหวระดับความต้องการการช่วยเหลือขึ้นอยู่กับระดับความเจ็บป่วยหรือความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ และต้องการการพึ่งพาเรื่องรายได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการดูแลและช่วยเหลือจากบุตร รองลงมาคือคู่สมรส ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานนอกบ้าน มีความเห็นอกเห็นใจและเต็มใจที่จะดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ทำให้แก่ผู้สูงอายุ คือ การจัดเตรียมอาหารและการทำอาหาร การให้ยาและช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายและความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง สถานภาพการทำงานอาชีพของผู้ดูแลและการอาศัยอยู่ด้วยกันผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้สึกว่าเป็นภาระและไม่มี ความหนักใจที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ ส่วนปัญหาหลักที่เป็นอุปสรรคในการดูแลคือ ปัญหาด้านสุขภาพของผู้ดูแลทำให้มีความยากลำบากในการทำหน้าที่ตามที่คาดหวังไว้ นอกจากนี้การมีบทบาทหลายๆ บทบาทพร้อมๆ กัน ย่อมมีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ดูแลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การทำงาน ด้านเศรษฐกิจ ภาวะทางจิตใจ ความสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อน ชีวิต สังคม การพักผ่อน กิจวัตรส่วนตัว และหน้าที่ประจำวันในครอบครัว

5 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุตามแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน

5.1 พฤติกรรม(Behavior)

พฤติกรรมประกอบด้วยสิ่งเร้า(stimulus) อินทรีย์(organism) และการตอบสนอง(response) องค์ประกอบทั้ง 3 ประการนี้ ก่อให้เกิดพฤติกรรมมากมาย กล่าวคือ พฤติกรรมภายนอก ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สังเกตได้โดยตรง และโดยอาศัยเครื่องมือบางอย่างช่วยสังเกตหรือวัดได้ เช่น การเดิน นั่ง ยืน การเต้นของหัวใจ การเปลี่ยนแปลงไฟฟ้าที่ผิวหนัง และการเคลื่อนไหวนัยน์ตา ขณะที่ฝัน ฯลฯ ส่วนพฤติกรรมภายใน ซึ่งเป็นความในใจที่เจ้าตัวเท่านั้นที่รู้ หากไม่บอกหรือแสดงออกมาคนอื่นไม่ทราบ นอกจากจะคาดคะเน การกระทำบางประการ เช่น ความคิด ความรู้สึก และความเข้าใจ เป็นต้น

บั้งอร ศรีเนตรพัฒน์(2534)³⁷ กล่าวว่าไว้ว่า พฤติกรรม หมายถึง สิ่งที่บุคคลกระทำ แสดงออกตอบสนองหรือโต้ตอบสิ่งหนึ่งในสภาพการณ์ใดสภาพการณ์หนึ่ง ที่สามารถสังเกตเห็นได้ ได้ยินได้ นับได้ อีกทั้งวัดได้ตรงกันด้วยเครื่องมือที่เป็นวัตถุวิสัย ไม่ว่าจะการแสดงออกหรือการตอบสนองนั้นจะเกิดขึ้นภายในหรือภายนอกร่างกายก็ตาม เช่น การร้องไห้ การกิน การนั่ง การขำ การอ่านหนังสือ การเต้นของชีพจร การเต้นของหัวใจ การกระตุกของกล้ามเนื้อ เป็นต้น

สรุป พฤติกรรม หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ หรือการแสดงออกที่บุคคลได้ตอบสนองต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการคิด การรู้สึก และการรับรู้ของบุคคล โดยการกระทำ การปฏิบัติ หรือการแสดงออกนั้น สามารถสังเกตเห็น และวัดได้

5.2 ระดับของพฤติกรรมการดูแล

ในการวัดระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในครั้ง นี้ ได้ประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem โดยแบ่งระดับความต้องการการดูแลของบุคคลใน 3 ระดับ คือ(พหล วงศาโรจน์ ,2540)⁵

1. พฤติกรรมการดูแลที่ทดแทนการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย ใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่ต้องอาศัยตนเองเป็นผู้ชี้แนะ หรือไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวได้

1.1 ลักษณะของผู้ป่วยประเภทนี้

- ผู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติในกิจกรรมที่กระทำอย่างจงใจ(Deliberate action) ไม่ว่าในรูปใด ๆ ทั้งสิ้น เช่น ผู้ป่วยที่หมดสติ ผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวหรือท่าทางของตนเองได้

- ผู้ที่รับรู้และอาจสังเกต ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองแต่ไม่ควรจะเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวใด ๆ ทั้งสิ้น

- ผู้ที่ไม่สนใจหรือเอาใจใส่ในตนเองไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเอง แม้ว่าบุคคลนั้นจะสามารถเคลื่อนไหวไปไหนมาไหนได้ เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตอย่างรุนแรง

1.2 ผู้ดูแลควรมีบทบาทดังต่อไปนี้

- สนองตอบต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย
- ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง
- ช่วยปรับระดับประคองและปกป้องผู้ป่วย

2. พฤติกรรมการดูแลเพื่อทดแทนการดูแลตนเองบางส่วนของผู้ป่วย

2.1 ลักษณะผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลในระบบทดแทนบางส่วน มีดังนี้

- ต้องจำกัดความเคลื่อนไหวจากโรคหรือจากการรักษาของแพทย์
- ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็น
- ขาดความพร้อมในการเรียนรู้และกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง

2.2 ผู้ดูแลควรมีบทบาทดังนี้

- ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างสำหรับผู้ป่วย
- ชดเชยข้อจำกัดและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยที่จะดูแลตนเอง
- ช่วยผู้ป่วยตามที่ผู้ป่วยต้องการ

2.3 กิจกรรมของผู้ป่วยมีดังนี้

- ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างด้วยตนเอง
- ปรับความสามารถในการดูแลตนเองให้เพิ่มขึ้น
- ยอมรับความช่วยเหลือจากผู้ดูแล

3. พฤติกรรมการดูแลเพื่อให้การสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อการดูแลตนเอง ในกรณีนี้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและกระทำการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจะได้รับการสอน แนะนำ และสนับสนุนจากผู้ดูแล รวมไปถึงการกระตุ้นและให้กำลังใจให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเอง

อย่างไรก็ดี พหล วงศาโรจน์(2540)⁵ กล่าวว่า การดูแลจะบังเกิดผลต่อบุคคลก็ต่อเมื่อการดูแลคงไว้ซึ่งลักษณะต่อไปนี้

- รักษาไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพ และการกระทำหน้าที่ให้เป็นปกติ
- ส่งเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการและการบรรลุวุฒิภาวะของบุคคลตามศักยภาพ
- ป้องกัน ควบคุม และรักษากระบวนการของโรคและการบาดเจ็บ

- ป้องกันหรือปรับขนาดเซกซ์ภาวะไร้สมรรถภาพ
- ส่งเสริมสวัสดิภาพและความผาสุกของบุคคล

5.3 พฤติกรรมการดูแลตามแบบแผนการดำเนินชีวิต

แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

ปัจจุบันถือว่าแบบแผนการดำเนินชีวิตนั้นเป็นองค์ประกอบสำคัญที่บ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งคำว่า แบบแผนการดำเนินชีวิต (Lifestyle) นั้นได้มีผู้ให้ความหมายไว้แตกต่างกันดังนี้

ชูลท์ (Shultz. 1984 : 271)³⁸ ให้ความหมายว่า แบบแผนชีวิต หมายถึง นิสัยการดำรงชีวิตเฉพาะบุคคล ซึ่งนิสัยนี้มีผลทั้งทางบวกและทางลบต่อสุขภาพ

ซิงเกอร์ (Singer : 1982 : 303)³⁹ ให้ความหมายว่า แบบแผนชีวิต หมายถึง แนวทางในการดำรงชีวิตที่บุคคลใช้เป็นตัวกิจกรรมประจำวัน

แบบแผนชีวิตเป็นการปฏิบัติหรือนิสัยการดำรงชีวิตเฉพาะบุคคล ซึ่งการปฏิบัตินี้สามารถก่อให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการศึกษาและการเลือกปฏิบัติจนเป็นนิสัย หากบุคคลมีแบบแผนชีวิตที่เหมาะสมจะก่อให้เกิดความมีสุขภาพดี เพราะสุขภาพของบุคคลจะขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านแบบแผนชีวิตมากกว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกรรมพันธุ์

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น พอสรุปได้ว่า แบบแผนชีวิต หมายถึง นิสัยหรือพฤติกรรมส่วนบุคคลปฏิบัติในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยที่การปฏิบัตินี้จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลทั้งทางบวกและทางลบ

แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ แบ่งออกเป็น 9 ด้าน ได้แก่

ด้านโภชนาการ

อาหารเป็นสิ่งจำเป็นที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ ในการที่จะป้องกันไม่ให้อวัยวะทรุดโทรมเร็วเกินไป ทั้งยังช่วยป้องกันความเจ็บป่วยและโรคเรื้อรังต่างๆ ได้ ดังนั้น โภชนาการจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้สูงอายุต้องคำนึงถึงและพยายามที่จะรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีคุณค่าเพื่อเสริมร่างกายให้แข็งแรง

อาหารสำหรับผู้สูงอายุควรประกอบด้วย

1. พลังงานความต้องการพลังงานของผู้สูงอายุลดลงซึ่งเกิดจากสาเหตุใหญ่ ๆ คือ การทำงานของกล้ามเนื้อลดลง เนื่องจากการสลายตัวของกล้ามเนื้อมากขึ้น ดังนั้นผู้สูงอายุควรเลือกรับประทานอาหาร ที่มีปริมาณพลังงานน้อยลง ซึ่งอาหารส่วนใหญ่ให้พลังงานสูง ได้แก่ ไขมัน

คาร์โบไฮเดรต ดังนั้นจึงควรลดอาหารเหล่านี้ และต้องมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตาม การลดอาหารก็ต้องคำนึงถึงคุณค่าอาหารด้วยหลักการ คือ พยายามลดเฉพาะไขมัน และคาร์โบไฮเดรต แต่ให้คงปริมาณและคุณภาพของโปรตีน วิตามิน และแร่ธาตุไว้

2. โปรตีน ผู้สูงอายุควรได้รับโปรตีนวันละประมาณ 1 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ซึ่งเท่ากับ 50-60 กรัมต่อวัน โปรตีนที่รับประทานเป็นโปรตีนคุณภาพสมบูรณ์ และเป็นโปรตีนที่ย่อยง่าย เช่น โปรตีนจากเนื้อสัตว์ ประมาณ 200 กรัม (2 ชีด) ต่อวัน ถั่ว เมล็ดต่างๆ นมวันละ 1 แก้ว จะให้โปรตีนและแคลเซียมสูง รวมทั้งไข่วันละประมาณ ½ - 1 ฟอง

3. ไขมัน ผู้สูงอายุควรรับประทานไขมันจากสัตว์ให้น้อยที่สุด แต่ควรรับประทานไขมันที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวประมาณร้อยละ 50 ซึ่งมีมากในน้ำมันพืชชนิดต่างๆ เช่น น้ำมันถั่ว น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำ ยกเว้นน้ำมันมะพร้าว และถ้าผู้สูงอายุสามารถรับประทานได้ถึงวันละ 3 ช้อนโต๊ะจะช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือด นอกจากนี้ควรรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำจะช่วยลดภาวะการแน่นท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ หลังอาหาร หรือท้องเสียได้ ดังนั้นผู้สูงอายุควรได้รับไขมันไม่เกิน 20-30% ของปริมาณพลังงานทั้งหมดต่อวัน

4. คาร์โบไฮเดรต ผู้สูงอายุควรลดการบริโภคสารอาหารพวกคาร์โบไฮเดรตลดลง โดยเฉพาะน้ำตาลต่างๆ เพื่อเป็นการลดปริมาณพลังงาน และการบริโภคควรอยู่ในรูปของแป้งมากกว่า เพราะนอกจากได้คาร์โบไฮเดรตแล้วยังมีวิตามินและแร่ธาตุด้วย และผลไม้ ผู้สูงอายุควรรับประทานเมื่อละจํานวนน้อยแต่ให้บ่อยครั้งขึ้น คือ วันละประมาณ 5-6 มื้อ เพื่อช่วยให้อาหารย่อยได้สะดวก และมีการดูดซึมได้ดี

ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารวันละ 4-5 มื้อ โดยให้อาหารหลักเป็นมื้อเที่ยง แล้วเพิ่มมื้อสายและมื้อบ่ายจุดประสงค์เพื่อให้รับประทานได้ไม่มากนักในแต่ละมื้อเป็นการป้องกันอาการแน่นท้องหลังอาหาร และควรเป็นอาหารอ่อน รสไม่จัด ย่อยง่าย อาหารที่ทำให้เกิดแก๊สหรือท้องอืด เช่น ถั่วต่างๆ หรือขนมสดควรเริ่มครั้งละน้อยๆ ก่อน เมื่อชินแล้วจึงเพิ่มปริมาณให้มากขึ้นควรดื่มน้ำมากๆ โดยเฉพาะเวลาตื่นนอนในตอนเช้าควรดื่มน้ำอุ่น 1 แก้วทุกวัน เพื่อช่วยระบบขับถ่ายและป้องกันการขาดน้ำ

อย่างไรก็ดีผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยทางจิตร่วมด้วยมักมีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารจากภาวะพฤติกรรมถดถอย(regression) ภาวะซึมเศร้า(depression) ผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่ออาหารแต่ในผู้ป่วยหวาดระแวง(paranoid) จะปฏิเสธอาหารที่คนอื่นจัดหามาให้ และมักพบว่าอาการทางจิตเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะของการบกพร่องหรือการขาดสารอาหารที่จำเป็นแก่ร่างกาย ทำให้ร่างกายอ่อนแอ ระบบของร่างกายไม่อาจปรับตัวเพื่อรับกับภาวะรุนแรงของอาการทางจิตได้ ผู้ป่วยจะสูญเสียพลังงานและเกิดภาวะอ่อนแรง (exhaustion) และถ้าไม่ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอในทันทีอาจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตได้

ด้านการพักผ่อนนอนหลับ

การนอนหลับที่ดีเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการใช้ความคิด การตัดสินใจแก้ปัญหา ความจำ ตลอดจนความสามารถในการปฏิบัติภารกิจในหน้าที่ให้คุณค่าสูง โดยเพิ่มสุขภาพอนามัยของร่างกายและจิตใจให้สมบูรณ์ การพักผ่อนนอนหลับ เป็นสิ่งจำเป็นมากในวัยนี้ การพักผ่อนคือการนั่งพักผ่อนพักเฉย ๆ โดยไม่ได้หลับ ระวังง่วงหรืออาหารช่วงใดก็ได้จะช่วยให้ร่างกายมีความสดชื่น พร้อมทั้งจะให้ความร่วมมือ เช่นเดียวกับการนอนหลับ ถ้าหลับได้เพียงพอจะตื่นขึ้นมามีอารมณ์สดชื่น แจ่มใส เบิกบาน กระปรี้กระเปร่าด้วย

ผู้สูงอายุจะมีกิจกรรมทางร่างกายลดลง ต้องการอาหารน้อยลงแต่ต้องการการพักผ่อนมากขึ้น ฉะนั้นผู้สูงอายุจึงควรพักผ่อนเต็มที่ในทึ่ๆ มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่มีเสียงรบกวน ถ้าในรายที่นอนหลับยากก่อนนอนอาจดื่มเครื่องดื่มอุ่นๆ ประเภทบำรุง ก่อนนอน งดน้ำชาหรือกาแฟ การนวดหลังหรือฟังเพลงจะช่วยให้อารมณ์สดชื่นและหลับได้สนิท กิจกรรมประจำวันต่างๆ ไม่ควรซับซ้อน เร่งร้อน ซึ่งจะมีผลต่อระบบการไหลเวียนของโลหิต โดยเฉพาะหัวใจ งานประจำต่างๆ ที่เหมาะสมกับความต้องการและทำอย่างสม่ำเสมอ เช่น เดินเล่น เขียนหนังสือ อ่านหนังสือ สนทนา

ผู้สูงอายุโดยทั่วไปมักมีปัญหาในเรื่องการนอนหลับอยู่แล้ว หลายรายเปลี่ยนเวลานอนจากกลางวันเป็นกลางคืน และจากกลางคืนเป็นกลางวัน และอาการจะเป็นมากขึ้นในผู้ป่วยจิตเวชที่มีการเจ็บป่วยทางจิตบางรายอาจไม่นอนทั้งกลางวันกลางคืน หรือบางรายนอนทั้งวันทั้งคืนครบครันและ ผู้ดูแลจึงต้องดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งสังเกตอาการผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับและมาพบแพทย์เพื่อขอการรักษาใหม่หากการรักษาเดิมที่ให้ไว้ไม่ได้ผล

ด้านการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายจะช่วยให้มีภูมิคุ้มกันโรคช่วยให้เจริญอาหาร ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายตามความเหมาะสมของร่างกาย จะได้ช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นไม่เป็นภาระให้สังคม การออกกำลังกายแบบเสริมสมรรถนะและการเคลื่อนไหวของร่างกาย จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุได้ เมื่อทำอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 10 สัปดาห์ขึ้นไป จะช่วยให้มีกำลังแข็งแรงขึ้น ทั้งยังลดอาการปวดและซึมเศร้า ทั้งควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประเภทของการออกกำลังกาย เช่น การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เล่นโยคะ เดินเร็ว วิ่งเหยาะ ว่ายน้ำ ซี่จักรยานอยู่กับที่ สำหรับกิจกรรมเช่น หมากรูก เต็นท์รำ ดนตรีไทย หลีกเลี้ยงกีฬาที่ต้องใช้แรงปะทะหรือต้องใช้ความสัมพันธ์ของประสาทสูง ถ้าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่ควรออกกำลังกายด้วยการยกน้ำหนักเลย เพราะจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นไปอีก จนทำให้เกิดอันตรายต่อหลอดเลือดได้

ทั้งนี้ควรมีการตรวจร่างกายก่อนที่จะเริ่มออกกำลังกาย คือการตรวจสมรรถภาพทางกาย ก่อนว่า จะสามารถออกกำลังกายได้อย่างปลอดภัยและเหมาะสมกับร่างกายของแต่ละคน ผู้สูงอายุควรเริ่มออกกำลังกายที่ความหนักร้อยละ 55 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด และไม่ควรรเกินร้อยละ 80 ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด แต่แพทย์อาจแนะนำไม่ให้ออกกำลังกายเกินกว่า ร้อยละ 70-75 ของอัตราเต้นหัวใจสูงสุดก็ได้ ซึ่งการคำนวณค่าร้อยละของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด คิดจากสูตรของคาร์วโนเนน (Karvonen principle) “เป้าหมายอัตราการเต้นของหัวใจในการออก กำลังกาย = อัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก + จำนวนร้อยละของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุดที่ ต้องการออกกำลังกาย (220-อายุ-อัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก)”

ในระยะแรก ควรออกกำลังกายสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง จากนั้นเพิ่มขึ้นได้แต่ไม่ควรเกิน 5 ครั้งต่อสัปดาห์ และระยะเวลาในการออกกำลังกายควรเป็น 20-30 นาทีโดยแบ่งเป็นช่วงอบอุ่น ร่างกายรวมกับการยืดกล้ามเนื้อ 5-10 นาที ช่วงออกกำลังกายแอโรบิกไม่ต่ำกว่า 12 นาที และช่วง ฟื้นฟูร่างกายสู่สภาพปกติอีก 5-10 นาที และควรเริ่มออกกำลังกายด้วยจำนวนน้อยก่อน แล้วจึง ค่อยๆ เพิ่มขนาดหรือความหนักของการออกกำลังกาย

ข้อควรระวังของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยทางจิตร่วมด้วยนั้น ในราย ที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกายตลอดเวลาควรงดกิจกรรมนี้ไปก่อน ส่วนรายที่มีอาการซึมเศร้า หรือที่ไม่ยอมเคลื่อนไหวร่างกายก็ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมนี้ ทั้งนี้ในรายที่ชอบเดินเรื่อยเปื่อย ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษเกี่ยวกับการเดินออกนอกเส้นทางแล้วหายไป

นอกจากการฝึกออกกำลังกายด้านร่างกายแล้ว ผู้สูงอายุควรฝึกออกกำลังกายสมองเสมอๆ เช่นเดียวกับการออกกำลังกายของกล้ามเนื้อ ได้แก่ การออกกำลังกายทางกายภาพที่ทำให้เกิด ทักษะ เช่น การเล่นเกม การวาดภาพ ช่างฝีมือ จะทำให้สมองส่วนที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของ ร่างกายและความคิดเติบโต หรือคงสภาพเดิมไปได้ การออกกำลังกายทางความคิด เช่น การอ่าน หนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ เพื่อให้ได้รับข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ ถ้าทำอย่างตั้งใจ จะทำให้สมองได้คิด และเจริญงอกงามไม่เหี่ยวฝ่อ ดังมีตัวอย่างมากมายทั้งนักการเมือง นักดาราศาสตร์ นักประพันธ์ หรือจิตรกร ซึ่งประสบความสำเร็จเมื่ออายุเกิน 60 ปี ยิ่งกว่านั้น การออกกำลังกายสมอง จะช่วยแก้ ปัญหาหลงลืมได้ จึงควรให้ผู้สูงอายุได้ทำงานต่อไป ถ้าทำได้และอยากทำ (งานอะไรก็ได้ที่ทำแล้วมี ความสุข) เพื่อจะได้รู้สึกว่ายังมีส่วนร่วมในครอบครัวหรือชุมชนยังรู้สึกว่ามีค่า โดยอาจจัด เวลา หน้าที่ และค่าตอบแทนใหม่ คือ ไม่ต้องทำเต็มเวลา และเต็มตามวันในสัปดาห์ จะได้มีเวลา พักผ่อน ทำกิจกรรมอย่างอื่นที่ชอบ

ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ

ผู้สูงอายุ หากเกิดอุบัติเหตุก็จะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดมีกระดูกหัก กระดูกเคลื่อนหรือเป็น อัมพาตได้ง่าย เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของกระดูกและข้อ มีแคลเซียมน้อยลงอยู่ก่อนแล้ว

ดังนั้นจึงควรระมัดระวังและป้องกันอุบัติเหตุโดยชี้แจงให้ผู้สูงอายุยอมรับและเข้าใจถึงอันตรายที่เกิดขึ้นกับตนเอง ให้รู้จักระวังตัวในเวลาเปลี่ยนอริยาบท ลุกนั่ง เดิน และการขึ้นลงบันได ควรทำอย่างช้าๆ ด้วยความมั่นใจ ไม่รีบร้อน ควรมีไม้เท้าถือเดินเพื่อช่วยพยุงตัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคกระดูกข้อเสื่อม เพื่อช่วยรองรับน้ำหนักทำให้การทรงตัวดีขึ้น

นอกจากนี้การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมและปลอดภัย โดยดูแลพื้นห้องให้สะอาด ไม่ลื่นและมีแสงสว่างเพียงพอ จัดวางของให้เป็นระเบียบไม่เกะกะทางเดิน ในกรณีต้องขึ้นลงบันไดเป็นประจำ ควรมีราวบันไดใช้ยึดเกาะเวลาเดินด้วย ละเว้นการยืนบนเก้าอี้หรือที่สูง ๆ

ผู้สูงอายุยังมีความเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากไฟไหม้ น้ำร้อนลวก เนื่องจากการลื่นหรือหลงลืม จึงควรหลีกเลี่ยงการเข้าใกล้เตาไฟ กองไฟ หรือหม้อน้ำร้อน ตรวจสอบอุปกรณ์เกี่ยวกับไฟฟ้าในบ้านให้อยู่ในสภาพที่ปลอดภัย และไม่ควรปิดประตูใส่กุญแจบ้านซึ่งผู้สูงอายุไว้นอกจากนั้นผู้สูงอายุอาจได้รับอุบัติเหตุ เนื่องจากหิบบยาผิด เพราะสายตาไม่ดีซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายได้ จึงควรระมัดระวังในเวลาหิบบยาทุกครั้งให้ได้รับยาตามขนาดที่ถูกต้องและตรงตามเวลา

มาตรการความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อมในบ้านที่มีผู้สูงอายุ ว่าควรประกอบด้วย

1. อย่าวางของเกะกะทางเดิน
2. พรมหรือเสื่อที่ปูอยู่ต้องยึดให้แน่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งที่บันได
3. เปลี่ยนหรือซ่อมแซมเฟอร์นิเจอร์ที่ชำรุด
4. อย่าวางสิ่งของหรือเคลือบเงาพื้นจนลื่น
5. ไฟแสงสว่างเพิ่มให้เพียงพอ โดยเฉพาะในเวลากลางคืน
6. ติดตั้งมือจับหรือราวในห้องน้ำเพื่อช่วยในการเกาะทรงตัวหรือลุกขึ้นยืน
7. ควรปูเสื่อยาวกันลื่นในห้องน้ำหรืออ่างอาบน้ำ
8. เก้าอี้ที่ใช้ประจำวันไว้ในระดับสายตาหรือต่ำกว่า
9. ความสูงของเตียงนอน เก้าอี้ ม้านั่ง ต้องให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ
10. รองเท้าอย่าให้มีหุ้มข้อหรือแฉกที่สะดุดง่าย
11. บันไดควรติดตั้งราวเกาะ ขันบันไดต้องไม่ลื่น
12. รักษาความสะอาดอย่าให้มีเศษวัสดุหรือขยะที่ลื่นอยู่ตามทางเดิน

ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยทางจิตร่วมด้วย โดยเฉพาะในรายที่มีอาการซึมเศร้า ควรระมัดระวังเป็นพิเศษในเรื่อง การฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยที่มีอาการหวาดระแวงก็ควรระมัดระวังในการทำร้ายผู้อื่น และส่งผลกระทบต่อกลับมายังผู้ป่วย

การใช้ยาและสารอื่นๆ

บุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ มักมีโรคประจำตัว ที่สำคัญก็คือ เบาหวาน หัวใจ ความดันโลหิตสูง กระดูกและข้อ รวมทั้งโรคไต เป็นต้น โรคดังกล่าวมักเป็นเรื้อรัง ผู้สูงอายุต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จึงควรอย่างยิ่งที่ต้องระมัดระวังในการใช้ยามากเป็นพิเศษเนื่องจากมีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยามากกว่าบุคคลทั่วไป ทั้งนี้เป็นเพราะการเปลี่ยนแปลงการทำงานของร่างกายหลายด้าน เช่น

1. การทำงานของไตลดลง ซึ่งการขับถ่าย ยาส่วนใหญ่มักจะถูกขับถ่ายทางไตก็จะลดลงด้วย ทำให้โอกาสที่ยาจะสะสมในร่างกายสูงจนอาจเป็นพิษได้ ดังนั้นจึงต้องรับประทานยาตามแพทย์สั่ง

2. การเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา ผู้สูงอายุมักจะมีอาการเจ็บป่วยหลายอย่างพร้อมๆ กันทำให้ได้รับยาหลายขนาด ซึ่งหากยารานานใดที่เกิดปฏิกิริยาต่อกันได้ แพทย์อาจเล็งให้รับประทานคนละเวลากัน ต้องรับประทานยาแต่ละชนิดตามเวลาที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด

เพื่อให้การใช้ยาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุควรอ่านวิธีการรับประทานยาให้เข้าใจ และจำนวนยาที่รับประทานในแต่ละครั้งอย่างชัดเจน รวมทั้งสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังการรับประทานยา และไม่ควรหยุด, ลดหรือเพิ่มขนาดยาด้วยตนเอง การไปพบแพทย์ตามนัด อย่างไรก็ดี มักพบว่าอาการปวดเมื่อย ปวดข้อ การเคลื่อนไหวที่ติดขัด เป็นอาหารควบคู่กับผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงควรระมัดระวังการใช้ยาทา ฤ นวด หรือจับเส้น เพราะอาจซ้ำเติมให้เกิดการปวดเจ็บของข้อที่รุนแรง และบางครั้งอาจทำได้เส้นเอ็นฉีกขาด หากมีอาการดังกล่าวจึงควรมาพบแพทย์ เพื่อทำการตรวจรักษาที่ถูกต้อง

สำหรับอาการข้างเคียงของยาทางจิตเวชซึ่งมักเรียกกันว่าอาการแพ้นั้น ผู้ดูแลควรระมัดระวังและให้ความสนใจเป็นพิเศษได้แก่ อาการน้ำลายยืด ลิ้นแข็ง ตัวแข็ง มือสั่น ซึ่งอาการเหล่านี้สามารถแก้ไขด้วยยาบรรเทาอาการข้างเคียง และแพทย์มักจะสั่งการรักษาให้ควบคู่ไปด้วย

การส่งเสริมสุขภาพ

ความเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย มักนำซึ่งการเจ็บป่วยต่างๆ ผู้สูงอายุจึงควรมีกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่

1. ปฏิบัติตนในด้านการดำรงชีวิตประจำวันให้มีความสุขตั้งแต่ การรับประทาน อาหารที่เหมาะสมครบทุกมื้อ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย รวมทั้งการออกกำลังกายทางสมองจะช่วยกระตุ้นตื่นตัวของอวัยวะต่างๆ ให้ทำงานไปอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการพัฒนาการใช้สมองหากไม่มีพยาธิสภาพก็จะเป็นโรคความจำเสื่อม

2. ผู้สูงอายุควรไปรับการตรวจสุขภาพอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยทุก 6 เดือน เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จะทำให้สามารถให้การช่วยเหลือได้ทันเวลาที่ ก่อนที่อาการของโรคจะลุกลาม

3. ผู้สูงอายุควรได้มีกิจกรรมสันทนาการ ร่วมกับผู้สูงอายุด้วยกัน จะทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีเพื่อน ร่วมกันรับฟังปัญหาหรือสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกัน รวมทั้งการทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์แก่สังคมก็จะช่วยดึงความภาคภูมิใจกลับมาสู่ผู้สูงอายุอีกครั้ง กิจกรรมสันทนาการนี้รวมไปถึงการร่วมกิจกรรมอื่นๆ กับสมาชิกในครอบครัว

กิจกรรมทั้ง 3 เชื่อว่าจะช่วยพัฒนาด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ให้มีความเข้มแข็งที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ของชีวิตในช่วงระยะสุดท้ายที่เหลืออยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การรักษาความสะอาดของร่างกาย

การดูแลผิวหนัง ผิวหนังของผู้สูงอายุจะบางไวต่อการกดทับและบาดเจ็บต่างๆ ไขมันน้อย หลอดเลือดฝอยตามผิวหนังจะหนา แตกง่ายต่อมเหงื่อเหี่ยวผลิตเหงื่อได้น้อยทำให้ผิวหนังแห้งกระด้างการอาบน้ำที่ถูกต้องจะช่วยให้ผิวหนังสะอาดชุ่มชื้น กระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตได้ ผิวหนัง การอาบน้ำบ่อยๆ จะไม่ช่วยให้สภาพของผิวหนังดีขึ้นนัก สำหรับวันที่อาการแห้งและเย็น การอาบน้ำจะทำให้ผิวหนังแห้ง อาจทำให้เกิดตุ่มคันได้ ดังนั้นจึงควรอาบน้ำวันละครั้งในวันที่อากาศร้อน และอาจลดเป็น 2 วันต่อครั้ง ได้ในระยะเวลาที่มีอากาศหนาว

มือ เท้า และเล็บต้องได้รับการดูแลให้สะอาด เล็บตัดสั้นเพื่อให้ง่ายต่อการรักษาความสะอาด เท้าก็ต้องดูแลเป็นพิเศษเพื่อป้องกันอันตราย และการบาดเจ็บต่างๆ ช่วยให้เคลื่อนไหวได้ดี เท้าเป็นอวัยวะแรกที่แสดงให้เห็นความผิดปกติของการไหลเวียนโลหิตในเลือดฝอยส่วนปลาย นอกจากนั้นอาจมีปัญหาการติดเชื้อต่างๆ เช่น เชื้อรา ปัญหาเกี่ยวกับกระดูกและกล้ามเนื้อ การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี ซึ่งเป็นผลจากโรคเบาหวาน นิ้วเท้าของผู้สูงอายุมักจะหนาและผิดรูปร่าง เป็นผลจากการขาดเลือดไปเลี้ยง ได้รับอาหารเปลี่ยนแปลงไป และการบาดเจ็บที่นิ้วเท้า การดูแลเท้า เล็บเท้า โดยการนวดนิ้ว ฝ่าเท้าและสันเท้า จะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตได้ดีขึ้น แช่เท้าด้วยน้ำอุ่นจัดประมาณ 10 หรือ 15 นาที จะช่วยให้เล็บอ่อนนุ่มและช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จากนั้นตัดเล็บให้สั้นเรียบ เลือกลีกรองเท้าที่พอเหมาะแก่เท้าและสวมสบาย

ผม ไม่ควรสระผมบ่อย เพราะเป็นวัยที่หนังศีรษะแห้งและเปลี่ยนสีควรสระสระสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นอย่างมาก

เหงือก และฟัน เป็นอวัยวะที่สำคัญและจำเป็นในการดำรงชีวิตนับตั้งแต่เยาว์วัย จนกระทั่งถึงวันสุดท้ายของชีวิต ฟันมีหน้าที่สำคัญคือใช้บดเคี้ยวอาหาร ซึ่งอาหารเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อ

การเจริญเติบโตของร่างกาย นับเป็นอวัยวะที่แข็งแรงที่สุดในร่างกาย จะทำหน้าที่กัด ฉีก บดเคี้ยวอาหาร แต่ทั้งนี้อาหารจะละเอียดได้นั้นฟันจะต้องอยู่ในสภาพที่แข็งแรงไม่เป็นโรค

ตา ผู้สูงอายุมีสายตาไม่ดี ส่วนใหญ่ต้องใช้เวลาสายตาช่วยแสงสว่างภายในบ้านควรมีให้มากพอเหมาะกับสายตา ไม่จ้าหรือสลัวจนเกินไป

การดูแลสุขภาพปาก และฟัน ผู้สูงอายุมักจะมีการเสื่อมสภาพของโครงสร้างฟัน เป็นผลให้เหงือกและใยต่างๆ ที่ยึดรากนั้นไว้ถูกทำลาย ฟันร่วงง่ายและเมื่อใส่ฟันปลอมการใส่ฟันที่ไม่เหมาะสม การถอดเข้าถอดออกบ่อยๆ หรือการไม่ใส่ฟันปลอม จะทำให้เกิดปากแผลที่เหงือกนำไปสู่การติดเชื้ออื่นๆ เมื่อหลังจากรับประทานอาหาร การรักษาความสะอาดของปากและฟันด้วยการล้างเหงือก และฟัน หรือใช้แปรงนุ่มๆ แปรงขึ้นลงที่ขอบเหงือกมาตามไรฟันนานประมาณ 35 นาที ทุกครั้ง อาบน้ำอุ่นหรือน้ำเกลือจะช่วยรักษาเหงือก และความสะอาดในช่องปาก ในบางครั้งการแปรงฟันด้วยแปรงสีฟันอาจไม่สามารถขจัดเศษอาหารได้หมด จึงควรใช้ไม้จิ้มฟันช่วยขยี้เศษอาหารออกผู้สูงอายุที่ใส่ฟันปลอมควรถอดออกล้างทุกครั้งหลังอาหาร และแช่ด้วยน้ำสะอาดไว้ในเวลากลางคืน และควรดื่มน้ำมากๆ

เสื้อผ้า ควรมีขนาดที่สวมใส่สบายและสบาย ควรเป็นผ้านิ่ม ซักทำความสะอาดง่าย ไม่มีรอยย่นหรือตะเข็บมากเกินไป เสื้อผ้าควรเหมาะสมกับลักษณะของอากาศ

อวัยวะสืบพันธุ์ ในผู้หญิงมักมีการขับสารบางอย่าง ออกทางช่องคลอดมากขึ้นในระยะหลังหมดประจำเดือน ภายหลังการขับถ่ายทุกครั้ง จำเป็นต้องทำความสะอาดด้วยน้ำและสบู่ แล้วซับให้แห้ง

การขับถ่าย ปัญหาการขับถ่ายที่สร้างความวิตกกังวลให้กับผู้สูงอายุมาก คือ อาการท้องผูกอย่างรุนแรง อุจจาระถ่ายไม่ออก จำเป็นต้องสวนและใช้ยาถ่ายเข้าช่วย บางรายอาจจะมีสุขนิสัยการขับถ่ายเปลี่ยนไปเห็นถ่ายวันเว้นวันหรือวันเว้น 2 วัน ฉะนั้นการฝึกการขับถ่ายอุจจาระจะให้เป็นปกติทุกวัน และสะดวกจึงจำเป็นมาก ซึ่งทำได้โดยให้อาหารที่มีกากพอสมควร และฝึกถ่ายในตอนเช้าภายหลังดื่มน้ำประมาณ 1 แก้ว เป็น เวลา 30 นาที ก็จะช่วยให้อุจจาระนุ่มและถ่ายคล่องขึ้น

ปัญหาการถ่ายปัสสาวะจะมีมากขึ้น ทั้งนี้เพราะกระเพาะปัสสาวะของผู้สูงอายุจะเล็กลง การจับน้ำปัสสาวะจึงลดลง คือประมาณ 250 ซี.ซี เนื่องจากปริมาณเลือดที่ไหลผ่านไตลดลงถึงร้อยละ 50 อีกประการหนึ่ง คือรูปร่าง หรือโครงสร้างของกระเพาะปัสสาวะ และอวัยวะใกล้เคียงเปลี่ยนไปทำให้ปัสสาวะไม่สะดวก ตลอดจนกล้ามเนื้อที่ยึดเปิด-ปิด บริเวณช่องเปิดของกระเพาะปัสสาวะเสื่อมความสามารถในการหดตัว ทำให้มีปัสสาวะไหลซึมออกได้ง่าย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีอาการหลงลืมอันเป็นการนำมาซึ่งปัญหาเรื่องสุขอนามัย บางครั้งหลงว่าอาบน้ำแล้วก็ไม่อาบน้ำอีก หรืออาบน้ำแล้วก็หลงว่ายังไม่ได้อาบน้ำก็จะไปอาบน้ำซ้ำทำให้เกิด

ปัญหาเรื่องสุขภาพผิวหนังตามมา โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยทางจิตส่วนใหญ่มักมี ปัญหาในการดูแลสุขภาพอนามัย จากพฤติกรรมที่ถดถอย ภาวะซึมเศร้า ครอบครัวยุติและญาติจึงต้อง ให้ความสนใจในเรื่องนี้

การทำกิจกรรมประจำวัน

ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แบ่งประเภทของกิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. การมีส่วนร่วมทางสังคม (Social Participation) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุเข้าไปมี ส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ กับองค์การที่ตนเองเป็นสมาชิก ซึ่งแบ่งเป็นการมีส่วนร่วมทางสังคมภายในครอบครัว ภายนอกครอบครัว และสมาคมต่างๆ ที่ตนเป็นสมาชิก (Voluntary Association)
2. การมีงานอดิเรก (Hobby) หมายถึง กิจกรรมในเวลาว่าง ซึ่งอาจเป็นการพักผ่อน หรือกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้โดยลำพัง
3. การทำงานที่มีรายได้ (Work) หมายถึง กิจกรรมที่ทำให้เกิดรายได้ไม่ว่าจะเป็นงานประจำ งานพิเศษ หรืองานชั่วคราวก็ได้

กิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุนี้ยังรวมถึงการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ซึ่งเวลาว่าง (Leisure) ในที่นี้ หมายถึง เวลาที่ว่าง (Free time) จากกิจกรรมที่จำเป็นอื่นๆ เช่น ว่างจากงานประจำ การประกอบกิจวัตรประจำวันในเด็กจะใช้เวลาเหล่านี้ไปกับการเล่น ในวัยหนุ่มสาวหรือวัยผู้ใหญ่จะเรียกกิจกรรมที่ใช้เวลาว่างในทางที่เกิดประโยชน์ว่า สันทนาการ (Recreation)

สันทนาการ (Recreation) เป็นกิจกรรมที่บุคคลเข้าร่วมด้วยความสมัครใจเพื่อเป็นการ แสดงความพอใจ การผ่อนคลายและให้ความเพลิดเพลินแก่ตัวผู้กระทำโดยตรง (Kraus and Botes, 1975) ดังนั้นในกิจกรรมเดียวกันอาจเป็นสันทนาการของบุคคลหนึ่ง แต่ไม่ใช่ของอีกบุคคล หนึ่ง ถ้าเขาไม่ได้สมัครใจทำกิจกรรมนั้นเพื่อความเพลิดเพลินของตนเองเท่านั้นและงานอดิเรกเป็น สันทนาการอย่างหนึ่ง ซึ่งคุ้นเคยและนิยมใช้กันมาก

อย่างไรก็ตามสิ่งที่พึงระมัดระวังในการดูแลเกี่ยวกับกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช สูงอายุก็คือ ไม่ควรให้ผู้ป่วยหักโหมกับกิจกรรมที่ปฏิบัติ เลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย รวมไปถึงกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น การจัดเวลาว่างที่ตรงกันของสมาชิกเพื่อมาร่วมทำ กิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งโดยมีผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุเป็นจุดศูนย์กลางร่วมของการทำกิจกรรมนั้น

ด้านการดูแลสุขภาพจิต

เมื่อถึงวัยสูงอายุจะเริ่มมีการเสื่อมถอย การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจะมีอิทธิพลต่อ สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ เมื่อเริ่มมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นผู้สูงอายุจะรู้สึกสูญเสียความสามารถทาง ด้านร่างกาย บางรายเกี่ยวข้องถึงการสูญเสียอิสระภาพในการช่วยตนเอง อาจมีความรู้สึกซึมเศร้า ขาดความอยากอาหาร นอนไม่หลับ เหงาว่าเหว่ รู้สึกถูกทอดทิ้ง ลึกลับ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลง

เป็นภาวะต่อบุตรหลาน กลัวตาย หงุดหงิดซึมโหมโห จู้จี้ ผู้สูงอายุจึงควรมีทัศนคติที่ดีต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ยอมรับและปรับตัวให้เข้ากับสภาพการณ์ ทั้งนี้ผู้สูงอายุควรมีการเตรียมพร้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพด้วยการเตรียมทรัพย์สินให้พอเพียงสำหรับการดำรงชีวิตในบั้นปลายมีการวางแผนการใช้จ่าย หางานอดิเรกที่ตนสนใจเพื่อให้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ นอกจากนี้การเตรียมใจ ผู้สูงอายุควรใจกว้าง รู้จักการรักเพื่อมนุษย์ด้วยกัน มองโลกในแง่ดี ยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้น และหาโอกาสในการพบปะสังสรรค์กับบุคคลในวัยเดียวกัน หรือมีกิจกรรมกับสังคมบ้าง ตลอดจนหมั่นรักษาสุขภาพให้คงไว้มิให้เสื่อมถอยลงไปอย่างรวดเร็ว

กฤษยา ตันติผลาชีวะ(2523)⁴⁰ ได้อธิบายถึงวิธีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ไว้ 7 ประการ คือ

1. ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของร่างกาย จิตใจและสังคม อันหมายถึงการทำให้ร่างกายทุกส่วนยังคงทำหน้าที่ได้เป็นปกติ แข็งแรงและมีจิตใจดี ซึ่งจะเป็นทางนำไปสู่การอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข
2. ส่งเสริมการดำรงไว้ซึ่งชีวิตบั้นปลายให้เป็นปกติที่สุด สามารถช่วยเหลือตนเองและดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างอิสระ มีความอบอุ่นและใกล้ชิดกับสมาชิกในครอบครัวมากกว่าการอยู่ในสถานสงเคราะห์หรือโรงพยาบาล
3. กระตุ้นให้สามารถช่วยเหลือตนเองในการใช้ชีวิตประจำวันได้ ทั้งนี้เพื่อลดปัญหาทางสังคมอันอาจเกิดขึ้นเนื่องจากความท้อแท้หรือถูกทอดทิ้ง
4. ส่งเสริมการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ มีงานอดิเรก และการสันทนาการที่ถูกต้องตามความสนใจ
5. ป้องกันภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น เนื่องจากความเสื่อมทางร่างกายหรือจิตใจเมื่อเกิดความเจ็บป่วย
6. ฟื้นฟูสุขภาพโดยการกระตุ้น แก้อาเจ ให้คำแนะนำ เพื่อให้ช่วยชะลอกลับคืนสู่สภาพปกติให้มากที่สุด และลดความพิการของร่างกายเนื่องจากการเสื่อมสภาพตามธรรมชาติหรือความเจ็บป่วย
7. ดำรงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตตามปกติแม้ในยามเจ็บป่วย

งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยตามแบบแผนการดำเนินชีวิต

เสาวภา วิชิตวาทย์ (2527 : 62-76)³³ ทำการศึกษาเปรียบเทียบความต้องการบริการด้านสุขภาพอนามัย ด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุเพศชาย และเพศหญิงในเขตพญาไท กรุงเทพมหานครจำนวน 120 คน โดยในด้านการประเมินสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ นับว่าส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวพันกันเป็นอันดับแรก รองลงมาคือ ระบบข้อและกล้ามเนื้อ และปัญหาเกี่ยวกับตา

พหล วงศาโรจน์(2540)⁵ ได้ศึกษาการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชกับความมั่นคงแห่งชาติ ได้ข้อค้นพบหนึ่งว่า ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิตมีความสามารถในการดูแลตนเองตามแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับปานกลาง ซึ่งหมายถึงสามารถที่จะดูแลตนเองได้ แต่ทั้งนี้ต้องได้รับความช่วยเหลือ กระตุ้นเตือนหรือชี้แนะจากเจ้าหน้าที่เสียก่อนจึงจะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ดังนั้นจึงกล่าวได้อีกนัยหนึ่งว่า ผู้ป่วยไม่สนใจที่จะดูแลตนเองละเลยการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อช่วยเหลือตนเอง โดยเฉพาะการดูแลตนเองทางด้านอาชีพ ซึ่งพบว่ามีความสามารถอยู่ในระดับต่ำ ด้วยเหตุผลนี้จึงทำให้ผู้ป่วยเป็นภาระแก่ญาติ ทำให้ญาติต้องทอดทิ้งผู้ป่วยไว้กับโรงพยาบาล ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองตามแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้แก่ ระยะเวลาการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนชีวิตดังกล่าว จะพบว่าการที่บุคคลมีแบบแผนชีวิตที่เหมาะสม ทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ ย่อมจะทำให้บุคคลมีสุขภาพดี โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีการศึกษาดีจะมีความรู้และเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง และมีการป้องกันโรคได้ดีขึ้นกว่าเดิม สามารถพัฒนาตนเองได้ ทั้งด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ปรับตัวอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข

บริการโรงพยาบาลจิตเวชที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

ผู้ป่วยเมื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คนสำคัญคนแรกในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชก็คือญาติผู้ป่วยในครอบครัวนั่นเอง ซึ่งความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย คือเป้าหมายสำคัญของนโยบายด้านบริการสาธารณสุข แต่เท่าที่ผ่านมาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชภายหลังการรักษาพบปัญหามากมาย พหล วงศาโรจน์(2540) ได้อธิบายถึงความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านว่า ในการดูแลผู้ป่วยญาติผู้ดูแลต้องประสบกับปัญหามากมาย อาทิ ญาติรู้สึกว่าคุณลักษณะของพฤติกรรมที่คาดหมายล่วงหน้าไม่ได้ของความเจ็บป่วยทางจิตเป็นภาระที่ล้นเหลือแก่ครอบครัว อีกทั้งไม่แน่ใจว่าจะทำอย่างไรเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยใช้เวลาว่างหลายชั่วโมงตั้งแต่เวลาอาหารเช้าจนถึงเวลาก่อนนอน ผู้ป่วยบางรายไม่เอาใจใส่ต่ออนามัยส่วนบุคคลซึ่งเป็นปัญหาสำหรับญาติไม่ทราบว่าจะจัดการอย่างไรกับผู้ป่วย โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานยา ญาติไม่สามารถบังคับให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ นอกจากนี้ยังพบว่าญาติที่เคยประสบกับเหตุการณ์อันตรายอันเกิดจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยมักจะไม่ลืมเหตุการณ์นั้น ทำให้เกิดความกังวลหรือกลัวความรุนแรงแบบเดิมจะเกิดขึ้นอีก ภาวะการณ์เช่นนี้จึงเป็นการเน้นภาระความยุ่งยากใจให้กับญาติและครอบครัว และพบว่า

ญาติจำนวนไม่น้อยที่เกิดความท้อแท้เบื่อหน่าย ญาติหลายรายที่มีความรู้สึกว่าการกำลังใจ ต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือ ทั้งในด้านแรงงาน เงิน วัสดุ ตลอดจนเทคนิคและวิธีการต่าง ๆ ในการจัดการกับพฤติกรรมปัญหาของผู้ป่วย นั่นคือความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือ โดยเฉพาะจากโรงพยาบาลจิตเวช ที่มีสุขภาพจิตที่เป็นผู้รักษาดูแลผู้ป่วยจิตเวชมาก่อน เพื่อช่วยประคับประคองให้ญาติและครอบครัวให้มีกำลังใจที่แบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

การศึกษาค้นคว้าความต้องการสนับสนุนจากโรงพยาบาลจิตเวชของผู้ดูแลในครั้งนี้อธิบายได้ตามแนวความคิดของการสนับสนุนทางสังคม(Social support) และแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

1 การสนับสนุนทางสังคม(Social support)

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์(2528)⁴¹ ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง สิ่งที่ได้รับจากสนับสนุนได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่ม ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เช่น บิดา มารดา สามีภรรยา ญาติ พี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2529)³⁴ กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมของมนุษย์ การดำรงชีวิตอยู่ในสังคมต้องพึ่งพาอาศัยกันและกัน มีการช่วยเหลือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นความรู้สึกต่าง ๆ ซึ่งกันและกันเพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคง เป็นที่รักเป็นที่ต้องการ เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตหรือมีความเครียดเกิดขึ้น การสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจากแหล่งสนับสนุนที่บุคคลนั้นมีอยู่ จะช่วยบรรเทาความรุนแรงหรือการป้องกันไม่ให้ความเครียดนั้นมากระทบจนเกิดความผิดปกติ

แรงสนับสนุนทางสังคมอย่างกว้าง ๆ เป็น 4 ชนิด ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์(Emotional support) หมายถึงการให้ความรัก ความไว้วางใจ ความเห็นอกเห็นใจ ความเอาใจใส่ และการรับฟัง

2. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ สิ่งของ(Instrumental support) หมายถึงการให้ความช่วยเหลือโดยตรง ไม่ว่าจะเป็นด้านการทำงาน การเงิน เวลา หรือช่วยปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับบุคคล

3. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือข่าวสาร(Information support) หมายถึงการให้คำแนะนำ การให้แนวทาง และข้อมูลข่าวสารที่บุคคลนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับบุคคลและสภาพแวดล้อมได้

4. การสนับสนุนทางการประเมิน(Appraisal support) หมายถึงการให้ข่าวสารหรือข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้บุคคลนำไปประเมินตนเอง และเปรียบเทียบกับบุคคลในสังคม

การสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญอันเป็นจุดเน้นของการวิจัยครั้งนี้ก็คือ การสนับสนุนด้านบริการทางสุขภาพจิตและจิตเวชจากโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งในปัจจุบันระบบบริการได้มุ่งเน้นที่การลดระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยให้สั้นที่สุด และกลับไปอยู่ในสังคมและครอบครัวโดยเร็ว ซึ่งเป็นจุดกำเนิดของแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ดังรายละเอียด

2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

การดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นการดูแลสุขภาพอย่างเบ็ดเสร็จที่บ้านของผู้รับบริการ มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนและดำรงไว้ ซึ่งภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรังต่างๆที่อาจใช้ระยะเวลายาวนานในการดูแล ในบางรายอาจเป็นการดูแลตลอดชีวิต

ส่วนคำนิยามของการดูแลที่บ้านตามสมาคมแพทยอเมริกา (American Medical Association) หมายถึง การให้การดูแล การสังคมสงเคราะห์ การบำบัด การฝึกอาชีพ การบริการทางสังคม และการดูแลงานบ้าน การดำเนินการมีรูปแบบเป็นทีมช่วยกันประเมินและวางแผนการให้การดูแลที่บ้าน (Friedman,1986)

นอกจากนี้ยังมีคำนิยามที่ให้แตกต่างกันไปตามแต่ละสถาบัน ดังเช่นคณะกรรมการนโยบายสุขภาพและสาธารณสุขของวิทยาลัยแพทยอเมริกา กล่าวถึงการดูแลสุขภาพที่บ้านไว้กว้างๆว่าเป็นการให้บริการสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยมากกว่าในสถาบันหรือสถานที่ทำการใดๆ ส่วนสมาคมการดูแลที่บ้านแห่งชาติอเมริกา ซึ่งเป็นสมาคมที่ทำหน้าที่เป็นตัวแทนหน่วยงานต่างๆในการดูแลที่บ้าน ทั้งเป็นหน่วยงานทางสุขภาพและอื่นๆ ได้แก่ Home health agencies, Hospital home care programes, Home maker home health aid organization และ Hospices ได้ให้ความหมายของการดูแลที่บ้านไว้ว่า เป็นการบริการเพื่อช่วยในการฟื้นคืนสภาพจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเรื้อรังที่มีการบำบัดรักษา หรือมีการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม การดูแลที่บ้านจะหมายถึงการบริการที่ครอบคลุมผู้รับบริการทั้งผู้ใหญ่และเด็กที่อยู่ในภาวะถูกทารุณกรรมและถูกทอดทิ้ง โดยทั่วไปการดูแลที่บ้านเป็นการบริการที่เหมาะสมกับสภาวะการณ์ที่ผู้ป่วยนั้นๆต้องการความช่วยเหลือ แต่สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลได้

จากความหมายของการดูแลผู้ป่วยที่บ้านดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เน้นการจัดบริการดูแลสุขภาพหรือกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพให้แก่ผู้ป่วย หรือผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง ณ ที่พักอาศัย บริการที่จัดให้จะต้องสนองตอบความต้องการ และช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสมตามอัตภาพ ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชก็เป็นผู้ป่วยกลุ่มหนึ่ง มีความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลกระทบมาจากความเจ็บป่วยทางจิต ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพิงผู้อื่นสูง เพราะมักจะมีแนวโน้มเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง จึงทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างจำกัด

2.1 วัตถุประสงค์ของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

วัตถุประสงค์ของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ไม่เพียงแต่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นจากการเจ็บป่วยเท่านั้น บริการที่จัดให้จะต้องครอบคลุมถึงแนวทางการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ด้าน คือ

1. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (Health Promotion and Disease Prevention)
2. การปรับคืนสู่สภาพเดิมทางด้านสุขภาพ (Health Restoration)
3. การดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี (Health Maintenance)

2.2. ระดับของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

สมาคมโรงพยาบาลแห่งอเมริกา (American Hospital Association) ได้แบ่งการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามระดับสุขภาพ 3 ระดับ คือ

1. Intensive Level หรือ Co-ordinate Home care เป็นการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่สามารถรับบริการที่บ้านได้ ซึ่งภายในบ้านจะต้องมีเครื่องมือที่ช่วยในการบำบัดรักษาและสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆได้ตามสมควร ผู้ให้การดูแลต้องมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง และให้การดูแลอย่างใกล้ชิด

2. Intermediate Level หรือ Rehabilitative Level เป็นการดูแลผู้ป่วยในระยะพักฟื้นหรือระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ให้การดูแลจะเน้นการดูแลเป็นทีม

3. Basic Health Level หรือ Maintenance Care เป็นการดูแลผู้ป่วยที่เรื้อรังหรือผู้พิการที่อยู่บ้านของตนเองได้ โดยเน้นการรักษาสุขภาพให้อยู่ในระดับคงที่ ช่วยแก้ปัญหาทางอารมณ์และสังคมที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย บุคลากรที่มาให้การดูแลมักจะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้ให้บริการสนับสนุนอื่นๆ เช่น คนทำความสะอาด ผู้จัดการอาหาร เป็นต้น

ในประเทศไทยตามแนวคิดของ สมจิต หนูเจริญกุล (2536)⁴² ได้แบ่งระดับการบริการพยาบาลที่สามารถนำไปใช้ในการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านได้ มี 3 ระดับ คือ

1. ระดับทดแทนทั้งหมด หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ ต้องอาศัยพยาบาล หรือสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ทำให้

2. ระดับทดแทนบางส่วน หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ทั้งหมด ต้องอาศัยพยาบาลหรือสมาชิกในครอบครัวช่วยปฏิบัติให้ในบางกิจกรรม
3. ระดับสนับสนุนให้ความรู้ผู้ป่วย โดยการสอน แนะนำจากพยาบาล และคอยกระตุ้นเพื่อให้กำลังใจผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเอง

2.3 รูปแบบของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะแบบใดก็ตามเป็นการบริการที่ตอบสนองให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องกับการดูแลในโรงพยาบาล ไม่เกิดช่องว่างระหว่างสถาบันให้การบริการสุขภาพต่างๆ รูปแบบการบริการสามารถแบ่งเป็นรูปแบบใหญ่ได้ 4 ประเภท คือ

1. รูปแบบที่ผสมผสานระหว่างบ้านและหน่วยบริการเข้าด้วยกัน (The Integrated HomeAnd Service Center Model) รูปแบบนี้ผู้ป่วยจะอยู่ที่บ้านของตนเอง ครอบครัวและสังคมจะต้องยอมรับให้ผู้ป่วยอยู่บ้านด้วยความสบายใจ ในชุมชนต้องมีศูนย์ใกล้บ้านให้บริการต่างๆที่ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งในด้านสุขภาพและสังคม รูปแบบนี้เหมาะกับผู้ป่วยที่สามารถเดินทางไปมาระหว่างบ้านและศูนย์บริการได้ง่าย ผู้ป่วยจะเสียค่าใช้จ่ายน้อย รู้สึกสะดวกสบาย คุ้นเคย และมีอิสระ เพราะได้อยู่บ้านของตนเอง

2. รูปแบบบริการที่ผู้ป่วยอยู่รวมกัน (The Congregate Service Model) รูปแบบนี้เป็นลักษณะของที่พักรักษาจะเป็นระบบมากขึ้น ผู้ป่วยจะอยู่รวมกัน มีตารางกิจกรรมกำหนดไว้แน่นอน ใช้บริการและได้รับความช่วยเหลือต่างๆร่วมกัน รูปแบบนี้ครอบครัวจะมีบทบาทต่อผู้ป่วยน้อยลงกว่ารูปแบบแรก

3. รูปแบบการดูแลที่บ้าน (The Home Care Model) รูปแบบนี้เป็นการเสนอบริการขั้นพื้นฐานต่างๆไปให้ผู้ป่วยแต่ละคนที่บ้าน ผู้ป่วยประเภทนี้ได้แก่ ผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่อ่อนแอ ซึ่งอยู่คนเดียวไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมนอกบ้านได้ ผู้ป่วยจะทำกิจกรรมต่างๆได้น้อยและไม่ค่อยติดต่อกับสังคมนอกบ้าน

4. รูปแบบการดูแลในสถาบัน (Institutional Care Model) ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยในสถานพักฟื้นหรือศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ ในที่พักรักษาผู้ป่วยจะมีความเป็นอยู่ดี ได้รับการทุกอย่างที่ต้องการ แต่ไม่ค่อยอิสระ ต้องปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ที่กำหนด

กล่าวได้ว่า รูปแบบและความเป็นไปได้ของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในสังคมไทยคงต้องมีการพัฒนา ซึ่งจำเป็นต้องผ่านระบบกระบวนการวิเคราะห์ และวิจัยอย่างมีระเบียบวิธีการผลที่ได้อาจเป็นรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งดังกล่าวมาแล้วข้างต้น หรืออาจเป็นรูปแบบพิเศษที่แตกต่างออกไป ซึ่งเหมาะสมกับสังคมไทยโดยเฉพาะก็ได้ เนื่องจากระบบการดูแลสุขภาพเป็นระบบที่

รวมการบริการทั้งที่บ้าน ในชุมชน ในโรงพยาบาลและสถานบริการอื่นๆ จึงควรมีการพัฒนาและกำหนดแนวทางที่ชัดเจน โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. การประเมินความต้องการการดูแลสุขภาพที่บ้าน เพื่อระบุว่าผู้รับบริการต้องการการดูแลที่บ้านในระดับซับซ้อนมาก ระดับปานกลาง หรือระดับรักษาสุขภาพ

2. นำข้อมูลความต้องการมาจัดลำดับความสำคัญ และวิเคราะห์แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในระบบสาธารณสุข และองค์กรอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถระบุถึงรูปแบบการบริการที่จะให้ครอบคลุมทั่วประเทศได้

2. กำหนดรูปแบบการให้บริการ ซึ่งควรเป็นรูปแบบที่มีหลายรูปแบบที่ตอบสนองกับ

3. ความต้องการของผู้รับบริการระดับต่างๆ

ทักษะผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน เนื่องจากมีความต้องการด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลครอบครัว (Family Care) และการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) เพิ่มมากขึ้น ก่อนการปฏิบัติงานอาจมีหลักสูตรการอบรมระยะสั้น 1 – 2 เดือนสำหรับผู้ปฏิบัติ

4. มีการควบคุมคุณภาพการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีการศึกษาผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อประกันคุณภาพของบริการทุกระดับ

ดังนั้น การดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ควรมีการศึกษาข้อมูลความเป็นไปได้ และแนวทางที่เหมาะสมในระบบบริการสาธารณสุขที่จะมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดสำหรับผู้รับบริการ โดยคำนึงถึงผลประโยชน์อันคุ้มค่าสำหรับผู้ต้องการการดูแลที่บ้านในอนาคต

3 ระบบบริการที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

ปัจจุบันรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต เป็นรูปแบบที่ผสมผสานการให้บริการทั้งในและนอกโรงพยาบาลจิตเวชเข้าด้วยกัน โดยการผสมผสานบริการสุขภาพจิตเข้ากับระบบบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ จึงต้องเตรียมความพร้อมในแต่ละระดับด้วย ดังรายละเอียด

1. บริการในโรงพยาบาลจิตเวช แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ

1.1 บริการแผนกผู้ป่วยนอก เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตไม่

รุนแรง ไม่จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ทีมสุขภาพจิตต้องประเมินความต้องการการดูแลสุขภาพที่บ้าน และให้บริการปรึกษาแก่ญาติตามแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ประกอบคู่มือที่เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย เพื่อญาติจะได้นำไปปฏิบัติที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยต่อ ถ้าหากมีความจำเป็นก็กลับมาปรึกษาและรักษาเป็นครั้งคราว จะได้ผลดีและช่วยป้องกันการป่วยซ้ำได้อย่างมาก

1.2 บริการแผนกผู้ป่วยใน เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตในระยะเฉียบพลันหรือรุนแรง ต้องการเวลาสักกระยะหนึ่งในการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นเพียงระยะเวลาสั้นๆเท่านั้น ก่อนผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน ทีมสุขภาพจิตให้บริการปรึกษาแก่ญาติและผู้ป่วยตามแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านประกอบด้วยคู่มือที่เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย จะช่วยให้ญาติมีความมั่นใจในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้มากขึ้น

1.3 บริการในชุมชน เป็นบริการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน หรือสถานีอนามัย ซึ่งมีภารกิจหลักที่ต้องติดตามดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบอยู่แล้วอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ระยะเวลานี้เป็นระยะที่มีความสำคัญต่อครอบครัวมาก ซึ่งต้องมีการเตรียมความพร้อมของครอบครัวตั้งแต่ก่อนที่ผู้ป่วยจะออกจากโรงพยาบาล เพราะครอบครัวเท่านั้นที่จะเป็นองค์ประกอบที่จะยืดเวลาให้ผู้ป่วยอยู่ชุมชนได้นานเพียงพอ โดยไม่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก ความพร้อมของครอบครัวหรือญาติในระยะนี้ก็คือ ความเต็มใจในการรับผู้ป่วยคืนสู่ครอบครัว และการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านของพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระบบบริการสาธารณสุข เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยยืนยันความช่วยเหลือที่จะให้กับครอบครัวและผู้ป่วย การนำครอบครัวหรือญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในทุกระดับของการให้บริการ ทั้งในและนอกโรงพยาบาลเป็นเรื่องจำเป็นที่ต้องปฏิบัติ โดยเฉพาะในสังคมที่กระบวนการรักษาเปลี่ยนแปลงจากการเน้นการรักษาในโรงพยาบาลสู่การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งทั้งพยาบาลและครอบครัวของผู้ป่วยจะต้องมีความพร้อมในการที่จะทำงานร่วมกัน พยาบาลต้องมียุทธศาสตร์ที่ดีต่อญาติหรือครอบครัวของผู้ป่วย มีความรู้ ความเข้าใจในบทบาทของครอบครัว มีทักษะในการช่วยเหลือระดับประคองครอบครัวทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม ทั้งยังจำเป็นต้องมีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้และทักษะ ในส่วนความพร้อมของครอบครัวจำเป็นต้องได้รับการเตรียมจากพยาบาล ทั้งในระยะที่ผู้ป่วยอยู่รักษาในโรงพยาบาลและกลับบ้าน จุดสำคัญที่จะให้ญาติหรือครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย คือ ครอบครัวจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือระดับประคองทางอารมณ์เสียก่อน ที่จะได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องเตรียมการและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอย่างเป็นระบบ คือทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล จึงจะเกิดประสิทธิผลมากที่สุด

คุณสมบัติของบุคลากรในทีมสุขภาพจิตที่ให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

การดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นบริการทางสุขภาพที่ต้องมีการติดต่อประสานงาน ต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคคลหลายสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพ ต้องมีระบบการส่งต่อที่ดี มีการควบคุมค่าใช้จ่าย มีการดูแลรักษาพยาบาลแก่ผู้รับบริการหลายประเภท และ

ต้องให้การพยาบาลหลายระดับ ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพที่มีหน้าที่ให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน จึงควรมีคุณสมบัติดังนี้

1. มีความรู้และทักษะในการใช้อุปกรณ์ เครื่องมือที่ทันสมัย
2. มีความรู้และทักษะที่ทันสมัยในการบริหารจัดการดูแลอย่างเป็นระบบ
3. มีความรู้และทักษะ ประสบการณ์การทำงานในชุมชน และในคลินิก
4. มีความรู้และทักษะในการประเมินสภาพผู้ป่วย ครอบครัว ค้นหาผู้ป่วยเพื่อให้การดูแล และมีความสามารถในการวินิจฉัยปัญหาชุมชน
5. มีความรู้ ความสามารถและมีทักษะในการสอน แนะนำให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย
6. มีความรู้ ความสามารถในการสนับสนุน ส่งเสริมการดูแลสุขภาพแก่ประชาชน
7. มีทักษะในการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ
8. มีความสามารถในการไตร่ตรองและตัดสินใจ มีความยืดหยุ่น และความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหา
9. มีความสามารถในการวางแผนด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม
10. เป็นผู้ที่เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน

จากการศึกษาแนวคิดเบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน พอจะสรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพที่บ้านมีลักษณะของการบริการทางสุขภาพที่มีขอบเขตกว้างขวาง ครอบคลุมระบบของการบริการทั้งด้านการรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมแก่บุคคลและครอบครัวที่บ้าน ซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมของผู้รับบริการ เพื่อให้การดูแลเกิดความต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลกับบ้าน โดยลักษณะของการบริการจะแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาของผู้รับบริการที่มีหลายประเภท และมีระดับความต้องการการดูแลหลายระดับ ตั้งแต่ระดับสนับสนุนให้ความรู้ แนะนำ และกระตุ้นเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ไปจนถึงระดับการดูแลทั้งหมดที่บางครั้งจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยร่วมด้วย มีการร่วมมือและประสานงานกันในการวางแผนการจัดให้บริการพยาบาลจากทีมให้บริการสุขภาพที่บ้าน ซึ่งมีหลายสาขาวิชาชีพหลายระดับ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ หรือเพื่อเพิ่มระดับการพึ่งพาตนเองให้สูงสุด ในขณะเดียวกันเพื่อลดผลที่จะเกิดจากความพิการและความเจ็บป่วยโดยรวมไปถึงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วย ด้วยเหตุนี้ทีมสุขภาพจิตที่ปฏิบัติงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาความรู้ ทักษะ ตลอดจนความเข้าใจถึงบทบาทของพยาบาลในการบริการสุขภาพที่บ้านในสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม และความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลักด้วยงานบริการ

ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ ตลอดจนเพื่อให้สามารถปรับบทบาทและทิศทางของการบริการพยาบาลให้สอดคล้องกับสภาพเหตุการณ์และนโยบายของประเทศต่อไป

งานวิจัยเกี่ยวกับการบริการและการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของ โรงพยาบาลจิตเวช

Francell(1988)⁴³ ได้ศึกษาเรื่องการรับรู้ของครอบครัวที่มีต่อภาวะการดูแลญาติที่ป่วยเป็นโรคจิตเรื้อรัง พบว่าระบบบริการสุขภาพจิต ก่อให้เกิดความเครียดได้ในสถานการณ์ต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบหรือเกิดภาวะวิกฤติทางจิตเวชที่บ้าน ญาติรู้สึกหนักใจและลำบากมากที่จะต้องรับผิดชอบด้วยตนเองทั้งหมด มีความรู้สึกที่ถูกทอดทิ้งจากทีมสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะวิกฤติทางจิตเวชที่เกิดขึ้นนอกเวลางานของทีมสุขภาพจิต ทั้งนี้เพราะบริการจิตเวชฉุกเฉินในชุมชนมีจำกัด

2. ญาติไม่คุ้นเคยและไม่รู้ขั้นตอนของการรับบริการจากหน่วยงานในชุมชนและไม่ทราบว่าหน่วยงานใดให้บริการทางด้านนี้ ทำให้รู้สึกว่าทีมสุขภาพจิตไม่ได้ช่วยแบ่งเบาภาระเหล่านี้

3. การขาดแหล่งบริการในชุมชนอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะสถานที่พักที่ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ทั้งนี้เพราะการจัดสถานที่อยู่ที่เหมาะสมให้ผู้ป่วย ก็จะช่วยลดระดับความเครียดอันเป็นการถนอมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว

ปัญหาอื่น ๆ รวมทั้งความยากลำบากในการเดินทางไปยังหน่วยงานสุขภาพจิต ไม่มีโครงการฝึกอาชีพและจัดหางานให้ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสที่จะมีการพบปะทางสังคมเป็นเหตุให้ผู้ป่วยโดดเดี่ยว และครอบครัวต้องรับผิดชอบเพิ่มขึ้นในการอยู่เป็นเพื่อนกับผู้ป่วย นอกจากนี้ศูนย์ศูนย์สุขภาพจิตชุมชนบางแห่งที่จัดให้มีโครงการรับผู้ป่วยไว้รักษาเฉพาะกลางวันก็ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร การขาดแหล่งบริการในชุมชนอย่างเพียงพอ สร้างปัญหาให้กับญาติผู้ป่วย ทำให้ไม่มีเวลาหยุดพัก

4. การขาดข้อมูลที่ควรจะได้รับจากเจ้าหน้าที่ ทีมสุขภาพจิตไม่ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษาในปัจจุบัน รายชื่อหน่วยงานที่ให้บริการในชุมชน และกลยุทธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ ญาติต้องการข้อมูลเรื่องการให้ยา และอาการข้างเคียงของยา

5. การขาดความต่อเนื่องของการดูแล ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและได้รับการรักษาด้วยยา หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในการให้ยาทีมสุขภาพจิตไม่เคยอธิบายให้ทราบภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วย

จันทรา อธิระสมบุญ(2543)⁴⁴ ได้ประเมินผลโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ด้านบริบทวัตถุประสงค์ของโครงการนี้มี

ความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ วิสัยทัศน์กรมสุขภาพจิต รวมทั้งนโยบายการพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติและแผนการปฏิบัติงานจริงมีความสอดคล้องกับแผนงานของโครงการในระดับสูง ด้านปัจจัยเบื้องต้นพบว่า ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และผู้ปฏิบัติงานมีความเห็นถึงความพร้อมของปัจจัยที่ใช้ดำเนินโครงการมีอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะสื่อ งบประมาณและบุคลากร มีความเพียงพอและเหมาะสมในการดำเนินการ ด้านกระบวนการพบว่า ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ มีการวางแผนการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ประชุมปรึกษาก่อนออกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และประชุมปรึกษาหารือหลังกลับจากปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และด้านผลการผลิตพบว่า ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ทักษะดีและความสามารถในการดูแลตนเองในระดับสูง สำหรับผู้ปฏิบัติงานทุกคนได้ปฏิบัติงานตามแผนการดำเนินงานครบถ้วน ผู้ป่วยและญาติให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการให้ความรู้แก่ประชาชนในรูปแบบการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อให้สังคมเกิดการยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ.จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง(Cross-Sectional Descriptive Design) เพื่อตอบคำถามการวิจัยคือ

1. พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เคยมาการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญาในปีงบประมาณ 2543 ในจังหวัดนนทบุรีเป็นอย่างไร
2. มีปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เคยมาการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญาในปีงบประมาณ 2543 ในจังหวัดนนทบุรี
3. มีปัจจัยใดบ้างที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เคยมาการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญาในปีงบประมาณ 2543 ในจังหวัดนนทบุรีต้องการการสนับสนุนจากโรงพยาบาล

ระเบียบการวิจัย

ประชากรศึกษา

ประชากรศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เคยมาการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญาในปีงบประมาณ 2543 ตามสถิติข้อมูลเวชระเบียนโรงพยาบาลศรีธัญญา และมีภูมิลำเนาในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 504 คน ซึ่งกระจายอยู่ใน 52 ตำบล ของ 6 อำเภอ คือ อำเภอเมือง อำเภอปากเกร็ด อำเภอบางกรวย อำเภอบางใหญ่ อำเภอบางบัวทอง และอำเภอไทรน้อย ดังนี้

ตารางที่ 3.1 จำนวนผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุนับการรับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญาในช่วงเดือน ตุลาคม 2542 – กันยายน 2543

อำเภอในจังหวัดนนทบุรี	จำนวนประชากรที่มารับการรักษา (คน)
อ. เมือง	216
อ. ปากเกร็ด	128
อ. บางกรวย	36
อ. บางใหญ่	40
อ. บางบัวทอง	44
อ. ไทรน้อย	40
รวม	504

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุนับการรับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา ในปีงบประมาณ 2543 ที่มีภูมิลำเนาอยู่จังหวัดนนทบุรี ซึ่งสุ่มตัวอย่าง โดยวิธี Two Stage Cluster Sampling ดังแผนภูมิข้างล่าง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชทุกรายในตำบลที่ถูกเลือกได้ คือตัวอย่างการศึกษานี้ รวม 223 คน

1. หาขนาดกลุ่มตัวอย่างประชากรที่เหมาะสมโดยใช้สูตรทาโร่ ยามาเน่ (Taro yamane)⁴⁵

ดังนี้

$$\text{สูตร } n = N / (1 + Ne^2)$$

เมื่อ $n =$ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$N =$ ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุนับการตรวจรักษาที่ ร.พ. ศรีธัญญาใน

ปีงบประมาณ 2543 ในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 504 คน

$e =$ ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ = .05

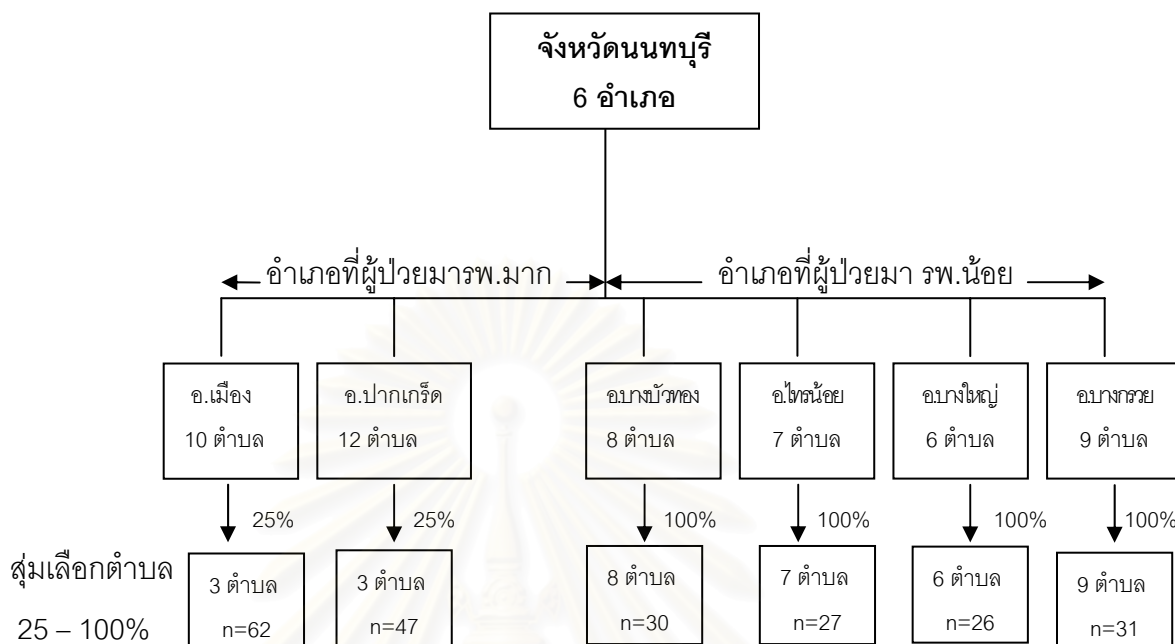
$$\text{แทนค่า } n = 504 / 1 + 504 (.05)^2$$

$$= 504 / 2.26 \text{ จะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 223 คน}$$

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 223 คน

2. การสุ่มตัวอย่าง

แผนภูมิที่ 2 การสุ่มตัวอย่าง



1. อำเภอในจังหวัดนันทบุรีมีทั้งหมด 6 อำเภอ ใช้ทั้งหมดทุกอำเภอ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลศรีธัญญามากมี 2 อำเภอคือ อำเภอเมือง และอำเภอปากเกร็ด ส่วนอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลศรีธัญญาน้อยมี 4 อำเภอ คือ อำเภอบางบัวทอง อำเภอไทรน้อย อำเภอบางใหญ่ และอำเภอบางกรวย

2. สุ่มเลือกตำบลร้อยละ 25-100 ได้ทั้งหมด 36 ตำบล

3. ครอบคลุมผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เคยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญาในปีงบประมาณ 2543 ในจังหวัดนันทบุรี ที่อยู่ในตำบลที่ตกเป็นตัวอย่างทั้งหมด เป็นตัวอย่างซึ่งผู้วิจัยได้ค้นเพิ่มประวัติผู้ป่วยเพื่อดูที่อยู่ของผู้ป่วย ซึ่งสามารถค้นหาเพิ่มได้ และที่อยู่ชัดเจนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุดังตารางที่ 3.2 และ 3.3

ตารางที่ 3.2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างประชากรในแต่ละตำบลของอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลศรีธัญญามาก

อำเภอเมือง (01)		อำเภอปากเกร็ด (06)	
ตำบล	จำนวน(คน)	ตำบล	จำนวน(คน)
1. ตำบลสวนใหญ่ (01)	18	ตำบลปากเกร็ด (01)	18
2. ตำบลตลาดขวัญ (02)	24	ตำบลบางตลาด (02)	13
3. ตำบลท่าทราย (05)	20	ตำบลบางพูด (04)	16
รวม	62	รวม	47

ตารางที่ 3.3 จำนวนกลุ่มตัวอย่างประชากรในแต่ละตำบลของอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล
ศรีรัตนอุยาน้อย

อำเภอบางกรวย (02)		อำเภอบางใหญ่ (03)		อำเภอบางบัวทอง (04)		อำเภอไทรน้อย (05)	
ตำบล	จำนวน (คน)	ตำบล	จำนวน (คน)	ตำบล	จำนวน (คน)	ตำบล	จำนวน (คน)
1. วัดชลอ (01)	3	1.ต.บางม่วง (01)	4	1.ต.โสนลอย (01)	1	1.ต.ไทรน้อย(01)	4
2.ต.บางกรวย (02)	17	2.ต.บางแม่นาง(02)	6	2.ต.บางบัวทอง (02)	5	2.ต.ราชวินิตยม(02)	4
3. ต.บางสีทอง(05)	-	3. ต.บางเลน(03)	3	3.ต.บางรักใหญ่(03)	6	3.หนองเพรางาย(03)	3
4.บางขนุน (04)	3	4. ต.เสาชิงหิน(04)	6	4. ต.บางคูรัก(04)	1	4.ไทรใหญ่(04)	4
5.ต.บางขุนทอง(05)	1	ต.บางใหญ่	3	5. ต.ละหาร (05)	2	5.ต.ขุนศรี(05)	6
6. ต.บางคูเวียง (06)	1	6. ต.บ้านใหม่	4	6. ต.ลำไผ่ (06)	1	6.ต.คลองขวาง(06)	2
7. ต.บางสวัสดิ์ (07)	1			7. ต.พิมลราช(07)	6	7.ต.ทวีวัฒนา (07)	4
8. ต.ปลายบาง (08)	4			8. ต.บางรักพัฒนา(08)	6		
9.ต.ศาลากลาง (09)	1						
รวม	31	รวม	26	รวม	30	รวม	27

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างแบบสัมภาษณ์ขึ้นเองตามแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ จำนวน 29 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ จำนวน 9 ข้อ

ตอนที่ 2 ลักษณะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ จำนวน 9 ข้อ

ตอนที่ 1 และ 2 เป็นคำถามซึ่งให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน

หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

ตอนที่ 3 ความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ จำนวน 7 ข้อ

ประกอบด้วยข้อความเชิงบวกและเชิงลบ ดังต่อไปนี้

ข้อความเชิงบวกมี 2 ข้อ คือ ข้อ 6,7

ข้อความเชิงลบมี 5 ข้อ คือ ข้อ 1,2,3,4,5

เป็นคำถามซึ่งให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ฟังซ้ำๆ เมื่ออ่านจบแล้วผู้ถูกสัมภาษณ์ ตอบคำว่า “ไม่เคย” “เป็นบางครั้ง” “เป็นประจำ”

ตอนที่ 4 การได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ จำนวน 4 ข้อ
เป็นข้อความซึ่งให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หน้าข้อความตามความ
เป็นจริง

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ จำนวน 8 ข้อ ซึ่ง
ประกอบด้วย

- ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ จำนวน 3 ข้อ
- ประสบการณ์ที่ได้จากการรักษาทางจิตเวช จำนวน 5 ข้อ

เป็นคำถามซึ่งให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หน้าข้อความหรือเติม
ข้อความลงในช่องว่าง

**ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับลักษณะของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
สูงอายุ** จำนวน 4 ข้อ

เป็นคำถามซึ่งให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความตามความ
เป็นจริง

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ
จำนวน 40 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความต้องการสนับสนุนจากโรงพยาบาล จำนวน
16 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสัมภาษณ์ โดยผู้ทรง
คุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ 2 ท่าน พยาบาล 1 ท่าน นักจิตวิทยา 1 ท่าน และนักสังคม
สงเคราะห์ 1 ท่าน

2. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์ โดยการนำแบบสัมภาษณ์ที่
ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างประชากรที่มีคุณลักษณะคล้ายกับ
ประชากรจริง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุจำนวน 30 ราย ในอำเภอเมือง โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
สูงอายุก่อนหน้านี้จะไม่ถูกนำมาเป็นตัวอย่างของการศึกษา แล้วนำไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดย
ใช้วิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเที่ยงของ
ของพฤติกรรมโดยรวม .9144 และความต้องการการสนับสนุนโดยรวม .8849

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับดังนี้

1. ทำหนังสือจากภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในพื้นที่เขตจังหวัดนนทบุรีที่เป็นพื้นที่เป้าหมาย
2. ผู้วิจัยเตรียมอบรมชี้แจงผู้ช่วยวิจัย โดยอธิบายวัตถุประสงค์และทำความเข้าใจการใช้แบบสัมภาษณ์ ใช้เวลา 1 วัน
3. ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าสถานีอนามัย เพื่อขอความร่วมมือในการเตรียมครัวเรือนที่จะเก็บแบบสัมภาษณ์
4. เก็บข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัย สัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุในแต่ละครอบครัว ครอบครัวละ 1 คน โดยเลือกผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด
5. เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ 2545 เป็นต้นไป จนถึงเดือนมีนาคม 2545 รวม 8 สัปดาห์
6. นำแบบสัมภาษณ์ตรวจสอบความเรียบร้อย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ชนิดของสถิติ	หัวข้อที่จะวิเคราะห์	ชนิดของตัวแปร	วิธีการ
สถิติเชิงพรรณนา	- ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล / ของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ เช่น อายุ เป็นต้น	- ข้อมูลเชิงปริมาณ	- ค่าเฉลี่ย ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน
	- ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล/ ของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ เช่น เพศ โรค เป็นต้น - พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย จิตเวชสูงอายุ - ความต้องการการ สนับสนุนจาก โรงพยาบาล	- ข้อมูลเชิงคุณภาพ	- ความถี่ ร้อยละ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาพฤติกรรมการดูแลและความต้องการการสนับสนุนจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุในจังหวัดนนทบุรีในครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ตอนที่ 1 จำนวนแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลและความต้องการการสนับสนุนจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

ตอนที่ 2 ลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ลักษณะผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ และลักษณะครอบครัว

ตอนที่ 3 พฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล

ตอนที่ 4 ปัจจัยด้านความรู้ของผู้ดูแลกับพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

ตอนที่ 5 ความต้องการการสนับสนุนจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

ตอนที่ 1 จำนวนแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลและความต้องการการสนับสนุนจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละของแบบสัมภาษณ์ตามเป้าหมายและรวบรวมได้

อำเภอ	จำนวนเป้าหมาย	จำนวนรวบรวมได้	ร้อยละ
อำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมาก			
อำเภอเมือง	62	44	70.9
อำเภอปากเกร็ด	47	28	59.6
อำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อย			
อำเภอบางบัวทอง	30	21	70.0
อำเภอบางกรวย	31	23	74.2
อำเภอบางใหญ่	26	15	57.7
อำเภอไทรน้อย	27	21	77.8
รวม	223	152	68.2

ผู้วิจัยรวบรวมแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลและความต้องการการสนับสนุนจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุได้ ร้อยละ 68.2

ตอนที่ 2 ลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ลักษณะผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ และ
ลักษณะครอบครัว

ตารางที่ 4.2 จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ จำแนก
ตามกลุ่มอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

ข้อมูลส่วนบุคคล	อำเภอที่ผู้ป่วยมา โรงพยาบาลมาก		อำเภอที่ผู้ป่วยมา โรงพยาบาลน้อย		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	23	31.9	14	17.5	37	24.3
หญิง	49	68.1	66	82.5	115	75.3
รวม	72	100.0	80	100.0	152	100.0
อายุ $\bar{X} \pm SD = 47.10 \pm 12.72$ ปี (ต่ำสุด 23 ปี, สูงสุด 78 ปี)						
21 –40 ปี	26	36.1	34	42.5	60	39.5
41 –60 ปี	36	50.0	28	35.0	64	42.1
> 60 ปี	10	13.9	18	22.5	28	18.4
รวม	72	100.0	80	100.0	152	100.0
ระดับการศึกษาสูงสุด						
ประถมศึกษา	27	37.5	52	65.0	79	52.0
มัธยมศึกษา	16	22.2	15	18.8	31	20.4
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	10	13.9	8	10.0	18	11.8
ปริญญาตรี	19	26.4	5	6.2	24	15.8
รวม	72	100.0	80	100.0	152	100.0
อาชีพ						
ไม่ได้ทำงานนอกบ้าน	24	33.3	32	40.0	56	36.8
ค้าขาย	11	15.3	9	11.3	20	13.2
รับจ้าง	23	32.0	35	43.7	58	38.2
ราชการ /พนักงานรัฐวิสาหกิจ	14	19.4	4	5.0	18	11.8
รวม	72	100.0	80	100.0	152	100.0

ตารางที่ 4.2 จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	อำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมาก		อำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อย		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	สถานภาพทางการเงิน					
มีเหลือเก็บ	15	20.8	11	13.7	26	17.1
พอใช้ไม่เหลือเก็บ	47	65.3	53	66.3	100	65.8
เป็นหนี้	10	13.9	16	20.0	26	17.1
รวม	72	100.0	80	100.0	152	100.0
สถานภาพสมรส						
โสด	23	32.0	19	23.8	42	27.6
สมรส อยู่ด้วยกัน	43	59.7	51	63.7	94	61.9
แยกกันอยู่ / หม้าย/หย่า	6	8.3	10	12.5	16	10.5
รวม	72	100.0	80	100.0	152	100.0
จำนวนผู้ที่อยู่ในอุปการะ						
< 3 คน	35	48.6	36	45.0	71	46.7
3-6 คน	35	48.6	39	48.8	74	48.7
> 6 คน	2	2.8	5	6.2	7	4.6
รวม	72	100.0	80	100.0	152	100.0
ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย						
สามี / ภรรยา	8	11.1	12	15.0	20	13.2
บุตร	48	66.7	50	62.4	98	64.4
พี่ / น้อง	8	11.1	9	11.3	17	11.2
ญาติ	8	11.1	9	11.3	17	11.2
รวม	72	100.0	80	100.0	152	100.0

ตารางที่ 4.2 จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	อำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมาก		อำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อย		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	โรคประจำตัวผู้ดูแล					
มี	16	22.2	24	30.0	40	26.3
ไม่มี	56	77.8	56	70.0	112	73.7
รวม	72	100.0	80	100.0	152	100.0

จากตารางที่ 4.2 แสดงลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ดังนี้

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 75.3 เป็นชาย ร้อยละ 24.3 ผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อย เป็นหญิง ร้อยละ 82.5 และผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมากเป็นหญิง ร้อยละ 68.1

อายุของผู้ดูแลอยู่ในช่วง 41-60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 42.1 รองลงมาคืออายุในช่วง 21-40 ปี และมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 39.5 และ 18.4 ตามลำดับ ทั้งนี้พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุมีอายุเฉลี่ย 47.10 ปี อายุสูงสุด 78 ปี อายุต่ำสุด 23 ปี ผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมากมีอายุในช่วง 41-60 ปี ร้อยละ 50.0 มากกว่าผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อย ซึ่งมีร้อยละ 35.0

ระดับการศึกษาสูงสุด พบว่าผู้ดูแลมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.0 รองลงมาที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 20.4 และ 15.8 ตามลำดับ ผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อย มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.0 มากกว่าผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมาก ซึ่งมี ร้อยละ 37.5

อาชีพของผู้ดูแล ร้อยละ 38.2 มีอาชีพรับจ้าง รองลงมา ไม่ได้ทำงานนอกบ้าน ค้าขาย ร้อยละ 36.8 และ 13.2 ตามลำดับ ผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อย มีอาชีพรับจ้าง และไม่ได้ทำงานนอกบ้าน ร้อยละ 43.7 และ 40.0 ตามลำดับ มากกว่าผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมาก ที่ไม่ได้ทำงานนอกบ้าน และมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.3 และ 32.0 ตามลำดับ

สถานภาพทางการเงิน พบว่า ผู้ดูแลมีเงินพอใช้ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 65.8 และยังมีหนี้เท่ากับมีเงินเหลือเก็บ ร้อยละ 17.1 และเมื่อพิจารณาตามกลุ่มอำเภอ พบว่าผู้ดูแลมีเงินพอใช้ไม่

เหลือเก็บอยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อย ร้อยละ 66.3 ผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมากมีเงินพอใช้ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 65.3

สถานภาพสมรส พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่สมรสแล้วยังอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 61.9 รองลงมาเป็น โสดและแยกกันอยู่ / หม้าย / หย่า ร้อยละ 27.6 และ 10.5 ตามลำดับ ผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อย สมรสแล้วยังอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 63.7 มากกว่าผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมาก ซึ่งมีร้อยละ 59.7

จำนวนผู้ที่อยู่ในอุปการะของผู้ดูแล พบว่ามีจำนวน 3-6 คน ร้อยละ 48.7 รองลงมามีจำนวนน้อยกว่า 3 คน และมากกว่า 6 คน ร้อยละ 46.7 และ 4.6 ตามลำดับ ผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อยมีผู้ที่อยู่ในอุปการะจำนวนมากกว่าผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมากในกลุ่มจำนวน 3-6 คน และมากกว่า 6 คน

ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ในฐานะบุตร ร้อยละ 64.4 รองลงมาเป็นสามี / ภรรยา พี่น้องและญาติ ร้อยละ 13.2 11.2 และ 11.2 ตามลำดับ ผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมาก มีความสัมพันธ์เป็นบุตร ร้อยละ 66.7 มากกว่าผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อย ซึ่งมีร้อยละ 62.4

โรคประจำตัวของผู้ดูแล มีโรคประจำตัว ร้อยละ 26.3 ผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อย มีโรคประจำตัว ร้อยละ 30.0 และผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมากมีโรคประจำตัว ร้อยละ 22.2

ตารางที่ 4.3 จำนวน และร้อยละของลักษณะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล

ลักษณะการดูแลของผู้ดูแลประจำ	อำเภอที่ผู้ป่วยมา		อำเภอที่ผู้ป่วยมา		รวม	
	โรงพยาบาลมาก		โรงพยาบาลน้อย			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เหตุผลในการดูแลผู้ป่วย						
สมัครใจ	44	61.1	43	53.7	87	57.2
ถูกบังคับ	0	0.0	1	1.3	1	0.7
เป็นหน้าที่	28	38.9	36	45.0	64	42.1
รวม	72	100.0	80	100.0	152	100.0
คนอื่นช่วยดูแลเมื่อผู้ดูแล						
ไม่อยู่/ไม่ว่าง						
มี	50	69.4	67	83.8	117	77.0
ไม่มี	22	30.6	13	16.2	35	23.0
รวม	72	100.0	80	100.0	152	100.0
คนช่วยดูแลในภาวะปกติ						
มี	54	75.0	69	86.3	123	80.9
ไม่มี	18	25.0	11	13.7	29	19.1
รวม	72	100.0	80	100.0	152	100.0
คนช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้าน						
มี	51	70.8	62	77.5	113	74.3
ไม่มี	21	29.2	18	22.5	39	25.7
รวม	72	100.0	80	100.0	152	100.0
มีโอกาสได้พักผ่อน						
จากการที่ต้องดูแลผู้ป่วย						
มี	66	91.7	75	93.7	141	92.8
ไม่มี	6	8.3	5	6.3	11	7.2
รวม	72	100.0	80	100.0	152	100.0

ตารางที่ 4.3 จำนวน และร้อยละของลักษณะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล (ต่อ)

ลักษณะการดูแลของผู้ดูแลประจำ	อำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมาก		อำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อย		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย/วัน						
≤ 5 ชั่วโมง	45	62.5	64	80.0	109	71.7
6 – 11 ชั่วโมง	16	22.2	9	11.2	25	16.5
≥ 12 ชั่วโมง	11	15.3	7	8.8	18	11.8
รวม	72	100.0	80	100.0	152	100.0
ระยะเวลาในการดูแล						
≤ 10 ปี	32	44.4	35	43.8	67	44.1
11 – 20 ปี	36	50.0	40	50.0	76	50.0
≥ 20 ปี	4	5.6	5	6.2	9	5.9
รวม	72	100.0	80	100.0	152	100.0
ได้รับการช่วยเหลือทางการเงิน						
มี	43	59.7	48	60.0	91	59.9
ไม่มี	29	40.3	32	40.0	61	40.1
รวม	72	100.0	80	100.0	152	100.0
ความเพียงพอของเงินที่ได้รับช่วยเหลือ						
เพียงพอ	61	84.7	67	83.8	128	84.2
ไม่เพียงพอ	11	15.3	13	16.2	24	15.8
รวม	72	100.0	80	100.0	152	100.0

จากตารางที่ 4.3 แสดงลักษณะการดูแลของผู้ดูแลประจำดังนี้

เหตุผลในการดูแล ส่วนใหญ่ผู้ดูแลสมัครใจในการดูแล ร้อยละ 57.2 รองลงมาทำโดยเป็นหน้าที่ ร้อยละ 42.1 ผู้ที่อยู่ในกลุ่มอำเภอที่มาโรงพยาบาลมาก สมัครใจในการดูแล ร้อยละ 61.1 และผู้ที่อยู่ในกลุ่มอำเภอที่มาโรงพยาบาลน้อย สมัครใจในการดูแล ร้อยละ 53.7

การมีคนอื่นช่วยดูแลเมื่อไม่อยู่ไม่ว่าง มีร้อยละ 77.0 ผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อยมีคนช่วยดูแล ร้อยละ 83.8 มากกว่าผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมาก ซึ่งมี ร้อยละ 69.4

ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีคนช่วยดูแลในภาวะปกติ ร้อยละ 80.9 ผู้ที่อยู่ในกลุ่มในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อย มีคนช่วยดูแลในภาวะปกติ ร้อยละ 86.3 มากกว่าผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมาก ซึ่งมี ร้อยละ 75.0

การมีคนช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้านของผู้ดูแลมีร้อยละ 74.3 ผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อยมีคนช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้าน ร้อยละ 77.5 มากกว่าผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมาก ซึ่งมีร้อยละ 70.8

ส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีโอกาสได้พักผ่อนจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 92.8 ผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อยมีโอกาสได้พักผ่อน ร้อยละ 93.7 ส่วนผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมาก มีโอกาสได้พักผ่อน ร้อยละ 91.7

การใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย / วัน โดยรวม ผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย ไม่เกิน 5 ชั่วโมง ร้อยละ 71.7 รวมระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุเป็นเวลาในช่วง 11-20 ปี ร้อยละ 50.0 รองลงมาดูแลไม่เกิน 10 ปี ร้อยละ 44.1 ผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อยมีการใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย / วัน ไม่เกิน 5 ชั่วโมง ร้อยละ 80.0 ส่วนผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมาก มีการใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย / วัน ไม่เกิน 5 ชั่วโมง ร้อยละ 62.5

ผู้ดูแลมีคนช่วยเหลือทางด้านการเงิน ร้อยละ 59.9 ผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อยมีคนช่วยเหลือทางด้านการเงิน ร้อยละ 60.0 ส่วนผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมาก มีคนช่วยเหลือทางด้านการเงิน ร้อยละ 59.7

ส่วนเงินที่ได้รับการช่วยเหลือ ผู้ดูแลมีใช้เพียงพอ ร้อยละ 84.2 ผู้ดูแลที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมากมีใช้เพียงพอ ร้อยละ 84.7 ผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อยมีใช้เพียงพอ ร้อยละ 83.8

ตารางที่ 4.4 ร้อยละของลักษณะความรู้สึกต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล

1 = ไม่เคย 2 = บางครั้ง 3 = เป็นประจำ

ความรู้สึกของผู้ดูแล	ระดับความรู้สึก								
	อำเภอที่ผู้ป่วยมารพ.			อำเภอที่ผู้ป่วยมารพ.			รวม (n = 152)		
	มาก (n = 72)			น้อย (n = 80)			1	2	3
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
มีความเครียด/ความวิตกกังวล	30.6	62.5	6.9	27.4	61.3	11.3	28.9	61.9	9.2
เนื่องจากการดูแล									
เบื่อหน่ายในการดูแล	54.2	41.7	4.1	50.0	43.7	6.3	52.0	42.7	5.3
โกรธที่ต้องทำหน้าที่นี้	59.7	38.9	1.4	57.5	38.7	3.8	58.6	38.8	2.6
ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุเป็นภาระ	55.6	38.9	5.5	56.3	36.2	7.5	55.9	37.5	6.6
สูญเสียโอกาสของชีวิต	76.4	19.4	4.2	72.5	22.5	5.0	74.3	21.1	4.6
มีความสุขและพอใจกับ	23.6	30.6	45.8	7.5	48.8	43.7	15.1	40.1	44.8
สภาพความเป็นอยู่ของ									
ตนเองในปัจจุบัน									
ภาคภูมิใจที่ได้ดูแล	19.4	44.5	36.1	2.5	40.0	57.5	10.5	42.1	47.4

จากการสัมภาษณ์ความรู้สึกของผู้ดูแลต่อการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล 7 ข้อ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้สึกเชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ในทุกข้อ

ความรู้สึกเครียด / วิตกกังวล ผู้ดูแลมีความรู้สึกเครียด / วิตกกังวลเป็นบางครั้ง ร้อยละ 61.9 รองลงมาไม่รู้สึกเครียด / วิตกกังวล และเป็นประจำ ร้อยละ 28.9 และ 9.2 ตามลำดับ ผู้ที่อยู่ในกลุ่มอำเภอที่มาโรงพยาบาลมาก รู้สึกเครียด / วิตกกังวล เป็นบางครั้ง ร้อยละ 62.5 มากกว่าผู้ที่อยู่ในกลุ่มอำเภอที่มาโรงพยาบาลน้อย ซึ่งมีร้อยละ 61.3

การเบื่อหน่ายในการดูแล ผู้ดูแล ร้อยละ 52.0 ไม่เคยเบื่อหน่ายในการดูแล รองลงมา มีความเบื่อหน่ายเป็นบางครั้ง และเป็นประจำ ร้อยละ 42.7 และ 5.3 ตามลำดับ ผู้ที่อยู่ในกลุ่มอำเภอที่มาโรงพยาบาลมาก ไม่เคยเบื่อหน่ายในการดูแล ร้อยละ 54.2 มากกว่าผู้ที่อยู่ในกลุ่มอำเภอที่มาโรงพยาบาลน้อย ซึ่งมีร้อยละ 50.0

ความรู้สึกโกรธที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแล ผู้ดูแล ร้อยละ 58.6 ไม่โกรธที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแล รองลงมา ร้อยละเป็นบางครั้ง และเป็นประจำ ร้อยละ 38.8 และ 2.6 ตามลำดับ ผู้ที่อยู่ใน

กลุ่มอำเภอที่มาโรงพยาบาลมากไม่โกรธที่ต้องทำหน้าที่ ร้อยละ 59.7 มากกว่าผู้ที่อยู่ในกลุ่มอำเภอที่มาโรงพยาบาลน้อย ที่มีความรู้สึกนี้ ร้อยละ 57.5

ความรู้สึกว่าผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุเป็นภาระ ผู้ดูแล ร้อยละ 55.9 ไม่มีความรู้สึกนี้ รองลงมา รู้สึกเป็นบางครั้ง และเป็นประจำ ร้อยละ 37.5 และ 6.6 ตามลำดับ ผู้ที่อยู่ในกลุ่มอำเภอที่มาโรงพยาบาลมาก ไม่รู้สึกว่าคุณสมบัติสูงอายุเป็นภาระ ร้อยละ 55.6 น้อยกว่าผู้ที่อยู่ในกลุ่มอำเภอที่มาโรงพยาบาลน้อย ซึ่งมี ร้อยละ 56.3

ความรู้สึกว่าตัวเองต้องสูญเสียโอกาสของชีวิตในการที่ต้องมาทำหน้าที่ดูแลของผู้ดูแล ผู้ดูแล ร้อยละ 74.3 ไม่มีความรู้สึกนี้ รองลงมา รู้สึกเป็นบางครั้ง และเป็นประจำ ร้อยละ 21.1 และ 4.6 ตามลำดับ ผู้ที่อยู่ในกลุ่มอำเภอที่มาโรงพยาบาลมาก ไม่รู้สึกว่าคุณสมบัติสูงอายุ ร้อยละ 76.4 มากกว่าผู้ที่อยู่ในกลุ่มอำเภอที่มาโรงพยาบาลน้อย ซึ่งมี ร้อยละ 72.5

ความสุขและพอใจกับสภาพความเป็นอยู่ของตนเองในปัจจุบัน ผู้ดูแล ร้อยละ 44.8 มีความรู้สึกนี้ เป็นประจำ รองลงมา รู้สึกเป็นบางครั้ง และไม่เคยรู้สึก ร้อยละ 40.1 และ 15.1 ตามลำดับ ผู้ที่อยู่ในกลุ่มอำเภอที่มาโรงพยาบาลมาก รู้สึกมีความสุขและพอใจกับสภาพความเป็นอยู่ของตนเอง ร้อยละ 45.8 มากกว่าผู้ที่อยู่ในกลุ่มอำเภอที่มาโรงพยาบาลน้อย ซึ่งมี ร้อยละ 43.7

ความภาคภูมิใจที่ได้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ผู้ดูแล ร้อยละ 47.4 มีความรู้สึกนี้ เป็นประจำ รองลงมา รู้สึกเป็นบางครั้ง และไม่เคยรู้สึก ร้อยละ 42.1 และ 10.5 ตามลำดับ ผู้ที่อยู่ในกลุ่มอำเภอที่มาโรงพยาบาลมาก รู้สึกมีความภาคภูมิใจที่ได้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ร้อยละ 36.1 น้อยกว่าผู้ที่อยู่ในกลุ่มอำเภอที่มาโรงพยาบาลน้อย ซึ่งมี ร้อยละ 57.5

ตารางที่ 4.5 จำนวน และร้อยละของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล

ลักษณะความรู้ในการดูแล	อำเภอที่ผู้ป่วยมา		อำเภอที่ผู้ป่วยมา		รวม	
	โรงพยาบาลมาก		โรงพยาบาลน้อย			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับความรู้ในการดูแล						
ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ						
ไม่เคย	60	83.3	60	75.0	120	78.9
เคย	12	16.7	20	25.0	32	21.1
รวม	72	100.0	80	100.0	152	100.0
แหล่งความรู้ที่ได้รับ						
จากรพ.จิตเวช	8	66.7	12	60.0	20	62.5
จากหน่วยงานสุขภาพใกล้บ้าน	4	33.3	8	40.0	12	37.5
รวม	12	100.0	20	100.0	32	100.0
ความเพียงพอของความรู้ต่อการดูแล						
เพียงพอ	0	0.0	5	25.0	5	15.6
ไม่เพียงพอ	12	100.0	15	75.0	27	84.4
รวม	12	100.0	20	100.0	152	100.0
ความต้องการความรู้เพิ่ม						
ไม่ต้องการ	40	55.6	43	53.8	83	54.6
ต้องการ	32	44.4	37	46.2	69	45.4
รวม	72	100.0	80	100.0	152	100.0
ความรู้ที่ต้องการ เรื่อง						
- การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ	13	40.6	8	21.6	21	30.4
- ยาที่รักษาทางจิต	10	31.3	10	27.0	20	29.0
- โรค/อาการ	5	15.6	8	21.6	13	18.8
- ไม่ระบุเรื่อง	4	12.5	11	29.8	15	21.8
รวม	32	100.0	37	100.0	69	100.0

จากตารางที่ 4.5 แสดงลักษณะความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแล ดังนี้

ผู้ดูแล ร้อยละ 78.9 ยังไม่เคยได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ แหล่งที่ให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ส่วนใหญ่จากโรงพยาบาลจิตเวช ร้อยละ 62.5 และความรู้ที่ได้รับยังไม่เพียงพอ ร้อยละ 84.4 ผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมาก ยังไม่เคยได้รับความรู้ในการดูแล ร้อยละ 83.3 มากกว่าผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อย ซึ่งมีร้อยละ 75.0

ความต้องการความรู้เพิ่มเติม ผู้ดูแล ร้อยละ 45.4 ต้องการความรู้เพิ่ม ความรู้ที่ต้องการเพิ่มเติมได้แก่ เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ร้อยละ 30.4 รองลงมาเรื่องยาที่รักษาทางจิต ไม่ระบุเรื่อง และโรค / อาการ ร้อยละ 29.0 , 21.8 , 18.8 ตามลำดับ ผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อย ต้องการได้รับความรู้ในการดูแล ร้อยละ 46.2 มากกว่าผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมาก ซึ่งต้องการ ร้อยละ 44.4

ตารางที่ 4.6 จำนวน และร้อยละของลักษณะผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

ลักษณะผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ	อำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมาก		อำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อย		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	22	30.6	21	26.2	43	28.3
หญิง	50	69.4	59	73.8	109	71.7
รวม	72	100.0	80	100.0	152	100.0
อายุ $\bar{X} \pm SD = 69.40 \pm 6.10$ ปี (ต่ำสุด 60 ปี, สูงสุด 87 ปี)						
60 – 70 ปี	47	65.3	54	67.5	101	66.5
71 – 80 ปี	22	30.5	20	25.0	42	27.6
>80 ปี	3	4.2	6	7.5	9	5.9
รวม	72	100.0	80	100.0	152	100.0
โรค(จากการวินิจฉัยของแพทย์)						
โรคสมองเสื่อมไม่ทราบสาเหตุ	16	22.2	21	26.3	37	24.3
โรคในกลุ่มที่มีความ	56	77.8	59	73.7	115	75.7
ผิดปกติของจิตใจและอารมณ์						
รวม	72	100.0	80	100.0	152	100.0

ตารางที่ 4.6 จำนวน และร้อยละของลักษณะผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ (ต่อ)

ลักษณะผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ	อำเภอที่ผู้ป่วยมา		อำเภอที่ผู้ป่วยมา		รวม	
	โรงพยาบาลมาก		โรงพยาบาลน้อย			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รพ.ที่ผู้ป่วยเคยรักษาทางจิตเวช						
- รพ.ศรีธัญญา แห่งเดียว	52	72.2	65	81.2	117	77.0
- รพ.จิตเวช อื่นร่วมด้วย	7	9.7	8	10.0	15	9.9
- ฝ่ายกาย/เอกชน ร่วมด้วย	13	18.1	7	8.8	20	13.1
รวม	72	100.0	80	100.0	152	100.0
การพักรักษาตัวในรพ.จิตเวช						
เคย	7	9.7	12	15.0	19	12.5
ไม่เคย	65	90.3	68	85.0	133	87.5
รวม	72	100.0	80	100.0	152	100.0

จากตารางที่ 4.6 แสดงลักษณะผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแล

ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุเป็นหญิง ร้อยละ 71.7 เป็นชาย ร้อยละ 28.3 ผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อย เป็นหญิง ร้อยละ 73.8 มากกว่าผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมาก ซึ่งมีหญิง ร้อยละ 69.4

อายุของผู้ป่วย พบว่ามีอายุอยู่ในช่วง 60-70 ปี ร้อยละ 66.5 รองลงมาคืออายุอยู่ในช่วง 71-80 ปี และมากกว่า 80 ปี ร้อยละ 27.6 และ 5.9 ตามลำดับ ผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อย อายุอยู่ในช่วง 60-70 ปี ร้อยละ 67.5 ส่วนผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมาก มีอายุช่วงนี้ ร้อยละ 65.3

ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคในกลุ่มที่มีความผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์ ร้อยละ 75.7 ได้รับการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมไม่ทราบสาเหตุ ร้อยละ 24.3 ผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมาก ได้รับการวินิจฉัยโรคในกลุ่มที่มีความผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์ ร้อยละ 77.8 ผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อย ได้รับการวินิจฉัยนี้ ร้อยละ 73.7

โรงพยาบาลที่ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุเคยรักษาทางจิตเวช ส่วนใหญ่รักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา แห่งเดียว ร้อยละ 77.0 รองลงมาคือรักษาที่โรงพยาบาลฝ่ายกาย / โรงพยาบาลเอกชนร่วมด้วย รักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย ร้อยละ 13.1 และ 9.9 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอำเภอพบว่าผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อย รักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญาแห่งเดียว ร้อยละ 81.2 มากกว่าผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมากซึ่งมีร้อยละ 72.2

ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ร้อยละ 87.5 ไม่เคยได้พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมาก ไม่เคยได้พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 90.3 มากกว่า ผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อย ซึ่งมีร้อยละ 85.0

ตารางที่ 4.7 จำนวน และร้อยละของลักษณะครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

ลักษณะครอบครัว	อำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมาก		อำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อย		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แบบครอบครัว						
ครอบครัวเดี่ยว	43	59.7	38	47.5	81	53.3
ครอบครัวขยาย	29	40.3	42	52.5	71	46.7
รวม	72	100.0	80	100.0	152	100.0
ประเภทของบ้าน ที่อยู่อาศัย						
บ้านเช่า/อยู่ระหว่างผ่อนชำระ	8	11.1	7	8.7	15	9.9
บ้านของตนเอง	58	80.6	72	90.0	130	85.5
บ้านญาติ/บ้านพักสวัสดิการ	6	8.3	1	1.3	7	4.6
รวม	72	100.0	80	100.0	152	100.0
จำนวนสมาชิกในครอบครัว						
≤ 5 คน	49	68.0	47	58.7	96	63.2
6 – 10 คน	21	29.2	28	35.0	49	32.2
≥ 11 คน	2	2.8	5	6.3	7	4.6
รวม	72	100.0	80	100.0	152	100.0
บรรยากาศความสัมพันธ์ในครอบครัว						
รักใคร่กันดี	45	62.5	44	55.0	89	58.5
เรื่อยๆ	16	22.2	15	18.8	31	20.4
ขัดแย้งกันบ้าง	11	15.3	21	26.2	32	21.1
รวม	72	100.0	80	100.0	152	100.0

จากตารางที่ 4.7 แสดงลักษณะครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ดังนี้

ครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงร้อยละ 53.3 เป็นครอบครัวเดี่ยว และเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 46.7 ครอบครัวในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมากเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 59.7 มากกว่าครอบครัวในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อย ซึ่งมีร้อยละ 47.5

ประเภทของบ้านที่อยู่อาศัยของผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นบ้านของตนเอง ร้อยละ 85.5 รองลงมาเป็นบ้านเช่า / อยู่ระหว่างผ่อนชำระ ร้อยละ 9.9 บ้านของผู้ดูแลที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อยเป็นบ้านของตนเอง ร้อยละ 90.0 มากกว่าบ้านของผู้ดูแลที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมาก ซึ่งมีร้อยละ 80.6

จำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกไม่เกิน 5 คน ร้อยละ 63.2 รองลงมา มีจำนวนสมาชิก 6-10 คน และจำนวนสมาชิกมากกว่า 10 คน ร้อยละ 32.2 และ 4.6 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอำเภอพบว่า จำนวนสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมากมีจำนวนไม่เกิน 5 คน ร้อยละ 68.0 มากกว่าครอบครัวผู้ดูแลที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อย ซึ่งมีร้อยละ 58.7

บรรยากาศความสัมพันธ์ในครอบครัว ส่วนใหญ่รักใคร่กันดี ร้อยละ 58.5 รองลงมา มีความขัดแย้งกันบ้าง ร้อยละ 21.1 ครอบครัวของผู้ดูแลที่มีความขัดแย้งกันบ้างอยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อย ร้อยละ 26.2 มากกว่าครอบครัวที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมาก ซึ่งมีร้อยละ 15.3

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล

ตารางที่ 4.8 ร้อยละของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล จำแนกตามกลุ่มอำเภอกว่าผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

1 = ไม่ได้ทำ 2 = ผู้ป่วยทำได้เอง 3 = ต้องช่วยเหลือบ้าง 4 = ต้องช่วยเหลือตลอด

พฤติกรรมการดูแล	อำเภอกว่าผู้ป่วยมารพ.มาก (n=72)				อำเภอกว่าผู้ป่วยมารพ.น้อย (n=80)				รวม (n=152)			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<u>ด้านป้องกันความเสี่ยง</u>												
ดูแลให้ไปพบแพทย์ตามนัด	8.3	33.3	18.1	40.3	2.4	25.0	21.3	51.3	5.3	28.9	19.7	46.1
ดูแลจัดยาให้รับประทานยาทุกมื้อและต่อเนื่อง ไม่งด / ลดหรือเพิ่มยาเอง	5.6	51.4	13.8	29.2	6.3	50.0	22.4	21.3	5.9	50.7	18.4	25.0
ดูแลให้หลีกเลี่ยงการใช้ยานอนหลับ	27.8	43.1	9.7	19.4	15.0	50.0	17.5	17.5	21.1	46.7	13.8	18.4
ดูแลให้หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	23.6	51.4	9.7	15.3	42.4	31.3	11.3	15.0	33.6	40.8	10.5	15.1
ดูแลการจัดของใช้ไม่ให้เกะกะขวางทางเดิน	15.2	55.6	16.7	12.5	6.3	63.7	13.7	16.3	10.5	59.9	15.1	14.5
ดูแลให้สวมเสื้อผ้าและรองเท้าที่เหมาะสม	4.2	73.6	9.7	12.5	5.0	61.2	20.0	13.8	4.6	67.1	15.1	13.2
ดูแลให้หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มประเภทน้ำชา หรือ กาแฟก่อนนอน	23.6	52.8	8.3	15.3	36.2	43.8	12.5	7.5	30.3	48.0	10.5	11.2
ดูแลช่วยพยุงเมื่อเปลี่ยนอริยาบท (นั่ง ยืน เดิน)	12.5	62.5	16.7	8.3	6.2	73.8	7.5	12.5	9.2	68.5	13.8	10.5

ตารางที่ 4.8 ร้อยละของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล จำแนกตามกลุ่มอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแล	อำเภอที่ผู้ป่วยมารพ..มาก (n=72)				อำเภอที่ผู้ป่วยมารพ..น้อย (n=80)				รวม (n=152)			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
ดูแลช่วยพยุงเมื่อขึ้น-ลงบันได มีการเกาะ ราวบันไดทุกครั้ง	13.9	65.3	13.9	6.9	13.7	68.8	8.7	8.8	13.8	67.1	11.2	7.9
<u>ด้านการส่งเสริมสุขภาพ</u>												
ดูแลให้หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร ประเภทไขมัน แป้ง และน้ำตาล	9.7	55.5	16.7	18.1	7.5	45.0	27.5	20.0	8.5	50.0	22.4	19.1
ดูแลให้รับประทานผักสดและผลไม้ที่สด สะอาดเป็นประจำ	8.3	55.5	18.1	18.1	7.5	47.5	25.0	20.0	7.9	51.3	21.7	19.1
ดูแลให้พักผ่อนอยู่ในที่มีอากาศถ่ายเทได้ สะดวก	4.2	70.8	8.3	16.7	2.5	72.5	10.0	15.0	3.3	71.7	9.2	15.8
การพาไปเยี่ยมเยียนบุตรหลาน	51.5	33.3	6.9	8.3	28.8	41.2	15.0	15.0	39.5	37.5	11.2	11.8
ดูแลให้อาบน้ำอุ่น / ตีมนมอุ่น ๆ ก่อนนอน	33.3	44.5	6.9	15.3	43.8	42.5	7.5	6.2	38.8	43.5	7.2	10.5

ตารางที่ 4.8 ร้อยละของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล จำแนกตามกลุ่มอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแล	อำเภอที่ผู้ป่วยมารพ.มาก (n=72)				อำเภอที่ผู้ป่วยมารพ.น้อย (n=80)				รวม (n=152)			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
ดูแลให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ วันละ 5-10 นาที	34.7	44.5	11.1	9.7	28.8	46.2	17.5	7.5	31.6	45.4	14.4	8.6
การพาไปวัด	40.3	37.5	16.7	5.5	25.0	32.5	32.5	10.0	32.2	34.9	25.0	7.9
การพาไปที่อื่นนอกบ้าน เช่น ศูนย์ การค้า เป็นต้น	56.9	23.6	12.6	6.9	47.4	18.8	25.0	8.8	52.0	21.1	19.1	7.8
การพาไปพบปะสังสรรค์กับเพื่อนวัย เดียวกัน	38.9	48.6	6.9	5.6	30.0	52.4	8.8	8.8	34.2	50.7	7.9	7.2
การเปิดเทปเกี่ยวกับธรรมะให้ฟัง	36.2	47.2	9.7	6.9	32.4	46.5	13.7	7.4	34.3	46.7	11.8	7.2
ดูแลให้เลือกรื้อออกกำลังกายที่เหมาะสม กับสภาพและวัย เช่น เล่นกีฬาเบา ๆ	44.4	40.3	9.7	5.6	53.8	30.0	12.4	3.8	49.3	34.9	11.2	4.6
ดูแลให้สวดมนต์/นั่งสมาธิก่อนนอน	26.4	59.7	8.3	5.6	27.5	61.2	7.5	3.8	27.0	60.5	7.9	4.6
ดูแลให้ใช้เวลาว่างในการทำงานอดิเรกที่ ชอบ เช่น ปลูกต้นไม้	41.7	51.3	4.2	2.8	40.0	48.7	10.0	1.3	40.8	50.0	7.2	2.0

ตารางที่ 4.8 ร้อยละของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล จำแนกตามกลุ่มอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแล	อำเภอที่ผู้ป่วยมาร. พ.มาก (n=72)				อำเภอที่ผู้ป่วยมาร.พ.น้อย (n=80)				รวม (n=152)			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<u>ด้านการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน</u>												
ช่วยซื้อหาของใช้	9.8	31.9	22.2	36.1	7.5	25.0	35.0	32.5	8.6	28.3	28.9	34.2
การเตรียม / ประกอบอาหาร	15.3	40.3	16.6	27.8	6.3	22.4	36.3	35.0	10.5	30.9	27.0	31.6
การทำความสะดวกในบ้าน เช่น ถูบ้าน	19.4	43.1	15.3	22.2	7.4	31.3	31.3	30.0	13.2	36.8	23.7	26.3
การจัดเก็บของเข้าที่	11.1	48.6	12.5	27.8	7.5	45.0	22.5	25.0	9.2	46.7	17.8	26.3
การทำงานบ้าน เช่น ล้างจาน ซักผ้า	15.3	45.8	15.3	23.6	5.0	36.3	31.3	27.4	9.8	40.8	23.7	25.7
การจัดเตรียม / เก็บเครื่องนอน	5.6	59.7	12.5	22.2	5.0	55.0	22.5	17.5	5.3	57.2	17.8	19.7
การดูแลให้ออมเงิน/การใช้จ่ายเงิน	29.2	38.9	16.7	15.2	11.2	43.8	21.5	17.5	19.7	41.4	22.4	16.5
การพาไปห้องน้ำ / ห้องส้วม	1.4	70.8	12.5	15.3	2.5	72.5	12.5	12.5	2.0	71.7	12.5	13.8
ดูแลให้ขับถ่ายเป็นเวลาทุกวัน	4.2	70.8	9.7	15.3	1.3	75.0	12.4	11.3	2.6	73.0	11.2	13.2
ดูแลป้อนข้าวป้อนน้ำให้	8.3	69.5	9.7	12.5	7.5	72.5	8.8	11.2	7.9	71.1	9.2	11.8
เตรียมของใส่บาตร	38.9	41.7	12.4	6.9	31.2	32.5	23.8	12.5	34.9	36.8	18.4	9.9
การอ่านหนังสือให้ฟัง	43.1	45.8	4.2	6.9	42.5	43.8	11.2	2.5	42.8	44.7	7.9	4.6

ตารางที่ 4.8 ร้อยละของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล จำแนกตามกลุ่มอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแล	อำเภอที่ผู้ป่วยมาร. พ.มาก (n=72)				อำเภอที่ผู้ป่วยมาร.พ.น้อย (n=80)				รวม (n=152)			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<u>ด้านการทำความสะอาดร่างกาย</u>												
ดูแลให้ตัดเล็บสั้นอยู่เสมอ	2.8	61.1	13.9	22.2	2.5	58.7	17.5	21.3	2.6	59.9	15.8	21.7
ดูแลให้อาบน้ำวันละ 1-2 ครั้ง	2.8	70.8	4.2	22.2	1.2	73.8	7.5	17.5	2.0	72.4	5.9	19.7
ดูแลให้สระผมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	2.8	75.0	2.8	19.4	1.2	76.3	6.2	16.3	2.0	75.6	4.6	17.8
ดูแลช่วยแต่งกาย	1.4	75.0	8.3	15.3	0.0	80.0	6.2	13.8	0.7	77.6	7.2	14.5
ดูแลการแปรงฟันและดูแลช่องปากที่ถูกต้อง	4.2	73.6	8.3	13.9	1.2	78.8	7.5	12.5	2.6	76.3	7.9	13.2
ดูแลให้ล้างมือหลังจากเข้าห้องน้ำและห้องส้วม	2.8	72.2	11.1	13.9	2.4	78.8	8.8	10.0	2.6	75.7	9.9	11.8

จากตารางที่ 4.8 แสดงพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ แบ่งเป็น 4 ด้านคือ ด้านป้องกันความเสี่ยง 9 ข้อ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ 13 ข้อ ด้วยการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน 12 ข้อ และด้านการทำความสะอาดร่างกาย 6 ข้อ

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ด้านป้องกันความเสี่ยง พบว่าพฤติกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตลอดมากที่สุด คือ การดูแลให้ไปพบแพทย์ตามนัด ร้อยละ 46.1 รองลงมาคือการดูแลจัดยาให้รับประทานทุกมื้อและต่อเนื่องไม่งด/ลดหรือเพิ่มยาเอง การดูแลให้หลีกเลี่ยงการใช้ยานอนหลับ การดูแลให้หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการดูแลจัดของใช้ไม่ให้เกะกะขวางทางเดิน ร้อยละ 25.0 18.4 และ 15.1 ตามลำดับ

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ พบว่าพฤติกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตลอดมากที่สุด คือ ดูแลให้หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทไขมัน แป้ง น้ำตาล และดูแลให้รับประทานผักสดและผลไม้ที่สดสะอาดเป็นประจำ ร้อยละ 19.1 รองลงมาคือการดูแลให้พักผ่อนอยู่ในที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก การพาไปเยี่ยมบุตรหลาน การดูแลให้อาบน้ำอุ่น / ตีมนมอุ่น, ก้อนนอนและการดูแลให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ วันละ 5-10 นาที ร้อยละ 15.8 11.8 10.5 และ 8.6 ตามลำดับ

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูง ด้านการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน พบว่าพฤติกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตลอดมากที่สุด คือ การช่วยหาซื้อของใช้ ร้อยละ 34.2 รองลงมาคือการเตรียม / ประกอบอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การจัดเก็บของเข้าที่ การทำงานบ้าน และการจัดเตรียม/เก็บเครื่องนอน ร้อยละ 31.6 26.3 26.3 25.7 และ 19.7 ตามลำดับ

พฤติกรรมการดูแลด้านการทำความสะอาดร่างกาย พบว่าพฤติกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตลอดมากที่สุด คือ การดูแลให้ตัดเล็บสั้นอยู่เสมอ ร้อยละ 21.7 รองลงมาคือ การดูแลให้อาบน้ำวันละ 1-2 ครั้ง การดูแลให้สระผมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง การดูแลช่วยแต่งกาย การดูแลให้ได้แปรงฟัน/ดูแลช่องปากที่ถูกต้อง และดูแลให้ล้างมือหลังจากเข้าห้องน้ำในห้องส้วม ร้อยละ 19.7 17.8 14.5 13.2 และ 11.8 ตามลำดับ

สภามหาวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 4 ปัจจัยด้านความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

ตารางที่ 4.9 ร้อยละของพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล จำแนกตามการได้รับความรู้ของผู้ดูแล

1 = ไม่ได้ทำ 2 = ผู้ป่วยทำได้เอง 3 = ต้องช่วยเหลือบ้าง 4 = ต้องช่วยเหลือตลอด

พฤติกรรมดูแล	การได้รับความรู้							
	ไม่เคย (n = 120)				เคย (n = 32)			
	1	2	3	4	1	2	3	4
<u>ด้านการป้องกันความเสี่ยง</u>								
ดูแลให้ไปพบแพทย์ตามนัด	6.7	32.5	19.1	41.7	0.0	15.6	21.9	62.5
ดูแลจัดยาให้รับประทานยาทุก มือและต่อเนื่อง ไม่งด / ลดหรือ เพิ่มยาเอง	6.7	55.0	15.8	22.5	3.1	34.4	28.1	34.4
ดูแลให้หลีกเลี่ยงการใช้นานอนหลับ	21.7	51.7	12.5	14.1	18.8	28.1	18.8	34.3
ดูแลให้หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์	37.5	45.9	8.3	8.3	18.8	21.9	15.5	43.8
ดูแลการจัดของใช้ไม่ให้เกะกะ ขวางทางเดิน	9.2	65.0	13.3	12.5	15.6	40.6	21.9	21.9
ดูแลให้สวมเสื้อผ้าและรองเท้าที่ เหมาะสม	4.2	70.8	15.0	10.0	6.3	53.1	15.6	25.0
ดูแลให้หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มประเภท น้ำชา หรือกาแฟก่อนนอน	31.7	50.8	10.0	7.5	25.0	37.5	12.5	25.0
ดูแลช่วยพยุงเมื่อเปลี่ยนอริยาบถ	8.3	72.5	11.7	7.5	12.5	53.1	12.5	21.9
ดูแลช่วยพยุงเมื่อขึ้น-ลงบันได มี การเกาะราวบันไดทุกครั้ง	13.4	70.8	10.8	5.0	15.6	53.1	12.5	18.8
<u>ด้านการส่งเสริมสุขภาพ</u>								
ดูแลการให้หลีกเลี่ยงการ รับประทานอาหารประเภท ไขมัน แป้ง และน้ำตาล	10.8	53.4	20.0	15.8	0.0	37.4	31.3	31.3

ตารางที่ 4.9 ร้อยละของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล จำแนกตามการได้รับความรู้ของผู้ดูแล (ต่อ)

1 = ไม่ได้ทำ 2 = ผู้ป่วยทำตัวเอง 3 = ต้องช่วยเหลือบ้าง 4 = ต้องช่วยเหลือตลอด

พฤติกรรมการดูแล	การได้รับความรู้							
	ไม่เคย (n = 120)				เคย (n = 32)			
	1	2	3	4	1	2	3	4
ดูแลให้รับประทานผักสดและผลไม้ที่สดสะอาดเป็นประจำ	10.0	57.5	18.3	14.2	0.0	28.1	34.4	37.5
ดูแลให้พักผ่อนอยู่ในที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก	4.1	77.5	6.7	11.7	0.0	50.0	18.8	31.2
การพาไปเยี่ยมเยียนบุตรหลาน	40.0	37.5	10.8	11.7	37.5	37.5	12.5	12.5
ดูแลให้อาบน้ำอุ่น / ตีมนมอุ่น ๆ ก่อนนอน	42.5	45.0	6.7	5.8	25.0	37.5	9.4	28.1
ดูแลให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอวันละ 5-10 นาที	33.3	49.2	12.5	5.0	25.0	31.2	21.9	21.9
การพาไปวัด	31.7	39.2	20.8	8.3	34.4	18.8	40.6	6.2
การพาไปที่อื่นนอกบ้าน เช่น ศูนย์การค้า เป็นต้น	51.7	22.4	19.2	6.7	53.1	15.6	18.8	12.5
การพาไปพบปะสังสรรค์กับเพื่อนวัยเดียวกัน	36.7	53.3	5.8	4.2	25.0	40.6	15.6	18.8
การเปิดเทปเกี่ยวกับธรรมะให้ฟัง	35.0	49.2	10.8	5.0	31.3	37.5	15.6	15.6
ดูแลให้เลือกรีธออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพและวัย เช่น การเล่นกีฬาเบา ๆ	50.0	39.2	8.3	2.5	46.9	18.8	21.9	12.4
ดูแลให้สวดมนต์/นั่งสมาธิก่อนนอน	26.7	63.3	8.3	1.7	28.1	50.0	6.3	15.6
ดูแลให้ใช้เวลาว่างในการทำงานอดิเรกที่ชอบ เช่น ปลูกต้นไม้	39.2	54.2	5.0	1.6	16.9	34.4	15.6	3.1

ตารางที่ 4.9 ร้อยละของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล จำแนกตามการได้รับความรู้ของผู้ดูแล (ต่อ)

1 = ไม่ได้ทำ 2 = ผู้ป่วยทำตัวเอง 3 = ต้องช่วยเหลือบ้าง 4 = ต้องช่วยเหลือตลอด

พฤติกรรมการดูแล	การได้รับความรู้							
	ไม่เคย (n = 120)				เคย (n = 32)			
	1	2	3	4	1	2	3	4
ด้านการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน								
ช่วยซื้อหาของใช้	9.2	30.8	26.7	33.3	6.2	18.8	37.5	37.5
การเตรียม / ประกอบอาหาร	10.0	34.2	26.6	29.2	12.5	18.8	28.1	40.6
การทำความสะดวกในบ้าน	12.5	40.8	21.7	25.0	15.5	21.9	31.3	31.3
การจัดเก็บของเข้าที่	8.3	50.9	17.5	23.3	12.5	31.2	18.8	37.5
การทำงานบ้าน	9.2	44.2	22.4	24.2	12.5	28.1	28.1	31.3
การจัดเตรียม / เก็บเครื่องนอน	4.2	62.4	16.7	16.7	9.4	37.5	21.8	31.3
การดูแลให้ออมเงิน/การใช้จ่ายเงิน	20.8	45.0	20.0	14.2	15.6	28.1	31.3	25.0
การพาไปห้องน้ำ / ห้องส้วม	1.7	77.5	10.0	10.8	3.1	50.0	21.9	25.0
ดูแลให้ขับถ่ายเป็นเวลาทุกวัน	2.5	78.3	9.2	10.0	3.1	53.1	18.8	20.0
ดูแลป้อนข้าวป้อนน้ำให้	9.1	76.7	6.7	7.5	3.1	50.0	18.8	28.1
เตรียมของใส่บาตร	34.2	38.3	17.5	10.0	37.5	31.2	21.9	9.4
การอ่านหนังสือให้ฟัง	44.2	47.5	5.0	3.3	37.5	34.4	18.8	9.4
ด้านการทำความสะอาดร่างกาย								
ดูแลให้ตัดเล็บสั้นอยู่เสมอ	2.5	65.9	13.3	18.3	3.1	37.5	25.0	34.4
ดูแลให้อาบน้ำวันละ 1-2 ครั้ง	1.7	76.7	5.8	15.8	3.1	56.3	6.3	34.3
ดูแลให้สระผมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	1.7	80.8	4.2	13.3	3.1	56.3	6.3	34.3
ดูแลช่วยแต่งกาย	0.0	82.5	6.7	10.8	3.1	59.4	9.4	28.1
ดูแลการแปรงฟันและดูแลช่องปากที่ถูกต้องวิธี	2.5	81.7	5.8	10.0	3.1	56.3	15.6	25.0
ดูแลให้ล้างมือหลังจากเข้าห้องน้ำและห้องส้วม	2.5	81.7	7.5	8.3	3.1	53.1	18.8	25.0

โดยภาพรวมผู้ดูแลที่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ มีพฤติกรรมการดูแลที่ให้การช่วยเหลือตลอดและช่วยเหลือบ้าง มากกว่าพฤติกรรมการดูแลที่ช่วยเหลือตลอดและช่วยเหลือบ้างของผู้ที่ไม่เคยได้รับความรู้

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล ด้านการป้องกันความเสี่ยง 9 ข้อ พบว่า ผู้ที่เคยได้รับความรู้ มีพฤติกรรมการดูแลที่ให้การช่วยเหลือตลอดและช่วยเหลือบ้าง มากกว่าพฤติกรรมการดูแลที่ให้การช่วยเหลือตลอดและช่วยเหลือบ้างของผู้ที่ไม่เคยได้รับความรู้ในทุกข้อ ส่วนพฤติกรรมการดูแลที่ไม่ได้ทำ ผู้ที่เคยได้รับความรู้ ไม่ได้ดูแลให้หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มประเภทยาชา / กาแฟก่อนนอน มากที่สุด รองลงมา เป็นให้หลีกเลี่ยงการใช้ยานอนหลับ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การจัดของใช้ไม่ให้ขวางทางเดิน และ ช่วยพยุงเมื่อขึ้น-ลงบันได ตามลำดับ ผู้ที่ไม่เคยได้รับความรู้ไม่ได้หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มากที่สุด รองลงมา เป็น ไม่หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มประเภทยาชา / กาแฟก่อนนอน หลีกเลี่ยงการใช้ยานอนหลับและช่วยพยุงเมื่อขึ้น-ลงบันได ตามลำดับ

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 13 ข้อ พบว่าผู้ที่เคยได้รับความรู้ มีพฤติกรรมการดูแลที่ให้การช่วยเหลือตลอดและช่วยเหลือบ้าง มากกว่าพฤติกรรมการดูแลที่ให้การช่วยเหลือตลอดและช่วยเหลือบ้างของผู้ที่ไม่เคยได้รับความรู้เกือบทุกข้อ มีพฤติกรรมการพาไปวัดที่ผู้ที่เคยได้รับความรู้ให้การดูแลที่ช่วยเหลือตลอด ร้อยละ 6.2 ผู้ที่ไม่เคยได้รับความรู้ให้การดูแลที่ช่วยเหลือตลอด ร้อยละ 8.3 ส่วนพฤติกรรมการดูแลที่ไม่ได้ทำ ผู้ที่เคยได้รับความรู้ ไม่ได้พาไปที่อื่นนอกบ้าน มากที่สุด รองลงมา เป็น ไม่ได้เลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม พาไปเยี่ยมบุตรหลาน และพาไปวัด ตามลำดับ ผู้ที่ไม่เคยได้รับความรู้ไม่ได้พาไปที่อื่นนอกบ้าน มากที่สุด รองลงมา เป็น ไม่ได้เลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม ดูแลให้อาบน้ำอุ่น/ ต้มมนก่อนนอนและพาไปเยี่ยมบุตรหลาน ตามลำดับ

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล ด้านการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน จำนวน 12 ข้อ พบว่าผู้ดูแลที่เคยได้รับความรู้ มีพฤติกรรมการดูแลที่ให้การช่วยเหลือตลอดและช่วยเหลือบ้าง มากกว่าพฤติกรรมการดูแลที่ให้การช่วยเหลือตลอดและช่วยเหลือบ้างของผู้ที่ไม่เคยได้รับความรู้เกือบทุกข้อ มีพฤติกรรมเตรียมของใส่บาตรที่ผู้ที่เคยได้รับความรู้ให้การดูแลที่ช่วยเหลือตลอด ร้อยละ 9.4 ผู้ที่ไม่เคยได้รับความรู้ให้การดูแลที่ช่วยเหลือตลอด ร้อยละ 10.0 ส่วนพฤติกรรมการดูแลที่ไม่ได้ทำ ผู้ที่เคยได้รับความรู้ ไม่เคยเตรียมของใส่บาตรและอ่านหนังสือให้ฟังมากที่สุด รองลงมา เป็น การดูแลให้ออมเงิน/การใช้จ่ายเงิน การทำความสะอาดบ้าน ตามลำดับ ส่วนผู้ที่ไม่เคยได้รับความรู้ไม่ได้อ่านหนังสือให้ฟังมากที่สุด รองลงมา เป็น การเตรียมของใส่บาตร การดูแลให้ออมเงิน/การใช้จ่ายและการทำความสะอาดบ้าน ตามลำดับ

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล ด้านการทำความสะอาดร่างกาย
จำนวน 6 ข้อ พบว่าผู้ดูแลที่เคยได้รับความรู้ มีพฤติกรรมการดูแลที่ให้การช่วยเหลือตลอดและ
ช่วยเหลือบ้าง มากกว่าพฤติกรรมการดูแลที่ให้การช่วยเหลือตลอดและช่วยเหลือบ้างของผู้ที่ไม่เคย
ได้รับความรู้ทุกข้อ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.10 ร้อยละของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล จำแนกตามความต้องการได้รับความรู้ของผู้ดูแล

1 = ไม่ได้ทำ 2 = ผู้ป่วยทำได้เอง 3 = ต้องช่วยเหลือบ้าง 4 = ต้องช่วยเหลือตลอด

พฤติกรรมการดูแล	ความต้องการได้รับความรู้ของผู้ดูแล							
	ไม่ต้องการ (n=83)				ต้องการ (n=69)			
	1	2	3	4	1	2	3	4
<u>ด้านการป้องกันความเสี่ยง</u>								
ดูแลให้ไปพบแพทย์ตามนัด	3.6	25.3	19.3	51.8	7.2	33.3	20.3	39.2
ดูแลจัดยาให้รับประทานยาทุก มือและต่อเนื่อง ไม่งด / ลดหรือ เพิ่มยาเอง	6.0	45.8	18.1	30.1	5.8	56.6	18.8	18.8
ดูแลให้หลีกเลี่ยงการใช้ยานอนหลับ	20.5	43.4	12.0	24.1	21.7	50.7	15.9	11.7
ดูแลให้หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์	33.7	42.2	8.4	15.7	33.3	39.2	11.6	15.9
ดูแลการจัดของใช้ไม่ให้เกะกะ ขวางทางเดิน	10.8	54.2	16.9	18.1	10.1	66.8	13.0	10.1
ดูแลให้สวมเสื้อผ้าและรองเท้าที่ เหมาะสม	4.8	63.9	18.1	13.2	4.4	71.0	11.6	13.0
ดูแลให้หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มประเภท น้ำชา หรือกาแฟก่อนนอน	30.2	45.8	12.0	12.0	30.4	50.7	8.7	10.2
ดูแลช่วยพยุงเมื่อเปลี่ยนอริยาบท	13.3	63.9	13.3	9.5	4.3	73.9	10.2	11.6
ดูแลช่วยพยุงเมื่อขึ้น-ลงบันได มี การเกาะราวบันไดทุกครั้ง	16.9	63.9	12.0	7.2	10.1	71.0	10.1	8.8
<u>ด้านการส่งเสริมสุขภาพ</u>								
ดูแลการให้หลีกเลี่ยงการ รับประทานอาหารประเภท ไขมัน แป้ง และน้ำตาล	8.4	44.6	24.1	22.9	8.7	56.5	20.3	14.5
ดูแลให้รับประทานผักสดและ ผลไม้สดสะอาดเป็นประจำ	9.6	49.4	20.5	20.5	5.8	53.6	23.2	17.4

ตารางที่ 4.10 ร้อยละของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล จำแนกตามความต้องการได้รับความรู้ของผู้ดูแล (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแล	ความต้องการได้รับความรู้ของผู้ดูแล							
	ไม่ต้องการ (n=83)				ต้องการ (n=69)			
	1	2	3	4	1	2	3	4
ดูแลให้พักผ่อนอยู่ในที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก	4.8	73.5	6.0	15.7	1.5	69.6	13.0	15.9
การพาไปเยี่ยมเยียนนุตรหลาน	39.8	38.6	10.8	10.8	39.2	36.2	11.6	13.0
ดูแลให้อาบน้ำอุ่น / ดื่มนมอุ่น ๆ ก่อนนอน	42.2	41.0	6.0	4.8	34.8	46.4	8.7	10.1
ดูแลให้ออกกำลังกายสม่ำเสมอวันละ 5-10 นาที	28.9	44.6	15.7	10.8	34.8	46.4	13.0	5.8
การพาไปวัด	36.1	32.5	21.8	9.6	27.5	37.7	29.0	5.8
การพาไปที่อื่นนอกบ้าน เช่น ศูนย์การค้า เป็นต้น	53.0	25.3	14.5	7.2	50.7	15.9	24.7	8.7
การพาไปพบปะสังสรรค์กับเพื่อนวัยเดียวกัน	38.6	48.2	6.0	7.2	29.0	53.6	10.1	7.2
การเปิดเทปเกี่ยวกับธรรมะให้ฟัง	38.6	44.6	8.4	8.4	29.0	49.3	15.9	5.8
ดูแลให้เลือกรื้อออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพและวัย เช่น การเล่นกีฬาเบา ๆ	44.6	38.6	10.8	6.0	55.1	30.4	11.6	2.9
ดูแลให้สวดมนต์/นั่งสมาธิก่อนนอน	33.8	56.6	4.8	4.8	18.8	65.2	11.6	4.4
ดูแลให้ใช้เวลาว่างในการทำงานอดิเรกที่ชอบ เช่น ปลูกต้นไม้	47.0	44.6	6.0	2.4	33.3	56.6	8.7	1.4
ด้านการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน								
ช่วยซื้อหาของใช้	12.0	24.1	26.5	37.4	4.3	33.3	31.9	30.5
การเตรียม / ประกอบอาหาร	8.4	32.5	19.3	39.8	13.0	29.0	36.3	21.7

ตารางที่ 4.10 ร้อยละของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล จำแนกตามความต้องการได้รับความรู้ของผู้ดูแล (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแล	ความต้องการได้รับความรู้ของผู้ดูแล							
	ไม่ต้องการ (n=83)				ต้องการ (n=69)			
	1	2	3	4	1	2	3	4
การทำความสะอาดบ้าน เช่น ภูบ้าน	16.9	33.7	19.3	30.1	8.7	40.6	29.0	21.7
การจัดเก็บของเข้าที่	13.2	42.2	16.9	27.7	4.3	52.3	18.8	24.6
การทำงานบ้าน เช่น ล้างจาน ซักผ้า	10.8	41.0	19.3	28.9	8.7	40.6	29.0	21.7
การจัดเตรียม / เก็บเครื่องนอน	8.4	54.2	15.7	21.7	1.4	60.9	20.3	17.4
การดูแลให้ออมเงิน/การใช้เงิน	24.1	42.1	18.1	15.7	14.5	40.6	27.5	17.4
การพาไปห้องน้ำ / ห้องส้วม	2.4	69.9	12.0	15.7	1.5	73.9	13.0	11.6
ดูแลให้ขับถ่ายเป็นเวลาทุกวัน	3.6	73.5	7.2	15.7	1.4	72.5	15.9	10.2
ดูแลป้อนข้าวป้อนน้ำให้	8.5	69.9	9.6	12.0	7.2	72.5	8.7	11.6
เตรียมของใส่บาตร	38.5	34.9	13.3	13.3	30.4	39.1	24.6	5.9
การอ่านหนังสือให้ฟัง	49.4	43.4	2.4	4.8	34.8	46.4	14.5	4.3
<u>ด้านการทำความสะอาดร่างกาย</u>								
ดูแลให้ตัดเล็บสั้นอยู่เสมอ	2.4	55.4	15.7	26.5	2.9	65.2	15.9	15.9
ดูแลให้อาบน้ำวันละ 1-2 ครั้ง	1.2	71.1	7.2	20.5	2.9	73.9	4.3	18.9
ดูแลให้สระผมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	1.2	75.9	3.6	19.3	2.9	75.4	5.8	15.9
ดูแลช่วยแต่งกาย	0.0	78.3	6.0	15.7	1.5	76.8	8.7	13.0
ดูแลการแปรงฟันและดูแลช่องปากที่ถูกต้อง	1.2	78.3	4.8	15.7	4.3	73.9	11.6	10.2
ดูแลให้ล้างมือหลังจากเข้าห้องน้ำและห้องส้วม	2.4	75.9	8.4	13.2	2.9	75.4	11.6	10.1

โดยภาพรวมผู้ดูแลที่ต้องการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ มีพฤติกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยทำได้เอง มากกว่าพฤติกรรมกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยทำได้เองของผู้ที่ไม่ต้องการได้รับความรู้

พฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล ด้านการป้องกันความเสี่ยง 9 ข้อ พบว่าผู้ดูแลที่ต้องการได้รับความรู้ มีพฤติกรรมกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยทำได้เอง มากกว่าพฤติกรรมกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยทำได้เองของผู้ที่ไม่ต้องการได้รับความรู้ 8 ข้อ มีเพียงพฤติกรรมที่ให้หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ที่ผู้ดูแลที่ต้องการความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ มีพฤติกรรมกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยทำได้เอง น้อยกว่าพฤติกรรมกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยทำได้เองของผู้ที่ไม่ต้องการได้รับความรู้

พฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 13 ข้อ ผู้ดูแลที่ต้องการได้รับความรู้ มีพฤติกรรมกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยทำได้เอง มากกว่าพฤติกรรมกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยทำได้เองของผู้ที่ไม่ต้องการได้รับความรู้ 9 ข้อ มี 4 พฤติกรรมที่ผู้ที่ต้องการความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ มีพฤติกรรมกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยทำได้เอง น้อยกว่าพฤติกรรมกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยทำได้เองของผู้ที่ไม่ต้องการได้รับความรู้ ได้แก่ การดูแลให้พักผ่อนอยู่ในที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก การพาไปเยี่ยมเยียนบุตรหลาน การพาไปที่อื่นนอกบ้านและการเลือกวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสม

พฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล ด้านการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน จำนวน 12 ข้อ ผู้ดูแลที่ต้องการได้รับความรู้ มีพฤติกรรมกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยทำได้เอง มากกว่าพฤติกรรมกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยทำได้เองของผู้ที่ไม่ต้องการได้รับความรู้ 8 ข้อ มี 4 พฤติกรรมที่ผู้ที่ต้องการความรู้มีพฤติกรรมกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยทำได้เอง น้อยกว่าพฤติกรรมกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยทำได้เองของผู้ที่ไม่ต้องการได้รับความรู้ ได้แก่ การเตรียม/ประกอบอาหาร การทำงานบ้าน การดูแลให้ใช้จ่ายเงิน/ออมเงิน และการดูแลให้ขับถ่ายทุกวัน

พฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล ด้านการทำความสะอาดร่างกาย จำนวน 6 ข้อ พบผู้ดูแลที่ต้องการได้รับความรู้ มีพฤติกรรมกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยทำได้เอง มากกว่าพฤติกรรมกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยทำได้เองของผู้ที่ไม่ต้องการได้รับความรู้ 2 ข้อ ได้แก่ การให้ตัดเล็บให้สั้นอยู่เสมอ และการดูแลให้อาบน้ำ และพฤติกรรมที่ผู้ต้องการความรู้ มีพฤติกรรมกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยทำได้เอง น้อยกว่าพฤติกรรมกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยทำได้เองของผู้ที่ไม่ต้องการได้รับความรู้ ได้แก่ การดูแลให้สระผม ช่วยแต่งกาย ดูแลการแปรงฟันและช่องปากและดูแลให้ล้างมือหลังเข้าห้องส้วม

ตอนที่ 5 ความต้องการการสนับสนุนจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

ตารางที่ 4.11 ร้อยละของความต้องการการสนับสนุนจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

1 = ไม่ต้องการ 2 = ต้องการน้อย 3 = ต้องการมาก

ความต้องการสนับสนุน	อำเภอที่ผู้ป่วยมา โรงพยาบาลมาก (n=72)			อำเภอที่ผู้ป่วยมา โรงพยาบาลน้อย (n=80)			รวม(n=152)		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
	<u>ด้านการให้ข้อมูล/คำแนะนำ</u>								
คู่มือ / เอกสาร เพื่อใช้เป็น แนวทางและวิธีปฏิบัติต่อ ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง เหมาะสม	11.1	29.2	59.7	8.8	25.0	66.2	9.8	27.0	63.2
ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการและการรักษาที่ ผู้ป่วยได้รับ	13.9	20.8	65.3	13.8	27.4	58.8	13.8	24.4	61.8
ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องการ ใช้ยาและคำแนะนำในการ สังเกตอาการข้างเคียงของ ยาตลอดจนวิธีการแก้ไข	18.1	18.1	63.8	15.0	27.5	57.5	16.5	23.0	60.5
คำแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วย ที่บ้านรวมทั้งวิธีการสังเกต อาการ เปลี่ยนแปลงทาง จิตตลอดจน การจัดการ กับพฤติกรรมทางจิตเวช ฉุกเฉิน	16.7	22.2	61.1	13.8	31.2	55.0	15.1	27.0	57.9
รู้จักหน่วยงานทาง สุขภาพจิตที่อยู่ใกล้บ้าน ว่ามีที่ใดบ้าง	25.0	29.2	45.8	16.2	28.8	55.0	20.4	28.9	50.7

ตารางที่ 4.11 ร้อยละของความต้องการการสนับสนุนจากโรงพยาบาลของผู้ดูแล
ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ (ต่อ)
1 = ไม่ต้องการ 2 = ต้องการน้อย 3 = ต้องการมาก

ความต้องการสนับสนุน	อำเภอที่ผู้ป่วยมา			อำเภอที่ผู้ป่วยมา			รวม(n=152)		
	โรงพยาบาลมาก (n=72)			โรงพยาบาลน้อย(n=80)					
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
ด้านการจัดบริการ									
บริการส่งต่อผู้ป่วยเมื่อไม่ สามารถควบคุมอาการทาง จิตในขณะที่กำเริบได้	9.7	18.1	72.2	2.5	10.0	87.5	5.9	13.8	80.3
ความช่วยเหลือทันทีที่ ผู้ป่วยมีอาการทางจิตฉุกเฉิน (บริการฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง)	12.5	18.1	69.4	3.8	16.2	80.0	7.9	17.1	75.0
ใช้โทรศัพท์สายด่วนในการ ขอคำปรึกษา (24 ชม.)	6.9	20.8	72.3	2.4	21.3	76.3	4.6	21.1	74.3
การช่วยเหลือค่ารักษา พยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า	27.8	11.1	61.1	15.0	21.2	63.8	21.1	16.4	62.5
บริการชุมชนเคลื่อนที่ไปใน พื้นที่ต่าง ๆ โดยเฉพาะถิ่นที่ ห่างไกล	18.1	29.2	52.7	11.3	27.4	61.3	14.5	28.3	57.2
บริการเยี่ยมบ้าน (Home Visit)	11.2	31.9	56.9	13.8	36.2	50.0	12.5	34.2	53.3
บริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care)	16.7	33.3	50.0	13.8	33.8	52.4	15.1	33.6	51.3
บริการดูแลที่บ้าน (Home Care)	26.4	25.0	48.6	22.5	42.5	35.0	24.3	34.3	41.4

ตารางที่ 4.11 ร้อยละของความต้องการการสนับสนุนจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ (ต่อ)

1 = ไม่ต้องการ 2 = ต้องการน้อย 3 = ต้องการมาก

ความต้องการสนับสนุน	อำเภอที่ผู้ป่วยมา โรงพยาบาลมาก (n=72)			อำเภอที่ผู้ป่วยมา โรงพยาบาลน้อย(n=80)			รวม(n=152)		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
	ให้มีชมรมญาติผู้ป่วย จิตเวชสูงอายุ	27.8	37.5	34.7	18.8	38.8	42.4	23.0	38.2
ให้มีศูนย์ดูแลตอน กลางวัน (Day Care) ที่ โรงพยาบาล	36.1	20.8	43.1	55.0	13.8	31.2	46.1	17.1	36.8
ให้โรงพยาบาลเปิดบริการ รับดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูง อายุไว้รับการรักษาใน โรงพยาบาลแบบระยะ ยาวโดยญาติยินยอม เสียค่าใช้จ่ายเอง	33.3	25.0	41.7	53.8	20.0	26.2	44.1	22.4	33.5

จากตารางที่ 4.11 แสดงความต้องการการสนับสนุนจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล โดยแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการให้ข้อมูล / คำแนะนำ และด้านการจัดบริการ

ด้านการให้ข้อมูล / คำแนะนำ จากการสัมภาษณ์ความต้องการสนับสนุน 5 ข้อ พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการการสนับสนุนจากโรงพยาบาล ในระดับมาก มากกว่าร้อยละ 50 ในทุกข้อ การสนับสนุนที่ต้องการมากที่สุด คือ ต้องการคู่มือ / เอกสาร เพื่อใช้เป็นแนวทางและวิธีปฏิบัติต่อผู้ป่วย ร้อยละ 63.2 รองลงมาคือ ต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องการใช้จ่ายและคำแนะนำในการสังเกตอาการข้างเคียงของยา ตลอดจนวิธีการแก้ไข และต้องการคำแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้งวิธีการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางจิตตลอดจนการจัดการกับพฤติกรรมทางจิตเวชฉุกเฉิน ร้อยละ 61.8 60.5 และ 57.9 ตามลำดับ การสนับสนุนที่ต้องการที่น้อยที่สุดคือ รู้จักหน่วยสุขภาพจิต ที่อยู่ใกล้บ้านว่ามีที่ใดบ้าง มีความต้องการในระดับมาก ร้อยละ 50.7

เมื่อพิจารณาความต้องการสนับสนุนรายข้อตามกลุ่มอำเภอ พบว่าผู้ดูแลที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อยจะมีความต้องการในระดับมาก ในเรื่อง คู่มือ/เอกสาร และรู้จักหน่วยงานสุขภาพจิตที่อยู่ใกล้บ้าน ร้อยละ 66.2 55.0 ตามลำดับ มากกว่าผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมาก ซึ่งมีความต้องการสนับสนุนดังกล่าว ร้อยละ 59.7 และ 45.8 ตามลำดับ

ด้านการจัดบริการ จากการสัมภาษณ์ความต้องการสนับสนุน 11 ข้อ พบว่าผู้ดูแลมีความต้องการระดับมาก มากกว่า ร้อยละ 50 จำนวน 7 ข้อ ความต้องการที่อยู่ในระดับมาก สูงที่สุด คือ บริการส่งตัวผู้ป่วยเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการทางจิตในขณะที่กำลังรีบได้ ร้อยละ 80.3 รองลงมา คือ ความช่วยเหลือทันทีที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตฉุกเฉิน (บริการฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง) การใช้โทรศัพท์สายด่วนในการขอคำปรึกษา (24 ชั่วโมง) การช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าในท้องถิ่นทางไกล ตามการบริการชุมชนเคลื่อนที่ไปในพื้นที่ต่าง ๆ การบริการเยี่ยมบ้าน (Home Visit) และ บริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) ร้อยละ 75.0 , 74.3 , 62.5, 57.2, 53.3 และ 57.3 ตามลำดับ ความต้องการมากที่สุด คือ ให้โรงพยาบาลเปิดบริการรับดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุไว้รับการรักษาในโรงพยาบาลแบบระยะยาวโดยญาติยินยอมเสียค่าใช้จ่ายเอง มีความต้องการมาก ร้อยละ 33.5

เมื่อพิจารณารายข้อตามกลุ่มอำเภอ พบว่าผู้ดูแลที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อยจะมีความต้องการในระดับมาก ในการบริการส่งต่อ การบริการฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง การบริการชุมชนเคลื่อนที่ไปในพื้นที่ต่าง ๆ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล การมีชมรมญาติเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล / ข่าวสาร / ประสบการณ์ ร้อยละ 87.5 80.0 61.3 42.4 ตามลำดับ มากกว่าผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมาก ซึ่งมีความต้องการสนับสนุนดังกล่าว ร้อยละ 72.2 69.4 52.7 34.7 ตามลำดับ และผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมากจะมีความต้องการในระดับมาก ในการบริการดูแลที่บ้าน (Home Care) การมีศูนย์ดูแลตอนกลางวัน (Day Care) ที่โรงพยาบาล และการให้โรงพยาบาลเปิดบริการรับดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุไว้รับการรักษาในโรงพยาบาลแบบระยะยาวโดยญาติยินยอมเสียค่าใช้จ่ายเอง ร้อยละ 48.6 43.1 และ 41.7 ตามลำดับ มากกว่าผู้ที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อย ซึ่งมีความต้องการสนับสนุนดังกล่าว ร้อยละ 35.0 31.2 และ 26.2 ตามลำดับ

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลและความต้องการการสนับสนุนจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแล และความต้องการการสนับสนุนจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Description Design) ประชากรเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่เคยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีรัษฎวง ในปีงบประมาณ 2543 และอยู่ในจังหวัดนนทบุรี ไม่จำกัดเพศ อายุ สุ่มตัวอย่างโดยวิธี Two Stage Cluster ขนาดตัวอย่าง 223 คน เก็บรวบรวมข้อมูลได้ 152 คน คิดเป็นร้อยละ 68.2 ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – มีนาคม 2545 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.1 สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 75.3 เป็นชาย ร้อยละ 24.3 มีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี ร้อยละ 42.1 มีอายุเฉลี่ย 47 ปี มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.0 มีสถานภาพสมรสแล้วยังอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 61.9 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 38.2 มีเงินพอใช้ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 65.8 จำนวนผู้ที่อยู่ในอุปการะของผู้ดูแล พบว่ามีจำนวน 3-6 คน ร้อยละ 48.7 ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ในฐานะบุตร ร้อยละ 64.4 และร้อยละ 26.3 มีโรคประจำตัว

2. ลักษณะการดูแลของผู้ดูแล เหตุผลในการดูแลของผู้ดูแลเนื่องจากสมัครใจ ร้อยละ 57.2 และเป็นหน้าที่ ร้อยละ 42.1 มีคนอื่นช่วยดูแลเมื่อผู้ดูแลไม่อยู่ไม่วาง ร้อยละ 77.0 มีคนช่วยดูแลในภาวะปกติ ร้อยละ 80. มีคนช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้านของผู้ดูแล ร้อยละ 74.3 มีโอกาสได้พักผ่อน ร้อยละ 92.8 การใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย / วัน ไม่เกิน 5 ชั่วโมง ร้อยละ 71.7 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุเป็นเวลาในช่วง 11-20 ปี ร้อยละ 50.0 มีคนช่วยเหลือทางการเงิน ร้อยละ 59.9 ส่วนความรู้สึกรู้สึกของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล 7 ข้อ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้สึกเชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุในทุกข้อ

4. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ร้อยละ 78.9 ยังไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ และร้อยละ 45.4 ต้องการได้รับความรู้เพิ่ม

5. ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุเป็นหญิง ร้อยละ 71.7 เป็นชาย ร้อยละ 28.3 มีอายุอยู่ในช่วง 60-70 ปี ร้อยละ 66.5 และร้อยละ 75.7 ได้รับการวินิจฉัยโรคในกลุ่มที่มีความรับผิดชอบทางจิตใจ และอารมณ์

6. ลักษณะครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ร้อยละ 53.3 เป็นครอบครัวเดี่ยว และ ร้อยละ 46.7 เป็นครอบครัวขยาย ประเภทของบ้านที่อยู่อาศัยของผู้ดูแลเป็นบ้านของตนเอง ร้อยละ 85.6 จำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแล มีไม่เกิน 5 คน ร้อยละ 63.2 ส่วนบรรยากาศความสัมพันธ์ในครอบครัว มีความรักใคร่กันดี ร้อยละ 58.5

7. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ด้านป้องกันความเสี่ยง พบว่าพฤติกรรมผู้ดูแลต้องช่วยเหลือตลอดมากที่สุด คือ การดูแลให้ไปพบแพทย์ตามนัด ร้อยละ 46.1 รองลงมาคือการดูแลการใช้ยา การให้หลีกเลี่ยงการใช้นานอนหลับ และการให้หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 25.0 18.4 และ 15.1 ตามลำดับ

พฤติกรรมการดูแลจิตเวชสูงอายุ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ พบว่าพฤติกรรมที่ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือตลอดมากที่สุด คือ ดูแลให้หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทไขมัน แป้ง น้ำตาล และดูแลให้รับประทานผักสดและผลไม้ที่สดสะอาดเป็นประจำ ร้อยละ 19.1 รองลงมา คือ การดูแลให้พักผ่อนอยู่ในที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก การพาไปเยี่ยมบุตรหลาน การดูแลให้อาบน้ำอุ่น / ตูมมนอุ่น, ก้อนนอนและการดูแลให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ วันละ 5-10 นาที ร้อยละ 15.8 11.8 10.5 และ 8.6 ตามลำดับ

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน พบว่าพฤติกรรมที่ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือตลอดมากที่สุด คือ การช่วยหาซื้อของใช้ ร้อยละ 34.2 รองลงมาคือ การเตรียม / ประกอบอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การจัดเก็บของเข้าที่ การทำงานบ้าน และการจัดเตรียม/เก็บเครื่องนอน ร้อยละ 31.6 26.3 26.3 25.7 และ 19.7 ตามลำดับ

พฤติกรรมการดูแลจิตเวชสูงอายุ ด้านการทำความสะอาดร่างกาย พบว่าพฤติกรรมที่ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือตลอดมากที่สุด คือ การดูแลให้ตัดเล็บสั้นอยู่เสมอ ร้อยละ 21.7 รองลงมาคือ การดูแลให้อาบน้ำวันละ 1-2 ครั้ง การดูแลให้สระผมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง การดูแลช่วยแต่งกาย การดูแลให้ได้แปรงฟัน/ดูแลช่องปากที่ถูกต้อง และดูแลให้ล้างมือหลังจากเข้าห้องน้ำในห้องส้วม ร้อยละ 19.7 17.8 14.5 13.2 และ 11.8 ตามลำดับ

8. ปัจจัยด้านความรู้กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ มีพฤติกรรมการดูแลที่ให้การช่วยเหลือตลอดและช่วยเหลือบ้าง มากกว่าพฤติกรรมการดูแลที่ช่วยเหลือตลอดและช่วยเหลือบ้างของผู้ที่ไม่เคยได้รับความรู้ ส่วนผู้ดูแลที่ต้องการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ มี

พฤติกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยทำได้เอง มากกว่าพฤติกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยทำได้เองของผู้ที่ไม่ต้องการได้รับความรู้

9. ความต้องการการสนับสนุนจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ด้านการให้ข้อมูล / คำแนะนำ พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการการสนับสนุนจากโรงพยาบาล ในระดับมากมากกว่าร้อยละ 50 ในทุกข้อ การสนับสนุนที่ต้องการมากที่สุด คือ ต้องการคู่มือ / เอกสาร เพื่อใช้เป็นแนวทางและวิธีปฏิบัติต่อผู้ป่วย ร้อยละ 63.2 รองลงมาคือ ต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคอาการและการรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องการใช้ยาและคำแนะนำในการสังเกตอาการข้างเคียงของยาตลอดจนวิธีการแก้ไข และต้องการคำแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้งวิธีการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางจิตเวชฉุกเฉิน ร้อยละ 61.8 60.5 และ 57.9 ตามลำดับ

ด้านการจัดบริการ พบว่าผู้ดูแลมีความต้องการระดับมาก มากกว่า ร้อยละ 50 จำนวน 7 ข้อ จากความต้องการ 11 ข้อ ความต้องการที่อยู่ในระดับมาก สูงที่สุด คือ บริการส่งต่อผู้ป่วยเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการทางจิตในขณะที่กำลังกำเริบได้ ร้อยละ 80.3 รองลงมาคือ ความช่วยเหลือทันทีที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตฉุกเฉิน (บริการฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง) การใช้โทรศัพท์สายด่วนในการขอคำปรึกษา (24 ชั่วโมง) การช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า ตามการบริการชุมชนเคลื่อนที่ไปในพื้นที่ต่าง ๆ โดยเฉพาะในท้องถิ่นห่างไกล การบริการเยี่ยมบ้าน (Home Visit) และบริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) ร้อยละ 75.0 , 74.3 , 62.5, 57.2, 53.3 และ 57.3 ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่า

ด้านการป้องกันความเสี่ยง แลต้องให้การช่วยเหลือตลอดมากที่สุดคือการพาไปพบแพทย์ตามนัด อาจจะเป็นเนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ เมื่อออกนอกบ้านส่วนใหญ่จะต้องมีคนช่วยดูแลในรายที่ไม่ค่อยแข็งแรง ประกอบกับการเป็นผู้ป่วยจิตเวช ยิ่งเป็นภาวะแก่ผู้ดูแลที่ต้องพามาโรงพยาบาล เพื่อจะได้ติดตามตามเรื่องการรักษาในบางรายผู้ป่วยเริ่มขาดความสนใจในตัวเอง ผู้ดูแลจึงต้องดูแลที่จะพามารับการรักษาเพื่อได้รับยาอย่างต่อเนื่อง และเป็นการป้องกันการป่วยซ้ำ รองลงมาคือการจัดยาให้รับประทานทุกมื้อและต่อเนื่อง ไม่งด/ ลดหรือเพิ่มยาเอง ดูแลให้หลีกเลี่ยงการใช้ยานอนหลับและดูแลให้หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่สำคัญซึ่งเป็นพฤติกรรมการรักษาผู้ป่วยจิตเวชถ้าผู้ป่วยไม่ปฏิบัติให้ถูกต้องสม่ำเสมอ ก็จะส่งผลต่ออาการทางจิตกำเริบได้ ส่วนเรื่องการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุได้แก่การ ไม่วางของเกะกะขวางทางเดินผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือตลอดอยู่ใน 5 อันดับแรก อาจเนื่องจากผู้ดูแลต้องดูแลผู้สูงอายุซึ่งเสี่ยงต่อการ

พลัดตกหกล้ม ประกอบกับการเป็นผู้ป่วยจิตเวชร่วมด้วยอาจจะมีสาเหตุหกล้มจากการใช้ยา ผู้ดูแลจึงต้องคอยจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมและปลอดภัยอยู่ตลอดเวลา

ด้านการส่งเสริมสุขภาพ เรื่องที่ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือตลอดมากที่สุด คือ การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมัน แป้ง และน้ำตาลและดูแลให้รับประทานผักสด ผลไม้ สดสะอาดเป็นประจำ รองลงมาคือการพักผ่อนอยู่ในที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก การให้อาบน้ำอุ่น / ตีมนมอุ่น ๆ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ป้องกันที่สำคัญ ถ้าไม่ปฏิบัติจะทำให้ขาดความสมดุลในการดำรงชีวิตประจำวัน กิจกรรมเหล่านี้ควรส่งเสริมเพื่อป้องกันการเกิดโรคและให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ด้านการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน กิจกรรมที่ผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือมากที่สุด คือ การช่วยหาซื้อของใช้ รองลงมาเป็นการเตรียม / ประกอบอาหาร การทำความสะอาดบ้านช่วยผู้บ้าน การจัดเก็บของเข้าที่ การทำงานบ้าน เช่น ล้างจาน ซักผ้า การที่ผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือตลอดอาจจะเป็นเนื่องจากสุขภาพและวัยของผู้สูงอายุไม่แข็งแรงที่จะทำกิจกรรมเหล่านี้ จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรซึ่งตามวัฒนธรรมไทยบุตรจะดูแลบิดา / มารดาที่เป็นผู้สูงอายุ กิจกรรมเหล่านี้ผู้สูงอายุจะไม่ค่อยได้ปฏิบัติจึงเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลที่จะคอยช่วยเหลือ

ด้านการรักษาความสะอาดร่างกาย พบว่าผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือตลอดในทุก ๆ ข้อ ได้แก่ ดูแลให้ตัดเล็บสั้นอยู่เสมอ ดูแลให้อาบน้ำ สระผม แต่งกาย แปรงพั้น ล้างมือหลังจากเข้าห้องน้ำและห้องส้วม อาจจะเป็นเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยทางจิตส่วนใหญ่มักมีปัญหาในการดูแลสุขภาพอนามัย จากพฤติกรรมที่ถดถอย ภาวะซึมเศร้า บางรายอาจหลงลืมว่าได้ทำการรักษาความสะอาดร่างกายแล้ว เช่น การอาบน้ำอาจจะหลงว่าได้อาบน้ำแล้ว ก็ไม่อาบน้ำหรืออาจจะหลงว่ายังไม่ได้อาบน้ำ ก็จะไปอาบน้ำซ้ำอีกทำให้เกิดปัญหาเรื่องสุขภาพผิวหนังตามมา ผู้ดูแลจึงต้องให้ความสนใจในเรื่องเหล่านี้จึงทำให้ต้องคอยช่วยเหลือตลอดในรายข้อทุกข้อ

จากแนวเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือตลอดในกิจกรรมที่จำเป็นและสำคัญสำหรับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในทุก ๆ ด้าน ตั้งแต่ด้านการรักษาความสะอาดร่างกาย ด้านการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ที่มีโรคทางจิตเวชร่วมด้วยยังช่วยเหลือตัวเองได้ไม่ดีเท่าที่ควร ยิ่งเป็นกิจกรรมที่ป้องกันการเกิดโรคหรือเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อชีวิต ผู้ดูแลจึงต้องให้ความช่วยเหลือยิ่งขึ้น โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านการรักษาผู้ป่วยทางจิตเวช

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำประเด็นการที่เคยได้รับความรู้ของผู้ดูแล และความต้องการได้รับความรู้ของผู้ดูแล มาเป็นปัจจัยที่สำคัญเพื่อจะได้ทราบถึงความรู้ที่เคยมี และจะได้ทราบถึงความต้องการที่ผู้ดูแลมีความต้องการที่จะได้รับเพิ่มเติมในด้านต่าง ๆ ดังนี้

ด้านการป้องกันความเสี่ยง ในเรื่องการดูแลและการรักษาผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ การรับประทานยาทางจิต การใช้นอนหลับ การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ตลอดจนการพาไปพบแพทย์ตามนัดเป็นต้น เป็นกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ซึ่งเป็นการรักษาทางยา ญาติต้องให้ความร่วมมือเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ตลอดจนต้องคอยระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลที่เคยได้รับความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุจะมีพฤติกรรมการดูแลที่คอยช่วยเหลือตลอดมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่เคยได้รับความรู้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของฝน แสงสิงแก้ว (2524) ได้กล่าวว่า หากญาติได้ร่วมมือใกล้ชิดกับแพทย์ ได้รับฟังความคิดเห็นและได้สังเกตการดูแลรักษาตามเทคนิคที่ถูกต้องแล้ว ญาติสามารถนำเอาวิธีการปฏิบัติไปใช้ที่บ้าน ช่วยดูแลผู้ป่วยต่อถ้าจำเป็นก็กลับไปปรึกษาและรักษาเป็นครั้งคราวจะได้ผลดี และช่วยป้องกันการป่วยซ้ำได้ ส่วนในผู้ดูแลที่ไม่เคยได้รับความรู้พบว่า ทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามกิจกรรมการพาไปพบแพทย์ตามนัดร้อยละ 6.1 อาจจะเป็นเพราะไม่เข้าใจว่าผู้ป่วยต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่ไม่มาติดตามผลการรักษาพบว่าทั้งผู้ป่วยและญาติเข้าใจว่า เมื่อผู้ป่วยหายแล้วก็ไม่ต้องรับประทานยา ส่วนในเรื่องการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ที่เคยได้รับความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ จะมีพฤติกรรมการดูแลที่คอยช่วยเหลือตลอด ให้แก่ผู้ป่วยในความดูแลมากกว่าผู้ที่ไม่เคยได้รับความรู้ ได้แก่ การจัดของไม่ให้เกะกะขวางทางเดิน การดูแลให้สวมเสื้อผ้าและรองเท้าที่เหมาะสม ดูแลช่วยพยุงเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ (นั่ง ยืน เดิน) เป็นต้น กิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่สำคัญเพราะอาจจะทำให้เกิดความพิการหรืออันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งต้องระมัดระวังมากในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช ยิ่งต้องระมัดระวังเป็นพิเศษในเรื่องการพลัดตกหกล้ม และอาจมีสาเหตุจากการรับประทานยาทางจิต ทำให้การทรงตัวไม่ดี สะดุดหกล้มได้ง่าย ซึ่งมาตรการความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อมในบ้านที่มีผู้สูงอายุ ในที่นี้พอสรุปเป็นประเด็นสำคัญได้ คืออย่าวางของเกะกะทางเดิน บันไดควรติดตั้งราวเกาะ ชั้นบันไดต้องไม่ลื่น รองเท้าอย่าให้มีหลุมบ่อ หรือแฉกที่สะดุดง่าย

ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ในเรื่องการเดินทางประจำวันให้มีความปลอดภัย ตั้งแต่การรับประทานอาหารเช้าที่เหมาะสม ได้แก่ ดูแลการให้หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทไขมัน แป้ง น้ำตาล ดูแลให้รับประทานผักสดและผลไม้ที่สดสะอาดเป็นประจำ นอกจากนี้การดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอให้อยู่ในที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก การดูแลให้อาบน้ำอุ่น / ตีมนมอุ่น ๆ ก่อนนอน ตลอดจนการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยและสม่ำเสมอวันละ 5-10 นาที เป็นต้น จากการ

ศึกษานี้พบว่า ผู้ดูแลที่มีความรู้ในเรื่องผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ จะมีพฤติกรรมการดูแลที่คอยช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุตลอดมากกว่าผู้ที่ไม่เคยได้รับความรู้ อาจจะเนื่องจากกิจกรรมที่กล่าวแล้วนั้นเป็นแบบแผนชีวิตที่มีผลกระทบต่อสุขภาพผู้สูงอายุทั้งทางบวกและลบ เพราะผู้สูงอายุจะมีกิจกรรมทางด้านร่างกายลดลง ต้องการอาหารน้อยลงและต้องการการพักผ่อนมากขึ้น แบบแผนชีวิตเป็นการปฏิบัติหรือนิสัยการดำรงชีวิตเฉพาะบุคคล ซึ่งการปฏิบัตินี้สามารถก่อให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพได้ ทั้งนี้ขึ้นกับการฝึกฝน การเรียนรู้ และการเลือกปฏิบัติ จนเป็นนิสัยหากบุคคลมีแบบแผนชีวิตที่เหมาะสมก่อให้เกิดความมีสุขภาพดี เพราะสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านแบบแผนชีวิตมากกว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกรรมพันธุ์ ส่วนในเรื่องการพาไปที่อื่นนอกบ้าน เช่นไปเที่ยวตามศูนย์การค้า ฯลฯ จากการศึกษาพบว่า ทั้งผู้ดูแลที่เคยได้รับความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ และผู้ดูแลที่ไม่เคยได้รับความรู้ ไม่ได้ปฏิบัติในกิจกรรมนี้และผู้ป่วยเองก็ไม่ได้ปฏิบัติในกิจกรรมนี้เกินครึ่งทั้งสองกลุ่ม และไม่ค่อยมีความแตกต่างกันอาจจะเนื่องจากเป็นผู้สูงอายุทำให้การเคลื่อนไหวและการเปลี่ยนอิริยาบถต่าง ๆ เริ่มทำได้ลำบากและเชื่องช้าไม่สะดวกในการออกนอกบ้าน ในบางรายอาจจะเดินไม่ไหว นอกจากนี้ผู้ดูแลบางรายอาจมีความรู้สึกอภัย กลัวเสียประวัติ ที่มีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในครอบครัวญาติผู้ป่วยจิตเวช มีความรู้สึกอับอาย กลัวเสียประวัติที่มีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในครอบครัว ซึ่งอาจไปทำพฤติกรรมแปลก ๆ ให้คนอื่นเห็นนอกบ้าน ทำให้ไม่อยากพาผู้ป่วยออกไปเที่ยวนอกบ้าน เพราะญาติไม่อยากให้ผู้อื่นรู้ว่าญาติป่วยเป็นโรคจิต

ด้านการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ได้แก่ การช่วยหาซื้อของใช้ การจัดเตรียม/ประกอบอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การทำงานบ้าน การจัดเก็บของเข้าที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา เอ็นท์ และปรียา รุ่งโรภากุล (2541) ซึ่งได้ศึกษาบทบาทของผู้ดูแล พบว่ากิจกรรมที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ทำให้ผู้สูงอายุ คือ การจัดเตรียมอาหารและการทำอาหาร การใช้ยาและช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลเคยได้รับความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ย่อมตระหนักถึงความสำคัญในสิ่งเหล่านี้เนื่องจากการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปราศจากเชื้อโรคและให้มีความปลอดภัย ตลอดจนส่งเสริมความพึงพอใจให้แก่ผู้สูงอายุอีกด้วย

ด้านการรักษาความสะอาดร่างกาย ได้แก่ การตัดเล็บ การอาบน้ำ การสระผม การช่วยแต่งกาย และการดูแลช่องปากและฟันตลอดจนการล้างมือหลังจากเข้าห้องน้ำห้องส้วม จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลที่เคยได้รับความรู้ในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุจะมีพฤติกรรมการดูแลคอยช่วยเหลือตลอดมากกว่าผู้ที่ไม่เคยได้รับความรู้ ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากผู้ดูแลที่มีความรู้เรื่องการดูแลแล้วจะมีความตระหนักและนำไปสู่การปฏิบัติได้มากขึ้น การที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้สูงอายุซึ่งนอกจากจะมีความเสื่อมโทรมลงของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายซึ่งทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นไปอย่างยากลำบากเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว และยังมีการเจ็บป่วยทางจิตร่วมด้วยยิ่งต้องการให้การ

ดูแลมากขึ้น เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันลดลงกว่าผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มอายุอื่น ๆ

จากแนวเหตุผลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าความรู้ของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลที่สำคัญ เพราะการดูแลสุขภาพไม่ใช่สิ่งที่คงที่แต่ยังคงต้องทำต่อเนื่องมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ครอบคลุมเป็นกฎเกณฑ์สำคัญที่จะต้องให้การดูแลและระมัดระวังแก่ผู้สูงอายุ จึงจำเป็นที่จะต้องให้ผู้ดูแลตระหนักถึงบทบาทของตนเอง จึงต้องมีการจัดเตรียมในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลเตรียมตัวรับบทบาทที่จะคอยให้การช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุด้วยความเอื้ออาทรต่อการดูแลและสร้างสิ่งแวดล้อมง่าย ๆ ต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างมีคุณค่า

ความต้องการการสนับสนุนจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

จากการศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค / อาการ / การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ตลอดจนการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องการใช้ยาตลอดจนคำแนะนำสังเกตอาการข้างเคียงของยา และวิธีการแก้ไขนั้นอาจจะเนื่องจากการขาดความรู้ที่ควรได้รับจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพจิต จากการศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลที่ไม่เคยได้รับความรู้มาก่อนมีร้อยละ 78.9 ตั้งแต่แพทย์ผู้ให้การรักษาไม่มีเวลาให้คำแนะนำ ไม่ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการรักษาในปัจจุบัน ตลอดจนบุคลากรอื่นๆ ก็ไม่ได้ให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อมูลอื่นๆ ตลอดจนการให้ยา อาการข้างเคียงของยา จึงยังคงมีความต้องการมากในประเด็นนี้แต่วิธีการที่ผู้ดูแลต้องการมากที่สุดในการได้รับข้อมูล คือ ต้องการคู่มือ / เอกสาร เพื่อใช้เป็นแนวทางและวิธีปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม ผู้ดูแลมีความต้องการมากถึงร้อยละ 63.2

ส่วนความต้องการวิธีการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้งวิธีการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางจิต ตลอดจนการจัดการจัดการกับพฤติกรรมทางจิตเวชฉุกเฉิน ยังมีความต้องการมากเกินครึ่งหนึ่งเนื่องจากในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ หรือเกิดภาวะวิกฤตทางจิตเวชที่บ้าน ผู้ดูแลรู้สึกหนักใจและลำบากใจมาก ที่จะจัดการกับพฤติกรรมทางจิตเวชฉุกเฉินได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลยังมีความเครียด / วิตกกังวล ซึ่งจากการศึกษานี้ผู้ดูแลยังมีความรู้สึกเครียด / วิตกกังวล เป็นบางครั้งถึงร้อยละ 61.9 จากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ เมื่อไม่สามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้จึงต้องการบริการใช้โทรศัพท์สายด่วนขอคำปรึกษา (24 ชั่วโมง) ต้องการบริการจิตเวชฉุกเฉิน เช่น มีรถมารับถึงบ้าน และที่ความต้องการมากที่สุดคือบริการส่งต่อผู้ป่วยเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการทางจิตให้กำเริบได้มากถึงร้อยละ 80.3

ส่วนความต้องการรู้จักหน่วยงานทางสุขภาพจิตที่อยู่ใกล้บ้าน ต้องการถึงร้อยละ 50.7 นอกจากนี้ยังต้องการบริการชุมชนเคลื่อนที่ไปในพื้นที่ต่าง ๆ โดยเฉพาะถิ่นที่ห่างไกลอาจจะเนื่องจากในบางพื้นที่อยู่ไกลโรงพยาบาลหรือเดินทางไม่สะดวก เช่น ในอำเภอบางบัวทอง อำเภ

ไทรน้อย อำเภอบางใหญ่ และอำเภอบางกรวย ซึ่งเป็นอำเภอที่มีผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อยหรืออาจมีเหตุผลที่ไม่มีเวลาเนื่องจากต้องประกอบอาชีพ ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องประกอบอาชีพอยู่ในบ้าน เช่น ชายของเล็ก ๆ น้อย ๆ และมีอาชีพรับจ้างเกินครึ่งหนึ่งทำให้ไม่มีเวลาออกนอกบ้านและในบางรายอาจมีปัญหาด้านการเงิน ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่าสถานภาพทางการเงินส่วนใหญ่ของผู้ดูแลพอใช้ไม่เหลือเก็บร้อยละ 65.8 และยังมีหนี้สินถึงร้อยละ 17.1 การเดินทางมาโรงพยาบาลทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย

สำหรับความต้องการความช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าพบถึงร้อยละ 62.5 อาจจะเป็นเนื่องจากสถานภาพทางการเงินยังไม่ดีเท่าที่ควร และผู้สูงอายุมักมีโรคเรื้อรังอย่างน้อยคนละ 1 โรค ยิ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวชซึ่งต้องรักษาต่อเนื่องแล้ว ยิ่งทำให้ผู้ดูแลมีภาระเพิ่มมากขึ้นต้องให้การดูแลระยะยาวถึงแม้รัฐบาลจะมีสวัสดิการให้การสงเคราะห์เงินค่าใช้จ่ายเป็นรายเดือนในโครงการเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุ หรือมีกฎหมายที่ให้ความคุ้มครองผู้สูงอายุทั้งในมาตรา 54 และ 80 แล้วก็ตาม แต่สวัสดิการผู้สูงอายุมีความจำเป็นขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในอนาคตที่มีความเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจและสังคม

สำหรับบริการเยี่ยมบ้านทั้ง Home visit และ Home Health care นั้น ผู้ดูแลยังมีความต้องการเกินครึ่ง เนื่องจากในการดูแลผู้ป่วยนั้นผู้ดูแลต้องประสบปัญหามากมาย เช่น ผู้ป่วยบางรายไม่เอาใจใส่ต่ออนามัยส่วนบุคคล และเรื่องยา ญาติยังไม่สามารถบังคับให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ตลอดจนพฤติกรรมที่รุนแรง ทำให้ญาติยังรู้สึกในทางลบ จากการศึกษาพบว่าญาติยังมีความรู้สึกเครียด / วิตกกังวลเป็นประจำถึงร้อยละ 9.2 เบื่อหน่ายในการดูแลเป็นประจำร้อยละ 5.3 รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ ร้อยละ 6.6 รู้สึกสูญเสียโอกาสในชีวิต ร้อยละ 4.6 และยังรู้สึกโกรธที่ต้องทำหน้าที่นี้ร้อยละ 2.6 การให้บริการติดตามเยี่ยมบ้านหลังจากส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลและไปให้การปรึกษา / สอนทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ดูแลมีวิธีการในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของผู้ดูแล และยังช่วยประคับประคองผู้ดูแลและครอบครัวให้มีกำลังใจที่จะแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไปตลอดจนช่วยลดระดับความเครียดและส่งเสริมสุขภาพจิตให้คนอื่น ๆ ในครอบครัวได้อีกด้วย

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอำเภอทั้งสองกลุ่มที่มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน คือ ความต้องการบริการส่งต่อผู้ป่วย เมื่อมีอาการควบคุมไม่ได้ และให้มีบริการฉุกเฉินรับส่งตลอด 24 ชั่วโมง หรือให้มีบริการชุมชนเคลื่อนที่ ซึ่งทั้ง 3 รายการนี้ ผู้ดูแลที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลน้อย มีความต้องการมากกว่าอาจจะเนื่องจากผู้ดูแลในกลุ่มนี้มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ห่างไกล หรือไม่สะดวกในการเดินทาง ส่วนบริการที่ผู้ดูแลที่อยู่ในอำเภอที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมากมีความต้องการมากกว่าอีกกลุ่มหนึ่งคือบริการดูแลที่บ้าน (Home Care) และให้มีศูนย์ดูแลตอนกลางวัน (Day Care) ที่โรงพยาบาล และให้โรงพยาบาลเปิดรับบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุไว้

ในโรงพยาบาลแบบระยะยาว โดยญาติเสียค่าใช้จ่ายเอง อาจจะเนื่องจากการเดินทางมาโรงพยาบาลสะดวกกว่าในการรับส่งหรือในการไปให้บริการดูแลที่บ้าน ซึ่งจากการศึกษาวิจัยนี้พบว่าผู้ดูแลในกลุ่มนี้อยู่ในครอบครัวเดียวมีการศึกษาสูงกว่า ประกอบอาชีพนอกบ้านมากกว่าจึงทำให้ความต้องการด้านนี้มากกว่า เนื่องจากต้องไปทำงานนอกบ้านจึงอยากให้มีคนมาช่วยดูแลที่บ้าน

จากแนวเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าความต้องการการสนับสนุนจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ต้องการความรู้ในเรื่องการดูแล การรักษา โดยเฉพาะการใช้ยา ต้องการคู่มือ / เอกสารไว้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแล อยากรู้จักหน่วยสุขภาพจิตใกล้บ้านและเมื่อไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมฉุกเฉินได้ ก็มีความต้องการบริการส่งต่อผู้ป่วยต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ

เพื่อนำผลการศึกษาศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านมาพัฒนารูปแบบการดูแลที่บ้านให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการในปัจจุบัน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและช่วยลดภาระในการดูแลของครอบครัว จึงขอเสนอแนะโดยสรุปผลจากการวิจัยว่าควรนำมาพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุใน 3 กลุ่มคือ

1. กลุ่มที่ยังดูแลตัวเองได้ในชุมชน
2. กลุ่มที่มาโรงพยาบาลเป็นครั้งคราว
3. กลุ่มที่โรงพยาบาลต้องรับไว้รักษาเมื่อมีอาการรุนแรงฉุกเฉิน

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาล บริการที่จัดให้จะต้องให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ผู้ป่วยรับไว้ในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่าความต้องการการสนับสนุนจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลต้องการด้านข้อมูลคำแนะนำในทุก ๆ เรื่อง ตั้งแต่เรื่องโรค อาการ การรักษา เป็นต้น จึงควรจัดให้ในด้านนี้และร่วมกันวางแผนกับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย โดยให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมและทำกิจกรรมร่วมกัน ตลอดจนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันระหว่างผู้รักษา ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ และเพื่อน ๆ ผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยกัน กลุ่มกิจกรรมที่จัดขึ้นเช่น กลุ่มช่วยเหลือญาติผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ และกลุ่มอื่น ๆ ที่จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ เพื่อช่วยลดความเครียดในเรื่องของการดูแล เมื่อมีปัญหาฉุกเฉินก็จัดให้มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพต่อไป

ส่วนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ควรให้มีการพัฒนารูปแบบโดยมีการประเมินสภาพร่างกาย สภาพจิตใจของผู้ดูแลเสียก่อน เพื่อให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแล ส่วนในเรื่องความรู้ผู้ดูแลยังขาดความรู้ในการดูแล จึงต้องมีการเสริมความรู้ให้แก่ผู้ดูแล และมีการติดต่อประสานงาน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรหลายสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ มีขอบเขตครอบคลุมทั้งทางรักษาโรค ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีระดับการดูแลหลายระดับตั้งแต่สนับสนุนให้ความรู้ แนะนำและกระตุ้นเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองไปจนถึงการดูแลทั้งหมด ส่วนรูปแบบการให้ความรู้ควรจัดในรูปแบบให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้สังคมยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น (จันทรา ธีระสมบุญ 2543) และสนับสนุนในเรื่องเอกสารแผ่นพับ ให้ผู้ดูแลไว้เป็นคู่มือในการปฏิบัติ

สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนควรมีการสนับสนุนให้ใช้สถานบริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ ซึ่งปัจจุบันมีศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit PCU) จากการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข เพื่อต้องการให้มีการใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อตอบสนองปัญหา

ความต้องการของประชาชน โดยปรับระบบบริการให้สอดคล้องกับแนวคิด หลักการของการปฏิรูประบบบริการแนวใหม่ โดยจัดให้มีระบบบริการที่เป็นองค์รวม ผสมผสาน บูรณาการอย่างต่อเนื่อง โดยผสมผสานเชื่อมโยงบริการในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากการวิจัยที่พบและวิธีการวิจัยที่อาจพัฒนาให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น จากข้อจำกัดในเรื่องของการทำวิจัยในครั้งนี้อาจทำให้ผลการวิจัยยังไม่ครบถ้วน ครอบคลุม จึงขอเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อจำกัดในเรื่องเวลาทำการวิจัย จึงต้องใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่เคยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญาในปีงบประมาณ 2543 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเก่า กลับไปอยู่บ้านได้ระยะหนึ่งแล้ว จึงไม่ค่อยเป็นภาระสำหรับญาติมากนัก ในการวิจัยครั้งต่อไปน่าจะได้ทำการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่มารับรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญาในปีงบประมาณต่อ ๆ มาหรือทำการศึกษาในพื้นที่อื่น ๆ ให้ครอบคลุมในจังหวัดนนทบุรี หรือในจังหวัดอื่น ๆ เพื่อจะได้นำผลการศึกษามาศึกษาเปรียบเทียบถึงพฤติกรรมการดูแลและความต้องการการสนับสนุนจากโรงพยาบาล กับผลการศึกษาวิจัยที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาไว้แล้ว ในครั้งนี้ และจะได้นำผลมาพัฒนารูปแบบการดูแล ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ให้สอดคล้องกับความเป็นจริงต่อไป

2. ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลของบุคลากรสาธารณสุข ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ซึ่งนอกจากครอบครัวเป็นแกนหลักแล้ว บุคลากรสาธารณสุข จะต้องเป็นหลักที่จะต้องให้ความช่วยเหลือครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นทีมสุขภาพจากโรงพยาบาล หรือทีมสุขภาพจากชุมชน ในการจัดบริการเพื่อให้สนองตอบความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นสูง และมักมีแนวโน้มการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างจำกัด และเพื่อให้มีความสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ซึ่งไม่เพียงแต่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นจากความเจ็บป่วยเท่านั้น บริการที่จัดให้จะต้องครอบคลุมถึงแนวทางการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ด้านคือ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การปรับคืนสู่สภาพเดิมทางด้านสุขภาพ การดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี จึงน่าจะได้มีการศึกษาความต้องการการสนับสนุนจากบุคลากรกลุ่มนี้ และให้การสนับสนุนตามความต้องการ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านได้ทั้ง 3 ระดับ คือ ระดับทดแทนทั้งหมด ในรายที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองได้ ระดับทดแทนบางส่วน ในรายที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมดูแลได้เองทั้งหมด ต้องมีการช่วยเหลือบางกิจกรรม และระดับสนับสนุนให้

ความรู้ผู้ป่วยโดยการสอน / แนะนำจากทีมสุขภาพและคอยกระตุ้นให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเอง

3. ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติของคนในชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ เพื่อจะได้ประเมินความพร้อมของชุมชนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย ในทุกระดับของการให้บริการ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องปฏิบัติ โดยเฉพาะในสังคมที่กระบวนการรักษาเปลี่ยนแปลงจากการรักษาในโรงพยาบาลสู่การดูแลผู้ป่วยที่บ้านและชุมชน ซึ่งทั้งพยาบาล ครอบครัวและชุมชนจะต้องมีความพร้อมในการทำงานร่วมกัน การจัดบริการจึงต้องให้คนในชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ ทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้อยู่ในชุมชนได้ จึงจะเกิดประสิทธิภาพมากที่สุด จึงควรศึกษาวิจัยเรื่องนี้ในครั้งต่อไป

4. ควรได้ทำการวิจัยประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ภายหลังจากพัฒนารูปแบบการดูแลได้ทดลองใช้แล้ว ตลอดจนภายหลังจากอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านได้ ซึ่งการดูแลสุขภาพครอบครัวถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของสาธารณสุขมูลฐาน โดยการใช้กลวิธี “สาธารณสุขสุขชุมชน” แต่เท่าที่ผ่านมามีการพัฒนาอย่างไม่เป็นระบบเท่าที่ควร เพื่อสนองตอบความต้องการของผู้สูงอายุ นอกจากการดูแลจากผู้ดูแลแล้ว ความต้องการที่มากที่สุดของผู้สูงอายุคือ ความต้องการบริการด้านสุขภาพ / การรักษาถึงร้อยละ 42 จึงน่าจะได้มีการพัฒนารูปแบบให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งปัญหาที่สำคัญอันหนึ่งคือการขาดข้อมูลที่ควรได้รับจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพจิต ผู้ที่ให้การดูแลสุขภาพที่บ้านมีความสำคัญจึงจะต้องได้รับการพัฒนา ทั้งความรู้ ความสามารถและทักษะให้ดียิ่งขึ้น เพื่อจะช่วยแก้ปัญหาสาธารณสุขได้ เพราะนอกจากจะเป็นการช่วยเหลือครอบครัวโดยการแบ่งเบาภาระหน้าที่ทำให้ครอบครัวมีที่พึ่ง เกิดความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วย ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยยังสามารถอยู่บ้าน และสังคมของตนเองได้ และด้วยภาวะจำกัดของทรัพยากร ค่ายา เวชภัณฑ์ จะช่วยลดค่าใช้จ่ายของรัฐ ตลอดจนการป้องกันอาการกลับมาเป็นซ้ำ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

1. นันทิยา ตันตพชุนท์. ผู้สูงอายุ. วารสารพุทธชินราชเวชสาร 16(พฤษภาคม – สิงหาคม 2542) : 43.
2. ประนอม โททกานนท์. การพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย : บทวิเคราะห์
ข้อเสนอแนะเชิงการวิจัยระบบสาธารณสุข, วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย 7 (สิงหาคม 2538) : 1.
3. มาลินี วงษ์สิทธิ์. ความพร้อมของชุมชนในการดูแลและให้บริการสำหรับผู้สูงอายุ. สถาบัน
ประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2541.
4. กุลยา ตันติพลาชีวะ. ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ. วารสารสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวง
สาธารณสุข 10 (มกราคม – มิถุนายน 2542) : 27.
5. พหล วงศาโรจน์. การดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชกับความมั่นคงแห่งชาติ.
เอกสารวิจัยส่วนบุคคล ในการศึกษาตามหลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร, 2540.
6. จารุวรรณ ต. สกุล. ปัจจัยผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล. รายงาน
การวิจัย. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2523.
7. วัชณี หัตถพนม และคณะ. ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลขอนแก่น.
รายงานการวิจัย. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2529.
8. สุขภาพจิต, กรม กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ
สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8. กรุงเทพมหานคร : สยามอินเตอร์ มาร์เก็ตติ้ง(1996), (มปป).
9. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับประชาชน. สิทธิและเสรีภาพของประชาชนชาวไทย.
2540.
10. ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี และคณะ. คู่มือสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. กรุงเทพมหานคร :
ศูนย์การพิมพ์พลชัย, 2530.
11. นงเยาว์ จุลชาติ. ลักษณะบางประการของครอบครัวที่มีผลต่อการเจ็บป่วยทางจิต.
รายงานวิจัย, 2535.(อัดสำเนา)
12. สุรพล ไชยเสนะ. ปัจจัยที่มีผลต่อความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของครอบครัว.
นนทบุรี : โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2535.
13. นันทนา รัตนากร. ลักษณะโครงสร้างและเศรษฐกิจของครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับความพร้อม
ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
14. รุจิรา จงสกุล และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย
จิตเภทที่บ้าน. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2539.

15. พัทยา สายหู. ปัญหาของผู้สูงอายุในแง่สังคมวัฒนธรรม. ในเอกสารการสัมมนาระดับชาติ เรื่อง บริการสุขภาพผู้สูงอายุ 2524. (อัครา)
 - เรื่อง บริการสุขภาพผู้สูงอายุ 2524. (อัครา)
16. สิทธิ จิรโรจน์. การประชุมสมัชชาโลก เรื่อง ผู้สูงอายุ. คู่มือปริทัศน์ ฉบับพิเศษปีผู้สูงอายุ, 2525.
17. กุลยา ตันติผลาชีวะ. การพยาบาลจิตเวชผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : เจริญกิจ, 2525.
18. อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย และคณะ. การพัฒนาความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวช ผู้ใหญ่และครอบครัวด้วยการให้คำปรึกษาที่บ้าน,วารสารการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต 13(กรกฎาคม – ธันวาคม 2542) : 32.
19. กุลยา ตันติผลาชีวะ. การดูแลตนเองในผู้สูงอายุ. วารสารสมาคมศิษย์เก่าพยาบาล สาธารณสุข 10 (มกราคม – มิถุนายน 2542) : 10.
20. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. แนวทางการจัดบริการสวัสดิการผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันไทยคดีศึกษา, 2532.
21. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ระบบสวัสดิการและการดำเนินการสำหรับผู้สูงอายุ.วารสารพุดชาวิทยา และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2 (มกราคม-มีนาคม 2544) : 39-47.
22. สุขภาพจิต,กรม.กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือประกอบการใช้ ICD -10. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลสวนปรุง, 2536.
23. ชนน หัสศิริ และคณะ. การดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ เมื่อกรุงรัตนโกสินทร์ครบ 200 ปี. รายงานการศึกษาวิจัย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2525.
24. สมจิต หนูเจริญกุล. การพยาบาลทางอายุรศาสตร์. เล่มที่ 1 พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร : วี.เจ. พรินติ้ง, 2535.
25. ธันยโสภาคย์ เกษมสันต์,ม.ร.ว. บทบาทของผู้สูงอายุที่มีต่อครอบครัวและสังคมในยุคโลกาภิวัตน์. วารสารผู้สูงอายุ 15 (เมษายน-กันยายน 2539) : 36-51.
26. ฝน แสงสิงแก้ว. รายงานการประชุมของสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2524.(อัครา)
27. รุจา ภูไพบูลย์. การพยาบาลครอบครัว : แนวคิดทฤษฎีและแนวทางนำไปใช้. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2538.
28. Shanas and Sussman, B.S. The family in later life : Social Structure and Social; Policy in age : Stability and change in the family. New York : Academic press, 1981.
29. จิตรว วสุวานิช. เด็กกับครอบครัว. เอกสารการสอนชุดวิชาพฤติกรรมวัยเด็ก มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช . กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ประชาชน ,2530.
30. รุจา ภูไพบูลย์. การพยาบาลครอบครัว แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์, 2537.

31. กมลลา แสงสีทอง. สถานการณ์ของคนชราในครอบครัวไทย : กรณีศึกษากรมคนชราในสถานสงเคราะห์บ้านบางแค. คณะมนุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ , 2526.(อัดสำเนา)
32. ศรีทับทิม พานิชพันธ์. สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2527.
33. เสาวภา วิจิตวาที. ความต้องการของผู้สูงอายุที่บำบัดในครอบครัวแบบขยายในเขตพญาไท กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ครุศาสตร์บัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2527.
34. เขาวมาลย์ รินทระ. การสำรวจแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัว ศึกษาเฉพาะกรณีญาติมาใช้บริการโรงพยาบาลศรีธัญญา . โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2538.
35. สุรพล ไชยเสนะ, จุฬารัตน์ วิเคราะห์รัตน์ และชุติมา ประทีปะจิตติ. รายงานการวิจัยเรื่องสถานการณ์ครอบครัวกับแนวโน้มการดูแลผู้ป่วยจิตเวช. นนทบุรี : โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2539. (อัดสำเนา)
36. อัจฉรา เอ็นซ์ และปรีญา รุ่งใสภากุล. การศึกษาบทบาทของผู้ดูแลของผู้สูงอายุกับการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. สถาบันประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 14, 2541.
37. บังอร ศรีเนตรพัฒน์. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวช. ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2534.(อัดสำเนา)
38. Shultz, C.M.S. Lifestyle Assessment : A Tool for Practice , Nursing elans of North America. 19 (June 1984) : 271 – 281.
39. Singer, J.E. The Need to Measure Life Study. International Preview of applier Psychology 31 (1982) :303.
40. กุลยา ตันติผลาชีวะ. การดูแลตนเองในผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ, 2523. (อัดสำเนา)
41. บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข : การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมแก้ไขปัญหาสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : ชวนพิมพ์ ,2525.
42. สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: วี. เจ. ฟรินติ้ง, 2536.
42. กุลยา ตันติผลาชีวะ. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ, 2523. (อัดสำเนา)
43. Francell, C.G. Cononn, V.S. and Gray D.P. Families, Perceptions of Burden of Care for Chronic Mentally Ill . Relatives:Hospital and Community Psychiatry 39 (December 1988),. 1296 – 1300.

44. จันทรา ถิรสมมูรณ์. การประเมินผลโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ของโรงพยาบาล
สวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี, กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2543.
45. Yamane, Taro. Statistics : An Introduction Analysis. Tokyo : Harper International
Edition, 1973.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



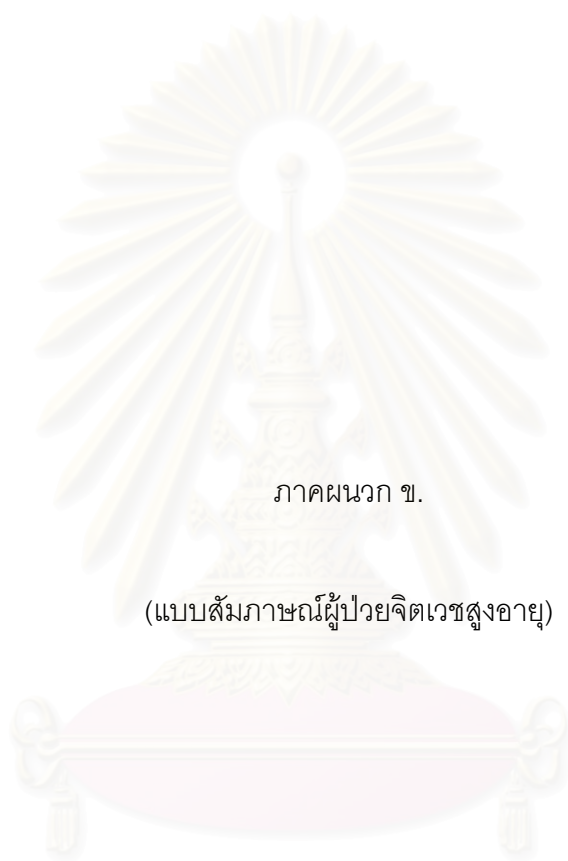
ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก.
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. แพทย์หญิง อัมไพชนิษฐ์ สมานวงศ์ไทย
2. นายแพทย์ ชัยยศ จิตต์รังสรรค์
3. คุณปริญญา โตมานะ
4. คุณภมรินทร์ เซาวนจินดา
5. คุณจุฬารัตน์ วิโรชะรัตน์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข.

(แบบสัมภาษณ์ผู้ปวยจิตเวชสูงอายุ)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแล และความต้องการการสนับสนุนจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุในจังหวัดนนทบุรี

คำชี้แจง ในการตอบแบบสัมภาษณ์

1. แบบสัมภาษณ์มีทั้งหมด 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับลักษณะผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุจำนวน 29 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย

- ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ จำนวน 9 ข้อ
- ลักษณะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ จำนวน 9 ข้อ
- ความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ จำนวน 7 ข้อ
- ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับลักษณะผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ จำนวน 8 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย

- ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ จำนวน 3 ข้อ
- ประสบการณ์การได้รับการรักษาทางจิตเวช จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ตามแบบแผนในการดำเนินชีวิต จำนวน 40 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความต้องการการสนับสนุนจากโรงพยาบาล จำนวน 16 ข้อ

2. แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ใช้สำหรับสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ใช้สำหรับสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุแบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลเกี่ยวกับ
พฤติกรรมกาารดูแล และความต้องการการสนับสนุน จากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี

วันที่สัมภาษณ์/...../.....

สำหรับผู้วิจัย

หมายเลขแบบสัมภาษณ์

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับลักษณะผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

ตอนที่ 1 ด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ลงใน หน้าข้อความหรือเติมข้อความ
ลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ

1. ชาย

2. หญิง

2. อายุ ปีเต็ม

3. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน

1. ไม่ได้เรียน

5. อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตร

2. ระดับชั้นประถมศึกษา

6. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า

3. ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

7. สูงกว่าปริญญาตรี

4. ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

4. อาชีพของท่าน

1. ไม่มีงานทำ

5. ค้าขายเล็กน้อย

2. รับจ้างทั่วไป

6. ประกอบธุรกิจส่วนตัว

3. พนักงานบริษัท ห้างร้าน เอกชน

7. อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

4. ข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ

5. สถานภาพทางการเงิน

1. เหลือเก็บ

2. พอมีพอใช้ไม่เป็นหนี้ / ไม่เหลือเก็บ

3. เป็นหนี้

6. สถานภาพสมรส

1. โสด

4. หย่า

2. สมรสแล้วอาศัยอยู่ด้วยกัน

5. หม้าย

3. สมรสแล้วแยกกันอยู่

7. ผู้ที่อยู่ในอุปการะ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. บุตร คน

4. มารดา

2. สามี / ภรรยา

5. พี่/น้อง.....คน

3. บิดา

6. อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

8. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยท่านเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอย่างไร

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1. บิดา | <input type="checkbox"/> 2. มารดา |
| <input type="checkbox"/> 3. สามี | <input type="checkbox"/> 4. ภรรยา |
| <input type="checkbox"/> 5. บุตร | <input type="checkbox"/> 6. พี่น้อง |
| <input type="checkbox"/> 7. ญาติ | <input type="checkbox"/> 8. อื่น ๆ ระบุ |

9. ท่านมีโรคประจำตัวที่ต้องรักษาเป็นประจำหรือไม่

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี | <input type="checkbox"/> 2. มี (โปรดระบุโรค)..... |
|-----------------------------------|---|

ตอนที่ 2 ด้านลักษณะการดูแลของผู้ดูแล

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. ท่านดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุคนนี้เพราะอะไร

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. อาสา | <input type="checkbox"/> 2. ถูกบังคับ |
| <input type="checkbox"/> 3. อื่น ๆ (โปรดระบุ) | |

2. ท่านมีคนช่วยทำหน้าที่ดูแลแทน เมื่อท่านไม่อยู่หรือไม่ว่างหรือไม่

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี | <input type="checkbox"/> 2. มี |
|-----------------------------------|--------------------------------|

3. ผู้ป่วยที่ท่านดูแลมีผู้ช่วยดูแลหรือไม่

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี | <input type="checkbox"/> 2. มี |
|-----------------------------------|--------------------------------|

4. ท่านมีคนช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้านหรือไม่

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี | <input type="checkbox"/> 2. มี |
|-----------------------------------|--------------------------------|

5. ท่านมีโอกาสพักผ่อนบ้างหรือไม่

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี | <input type="checkbox"/> 2. มี |
|-----------------------------------|--------------------------------|

6. ท่านใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ยวันละกี่ชั่วโมง (โปรดระบุ)

7. ระยะเวลาที่ท่านต้องทำหน้าที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุปี.....เดือน

8. ท่านมีคนช่วยเหลือด้านการเงินหรือไม่

- | | |
|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี (ข้ามไปตอบข้อ 1 ตอนที่ 3) | <input type="checkbox"/> 2. มี |
|---|--------------------------------|

9. เงินที่ท่านได้รับการช่วยเหลือเพียงพอกับความจำเป็นใช้หรือไม่

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่เพียงพอ | <input type="checkbox"/> 2. เพียงพอ |
|--|-------------------------------------|

ตอนที่ 3 ด้านความรู้สึกของผู้ดูแล

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือให้ตรงกับตามความรู้สึกของผู้ถูกสัมภาษณ์ตามความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อ	ความรู้สึก	ไม่เคย	บางครั้ง	เป็นประจำ	สำหรับผู้วิจัย
1	ท่านมีความเครียด / วิตกกังวลเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุหรือไม่				<input type="checkbox"/>
2	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุหรือไม่				<input type="checkbox"/>
3	ท่านเคยรู้สึกโกรธที่ต้องทำหน้าที่นี้หรือไม่				<input type="checkbox"/>
4	ท่านคิดว่าผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุเป็นภาระในการดูแลหรือไม่				<input type="checkbox"/>
5	ท่านรู้สึกว่าตนเองต้องสูญเสียโอกาสของชีวิตไปหรือไม่ เช่น ต้องออกจากงาน ฯลฯ				<input type="checkbox"/>
6	ท่านรู้สึกมีความสุข และพอใจกับสภาพความเป็นอยู่ของตนเองในปัจจุบันหรือไม่				<input type="checkbox"/>
7	ท่านภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุได้เป็นอย่างดี				<input type="checkbox"/>

ตอนที่ 4 ด้านความรู้ที่เคยได้รับของผู้ดูแล

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. ที่ผ่านมามีท่านเคยได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุหรือไม่
1. ไม่เคย (ข้ามไปตอบข้อ 4)
2. เคย.....ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ
2. แหล่งที่ให้ความรู้แก่ท่านคือ
3. ความรู้ที่ท่านได้รับเพียงพอกับความต้องการหรือไม่
1. ไม่เพียงพอ
2. เพียงพอ (ข้ามไปถามข้อ 1 ส่วนที่ 2)
4. ท่านต้องการความรู้เพิ่มเติมอีกหรือไม่
1. ไม่ต้องการ
2. ต้องการ (โปรดระบุเรื่อง)

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับลักษณะผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

1. เพศ

<input type="checkbox"/> 1. ชาย	<input type="checkbox"/> 2. หญิง
---------------------------------	----------------------------------
2. อายุ ปีเต็ม
3. ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุป่วยด้วยโรค (จากการตรวจและแพทย์บอก)
(โปรดระบุโรค)
4. ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่ท่านดูแลเคยได้รับการรักษาทางจิตที่ไหนบ้าง
(โปรดระบุ)
5. ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่ท่านดูแลเคยรับไว้รักษาในโรงพยาบาลหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย (ข้ามไปถามข้อ 1 ส่วนที่ 3)	
<input type="checkbox"/> 2. เคย	
6. ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่ท่านดูแลต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่

<input type="checkbox"/> 1. ภายใน 1 สัปดาห์ขึ้นไป	<input type="checkbox"/> 3. ภายใน 3 สัปดาห์
<input type="checkbox"/> 2. ภายใน 2 สัปดาห์	<input type="checkbox"/> 4. อื่น ๆ ระบุ
7. จำนวนครั้งของการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (ตั้งแต่เริ่มป่วย)

<input type="checkbox"/> 1. ครั้งแรก	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ครั้งแรก (ระบุจำนวนครั้ง)	
8. รวมระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตทั้งหมด
(ตั้งแต่ครั้งแรกที่พบแพทย์จนถึงปัจจุบัน) ปีเดือน

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

1. แบบของครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

<input type="checkbox"/> 1. ครอบครัวเดี่ยว (มีพ่อ แม่ ลูก)	
<input type="checkbox"/> 2. ครอบครัวขยาย (มีสองครอบครัวขึ้นไปอยู่รวมกัน)	
2. ประเภทของบ้านที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน

<input type="checkbox"/> 1. บ้านเช่า	<input type="checkbox"/> 4. บ้านพักของข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> 2. บ้านของตนเอง	<input type="checkbox"/> 5. บ้านที่อยู่ในระหว่างผ่อนชำระ
<input type="checkbox"/> 3. บ้านญาติ	<input type="checkbox"/> 6. อื่น ๆ ระบุ
3. จำนวนสมาชิกที่พักอาศัยในบ้าน คน
4. บรรยากาศความสัมพันธ์ในครอบครัว

<input type="checkbox"/> 1. รักใคร่กันดี	
<input type="checkbox"/> 2. เรือย ๆ ไม่ถึงกับรักใคร่กันมากมายแต่ก็ไม่ทะเลาะกัน	
<input type="checkbox"/> 3. ขัดแย้งกันเล็ก ๆ น้อย ๆ	
<input type="checkbox"/> 4. ชอบทะเลาะกัน	

สำหรับผู้วิจัย

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ฟังซ้ำ ๆ เมื่ออ่านจบแล้วให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบคำว่า “ไม่ได้ทำ”, “ผู้ป่วยทำได้เอง”, “ต้องช่วยเหลือบ้าง” หรือ “ต้องช่วยเหลือตลอด” เมื่อผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบแล้วให้ ผู้สัมภาษณ์เขียนเครื่องหมาย ✓ และข้อความตามที่ถูกสัมภาษณ์ตอบ ลงในช่องทางขวามือให้ตรงกับข้อความนั้น ๆ ตามความเป็นจริง

ข้อ	ข้อความ	ไม่ได้ทำ	ผู้ป่วย ทำได้เอง	ต้อง ช่วยเหลือ บ้าง	ต้องช่วย เหลือตลอด	สำหรับผู้วิจัย
1.	ดูแลป้อนข้าวป้อนน้ำให้					<input type="checkbox"/>
2.	ดูแลให้หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทไขมัน แป้ง และน้ำตาล					<input type="checkbox"/>
3.	ดูแลให้รับประทานผักสดและผลไม้ที่สดสะอาดเป็นประจำ					<input type="checkbox"/>
4.	ดูแลให้หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					<input type="checkbox"/>
5.	ดูแลให้อาบน้ำอุ่น / ตีมนมอุ่น ๆ ก่อนนอน					<input type="checkbox"/>
6.	ดูแลให้หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มประเภทน้ำชาหรือกาแฟก่อนนอน					<input type="checkbox"/>
7.	ดูแลให้สวมหมวก/นั่งสมาธิก่อนนอน					<input type="checkbox"/>
8.	ดูแลให้พักผ่อนอยู่ในที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก					<input type="checkbox"/>
9.	ดูแลให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอวันละ 5-10 นาที					<input type="checkbox"/>
10.	ดูแลให้เลือกวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพและวัย เช่น การเล่นกีฬาเบา ๆ					<input type="checkbox"/>
11.	ดูแลช่วยพยุงเมื่อเปลี่ยนอริยาบถ (นั่ง ยืน เดิน)					<input type="checkbox"/>
12.	ดูแลช่วยพยุงเมื่อขึ้น-ลงบันได มีการเกาะราวบันไดทุกครั้ง					<input type="checkbox"/>
13.	ดูแลการจัดของใช้ไม่ให้เกะกะขวางทางเดิน					<input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 4 (ต่อ) แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

ข้อ	ข้อความ	ไม่ได้ทำ	ผู้ป่วย ทำได้เอง	ต้อง ช่วยเหลือ บ้าง	ต้อง ช่วยเหลือ ตลอด	สำหรับผู้วิจัย
14.	ดูแลให้สวมเสื้อผ้าและรองเท้าที่เหมาะสม					<input type="checkbox"/>
15.	ดูแลจัดยาให้รับประทานยาทุกมื้อและ ต่อเนื่อง ไม่งด / ลดหรือเพิ่มยาเอง					<input type="checkbox"/>
16.	ดูแลให้หลีกเลี่ยงการใช้นานอนหลับ					<input type="checkbox"/>
17.	ดูแลให้ไปพบแพทย์ตามนัด					<input type="checkbox"/>
18.	ดูแลให้อาบน้ำวันละ 1-2 ครั้ง					<input type="checkbox"/>
19.	ดูแลช่วยแต่งกาย					<input type="checkbox"/>
20.	ดูแลให้สระผมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง					<input type="checkbox"/>
21.	ดูแลการแปรงฟันและดูแลช่องปากที่ถูกต้อง					<input type="checkbox"/>
22.	ดูแลให้ตัดเล็บสั้นอยู่เสมอ					<input type="checkbox"/>
23.	ดูแลให้ล้างมือหลังจากเข้าห้องน้ำและ ห้องส้วม					<input type="checkbox"/>
24.	การเตรียม / ประกอบอาหาร					<input type="checkbox"/>
25.	การทำงานบ้าน เช่น ล้างจาน ซักผ้า					<input type="checkbox"/>
26.	การทำความสะอาดบ้าน เช่น ถูบ้าน					<input type="checkbox"/>
27.	การอ่านหนังสือให้ฟัง					<input type="checkbox"/>
28.	ช่วยซื้อหาของใช้					<input type="checkbox"/>
29.	การจัดเก็บของเข้าที่					<input type="checkbox"/>
30.	การพาไปที่อื่นนอกบ้าน เช่น ศูนย์การค้า เป็นต้น					<input type="checkbox"/>
31.	การพาไปห้องน้ำ / ห้องส้วม					<input type="checkbox"/>
32.	การจัดเตรียม / เก็บเครื่องนอน					<input type="checkbox"/>
33.	การดูแลให้ออมเงิน / การใช้จ่ายเงิน					<input type="checkbox"/>
34.	ดูแลให้ใช้เวลาว่างในการทำงานอดิเรกที่ ชอบ เช่น ปลูกต้นไม้					<input type="checkbox"/>
35.	ดูแลให้ขับถ่ายเป็นเวลาทุกวัน					<input type="checkbox"/>
36.	การพาไปพบปะสังสรรค์กับเพื่อนวัยเดียวกัน					<input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 4 (ต่อ) แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

ข้อ	ข้อความ	ไม่ได้ทำ	ผู้ป่วย ทำตัวเอง	ต้อง ช่วยเหลือ บ้าง	ต้อง ช่วยเหลือ ตลอด	สำหรับผู้วิจัย
37.	การพาไปเยี่ยมเยียนบุตรหลาน					<input type="checkbox"/>
38.	การเปิดเทปเกี่ยวกับธรรมะให้ฟัง					<input type="checkbox"/>
39.	การจัดเตรียมของใส่บาตร					<input type="checkbox"/>
40.	การพาไปวัด					<input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความต้องการการสนับสนุนจากโรงพยาบาล

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ฟังซ้ำ ๆ เมื่ออ่านจบแล้วให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบคำว่า “ไม่ต้องการ” “ต้องการน้อย” หรือ “ต้องการมาก” เมื่อผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบแล้ว ให้ผู้สัมภาษณ์เขียนเครื่องหมาย ✓ และข้อความตามที่ถูกสัมภาษณ์ตอบ ลงในช่องทางขวามือให้ตรงกับข้อความนั้น ๆ ตามความเป็นจริง

ข้อ	ข้อความ	ไม่ต้องการ	ต้องการน้อย	ต้องการมาก	สำหรับผู้วิจัย
1.	ท่านต้องการคำแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วยที่บ้านรวมทั้งวิธีการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางจิตตลอดจน การจัดการกับพฤติกรรมทางจิตเวชฉุกเฉิน				<input type="checkbox"/>
2.	ท่านต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการ และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ				<input type="checkbox"/>
3.	ท่านต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องการใช้ยา และคำแนะนำในการสังเกตอาการข้างเคียงของยาตลอดจนวิธีการแก้ไข				<input type="checkbox"/>
4.	ท่านต้องการรู้จักหน่วยงานทางสุขภาพจิตที่อยู่ใกล้บ้านว่ามีที่ใดบ้าง				<input type="checkbox"/>
5.	ท่านต้องการคู่มือ / เอกสาร เพื่อใช้เป็นแนวทางและวิธีปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม				<input type="checkbox"/>
6.	ท่านต้องการความช่วยเหลือทันทีที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตฉุกเฉิน (บริการฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง) เช่น มีรถไปรับผู้ป่วยที่บ้าน				<input type="checkbox"/>
7.	ท่านต้องการใช้โทรศัพท์สายด่วนในการขอคำปรึกษา (24 ชั่วโมง)				<input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 5 (ต่อ) แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความต้องการการสนับสนุนจากโรงพยาบาล

ข้อ	ข้อความ	ไม่ต้องการ	ต้องการน้อย	ต้องการมาก	สำหรับผู้วิจัย
8.	ท่านต้องการบริการส่งต่อผู้ป่วยเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการทางจิตในขณะที่กำลังกำเริบได้				<input type="checkbox"/>
9.	ท่านต้องการให้มีศูนย์ดูแลตอนกลางวัน (Day Care) ที่โรงพยาบาล				<input type="checkbox"/>
10.	ท่านต้องการบริการเยี่ยมบ้าน (Home Visit) เช่น การติดตามเยี่ยมบ้านหลังจากส่งต่อผู้ป่วยมาจากโรงพยาบาล				<input type="checkbox"/>
11.	ท่านต้องการบริการดูแลที่บ้าน (Home Care) เช่น การดูแลแบบจัดให้มีเจ้าของใช้ หรือผู้ช่วยเหลือประจำบ้านให้				<input type="checkbox"/>
12.	ท่านต้องการบริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) เป็นบริการที่โรงพยาบาลจัดให้ เช่น การให้การปรึกษา / การสอนทางสุขภาพ หรือการให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์				<input type="checkbox"/>
13.	ท่านต้องการบริการชุมชนเคลื่อนที่ไปในพื้นที่ต่าง ๆ โดยเฉพาะถิ่นที่ห่างไกล				<input type="checkbox"/>
14.	ท่านต้องการให้มีชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร และประสบการณ์ในการดูแล				<input type="checkbox"/>
15.	ท่านต้องการให้โรงพยาบาลเปิดบริการรับดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุไว้รับการรักษาในโรงพยาบาลแบบระยะยาวโดยญาติยินยอมเสียค่าใช้จ่ายเอง				<input type="checkbox"/>
16.	ท่านต้องการการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า				<input type="checkbox"/>

ข้อสังเกตขณะสัมภาษณ์

.....

.....

.....

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ นางนฤมล นาคเรือง

วันเดือนปีเกิด 30 สิงหาคม 2497

สถานที่เกิด อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

การศึกษา

- พ.ศ. 2519 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตและผดุงครรภ์ชั้นสูง
จากวิทยาลัยพยาบาลสภราชพิทยาสังคค์ จังหวัดอุบลราชธานี
- พ.ศ. 2528 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
จากวิทยาลัยพยาบาลศรีรัษฎา จังหวัดนนทบุรี
- พ.ศ. 2543 ศึกษาในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชน
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย

ประวัติการทำงาน

ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลศรีรัษฎา อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี
ตั้งแต่ พ.ศ. 2519 ถึงปัจจุบัน

ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. หัวหน้าตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีรัษฎา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย